

100%

PRO:MENSCH

AWO pro:mensch

Qualitätsbericht und Managementbewertung 2017

Version: freigegebene Fassung 03.04.2018



Inhalt

Vorwort	4
1 Status der Maßnahmen aus vorangegangenen Managementbewertungen	4
2 Veränderungen bei externen und internen Themen, die das Managementsystem betreffen	8
3 Qualitätsziele	10
4 Kernprozesse und relevante Führungs- und Unterstützungsprozesse	12
4.1 Auslastung aller Einrichtungen	12
4.2 Hilfen zur Erziehung	12
4.3 Integration	13
4.4 Kindertagesstätten	17
5 Personalmanagement	21
5.1 Fortbildung	21
5.2 Personalentwicklungsgespräche	23
6 Management freiwilliger sozialer Arbeit	24
7 Finanzmanagement	26
7.1 Begleichung von Eingangsberechnungen	26
7.2 Fristentreue bei der Erstellung von Ausgangsberechnungen.....	26
7.3 Lieferantenbewertung.....	27
8 Interkulturelle Öffnung	28
9 Nachhaltigkeit	29
10 Rückmeldungen von Kunden	29
10.1 Befragungen.....	29
10.2 Kundenwünsche, die über das Leistungsangebot der Einrichtung hinausgehen	30
10.3 Wunschboxen - Anregungen und Wünsche	30
10.4 Beschwerden	31
11 Rückmeldungen interessierter Parteien	32

12 Ergebnisse interner Audits	33
Übersicht der Auditergebnisse 2017	33
13 Risikomanagement	34
14 Verbesserung	34
14.1 Verbesserungsvorschläge (F840).....	34
14.2 Fehlermanagement	35
14.3 Korrekturmaßnahmen	37
15 Übersicht der Bewertungen und Maßnahmen	38

Vorwort

Der hier vorliegende Managementbericht bildet den Status unseres QM-Systems im Jahr 2017 sowie die Bewertungen des Führungskreises 1 hierzu ab.

Insgesamt konnten wir feststellen, dass das System weiterhin stabil umgesetzt wird, auch wenn es weiterhin an einzelnen Stellen Verbesserungspotenziale gibt.

1 Status der Maßnahmen aus vorangegangenen Managementbewertungen

Die Maßnahmen aus der vergangenen Managementbewertung wurden aufgrund von festgestellten Verbesserungspotenzialen (Bewertung = 2) festgelegt.

Thema	für 2017 festgelegt Maßnahmen	Status 08.03.2018
<p>Qualitätsziele: Die Zahl der nicht oder nur teilweise erreichten Ziele ist zu hoch. Die Einflussfaktoren für die eingeschränkte Zielerreichung zeigen, dass personelle Themen einen erheblichen Einfluss auf die Zielerreichung haben. Hier ist sinnvoll zu prüfen, wie diese bereits im Planungsstadium beachtet werden können (z.B. als Risiken und / oder durch die Schaffung von Rahmenbedingungen, die dazu beitragen, dass die Zielerreichung abgesichert wird.</p>	<p>Bei der Formulierung der Qualitätsziele wird künftig darauf geachtet, umfangreiche Ziele mit Teilzielen zu hinterlegen. Das umfassende Ziel wird ggf. für mehrere Jahre formuliert, die Teilziele so, dass sie spätestens bis zum Ende des Planungsjahres erledigt werden können.</p> <p>Dies wird für die Ziele 2018 angewandt.</p>	<p>Das wurde so umgesetzt.</p>
	<p>Darüber hinaus wird stärker darauf geachtet, bei der Planung die vorhandenen bzw. erforderlichen Ressourcen zu berücksichtigen und die Planung möglichst realistisch zu formulieren.</p> <p>Dies wird für die Ziele 2018 angewandt</p>	<p>Dies wurde bei der Zielformulierung berücksichtigt.</p>

	Wir entwickeln Ideen zur Verbesserung der Messbarkeit des Erledigungsstands	Die Ziele wurden überwiegend mit konkreten Maßnahmen hinterlegt, deren Erledigung gut bewertet werden kann.
<p>Kernprozesse und relevante Führungs- und Unterstützungsprozesse: Die Darstellung des Standes sowie die Datenerfassung sind in den Fachbereichen noch sehr individuell gestaltet. Bei den insgesamt erfassten Daten stellen wir uns immer wieder die Frage, welche Aussagekraft sie im Hinblick auf die Qualität der Leistungserbringung und des Stand des QMS haben.</p>	<p>Das Kennzahlensystem wird weiterentwickelt, um die Aussagekraft, Passgenauigkeit und Vergleichbarkeit zu erhöhen.</p> <p>Die Auswertungen sollen vermehrt auf der Ebene der Einrichtungen / Fachbereiche erfolgen, da Ergebnisse in erster Linie dort zu betrachten und zu bewerten sind. Diese Ergebnisse sollen dann in die Gesamtschau auf Unternehmensebene einfließen. Hierzu werden unsere Instrumente weiterentwickelt.</p>	<p>Bei der Überarbeitung der Kernprozesse wurden Indikatoren für die Überprüfung der Zielerreichung definiert. Diese sind wegen der späten Fertigstellung der Prozessbeschreibungen noch nicht in ein Kennzahlensystem eingeflossen.</p> <p>Auf Unternehmensebene wurde für 2018 das Q-Ziel formuliert, das QM-Controlling als Steuerungsinstrument für das Unternehmen weiterzuentwickeln. Damit wird auch die Datenerfassung und –bewertung systematisiert.</p>
	Im HzE-Bereich sollten die Fragebögen zur Evaluation der Leistungserbringung überarbeitet werden, da die Angaben teilweise nicht klar interpretierbar sind (z.B. in Frage 4 die gleichzeitige Abfrage hilfreicher und weniger hilfreicher Angebote).	Nicht erledigt, ist auf der Agenda des QZ HzE stationär als Bestandteil der Überarbeitung des Prozesses „Beendigung der Hilfen“.
	Ebenfalls im HzE-Bereich sollte definiert werden, unter welchen Voraussetzungen eine Beendigung als Abbruch gewertet wird.	Das Thema wurde diskutiert, die Definition geschärft, in der Praxis sind Verbesserungen festzustellen.
<p>Fortbildung: Verbesserungspotenziale</p>	Das Thema wird in einem Qualitätszirkel bearbeitet.	Wurde aus Kapazitätsgründen nicht bearbeitet.

<p>sehen wir bei der Überprüfung der Wirksamkeit. Dies betrifft sowohl die Frage, wie die individuelle Wirksamkeit bewertet werden kann, als auch, wie diese Bewertung mit einer Kennzahl (1-4 in unserem Bewertungsschema) hinterlegt werden kann.</p>		<p>Das Fortbildungsverfahren wird in 2018 evaluiert, dabei wird das Thema mit behandelt</p>
<p>Fortbildung: Ein weiteres Verbesserungspotenzial sehen wir bei der Auswertung der Fortbildungsbewertungen, insbesondere bei Inhouseschulungen. Hier entstand teilweise der Eindruck, dass auf der Einrichtungsebene keine zeitnahe Aus- und Bewertung stattfindet.</p>	<p>Die Fortbildungsbewertungen sollen künftig zeitnah auf Einrichtungsebene bzw. der Ebene der durchführenden OE ausgewertet und bewertet werden, um ggf. zügig Maßnahmen einleiten zu können.</p>	<p>Wurde nicht bearbeitet. Wird in 2018 Teil der Systematisierung des QM-Controllings sein.</p>
<p>Kundenwünsche, die über das Leistungsangebot der Einrichtung hinausgehen: Die Nutzung des Dokuments legt die Vermutung nahe, dass es keine nennenswerte Bedeutung innerhalb der QM-Systems hat und den Zweck, Informationen über zusätzliche Bedarfe der Kundinnen und Kunden zu erhalten, nicht erreicht.</p>	<p>Das Verfahren wird überprüft.</p>	<p>Das Formular wird 2018 abgeschafft.</p>
<p>Wunschboxen - Anregungen und Wünsche: Sinnvoll wäre, bei Anregungen und Wünschen nachvollziehen zu können, ob diese umgesetzt wurden.</p>	<p>Der Rückmeldungsbogen wird um einen Erledigungsvermerk ergänzt.</p>	<p>Überarbeitung und Freigabe im 1. Quartal 2018</p>

<p>Beschwerden: Die Qualität der Beschwerdedokumentation kann verbessert werden. Die Bearbeitungsdauer einzelner Beschwerden erscheint uns als zu lang.</p>	<p>Die Beschwerdedokumentation wird durch die BL bei der Vorbereitung der quartalsweisen Berichterstattungen in der GF-Runde im Hinblick auf Vollständigkeit, Aussagefähigkeit und Bearbeitungsdauer überprüft. Es erfolgt eine Rücksprache mit der betreffenden Person, wenn die Dokumentation verbessert werden kann oder Fragen zur Bearbeitungsdauer bestehen.</p>	<p>Wurde nicht umgesetzt.</p>
<p>Fristentreue Bearbeitung Fehler, Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen: Die Einhaltung unserer selbst gesetzten Bearbeitungsfristen bereitet uns häufig Schwierigkeiten.</p>	<p>Bei der Festlegung von Maßnahmen insbesondere für festgestellte Verbesserungspotenziale prüfen wir genauer, welche Prioritäten wir setzen und welche Ressourcen wir für die Bearbeitung zur Verfügung stellen können. Jede Organisationsebene wird angehalten, die Maßnahmenbearbeitung fristgerecht sicherzustellen. Um dies sicherzustellen, sind ggf. einrichtungsbezogene Analysen vorzunehmen und Maßnahmen abzuleiten.</p>	<p>Wurde nicht umgesetzt.</p>
<p>Verfahren zur Bewertung der Auditor*innen: Mittlerweile stellen wir in Frage, ob die Rückmeldung dazu, inwieweit vom Audit profitiert wurde, sinnvoll ist. Die internen Audits dienen in erster Linie der Überprü-</p>	<p>Überprüfung des Fragebogens für interne Auditor*innen</p>	<p>Das Formular wurde abgeschafft.</p>

fung des Umsetzungsstandes und der Wirksamkeit des QMS.		
<p>Interne Themen, die das QMS betreffen:</p> <p>Im Berichtsjahr machten wir die Erfahrung, dass andauernde Krisen - insbesondere, wenn sie den Leitungsbereich betreffen - die Aufrechterhaltung des QMS gefährden.</p> <p>Hier sehen wir es als erforderlich an, Vorgehensweisen zum Umgang mit solchen Situationen zu entwickeln, die dieses Risiko minimieren.</p>	Aufnahme in die Risikomatrix des Unternehmens	erledigt

■ **Feststellungen**

Ein Teil der Themen konnte nicht bearbeitet werden. Dies hatte seine Ursache darin, dass in den Bereichen und Einrichtungen andere Themen wesentlich höhere Priorität hatten und die verfügbaren Ressourcen damit gebunden waren. In der Konsequenz bedeutet dies, dass wir weiterhin verstärkt darauf achten müssen, anstehende Themen zu priorisieren und uns auf relevante Schwerpunkte zu konzentrieren.

■ **Bewertung: 2**

■ **Maßnahmen**

Siehe Kap. 15

2 Veränderungen bei externen und internen Themen, die das Managementsystem betreffen

Folgende Faktoren werden als relevant für das QM-System bewertet:

■ **Unternehmen:**

- Im Berichtsjahr wurde mit der Überarbeitung der Kernprozesse entsprechend den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 in allen Fachbereichen sowie für das Personalmanagement begonnen. Die Überarbeitung wird im 1. Quartal 2018 weitgehend abgeschlossen. Die Weiterentwicklung des QMS wird auch in 2018 noch ein Thema sein.

- Alle Bereiche sind vom Fachkräftemangel betroffen. Die Besetzung vakanter Stellen ist schwierig, und häufiger sind neue Mitarbeiter*innen Berufsanfänger*innen oder Wiedereinsteiger*innen nach mehrjähriger Unterbrechung. Daraus resultieren ggf. veränderte Anforderungen an unser Einarbeitungskonzept.
- Darüber hinaus binden die Beschaffung von Personal und der Personaleinsatz bei Personalausfällen deutlich mehr Ressourcen, die dann für andere Prozesse entsprechend eingeschränkt zur Verfügung stehen. Hier werden wir unsere Abläufe überprüfen.
- Die Anforderungen der EU Datenschutzgrundverordnung müssen fristgerecht umgesetzt werden. Durch die VO sind Auswirkungen auf unsere Regelungen zur Datenerhebung, zur personenbezogenen Dokumentation, zum Informationsaustausch sowie zur Archivierung zu erwarten.

■ Fachbereich Hilfen zur Erziehung:

- Die für das Jahr 2017 geplante Reform des **SGB VIII** hat in der nun zurückliegenden Legislaturperiode doch nicht mehr stattgefunden. Aufgrund der veröffentlichten Entwürfe hat sich eine intensive Fachdiskussion entwickelt, die zahlreiche kritische Fragen aufgeworfen hat. Diese Diskussion wurde auch innerhalb der AWO geführt und das Team Ambulante Hilfen/BEW hat sich gezielt in einem Workshop damit auseinandergesetzt. Neben der kritischen Sicht auf die vorgelegten Entwürfe ist dabei auch deutlich geworden, dass es in der Kinder- und Jugendhilfe Weiterentwicklungsbedarfe gibt, so dass dieses Thema sicherlich in der neuen Legislaturperiode wieder auf der Tagesordnung stehen wird.
- Es besteht eine **dauerhafte Überlastung** der Mitarbeitenden durch Überstunden und Dauerrufbereitschaft für Vertretungsdienste, um den grundlegenden Betrieb aufrecht zu erhalten. Hieraus erfolgt eine Aufgabendelegation von der Ausführungs- auf die Leitungsebene. Diese Rollendiffussion erzeugt eine Reduzierung des Steuerungspotentials und erhöht die Selbststeuerung der Mitarbeiter*innen.
- Bei den Kindern in der A2 Regelgruppe (§34 SGB VIII) ist ein höherer Betreuungsbedarf festzustellen. Bei fast allen Kindern in der Regel- und Intensivgruppe liegt eine Diagnose nach 35a SGB VIII des Kinder und Jugendpsychiatrischen Dienstes vor. Das heißt, hier liegt ein besonderer Betreuungsbedarf vor. Hieraus ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen dem erhöhten Qualifizierungsbedarf des Personals und dem zunehmenden Betreuungsbedarf der Fälle. In der Folge wird das Leistungsangebot im Kinder- und Jugendwohnen Mahlsdorf angepasst und die 10-köpfige Regelgruppe, durch eine 8-köpfige Intensivwohngruppe ersetzt.

Nicht aufgelöst werden kann die bestehende Gefahr einer erhöhten Krankheitsquote und einer weiteren Personalfluktuaton. Ebenso ist der notwendige Qualifizierungsbedarf, aufgrund der verschärften Problemlagen der zu betreuenden Kinder- und Jugendlichen nicht zu bewältigen, da dafür nicht die zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen.

■ Fachbereich Integration:

- **Einführung Bundesteilhabegesetz (BTHG):** das BTHG ist 2017 in Kraft getreten und hat zu ersten Veränderungen geführt. Als Träger stationärer Einrichtungen werden wir besonders von der Trennung zwischen Fachleistung und existenzsichernden Leistungen betroffen sein, die ab 2020 in Kraft tritt. Umfangreiche Änderungen im Finanzierungsmodell und die Überprüfung unseres fachlichen Angebots sind Schwerpunkte in 2018.
- **Einführung Dokumentationssystem:** direkt damit zusammenhängend ist die schon längst geplante Einführung eines digitalen Dokumentationssystems. Dieses sollte die Änderungen abbilden können. Möglicherweise ist aus diesem Grund die Realisation erst 2019 möglich.
- **Einrichtungsübergreifende Gremien:** zur Verbesserung der Abläufe, insbesondere zur Klärung der Schnittstellen und zum Umgang mit Klient*innen mit Doppeldiagnose wurden Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich in etwa zweimonatigem Abstand treffen. Im Zuge dessen wurden nicht nur die Kernprozesse überarbeitet, sondern auch der Fachstandard Sucht und Psychose aktualisiert. Die Mitwirkung aller an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen stellt sicher, dass unterschiedliche Sichtweisen berücksichtigt werden.
- **Wohnteilhabegesetz:** die neue WTGBauV stellt uns vor große Herausforderungen, da es Vorgaben gibt, die in 2018 umgesetzt werden müssen. Hier wurde ein Maßnahmenplan erarbeitet, die ersten Umbauten haben begonnen.

■ Fachbereich Kindertageseinrichtungen:

- Die Anforderungen des KitaFöG machten Ergänzungen in den Kernprozessen erforderlich (vgl. Kap. 4.4)

3 Qualitätsziele

■ Übersicht der Zielerreichung

Ebene	Ziele	abgeschlos- sen		Übertrag 2018		teilweise er- reicht, kein Übertrag		nicht er- reicht / ver- worfen	
		Anzahl	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut
Unternehmen	6	1	16,7	5	83,3	0	0	0	0
Bereich HzE	4	2	50,0	0	0	2	50,0	0	0
HzE amb. / BEW	3	3	100,0	0	0	0	0	0	0
HzE IWG Gulliver	3	0	0,0	0	0	3	100	0	0
HzE Mahlsorf	4	2	50,0	0	0	2	50,0	0	0

Ebene	Ziele	abgeschlos- sen		Übertrag 2018		teilweise er- reicht, kein Übertrag		nicht er- reicht / ver- worfen	
		Anzahl	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut
Bereich Integration	4	3	75,0	0	0	0	0	1	25,0
ÜWH Lankwitz	4	3	75,0	0	0	0	0	1	25,0
ÜWH Steglitz	4	3	75,0	0	0	0	0	1	25,0
Bereich Kita	5	4	80,0	0	0	0	0	1	20,0
Kita Apfelbäumchen	4	2	50,0	0	0	0	0	2	50,0
Kita Blumentraum	10	9	90,0	1	10,0	0	0	0	0
Kita Kunterbunt	3	3	100,0	0	0	0	0	0	0
Kita R. Nimmersatt	3	2	66,6	0	0	0	0	1	33,3
Kita Notenhopser	2	2	100,0	0	0	0	0	0	0
Kita Tautropfen	2	2	100,0	0	0	0	0	0	0
Kita Wirbelwind	3	1	33,3	2	66,6	0	0	0	0
gesamt 2017	64	41	64,1	8	12,5	8	12,5	7	10,9

■ **Mehrjahresvergleich der Zielerreichung:**

	2015	2016	2017
abgeschlossen	57%	43%	64,1%
übertragen	35%	24%	12,5%
teilw. erreicht, k. Übertrag		19%	12,5%
verworfen	8%	14%	10,9%

■ **Feststellungen**

Die Zielerreichung hat sich erkennbar verbessert. Die Zielformulierungen sind konkreter und die Ziele realistischer geworden. Überträge sind häufig darin begründet, dass es sich um umfassende Ziele handelt, deren Umsetzung längere Zeit beansprucht. Verworfen Ziele sind mehrfach durch externe Faktoren begründet, die die Zielerreichung verhindert haben.

■ **Bewertung: 1**

4 Kernprozesse und relevante Führungs- und Unterstützungsprozesse

4.1 Auslastung aller Einrichtungen

Einrichtung	Platzzahl	Ist 2017
HxE stationär Hultschiner Damm	17	95,0%
HxE stationär IWG Gulliver	8	100%
Therap. Übergangwohnheim Lankwitz	49	98,0%
Therap. Übergangwohnheim Steglitz	14	100%
Kita Apfelbäumchen	45	103%
Kita Blumentraum	75	99%
Kita Kunterbunt	195	93%
Kita Notenhopser	120 / 180*	90%
Kita Raupe Nimmersatt	195	96%
Kita Tautropfen	74	78%
Kita Wirbelwind	120 / 180	89%

* Die Platzzahl wurde auf 180 erweitert.

4.2 Hilfen zur Erziehung

■ Fallzahlen

Item	HxE ambulant	BEW	Mahlsdorf	IWG Gulliver
Betreute gesamt 2017	29	9	21	10
neue Fälle 2017	12	3	6	2
Beendigungen 2017	13	3	9	2
Anzahl Evaluationen 2017	13	1	7	2

■ Verbund für Pflegekinder (VfP)

Daten zu Pflegekindern und -familien	2017
durchschnittlich monatlich betreute Kinder	95
Anzahl Pflegefamilien am 31.12. d.J. (Verbund gesamt)	186
davon: im Berichtsjahr neu gewonnen (Verbund gesamt)	24
Anzahl der im Berichtsjahr beendeten Zusammenarbeit	18
im Berichtsjahr beendete Pflegeverhältnisse	11
davon: Rückführungen in die Familie	3

■ Ergebnisse der Evaluationen nach Beendigung

- Ambulante Hilfen

Die Evaluation bestätigt, dass die große Flexibilität in der konkreten Ausgestaltung der Hilfen (vgl. das breit gefächerte Spektrum der als hilfreich wahrgenommenen Angebote) und unsere fallübergreifenden Freizeitangebote als sehr hilfreich wahrgenommen werden.

In den beiden vorzeitig beendeten Hilfen konnten die Hilfeplanziele nur teilweise erreicht werden. In einem Fall lehnte der Klient die Hilfe von Anfang an ab, so dass keine konstruktive Arbeitsbeziehung hergestellt werden konnte. Hier konnten zumindest Hinweise auf möglicherweise zum aktuellen Zeitpunkt eher geeignete Hilfen gegeben werden. Im anderen Fall wurde die Hilfe durch einen nicht transparent gemachten Konflikt zwischen Jugendamt und Familie überlagert, der nach kurzer Zeit zu einer Beendigung führte.

- BEW

Es wurde kein Veränderungsbedarf festgestellt.

- Kinder- und Jugendwohnen Mahlsdorf

Die Anzahl der Kinder mit komplexen Hilfebedarfen steigt an und deshalb wird die Regelgruppe zur Intensivwohngruppe umgestellt.

- IWG Gulliver

Es wurde kein Veränderungsbedarf festgestellt.

4.3 Integration

■ personelle Entwicklung

Im therapeutischen Übergangwohnheim Lankwitz wurde das Leitungsmodell aufgrund der Probleme, die im Managementbericht 2016 benannt wurden, umgestellt. Die Funktion der Teamleitungen, die bis dato von den Therapeut*innen der jeweiligen Teams ausgeübt wurde, entfällt seit Mitte 2017. Stattdessen wurde eine zweite Einrichtungsleitung eingestellt und die Fach- und Personalverantwortung neu zugeordnet.

Nach einem halben Jahr der Erprobung lassen sich schon jetzt deutliche Verbesserungen feststellen. Die Therapeut*innen sind für die fachliche Leitung ihrer Teams zuständig und fühlen sich durch den Wegfall der Personalverantwortung entlastet. Für die Einrichtungsleitungen bedeutet die Veränderung, dass sie als Teamleitungen mit allen Mitarbeiter*innen direkt im Kontakt sind und dadurch die Personalverantwortung handlungssicher ausüben können.

Im therapeutischen Übergangwohnheim Steglitz gab es Fluktuation im Betreuungsdienst, insgesamt aber ist die Personalsituation dort weitestgehend stabil.

Positiv ist weiterhin anzumerken, dass trotz des Fachkräftemangels alle freiwerdenden Stellen in dem Bereich zügig und qualifiziert nachbesetzt werden konnten.

■ Belegung Therapeutisches ÜWH Lankwitz

Jahr	Plätze	Betreute Klient*innen ges.	davon: Männer	davon: Frauen
2015	49	64	46	18
2016	49	58	45	13
2017	49	61	46	15

■ Belegung Therapeutisches ÜWH Steglitz

Jahr	Plätze	Betreute Klient*innen ges.	davon: Männer	davon: Frauen
2017	14	14	7	7

■ durchschnittliche Hilfebedarfsgruppe Therapeutisches ÜWH Lankwitz

1.1.2015: **5,86** 31.12.2016: **6,14** 31.12.2016: **6,23** 31.12.2017 **6,51**

■ durchschnittliche Hilfebedarfsgruppe Therapeutisches ÜWH Steglitz

1.1.2017: **6,7**

Die deutliche Steigerung der HBGs spricht für eine realistischere Abbildung unserer Arbeit in den BRPs.

■ durchschnittliche Verweildauer Therapeutisches ÜWH Lankwitz (Monate)

beendete Maßnahmen:

Jahr	alle	Haus C	Haus GH oben	Haus GH unten
2015	57,3	53,0	40,0	78,9
2016	33,9	19,8	49,8	22,5
2017	33,0	52,0	4,3	42,8

aktive Klient*innen am 31.12. des Jahres

Jahr	alle	Haus C	Haus GH oben	Haus GH unten
2015	37,7	27,0	34,9	51,2
2016	46,7	49,2	44,0	47,0
2017	49,2	54,9	52,6	40,0

■ durchschnittliche Verweildauer Therapeutisches ÜWH Steglitz (Monate)

aktive Klient*innen am 31.12. des Jahres

Jahr	alle
2017	29

Im Berichtsjahr gab es keine Fluktuation.

■ Kliniktage wegen psychiatrischer Behandlung im Therapeutischen ÜWH Lankwitz

Jahr	Anzahl Klient*innen mit Klinikaufenthalt	Anzahl Kliniktage gesamt	davon: freiwillig	davon: nach BGB*	davon: nach PsychKG*
2015	23	833	730	43	60
2016	13	1356	832	367	157
2017	18	688	602	7	79

*bei diesen Aufenthalten handelt es sich um Zwangseinweisungen

Die Anzahl der Kliniktage im T.ÜWH L ist deutlich geringer als in den Vorjahren. Vermutlich spielen drei Ursachen dafür eine Rolle:

1. Generelle Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus
2. Einweisungen nach PsychKG erfolgen nur bei deutlicher Selbst- oder Fremdgefährdung, die hinzugezogenen Psychiater stellen weniger Einweisungen aus
3. Im Jahr 2017 stabile Personalsituation bei den Therapeut*innen

■ Kliniktage wegen psychiatrischer Behandlung im Therapeutischen ÜWH Steglitz

Jahr	Anzahl Klient*innen mit Klinikaufenthalt	Anzahl Kliniktage gesamt
2017	4	239

■ Ergebnisse der Teamevaluation nach Auszug:

▪ Indikatoren für positive Veränderungen im therapeutischen ÜWH Lankwitz

Im Berichtsjahr haben 12 Klient*innen die Einrichtung verlassen, alle Teamevaluationen wurden durchgeführt und dokumentiert. Da das Auswertungsschema ausdifferenziert wurde, werden die Vorjahre nicht mit abgebildet.

Item	ja	nein	unverändert	nicht relevant	Bewertung positiv	Bewertung negativ
Verringerung Klinik	6	2		4	3	1
Weniger Freiheitseinschränkung	3	2		7	2	1
Abbau Rechtsbetreuung	1	4	4	3	3	2
Aufnahme Beschäftigung	5	5		2	2	4
Reduzierung HBG	3	4	3	2	3	3

Von diesen Angeboten konnte der*die Klient*in für seine*ihre Entwicklung am meisten profitieren:

	sehr	etwas	wenig	gar nicht	nicht relevant
Alltagspraktische Unterstützung	4	4	1		3
Begleitung	8	1			3
Durchgehende Anwesenheit von Betreuer*innen	7	2	1		2
Bezugsbetreuung	6	3	1		2
Einzelgespräche	8		1		3
Wöchentliches Gruppengespräch	4	4	2		2
Ergo / AT	2	4	2	1	3
Freizeitaktivitäten	4	3	2		3
Sozialarbeiterische Unterstützung	7	2			4
Hilfeplanung	2	5	2		3
Zusammenleben	5	3	2		2
Einbezug der Angehörigen	2	2	2	2	4
Gestaltung und Nutzung der Räume	2	4	3	1	2

Ziel ist es ein aussagekräftiges Instrument zur Wirksamkeit unserer Arbeitsprozesse zu ermitteln. Unbefriedigend ist auch in diesem Jahr die Bewertung der Ergo – und Arbeitstherapie. Die geplante Zufriedenheitsbefragung der Klient*innen im Herbst 2018 bietet die Gelegenheit zu überprüfen, ob unsere Angebote den Bedürfnissen unserer Klient*innen entsprechen.

Da in Steglitz niemand ausgezogen ist, liegen hier keine Ergebnisse vor.

4.4 Kindertagesstätten

■ Beschwerdeverfahren für Kinder

Entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (KitaFöG - § 1 Aufgaben und Ziele der Förderung, 3.SGB VIII § 45,2, Bundeskinderschutzgesetz), des Beteiligungs- Beschwerdeverfahren Kinder für Kindertagesstätten der AWO (QMH) und in Bezug auf die Umsetzung der Partizipation, Teilhabe und Beteiligung von Kindern in den Kindertageseinrichtungen (BBP) setzten sich die pädagogischen Fachkräfte mit den Rechten der Kinder auseinander. Unter Einbeziehung der Kinder und Eltern wurden die Kinderrechte besprochen und Ideen und Vorschläge für ein Beschwerdeverfahren in der jeweiligen Kita gesammelt und dokumentiert.

In 6 von 7 Kindertagesstätten konnte das Beschwerdeverfahren in der Einrichtungskonzeption verankert werden. Erstmals werden für 2018 Ergebnisse des Verfahrens vorliegen und bewertet.

→ Zur Erarbeitungen wurden Dienstberatungen, durch FB/QB angeleitete AGs oder die Interne Evaluation genutzt.

■ Umgang mit frühkindlicher Sexualität

In Bezug auf das Bundeskinderschutzgesetz, vom 01.01.2012, sind die Mitarbeiter*innen verpflichtet sich intensiv mit dem Thema frühkindliche Sexualität auseinanderzusetzen.

Dazu wurde vereinbart, dass zur Unterstützung der Teams, in jeder Kindertagesstätte eine Teamfortbildung stattfindet.

In 2016 und 2017 fanden in 3 Einrichtungen Fortbildungen zum Umgang mit frühkindlicher Sexualität statt.

Als Ergebnis konnte die Konzeption der Kita Raupe Nimmersatt und Kita Kunterbunt um Aussagen zum Thema in 2017 ergänzt werden.

Fortbildungen zum Thema sind für 2018 für die Kitas:

- Apfelbäumchen
- Tautropfen
- Blumentraum
- Notenhopser

geplant. 2018 werden in allen Kita-Konzeptionen der Umgang mit frühkindlicher Sexualität und der Umgang zum Schutz des Kindes innerhalb der Einrichtungen beschrieben sein.

■ Kita Fachtag 16.06.2017 „Gesundheit“

Zum Thema: „Gesundheit“ unter dem Motto: „Wir setzen uns mit Verhaltensweisen auseinander, die zur Erhaltung der Gesundheit als nachhaltig angesehen werden.“ fand der 2. Kita Fachtag der AWO pro:mensch statt. Gemeinsam mit päd.FK aus den jeweiligen Kitas wurde der Fachtag vorbereitet. Zum Fachtag stellten die päd.FK Themen aus dem Alltag der Kinder vor, die wesentlich zur Erhaltung der Gesundheit beitragen.

Zum Thema Gesundheit der Mitarbeiter*innen wurde die „Ermittlung des Kraftniveaus von Bauch- und Rückenmuskulatur mit dem Easy Torque“ und „Check und Workout der Koordinationsfähigkeit mit der Challenge Disc“ von der AOK Gesundheitskasse durchgeführt.

Insgesamt nahmen 129 Mitarbeiter*innen und Fachkräfte teil:

Ge- schäfts- stelle	päd.FK	Praktikan- ten	FSJler	BFD	Hauswirt- schafts- kräfte	Gäste
4	101	11	4	5	1	3

Der Fachtag wurde mit 1,6 bewertet. Dabei bewerteten die Mitarbeiter*innen die Workshops als besonders gut. Das Referat am Vormittag wurde negativ bewertet.

Die Rückmeldungen zum Fachtag werden für die Planung des Fachtages 2021 entsprechend mit berücksichtigt.

Die geringe Teilnahme von Gästen (3 Gäste waren die Mitarbeiter*innen der AOK Gesundheitskasse) war enttäuschend, so dass bei der Planung des nächsten Fachtages überlegt werden muss, wie wir ein breiteres Publikum erreichen können. Insbesondere die Teilnahme von Eltern und Fachkolleg*innen ist uns wichtig.

■ Interne Evaluationen

Entsprechend der QVTAG (Qualitätsentwicklung in Berliner Kindertagesstätten- Qualitätsvereinbarung Tageseinrichtungen) sind in allen Kindertageseinrichtungen einmal jährlich interne Evaluationen durchzuführen.

Durch die Teilnahme am „Jolinchen Projekt“ in der Kita Kunterbunt und durch die umfangreichen Umbauarbeiten sowie die Platzverweiterung in der Kita Notenhopser wurden dort keine internen Evaluationen durchgeführt.

In folgenden Kindertagesstätten wurde eine interne Evaluationen durchgeführt:

Kita	evaluiertes Aufgabenbereich	Zeitraum
Apfelbäumchen	„Gesundheitsförderung“	08.08.2017
Blumentraum	„Bildungs- und Erziehungspartnerschaft mit Eltern“	07.03.2017
Raupe Nimmersatt	„Beobachten und Dokumentieren“	26.10.2017
Wirbelwind	„Gesundheitsförderung“	13.10.2017

Tautropfen | „Gestaltung des alltäglichen Lebens“ | 30.03. – 31.03.2017

Entsprechend wurden zu den internen Evaluationen Maßnahmen erarbeitet und teilweise umgesetzt:

Kita	erarbeitete Maßnahmen	Umsetzung
Apfelbäumchen	6	alle Maßnahmen wurden umgesetzt
Blumentraum	2	1 Maßnahme wurde umgesetzt 1 Maßnahme wurde nicht umgesetzt → Termin der Umsetzung Mai 2017
Raupe Nimmersatt	4	2 Maßnahmen wurden umgesetzt 2 Maßnahmen werden termingerecht 2018 umgesetzt
Wirbelwind	5	1 Maßnahme wurde nicht umgesetzt → Termin der Umsetzung Dezember 2017 4 Maßnahmen werden termingerecht umgesetzt
Tautropfen	3	alle Maßnahmen wurden umgesetzt

Die internen Evaluationen wurden von der FB/QB Fachbereich Kita durchgeführt.

■ Zusammenarbeit mit dem AWO Landesverband und anderen Trägern

AG AWO LV QMB+FB Kita

Die Arbeitsgruppe trifft sich weiter regelmäßig (4x im Jahr). Zu ihren Aufgaben 2017 zählten die Überarbeitung und Aktualisierung des Qualitätsmanagementhandbuches der Kindertagesstätten. Es wurden die Grundsätze und Standards der Beteiligung und Beschwerde für Kinder erarbeitet und im QMH eingegliedert. Entsprechend der erarbeiteten Vorgaben entwickelten die Kitas der AWO pro:mensch ein einrichtungsbezogenes Beschwerdeverfahren – siehe Punkt 2.

In einer 2-tägigen Klausurtagung, am 5.04. und 06.04.2017 wurden folgende Punkte erarbeitet und in der Arbeitsgruppe abgestimmt:

- Die Konzeptgliederung wurde überarbeitet und die Punkte kleinteiliger beschrieben.
- Der Leitfaden zum Situationsansatz wurde im QMH gestrichen. Es wird ein Ordner Basiswissen erstellt, der die Leitfäden aus den QMH zusammenfasst.
- Das Beobachtungsinstrument Leuven wird um den Ansatz Lerngeschichten erweitert.
- Ein gemeinsamer Text der Qualitätshandbücher wird nicht mehr erforderlich sein. Dabei werden die Anmerkungen und Ergänzungen aus den Verbänden weiter die Diskussion befördern und in den Überarbeitungen Berücksichtigung finden.

2018 werden die Überarbeitungen den Kreis und gGmbH Geschäftsführer*innen vorgestellt.

■ Kennzahlen

Mit Abschluss des letzten Bauabschnittes in der Kita Notenhopser konnte der Fachbereich zum September 2017 um 60 Kitaplätze erweitert werden.

Insgesamt hält der Fachbereich jetzt 884 Plätze vor.

Die durchschnittliche Auslastung lag bei 92% (780 Plätze).

Zusätzlich zur Auslastung können wir im Bereich der Kindertagesstätten die Altersstruktur der Kinder, die Anzahl der Kinder nicht deutscher Herkunftssprache, Kinder aus sozial benachteiligten Wohnumfeld (Quartiersmanagement) und Kinder mit Integrationsstatus ermitteln.

	Apfelbäumchen	Blumentraum	Kunterbunt	R. Nimmersatt	Notenhopser	Wirbelwind	Tautropfen	Summen*	Zum Vergleich 2016
Anmerkung: Die Nachkommastellen sind gerundet.									
Anzahl der Plätze	45	75	195	195	120 180	120	74	884	824 811
durchschnittliche Platzbelegung	46	74	182	187	126	107	58	780	
davon Kinder 0 bis 3 Jahre	14	19	40	51	40	29	33	226	233
davon Kinder ab 3 Jahre	32	55	142	136	87	78	24	554	495
(wird erst ab 40% erfasst) davon Kinder nicht dt. Herkunftssprache	/	/	77	/	/	/	/	77	/
davon Kinder mit Integrationsstatus A	5	6	9	7	8	7	2	44	36
davon Kinder mit Integrationsstatus B	0	3	2	0	1	2	0	8	6
davon Kinder im Quartiersmanagement	3	33	24	6	22	19	0	107	57

Erstmalig lagen wir in der Kita Kunterbunt in der Betreuung von Kindern nicht deutscher Herkunftssprache über 40% der Gesamtbelegung. Daraus ergab sich ein zusätzlicher Bedarf von 1,3 Erzieher*innen-Stellen.

■ Feststellungen zu den Auswertungen der Fachbereiche

Die Auswertungen der Fachbereiche sind in Form und Inhalt nach wie vor sehr verschieden und nicht hinreichend logisch mit den Zielen und Indikatoren der Kernprozesse verknüpft.

■ **Bewertung: 2**

■ **Maßnahmen**

Das Thema wurde als Qualitätsziel für 2018 festgelegt und wird darüber bearbeitet.

5 Personalmanagement

5.1 Fortbildung

Für jede Einrichtung und die Geschäftsstelle wird jährlich eine Fortbildungsplanung erstellt und fortgeschrieben. Ressourcen für Fortbildungen werden in die Wirtschaftsplanung eingestellt.

Da im Formular in 2017 zulässig war, bei Teamfortbildungen die Anzahl der (geplanten) Teilnehmer*innen statt der einzelnen Teilnehmer*innen anzugeben, lässt sich nicht nachvollziehen, wie viele Mitarbeiter*innen je Einrichtung erreicht wurden. Dieses Item fällt daher für das Berichtsjahr weg.

	Gst	HZE	Integra- tion	Kita	gesamt
Anzahl MA gesamt 31.12.2017	19	31	64	163	277
Anzahl MA mit dokumentierter Umsetzung der Fortbildungsplanung	19	20	64	163	266
Gesamtstunden	195	319	1156	2229	3899
durchschnittl. Stunden je MA ges. (nur MA der Einrichtungen mit Nachweis)	10	10	18	15	13

■ Mehrjahresübersicht der Fortbildungsstunden:

	2015	2016	2017
Gesamte Fortbildungsstunden	3323	4651	3899

■ Fortbildungskosten (gerundet)

	Teilnahmegebühren €	Freistellung (20,-€ / Std.)	Gesamt €
2016	46.000	93.020	139.020
2017	48.000	77.980	125.980

■ Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfungen

Be- wer- tung	Gst			HzE			Integration			Kita			gesamt		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
1	31	39	12	6	41	3	38	99	54	18	105	57	93	284	126
2	5	11	8	0	0	6	0	0	4	11	14	9	16	25	27
3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2
4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0

1: wirksam, 2: überwiegend wirksam, 3: teilweise wirksam, 4: nicht / gering wirksam

Aus einer Kita lagen keine Fortbildungsbewertungen vor. In anderen Einrichtungen waren noch nicht alle Bewertungen vorgenommen, insbesondere für Fortbildungen, die im 4. Quartal stattgefunden haben. Durch die ab 2017 erfolgte Einführung der Möglichkeit, Teamfortbildungen kollektiv zu dokumentieren, liegen hier (außer für das T.ÜWH L) keine mitarbeiterbezogenen Wirksamkeitseinschätzungen vor.

■ Feststellungen

Der Umfang der Fortbildungen befindet sich trotz des Rückgangs gegenüber dem Vorjahr auf gutem Niveau. Die Wirksamkeitseinschätzungen ergeben fast ausschließlich die volle bzw. überwiegende Wirksamkeit.

■ Bewertung: 1

5.2 Personalentwicklungsgespräche

■ Übersicht der Durchführung von Personalentwicklungsgesprächen 2017

Einrichtung/ Bereich	geplant		erfolgt		nicht erfolgt		abgelehnt	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Geschäftsstelle	17	17	16	14	1	3	0	0
BL Integration	3	4	2	4	1	0	0	0
T.ÜWH Steglitz	10	10	9	10	1	0	0	0
T.ÜWH Lankwitz	43	0	5	0	12	0	26	0
BL HzE	4	3	4	2	0	1	0	0
HzE Mahlsdorf	7	10	1	0	0	0	6	0
HzE IWG Gulliver	6	6	4	1	0	3	2	2
HzE amb/ BEW/ VfP	10	10	6	4	1	3	3	3
BL KITA	14	13	12	13	2	0	0	0
KITA Apfelbäumchen	6	8	6	8	0	0	0	0
KITA Blumentraum	11	12	11	0	0	0	0	0
KITA Kunterbunt	24	24	11	14	1	3	12	7
KITA R. Nimmersatt	31	29	24	15	4	3	4	10
KITA Notenhopser	15	18	15	18	0	0	0	0
KITA Wirbelwind	25	22	20	11	1	11	4	0
KITA Tautropfen	3	8	2	4	1	4	0	0
Summen	229	194	148	118	25	31	57	22

Differenzen in der Addition ergeben sich daraus, dass teilweise keine bzw. unvollständige Angaben gemacht wurden. Das T.ÜWH Lankwitz war wegen der Umstrukturierung auf Leitungsebene von den PEG ausgenommen. In der Kita Blumentraum waren alle PEG für das 4. Quartal geplant, wurden jedoch aufgrund einer Todesfalls im Team in diesem Zeitraum nicht durchgeführt.

Die Differenz zur Gesamtzahl MA ergibt sich daraus, dass während der Einarbeitung kein PEG geführt wird, Rückkehrgespräche nicht als PEG gezählt wurden u.ä.

■ Mehrjahresvergleich Umsetzung der Personalentwicklungsgespräche

	2015	2016	2017
Geplante PEG	196	229	194
durchgeführt	116	148	118
nicht durchgeführt	44	25	31
Teilnahme abgelehnt	36	57	22

■ Feststellungen

Die Anzahl der durchgeführten Personalentwicklungsgespräche ist gegenüber dem Vorjahr gesunken. Die Entscheidung, das T.ÜWH Lankwitz im Berichtsjahr von den PEG auszunehmen, fällt dabei kaum ins Gewicht, da hier die Umsetzungsquote traditionell sehr niedrig ist. In drei Einrichtungen (HzE Mahlsdorf, HzE Gulliver, Kita Blumentraum) ist der Ausfall der Gespräche auf die personelle Situation zurückzuführen.

Der Aufwand der Dokumentation der PEG wird als zu hoch eingeschätzt. Daher soll das Protokoll überarbeitet werden.

■ Bewertung: 1

6 Management freiwilliger sozialer Arbeit

Einrichtungen mit Freiwilligeneinsätzen	2016	2017
Anzahl Einrichtungen gesamt	12	12
Anzahl Einrichtungen mit Freiwilligeneinsätzen (abs.)	9	10
Anteil Einrichtungen mit Freiwilligeneinsätzen (%)	75%	83%

■ FSJ und BFD

	2015	2016	2017
Anzahl FSJ (Personen)	10	25*	10
Anzahl BFD (Personen)	11	14*	9

*Anmerkung: Die Anzahl der Plätze weicht 2017 von der Anzahl der Personen ab, da hier die Durchgänge 2015/2016 sowie 2016/2017 gezählt wurden.

2015 und 2017 wurden die im jeweiligen Jahr beendeten Einsätze gezählt.

■ **sonstige dokumentierte Freiwilligeneinsätze (ehrenamtliche Stunden / Jahr):**

Jahr	2015	2016	2017
Stunden	684	834	1315

Diese Art der Einsätze findet nur in den Kindertagesstätten statt. Es handelt sich hierbei vielfach um aktionsbezogene Einsätze von Eltern (Beispiele: Unterstützung bei Festen, Begleitung von Ausflügen, Gartenarbeit, Renovierung). Darüber hinaus sind einzelne Personen längerfristig, z.B. als Lesepatin, engagiert.

■ **Feststellungen**

- In F705 Feedbackbogen Freiwillige ist nicht ersichtlich, welcher Art der Einsatz war (z.B. FSJ, BFD, privates Engagement), in welchem Zeitraum er stattfand und welchen Umfang er hatte. Diese Feststellung wurde bereits für 2016 getroffen.
- In F706 Evaluation Freiwillige, das als Teamevaluation gedacht ist, wurden die Angaben in einigen Fällen von den Freiwilligen gemacht. Da das Formular jedoch keine Angaben dazu fordert wer es ausgefüllt hat, ist das nur durch die Formulierung des Freitextes erkennbar. Die durch Freiwillige selbst ausgefüllten Formulare sind in obiger Auswertung nicht berücksichtigt.
- In der Dokumentation F707 fehlen häufig die Angaben zur Einweisung und zur Anerkennung. Auch dies wurde 2016 bereits festgestellt. Zudem lässt das Formular offen, in welcher Maßeinheit der zeitliche Einsatz angegeben werden soll, was die Auswertung erschwert.
- Bereits für das letzte Jahr wurde erkannt, dass das Verfahren der Überarbeitung bedarf. Die hat aus Ressourcen Gründen nicht stattgefunden.
- Die Notwendigkeit der Überarbeitung ergibt sich zusätzlich daraus, dass der AWO Landesverband seine Dokumentationsanforderungen zum FSJ-Einsatz für die Einsatzstellen weiterentwickelt hat. Dadurch sind Parallelsysteme entstanden. Dies muss im Verfahren berücksichtigt werden.

■ **Bewertung: 2**

■ **Maßnahmen**

- Überarbeitung des Verfahrens und der Formulare
- Festlegung der Messgrößen / Kennzahlen
- Implementierung in allen Einrichtungen

7 Finanzmanagement

7.1 Begleichung von Eingangsrechnungen

Jahr	2015	2016	2017
Anzahl Eingangsrechnungen (ER)	3.014	3.307	3370
Monatsdurchschnitt	251	276	281
Mahnungen	50	27	36
Quote	1,66%*	0,82%	1,07%

22 der 36 Mahnungen waren in 2017 berechtigt.

7.2 Fristentreue bei der Erstellung von Ausgangsrechnungen

Laut interner Festlegung beträgt die Frist, innerhalb derer Ausgangsrechnungen (AR) zu stellen sind, fünf Tage nach dem Monatsletzten für den Vormonat.

Die Auswertung 2017 wurde für die Bereiche Hilfen zur Erziehung und Integration erstellt:

	AR gesamt	davon nach 5.d.M.	Anteil	Vorjahr
Hilfen zur Erziehung	1741	144	8,3%	8,3%
Integration	752	137	18,2 %	14,4%

Im HzE-Bereich wurden im Januar 2017 141 Rechnungen nach dem 5. gestellt, da dieser auf ein Wochenende fiel. Bei den restlichen drei Verspätungen fehlten Bewilligungen.

Im Bereich Integration sind alle Verspätungen darin begründet, dass im 1. Quartal des Jahres noch keine aktuellen Vergütungen für das Therapeutische ÜWH Steglitz vorlagen.

Bereich	2015	2016	2017
Hilfen zur Erziehung	1635	1652	1741
davon nach 5.d.M. gestellt	433	135	144
Integration	668	763	752

davon nach 5.d.M. gestellt	110	110	137
----------------------------	-----	-----	------------

Im Bereich Kindertagesstätten wird ein anderes Abrechnungsverfahren für die Kosten der Kindertagesstätte und die Elternbeiträge angewandt.

■ **Feststellungen**

Die Prozesse im Finanzmanagement laufen weiterhin stabil und mit guten Ergebnissen.

■ **Bewertung: 1**

7.3 Lieferantenbewertung

Die von uns als relevant ausgewählten Lieferanten wurden wie folgt bewertet:

1. ausgegliederte Prozesse

Dienstleistung	2015	2016	2017
Betriebsarzt Herr Dr. Doll	1,64	2,00	nicht bewertet, da verstorben
FASI Herr Gremmer	1,00	1,02	1,00
EDV Fa. Bolz	1,50	1,13	1,29
bDSB Herr Mielke	1,14	1,10	1,00

2. weitere Lieferanten

Lieferant / Dienstleistung	2015	2016	2017
HDM (Lebensmittel)	1,00	1,27	1,00
Appetito (Speisen)	1,17	1,00	1,00
Krause (Speisen)	1,00	1,00	1,00
Schlemmertopf (Speisen)		1,08	1,00
Frischer Wind (Reinigung)	1,13	1,22	1,42
Fiedler (Reinigung)	1,11	1,22	1,44
Krüger (Reinigung)	1,36	1,32	1,37
Maler Heide	1,00	1,22	1,00
Lebrecht (Gartenpflege)		1,00	1,06

3. Supervision

Supervisor*in	2015	2016	2017
Fr. Bohn (T.ÜWH S)		2,13	1,00
Hr. Engelhorn (T.ÜWH L – Leitung)		1,25	1,25

Hr. Faistbauer (T.ÜWH L – Teams C, GH o) → Zusammenarbeit wurde beendet	2,00	2,33	2,25
Fr. Bittner (T.ÜWH L – Team GHu)		1,00	1,25
Fr. Maihorn (HzE amb. / BEW)			1,00
Fr. Habibi (VfP)			1,25

■ Feststellungen

Bei der Durchsicht der Formulare zur Lieferantenbewertung ist aufgefallen, dass diese überprüft und ggf. angepasst werden sollten. Dies betrifft insbesondere die Bewertungen für Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Datenschutzbeauftragten, externe EDV-Bereuung, pädagogische Dienstleistungen Apotheke. Wir differenzieren darüber hinaus nicht nach Lieferanten von Lebensmitteln und solchen von Speisen. Für letztere sollte ein Formular entwickelt werden, in dem auch die Produktqualität beurteilt wird.

■ Bewertung: 2

■ Maßnahmen: Formulare überarbeiten

8 Interkulturelle Öffnung

Unsere Einrichtungen und Dienste stehen allen Menschen ungeachtet ihrer Herkunft bzw. ihres kulturellen Hintergrunds offen. Ein etwaiger Migrationshintergrund ist kein Kriterium bei der Belegung bzw. Vergabe der Plätze (weder im Sinne eines Ausschluss- noch eines Bevorzugungskriteriums). In den Bereichen HzE und Integration erfolgt die Belegung der Plätze entsprechend den Zuweisungen bzw. Bewilligungen der Kostenträger.

Die Betreuung erfolgt auf der Grundlage des jeweils individuellen Bedarfs. Das bedeutet, dass in der Leistungserbringung auch Themen berücksichtigt werden, die sich aus einem Migrationshintergrund ergeben, soweit sie relevant sind.

In den Kindertagesstätten findet sich Interkulturalität darüber hinaus im pädagogischen Alltag, beispielsweise in der Auswahl von Spielmaterialien und Büchern, in Projekten sowie bei der Gestaltung von Festen.

In unseren Einrichtungen finden sich auch Mitarbeiter*innen unterschiedlicher kultureller Herkunft. Verschiedentlich streben wir an, vermehrt Personal mit verschiedenen Sprachkompetenzen zu gewinnen. Allerdings machen wir häufig die Erfahrung, dass bei Bewerber*innen die Kenntnisse der deutschen Sprache so eingeschränkt sind, dass dies eine fachgerechte Leistungserbringung infrage stellt.

■ Bewertung: 1

9 Nachhaltigkeit

Das Thema Nachhaltigkeit war im Berichtsjahr ein Qualitätsziel. Vorgesehen war, die in 2016 durchgeführte Befragung weiter auszuwerten, Maßnahmen abzuleiten, gute Praxisbeispiele darzustellen und die Ergebnisse zu evaluieren.

Bei der Befassung mit den Befragungsergebnissen wurde klar, dass wir damit gewissermaßen „das Pferd von hinten aufzäumen“, indem wir schauen, was in den Einrichtungen läuft, ohne uns um Vorfeld darüber klar geworden zu sein, was wir als Unternehmen eigentlich erreichen und welche Schwerpunkte wir setzen wollen. Daher haben wir auf der Ebene Geschäftsführung und QMB begonnen, uns zunächst mit Theorie und Grundlagen von Nachhaltigkeit auseinanderzusetzen. Hierbei sind wir auf die Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung und die darin enthaltenen Handlungsfelder für Nachhaltigkeit gestoßen. Wir entwickelten die Idee, die für uns relevanten Handlungsfelder zu identifizieren, das Thema Nachhaltigkeit in die Unternehmensstrategie aufzunehmen und Ziele, Prioritäten sowie Aktionspläne für die Handlungsfelder zu entwickeln. Parallel dazu fingen wir an zu eruieren, wo wir auf Unternehmensebene bereits unter Beachtung von Nachhaltigkeitskriterien handeln. Dies haben wir bislang jedoch nicht systematisiert.

In der Klausur des Führungskreises 1 (27.-29.6.2017) hatten wir Nachhaltigkeit als Schwerpunktthema auf der Agenda. Angesichts der Themenfülle der Klausur bearbeiteten wir es in einer UAG aus GF, Referentin der GF und QMB. Beim anschließenden Austausch im FK 1 wurde deutlich, dass die gewählte Herangehensweise für die bis dahin nicht mit dem Thema befassten Kolleg*innen zu abstrakt war. Dies war für uns ein wichtiger Hinweis darauf, dass es ein Ziel sein muss, Nachhaltigkeit greif- und verstehbar zu bearbeiten.

Im zweiten Halbjahr haben wir in o.g. UAG an der Unternehmensstrategie weitergearbeitet.

Für 2018 haben wir beschlossen, Nachhaltigkeit nicht mehr als Qualitätsziel mitzuführen, sondern als Querschnittsthema durch alle Unternehmensprozesse zu betrachten. Wir wollen den begonnen Weg weiter verfolgen, dies top-down von der Unternehmensstrategie bis in die Leistungserbringung in den Einrichtungen zu systematisieren. Wir mussten allerdings auch feststellen, dass die Befassung mit Nachhaltigkeit im Verhältnis zu den im operativen Geschäft wichtigen und dringlichen Themen eine eher untergeordnete Priorität hat.

■ **Bewertung: 2**

■ **Maßnahmen:** Projektplanung zur weiteren Bearbeitung des Themas entwickeln

10 Rückmeldungen von Kunden

10.1 Befragungen

Im Berichtsjahr haben keine Kundenbefragungen stattgefunden.

10.2 Kundenwünsche, die über das Leistungsangebot der Einrichtung hinausgehen

Das Formular F810 ist auch im Berichtsjahr kaum genutzt worden. Bereits in 2017 sollte das Verfahren überprüft werden, dies ist aus Ressourcengründen jedoch nicht erfolgt.

Der Vergleich mit den Vorjahren ergab folgendes Bild:

Jahr	Anzahl F810 (vormals F108)	Anzahl Einrichtungen, aus denen die Aufzeichnung kam
2015	4	1
2016	0	0
2017	2	1

■ Feststellungen

Das Formular hat keine Relevanz für das QM-System. Es ist kein geeignetes Instrument, um systematische Informationen für die Weiterentwicklung der Angebote zu erhalten.

■ Bewertung: 2

■ Maßnahmen: Verfahren anpassen, Formular abschaffen

10.3 Wunschboxen - Anregungen und Wünsche

Jahr	Anzahl Einrichtungen mit Nutzung F811	Anzahl	Lob	Wunsch	Bemerkungen
2016	4	12	1	11	
2017	2	5	4	2	Auf einem Bogen wurden Lob und Wunsch geäußert.

■ Feststellungen

Die Nutzung der Wunschboxen ist gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Die ausgefüllten Bögen wurden jeweils in den Teams besprochen. Handlungsbedarf hinsichtlich des Instruments ist momentan nicht festzustellen.

■ Bewertung: 1

10.4 Beschwerden

Im Berichtsjahr ist die Anzahl der dokumentierten Beschwerden gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben.

Im Kitabereich sind erwartungsgemäß die Beschwerdeführer*innen in der Regel Eltern.

Demgegenüber wurden in den Bereichen HzE und Integration keine Beschwerden von den Klient*innen selbst dokumentiert. Eine Beschwerde im HzE-Bereich wurde durch Eltern geäußert. Die restlichen 5 in beiden Bereichen dokumentierten Beschwerden wurden durch Nachbarn geäußert, die sich gestört fühlten.

Aus 6 Einrichtungen lagen keine dokumentierten Beschwerden vor.

Bereich	2015	2016	2017
Geschäftsstelle	0	0	0
Hilfen zur Erziehung	7	2	5
Integration	2	1	1
Kindertageseinrichtungen	17	10	8
Summe	26	13	14

■ Übersicht Beschwerdeauswertung

Item	Ge- schäfts- stelle	HzE	Integra- tion	Kita	Summen
Anzahl erhaltener Beschwerden	0	5	1	8	14
Annahme durch					
BL				2	3
soz. päd. Fachkraft		2		3	5
Leitung		3	1	2	6
Verwaltung					
Sonstige					
Beschwerdeführer*in					
Betroffener				2	2
Eltern		1		6	7
andere Angehörige					
Sonstige		4	1		5
keine Angabe					
betroffener Bereich:					

Item	Geschäftsstelle	HZE	Integration	Kita	Summen
fachliches Angebot				5	5
Essensversorgung					
Reinigung		2			2
Verwaltung					
Sonstiges		3	1	3	7
Erstbeschwerde				8	8
Folgebeschwerde		3			3
weitere Maßnahmen erforderlich?					
ja					
nein		5	1	8	14
Konnte die Beschwerde gelöst werden?					
ja		4	1	8	13
nein					
unklar, da Doku nicht aussagekräftig		1			1
Durchschnitt Bearbeitungsdauer(Tage)		11,8	92	5,2	36,3
Range Bearbeitungsdauer (Tage)		7 - 40	92	1-10	1-92

■ Feststellungen

Die erfassten Beschwerden waren durchweg relevant und nachvollziehbar dokumentiert.

■ Bewertung: 1

11 Rückmeldungen interessierter Parteien

Die Zusammenarbeit mit unseren wesentlichen Interessenpartnern (Senatsverwaltungen, Kostenträger, Aufsichtsbehörden) sowie mit Vernetzungspartnern verlief im Berichtsjahr positiv. Rückmeldungen werden in zahlreichen persönlichen Kontakten ausgetauscht.

Ergebnisse externer Prüfungen werden immer in der Geschäftsführungsrunde besprochen.

Die Prüfung der Heimaufsicht im T.ÜWH Lankwitz hat Mängel im Medikamentenmanagement ergeben, die umgehend behoben wurden.

HZE stationär: Die Rückmeldungen aus den Qualitätsdialogen waren positiv. Besprochen wurde die konzeptionelle Weiterentwicklung des Hultschiner Damms als Intensivwohngruppe.

■ Feststellungen

Der Austausch über die Rückmeldungen interessierter Parteien erfolgt zeitnah innerhalb unseres Besprechungswesens.

Wir wollen darüber hinaus eine systematische Aufstellung über unsere relevanten interessierten Parteien entwickeln und relevante Informationen aus den Rückmeldungen elektronisch bündeln.

■ **Bewertung: 1**

12 Ergebnisse interner Audits

Auf der Grundlage der guten Ergebnisse 2017 wurde ab 2018 das Auditverfahren verändert. Künftig werden nicht mehr alle Einrichtungen in jedem Jahr intern auditiert.

Die Zahl der internen Auditor*innen ist mit 5 konstant geblieben.

Übersicht der Auditergebnisse 2017

Nr.	Einrichtung	Bewertungen		
		2	3	4
1	Geschäftsstelle	10	0	0
2	QMB+QBs	5	0	0
3	HZE ambulant	0	0	0
4	HZE Hultschiner Damm	1	4	0
5	HZE IWG Gulliver → verschoben auf den 21.3.2018	-	-	-
6	T.ÜWH Lankwitz	3	1	0
7	T.ÜWH Steglitz	6	0	0
8	Kita Apfelbäumchen	3	2	0
9	Kita Blumentraum → verschoben ins Folgejahr	-	-	-
10	Kita Kunterbunt	1	0	0
11	Kita Notenhopser	1	0	0
12	Kita Raupe Nimmersatt	3	1	0
12	Kita Tautropfen	0	0	0
13, 14	Kita Wirbelwind (2 Audits)	0	0	0
	Summe	33	8	0
	zum Vergleich 2016	32	10	6

■ **Feststellungen**

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der festgestellten Abweichungen erkennbar reduziert.

■ **Bewertung: 1**

13 Risikomanagement

In der bestehenden, jährlich aktualisierten Risikomatrix werden unterschiedliche Risiken erfasst:

- wirtschaftliche und personelle Risiken
- Risiken zu Infrastruktur und Arbeitsumgebung
- Entwicklungsrisiken

Die Risiken wurden nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Risikopotenzial bewertet und mit einer daraus abgeleiteten Risikokennzahl hinterlegt. Verantwortungen zur Verfolgung bzw. Bearbeitung der Risiken wurden festgelegt. Die Evaluation erfolgt jährlich.

Darüber hinaus wurden die Kernprozesse dahingehend überarbeitet, dass Chancen und Risiken abgebildet und in der Gestaltung der Abläufe berücksichtigt werden.

■ Feststellungen

Das System zur Erfassung von und zum Umgang mit Risiken bewährt sich weiterhin.

■ Bewertung: 1

14 Verbesserung

14.1 Verbesserungsvorschläge (F840)

Jahr	Anzahl VV	umgesetzt	nicht umgesetzt	k.A.
2016	19	15	3	1
2017	35	24	7	4

■ Kategorien der Verbesserungsvorschläge

Kategorie	2016	2017
Anpassung von QM-Formularen	15	12
Veränderung Arbeitsabläufe / Strukturen	3	11
Verbesserung Ausstattung / Bau	1	6
Einsparung Ressourcen, Nachhaltigkeit	0	2
Veränderung Konzeption / fachl. Handeln	0	1
Sonstige Korrekturen	0	2

nicht zuzuordnen aufgrund Doku in F840	0	1
gesamt	19	35

■ **Feststellungen**

Die Zahl der Verbesserungsvorschläge ist deutlich gestiegen, die Palette der angesprochenen Kategorien ist größer geworden, ebenso die Anzahl der Vorschläge, die auf eine Verbesserung der Leistungserbringung zielen. Das ist sehr erfreulich.

Bei der Auswertung der Verbesserungsvorschläge fiel auf, dass im Formular die Angabe gefordert wird, ob der VV umgesetzt werden soll oder nicht. Allerdings ist bei Vorschlägen, die über Schnittstellen gehen und / oder komplexere Maßnahmen bzw. längere Bearbeitungszeiten nach sich ziehen, nicht nachvollziehbar, ob die Umsetzung tatsächlich erfolgt ist und ob die gewünschte Verbesserung eingetreten ist. Ob in diesen Fällen eine Lenkung über einen Maßnahmenplan erfolgt ist, ist für die QMB im Rahmen des Controllings nicht ersichtlich. Auch dieser Aspekt wird in die Gesamthematik der Maßnahmensteuerung einbezogen (vgl. Punkt 14.3)

■ **Bewertung: 2**

■ **weitere Vorgehensweisen zur Verbesserung**

Neben der Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen wurden unsere Prozesse bei der Überarbeitung der QM-Handbücher überprüft und optimiert.

Auch in internen Audits wurden Verbesserungspotenziale identifiziert.

14.2 Fehlermanagement

Die Anzahl der dokumentierten Fehler (F830) hat sich wie folgt entwickelt:

2015	2016	2017
31	27	17

Gegenüber dem Vorjahr ist damit ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

In 5 von 13 Einrichtungen (inkl. Gst) wurden keine Fehler erfasst.

Im Folgenden ist die Auswertung für die Fachbereiche und Geschäftsstelle dargestellt:

Item	Bereich Geschäftsstelle	Summen Bereich HzE	Summen Bereich Integration	Summen Bereich Kita	Summe aus Bereichen
Dokumentierte Fehler:	4	5	4	4	17
Zugeordnete Fehlerkategorie:					
EDV/Technik	2				2
Arbeitsabläufe / Kommunikation	1	3	3	2	9
Qualitätsmanagement	1		1		2
Sicherheit/Aufsicht				2	2
Haus-Technik / Havarie		1			1
ext. Dienstleister		1			1
Konnten Sofortmaßnahmen umgesetzt werden?					
ja	2	1	1	1	5
nein	2	4	3	3	12
Einschätzung der Fehlerfolgen:					
sehr gravierend		2	1	2	5
eher gravierend	1	1			2
eher gering	1	1	1	1	4
unbedeutend		1	1		2
Korrekturmaßnahmen ergriffen:					
ja	1	2	1	1	5
nein	1	3	2	2	8

■ Feststellungen

Bei der Dokumentation fällt auf, dass die Aufzeichnungen in mehreren Fällen unvollständig sind. Insbesondere wenn der Fehler über Schnittstellen hinweg bearbeitet wird, fehlt die abschließende Dokumentation oder liegt in unterschiedlichen Ständen vor. Auch ist nicht immer nachvollziehbar, ob die Fehlerursache wirksam behoben wurde.

Dies fällt offenbar erst im Controlling durch die QMB auf. Im Berichtsjahr wurde die quartalsweise Berichterstattung der Bereichsleitungen über Fehler nicht umgesetzt.

■ Bewertung: 2

■ Maßnahmen

Die Verbesserung der Maßnahmendokumentation und –verfolgung ist ein Querschnittsthema des gesamten QMS. Das bestehende System soll weiterentwickelt werden.

14.3 Korrekturmaßnahmen

Nichtkonformitäten werden über verschiedene interne Verfahren (Fehlermanagement, Beschwerden, interne Audits, Einrichtungsbegehungen) festgestellt. Auch in externen Prüfungen werden Nichtkonformitäten ermittelt. Wir haben für die Lenkung der daraus folgenden Maßnahmen verschiedene Instrumente (bspw. Feststellungsbögen wie Fehler- oder Beschwerdeformular, Maßnahmenplan). Dieser Prozess ist mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

■ Feststellungen

Wir stellen häufig fest, dass die Verfolgung von Maßnahmen versandet oder zumindest anhand der Dokumentation nicht nachvollziehbar ist. Das passiert insbesondere dann, wenn diese über Schnittstellen laufen und / oder über einen längere Zeitraum zu verfolgen sind.

Die Ursachenanalyse weist auf die folgenden Faktoren hin:

- Die Menge der zu verfolgenden Maßnahmen ist zu groß.
- Die Zuständigkeit ist nicht immer eindeutig festgelegt.
- Der Excel-Maßnahmenplan ist ein Instrument, das, wenn zu viele Maßnahmen beinhaltet sind, Nutzer und Motivation „erschlägt“, da er sehr unübersichtlich ist. Insbesondere im zentralen Maßnahmenplan des FK1 ist das ein Problem.
- Es ist allerdings auch festzustellen, dass die Maßnahmenpläne in den Einrichtungen häufig korrekt geführt werden. Dies ist womöglich auch deshalb der Fall, weil die Zuständigkeit an die jeweilige Leitung angebunden ist.
- Bei der Dokumentation von Fehlern und Beschwerden ist die Maßnahmenverfolgung im Formular vorgesehen. Da die Aufzeichnung häufig auf verschiedenen Wegen weitergeleitet und weiter ergänzt wird, entstehen u.U. diverse unterschiedliche Versionen.
- Die Verantwortung für die Bündelung / abschließende Prüfung ist oft nicht eindeutig festgelegt, so dass die Maßnahme aus dem Blick gerät.
- Die Maßnahmenverfolgung und insbesondere deren Dokumentation ist ein unbeliebtes Thema, das in der subjektiven Wahrnehmung mehr Aufwand als Ertrag bringt.
- Das Alltagsgeschäft fordert Aufmerksamkeit und Ressourcen, die Befassung mit „Themen von gestern“ rückt dabei in den Hintergrund.

Diese Probleme sind nicht neu, und wir haben immer wieder in verschiedenen Konstellationen über Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Bisher fehlt uns leider die zündende Idee für eine echte Prozessverbesserung. Auch dieses Thema stand auf der Agenda der Klausur des FK 1 Ende Juni 2017, ist allerdings aus Zeitgründen nicht behandelt worden.

■ Bewertung: 2

■ Maßnahmen

Der Führungskreis 1 trifft sich am 22.3.2018, um das Thema zu bearbeiten und weitere Schritte festzulegen.

15 Übersicht der Bewertungen und Maßnahmen

Kap.	Thema	Bewertung	Maßnahmen
1	Maßnahmen aus vorangegangenen Managementbewertungen	2	siehe Punkt 14.3
3	Qualitätsziele	1	
4.2 - 4.4	Ergebnisse der Kernprozesse	2	Maßnahmenplanung über Q-Ziel 2018
5.1	Fortbildungen	1	
5.2	Personalentwicklungsgespräche	1	Prüfen, ob wir das PEG-Protokoll kürzer gestalten (nur Vereinbarungen festhalten?)
6	Management Freiwilliger Sozialer Arbeit	2	Verfahren und Formulare überarbeiten Messgrößen / Kennzahlen festlegen Verfahren in den Einrichtungen implementieren
7.1, 7.2	Finanzmanagement	1	
7.3	Lieferantenbewertung	2	Formulare überarbeiten
8	Interkulturelle Öffnung	1	
9	Nachhaltigkeit	2	Projektplan entwickeln
10.2	Kundenwünsche	2	Verfahren anpassen F810 abschaffen
10.3	Wunschboxen	1	
10.4	Beschwerden	1	
11	Rückmeldungen interessierter Parteien	1	Eine systematische Aufstellung über unsere relevanten interessierten Parteien entwickeln und relevante Informationen aus den

Kap.	Thema	Bewer- tung	Maßnahmen
			Rückmeldungen elektronisch bündeln.
12	Ergebnisse interner Audits	1	
13	Risikomanagement	1	
14.1	Verbesserungsvorschläge	2	siehe Punkt 14.3
14.2	Fehlermanagement	2	siehe Punkt 14.3
14.3	Korrekturmaßnahmen	2	Das weitere Vorgehen wird in FK1 festgelegt, 1. Termin: 22.3.2018