



Caritas Suchthilfe e.V.

Bundesverband der
Suchthilfeeinrichtungen
im DCV

Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu)

Qualitätsmanagement Rahmenhandbuch
Suchthilfe
-ambulant und stationär-

Handbuch-Versionsnummer: 2.1

- Unterliegt dem Änderungsdienst
- Unterliegt nicht dem Änderungsdienst (Informationsexemplar)

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	06/17	1 / 6

Inhalte:

1. Copyright
2. Vorworte
3. Organisation des CaSu Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches
4. Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches
5. Teil II Ausführungen zum Qualitätsmanagement
6. Teil III Mitgeltende Dokumente

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	06/17	2 / 6
® Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV (CaSu)				

Das Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch wurde auf Grundlage eines Werkvertrages zwischen der Caritas Suchthilfe – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV (CaSu) und dem Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. im Jahr 2007 erstellt.

Bei der Erarbeitung haben im Fachbeirat mitgewirkt:

Herr Stefan Bürkle
Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) e. V., Freiburg

Herr Andreas Hecht
Sozialdienst Katholischer Männer e.V., Köln

Herr Michael Klenert
AGJ -Freiburg

Herr Dr. Dieter Kunz
Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Frankfurt

Frau Margret Lauer
Caritasverband für die Diözese Speyer e. V., Speyer

Herr Josef Müller
Fachklinik St. Marienstift, Dammer Berge

Herr Mathias Schuch
Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Frankfurt

Herr Conrad Tönsing
Caritasverband für die Diözese Osnabrück e. V., Osnabrück

Frau Christiane Winterberg
Caritasverband für den Oberbergischen Kreis e. V., Gummersbach

Um eine gute Lesbarkeit und Verständlichkeit des Rahmenhandbuches zu gewährleisten, wurde auf die übliche Schreibweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. die ähnliche Schreibweise für andere beteiligte Personen verzichtet.

Copyright:

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung oder Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Vorstandes der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	06/17	3 / 6
® Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV (CaSu)				

Vorwort

Der Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV legt hier ein gemeinsames Rahmenhandbuch für alle Dienste und Einrichtungen in der Caritas vor.

Das ist für uns Anlass zum Dank für diejenigen, die an diesem wichtigen Werk mitgewirkt haben. Wir verbinden diesen Dank mit dem Wunsch, dass dieses Rahmenhandbuch Ausdruck für den inneren und äußeren Zusammenhalt von ambulanten und stationären, von niedrigschwelligen und hochstrukturierten, von Beratungs- und Rehabilitationseinrichtungen ist und diese weiterentwickelt.

Jedem einzelnen Mitglied des Fachbeirats, die dieses Werk geschaffen haben, sei an dieser Stelle gedankt: Stefan Bürkle, Andreas Hecht, Michael Klenert, Dr. Dieter Kunz, Margret Lauer, Josef Müller, Mathias Schuch, Conrad Tönsing, Christiane Winterberg.

Das Rahmenhandbuch zeigt in überzeugender Weise den Prozess des Zusammenwachsens der Caritas-Suchthilfe-Einrichtungen, die je nach Aufgabenstellung nicht mehr getrennte Wege gehen, sondern das Anliegen der Suchthilfe als ein gemeinsames ansehen – auch auf der Ebene der Implementierung von Qualitätsstandards und Qualitätsprozessen.

Das Handbuch ist äußeres Zeichen für eine neue Sicht der Verbundorientierung, die unverzichtbar wird, wenn die Suchthilfeeinrichtungen in der Caritas die Versorgung der Klienten und Patienten, die sich ihr anvertrauen, sichern will.

Mit dem neuen Rahmenhandbuch sind aber nicht lediglich die bisher bestehenden Handbücher für den ambulanten und den stationären Bereich zusammengeführt worden, vielmehr wird der Leistungsrahmen im neuen Rahmenhandbuch an wichtigen Stellen erweitert:

So wird dem Verbundgedanken ein angemessener Raum gegeben. Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen wird konkretisiert in den Beschreibungen der versorgungsübergreifenden Kooperationen und des Übergabemanagements. Der Verbundgedanke schließt konsequent auch die Belange der Suchtselbsthilfe mit ein.

Die Alltagstauglichkeit des neuen Rahmenhandbuchs zeigt sich in der Anpassung an aktuelle sozialrechtliche Neuerungen und Entwicklungen. So sind die Anforderungen an die Strukturqualität seitens der Rentenversicherungsträger ebenso zugrunde gelegt wie der aktuelle Visitationbogen und das Anforderungsprofil an stationäre Einrichtungen. Zur besseren und praxisnahen Anwendung sind auch eine Auditcheckliste sowie eine Querverweismatrix aufgenommen.

Schließlich bietet das Rahmenhandbuch auch die Erweiterung um das Ehrenamt, um die Thematik der interkulturellen Öffnung und die Anforderungen der Berufsgenossenschaft.

Die praktische Handhabung wird durch die elektronische Lösung gesichert und erleichtert: Das Rahmenhandbuch wird auf der homepage der Caritas-Suchthilfe e.V. eingestellt; Pflege und Änderungsdienst erfolgen zeitnah. Die Dokumente und Instrumente zum Qualitätsmanagement sind aktuell im CariNet zu finden.

Renate Walter-Hamann
Referatsleiterin Basisdienste und
Besondere Lebenslagen im DCV

Wolfgang Scheiblich
Vorsitzender der CaSu

Freiburg, 13. Mai 2008

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	06/17	4 / 6
® Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV (CaSu)				

Vorwort

Die Caritas Suchthilfe e.V. - der Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu) - legt ein neues Rahmenhandbuch zum Qualitätsmanagement für ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen vor. Das war keine leichte Arbeit, denn hinter jeder Einrichtung stehen eine Vielzahl von Interessen, Vorstellungen und Erwartungen – einig und übereinstimmend nur in dem einen Punkt, dass Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung als Methode der Arbeit heute unverzichtbar sind. Sonst gibt es sehr unterschiedliche Erwartungen, die nicht zuletzt mit der Einordnung in das Hilfesystem zu tun haben.

Nun wurden die unterschiedlichen Entwicklungen im ambulanten und stationären Bereich zusammengeführt und auch die Einrichtungen, die sich quasi zwischen und zusätzlich zu den traditionellen Angeboten entwickelt haben, werden sich in diesem Qualitätshandbuch wieder finden.

Eigentlich wäre es ja ganz einfach: Der Träger einer Einrichtung ist zuständig für die Strukturqualität, der oder die Einrichtungsleiter/-in ist verantwortlich für die Prozess- und Ergebnisqualität, die dann durch Belegung der Einrichtung und die Zahlung eines entsprechenden Entgelts honoriert wird.

Aber sobald Leistungsträger wie Kranken- oder Rentenversicherung im Spiel sind, ist das in Deutschland anders. So freut sich die Rentenversicherung nicht nur über die beachtliche, teilweise außerordentliche Ergebnisqualität, sondern fühlt sich mit einem eigenen QM-Programm auch für die Struktur- und Prozessqualität der von ihnen belegten Einrichtungen verantwortlich. Deshalb ist in der weiteren Entwicklung des Qualitätsmanagements darauf zu achten, dass es ein gleichberechtigtes Nebeneinander der Instrumente gibt. Oder besser: Diese Schiefelage sollte in absehbarer Zeit korrigiert werden und die Verantwortung für die Qualitätssicherung allein den Hilfeanbietern überlassen bleiben.

Dazu ist es notwendig, Instrumente zu haben, die die gesamte Leistungspalette der Suchthilfe abbilden, die auf die versorgungspolitische Realität Bezug nehmen und den Einrichtungsträgern die Sicherheit gibt, dass in ihren Einrichtungen – bei Benutzung der vorgelegten Instrumente – evidenzbasiert auf dem aktuellen Stand der Hilfe gearbeitet wird.

Aber auch nach außen demonstriert das Handbuch den aktuellen Entwicklungsstand. Die Umsteuerung vom SGB V und VI zum SGB IX ist berücksichtigt, ebenso die Änderungen aufgrund der Berücksichtigung nicht nur des ICD in seiner 10. Fassung sondern auch des ICF und seiner Berücksichtigung der Teilhabe in den unterschiedlichen Lebensbereichen.

„Wo Caritas drauf steht, muss auch Caritas drin sein“, so eine am Leitbild orientierte Aussage. Das Rahmenhandbuch ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Nach innen und nach außen.

Rolf Hüllinghorst
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Hamm, 8. Mai 2008

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	06/17	5 / 6
® Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV (CaSu)				

**Aufbau des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches
der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) –
Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen
im Deutschen Caritasverband**

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Inhalte	Seite
Ziele des Rahmenhandbuches	1
Formale Gestaltung	4
Gliederung	6
Darstellung der Beurteilungssysteme	12
Hinweise für die Erstellung des Einrichtungshandbuches	16
Herausgabe und Pflege	17
Auditcheckliste	18
Glossar	19
Abkürzungsverzeichnis	32

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	06/17	6 / 6
® Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV (CaSu)				

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Ziele des Rahmenhandbuches

Dem aktuellen Rahmenhandbuch der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband liegen die Rahmenhandbücher des Arbeitskreises Katholischer Fachkrankenhäuser (AKF) sowie des Verbandes ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke / Drogenabhängige e.V. (VABS) zugrunde. Die Zusammenführung der beiden Rahmenhandbücher ambulant und stationär zu einem gemeinsamen RHB Qualitätsmanagement in der Suchthilfe hat zum Ziel, den Kooperationsprozess zwischen ambulanter und stationärer Suchthilfe zu unterstützen und zu fördern. Die im Folgenden beschriebenen Ziele sehen eine Integration der wesentlichen Zielsetzungen der beiden Vorgängerversionen des Rahmenhandbuches vor und beschreiben kurz, mit welchen Modalitäten diese jeweils erreicht werden sollen.

1. Einführung von Qualitätsmanagement in den Mitgliedseinrichtungen der CaSu

Das Rahmenhandbuch verfolgt den Zweck, als Leitfaden die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems in ambulanten und stationären Einrichtungen zu fördern.

Im Rahmenhandbuch werden allgemein die relevanten Bereiche für die Qualitätsentwicklung und die dazu gehörenden Qualitätsmerkmale beschrieben. Die Einrichtung kann ihre Ausführungen zum Qualitätsmanagement auf der Grundlage der beschriebenen Qualitätsmerkmale erarbeiten und erhält damit unmittelbar ihr eigenes Handbuch bzw. eine entsprechende Formular- und Dokumentenstruktur.

2. Wertorientierung des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Im Rahmenhandbuch sind die caritasspezifischen Qualitätskriterien integriert, wie sie im Qualitäts-Leitbild der Caritas formuliert werden. Dadurch wird ein verbandsweites Einvernehmen über die ethisch-theologischen und fachlichen Grundlagen erzielt.

Die Umsetzung erfolgt auf der Grundlage einer dem Handbuch beigefügten Wertematrix, die die „Eckpunkte für Qualität in der verbandlichen Caritas“ erfüllt.

3. Erfüllung der Anforderungen der Leistungsträger und Zuwendungsgeber

Das Rahmenhandbuch soll bei der Umsetzung der Anforderungen, die sich aus Leistungsgesetzen und Vereinbarungen für die ambulanten und die stationären Dienste und Einrichtungen als Leistungserbringer ergeben, unterstützen.

Die Darstellungen der Themen und Bereiche in dem Rahmenhandbuch berücksichtigen die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben, Bestimmungen, Verordnungen und Anforderungen des Leistungserbringungsrechtes sowie Leistungsverträge und Vereinbarungen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	1 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Ziele des Rahmenhandbuches

4. Beteiligung der Mitarbeiter

Das Rahmenhandbuch soll im Sinne eines umfassenden Qualitätsmanagementansatzes Möglichkeiten zur aktiven Beteiligung der Mitarbeiter der Einrichtungen am Prozess der Qualitätsentwicklung auf allen Ebenen aufzeigen.

Das Rahmenhandbuch enthält entsprechend der unterschiedlichen Qualitätsmerkmale eine Auditcheckliste (CariNet) sowie Bewertungssystematiken, die den Selbstbewertungsprozess initiieren und es den Mitarbeitern der Einrichtung ermöglichen, in einem ersten Schritt der Qualitätsverbesserung Stärken und Verbesserungsbereiche zu identifizieren und Qualitätsnormen zu erfüllen.

5. Festlegung der Prioritäten für die Aufgabenerledigung

Das Rahmenhandbuch soll Hilfestellungen zur Festlegung der Prioritäten für die Bearbeitung qualitätsbezogener Aufgaben und Anforderungen geben.

Die Struktur des Rahmenhandbuches leitet einen Selbstbewertungsprozess an, der die Ableitung von Stärken und Verbesserungsbereichen zum Ziel hat. Damit können die zu bearbeitenden internen Zielbereiche und externe Anforderungen von der Einrichtung selbst beschrieben werden und eine Festlegung der Reihenfolge ihrer Bearbeitung erfolgen.

6. Qualitätspreise / Zertifizierung

Das CaSu-Rahmenhandbuch ermöglicht den Einrichtungen die Darlegung ihres Qualitätsmanagementsystems und schafft somit eine Voraussetzung für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems gemäß DIN EN ISO 9001:2015 sowie nach dem Qualitätsmodell der Europäischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement (EFQM).

Durch die Anwendung der an den EFQM-Kriterien orientierten Beurteilungssystematik und dem sich daraus ergebenden Selbstbewertungsbericht kann eine systematische Bewertung des Umsetzungsgrades der Qualitätsentwicklung in der Einrichtung vorgenommen werden. Die im Einrichtungshandbuch dokumentierten Ergebnisse der Selbstbewertung stellen eine Grundlage für eine Bewerbung um EFQM-Qualitätspreise wie z. B. den deutschen Ludwig-Erhard-Preis (LEP) dar.

Die Angaben und Darlegungen der Einrichtung zu Elementen ihres Qualitätsmanagementsystems unter Anleitung der inhaltlichen Vorgaben des Rahmenhandbuches decken darüber hinaus alle relevanten Themen / Bereiche sowie Anforderungen für eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ab.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	2 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Ziele des Rahmenhandbuches

7. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in der Einrichtung

Das Rahmenhandbuch soll der Einrichtung Fortschrittskontrollen ermöglichen. Die Gliederung des Rahmenhandbuches enthält einen immanenten Prüfungszyklus. Durch die wiederholte Beurteilung der erfolgten Verbesserungsmaßnahmen wird der Stand der Auswirkung von bisherigen Maßnahmen und der Erfüllung von Normanforderungen festgestellt sowie die Erforderlichkeit weiterer Verbesserungen aufgezeigt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	3 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Formale Gestaltung

Das Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch (CaSu) ist nach den in der Praxis erprobten Gestaltungsprinzipien für Handbücher dreiteilig aufgebaut.

Teil I beschreibt die Gestaltung, den Gebrauch sowie die Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches. In diesem Teil werden Angaben zur Herausgabe und Pflege gemacht. Darüber hinaus enthält Teil I die Vorgaben der verschiedenen Beurteilungssysteme.

In Teil II sind die Ausführungen zu den Inhalten der einzelnen Kapitel enthalten. Dem Inhaltsverzeichnis in Teil II des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches kann der aktuelle Versionsstand der einzelnen Kapitel entnommen werden.

Teil III des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches besteht aus einer Inhaltsübersicht der mitgeltenden Dokumente sowie einem Verteilerverzeichnis.

Die Inhaltsübersicht der mitgeltenden Dokumente enthält entsprechende Links, die direkt in das CariNet führen. Im CariNet sind aktuelle Musterverfahrensweisungen, eine Auditcheckliste, Prozessbeschreibungen, Prozesslandkarten, eine Wertematrix usw. enthalten.

Im Qualitätshandbuch der jeweiligen Einrichtung werden in Teil III die einrichtungsspezifischen Verfahrensweisungen, Arbeitsanweisungen, mitgeltenden Dokumente u. ä. aufgeführt.

In dem Verzeichnis zum Verteiler des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches (Teil III) wird der Empfang des Handbuches durch Unterschrift bestätigt. Ein Verzeichnis der aktuellen Version der Verfahrens- und Arbeitsanweisungen fällt in den Verantwortungsbereich der zuständigen Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung und ist deshalb von diesen vorzunehmen.

Der mehrteilige Aufbau des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches soll den Gebrauch, die Herausgabe und die Verteilung erleichtern. So können beispielsweise die Teile I und II des von der Einrichtung auf der Grundlage des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches erstellten eigenen Handbuches zur Information an die Mitarbeiter oder an externe Kooperationspartner weitergegeben werden. Die spezifischen Verfahrensweisungen, Arbeitsanweisungen, mitgeltenden Dokumente einer Einrichtung, die in Teil III des Handbuches enthalten sind, sollten demgegenüber vor allem den jeweils davon betroffenen Mitarbeitern zur Verfügung stehen.

Das Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch ist als eine Sammlung einzelner Dokumente aufgebaut, die jeweils den Kapiteln bzw. den Unterpunkten der einzelnen Kapitel entsprechen. Die Kapitel und Unterkapitel werden jeweils komplett ausgetauscht oder geändert. Dies bedeutet, dass eine Änderung oder ein Austausch einzelner Seiten nicht zulässig ist, da die Versionsnummer Kapitelweise vergeben wird.

Der formale Aufbau der Seiten in Teil II des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches kann der nachfolgenden Abbildung 1 entnommen werden:

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	4 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Formale Gestaltung

Abbildung 1

(1) Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch	(2) Name der Einrichtung			
(3)				
(4)				
<p>Die einzelnen Seiten des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches enthalten folgende Angaben:</p> <p>(1) Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch</p> <p>(2) Name der Einrichtung</p> <p>(3) Nummerierung und Bezeichnung des jeweiligen Kapitels</p> <p>(4) Nummerierung und Bezeichnung des jeweiligen Unterkapitels</p> <p>(5) Freigabedatum und Unterschrift des Freigabeberechtigten</p> <p>(6) Nennung des Bearbeiters</p> <p>(7) Kapitel-Versionsnummer</p> <p>(8) Erstellungsdatum</p> <p>(9) Laufende Seitennummerierung und Angabe der Gesamtseitenzahl des Unterkapitels</p>				
Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
(5)	(6)	(7)	(8)	(9)

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	5 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Gliederung

Das Rahmenhandbuch CaSu enthält in Teil II vier Kapitel (vgl. Abbildung 2):

Kapitel 1 Qualitätsmanagementsystem (ambulante und stationäre Einrichtungen integriert)

Kapitel 2A Strukturqualität ambulante Einrichtungen
2B Strukturqualität stationäre Einrichtungen

Kapitel 3A Prozessqualität ambulante Einrichtungen
3B Prozessqualität stationäre Einrichtungen

Kapitel 4 Ergebnisqualität (ambulante und stationäre Einrichtungen integriert)

Die Kapitel 1 Qualitätsmanagementsystem und Kapitel 4 Ergebnisqualität enthalten gemeinsame Qualitätsmerkmale für ambulante und stationäre Einrichtungen, die Kapitel 2 Strukturqualität und 3 Prozessqualität hingegen gliedern sich in jeweils einen Bereich A für die ambulanten Einrichtungen und einen Bereich B für die stationären Einrichtungen auf. Diese Darstellungsform wurde gewählt, damit die Kapitelnummerierung des CaSu-Rahmenhandbuches mit den Kapitelnummern der Vorgängerversionen der AKF- und VABS-Rahmenhandbücher übereinstimmt.

Jedes Kapitel ist intern untergliedert in Bereiche, d. h. Themenstellungen des Qualitätsmanagements, die Aufzählung von Qualitätsmerkmalen / Normanforderungen, die Darlegung der Einrichtung zu dem jeweiligen Bereich, die Beurteilungssystematik sowie die sich daraus ergebende Ableitung von Stärken und Verbesserungen.

Interne Gliederung der Kapitel:

Bereiche

Jedes der oben beschriebenen vier Kapitel (Kapitel 1 Qualitätsmanagementsystem, Kapitel 2 A/B Strukturqualität, Kapitel 3 A/B Prozessqualität und Kapitel 4 Ergebnisqualität) gliedert sich in mehrere Bereiche, die den Kapiteln und Unterkapiteln des Inhaltsverzeichnisses entsprechen. In diesen Bereichen werden die Voraussetzungen und Bedingungen des Qualitätsmanagementsystems, der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität beschrieben und präzisiert.

Qualitätsmerkmale / Normanforderungen

Zu jedem Bereich werden Qualitätsmerkmale bzw. Normanforderungen formuliert. Diese Qualitätsmerkmale sind Operationalisierungen der Elemente des Qualitätsmanagementsystems und dienen der detaillierten Darstellung der Qualitätsanforderungen in dem jeweiligen Bereich. Die Qualitätsmerkmale und Normanforderungen sind größtenteils als Fragen formuliert, die

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	6 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Gliederung

Reihenfolge der Bearbeitung ist nicht festgelegt. Dies bedeutet, dass das Qualitätsmanagement die Fragen danach stellt, wie die jeweilige Leistung zu erbringen ist. Die Qualitätsmerkmale zur Beantwortung ethischer Fragestellungen sind aus einer Wertematrix abgeleitet, die Teil III des Handbuches entnommen werden kann. Die Wertematrix dient darüber hinaus als Orientierungshilfe für die Entwicklung und Formulierung weiterer, einrichtungsbezogener Qualitätsmerkmale.

Angaben der Einrichtung

Bezogen auf jeden Bereich, der für das Qualitätsmanagement relevant ist, kann die Einrichtung ihre spezifischen Gegebenheiten darstellen.

Die unter den Qualitätsmerkmalen und Normanforderungen aufgeführten Operationalisierungen bzw. Spezifikationen sollen bei der Darstellung helfen, indem ihnen die relevanten und zu behandelnden Gesichtspunkte zu entnehmen sind.

Bei der Darlegung der einrichtungsspezifischen Gegebenheiten im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung kann Bezug auf Unterlagen, Dokumente, Verfahrensanweisungen etc. (mitgelieferte Dokumente) genommen werden.

Die Darlegung der Einrichtung zu den jeweiligen Bereichen innerhalb der vier Kapitel des Rahmenhandbuches ergibt das Handbuch der Einrichtung.

Beurteilungssysteme

Für die Beurteilung des Qualitätsstandes einer Einrichtung werden drei verschiedene Bewertungsrichtlinien zugrunde gelegt.

Für die Bewertung des Qualitätsmanagementsystems und der Prozessqualität dient eine Beurteilungssystematik, die in Anlehnung an die Befähigerkriterien im EFQM-Modell entwickelt wurde.

Für die Beurteilung der Strukturqualität ambulanter Einrichtungen dient eine Beurteilungssystematik, die in Anlehnung an die Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) formuliert wurde.

Für die Beurteilung der Strukturqualität stationärer Einrichtungen dient eine Beurteilungssystematik, die in Anlehnung an das Bewertungssystem der Deutschen Rentenversicherung Bund formuliert wurde.

Für die Beurteilungssystematik zur Bewertung der Ergebnisqualität wird das Beurteilungssystem für die Ergebniskriterien entsprechend dem EFQM-Modell verwendet.

Diese Systeme der Beurteilung des Standes der Qualitätsentwicklung sollen es den Einrichtungen ermöglichen eine umfassende Selbstbewertung, die Grundlage für eine Managementbewertung ist, vorzunehmen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	7 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Gliederung

Selbstbewertungsbericht / Managementbewertung

In dem Selbstbewertungsbericht bzw. in der Managementbewertung werden die Ergebnisse der Beurteilung des gesamten Managementsystems auf der Grundlage der Konsensbewertung entsprechend dem EFQM-Modell oder der Fragen zur Selbstbewertung nach DIN-ISO 9004:2000 dargestellt. Der Selbstbewertungsbericht und / oder die Managementbewertung enthalten folglich die Stärken und Verbesserungsbereiche für die Qualitätsentwicklung sowie Aussagen zur Wirksamkeit und Effizienz einer Einrichtung. Vereinbarungen über die Priorität von Verbesserungsmaßnahmen können ebenfalls bereits hier beschrieben sein.

Informationen für die Selbstbewertung bzw. den Managementbericht resultieren u.a. aus den Ergebnissen interner und externer Audits, Kundenbefragungen, Daten zur Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung, Leistungen und Ergebnisse von Prozessen, Mitarbeiterbefragungen.

Die Gesamtstruktur vom Aufbau und der Gliederung von Teil II des Rahmenhandbuches ist Abbildung 2 zu entnehmen:

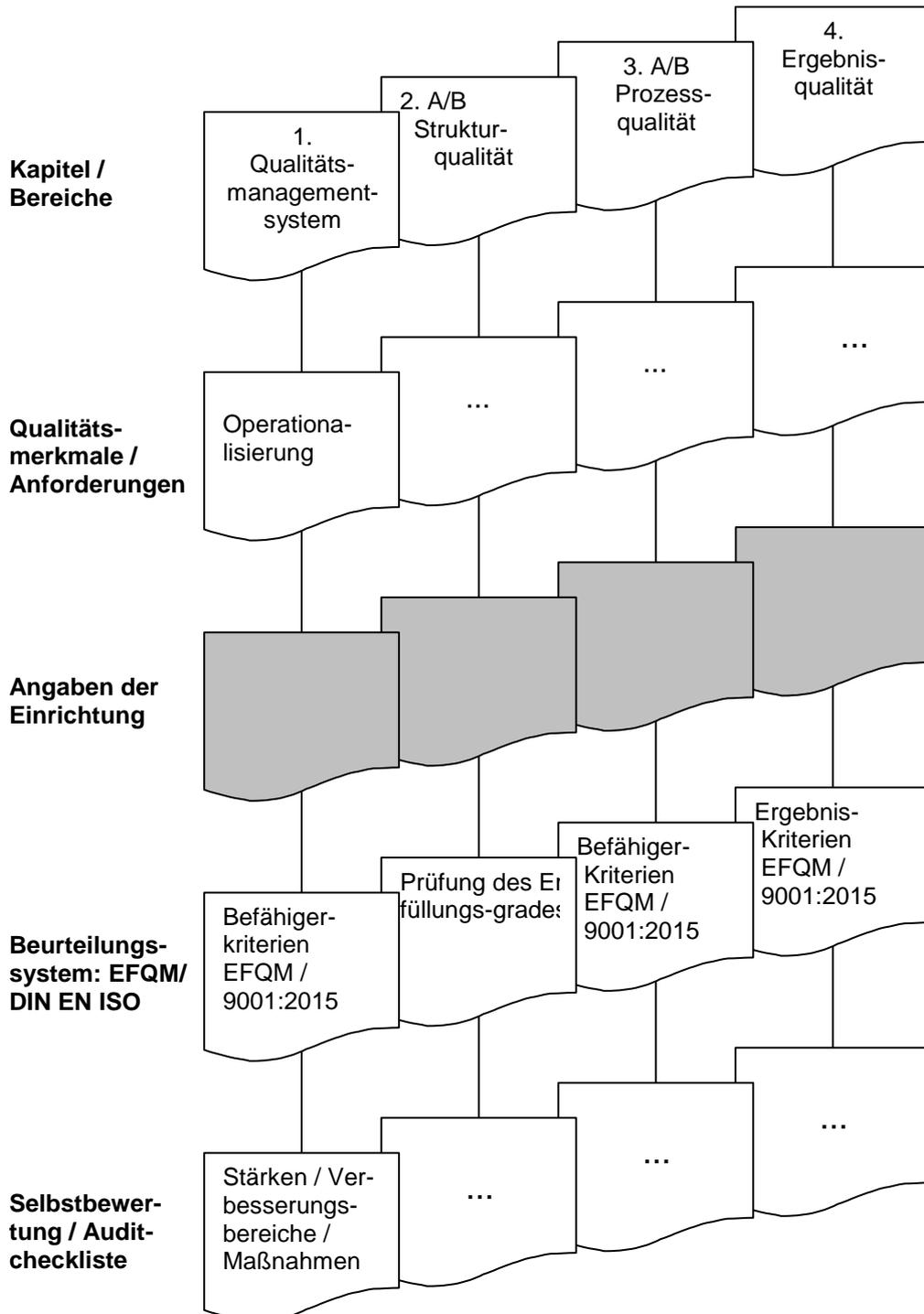
Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	8 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Gliederung

Abbildung 2

Aufbau von Teil II des (CaSu)Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches



Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	9 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Gliederung

Jedes Kapitel sowie die dazugehörigen Unterkapitel enthalten, wie oben ausgeführt, neben der Darstellung des jeweiligen Bereiches (Punkt 1) und den entsprechenden Qualitätsmerkmalen / Anforderungen (Punkt 2) Hinweise zu den Angaben der Einrichtung (Punkt 3), des anzuwendenden Beurteilungssystems (Punkt 4) sowie zu dem von der jeweiligen Einrichtung zu erstellenden Selbstbewertungsbericht (Punkt 5).

Da sich in dem Rahmenhandbuch die Punkte 3 bis 5 kontinuierlich wiederholen, wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf ihre Aufführung in den jeweiligen Kapiteln bzw. Unterkapiteln verzichtet.

Der nachfolgenden Abbildung 3 kann die Darstellung der Punkte 3 bis 5 mit ihren jeweiligen Unterpunkten entnommen werden. Dabei werden die 3 unterschiedlichen Beurteilungssysteme aufgeführt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	10 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Gliederung

Abbildung 3

Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch CaSu ambulant / stationär		 <p>Caritas Suchthilfe e.V. Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV</p>		
Kapitel				
Unterkapitel				
<p>3. Angaben der Einrichtung</p> <p>3.1 Darlegung</p> <p>3.2 Mitgeltende Dokumente</p> <p>4. Beurteilungssysteme</p> <p>Es werden folgende Beurteilungssysteme zugrunde gelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Beurteilungssystematik zur Bewertung des Qualitätsmanagementsystems und der Prozessqualität ◆ Beurteilungssystematik zur Bewertung der Strukturqualität ◆ Beurteilungssystematik zur Bewertung der Ergebnisqualität <p>5. Selbstbewertungsbericht</p> <p>5.1 Nachweise und Belege für die Qualitätsentwicklung unter Verwendung der Beurteilungssystematik</p> <p>5.2 Stärken und Verbesserungsbereiche</p> <p>5.3 Vereinbarung von Verbesserungsmaßnahmen</p>				
Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	11 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Darstellung der Beurteilungssysteme

Im Folgenden werden die Beurteilungssysteme zur Bewertung der Angaben der Einrichtung hinsichtlich ihres Qualitätsmanagementsystems, ihrer Strukturqualität, ihrer Prozessqualität und ihrer Ergebnisqualität aufgeführt:

1. Beurteilungssystematik zur Bewertung des Qualitätsmanagementsystems und der Prozessqualität (EFQM-Selbstbewertung)
2. Beurteilungssystematik zur Bewertung der Strukturqualität (Mindestanforderungen)
3. Beurteilungssystematik zur Bewertung der Ergebnisqualität EFQM-Selbstbewertung)

Die Beurteilungssystematik für die Bewertung des Qualitätsmanagementsystems und der Prozessqualität berücksichtigt drei Aspekte der Bewertung:

Das Vorgehen, die Umsetzung sowie die Überprüfung von Vorgehen und Umsetzung (Review). Für diese Aspekte werden im Folgenden Anhaltspunkte zur Beurteilung beschrieben. Diese Anhaltspunkte müssen nicht alle erfüllt sein, sondern geben die Richtung der Fragestellung und der Überprüfung an.

Vorgehen:

Die Art und Weise des Vorgehens wird daraufhin überprüft, wie fundiert und integriert es erfolgt. Anhaltspunkte für fundiertes und integriertes Vorgehen sind:

- Das Vorgehen ist definiert bzw. beschrieben
- Das Vorgehen ist klar begründet
- Das Vorgehen ist auf die Bedürfnisse der Interessengruppen ausgerichtet
- Das Vorgehen ist messbar, proaktiv, nachhaltig, innovativ
- Das Vorgehen unterstützt Projekte, Planungen, Vorhaben (Qualitätspolitik und Qualitätsziele) der Einrichtung
- Das Vorgehen ist mit anderen Vorgehensweisen verknüpft, sofern zweckmäßig

Umsetzung:

Die Umsetzung des Vorgehens wird hinsichtlich des Ausmaßes und des Strukturierungsgrades der erfolgten Einführung überprüft. Anhaltspunkte für das Ausmaß der erfolgten Einführung und den Strukturierungsgrad der Umsetzung sind:

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	12 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Darstellung der Beurteilungssysteme

- Das Vorgehen ist in den für das Qualitätsmanagement relevanten Bereichen der Einrichtung eingeführt
- Das Vorgehen ist so eingeführt, dass es auch zum Tragen kommt (d. h. Bedeutung erlangt, Wirksamkeit hat, Potenziale zur Geltung kommen)
- Das Vorgehen ist so eingeführt, dass es den geplanten Nutzen erzielt
- Das Vorgehen ist systematisch, d. h. auf strukturierte Art und Weise umgesetzt
- Das Vorgehen ist allen relevanten Interessengruppen bekannt und wird verstanden und akzeptiert

Bewertung und Überprüfung:

Es wird überprüft, ob und wie weit das Vorgehen und seine Umsetzung selbst einem Bewertungs- und Überprüfungsprozess unterliegen. Anhaltspunkte für die Bewertung und Überprüfung des Vorgehens sind:

- Durchführung von Messungen, d. h. regelmäßige Messung der Effektivität des Vorgehens und der Umsetzung
- Initiierung bzw. Ermöglichung von Lernprozessen, d. h. es finden Aktivitäten statt, die Lernprozesse fördern wie z. B. Benchmarking, um die besten Praktiken und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren
- Ableitung und Umsetzung von Verbesserungen, d. h. die Resultate von Leistungsmessungen und lernorientierten Aktivitäten werden analysiert und verwendet, um Verbesserungsbereiche zu identifizieren, Verbesserungen zu planen und einzuführen.

Die Beurteilungssystematik für die Strukturqualität berücksichtigt eine qualitative und eine quantitative Dimension.

Die quantitative Dimension der Beurteilung stellt die Anzahl der für den jeweiligen Bereich relevanten Qualitätsmerkmale in den Mittelpunkt der Beurteilung. Darüber hinaus wird mit der qualitativen Dimension der Beurteilung die Bedeutung einzelner Qualitätsmerkmale im Sinne der Erfüllung von Mindestkriterien und zusätzlichen Anforderungen hervorgehoben. Die Qualitätsmerkmale für die einzelnen Bereiche thematisieren die obligatorischen Mindestanforderungen und orientieren sich an den von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2007 überarbeiteten) und etablierten Kriterien zur Beschreibung von Strukturdaten für ambulante Dienste und Einrichtungen sowie den allgemeinen Qualitätsanforderungen nach den jeweils gültigen Gesetzen für stationäre Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter.

Die Qualitätsmerkmale für jeden Bereich werden anhand der im Folgenden aufgeführten Kriterien beurteilt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	13 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Darstellung der Beurteilungssysteme

Keine Qualitätsmängel:

Bei den zu beurteilenden Bereichen sind alle obligatorischen und zusätzlichen Anforderungen erfüllt.

Kleine Qualitätsmängel:

Bei den zu beurteilenden Bereichen sind die obligatorischen Anforderungen erfüllt.

Deutliche Qualitätsmängel:

Bei den zu beurteilenden Bereichen ist ein geringer Anteil der obligatorischen und zusätzlichen Anforderungen nicht erfüllt.

Gravierende Qualitätsmängel:

Bei den zu beurteilenden Bereichen ist ein erheblicher Anteil der obligatorischen Anforderungen nicht erfüllt.

Für die Bewertung der Ergebnisqualität werden fünf Aspekte gemäß dem EFQM-Modell berücksichtigt:

Die Relevanz der Ergebnisse im Sinne von Bedeutung und Aussagekraft für die Einrichtung, Trends der Ergebnisse, Vergleiche zu den Zielsetzungen, Vergleiche mit anderen Einrichtungen, Ursachenanalyse, d. h. Bezug der Ergebnisse zu den vorhergehenden Maßnahmen bzw. Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen.

Aussagekraft und Relevanz:

Die Ergebniskriterien sind aussagekräftig für den jeweiligen Bereich und die Ergebnisse betreffen die wesentlichen Tätigkeiten und Funktionsbereiche.

Trends:

Die Trends der Ergebnisse sind positiv und / oder es liegt eine gute Leistung über einen längeren Zeitraum vor.

Ziele:

Die Ziele sind angemessen.
Die von der Einrichtung festgelegten Ziele werden erreicht.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	14 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Darstellung der Beurteilungssysteme

Vergleiche:

Vergleiche mit anderen Einrichtungen finden statt und die Ergebnisse der Einrichtung fallen im Vergleich mit dem Durchschnitt der anderen Einrichtung oder anerkannten „Klassenbesten“ günstig aus.

Ursachen:

Die Ergebnisse sind auf das Vorgehen in der Einrichtung zurückzuführen bzw. aus den Ergebnissen werden Maßnahmen abgeleitet.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	15 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Hinweise für die Erstellung des Einrichtungshandbuches

Die Punkte 3 „Angaben der Einrichtung“ und 5 „Selbstbewertungsbericht“ sind auf der CD mit dem Rahmenhandbuch als Handbuchvorlagen beigelegt. Bei der Erstellung des Handbuches kann die jeweilige Einrichtung ihre spezifischen Darlegungen unter Punkt 3.1 aufführen und die mitgeltenden Dokumente unter Punkt 3.2 benennen. Die Dokumente, Verfahrensanweisungen etc. werden in Teil III des Einrichtungshandbuches abgelegt.

Nachweise und Belege für Qualitätsentwicklung, Stärken und Verbesserungsbereiche sowie Vereinbarungen von Verbesserungsmaßnahmen entsprechend dem jeweiligen Kapitel gehören unter Punkt 5 „Selbstbewertungsbericht“.

Mit der Verfassung von Punkt 3 „Angaben der Einrichtung“ und Punkt 5 „Selbstbewertungsbericht“ ist gleichzeitig das Einrichtungshandbuch erstellt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	16 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Herausgabe und Pflege

Die Feststellung der Zuständigkeiten für Erstellung, Prüfung sowie Freigabe des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches liegt in der Zuständigkeit des Vorstandes und des Fachbeirates der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband. Verantwortlich für die Erstellung und Bearbeitung des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches ist der Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.. Eine abschließende Freigabe des QM-Handbuches erfolgt durch die Geschäftsführung und den Qualitätsbeauftragten der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband.

Weitere in der Verantwortung von Vorstand und Fachbeirat (CaSu) liegende Regularien beziehen sich auf:

Verteilung geänderter Dokumente

Festlegung des Verteilerschlüssels

Verbleib der veralteten Exemplare

Ausgabe des QM-Handbuches

Änderungen des QM-Rahmenhandbuches werden nach Prüfung der Notwendigkeit ebenfalls vom Vorstand und dem Fachbeirat (CaSu) initiiert.

Die mit Identifikationsnummern versehenen Exemplare des QM-Handbuches werden entweder als Exemplare, die dem Änderungsdienst unterliegen, oder als Informationsexemplare (z. B. für Kunden), die nicht dem Änderungsdienst unterliegen, herausgegeben. Das Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuch unterliegt einem jährlichen Review, dessen Organisation die Geschäftsführung der CaSu und der Fachbeirat mit Hilfe fachlicher Unterstützung durch externe Berater übernehmen.

Das Deckblatt des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches (CaSu) enthält die Handbuch-Identifikationsnummer. Sie besteht aus zwei durch einen Dezimalpunkt getrennten Ziffernfolgen, die auf die Einrichtung und den individuellen Empfänger verweisen. Ebenfalls auf dem Deckblatt steht die gültige Handbuch-Versionsnummer. Bei einer kompletten Neuausgabe oder Überarbeitung des Handbuches (mindestens zwei geänderte Kapitel) wird der Zähler vor dem Dezimalpunkt um eine Ziffer hochgesetzt. Wird hingegen nur ein Kapitel oder Unterkapitel des Handbuches geändert, wird der Zähler nach dem Dezimalpunkt hochgezählt.

Die aktuelle Kapitel-Versionsnummer wird in der Fußleiste der einzelnen Kapitelseiten aufgeführt („Version“) und in der Inhaltsübersicht in Teil II des Handbuches entsprechend dokumentiert. Auch hier werden die Ziffernfolgen bei Änderungen in Einerschritten hochgezählt. Bei umfangreichen Änderungen (d. h. des ganzen Kapitels) wird der Zähler vor dem Dezimalpunkt, bei weniger umfangreichen Änderungen der Zähler nach dem Dezimalpunkt um jeweils eine Ziffer hochgesetzt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	17 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Audit-Checkliste

Die im Carinet verfügbaren Auditchecklisten soll die Beurteilung der Wirksamkeit und Angemessenheit sämtlicher Qualitätsmanagement - Maßnahmen einer Einrichtung ermöglichen. Dabei werden sowohl Maßgaben auf der Grundlage des EFQM-Modells, als auch Forderungen der DIN EN ISO 9001:2015 für sämtliche Kapitel des Rahmenhandbuches entsprechend berücksichtigt.

Die Gliederung der Auditchecklisten erfolgt analog dem inhaltlichen Aufbau des Rahmenhandbuches, so dass einerseits eine schnelle Orientierung für die praktische Arbeit möglich ist und andererseits mit Hilfe der ebenfalls im Anhang befindlichen Querverweismatrix ein schneller Normenbezug hergestellt werden kann.

Die Auditchecklisten können als separates Instrument zur Qualitätsprüfung eingesetzt werden und für die Strukturierung sämtlicher qualitätsrelevanter Formulare und Dokumente oder für die Erstellung eines einrichtungsspezifischen Handbuches genutzt werden. Übergeordnet bildet eine Beantwortung der in der Auditcheckliste aufgeführten Fragen den Zustand des gesamten Qualitätsmanagementsystems ab und ist somit eine wesentliche Grundlage für die Durchführung interner und externer Audits.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	18 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Begriff	Erläuterung
Akkreditierung	In Deutschland von der Trägergemeinschaft für Akkreditierung GmbH (TGA) an anerkannte unabhängige Dienstleister erteilte Zulassung zur Durchführung von Auditierung und Zertifizierung.
Arbeitsanweisungen	Arbeitsanweisungen bestimmen und beschreiben die Umsetzung und Vorgehensweise für eine spezifische Tätigkeit oder Aufgabe wie z. B. die Anwendung diagnostischer Verfahren.
Audit	Das Audit ist ein Instrument zur Aufdeckung von Schwachstellen, zur Anregung von Verbesserungen und zur Überwachung der eingeleiteten Qualitätsmanagementmaßnahmen. Zielsetzung des Audits ist es, Voraussetzungen zu schaffen, um gesetzliche Auflagen und vertragliche Vereinbarungen sowie eigene Qualitätsziele in geplanten Prozessabläufen anforderungsgerecht zu entwickeln (wesentliche Auditarten: Produktaudit, Verfahrensaudit, Systemaudit).
Beauftragter der Leitung	Mitarbeiter der Organisation, der spezifisch mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements beauftragt ist. Wird i. d. R. als Qualitätsmanagementbeauftragter ("QMB") bezeichnet.
Befähigerkriterien	Das EFQM-Modell besteht aus neun Hauptkriterien und gliedert sich in die beiden Gruppen Befähiger und Ergebnisse. Die Befähigerkriterien „Führung“, „Mitarbeiterorientierung“, „Politik und Strategie“, „Partnerschaften und Ressourcen“ sowie „Prozesse“ sind wesentliche Einflussgrößen der Ergebniskriterien.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	19 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Benchmarking

Benchmarking ist die Suche nach den besten Prozessen, Vorgehensweisen oder Ergebnissen, die für die jeweilige Aufgabe im eigenen Unternehmen relevant sind. Ziel ist es dabei, von diesen Prozessen, Vorgehensweisen und Ergebnissen zu lernen und sie zur Verbesserung der eigenen Leistung einzusetzen. Unterschieden werden:

Internes Benchmarking:

Tätigkeiten oder Ergebnisse im eigenen Unternehmen werden als Vergleichsgrundlage genutzt.

Kompetitives Benchmarking:

Vergleich mit direkten Wettbewerbern am Markt.

Funktionales Benchmarking:

Vergleich mit Unternehmen in der eigenen (oder einer ähnlichen) Branche.

Best Practice Benchmarking:

Vergleichsdaten und -prozesse beziehen sich auf die bestmögliche Realisierung vergleichbarer Tätigkeiten / Geschäftsprozesse, unabhängig von der Branche.

Award Model Benchmarking:

Messen an den Kriterien internationaler Qualitätspreise.

Beschwerdemanagement

Auf der Grundlage eines systematischen Beschwerdemanagements können gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung festgestellt und eingeleitet werden. Beschwerdemanagement als zentrales Instrument zur Qualitätsverbesserung setzt u. a. eine Sammlung, Analyse und Auswertung von Beschwerdefällen, eine Überprüfung durchgeführter Tätigkeiten und Maßnahmen sowie die genaue Regelung des Ablaufs der Bearbeitung von Kundenbeschwerden voraus.

Beurteilungssystematik

Die Kriterien und Unterkriterien des EFQM-Modells werden anhand der sog. RADAR-Systematik bewertet. Diese umfasst folgende Aspekte: **R**esults (Ergebnisse), **A**pproach (Vorgehen), **D**eployment (Umsetzung), **A**ssessment (Bewertung) und **R**eview (Überprüfung).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	20 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

<p>Controlling</p>	<p>Controlling beschreibt Tätigkeiten sehr unterschiedlicher Art und ist somit ein schwer definierbarer Begriff. Hier werden mit Controlling die Maßnahmen verstanden, die der Überprüfung der quantitativen und qualitativen Zielerreichung eines Unternehmens, einer Institution oder Einrichtung sowohl im Hinblick auf die Hauptprozesse als auch im Hinblick auf die Supportprozesse dienen.</p>
<p>DGQ: Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V.</p>	<p>Die DGQ bildet Personen und Unternehmen zur Weiterentwicklung von Managementunternehmen aus. Die DGQ will das Know-how und die wirtschaftlichen Methoden des Qualitätsmanagements umfassend vermitteln sowie Systeme, Methoden und Verfahren weiterentwickeln.</p>
<p>DQS: Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen, mbH Qualitäts- und Umweltgutachter. DIN EN ISO 9000 ff</p>	<p>Weltweit aktive Gesellschaft für Begutachtungsdienstleistungen und Zertifizierungen.</p>
<p>DIN EN ISO 9001:2015</p>	<p>Normenmodell aus der Normenfamilie ISO 9000 ff, die die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems sowie dessen einzelne Elemente festlegt. Die von der International Organisation for Standardization entwickelte Normenreihe wurde als Europäische Norm (EN) und Deutsche Norm (DIN) übernommen; umfasst Empfehlungen zur Gestaltung von Qualitätsmanagementmodellen und enthält Nachweisnormen, womit eine Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems einer Organisation oder Einrichtung ermöglicht wird. Die erfolgreiche Überprüfung durch ein dafür legitimes Institut nennt man Zertifizierung.</p>
<p></p>	<p>ISO 9001 legt Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem fest, welche für interne Anwendungen durch Organisationen oder für Zertifizierungs- oder Vertragszwecke verwendet werden können. ISO 9001 ist auf die Wirksamkeit des QM-Systems bei der Erfüllung der Kundenanforderungen gerichtet.</p>

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	21 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

DIN EN ISO 9004:2000	ISO 9004 gibt Anleitung für einen im Vergleich zu 9001 erweiterten Bereich von Zielen eines Qualitätsmanagementsystems, um insbesondere die Gesamtleistung, Effizienz und Wirksamkeit einer Organisation ständig zu verbessern.
Effektivität	Effektivität ist „doing the right things“ (die richtigen Dinge tun). Die richtigen Ziele oder Alternativen müssen erst generiert werden. Im Rahmen der Problemlösungspsychologie wäre Effektivität auf offene Probleme anzuwenden. Bei offenen Problemen müssen zuallererst die Kriterien für eine Lösung generiert werden, beispielsweise die Kriterien für das Problem "entwickle eine erfolgreiche Behandlungsstrategie".
Effizienz	Effizienz ist „doing the things right“ (die Dinge richtig tun). Damit ist die Verwirklichung eines gegebenen Zieles mit geringst möglichen Kosten gemeint. Im Rahmen der Problemlösungspsychologie wäre Effizienz nur auf geschlossene Systeme anwendbar. Geschlossene Probleme sind solche, bei denen klar definiert ist, wann das Problem gelöst ist, z. B. beim Schachspiel. Demgemäß ist Effizienz das Verhältnis und die Festlegung der Wirtschaftlichkeit vom Ergebnis und den jeweils zur Erreichung eingesetzten Mitteln.
E.F.Q.M.-Modell	Die European Foundation for Quality Management (EFQM) wurde 1988 von 14 führenden europäischen Unternehmen mit der Zielsetzung gegründet, europäische Unternehmen in der Entwicklung, Durchführung und Überprüfung von Qualitätsmanagement zu unterstützen. Das EFQM-Modell wurde 1996 auf das Gesundheitswesen übertragen und ermöglicht es Einrichtungen, eine Bewertung der medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Qualität durch die Mitarbeiter in einem Selbstbewertungsprozess vorzunehmen.
EFQM-Diagnose SB	Ein im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen für die Ambulante Suchthilfe entwickeltes Instrument zur Durchführung einer Selbstbewertung nach EFQM.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	22 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Ergebnisqualität	Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Leistungen, die eine Einrichtung erbringt. Ergebnisqualität hat zum Ziel, die Anliegen der relevanten Interessengruppen in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Ergebnisqualität kann in vier Dimensionen abgebildet werden: Kundenbezogene Ergebnisse, mitarbeiterbezogene Ergebnisse, gesellschaftsbezogene Ergebnisse und leistungsbezogene Ergebnisse.
Evidence-Based Medicine	Der Begriff „Evidenz-Basierte Medizin (EBM)“ soll in allen Bereichen der Medizin die Ergebnisse empirischer Forschung in den Prozess der individuellen klinischen Entscheidungsfindung integrieren. Grundlegend für die individuelle klinische Entscheidung sollte die in randomisierten und kontrollierten Studien sowie systematischen Literaturübersichten gewonnene Evidenz sein.
Hauptprozesse	Die Begriffe Hauptprozess, Schlüsselprozess und Kernprozess werden vergleichbar verwendet. Darunter werden Prozesse verstanden, die hinter den kritischen Erfolgsfaktoren einer Organisation bzw. einer Einrichtung stehen und maßgeblich zur Kundenzufriedenheit beitragen. Hauptprozesse besitzen einen für die Organisation oder Einrichtung, ihren Bestand und die Erfüllung ihrer Aufgaben sowie die Erreichung der Qualitätsziele herausragende Bedeutung. Sie stellen den wertschöpfenden Teil der Maßnahmen und Tätigkeiten einer Einrichtung bzw. Organisation dar. Merkmale von Hauptprozessen sind: <ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmbarer Kundennutzen - Einrichtungsspezifität - Nichtimitierbarkeit - Nichtsubstituierbarkeit.
Indikator / Kennziffer	Ein objektives, quantitatives Maß zur Bestimmung der Qualität. Klinische Indikatoren können individuell, z. B. mit Hilfe der Therapie-Ziel-Skalierung (Goal-Attainment-Scaling), bestimmt und damit zur Therapieverlaufskontrolle und Therapieevaluation im klinischen Alltag eingesetzt werden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	23 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

<p>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)</p>	<p>Aufgabe des 1918 von der US Regierung für Gesundheitseinrichtungen gegründeten Akkreditierungskomitees ist die Förderung, Unterstützung, Entwicklung und regelmäßige Überprüfung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Auf der Grundlage der von der Joint Commission entwickelten Outcome-Indikatoren werden in zunehmendem Maße auch in Europa ergebnisorientierte Qualitätsmessungen der erbrachten Maßnahmen und Leistungen durchgeführt.</p>
<p>KTL</p>	<p>Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) für die medizinische Rehabilitation ist ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die therapeutischen Leistungen der Einrichtung werden mit diesem Verfahren klassifiziert und im Rahmen der Reha-Leitlinien nach Quantität und Qualität bewertet.</p>
<p>Klinikdokumentation Strukturmerkmale</p>	<p>Die Klinikdokumentation „Strukturmerkmale“ ist Teil des Qualitätssicherungsprogrammes der gesetzlichen Rentenversicherungsträger. Es liegt für die Indikationsbereiche „Psychosomatische Erkrankungen“ und „Abhängigkeitserkrankungen“ vor. In ihm werden pro Einrichtung u. a. folgende Angaben erfasst: Allgemeine Angaben zur Gesamteinrichtung, Hauptmerkmale der Einrichtung, Angaben zur personellen Besetzung, Diagnostik, Therapie.</p>
<p>Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)</p>	<p>Unter Einbezug aller Mitarbeiter werden Verbesserungen kontinuierlich und in kleinen Schritten dauerhaft angestrebt. Es wird erwartet, dass sich jeder Mitarbeiter ständig mit Fragen der Optimierung und Verbesserung auseinandersetzt. Es handelt sich demnach um einen dauerhaften Organisationsprozess, dem sich alle verpflichtet fühlen und an dem sich alle beteiligen. Optimierung und damit Veränderung ist selbstverständlicher Teil aller Tätigkeiten.</p>

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	24 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ)

Bei KTQ handelt es sich um ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das bis 2001 in 25 Krankenhäusern hinsichtlich seiner Praktikabilität erprobt wurde. Der Katalog orientiert sich an Versorgungsabläufen, die alle Berufsgruppen, Hierarchie-Ebenen und Bereiche im Krankenhaus, insbesondere die Fachabteilungen, umfassen. Der KTQ-Katalog ist eine Gemeinschaftsproduktion der Vertragspartner (u. a. Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiterersatzkassenverband, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft), an dessen Entstehung die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, der Deutsche Pflegerat und Vertreter der konfessionellen Krankenhäuser (proCum Cert) mitgewirkt haben.

Kunde

Der Begriff des Kunden wird häufig unterschiedlich verstanden. Beispiele unterschiedlicher Kundendefinitionen sind: Der betriebswirtschaftliche Kundenbegriff: Kunde ist, wer bezahlt. Der merkantile Kundenbegriff: Kunde ist der Empfänger einer Leistung. Der Kundenbegriff im Total Quality Management: Kunden sind alle Interessengruppen, mit denen die Organisation in einer Austauschbeziehung steht.

Kundenorientierung

Gestaltungsmerkmal von Organisationen und Einrichtungen, das voraussetzt, dass die wichtigsten aktuellen und Kundenanforderungen bekannt sind und wesentliche Entscheidungen und Handlungen innerhalb der Organisation bestimmen. Der Kunde / Nutzer steht im Mittelpunkt sämtlicher Maßnahmen und Bestrebungen des Qualitätsmanagements. Es können externe Kunden und Kooperationspartner (Klientel, Leistungsträger, Angehörige) und interne Kunden (Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen, Verwaltung) unterschieden werden.

Kundenzufriedenheit

Wahrnehmung des Kunden zu dem Grad, in dem die Anforderungen des Kunden erfüllt worden sind.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	25 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Leitbild	Im Sozialwesen wird die Rolle der Unternehmenspolitik häufig von einem Leitbild übernommen. Dieses enthält die grundlegenden Aussagen zu Zielen und Zweck der Einrichtungstätigkeit, den Werten und der Kultur sowie den Beziehungen zu den wichtigsten Interessengruppen. Das Leitbild stellt Vorgaben und Erwartungen an Führungskräfte und Mitarbeiter dar, die in allen Einrichtungsteilen funktionspezifisch umzusetzen sind. Die Formulierungen eines Leitbildes sollten motivationsfördernd sein, und für alle Mitarbeiter eine Orientierung ermöglichen.
Leistungsindikator	Quantitatives Maß zur Beurteilung des Effektes einer Qualitätsintervention.
Matrixzertifizierung	Zertifizierung: Verfahren mit Bestätigung durch eine dritte Seite bezogen auf Dienstleistungen, Prozesse oder Systeme. Matrixzertifizierung: Nach einem Stichprobenverfahren ausgesuchte strukturgleiche Dienstleistungen, Prozesse, Systeme oder Organisationseinheiten, die zertifiziert werden sollen.
Mitgeltende Dokumenten	Mitgeltende Unterlagen enthalten diejenigen Arbeitsanweisungen, Dokumente, Formulare, Materialien und Verfahrensanweisungen einer Einrichtung, die bei der Darlegung der einrichtungsspezifischen Gegebenheiten im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung und -sicherung relevant sind.
proCum Cert	proCum Cert ist eine Zertifizierungsgesellschaft, die sich als Institution der großen Trägerverbände Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband, Katholischer Krankenhausverband, Deutschland Ecclesia mit Themen in der Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern und Einrichtungen im konfessionellen Bereich befasst.
Prozess	Ein Prozess beschreibt einen Ablauf, d. h. den Fluss und die Transformation von Material, Informationen, Operationen und Entscheidungen. Es handelt sich hierbei um eine geplante Abfolge von Schritten oder Handlungen, durch die ein Ausgangszustand in Richtung eines gewünschten Zielzustandes verändert wird.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	26 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Prozessqualität	Beschreibbare, nachvollziehbare und messbare Maßnahmen und Interventionen, die zum Erreichen der festgelegten Qualitätsziele beitragen.
Prozessmanagement	Der Teil eines Managementsystems, der sich auf das Leiten und Lenken von Prozessen bezieht.
Qualität	Die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bzgl. Ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. Qualität ist das Maß, in dem gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vom Patienten erwünschte, auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden, und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes.
Qualitätsgremien	Qualitätsgremien bezeichnen verschiedene Formen von Arbeitsgruppen (Klausuren, Qualitätszirkel, Teams, KVP-Gruppen, Projektgruppen, Task-force-Gruppen usw.), die eine systematische Qualitätsentwicklung und Verbesserung zum Ziel haben.
Qualitätskontrolle	Überprüfung und Vergleich von Arbeitsmitteln, die zur Erreichung des jeweiligen Qualitätsziels eingesetzt werden.
Qualitätskriterien	Unterscheidende Merkmale, mit denen Aspekte der Qualität in den Bereichen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verglichen werden können.
Qualitätsmanagementhandbuch	Zentrales Dokument, in dem die Qualitätspolitik festgelegt und das Qualitätsmanagementsystem einer Organisation beschrieben ist. Es enthält eine Zusammenfassung aller qualitätsrelevanten Regelungen einer Organisation oder Einrichtung, wie z. B. die Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, Verfahrensanweisungen, Abläufe, Prüfanweisungen, geltende Standards usw..
Qualitätsmanagementsystem	Zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	27 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Qualitätsmerkmale	Eigenschaften und Merkmale eines Produktes, einer Dienstleistung oder eines Prozesses, die die gewünschte Qualität kennzeichnen.
Qualitätssicherung	Alle geplanten und systematischen Maßnahmen, die innerhalb des QM-Systems umgesetzt und beschrieben sind, um zu belegen, dass eine zuvor festgelegte Qualitätsforderung erfüllt wird. Qualitätssicherung ist ein Unterbegriff von Qualitätsmanagement und bezieht sich auf alle Maßnahmen, die dazu dienen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der spezifischen Einrichtungsleistungen zu messen, zu verbessern und zu belegen.
Qualitätsstandards	Qualitätsmerkmale, die für die Arbeit einer Organisation verbindlich gemacht werden, werden damit zu Qualitätsstandards.
Qualitätsziele	Auf der Grundlage von Maßzahlen konkret definierte Ziele auf Einrichtungs-, Leitungs- und Abteilungsebene. Die Erreichung der für die Zukunft festgelegten Qualitätsziele wird im Rahmen des Qualitätsmanagements angestrebt.
Qualitätszirkel	Synonym verwendeter Begriff für Projektgruppen, die regelmäßige Sitzungen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung durchführen (siehe Qualitätsgremien).
Querverweismatrix	Rechteckig angeordnetes Schema zum Verweis auf relevante Normabschnitte aus DIN EN ISO 9001:2015.
Review	Überprüfung oder Evaluation im Rahmen von regelmäßigen Treffen eines Qualitätsgremiums, die sich u. a. auf die Ergebnisse, Leistungen oder Maßnahmen von Qualitätsverbesserungsteams beziehen und dabei zuvor festgelegte Kriterien und Standards anwenden.
Schnittstelle	Bezeichnung für Schnittstelle (syn. Nahtstelle) z.B. zwischen zwei Arbeitsbereichen, Abteilungen, Aufgabenbereichen, Prozessen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	28 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Selbstbewertung	<p>Die Selbstbewertung steht am Anfang des regelmäßigen strategischen bzw. operativen Planungsprozesses einer Organisation und hat die Aufgabe, eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung sicherzustellen. Selbstbewertung in einer Einrichtung bzw. Organisation kann folgendermaßen charakterisiert werden: Werkzeug, das auf einem mehrdimensionalen Zielsystem basiert (z. B. EFQM-Modell) Die Selbstbewertung steht am Anfang des regelmäßigen strategischen bzw. operativen Planungsprozesses einer Organisation und hat die Aufgabe, eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung sicherzustellen. Selbstbewertung in einer Einrichtung bzw. Organisation kann folgendermaßen charakterisiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewertungsmethode, die von der Organisation / Einrichtung selbst eingesetzt wird - Grundlage des strategischen und des operativen Managements - Dient als Voraussetzung für ein Benchmarking.
Sozialgesetzbuch (SGB)	<p>Die Verfasser des Rahmenhandbuches CaSu sind sich darüber im Klaren, dass die jeweils relevanten Sozialgesetzbücher an den entsprechenden Stellen berücksichtigt werden müssen.</p>
Strukturqualität	<p>Die Strukturqualität beschreibt die strukturellen Leistungsvoraussetzungen wie z. B. die zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen, die physische und organisatorische Umgebung sowie die menschlichen, technischen und finanziellen Voraussetzungen für die Durchführung der Aufgaben. Elemente der Strukturqualität sind Anzahl des Personals, Qualifikation, Organisationsaufbau, Sachausstattung usw..</p>
Substitutionsbehandlung	<p>Abgabe eines Substitutes durch einen Arzt und psychosoziale Begleitbetreuung</p>
Support-Prozesse	<p>Supportprozesse erfüllen unterstützende Aufgaben, damit die Hauptprozesse reibungslos ablaufen, d. h. sie zielen nicht unmittelbar auf die Erfüllung der Hauptaufgaben der Einrichtung. Daher kann bei Supportprozessen die Frage nach dem "Outsourcing" gestellt werden.</p>

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	29 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Total Quality Management (TQM)	Nach DIN EN ISO 8402 wird unter Total Quality Management eine „auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt“, verstanden.
Verbesserungsbereiche	Nach dem EFQM-Modell diejenigen im Rahmen einer Selbstbewertung identifizierten Bereiche einer Einrichtung oder Organisation, die Verbesserungsressourcen beinhalten. Verbesserungsbereiche bieten konkrete Ansatzpunkte für die Einführung von Prozessen zur kontinuierlichen Verbesserung und die Durchführung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen.
Verfahrensanweisungen	Verfahrensanweisungen legen die Vorgehensweisen z.B. in administrativen, diagnostischen, therapeutischen, betreuerischen Prozessen fest. Der formale Aufbau von Verfahrensanweisungen sieht ein Erstellungsdatum, eine eindeutige Kennzeichnung und Zuordnung zu Kapiteln und Unterkapiteln des Qualitätsmanagementhandbuches vor.
Visitation (DRV Bund)	Bei einer Visitation besuchen zwei Mitarbeiterinnen beziehungsweise Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund, eine Ärztin oder ein Arzt und eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Verwaltung, eine Rehabilitationseinrichtung, um sich vor Ort über die Qualität des Rehabilitationsangebotes dieser Einrichtung zu informieren. Sie besichtigen die Einrichtung und führen Gespräche mit den leitenden Mitarbeitern, mit therapeutischen Mitarbeitern und mit den Patienten. Ziel einer Visitation ist, sich durch einen unmittelbaren, persönlichen Eindruck von der Qualität der medizinischen Rehabilitation zu überzeugen und die Rehabilitationseinrichtungen bei der qualitativen Weiterentwicklung zu beraten und zu unterstützen. Das Ergebnis einer Visitation wird in einem standardisierten Dokumentationsbogen festgehalten.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	30 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Glossar

Vision und Mission	Ein Unternehmensleitbild (Vision) und die daraus ableitbaren Botschaften (Mission) beschreiben den Organisations- bzw. Einrichtungszweck und wie dieser auf der Grundlage welcher Werte erreicht werden soll.
Wertematrix	Einer Wertematrix kann der Wertehintergrund des Träger- bzw. Einrichtungsleitbildes sowie dessen umfassende Umsetzung in den Qualitätsmerkmalen entnommen werden. Aus der Wertematrix lassen sich die Qualitätsmerkmale und Qualitätsstandards ableiten.
Zertifizierung	Zertifizierung ist die Beurteilung der Konformität eines Qualitätsmanagementsystems anhand vorgegebener Kriterien durch unabhängige Dritte. Eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff. erfolgt durch akkreditierte Zertifizierungsunternehmen. Im Rahmen eines Audits wird ermittelt, ob ein Unternehmen die Bedingungen zur Zertifizierungserteilung erfüllt. Zu beachten ist, dass mit der Erteilung des Zertifikats nicht die Qualität von Produkten oder Dienstleistungen einer Organisation bescheinigt wird, sondern die Übereinstimmung des Qualitätsmanagement-Systems mit dem jeweils geforderten Regelwerk der Norm.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	31 / 32

Teil I Organisation des Qualitätsmanagement-Rahmenhandbuches

Abkürzungsverzeichnis

BtMG	Betäubungsmittelgesetz
CaSu	Caritas Suchthilfe e.V. – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV
DCV	Deutscher Caritasverband e.V,
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIN	Deutsches Institut für Normung
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
EFQM	Europäische Gesellschaft für Qualitätsmanagement (European Foundation For Quality Management)
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ISO	International Standard Organisation
JJ	Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.
SGB	Sozialgesetzbuch
KonTraG	Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich
KTL	Klassifikation Therapeutischer Leistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
TQM	Total Quality Management
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
WHO	World Health Organisation

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	32 / 32

Teil II Ausführungen zum Qualitätsmanagement

Inhalte Teil II

Inhalte:

Ausführungen zu den Kapiteln 1	Qualitätsmanagementsystem
Ausführungen zu den Kapiteln 2	Strukturqualität
Ausführungen zu den Kapiteln 3	Prozessqualität
Ausführungen zu den Kapiteln 4	Ergebnisqualität
Literaturverzeichnis	

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	1 / 1

1. Qualitätsmanagementsystem

Inhaltsübersicht Kapitel 1

Nr.	Kapitel	Unterkapitel	Seite
1.	Qualitätsmanagementsystem	1.0	2
1.0	Geltungsbereich und Kontext der Organisation		3
1.1	Qualitätspolitik	1.1	5
1.1.1	Leitbildentwicklung		6
1.1.2	Qualitätsziele		8
1.1.3	Rechtliche und vertragliche Grundlagen		10
1.1.4	Vorgaben durch das Qualitätsmodell		12
1.2	Management der Qualitätsentwicklung	1.2	14
1.2.1	Verantwortung für das Qualitätsmanagement		15
1.2.2	Gremien und interne Kommunikation		17
1.2.3	Qualitätsmanagementhandbuch		19
1.2.4	Dokumentation und Dokumentensystem		21
1.2.5	Prozess der kontinuierlichen Verbesserung		23
1.2.6	Fehlermanagement		25
1.2.7	Entwicklung von Angeboten und Dienstleistungen		27
1.2.8	Umgang mit Chancen und Risiken		30
1.3	Management des Personalsystems und Personalentwicklung	1.3	32
1.3.1	Verantwortung des Einrichtungsträgers und der Leitung		33
1.3.2	Aufbauorganisation und Kompetenzen		35
1.3.3	Führungsstil		37
1.3.4	Planung Personalbedarf und -beschaffung		39
1.3.5	Einarbeitung neuer Mitarbeiter		41
1.3.6	Personaleinsatz		43
1.3.7	Planung, Durchführung und Bewertung von Qualifizierungsmaßnahmen		45
1.4	Management der Ressourcen	1.4	47
1.4.1	Organisation der Ressourcenverwaltung		48
1.4.2	Controlling		50
1.4.3	Audit		52
1.4.4	Umgang mit Ressourcen	1.4.4	54
1.4.4.1	Finanzielle Ressourcen		55
1.4.4.2	Informationsressourcen		57
1.4.4.3	Lieferanten, Beschaffung, Lagerung		59
1.4.4.4	Sachanlagen		61
1.4.4.5	Wissen und geistiges Eigentum		63
1.4.4.6	Kooperationen		65
1.4.4.7	Öffentlichkeitsarbeit		67
1.4.4.8	Sicherheits- und Risikomanagement		69

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	1 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1. Einleitung

Unter Qualitätsmanagementsystem versteht man die Systematik des Vorgehens zur Förderung und Entwicklung der Qualität der Leistungen einer Einrichtung mit dem Ziel der Verbesserung. Die Darlegung und Beschreibung einer solchen Systematik kann mit Hilfe vorliegender Qualitätsmanagementmodelle erfolgen, z.B. EFQM oder DIN-EN-ISO 9000 ff..

Das Qualitätsmanagementsystem fungiert

- intern als Lenkungs- und Steuerungselement der Einrichtungen und
- extern als Mittel zur Darstellung der Einrichtungen und als Beitrag zur Vertrauensbildung.

Der Begriff des Qualitätsmanagementsystems umfasst alle Maßnahmen zum Aufbau, zur Umsetzung und Sicherung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung. Dazu gehören in diesem Handbuch:

- Qualitätspolitik
- Management der Qualitätsentwicklung
- Management des Personalsystems und Personalentwicklung
- Management der Ressourcen

Die Qualitätsmerkmale zu den einzelnen Bereichen werden in diesem Kapitel zum überwiegenden Teil als Fragen formuliert, die als Operationalisierungen Hinweise für die einrichtungsspezifische Darlegung geben sollen.

Das Beurteilungssystem zu den verschiedenen Bereichen des Qualitätsmanagementsystems orientiert sich an den Bewertungsrichtlinien für die Befähigerkriterien entsprechend dem Qualitätsmodell der Europäischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement (EFQM) sowie den Anforderungen gemäß DIN ISO 9001: 2015.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	2 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.0 Geltungsbereich und Kontext der Organisation

Bereich:

Für die Anwendung der DIN EN ISO 9001:2015 im Rahmen einer Zertifizierung muss der Bereich der Einrichtung beschrieben werden, für den das Qualitätsmanagementsystem Anwendung findet.

Dafür ist es erforderlich, den Kontext der Organisation und das Arbeitsfeld zu benennen. Dies geschieht häufig schon im Namen der Einrichtung (Fachambulanz für Suchtprävention und Suchtrehabilitation des Caritasverbandes XY). Der Geltungsbereich kann ggf. auch eingeschränkt werden, wenn beispielsweise ein Leistungsträger die Zuwendungen an eine Zertifizierung knüpft. Die Abgrenzung ist dann hier darzulegen.

Zum Kontext der Organisation gehören die grundlegende Ausrichtung der Organisation und die unterschiedlichen Ziel- und Kundengruppen der Leistungserbringung (siehe auch 1.1.3 Rechtliche und vertragliche Grundlagen, 2.0 Allgemeine Angaben und 1.3.2 Aufbauorganisation und Kompetenzen bei Abgrenzungen in einer größeren Gesamtorganisation).

Hinweis:

Eine entsprechende Textpassage wurde in vielen Fällen schon für den Internetauftritt der Einrichtung erstellt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	3 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.0 Geltungsbereich und Kontext der Organisation

Qualitätsmerkmale:

- Sind die für die strategische Ausrichtung der Organisation relevanten internen und externen Themen bestimmt (Zweck der Einrichtung/Organisation – z.B. Rehabilitation)?
- Werden die unterschiedlichen Ziel- und Kundengruppen benannt (z.B. Indikationen die auch gegenüber den Kosten- und Leistungsträgern benannt sind)?
- Erfolgt eine Abgrenzung im Rahmen des QM-Systems z.B. zu anderen Einrichtungsteilen/Abteilungen in einer größeren nicht komplett in das QM-System integrierten Systems?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	4 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1 Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik beschreibt die Perspektiven der Qualitätsentwicklung einer Einrichtung. Die Festlegung der Qualitätspolitik ist ein dynamischer Prozess, der auf Vorgaben wie z. B. dem Leitbild und vertraglichen Grundlagen aufbaut und innerhalb bestimmter Zeiträume regelmäßig überprüft wird.

Die konkrete Umsetzung der Qualitätspolitik erfolgt in einem Qualitätsentwicklungsplan, der aufgrund der Ausführungen der Einrichtung die operationale Ebene der Qualitätsentwicklung darstellt. Der Qualitätsentwicklungsplan beinhaltet vor allem die Beschreibung geplanter Projekte im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems. Daraus ergibt sich, dass er in entsprechendem zeitlichem Abstand zu aktualisieren ist.

Die Qualitätspolitik wird in diesem Handbuch im Sinne von Qualitätsmerkmalen und Normanforderungen unter vier Gesichtspunkten bearbeitet:

- Leitbildentwicklung
- Qualitätsziele
- Rechtliche und vertragliche Grundlagen
- Vorgaben durch das Qualitätsmanagement-Modell

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	5 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.1 Leitbildentwicklung

1. Bereich

Das Leitbild stellt ein zentrales Werkzeug im Qualitätsmanagement dar, das in jeder Phase der Qualitätsentwicklung von Bedeutung ist und als Arbeitsmittel Verwendung finden sollte. Das Leitbild einer Einrichtung drückt die Philosophie der Einrichtung aus. Es bettet sich ein in die Trägertradition, deren Normen und Werte sowie die externen Rahmenbedingungen.

Alle Einrichtungen, die in der CaSu organisiert sind orientieren sich am „Leitbild des Deutschen Caritasverbandes“ wie es aus den „Eckpunkten für Qualität in der verbandlichen Caritas“ hervorgeht. Grundlage für die Leitbildentwicklung des vorliegenden Rahmenhandbuches ist das christliche Menschenbild und die sich daraus ableitenden Werte und Leitziele für die tägliche Arbeit. In einem Leitbild werden die Visionen, Werte und langfristigen Ziele für den Umgang mit den Klienten / Kunden, den Mitarbeitern auf den verschiedenen Hierarchieebenen einer Einrichtung oder eines Verbundes sowie das angestrebte Erscheinungsbild in der Gesellschaft schriftlich fixiert.

Funktion des Leitbildes ist, eine Orientierung der Einrichtung auf einheitliche Werte und Ziele zu ermöglichen. Es sollte Aussagen zu folgenden Bereichen enthalten:

- Klienten- und Kundenorientierung
- Qualitätsbewusstsein
- Mitarbeiterorientierung
- Führungsstil.

Weitere Bereiche sind möglich.

Die Leitbildentwicklung ist ein dynamischer Prozess, der unter Beteiligung aller Mitarbeiter einer Einrichtung erfolgen sollte.

Aus dem Leitbild leiten sich auch die Qualitätsgrundsätze ab.

Das Leitbild der Einrichtung kann in Form von Leitsätzen, die die oben aufgezeigten Inhalte erfassen, formuliert werden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	6 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.1 Leitbildentwicklung

2. Qualitätsmerkmale

- Wird das Leitbild von der obersten Leitungsebene entwickelt, verabschiedet und verantwortet?
- Sind die verschiedenen Mitarbeitergruppen und Hierarchieebenen am Entwicklungs- und Konsensbildungsprozess des Leitbildes beteiligt?
- Werden die caritasspezifischen Qualitätskriterien, wie sie im Qualitäts-Leitbild der Caritas formuliert werden, bei der Leitbildentwicklung berücksichtigt?
- Enthält das Leitbild normative Vorgaben für den Umgang mit Zielgruppen, beispielsweise hinsichtlich der sozialen und beruflichen Integration?
- Enthält das Leitbild normative Vorgaben für Personalauswahl, -führung und Beteiligung des Personals?
- Enthält das Leitbild normative Vorgaben für die Gestaltung der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern und die Berücksichtigung von Umweltfragen?
- Enthält das Leitbild normative Vorgaben für die Auswahl und Förderung von Führungskräften, die Geltung von Managementgrundsätzen?
- Bilden die Leitsätze die wichtigsten Prinzipien der Qualitätspolitik ab?
- Wird das Leitbild kontinuierlich (jährlich) überprüft und weiterentwickelt, z. B. mittels regelmäßiger Aktualisierung und / oder der Reflexion künftiger Anforderungen?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	7 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.2 Qualitätsziele

1. Bereich

Die Qualitätsziele einer Einrichtung leiten sich u. a. ab aus:

- Leitbild der Einrichtung
- Qualitätspolitik des Einrichtungsträgers
- Vergleich mit anderen Einrichtungen
- Ergebnissen bisheriger Qualitätsüberprüfungen

Die Qualitätspolitik einer Einrichtung ist somit Teil der Qualitätsorientierung des Trägers bzw. des jeweiligen Verbundes und steht in der Verantwortung der Leitung. Die Qualitätsziele beschreiben die beabsichtigten Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in einem überschaubaren Zeitraum von 1-2 Jahren und beziehen sich u. a. auf:

Leistungsergebnisse hinsichtlich der Behandlung der Klienten, Rückmeldungen / Anforderungen der Zuwendungsgeber, Rückschlüsse aus der Leistungsdokumentation, wirtschaftliche Ergebnisse, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, gesellschaftliches Image der Einrichtung.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	8 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.2 Qualitätsziele

2. Qualitätsmerkmale

- In welcher Form sind die Qualitätsziele beschrieben?
- Beruhen die Qualitätsziele auf relevanten und umfassenden Informationen (z. B. externes Datenmaterial wie statistische Erhebungen zur Klientel, Befragungen zum Image der Einrichtung, Befragungen zur Kundenzufriedenheit, Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit, Vergleiche zu anderen Einrichtungen)?
- Wie setzen die Qualitätsziele die Qualitätspolitik in messbare Ziele um?
- Wie stellt die Leitung die Verfügbarkeit von Ressourcen für die Erreichung der Ziele sicher?
- Gibt es geeignete Methoden und Verfahren in der Einrichtung für die Erarbeitung von Qualitätszielen auf der Grundlage der relevanten Daten?
- Sind in dieses Vorgehen alle maßgeblichen Personen und Gruppen einbezogen?
- Werden die Mitarbeiter systematisch und umfassend mit den Qualitätszielen der Einrichtung bekannt gemacht?
- Wie wird sichergestellt, dass die Beschäftigten ihre Tätigkeiten mit den Qualitätszielen der Einrichtung in Verbindung bringen können?
- Werden die Qualitätsziele regelmäßig (jährlich) überprüft, aktualisiert und fortgeschrieben (z. B. durch hierzu in der Einrichtung festgelegte Methoden)?
- Ist sichergestellt, dass wichtige Kundengruppen aktuelle Informationen über die Qualitätsziele erhalten?
- Werden ethisch-normative Grundsätze bei der Formulierung und Umsetzung der Qualitätsziele berücksichtigt (z. B. Erhaltung von Arbeitsplätzen, Prioritätensetzung hinsichtlich Umweltfragen, Rücksichtnahme auf andere Kulturen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	9 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.3 Rechtliche und vertragliche Grundlagen

1. Bereich

Hier sind u. a. die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben von Leistungsträgern und Zuwendungsgebern zu beschreiben, die zum einen für den Betrieb der Einrichtung maßgeblich sind und zum anderen für die Formulierung von Qualitätspolitik in dem Arbeitskonzept / Versorgungskonzept sowie für deren Umsetzung in der praktischen Arbeit relevant sind. Dazu gehören u. a.:

- Gesetzliche Bestimmungen hinsichtlich Arbeitsplatzgestaltung, Hygienemaßnahmen, Arbeitszeiteinteilung etc.
- Nachweispflichten gegenüber den relevanten Zuwendungsgebern / Leistungsträgern
- Fach- und Förderprinzipien der Länder
- Sozialgesetzbücher (SGB)
- Empfehlungsvereinbarung Glücksspielsucht
- Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen
- Bestimmungen der Berufsgenossenschaft
- Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Weitere gesetzliche Grundlagen, wie die Berücksichtigung der Informations-, Beratungs- und Mitbestimmungsrechte des Betriebs-, Personalrates bzw. der Mitarbeitervertretung kommen hinzu (z. B. Betriebsverfassungsgesetz).

Ebenso zu berücksichtigen sind die Ausführungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation und Versorgungsverträge, wie sie sich aus dem SGB ergeben. Auch Leitfäden wie z.B. der trägerübergreifende Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, das Manual für Visitationen oder die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung, sollten entsprechende Berücksichtigung finden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	10 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.3 Rechtliche und vertragliche Grundlagen

2. Qualitätsmerkmale

- Werden Auflagen / Anforderungen / Nachweispflichten von Seiten der relevanten Zuwendungsgeber / Leistungsträger im Hinblick auf den Bereich Qualitätspolitik einbezogen?
- Werden Daten über gesellschaftliche, ordnungspolitische und rechtliche Belange bei Planungen der Einrichtung berücksichtigt (mit „Daten“ sind hier gesellschaftspolitische, ordnungspolitische Vorgaben oder rechtliche Belange gemeint, z. B. aktuelle rechtliche Änderungen und landesspezifische Regelungen)?
- Werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Einhaltung von Qualitätsstandards (z. B. Schutzbestimmungen für Arbeitsplätze) erfüllt?
- Gibt es geeignete Methoden in der Einrichtung, um die Mitarbeiter systematisch und umfassend mit den rechtlichen und vertraglichen Vorgaben bekannt zu machen (z. B. Rundschreiben, Mitarbeiterversammlung)?
- Gibt es ein Überprüfungssystem, das Abweichungen von gesetzlichen Vorgaben erfasst?
- Gibt es ein Überprüfungssystem, das eine regelmäßige (jährliche) Aktualisierung und Anpassung an die evtl. veränderten rechtlichen und vertraglichen Grundlagen gewährleistet?
- An welchen Qualitätssicherungsprogrammen der Zuwendungsgeber / Leistungsträger z.B. Peer-Review-Verfahren, Patientenbefragung, Erhebung der Strukturqualität durch die Deutsche Rentenversicherung Bund beteiligt sich die Einrichtung, berücksichtigt sie deren Ergebnisse?
- Wie stellt die Organisation die Beachtung gesetzlicher und behördlicher Bestimmungen sicher?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	11 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.4 Vorgaben durch das Qualitätsmodell

1. Bereich

Das Qualitätsmanagement-Modell, an welchem sich die Einrichtung bei der Formulierung ihrer Qualitätspolitik, der Entwicklung der Qualitätsziele und der Einbindung in die Qualitätsentwicklung orientiert, wird hier ausgeführt. Eine solche Systematik wird z. B. durch die DIN-EN-ISO 9004, Teil 2 für den Dienstleistungsbereich dargelegt. Eine umfassendere Systematik stellen Modelle des Total Quality Managements (TQM), wie z.B. das EFQM-Modell, dar.

Die Qualitätspolitik der Einrichtung ist daraufhin zu überprüfen, ob und wie das Qualitätsmanagement-Modell bei der Festlegung, Umsetzung, Überprüfung und Weiterentwicklung der Zwecke, Werte und Leitbilder Berücksichtigung findet. Eine maßgebliche Rolle spielt hierbei, inwiefern Qualität integraler Bestandteil der Politik der Einrichtung ist und wie sich dies in der kurz- und langfristigen Zielplanung sowie in der konkreten praktischen Arbeit vor Ort niederschlägt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	12 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.1.4 Vorgaben durch das Qualitätsmodell

2. Qualitätsmerkmale

- Gibt es eine schriftliche Darstellung zur Verpflichtung auf ein wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement-Modell?
- Werden Merkmale des Qualitätsmanagement-Modells in der Einrichtung umgesetzt und angewendet (z. B. Durchführung von Selbstbewertung)?
- Wurde ein umfassender, alle Bereiche der Einrichtung betreffender Plan zur Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagement-Programms erstellt?
- Ist das Qualitätsmanagement-Modell für die Formulierung von Qualitätsentwicklungsplänen etc. maßgeblich?
- Unterstützen die strukturgebenden Vorgaben des Qualitätsmanagement-Modells die Umsetzung der Qualitätspolitik bzw. die Erreichung der Qualitätsziele?
- Enthalten die Managementgrundsätze Aussagen zum Menschenbild, zur Ethik sowie spezifischen Werten und Normen?
- In welcher Weise werden die verschiedenen Maßnahmen der Qualitätssicherung und deren Resultate mit den beteiligten Mitarbeitern besprochen?
- Wird das Qualitätsmanagement-System einmal jährlich einer Bewertung (Review) unterzogen?
- Wie wird sichergestellt, dass die Angemessenheit, Wirksamkeit und Effizienz des Qualitätsmanagementsystems an sich ändernde Erfordernisse und Erwartungen angepasst wird?
- Wie stellt die oberste Leitung sicher, dass notwendige Informationen für die Managementbewertung (z. B. Ergebnisse aus Auditberichten) zur Verfügung stehen?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	13 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2 Management der Qualitätsentwicklung

Die verschiedenen Maßnahmen zum Qualitätsmanagement haben das Ziel, möglichst hohe Qualitätsstandards für ihren Auftrag gegenüber der Klientel bei gleichzeitiger Beachtung der Rahmenbedingungen der Einrichtung, insbesondere der Ressourcen, zu erreichen. Management der Qualitätsentwicklung umfasst alle Maßnahmen, die eine Einrichtung trifft, um Qualitätsentwicklung systematisch und gezielt zu betreiben. Durch verschiedene Maßnahmen zum Qualitätsmanagement soll ein möglichst hoher Qualitätsstandard erreicht werden und damit das Qualitätsniveau erhalten bzw. verbessert werden. Dies ermöglicht, extern die Arbeit der Einrichtung transparent darzustellen und damit die Erfüllung der Anforderungen, besonders gegenüber den Leistungs- und Kostenträgern, an die Qualität der Leistungserbringung nachzuweisen. Intern dienen Maßnahmen des Qualitätsmanagements der Festlegung der Leistungen, der Qualität der Leistungserbringung und damit der Erreichung festgelegter Ergebnisse, der Leistungssicherung und -verbesserung.

Folgende Themenbereiche sind hier relevant:

- Verantwortung für das Qualitätsmanagement
- Gremien für die Qualitätsentwicklung
- Qualitätsmanagementhandbuch
- Dokumentation
- Prozess der kontinuierlichen Verbesserung

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	14 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.1 Verantwortung für das Qualitätsmanagement

1. Bereich

Die grundsätzliche Verantwortlichkeit für das Qualitätsmanagementsystem obliegt dem Träger, der Geschäftsführung und der Einrichtungsleitung. Zu ihrer Unterstützung und zur strukturellen Absicherung des Qualitätsentwicklungsprozesses in der Einrichtung ist es erforderlich, einen Mitarbeiter zum Qualitätsbeauftragten zu benennen, mit der Funktion, die Leitung bei der Vorbereitung, Einrichtung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements zu unterstützen. Zu den Aufgaben können u. a. gehören:

- Information der Mitarbeiter über Realisierung der Qualitätsziele und Qualitätspolitik
- Information über Methoden im Rahmen des Qualitätsmanagements
- Fortbildung der Mitarbeiter in qualitätsbezogenen Fragen
- Koordination der qualitätsbezogenen Anstrengungen der Einrichtung

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	15 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.1 Verantwortung für das Qualitätsmanagement

2. Qualitätsmerkmale

- Wie demonstriert die oberste Leitung ihre Führung, Verpflichtung und Einbeziehung bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems?
- Ist ein Qualitätsbeauftragter bestellt und sind die Aufgaben und Funktionen beschrieben?
- Wie wird die wirkungsvolle Zusammenarbeit zwischen oberster Leitung und dem Qualitätsbeauftragten der Einrichtung sichergestellt?
- Ist sichergestellt, dass der Qualitätsbeauftragte Maßnahmen im Rahmen der Qualitätsentwicklung durchsetzen kann?
- Ist die Funktion des Qualitätsbeauftragten in das Leitungsteam der Einrichtung integriert?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	16 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.2 Gremien und interne Kommunikation

1. Bereich

Gremien für die Qualitätsentwicklung ist der Oberbegriff für alle verschiedenen Formen von Arbeitsgruppen (Klausuren, Qualitätszirkel, Teamtage usw.), die bei der oben beschriebenen Aufgabenstellung in der Einrichtung mitwirken.

Es ist darzustellen, welche Form der Teamarbeit in der Einrichtung organisiert ist, um Qualitätsentwicklung systematisch zu betreiben.

Systematische Verbesserungen können auch von anderen Einrichtungen des gleichen Trägers bzw. trägerübergreifend von Einrichtungen mit vergleichbaren Aufgabenstellungen vorgeschlagen werden. Sehr häufig ist dies in Qualitätszirkeln organisiert, die sich einen definierten Auftrag geben und nach unterschiedlichen Gesichtspunkten zusammengesetzt werden. Systematische Qualitätsentwicklungsmaßnahmen entstehen auch häufig in Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen im vor- und nachgelagerten Bereich bzw. innerhalb des gleichen Aufgabenfeldes.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	17 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.2 Gremien und interne Kommunikation

2. Qualitätsmerkmale

- Gibt es einrichtungsinterne (intern) und einrichtungsübergreifende (extern) Besprechungen, die den Charakter von Gremien für die Qualitätsentwicklung haben?
- Sind Besprechungskreise, die den Charakter von Gremien für die Qualitätsentwicklung haben, in der Einrichtung etabliert und mit fester Themenvorgabe beschrieben?
- Wie ist ihre Zusammensetzung organisiert (interdisziplinär)?
- Wie werden die Besprechungen moderiert?
- Welche Entscheidungsbefugnisse haben die Gremien für die Qualitätsentwicklung?
- Wird die Effektivität der Kooperation mit anderen Einrichtungen überprüft?
- Wie werden die in den Gremien für die Qualitätsentwicklung erarbeiteten Verbesserungsvorschläge in die alltäglichen Abläufe der Einrichtung umgesetzt?
- Werden die Ergebnisse der Gremien allen Teilnehmern mitgeteilt?
- Werden in den Gremien Protokolle angefertigt und werden in ihnen Arbeitsaufträge festgelegt, für deren Ausführung gesorgt wird?
- Werden aktuelle Informationen aus den Gremien den Mitarbeitern sofort weitergegeben?
- Wie stellt die oberste Leitung sicher, dass Verantwortungen in Gremien festgelegt und den Mitarbeitern der Einrichtung bekannt gegeben werden?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	18 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.3 Qualitätsmanagementhandbuch

1. Bereich

Das Qualitätsmanagementhandbuch gibt einen Gesamtüberblick über die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung einer Einrichtung.

Das Qualitätsmanagementhandbuch bezieht sich auf das Rahmenhandbuch der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband und ist in dessen Gliederungsaufbau integriert.

Das Handbuch beschreibt alle qualitätsrelevanten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Einrichtung und bietet damit die Basis für ein systematisches Qualitätsmanagement.

Unter der Rubrik „Angaben der Einrichtung“ sind die für das Qualitätsmanagementhandbuch der Einrichtung maßgeblichen Inhalte dargestellt wie z. B.:

- Leitbild und Qualitätspolitik
- Organisation der Einrichtung
- Personalentwicklung
- Qualitätsmanagementsystem
- Kernprozesse der Einrichtung
- Ergebnisqualität

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	19 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.3 Qualitätsmanagementhandbuch

2. Qualitätsmerkmale

- Dient das Qualitätsmanagementhandbuch der ständigen Fortschrittskontrolle?
- Dient das Qualitätsmanagementhandbuch intern zur Lenkung und Steuerung der Anstrengungen der Qualitätsentwicklung und als Kommunikationsmittel?
- Dient das Qualitätsmanagementhandbuch extern der Vertrauensbildung und Transparenz gegenüber unterschiedlichen Kooperationspartnern?
- Wurde das Qualitätsmanagementhandbuch unter Beteiligung aller Betroffenen erarbeitet?
- Wie häufig wird das Handbuch aktualisiert?
- Werden in Folge der Erstellung und Anwendung des Handbuches konkrete Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet?
- Welche Vergleiche mit Handbüchern anderer Einrichtungen gibt es?
- Enthält das Qualitätsmanagementhandbuch Angaben zum Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	20 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.4 Dokumentation und Dokumentensystem

1. Bereich

Die Dokumentation einer Einrichtung beinhaltet die Erfassung und Beschreibung der relevanten klientenbezogenen (z. B. statistische Basisdaten mittels EBIS, Horizont oder anderer Dokumentationssysteme, individueller Therapieplan, Teilnahme an Substitution, Anzahl Klientenkontakte), mitarbeiterbezogenen (z. B. Arbeitsplan, Aufgabenbeschreibung) sowie einrichtungsbezogenen (z. B. Wochenplan, Übergabeprotokolle, Fallbesprechungsprotokolle) Daten.

Eine Unterstützung und Sicherstellung der Dokumentation soll durch das Dokumentensystem gewährleistet sein. In dem Qualitätsmanagementhandbuch der Einrichtung bzw. seinen Anlagen ist das Dokumentensystem enthalten. Das Dokumentensystem beschreibt die Gesamtheit der qualitätsrelevanten Dokumente, ihre systematische Zuordnung, die Verantwortlichkeit für die Führung der Dokumente und schließlich deren Ablage bzw. Speicherung.

Gemäß DIN-ISO 9001:2015 müssen die vom Qualitätsmanagementsystem geforderten Dokumente und Aufzeichnungen gelenkt werden. Darüber hinaus muss ein dokumentiertes Verfahren zur Festlegung der erforderlichen Lenkungsmaßnahmen eingeführt sein. Die systematische Dokumentation und Aufzeichnung relevanter Maßnahmen und Prozesse soll zum Beurteilen der Wirksamkeit und ständigen Eignung des Qualitätsmanagementsystems beitragen.

Das Dokumentensystem dient dem Festhalten der Vorbereitung, der Durchführung und Auswertung der Leistungserstellung. Dokumente sind außerdem Leistungsnachweise gegenüber den Zuwendungsgebern und Leistungsträgern. Qualitätsaufzeichnungen / Nachweisdokumente sind solche Dokumente, die während oder nach einer Tätigkeit über diese erstellt werden. Sie dienen als Nachweis, dass das Qualitätsmanagementsystem funktioniert und die Leistung den definierten Qualitätsanforderungen entspricht. Solche Dokumente fallen in allen Bereichen der Einrichtung an und sind entsprechend als Qualitätsaufzeichnungen zu definieren.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	21 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.4 Dokumentation und Dokumentensystem

2. Qualitätsmerkmale

- Gibt es ein Dokumentensystem?
- Wird das Dokumentensystem regelmäßig einer Überprüfung unterzogen?
- Werden die gesetzlichen und vertraglichen Dokumentationspflichten erfüllt?
- Werden alle wichtigen qualitätsrelevanten Prozesse dokumentiert?
- Gibt es eine Verfahrensanweisung zur Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen?
- Gibt es ein System zur Verwaltung der Dokumente?
- Wie wird sichergestellt, dass qualitätsrelevante Daten systematisch gesammelt und analysiert werden?
- Welche einrichtungsinternen Verfahrensweisen und Richtlinien zur Führung und Dokumentation von Klientendaten liegen vor?
- Wie wird sichergestellt, dass die in den Berichten enthaltenen Diagnosen und Leistungen korrekt dokumentiert werden?
- Wie wird sichergestellt, dass alle relevanten Maßnahmen der Klientenversorgung und -behandlung in der Klientendokumentation festgehalten werden?
- Wie wird sichergestellt, dass Dokumente allen davon betroffenen Mitarbeitern in ihrer aktuellen Form zur Verfügung stehen?
- Wie wird ausgeschlossen, dass veraltete oder überholte Dokumente zur Anwendung kommen?
- Wie werden Dokumente und Aufzeichnungen genutzt, um den wirksamen und effizienten Ablauf der Prozesse der Einrichtung zu unterstützen?
- Welches dokumentierte Verfahren zur Festlegung der erforderlichen Lenkungsmaßnahmen wurde eingeführt?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	22 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.5 Prozess der kontinuierlichen Verbesserung

1. Bereich

Hier ist darzustellen, welche systematischen Maßnahmen die Einrichtung ergreift, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) zu initiieren und aufrecht zu erhalten. Dabei ist darzulegen, welche Vorkehrungen getroffen sind, damit ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess in Gang kommt und gehalten wird. Des Weiteren ist darzustellen wie die kundenbezogenen Ergebnisse, die mitarbeiterbezogenen Ergebnisse, die gesellschaftsbezogenen Ergebnisse und die leistungsbezogenen Ergebnisse zurückwirken auf Maßnahmen der Qualitätsentwicklung.

Wesentliche Methoden und Verfahren zur Qualitätsverbesserung sind u. a. die aus diesen Ergebnissen abgeleiteten Möglichkeiten des Benchmarkings sowie der Aufbau eines Beschwerdemanagements. Darüber hinaus spielen die Effektivität von Gremien für die Qualitätsentwicklung und die Anwendung von Qualitätstechniken (z. B. Fehler-Vermeidungs-Analyse, statistische Methoden, Befragungsmethoden) eine Rolle.

In den entsprechenden Verfahrensanweisungen sind die Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen einschließlich der darin enthaltenen Fehleranalyse und das Beschwerdemanagement zu beschreiben.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	23 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.5 Prozess der kontinuierlichen Verbesserung

2. Qualitätsmerkmale

- Werden regelmäßig Befragungen der Mitarbeiter, Hauptkundengruppen sowie des gesellschaftlichen Umfeldes durchgeführt?
- Werden regelmäßig Leistungsdaten der Einrichtung erhoben?
- Wie wird sichergestellt, dass Ergebnisse aus solchen Befragungen und Erhebungen in Veränderungsstrategien umgesetzt werden?
- Finden im Hinblick auf die unterschiedlichen Bestandteile des Qualitätsmanagementsystems Vergleiche mit anderen Wettbewerbern / Einrichtungen / Branchenbesten statt (umfassendes Benchmarking)?
- Wie stellt die Einrichtung sicher, dass interne und externe Beschwerden erfasst werden?
- Wer ist für Beschwerden zuständig?
- Gibt es einen offenen und konstruktiven Umgang mit Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen von Mitarbeitern?
- Finden qualitätsbezogene Besprechungen statt, in denen der Austausch über Qualitätsmanagementmaßnahmen im Mittelpunkt steht?
- Wie viele Verbesserungsprojekte wurden im letzten halben Jahr durchgeführt?
- Wie wird gewährleistet, dass Beschwerden zur kontinuierlichen Verbesserung der praktischen Arbeit im Rahmen des Qualitätsentwicklungssystems beitragen?
- Wie wird sichergestellt, dass Klientenwünsche und Klientenbeschwerden systematisch durch entsprechende Verfahren erfasst, analysiert und zur Qualitätsverbesserung genutzt werden?
- Wie wird sichergestellt, dass die Daten der Klientenbefragungen mit angemessenen statistischen Verfahren ausgewertet und sie allen betroffenen Mitarbeitern in einer für sie verständlichen Form als Diskussionsgrundlage über qualitätsverbessernde Maßnahmen präsentiert werden?
- Wie nutzt die Leitung Korrekturmaßnahmen zur Beurteilung und Behebung von Problemen, die ihre Leistung beeinträchtigen?
- Wie nutzt die Leitung Vorbeugungsmaßnahmen zur Verhinderung von Fehlern?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	24 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.6 Fehlermanagement

1. Bereich

Das Fehlermanagement dient der Verbesserung der „Fehlerkultur“ (Verbessern und Vermeiden statt Vertuschen) in der Einrichtung und ermöglicht auftretende Fehler zu lenken, Korrekturmaßnahmen gegen das wiederholte Auftreten zu ergreifen und zukünftigen Fehlern vorzubeugen. Langfristiges Ziel ist es, durch Prozessverbesserung, Schulung und Motivation die Fehlerquote in allen Bereichen nachhaltig auf ein Minimum zu reduzieren.

Ein Fehler ist nach DIN ISO 9001 die Nichterfüllung einer Erwartung oder eines Erfordernisses, das oder die festgelegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend ist. Diese Erwartungen oder Erfordernisse stellen die Vorgaben für die Prozessausführung dar. Eine Abweichung von diesen Vorgaben wird als Fehler gewertet.

Erwartungen und Erfordernisse werden beispielsweise seitens der Rentenversicherung über die Klassifizierung Therapeutischer Leistungen (KTL) an die Erbringung von Kernprozessen in der Einrichtung formuliert. Die Nichterfüllung von dort geforderten Kennzahlen in Bezug auf Indikation, Personalqualifikation, Gruppengröße und Zeitvorgaben stellt einen Fehler dar. Weitere Bereiche sind rechtliche Vorgaben wie z.B. Schweigepflicht, Datenschutz, Unfall- und Arbeitsschutzvorgaben (BG, ArbStättV, IfSG ...).

In der Praxis werden interne Verfahren festgelegt um die Anforderungen zu erfüllen (z.B. Verfahren für die Erstellung von Berichten zur Einhaltung von der DRV vorgegebenen Laufzeit und inhaltlichen Vorgaben). Weitere interne Verfahren regeln den Betrieb der Einrichtung aus personellen, strukturellen und finanziellen Gesichtspunkten. Auch die Nichterfüllung eigener Vorgaben stellt einen Fehler dar, da diese dazu dienen sollen die Erfüllung der externen Anforderungen und den Betrieb der Einrichtung sicher zu stellen.

Fehler lassen sich in der Regel nachträglich nicht mehr oder nur mit hohem Aufwand korrigieren. Je früher ein Fehler entdeckt wird umso geringer sind die damit entstehenden Kosten und der mögliche Schaden. Fehler und die dazugehörigen Maßnahmen werden dokumentiert und fließen in den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung (KVP) ein.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	25 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.6 Fehlermanagement

2. Qualitätsmerkmale

- Wie werden fehlerhafte oder veraltete Vorgaben (z.B. Behandlungsmanuale oder Materialien) gekennzeichnet um einen Gebrauch und somit eine fehlerhafte Leistungserbringung zu verhindern?
- Wie wird sichergestellt (Maßnahmen und Kennzeichnung), dass fehlerhafte Produkte (z.B. Entlassungsberichte) nicht in Umlauf (Versand) gebracht werden?
- Wo sind die Maßnahmen und die Verantwortlichkeiten/Befugnisse für die Lenkung und Kennzeichnung von Fehlern schriftlich geregelt.
- Wie werden Abweichungen von Vorgaben vor der Umsetzung mit den Kunden kommuniziert und abgestimmt (z.B. Veränderung der Behandlungsform)?
- Wo werden die Bewertung von Fehlern und die Ableitung der erforderlichen Maßnahmen schriftlich geregelt?
- Wie ist die Dokumentation und Aufrechterhaltung der Dokumentation für den Bereich des gesamten Fehlermanagements geregelt?
- Wie ist schriftlich geregelt, dass nach entsprechender Bewertung von Fehlern Korrekturmaßnahmen zur Vermeidung dieses Fehlers eingeleitet und deren Wirksamkeit überprüft wird?
- Wie werden die Erkenntnisse aus der Fehlerbehandlung für die Vorbeugung zukünftiger Fehler in anderen Prozessbereichen übertragen?
- Wie werden die Mitarbeitenden über die Fehler und die daraus resultierenden Maßnahmen informiert und bei Bedarf geschult?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	26 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.7 Entwicklung von Angeboten und Dienstleistungen

1. Bereich

In den Einrichtungen kommen unterschiedliche Konzepte, Verfahren und Materialien bei der Dienstleistungserbringung zum Einsatz. In diesem Zusammenhang kommen zum Teil externe Konzept, Verfahren und Materialien zum Einsatz, die vom jeweiligen Anbieter evaluiert bzw. validiert werden. Dies trifft beispielsweise auf eingesetzte Testverfahren (Persönlichkeits- oder Intelligenztests etc.) oder Konzepte (Rückfallprophylaxe-STAR, Selbstkontrolltraining SKOLL etc.) zu.

Bei den eigenen oder angepasste Verfahren liegt eine Entwicklungstätigkeit zu Grunde. Übergreifend werden diese unterschiedlichen Bausteine/Verfahren in den für die Einrichtungen entwickelten Arbeits- oder Versorgungskonzepten festgeschrieben (vergleiche 1.3 rechtliche und vertragliche Grundlagen).

Hier muss dargestellt werden, wie der grundsätzliche Prozess der (Weiter-)Entwicklung von Angeboten und Dienstleistungen von der Planung über die konkrete Entwicklung bis zum überprüften und dokumentierten Ergebnis erfolgt.

Entwicklungsauslöser sind in der Regel Veränderungen von Anforderungen (gesetzliche Anforderungen, wissenschaftliche Standards, veränderte Kundenanforderungen etc.), vergleiche dazu auch 1.2.5 Prozess der kontinuierlichen Verbesserung.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	27 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.7 Entwicklung von Angeboten und Dienstleistungen

2. Qualitätsmerkmale

Entwicklungsplanung

- Wie wird Art, Dauer und Umfang der Entwicklungstätigkeit festgelegt?
- Sind die Prozessphasen für die Entwicklungstätigkeit festgelegt?
- Wie werden die Anforderungen an das Angebot/ die Dienstleistung festgelegt?
- Wie erfolgt die angemessene Validierung und Verifizierung der Entwicklung?
- Wie sind die Verantwortlichkeiten und Befugnisse im Entwicklungsprozess festgelegt?
- Wird der interne und ggf. externe Ressourcenbedarf für die Entwicklung festgelegt?
- Wie werden die relevanten Schnittstellen im Entwicklungsprozess berücksichtigt?
- Wie erfolgt die Einbeziehung von Kunden, Anwendern und relevanten interessierten Parteien?
- Wie erfolgt die Freigabe und Dokumentation der Kriterien/Anforderungen an die Entwicklung?

Entwicklungseingaben

- Wie werden die relevanten Anforderungen an das zu entwickelnde Angebot/ die zu entwickelnde Dienstleistung erfasst, bzw. festgelegt?
- Werden die Ergebnisse und Informationen aus vorhergegangenen Entwicklungsprozessen im neuen Entwicklungsprozess berücksichtigt?
- Wie werden die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen berücksichtigt?
- Wie werden die eigenen Vorgaben und Anforderungen (Leitbild, Sozialraumorientierung, CSR-Strategie etc.) bei der Entwicklung berücksichtigt?
- Wie werden die Entwicklungseingaben dokumentiert und aufrechterhalten?

Durchführung/Steuerung der Entwicklung

- Wie werden die in der Entwicklung zu erzielenden Ergebnisse festgelegt?
- Werden Überprüfungen durchgeführt, die sicherstellen, dass die Entwicklungsergebnisse die festgelegten Anforderungen erfüllen?
- Wie erfolgt die Validierung der entwickelten Angebote und Dienstleistungen und wie werden erforderliche Maßnahmen bei Problemen oder Abweichungen eingeleitet und deren Wirksamkeit überprüft.
- Wie wird die Steuerung der Entwicklung und ihrer Ergebnisse dokumentiert und aufrechterhalten?

Umgang mit den Entwicklungsergebnissen

- Wie wird der Erfüllungsgrad der festgelegten Anforderungen geprüft und dokumentiert?
- Wie wird sichergestellt, dass die entwickelten Angebote/Dienstleistungen die geplanten Ergebnisse erzielen?
- Wie werden Kriterien für die Annahme der Entwicklung (z.B. nach einer Probephase) festgelegt und überprüft?
- Wie werden die Kriterien für die Annahme und das Ergebnis der Prüfung dokumentiert?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	28 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.7 Entwicklung von Angeboten und Dienstleistungen

Änderungen von Entwicklungen und Angeboten

- Wie wird sichergestellt, dass Änderungen an den entwickelten Angeboten und Dienstleistungen keine nachteiligen Auswirkungen auf die ursprünglich festgelegten Anforderungen (Entwicklungsanforderungen und Annahmeanforderungen) und ggf. nachteilige Wechselwirkung zu anderen Prozessen, Angeboten oder Dienstleistungen (z.B. Schnittstellen) haben?
- Wie werden die Entwicklungsänderungen, die Ergebnisse der Überprüfung und die Autorisierung der Änderung dokumentiert?
- Werden Maßnahmen zur Vorbeugung nachteiliger Auswirkungen getroffen?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	29 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.8 Umgang mit Chancen und Risiken

1. Bereich

Eine zentrale Anforderung an das (Qualitäts-)Managementsystem ist es mögliche Chancen und Risiken bei der Planung und Erbringung von Leistungen frühzeitig zu identifizieren und diesen entsprechend vorbeugend zu begegnen. Dies kann durch Förderung möglicher Chancen oder durch Vorbeugemaßnahmen zur Vermeidung von Risiken erfolgen. Die Risiken und Chancen müssen mit Maßnahmen im Verhältnis zu ihren möglichen Auswirkungen behandelt werden. Die Einrichtung/Organisation legt die relevanten Risikobereiche bzw. Chancen selber fest, da nicht alle Bereiche den gleichen Risikograd bergen (gesetzliche Veränderung können den Fortbestand der ganzen Einrichtung gefährden, der Diebstahl der Portokasse ist hingegen eher nur ärgerlich und wahrscheinlich versichert).

Die Risikobereiche verteilen sich in der Regel in Unterschiedlichen Ausprägungen auf den operativen und strategischen Bereich.

Im strategischen Bereich sind z.B. gesetzliche Veränderungen, Schadenersatzansprüche, Reputationsschäden oder auch der Diebstahl und Missbrauch von vertraulichen (Klienten-)Daten (vergleiche z.B. Allianz Risikobarometer) zentrale Themenbereiche. Diese Themen sind bei der Planung und beim Controlling von Zielen und Maßnahmen von zentraler Bedeutung (vergleiche 1.1 Qualitätspolitik und 4. Ergebnisqualität).

Im operativen Bereich sind Störungen in den alltäglichen Prozessen der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Dazu gehören zum Beispiel der Arbeitsschutz für Mitarbeitende und Klienten (vergleiche 1.4.4.8 Sicherheits- und Risikomanagement), Störungen in den (Behandlungs)Abläufen, oder auch Ausfälle in der Technik (EDV, Einrichtung etc.).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	30 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.2.8 Umgang mit Chancen und Risiken

2. Qualitätsmerkmale

- Wie werden potentielle Chancen und Risiken in der Einrichtung/Organisation identifiziert und bewertet (z.B. Risikomatrix mit Bewertung nach Nohl)?
- Wie werden erwünschte Auswirkungen (Chancen) verstärkt und unerwünschte Auswirkungen (Risiken) verhindert oder verringert (z.B. Zielplanung, Vorbeugemaßnahmen, Versicherungen etc.)?
- Wie wird die Wirksamkeit und Effizienz der eingeleiteten Maßnahmen, bzw. die Zielerreichung bewertet (z.B. Managementbewertung, Regelkarten etc.)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	31 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3 Management des Personalsystems und der Personalentwicklung

Die Organisation des Personalsystems wird in zwei Bereichen beschrieben:

- Verantwortung des Einrichtungsträgers und der Leitung
- Aufbauorganisation und Struktur der Kompetenzen

Die Beratung und Behandlung Suchtkranker ist eine personalintensive Dienstleistung. Jede personenbezogene Dienstleistung geht in ihrem Kern von ausreichendem und qualifiziertem Personal aus. Dem Personal muss durch geeignete Maßnahmen Gelegenheit gegeben werden, sich den Änderungen des Tätigkeitsbereiches und dessen Entwicklung laufend anzupassen. Das Gleiche gilt auch für die Personalführung und die Einsatzplanung des Personals.

Im Zentrum der Personalentwicklung steht daher die Frage, wie die Einrichtung alle Beschäftigten für Leistungs- und Qualitätsverbesserungen gewinnt und sie an deren Realisierung beteiligt. Dabei geht es u. a. um das Erkennen und Fördern der Kompetenzen, die zur Zielerreichung und Qualitätsverbesserung notwendig sind. Des Weiteren ist die Entwicklung von Fähigkeiten durch gezielte Schulungsmaßnahmen, die mit einem entsprechenden Qualifikationsbedarf abgestimmt sind, zu fördern.

Die Zielvorstellungen der Mitarbeiter und deren Berücksichtigung bei der konzeptionellen Entwicklung der Einrichtung sind weitere Themen der Personalentwicklung.

Im Rahmen der Personalentwicklung werden daher folgende Bereiche dargestellt:

- Führungsstil
- Planung Personalbedarf und Personalbeschaffung
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Personaleinsatz
- Planung, Durchführung und Bewertung von Qualifizierungsmaßnahmen

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	32 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.1 Verantwortung des Einrichtungsträgers und der Leitung

1. Bereich

Dieser Bereich umfasst Tätigkeiten und Verhaltensweisen aller Mitarbeiter, die mit Leitungsaufgaben betraut sind. Dazu gehören: Geschäftsführung, Verwaltungsleitung, Gesamtleitung, Einrichtungsleitung, Leitungsteam und weitere mit Leitungsaufgaben betraute Personen. Führung und Leitung stellen somit eine strukturelle und organisatorische Voraussetzung für die Qualitätsentwicklung der Einrichtung dar. Ambulante Einrichtungen für Suchtkranke / Drogenabhängige sind komplexe Gebilde, die zum einen gemäß ihrer Zielsetzung eine differenzierte Leistung zum Wohle der Klienten erbringen und zum anderen als selbständige Wirtschaftsbetriebe einer ökonomischen Steuerung unterliegen. Daraus ergibt sich eine ausgeprägte Leitungs- und Führungsverantwortung. Die Wahl von Kooperationspartnern, die Gestaltung der Organisation mit ihren spezifischen Arbeits- und Kommunikationsstrukturen und die umsichtige und vorbeugende Betreuung und Behandlung der Klienten unter Berücksichtigung einer personalintensiven Dienstleistung sind von herausragender Bedeutung.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	33 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.1 Verantwortung des Einrichtungsträgers und der Leitung

2. Qualitätsmerkmale

- Inwieweit erfüllen Leitungskräfte eine Vorbildfunktion bei der Qualitätsentwicklung (z. B. Mitwirkung bei der Zielformulierung, Mitwirkung in qualitätsbezogenen Arbeitsgruppen)?
- Welchen Beitrag leisten Leitungskräfte zur Entwicklung eines Qualitätsbewusstseins der Mitarbeiter (z. B. Rückmeldung der Leitung bezüglich Qualität der Aufgabendurchführung, Durchführung von Gesprächen zur individuellen Zielvereinbarung, Anstrengungen hinsichtlich der Vermittlung der notwendigen Werteorientierung, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Mitarbeitervertretung / Betriebsrat)?
- Werden die Anstrengungen und Erfolge von Einzelpersonen und Teams durch die Leitung anerkannt und gewürdigt?
- Fördern die Leitungskräfte durch Bereitstellung geeigneter Ressourcen und weitergehende Unterstützungen (z. B. Schulungsmaßnahmen) die Qualitätsorientierung der Mitarbeiter?
- Engagieren sich Leitungskräfte in der Kooperation mit Klienten, Zuwendungsgebern / Leistungsträgern und anderen Vertragspartnern / Kooperationspartnern persönlich?
- Vertreten Leitungskräfte aktiv sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung die Qualitätsorientierung der Arbeit (z. B. aktive Mitarbeit in Verbänden, Veröffentlichungen, Vorträge, Bemühungen um Standardisierung von Maßnahmen etc.)?
- Sind Leitungsgrundsätze festgelegt und wie wird deren Befolgung überprüft?
- In welcher Weise wird die Kompetenz und Qualifikation von Leitungskräften gefördert?
- Wie wendet die Leitung den prozessbasierten Ansatz (EFQM / DIN-ISO) an, um eine wirksame und effiziente Lenkung von Prozessen zu erreichen, die zur Leistungsverbesserung führen?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	34 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.2 Aufbauorganisation und Kompetenzen

1. Bereich

Die Kompetenzebenen der Einrichtung sind in Form eines Organigramms dargestellt. Das Organigramm gibt Auskunft über die Position jedes Mitarbeiters in der Aufbauorganisation und bildet damit eine Basis für die Aufgaben- bzw. Stellenbeschreibung.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	35 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.2 Aufbauorganisation und Kompetenzen

2. Qualitätsmerkmale

- Gibt es ein Organigramm der Einrichtung und wird es regelmäßig aktualisiert?
- Sind Tätigkeitsbeschreibungen für Leiter festgehalten, die u. a. folgende Merkmale enthalten: Dienstaufsicht, Fachaufsicht, Qualitätsmanagement-Aufgaben des Qualitätsbeauftragten der Einrichtung?
- Welche Bedeutung kommt der Leitung im Rahmen der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber und Mitarbeitervertretung (Personalrat, Betriebsrat) zu?
- Sind die Aufgaben für jeden Mitarbeiter beschrieben?
- Sind die Aufgabenbeschreibungen der Mitarbeiter und die Prozessbeschreibungen der kundenbezogenen Aufgaben der Einrichtung aufeinander abgestimmt?
- Ist in der Aufbauorganisation sichergestellt, dass die Hauptaufgaben der Einrichtung kundenorientiert erfüllt werden können?
- Sind die Kompetenzen der Leitungskräfte durch eine Geschäftsordnung geregelt?
- Wie wird sichergestellt, dass das jeweils aktuelle Organigramm allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird?
- Werden Mitarbeiter zur Übereinstimmung von Aufgabenbeschreibung und Arbeitstätigkeiten befragt?
- Ist sichergestellt, dass Kompetenzen und Aufgaben der einzelnen Leitungskräfte und Gremien eindeutig geregelt sind?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	36 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.3 Führungsstil

1. Bereich

Der Führungsstil bzw. die Art des Umgangs der Leitung mit den Mitarbeitern ist ein wesentliches Merkmal einer Einrichtung. Hier ist darzustellen, aus welchen Wertorientierungen sich der Führungsstil ableitet, welche spezifischen Aufgaben die Leitungskräfte übernehmen, ob es spezifische Qualifizierungen für diese Aufgaben gibt und wie der Führungsstil der Leitung überprüft wird. Zu berücksichtigen ist Führung sowohl in der vertikalen als auch in der horizontalen Dimension gegenüber den Mitarbeitern. Wesentliche Methoden des Führungsstils, z. B. Führung durch Zielvereinbarung etc., sind darzustellen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	37 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.3 Führungsstil

2. Qualitätsmerkmale

- Wie werden Ziele mit Mitarbeitern vereinbart und deren Einhaltung überprüft (sind die Ziele den Teammitgliedern bekannt, haben Teammitglieder Einfluss auf die Entscheidungsprozesse, werden Entscheidungen von der Leitung oder im Team getroffen)?
- Werden Mitarbeiter bei der Erarbeitung individueller Ziele von der Leitung unterstützt?
- Wie werden die Mitarbeiter beteiligt, zu selbständigem Handeln autorisiert, ihre Leistungen anerkannt (Möglichkeiten der Mitarbeiterbeteiligung an der Formulierung von Verbesserungsmaßnahmen, Bereiche für das selbständige Entscheiden der Mitarbeiter, systematische Anerkennung der Leistungen)?
- Wie wird eine wirksame Kommunikation zwischen den Mitarbeitern und der Leitung erreicht (gibt es ein strukturiertes Kommunikationssystem, Sicherstellung des horizontalen und vertikalen Informationsaustausches, regelmäßige Besprechungen wie z. B. Teamgespräche, Dienstübergaben)?
- Wie stellt die Leitung sicher, dass zutreffende Informationen für eine auf Fakten beruhende Entscheidungsfindung leicht verfügbar sind?
- Wie wird für die Mitarbeiter gesorgt (Information über Unfallrisiken, Ausstattung von Arbeitsplätzen, Arbeitssicherheit und -schutz, Durchführung von Brandschutzübungen etc.)?
- Welche verbindlichen Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern liegen in schriftlicher Form vor?
- Wie wird die Umsetzung der Grundsätze überprüft und dokumentiert?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	38 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.4 Planung Personalbedarf und Personalbeschaffung

1. Bereich

Die Beschaffung von nach Art, Anzahl und Qualifikation geeignetem Personal ist ausschlaggebend für die Qualität der zu erbringenden Leistungen. Die Prinzipien der Personalbeschaffung wie auch die der nachfolgenden Personalführung leiten sich aus dem formulierten Leitbild bzw. der Einrichtungsphilosophie ab. Entsprechend der Struktur des Trägers und der Einrichtung kann die Personalbeschaffung und -organisation dezentral oder zentral erfolgen, jeweils im Rahmen der Mitbestimmungsregelungen nach dem Betriebsverfassungsgesetz bzw. den Arbeitsvertragsrichtlinien.

Damit sind die Voraussetzungen für eine qualifizierte Stellenplanung gegeben. Zum Verfahren der Stellenbesetzung gehören u. a. Regelungen für die Ausschreibung von Stellen, interner Stellenmarkt, Regelungen für die Durchführung von Bewerbungen, Festlegung der Entscheidungsträger sowie Ablauf des Bewerbungsverfahrens.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	39 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.4 Planung Personalbedarf und Personalbeschaffung

2. Qualitätsmerkmale

- Welche Regelungen und Verfahrensweisen zur Planung des Personalbedarfs und der Personalbeschaffung liegen vor?
- Sind Leistungserwartungen formuliert, um Eigenschaften und Fähigkeiten der Bewerber um eine Position zu charakterisieren?
- Sind in den Stellenbeschreibungen eine Tätigkeitsbeschreibung, eine organisatorische Einordnung der Stelle in der Einrichtung einschließlich Kompetenzen sowie spezifische Leistungsanforderungen geregelt?
- Sind die Aufgaben und das Anforderungsprofil beschrieben?
- Werden bei der Personalauswahl z. B. ethische oder wirtschaftliche Zielsetzungen der Einrichtung sowie die Forderungen aus dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz angemessen berücksichtigt (z. B. durch Vorstellung des Bewerbers in der Einrichtung, Mitsprache des Teams bei Einstellungsvorschlägen)?
- Werden die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates bzw. der Mitarbeitervertretung berücksichtigt?
- In welcher Weise wird die Anwendung dieser Regelungen und Verfahrensweisen zur Planung des Personalbedarfs und der Personalbeschaffung überprüft?
- Inwieweit spielen ethische Grundsätze bei der Personalauswahl eine Rolle?
- Wie stellt die Einrichtung sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgaben und Verantwortlichkeiten entsprechen?
- Wie wird das Vorgehen bei Bewerbungsverfahren regelmäßig überprüft?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	40 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.5 Einarbeitung neuer Mitarbeiter

1. Bereich

Hier ist darzustellen, inwiefern für neue Mitarbeiter die Anforderungen detailliert beschrieben sind, die vorausgesetzten Qualifikationen feststehen und wie die Einarbeitung erfolgt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	41 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.5 Einarbeitung neuer Mitarbeiter

2. Qualitätsmerkmale

- Gibt es in der Einrichtung ein systematisches Vorgehen zur Einarbeitung neuer Beschäftigter (z. B. Caritasempfehlungen, Datenschutzunterweisung, Zielvereinbarungsgespräche mit den Mitarbeitern)?
- Sind konkrete Leistungserwartungen formuliert?
- Inwieweit sind die Aufgaben und das Anforderungsprofil beschrieben?
- Wird die Übereinstimmung von Aufgabendurchführung und Tätigkeit überprüft im Sinne einer Auswertung der Probezeit?
- Hat der neue Mitarbeiter eine Bezugsperson für die Dauer seiner Einarbeitung?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	42 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.6 Personaleinsatz

1. Bereich

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie der Einsatz der Mitarbeiter geplant wird, so dass die optimale Betreuung bzw. Versorgung der Klientel sichergestellt ist. Themen sind u. a.:

- Dienstplangestaltung, Urlaubsplanung, Vertretungspläne für den Krankheitsfall. Die Dienstplangestaltung ist das wesentliche Element zur fachgerechten Erbringung der Leistung. Sie wird in der Regel in der Einrichtung von den Mitarbeitern vorgenommen und vereinbart.
- Kommunikation zwischen den Mitarbeitern sowie Sicherstellung der Informationsweitergabe bezüglich klienten- und einrichtungsrelevanter Informationen.
- Struktur und Organisation der Teambesprechungen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	43 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.6 Personaleinsatz

2. Qualitätsmerkmale

- Gibt es einen Arbeitsplan für die Mitarbeiter der Einrichtung?
- Wird die Übereinstimmung von Aufgabenbeschreibung und tatsächlicher Tätigkeit überprüft?
- Wer ist an der Dienstplangestaltung beteiligt?
- Finden Dienstbesprechungen bzw. Dienstübergaben regelmäßig statt?
- Wie erfolgt die Urlaubsplanung?
- Gibt es eine aufgaben- und themenorientierte spezifische Zusammensetzung von Teams?
- Wie können Mitarbeiter bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen in ihrem Bereich mitwirken?
- Werden Maßnahmen des Personaleinsatzes und der Personalentwicklung aus Mitarbeitergesprächen abgeleitet?
- Welche Maßnahmen existieren, damit sichergestellt ist, dass die Mitarbeiter die vereinbarten Arbeitszeiten tatsächlich einhalten?
- Auf welche Weise werden Mitarbeiterwünsche in Bezug auf Dienstzeiten im Rahmen der Möglichkeiten berücksichtigt?
- Wie sind die Teambesprechungen organisiert (Tagesordnung, Dauer, Ablauf, Protokollformulare)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	44 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.7 Planung, Durchführung und Bewertung von Qualifizierungsmaßnahmen

1. Bereich

Die Mitarbeiter sind die wichtigsten Ressourcen für die Leistungserbringung der Einrichtung. Fortbildung und Qualifizierung als wesentliche Elemente der Personalentwicklung stellen eine entscheidende Voraussetzung zur qualitätsgerechten Erfüllung der Dienstleistung dar. Fort- und Weiterbildung kann in den unterschiedlichsten Formen, sowohl in der Organisation selbst als auch außerhalb stattfinden. Dabei sollen unterschiedliche Typen von Kompetenzen entwickelt bzw. weiterentwickelt werden. Es werden folgende Ziele angestrebt:

- Das Wissen der Mitarbeiter soll auf dem neuesten Stand gehalten werden
- Die Mitarbeiter werden durch bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildung in die Lage versetzt, ihre Aufgaben zu erfüllen und die konzeptionellen Innovationen ihres Aufgabengebietes mit zu gestalten
- Fort- und Weiterbildungsaktivitäten dienen sowohl der aktuellen oder künftigen Leistungserbringung der Einrichtung als auch der beruflichen Perspektive der Mitarbeiter.

Hier ist zum einen darzustellen, was die Einrichtung unternimmt, um den Fortbildungsbedarf prospektiv zu ermitteln und die Fortbildung zu planen. Zum anderen muss dargestellt werden, welche konkreten Maßnahmen gefördert bzw. selbst durchgeführt werden (z. B. betriebliche Bildungsmaßnahmen nach dem Betriebsverfassungsgesetz).

Neue fachspezifische Entwicklungen und Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen sowie individuelle Bedürfnisse der Mitarbeiter stellen permanent neue Anforderungen an die Qualifizierung. Damit die Mitarbeiter diese Anforderungen im Sinne des vereinbarten Qualitätsstandards erfüllen, bedarf es einer systematischen Personalentwicklung. Die Verantwortung für die Anpassung der Qualifikation der Mitarbeiter wird einerseits durch die Einrichtungsleitung und andererseits durch die Mitarbeiter selbst getragen.

Fortbildungs- und Weiterqualifizierungsmaßnahmen sind so durchzuführen, dass sie den gesetzten Zielen gerecht werden und gleichzeitig wirtschaftlichen Gesichtspunkten standhalten. Die Auswertung und die Rückmeldung der Maßnahmen zur Fortbildung und Weiterqualifikation sichert die institutionelle Breitenwirkung der Maßnahmen und ihre Nachhaltigkeit bzw. den Transfer.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	45 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.3.7 Planung, Durchführung und Bewertung von Qualifizierungsmaßnahmen

2. Qualitätsmerkmale

- Liegen Aufgabenbeschreibungen für Leiter und Qualitätsbeauftragte vor?
- Wird der berufsgruppenspezifische und individuelle Schulungsbedarf der Mitarbeiter unter Berücksichtigung der Interessen der Einrichtung und der Interessen der Betroffenen prospektiv ermittelt?
- Wie erfolgt die Auswahl der Fortbildungsmaßnahmen?
- Gibt es differenzierte Regelungen für die Förderung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auch im Hinblick auf langfristige Fortbildungen und Einmalveranstaltungen?
- Wie ist der Transfer von den in Fortbildungen erreichten Qualifikationen in das Team sichergestellt?
- Werden die Ziele der Qualifizierung im Rahmen der Personalentwicklung festgelegt, vermittelt und überprüft?
- Wie sieht die Förderung von Fort- und Weiterbildung im Einzelnen aus?
- Sind Leistungserwartungen formuliert, um Eigenschaften und Fähigkeiten der Bewerber um eine Position zu charakterisieren?
- Wird die Entwicklung von zusätzlichen Qualifikationen systematisch geplant, gefördert und deren Wirksamkeit überprüft (z. B. Berücksichtigung der Vorgaben der Zuwendungsgeber / Leistungsträger im Sinne der geprüften und empfohlenen Fort- und Weiterbildungen, Teilnahme an betrieblichen Bildungsmaßnahmen)?
- Werden regelmäßig Erhebungen bei den Mitarbeitern zu Nutzung und Akzeptanz der durchgeführten Fortbildungen durchgeführt?
- Werden die Ergebnisse dieser Erhebungen analysiert, ausgewertet und für die Planung weiterer Veranstaltungen genutzt?
- Wie wird sichergestellt, dass gewonnene Erkenntnisse, Fertigkeiten und Einsichten aus den besuchten Fortbildungsveranstaltungen in die tägliche Arbeit einfließen?
- Wie stellt die Einrichtung sicher, dass das Fähigkeitsniveau der Mitarbeiter der Organisation den aktuellen und künftigen Erfordernissen entspricht

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	46 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4 Management der Ressourcen

Das Management der Ressourcen hat die Erbringung der Kernaufgaben der Einrichtung sicherzustellen. Insofern werden hier die wesentlichen Supportprozesse abgehandelt, wie eine reibungslose, auf den gesetzlichen Grundlagen gesicherte und von äußeren Einflüssen möglichst störungsfreie Betreuung / Behandlung der Klientel ermöglicht werden soll.

Das Management der Ressourcen wird unter vier Gesichtspunkten abgehandelt. Zunächst geht es um die Organisation der Ressourcenverwaltung. Die Durchführung systematischen Controllings gehört ebenso zum Management der Ressourcen. Auditregelungen sind ein spezifischer Gesichtspunkt zur Sicherstellung der Ressource „Qualitätsmanagement“. Abschließend wird der Umgang mit Ressourcen in verschiedenen Bereichen thematisiert.

Es ist wichtig, immer wieder hervorzuheben, dass die Ressourcen Hilfsmittel zur Erreichung der Hauptzielsetzungen der Einrichtung darstellen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	47 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.1 Organisation der Ressourcenverwaltung

1. Bereich

Die Struktur der administrativen Verantwortung soll in diesem Bereich dargestellt werden. Wesentliche Aufgaben im Rahmen der Administration sind die Verwaltung der Finanzen, Anlagen und Gebäude, die Kostenplanung, die Mitwirkung am Haushalt, die Sicherstellung der Verwaltung der Einrichtungsgelder (z. B. Betriebsmittel) sowie die Regelung aller verwaltungsbezogenen Abläufe (z. B. Statistiken, Erfassung von Leistungsdaten).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	48 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.1 Organisation der Ressourcenverwaltung

2. Qualitätsmerkmale

- Existiert ein Wirtschafts- und Haushaltsplan der Einrichtung, der über Kostenplanung und Finanzierungsplanung Auskunft gibt (z. B. in Form eines Selbstkostenblattes)?
- Ist der Kostenplan bzw. Finanzierungsplan ausreichend differenziert?
- Erfolgt regelmäßig eine Kostenarten und -stellenauswertung?
- Werden die Kennziffern als finanzielle Steuerungsgrößen verwendet?
- Finden regelmäßig Überprüfungen hinsichtlich der Aussagefähigkeit der Kennzahlen und sonstigen Erhebungen statt?
- Existiert ein Überprüfungssystem zur fristgerechten Anfertigung von Berichten?
- Ist die Aufgabenverteilung im administrativen Bereich transparent?
- Ist die Differenzierung zwischen klientenbezogenen und kostenträgerbezogenen administrativen Abläufen festgelegt?
- Sind die Schnittstellen zwischen Einrichtungsverwaltung und Administration des Einrichtungsträgers definiert?
- Welche wirtschaftlichen Ziele hat die Einrichtung festgelegt?
- Nach welchen Kriterien werden im Rahmen des Wirtschafts- und Haushaltsplanes der Einrichtung die zur Verfügung stehenden Mittel zugeteilt?
- Wie werden bei der Erstellung einer Prioritätenliste für die Zuteilung zur Verfügung stehender Mittel im Wirtschafts- und Haushaltsplan ethische Gesichtspunkte berücksichtigt?
- Wie plant, beschafft, lenkt und überwacht die Leitung die Finanzen, die für die Aufrechterhaltung eines wirksamen und effizienten Qualitätsmanagementsystems und für die Sicherstellung der Verwirklichung der Ziele der Einrichtung erforderlich sind?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	49 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.2 Controlling

1. Bereich

Das Controlling der Verwaltungsaktivitäten dient der Überprüfung der quantitativen und qualitativen Zielerreichung der Einrichtung. Das strategische Controlling ist auf die langfristige Zielsicherung ausgerichtet, das operative auf die kurz- und mittelfristige (ca. 1 Jahr).

Das operative Controlling vergewissert sich unter Zuhilfenahme statistischer Methoden, dass die angebotenen Leistungen ausgelastet sind, die Zielgruppen erreicht werden und die Klienten mit den Leistungen der Einrichtung zufrieden sind. D. h. es wird Evaluation des Bedarfs, der Prozesse und der Ergebnisse hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	50 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.2 Controlling

2. Qualitätsmerkmale

- Ist das Controlling der administrativen Abläufe für die jeweilige Verantwortungsebene (Einrichtung / Träger) definiert?
- Finden regelmäßig Überprüfungen hinsichtlich der Aussagefähigkeit statt?
- Werden wirtschaftliche Daten systematisch erfasst?
- Besteht Transparenz der wesentlichen Vorgänge im Bereich der Verwaltung für die nicht unmittelbar mit Kontrollaufgaben befassten Mitarbeiter?
- Existiert ein Überprüfungssystem zur fristgerechten Erledigung von Terminaufgaben (z. B. Berichten)?
- Werden regelmäßig An- und Abmeldungen überprüft?
- Wird die Liste offener Posten regelmäßig abgearbeitet?
- Wie lenkt die Leitung die Mess- und Überwachungsmittel, um sicherzustellen, dass korrekte Daten erlangt und verwendet werden?
- Wie sichert die Leitung die Erfassung kundenbezogener Daten für die Analyse, um Informationen für die Verbesserung zu erlangen?
- Wie nutzt die Einrichtung die Selbstbewertung des Qualitätsmanagementsystems zur Verbesserung der Gesamtwirksamkeit und -effizienz der Einrichtung?
- Wie werden die im Rahmen von internen und externen Audits festgestellten Abweichungen und Verbesserungen in Form von Maßnahmen dokumentiert und deren Umsetzung kontrolliert?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	51 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.3 Audit

1. Bereich

Interne Audits dienen der regelmäßigen Überprüfung des Qualitätsstandards unter Zugrundelegung eines definierten und festgelegten Qualitätsprüfungsverfahrens. Wesentliches Ziel interner Audits ist eine kontinuierliche Überprüfung und Sicherstellung der Wirksamkeit und Effizienz vereinbarter Maßnahmen und Anforderungen zum Qualitätsmanagement. Gleichzeitig tragen sie wesentlich mit dazu bei, die in den Diensten und Einrichtungen begonnenen Qualitätsmanagementprozesse kontinuierlich, praxis- und ergebnisorientiert weiter zu führen. Damit gewährleisten die dokumentierten und unabhängigen Audits einen ständigen Verbesserungsprozess und somit einen hohen Qualitätsstandard in den Diensten und Einrichtungen. In einer entsprechenden Verfahrensanweisung zur Durchführung interner Audits gemäß DIN-ISO 9001:2015 sind die Verantwortlichkeiten sowie die Planung interner Audits, deren Durchführung, die Bestimmung der Auditoren und Auditmethoden sowie die Umsetzung und Prüfung geeigneter Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu beschreiben und zu regeln. Die Ergebnisse interner Audits sind eine wesentliche Grundlage für die Managementbewertung und gewährleisten somit die kontinuierliche Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in den Diensten und Einrichtungen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	52 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.3 Audit

2. Qualitätsmerkmale

- Finden regelmäßig interne Audits statt?
- Über welche Regelungen zur Planung und Durchführung interner Qualitätsaudits verfügt die Einrichtung?
- Wie wird sichergestellt, dass die internen Qualitätsaudits von Mitarbeitern durchgeführt werden, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen und die unabhängig von der direkten Leitung der jeweils auditierten Bereiche sind?
- In welcher Weise werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits dokumentiert und die Ergebnisse den für den auditierten Bereich Verantwortlichen mitgeteilt?
- Gibt es eine Verfahrensanweisung zur Überprüfung der Wirksamkeit der infolge der Audits durchgeführten Korrekturmaßnahmen?
- Gibt es festgelegte Verfahren zur Planung, Durchführung und Nachbearbeitung interner Audits?
- Werden Zertifizierungen nach ISO-Normen durchgeführt?
- Wird eine Bewerbung um einen EFQM-Preis (z. B. Ludwig-Erhard-Preis) vorgenommen?
- Werden Zertifizierungen nach weiteren Normen durchgeführt?
- Hat die Einrichtung Zertifikate erhalten?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	53 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4 Umgang mit Ressourcen

Ressourcen sind die finanziellen, informationellen, materiellen und technologischen Mittel, die zur Erreichung der Einrichtungsziele eingesetzt werden. Ein wesentlicher Bestandteil der Ressourcen sind auch die mit kooperierenden Institutionen bestehenden Partnerschaften. Da eine Einrichtung in der Regel keinen Einfluss auf die Höhe der zugeteilten Ressourcen hat, ist für diesen Bereich die Art und Weise der Bewirtschaftung der Ressourcen im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten entscheidend, damit sie die Zielsetzung der Einrichtung fördern. Bei dem Umgang mit Ressourcen werden die im Folgenden aufgeführten Supportprozesse unterschieden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	54 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.1 Finanzielle Ressourcen

1. Bereich

Unter finanziellen Ressourcen werden die für die jeweilige Einrichtung unmittelbar wirksamen, kurzfristigen sowie langfristigen Mittel verstanden, z. B. Zuwendungen, Bußgelder, Modellfinanzierung, Spenden oder Einnahmen aus spezifischen Maßnahmen wie z. B. ambulante medizinische Rehabilitation, betriebliche Suchtkrankenhilfe oder auch Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	55 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.1 Finanzielle Ressourcen

2. Qualitätsmerkmale

- Existiert ein Wirtschafts- und Haushaltsplan der Einrichtung, der über Kosten- und Finanzierungsplanung Auskunft gibt (z. B. Gewinn-Verlustrechnung)?
- Werden die Kennziffern als Steuerungsgrößen verwendet?
- Wie ist der Umgang mit finanziellen Ressourcen geregelt (z. B. Bekanntheit der finanziellen Ressourcen, Überprüfung von Kassen, Eigentum der Klienten etc.)?
- Wird ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan aufgestellt und fortgeschrieben?
- In welcher Weise werden die Qualitätsziele der Einrichtung bei der Finanz- und Investitionsplanung berücksichtigt?
- Werden Wirtschaftlichkeitsberechnungen eingesetzt, um Investitionen zu bewerten?
- Welche klaren Regelungen bzgl. der Budgetverantwortung liegen vor?
- Wie werden die Mitarbeiter über die betriebswirtschaftlichen Aspekte ihrer Einrichtung informiert?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	56 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.2 Informationsressourcen

1. Bereich

Hierunter wird zum einen die Ausstattung mit Informationstechnologie verstanden, wie z. B. Telefonanlagen, EDV, Internet, Literatur, zum anderen wird hierunter gefasst, welche Anstrengungen die Einrichtung unternimmt zur internen und externen Informationsweitergabe an verschiedene Kundengruppen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit gegenüber Kooperationspartnern, Klienten, Marketing, Weitergabe von Informationsmaterial wie Konzepten, Flyer, Informationsbrochüren).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	57 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.2 Informationsressourcen

2. Qualitätsmerkmale

- Wie ist der Umgang mit Informationsressourcen geregelt (z. B. Nutzung von Informationen aus dem Internet, Zugangsrecht zu den Informationsquellen, Regelung des Briefverkehrs, Überprüfung von Datenquellen etc.)?
- Wie ist der Zugriff der Mitarbeiter auf Fachliteratur (z. B. Fachzeitschriften, Nachschlagewerke) geregelt?
- Gibt es einen Zugang zu fachbezogenen elektronischen Datenbanken, z. B. Internetzugang?
- Wird ein vernetztes EDV-System für alle Bereiche benutzt?
- Werden einrichtungsspezifische Softwareprogramme für die Dokumentation der Klientenversorgung eingesetzt, z. B. EDV-gestützte Basisdaten- und Leistungsdokumentation, Befundübermittlung, Berichtswesen?
- Werden die Daten zur Qualitätssicherung EDV-gestützt erfasst?
- Wie stellt die Leitung sicher, dass zutreffende Informationen für eine auf Fakten beruhende Entscheidungsfindung leicht verfügbar sind?
- Wie wird sichergestellt, dass nur aktuelle Informationen für die Verbesserung der täglichen Arbeit genutzt werden?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	58 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.3 Lieferanten, Beschaffung, Lagerung

1. Bereich

Hierunter wird gefasst, wie die Einrichtung ihre Beziehung zu Lieferanten und Dienstleistern entwickelt und wie insgesamt der Umgang mit Material und dessen Lagerung geregelt ist. Die Berücksichtigung von ökologischen Gesichtspunkten, wie z. B. Maßnahmen zur Einsparung von Energie, Abfallbewirtschaftung etc., fallen ebenfalls in diesen Bereich. Lieferanten können Einrichtungen, Organisationen oder Personen sein, die eine Dienstleistung oder ein Produkt bereitstellen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	59 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.3 Lieferanten, Beschaffung, Lagerung

2. Qualitätsmerkmale

- Wie werden der Umgang mit Lieferanten / Dienstleistern und die Materialbewirtschaftung geregelt (Maßnahmen zum Umweltschutz, Maßnahmen zur Verringerung des Energieverbrauchs, Entsorgung der Abfälle etc.)?
- Wie werden Verbesserungsmaßnahmen zur Verringerung des Energieverbrauchs oder der Entsorgung der Abfälle etc. beachtet?
- Welche Vergleiche gibt es mit Maßnahmen anderer Einrichtungen zum Umweltschutz, zur Verringerung des Energieverbrauchs, Entsorgung der Abfälle etc.?
- Werden bei Beschaffungen ökologische Anforderungen berücksichtigt?
- Welches Abfallwirtschaftskonzept liegt vor?
- Welche konkreten Maßnahmen zur Abfallvermeidung existieren in der Einrichtung?
- Mit welchen Verfahren werden Lieferanten oder Dienstleistungen ausgewählt und bewertet?
- Wie bezieht die Leitung Lieferanten in die Ermittlung des Beschaffungsbedarfs und die gemeinsame Strategieentwicklung ein?
- Wie fördert die Leitung Partnerschaftvereinbarungen mit Lieferanten?
- Wie hat die oberste Leitung Beschaffungsprozesse festgelegt, die sicherstellen, dass beschaffte Produkte den Erfordernissen der Einrichtung entsprechen?
- Wie werden Beschaffungsprozesse geleitet und gelenkt?
- Wie sichert die Einrichtung die Konformität beschaffter Produkte von der Spezifikation bis hin zur Annahme?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	60 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.4 Sachanlagen

1. Bereich

Hierunter wird der Umgang mit der Sachausstattung und den Anlagen in der Einrichtung verstanden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	61 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.4 Sachanlagen

2. Qualitätsmerkmale

- Wie stellt die Leitung sicher, dass die Infrastruktur für die Verwirklichung der Ziele der Einrichtung geeignet ist?
- Sind durch den Abschluss von Wartungsverträgen, Versicherungen und der Installation einer Brandmeldeanlage Schutz und Erhaltung der Sachanlagen und Vermögenswerte der Einrichtung sichergestellt?
- Durch welche Regelungen wird die Anlagenbuchhaltung sichergestellt?
- Existiert ein regelmäßig aktualisiertes Inventarverzeichnis?
- Wie werden Verbesserungsmaßnahmen zur Instandhaltung des Gebäudes sowie der Erhaltung der Sachanlagen und Vermögenswerte der Einrichtung eingeleitet?
- Welche Vergleiche mit anderen Einrichtungen hinsichtlich der Instandhaltung gibt es?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	62 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.5 Wissen und geistiges Eigentum

1. Bereich

Hierunter ist zusammengefasst, welches Wissen die Organisation in Form von eigenen Konzepten, Anweisungen, Materialien, Manualen und dazugehörigen Hilfsmittel wie Arbeitsblätter u. ä. zur Erfüllung ihrer Aufgaben einsetzt und wie sie dieses in der Regel auf Erfahrung basierende Wissen in der Organisation aufrechterhält. In der Regel wird das erforderliche Wissen in einem abgestuften Zusammenspiel der oben genannten Dokumente und Materialien erreicht. Je differenzierter das organisationsspezifische Wissen aufbereitet ist, umso geringer sind die Risiken des Verlustes des Wissens durch das Ausscheiden/Ausfallen von Mitarbeitenden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	63 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.5 Wissen und geistiges Eigentum

2. Qualitätsmerkmale

- Wie wird das für die Durchführung der Unterschiedlichen Aufgaben in der Organisation erforderliche Wissen (Qualifikation, Vorgaben und Anforderungen) ermittelt?
- Wie wird das identifizierte und aufbereitete Wissen im erforderlichen Umfang zur Verfügung gestellt (Konzepte, Anweisungen, Manuale, Materialien etc.)?
- Wie erfolgt der Abgleich des aktuell vorhandenen Wissens der Organisation mit neuen Anforderungen und Entwicklungen (z.B. im Rahmen einer Managementbewertung)?
- Wie werden erforderliche Ergänzungen oder Anpassungen des organisationsspezifischen Wissens eingeleitet (siehe auch 1.2.7 Entwicklung von Angeboten und Dienstleistungen)?
- Wie wird das qualifikationsbezogene Wissen in der Organisation sichergestellt (siehe auch 1.3.4 Planung Personalbedarf und Personalbeschaffung und 1.3.5 Einarbeitung neuer Mitarbeiter)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	64 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.6 Kooperationen

1. Bereich

Hier wird dargelegt, mit welchen Kooperationspartnern Vereinbarungen bestehen, z. B. Mietverträge, Lieferverträge, Entgeltvereinbarungen, Nutzungsverträge, Absprachen über klientenbezogene Hilfeplanung etc. mit externen Partnern bzw. Arbeitsverträge, Rehabilitationsverträge, Therapieverträge mit internen Partnern. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die sich auf Grundlage solcher Kooperationen ergebende Vernetzung mit anderen Einrichtungen, die zur Zielerreichung bei der Behandlung der Klientel beiträgt.

In diesem Bereich sollen institutionalisierte Kooperationsbeziehungen, im Sinne interessierter Parteien, die nach Möglichkeit schriftlich vorliegen, benannt und dargelegt werden.

Spezifische Vereinbarungen regeln die fachliche Zusammenarbeit der Einrichtungen zwischen verschiedenen Indikationsbereichen innerhalb der Suchthilfe, z.B. im Rahmen der Kombitherapie oder der ambulante Rehabilitation Sucht.

Die Kooperationsbeziehungen erfolgen auch in der sektorenübergreifenden Suchthilfe, z.B. mit niedergelassenen Ärzten, Fachkrankenhäusern, Einrichtungen der Psychiatrie oder beruflichen Rehabilitationseinrichtungen usw. oder mit weiteren Hilfebereichen wie der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, der Wohnungslosenhilfe, der Schuldnerberatung etc. (vergleiche hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 3.9 Versorgungsübergreifende Kooperationen).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	65 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.6 Kooperationen

2. Qualitätsmerkmale

- Wie wird die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen gewährleistet?
- In welcher Weise unterstützt die Einrichtung die Bildung und Etablierung von Selbsthilfegruppen?
- Wie wird die Pflege von Kooperationspartnerschaften sichergestellt?
- Genügen die Kooperationsverträge rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Schweigepflicht)?
- Unterstützen die abgeschlossenen Verträge die Zielsetzung der Einrichtung?
- Welche Maßnahmen zur Partnerschaftspflege werden getroffen?
- Welche externen Kooperationsvereinbarungen hat die Einrichtung abgeschlossen?
- Inwieweit tragen diese Kooperationen zur Erreichung der Ziele bei der Behandlung / Betreuung der Klientel bei?
- Wie wird sichergestellt, dass die aus den Vereinbarungen resultierenden Verpflichtungen (z. B. gesetzliche und behördliche Bestimmungen) eingehalten werden?
- Gibt es ein Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung der Kooperationsverträge?
- Welche Vergleiche mit anderen Einrichtungen gibt es hinsichtlich der Kooperationsmöglichkeiten?
- Mit welchen Verfahren werden Kooperationspartner ausgewählt und bewertet?
- Wie ermittelt die Einrichtung kontinuierlich die Erfordernisse und Erwartungen der Kunden?
- Wie berücksichtigt die Organisation den potentiellen Nutzen des Eingehens von Partnerschaften mit ihren Lieferanten?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	66 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.7 Öffentlichkeitsarbeit

1. Bereich

Öffentlichkeitsarbeit umfasst sämtliche Maßnahmen, Initiativen, Aktivitäten und Projekte einer Einrichtung, die das Ziel haben, auf ihre Leistungen und Angebote aufmerksam zu machen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	67 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.7 Öffentlichkeitsarbeit

2. Qualitätsmerkmale

- In welcher Weise macht die Einrichtung auf ihre allgemeinen und spezifischen Angebote aufmerksam?
- Welche Nachweisformen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, wie z. B. Zeitungsanzeigen, Jahresberichte, Fachartikel, Teilnahme an Gremien und Fachveranstaltungen, gibt es?
- Wie wird die kontinuierliche Verbesserung der verschiedenen Angebote, Projekte, Veranstaltungen usw. sichergestellt?
- Wie werden Ergebnisse aus Kundenbefragungen zur Verbesserung der Öffentlichkeitswirksamkeit umgesetzt?
- Über welche besonderen Formen der Öffentlichkeitsarbeit verfügt die Einrichtung (z. B. Straßenfeste, Internetangebote, Theatervorführungen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	68 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.8 Sicherheits- und Risikomanagement

1. Bereich

Hier muss dargestellt werden, welche Sicherheitsmaßnahmen die Einrichtung installiert hat, um das Risiko bei Katastrophen und Unfällen sowie durch die aus der Arbeit entstehenden Belastungen möglichst gering zu halten bzw. zu überprüfen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	69 / 70

1. Qualitätsmanagementsystem

1.4.4.8 Sicherheits- und Risikomanagement

2. Qualitätsmerkmale

- Gibt es Vereinbarungen mit dem arbeitsmedizinischen Dienst?
- Gibt es für die Einrichtung eine zuständige Berufsgenossenschaft?
- Werden regelmäßig Gefährdungsanalysen durchgeführt?
- In welcher Weise kommt der Arbeitgeber seinen Pflichten im Arbeitsschutz nach?
- Welche Kommunikationsstrukturen und Verfahrensabläufe gibt es für Berufsunfallmeldungen an die Berufsgenossenschaft?
- Wie werden die Arbeitsplatzbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz und die Vorsorgeuntersuchungen von Mitarbeitern dokumentiert?
- Liegt eine jährliche Unfallstatistik vor?
- Existiert ein Gefahrstoffkataster?
- Welche Betriebsanweisungen sowie Handlungs- und Verfahrensweisen zum Umgang mit Gefahrstoffen liegen vor (z. B. Hygiene)?
- Wie sind arbeitsmedizinische Maßnahmen geregelt?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.1	04/17	70 / 70

2B. Strukturqualität

Inhaltsübersicht Kapitel 2 stationär

Nr.	Kapitel	Unterkapitel	Seite
2.B	Strukturqualität		
2.0	Einleitung	2.0	2
2.1	Allgemeine Angaben	2.1	3
2.1.1	Träger und Anerkennungen		4
2.1.2	Konzeption		6
2.2	Einrichtungsmerkmale	2.2	9
2.2.1	Unterbringung der Klientel		10
2.2.2	Funktionsräume und Sachanlagen		12
2.2.3	Lage der Einrichtung und Erreichbarkeit		14
2.3	Angaben zur personellen Besetzung	2.3	16
2.3.1	Stellenplan		17
2.3.2	Qualifikation des Personals		19
2.4	Erfassung von behandlungs- und betreuungsrelevanten Größen	2.4	21
2.4.1	Erfassung von behandlungsrelevanten Größen in Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation		22
2.4.2	Erfassung von betreuungsrelevanten Größen in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen und Wohnheimen		24
2.5	Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen	2.5	26
2.5.1	Behandlungsmaßnahmen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation		28
2.5.2	Betreuungsmaßnahmen in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen und Wohnheimen		29

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	1 / 30

2B. Strukturqualität

2.0 Einleitung

Die allgemeinen Angaben zur Strukturqualität beziehen sich für stationäre Einrichtungen der Rehabilitation und Betreuung auf Anforderungen zu:

- Allgemeine Angaben
- Einrichtungsmerkmale
- Angaben zur personellen Besetzung

Die Anforderungen der Kosten- und Leistungsträger an die Strukturqualität können auf der Grundlage des „Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation“ (1), den „Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ (DRV-Schriften und Hefte), den gesetzlichen Grundlagen der SGB IX, VI, V, XI, der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, den Visitationsanforderungen der DRV, sowie den Richtlinien zu den Mindestanforderungen der jeweils federführenden Leistungsträger bestimmt werden.

Eine Darstellung der Elemente der Strukturqualität einer Einrichtung ermöglicht es in einem weiteren Schritt, Soll-Ist-Vergleiche durchzuführen. Aus diesen Vergleichen können unmittelbar Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

1 gegenwärtig in Überarbeitung

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	2 / 30

2B. Strukturqualität

2.1 Allgemeine Angaben

Die Allgemeinen Angaben zur Strukturqualität beziehen sich für Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation sowie für Einrichtungen zur Eingliederungshilfe und Wohnheime auf Ausführungen zu:

- Träger und Anerkennungen
- Konzeption

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	3 / 30

2B. Strukturqualität

2.1.1 Träger und Anerkennungen

1. Bereich

Die Angaben in diesem Bereich beziehen sich gemäß der unterschiedlichen Einrichtungsarten z. B. auf Mitgliedschaften des Trägers, auf juristische Anerkennungen oder Anerkennungen durch die zuständigen Kosten- und Leistungsträger.

Die Beschreibung der Qualitätsmerkmale orientiert sich dabei vorwiegend an den im Folgenden genannten Vorgaben bzw. gesetzlichen Grundlagen:

- „Klinikdokumentation Strukturmerkmale für die Indikationsbereiche Psychosomatische Erkrankungen [und] Abhängigkeitserkrankungen“ Punkt 1 des „Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation“ (DRV-Schriften, 2000)
- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001
- bei Betreuung, Leistungsanforderungen des Landes und der Kommune

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	4 / 30

2B. Strukturqualität

2.1.1 Träger und Anerkennungen

2. Qualitätsmerkmale

- Der Träger der Einrichtung muss
 - Mitglied in einem Freien Wohlfahrtsverband oder
 - eine juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder
 - über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen,
 - ein Aufsichtsorgan gemäß Gesetz über die Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) haben.
- Anerkennungen

Die Einrichtung sollte über folgende Anerkennungen verfügen

- Anerkennung des zuständigen Kosten- und Leistungsträgers (z.B.: Rentenversicherungsträger, Krankenkassen mit Versorgungsvertrag nach §111 SGB V)
- Anerkennung des Fachministeriums im Sinne der §§ 35,36 ff des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG)
- Anerkennung bzw. Betriebserlaubnis von den zuständigen Sozialleistungsträgern

Weitere Anerkennungen (z.B. Teilermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, Betriebsgenehmigung vom kommunalen Ausschuss, Gesundheitsfachdienst der Kommunen) können hinzukommen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	5 / 30

2B. Strukturqualität

2.1.2 Konzeption

1. Bereich

In dem in der Regel mit dem federführenden Rehabilitationsträger verbindlich vereinbarten schriftlichen Konzept der Rehabilitationseinrichtung werden das Aufgabenverständnis sowie die Rehabilitationsleistungen (Prozessqualität) und die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen beschrieben. Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise und informiert über Indikationen und Therapien.

Es werden die Rahmenbedingungen (Strukturqualität) beschrieben, die notwendig sind, um die vereinbarte Rehabilitationsleistung zur Teilhabe erbringen zu können. Nach den Vorgaben der Rentenversicherung werden die Planung, Strukturierung und der Ablauf der Leistungserbringung, sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung beschrieben.

Die Konzeption ist verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter. Das Konzept präzisiert Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise und informiert über Indikationen und therapeutische Leistungen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	6 / 30

2B. Strukturqualität

2.1.2 Konzeption

2. Qualitätsmerkmale

- Werden Aussagen gemacht zur Trägerstruktur und zu den Rahmenbedingungen (z.B. geographische Lage, Bettenzahl, Größe, Indikation)?
- Wird das gesamte Spektrum der möglichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe dargestellt und auf relevante Kontraindikationen eingegangen?
- Wird dargestellt, auf welche Rahmenvorgaben der Leistungsträger Bezug genommen wird, welche Leitlinien zur Rehabilitation z.B. in das Konzept der Einrichtung eingebunden sind und den Mitarbeitern zur Verfügung gestellt werden?
- Berücksichtigen die Rehabilitationskonzepte einen interdisziplinären Rehabilitationsansatz, der die Mitarbeitenden der relevanten Berufsgruppen als interdisziplinäres Rehabilitationsteam versteht?
- Wird die Konzeption kontinuierlich intern weiterentwickelt und an die Anforderungen der Rehabilitationsträger angepasst?
- Sind die Konzepte der therapeutischen Leistungen schriftlich dargelegt und indikationsspezifisch und insbesondere funktions- bzw. fähigkeitsorientiert im Sinne der ICF und Teilhabezielsetzung ausgerichtet, sind ggf. erforderliche zielgruppenspezifische Besonderheiten berücksichtigt?
- Ist die Konzeption vereinbar mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und der fachwissenschaftlichen Diskussion?
- Finden gesellschaftliche, ethische (z.B. Leitbild) und politische Veränderungen regelmäßig Eingang in die Konzeptionen?
- Sind die Rehabilitationsziele ergebnisorientiert, konkret, ressourcenorientiert und wird die Therapiezielerreichung regelmäßig in geeigneter Form überprüft?
- Wird die Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe beschrieben?
- Ist das Einrichtungskonzept verbindliche Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter?
- Wird das Einrichtungskonzept in zielgruppenspezifischer Art und Weise nach innen und außen kommuniziert (Kurzkonzepte, Broschüren, Flyer...)?
- Wird das Einrichtungskonzept regelmäßig intern überprüft, angepasst und aktualisiert?
- Liegen die indikationsspezifischen Konzeptionen in schriftlicher Form vor?
- Sind die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe der Konzeptionen verbindlich geregelt?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	7 / 30

2B. Strukturqualität

2.2 Einrichtungsmerkmale

Unter den hier aufgeführten Einrichtungsmerkmalen werden die Unterbringungsmöglichkeiten für die Klientinnen und Klienten, die Ausstattung der Räumlichkeiten und die Lage der Einrichtung, verstanden.

Die nachfolgend angegebenen Qualitätsmerkmale orientieren sich an den jeweils geltenden Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen, Gesetze sowie den Landesausführungsbestimmungen, die für die betroffene Einrichtung bzw. den Träger relevant sind.

Im Einzelnen sollen Angaben gemacht werden zu:

- Unterbringung der Klientel/Art der Unterbringung
- Funktionsräumen und Sachanlagen
- Lage der Einrichtung und Erreichbarkeiturzeit

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	8 / 30

2B. Strukturqualität

2.2.1 Unterbringung der Klientel

1. Bereich

Die Unterbringungsmöglichkeiten für die Klientinnen und Klienten bzw. der Hilfeempfangenden und Hilfeempfänger sind auf der Grundlage der jeweils geltenden Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen (z.B. Visitationsanforderungen DRV Bund), baurechtlichen Bestimmungen, Gesetze sowie den Landesausführungsbestimmungen zu beschreiben. Die Angaben sollten sich sowohl auf die Größe der Zimmer, die Ausstattung, als auch auf das Vorhandensein von angemessenen Sanitäreinrichtungen beziehen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	9 / 30

2B. Strukturqualität

2.2.1 Unterbringung der Klientel

2. Qualitätsmerkmale

- Bei Klientenunterkünften ist darauf zu achten, dass im Wesentlichen nur Ein-, oder, im Bereich ihrer Indikationen, schwerpunktmäßig Zweibettzimmer angeboten werden.
- Die Unterbringungsmöglichkeiten sollen dem individuellen Bedarf der Hilfeempfeängerinnen und Hilfeempfänger entsprechen.
- Weitere Strukturmerkmale der räumlichen Gestaltung und Ausstattung können sich aus der spezifischen konzeptionellen Ausrichtung z.B. Adaption) ergeben und sind nachvollziehbar darzustellen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	10 / 30

2B. Strukturqualität

2.2.2 Funktionsräume und Sachanlagen

1. Bereich

Die Angaben der Einrichtung hinsichtlich der Funktionsräume und Sachanlagen beziehen sich auf die Angemessenheit, die Zweckmäßigkeit sowie die Gestaltung der Gruppenräume, Dienstzimmer, Sozialräume, Wirtschaftsräume usw.. Darüber hinaus kann eine gute Ausstattung mit Sachanlagen, wie z. B. EDV-Anlage, Intranet oder ISDN-Anlage, wesentlich zur Verbesserung der Strukturqualität und somit zur Umsetzung von konzeptionellen Besonderheiten oder Schwerpunkten beitragen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	11 / 30

2B. Strukturqualität

2.2.2 Funktionsräume und Sachanlagen

2. Qualitätsmerkmale

- Beschäftigungstherapieräume und Arbeitstherapiebereiche sollten je nach konzeptionellem Angebot bzw. konzeptioneller Notwendigkeit vorhanden sein
- EDV- Schulungsraum mit internetfähigen PC-Schulungsplätzen
- Sport-, Turn- oder Gymnastikhallen, Hallen- und Freibad sind wünschenswert, jedoch bei kleineren Einrichtungen nicht zwingend, wenn solche Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe der Einrichtung stundenweise zur Nutzung angemietet werden können
- Dienstzimmer für Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Nachtbereitschaftszimmer, Behandlungszimmer, Verwaltung, Schreibdienst usw. sind als notwendig vorauszusetzen
- Dienstzimmer für die Therapeutinnen und Therapeuten mit Möglichkeiten zur Führung von Einzelgesprächen müssen ebenfalls vorhanden sein
- Gruppenräume sind gemäß konzeptionellem Ansatz in ausreichender Zahl bereitzustellen. Diese sollten jedoch zur effektiveren Auslastung auch mehrfach genutzt werden
- Aufenthaltsräume, Cafeteria, Fernsehzimmer, Spielzimmer, Bibliothek usw. sind wünschenswert
- Sozialräume für das Personal sind notwendig
- Wirtschaftsräume mit Küchenbereich und Speisesaal je nach Größe der Einrichtung
- Sachanlagen wie z.B. EDV-Anlage, ISDN-Anlage, Telefon-Anlage sind ebenfalls für die tägliche Arbeit notwendig
- behindertengerechte Einrichtungen sind entsprechend den konzeptionellen und gesetzlichen Vorschriften vorzuhalten

Für stationäre Eingliederungshilfeeinrichtungen ist eine dem Bedarf der Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger angemessene räumliche und sächliche Ausstattung, anhand einer genauen Beschreibung des Gebäudes und Grundstückes sowie der Ausstattung und des Inventars, gemäß der Heimmindestbauverordnung, nachzuweisen

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	12 / 30

2B. Strukturqualität

2.2.3 Lage der Einrichtung und Erreichbarkeit

1. Bereich

Die schnelle und unkomplizierte Erreichbarkeit einer Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist ein wesentliches strukturelles Qualitätsmerkmal, sowohl für die Klientinnen und Klienten als auch für die Angehörigen oder andere Kundengruppen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	13 / 30

2B. Strukturqualität

2.2.3 Lage der Einrichtung und Erreichbarkeit

2. Qualitätsmerkmale

- Ist die Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in angemessener Zeit zu erreichen oder gibt es einen Abholdienst?
- Welche infrastrukturellen Angebote gibt es, die den Rehabilitationsprozess unterstützen können, wie z.B. kulturelle, gesundheitsfördernde und religiöse Angebote?
- Die Entfernung zum nächsten Facharzt sollte den Krankenhausrichtlinien/Heimgesetz entsprechen
- Liegt eine Wegbeschreibung zur Einrichtung vor?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	14 / 30

2B. Strukturqualität

2.3 Angaben zur personellen Besetzung

Die Angaben zur personellen Besetzung beziehen sich auf die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den verschiedenen Berufsgruppen sowie die Art und den Stand der Qualifikationen.

Orientiert an der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ sollen Angaben zu den folgenden Berufsgruppen gemacht werden:

- Ärztliche/r Leitung/Dienst (z.B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)
- Psychologischer Dienst (z.B. Psychologischer Psychotherapeut)
- Psychotherapeutischer Dienst (z.B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit spezifischer Zusatzausbildung vergl. KTL)
- Pflegedienst (z.B. Examinierter Krankenpfleger)
- Bewegungs- und Physiotherapeutischer Dienst (z.B. Physiotherapeut)
- Sozialer und pädagogischer Dienst (z.B. Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge)
- Weitere therapeutische Dienste (z.B. Ergotherapeut/Arbeitserzieher)
- Diätetischer Dienst (z.B. Diätassistent / Oecotrophologe)
- Medizinische Hilfsdienste (z.B. Medizinisch-technischer Assistent)
- Schreibdienst (z.B. Bürokaufmann)
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Anerkennungsjahr bzw. Auszubildende
- Hauswirtschaftsmeister
- Technischer Dienst

Die Angaben zur personellen Besetzung in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke sowie Wohnheimen orientieren sich an der Heimmindestpersonalverordnung sowie der mit dem jeweiligen Kosten- und Leistungsträger getroffenen Leistungsvereinbarung einschließlich des entsprechenden Stellenplans.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	15 / 30

2B. Strukturqualität

2.3.1 Stellenplan

1. Bereich

Die Angaben zur personellen Besetzung beziehen sich auf folgende Berufsgruppen:

- Ärzte
- Diplompsychologen
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- Ergo-, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten
- Krankenpfleger/Krankenschwestern
- Sport-/Musiktherapeuten
- Hauswirtschaftsleiter, Koch, Küchenhilfe
- Hausmeister
- Schreibkräfte

Die nachfolgend aufgeführten Qualitätsmerkmale sind als Mindestanforderungen zu verstehen und orientieren sich an den Entsprechenden gesetzlichen Vorgaben, Regelungen und Vereinbarungen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	16 / 30

2B. Strukturqualität

2.3.1 Stellenplan

2. Qualitätsmerkmale

- Nach den Mindestanforderungen an die personelle Besetzung einer Einrichtung gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene Ärzte, Diplompsychologen, Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen sowie Ergo- und Beschäftigungstherapeuten zur Verfügung stehen. Mindestens ein Arzt oder ein Diplompsychologe muss über eine von den jeweils federführenden Leistungsträgern anerkannte Psychotherapieausbildung verfügen
- Die Einrichtung muss einen ärztlichen Leiter haben, der die Weiterbildung zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin abgeschlossen hat oder eine andere Facharztqualifikation (z.B. Psychiater, Internist, Allgemeinmediziner) mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ besitzt. Im Leitungsteam müssen außerdem die Fachbereiche Psychologie und Sozialarbeit vertreten sein
- Die Einrichtung muss in ihrem medizinischen Bereich mindestens einen examinierten Krankenpfleger beschäftigen.
- Ergo- und Beschäftigungstherapeuten sowie weitere, übergreifend tätige Therapeuten (z.B. Sport-/Musiktherapeuten) sollen in ausreichender Zahl, „gemäß konzeptuellem Ansatz“ vorhanden sein
- Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie der technische Dienst bestehen aus den Berufsgruppen Hauswirtschaftsleiter, Koch, Küchenhilfe sowie Hausmeister und sollten ebenfalls gemäß konzeptionellem Ansatz vorhanden sein
- Die Verwaltung setzt sich Verwaltungsangestellten sowie Schreibkräften zusammen
- In stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Wohnheimen ist die hinreichende personelle Ausstattung und Qualifikation zur Erbringung des in der Konzeption der jeweiligen Einrichtung beschriebenen Leistungsangebotes vorzuhalten.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	17 / 30

2B. Strukturqualität

2.3.2 Qualifikation des Personals

1. Bereich

Die ausreichende Qualifikation des Personals ist eine unablässige Voraussetzung für eine qualifizierte, auf wissenschaftlichen Grundlagen sowie neuen Erkenntnissen in der Suchtforschung basierenden Behandlung/Betreuung der Klientinnen und Klienten. Eine kontinuierliche Weiterbildung des Personals verbessert die Behandlungs- und Betreuungsqualität in der Einzel- und Gruppentherapie und trägt somit zur Erreichung der Einrichtungsziele unter Berücksichtigung der konzeptionellen Besonderheiten bei.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	18 / 30

2B. Strukturqualität

2.3.2 Qualifikation des Personals

2. Qualitätsmerkmale

- In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene Ärzte, approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Diplom- Psychologen, Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen sowie Ergotherapeuten, Arbeits-erzieher oder andere Mitarbeiter mit vergleichbarer Qualifikation zur Verfügung stehen. Sie müssen eine geeignete Qualifikation/Weiterbildung haben (vgl. „Vereinbarung Ab-hängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 und KTL 2007)
- Stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Wohnheime sollen eine qualifi-zierte Anleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ihre Fort- und Weiterbildung (einschliesslich Supervision) sicherstellen und den strukturellen Anforderungen der zu-ständigen Heimaufsicht entsprechen (Fachpersonalquote).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	19 / 30

2B. Strukturqualität

2.4 Erfassung von behandlungs- und betreuungsrelevanten Größen

Im folgenden Abschnitt wird auf die strukturellen Grundlagen für die Erfassung der behandlungsrelevanten Probleme (Diagnostik) der Klientinnen und Klienten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sowie der stationären Eingliederungshilfe eingegangen.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation wird nach den Voraussetzungen und dem Kontext der zu erbringenden diagnostischen Leistungen gefragt (welches Personal erbringt mit welcher Qualifikation welche diagnostische Maßnahme, in welchem fachlich angemessenen Kontext?). Dabei ist es nicht immer möglich, eindeutig zwischen dem strukturellen Aspekt und der inhaltlichen Ebene der diagnostischen Verfahren zu unterscheiden.

Allgemein wird Diagnostik durch die Methoden und Verfahren der sachgemäßen Durchführung der Erkennung, Feststellung und Prüfung des sozialen, psychischen wie auch körperlichen Zustandes mittels Anamnese, Exploration und Untersuchung definiert. Die verschiedenen diagnostischen Maßnahmen dienen darüber hinaus der Feststellung der Therapiefähigkeit und -motivation der Klientinnen und Klienten.

In Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe und Wohnheimen nach dem SGB ist der individuelle Hilfebedarf der Hilfeempfänger und Hilfeempfängerinnen festzustellen und in geeigneter Form (entsprechend der Leistungsvereinbarung mit dem jeweils zuständigen Kostenträger) zu dokumentieren. In Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe und Wohnheimen erfolgt eine Zuordnung in unterschiedliche Hilfebedarfsgruppen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	20 / 30

2B. Strukturqualität

2.4.1 Erfassung von behandlungsrelevanten Größen in Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation

1. Bereich

Die Erfassung behandlungsrelevanter Größen erstreckt sich von der Anamnese über die diagnostischen Maßnahmen bis hin zu den jeweils notwendigen Laboruntersuchungen. Ziel ist es dabei, möglichst standardisierte Verfahren und Instrumente ökonomisch und nachvollziehbar einzusetzen.

Es sollen Angaben zu den angewandten Verfahren und Untersuchungen in folgenden Bereichen gemacht werden:

- Medizinische Eingangsuntersuchung (allgemeinärztliche/internistische/ neurologische/ psychiatrische Untersuchung)
- Psychologische und soziale Diagnostik
- Psychologische Testdiagnostik
- Arbeitsdiagnostik (z.B. MELBA)
- Therapieprozessdiagnostik
- Laboruntersuchungen

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	21 / 30

2B. Strukturqualität

2.4.1 Erfassung von behandlungsrelevanten Größen in Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation

2. Qualitätsmerkmale

- Werden allgemeingültige Klassifikationssysteme eingesetzt (z.B. ICD 10/ DSM IV) und standardisierte psychologische Testverfahren angewandt?
- Erfolgt zu Behandlungsbeginn eine umfangreiche somatische, psychiatrische, psychologische und soziale Anamnese und Befunderhebung?
- Wird die erforderliche Labordiagnostik durchgeführt?
- Gibt es eine Eingangs- und eine am Therapieverlauf orientierte Prozessdiagnostik sowie eine katamnestische Erhebung?
- Werden die diagnostischen Befunde von den dafür qualifizierten Mitarbeitern (Ärzte/ Diplom-Psychologen) erhoben und gestellt?
- Wird die Schweigepflicht grundsätzlich eingehalten, auch bei Kooperation mit externen Institutionen bzw. Fachkräften?
- Hat der Patient allen diagnostischen Eingriffen und der Anwendung verschiedener diagnostischer Testverfahren schriftlich zugestimmt?
- Ist die Einrichtung ausreichend mit indikationsspezifischen diagnostischen Verfahren ausgestattet?
- Gibt es regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen zur Diagnostik der Patienten? Ist hier ein Facharzt beteiligt? Wie wird sichergestellt, dass die eingesetzten diagnostischen Maßnahmen regelmäßig bzgl. ihrer Wirksamkeit anhand der publizierten Evidenz (Evidence-Based-Medicine (EBM) überprüft werden?
- Werden die Kennzahlen für die Durchführung der Diagnostik eingehalten (z.B. Arztgespräch am Aufnahmetag vergl. Visitationsanforderungen DRV)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	22 / 30

2B. Strukturqualität

2.4.2 Erfassung von betreuungsrelevanten Größen in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen und Wohnheimen

1. Bereich

Wesentlich für eine angemessene und fachlich qualifizierte Betreuung von Hilfebedürftigen ist eine frühzeitige Ermittlung der Eingangsdia gnose sowie die Bestimmung der Hilfebedarfs- gruppe gemäß der jeweiligen Landesausführungs- bestimmungen. Weitere strukturelle Vor- aussetzungen für die Erfassung betreuungsrelevanter Größen sind, neben dem Zeitpunkt der Diagnosestellung, die Qualifikation der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder auch die Ausstattung mit den hierfür notwendigen diagnostischen Verfahren.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	23 / 30

2B. Strukturqualität

2.4.2 Erfassung von betreuungsrelevanten Größen in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen und Wohnheimen

2. Qualitätsmerkmale

- Wird der individuelle Hilfebedarf zu Beginn sowie in regelmäßigen Abständen ermittelt und ggf. modifiziert?
- Wird die Eingangsd Diagnose vor der Heimaufnahme im Rahmen eines fachärztlichen Gutachtens festgelegt?
- Werden die betreuungs- und behandlungsrelevanten Probleme regelmäßig im Rahmen von Fallbesprechungen unter Einbeziehung eines konsiliarisch tätigen Facharztes interdisziplinär besprochen?
- Erfolgt eine Zuordnung gemäß den entsprechenden Landesausführungsbestimmungen?
- Werden die diagnostischen Befunde von den dafür qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Ärzte/Diplom-Psychologen) erhoben und gestellt?
- Wird die Schweigepflicht grundsätzlich eingehalten, auch bei Kooperation mit externen Institutionen bzw. Fachkräften?
- Hat der Patient allen diagnostischen Eingriffen und der Anwendung verschiedener diagnostischer Testverfahren schriftlich zugestimmt?
- Ist die Einrichtung ausreichend mit indikationsspezifischen diagnostischen Verfahren ausgestattet ?
- Ist die Einrichtung ausreichend mit indikationsspezifischen diagnostischen Verfahren ausgestattet?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	24 / 30

2B. Strukturqualität

2.5 Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen

Die Behandlung der Suchterkrankung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation beinhaltet im Wesentlichen folgende therapeutischen Leistungen (DRV-Schriften, 2000):

- ärztliche Leistungen
- Einzel- und Gruppentherapie
- weitere therapeutische Angebote wie z.B. Milieuthherapie
- Lerntraining
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Arbeitstherapie etc.
- Sozial- und Berufsberatung
- Ernährungsberatung
- Gesundheitsinformation, Motivation und Schulung
- Spezifische medikamentöse und sonstige Therapien

Die einzelnen therapeutischen Leistungen im Sinne von Qualitätsmerkmalen sind nach der „Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) in der stationären medizinischen Rehabilitation“ sechs Dimensionen zugeordnet worden:

- Berufsgruppe
- Fachgebiet
- Indikation
- Zielsetzung
- Anwendungsform
- sonstige Merkmale

Die Betreuung chronisch mehrfach beeinträchtigter, suchtkranker Menschen beinhaltet die in der jeweiligen Leistungsvereinbarung Beschriebene „Maßnahme Wohnen“ sowie „Maßnahme Hilfen zur Gestaltung des Tages“. Die „Maßnahme Wohnen“ umfasst insbesondere Beratung, Betreuung, Pflege, Unterstützung, Begleitung, Anleitung, Förderung bei:

- Sicherung der individuellen Basisversorgung
- Sicherstellen einer Tag/Nacht-, Tages-, Wochen- und Jahresstruktur
- Förderung und Erhaltung von Kompetenzen bei der Selbstversorgung
- Gestaltung, Förderung und Erhaltung sozialer Beziehungen
- Hilfen bei der Freizeitgestaltung
- Kommunikationsförderung
- psychosoziale Hilfen
- Training von Orientierungsfähigkeit und Gedächtnisleistung

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	25 / 30

2B. Strukturqualität

2.5 Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen

- Krisenhilfe, Seelsorge und Lebensbegleitung
- Betreuung im Krankheitsfall
- fallbezogene Zusammenarbeit mit kooperierenden Einrichtungen und Diensten
- Förderung der Selbstversorgung
- Maßnahmen zur Verselbständigung und Selbstverantwortung
- Integrationsmaßnahmen in der Einrichtung
- Integration in das soziale Umfeld
- Hinführung zur beruflichen Integration

„Maßnahme Hilfen zur Gestaltung des Tages“:

Art und Umfang der im Einzelfall zu erbringenden Leistungen richten sich auf der Grundlage der Leistungsvereinbarung nach dem jeweiligen individuellen Bedarf des Hilfeempfängers, dem von der Einrichtung zu erstellenden individuellen Hilfeplan, der Vereinbarung mit dem Hilfeempfänger sowie dem jeweiligen Gesamtplan nach dem SGB.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	26 / 30

2B. Strukturqualität

2.5.1 Behandlungsmaßnahmen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

1. Bereich

Die nachfolgend aufgeführten Fragen zur Strukturqualität der Behandlungsangebote in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen orientieren sich an der Beschreibungssystematik der „Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) in der medizinischen Rehabilitation“.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	27 / 30

2B. Strukturqualität

2.5.1 Behandlungsmaßnahmen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

2. Qualitätsmerkmale

- Existiert entsprechend KTL eine Liste der von der Einrichtung erbrachten therapeutischen Leistungen?
- Gibt es Patiententherapiepläne in Form von individuellen Therapieplänen und Wochenplänen?
- Verfügt die Einrichtung über die für den Indikationsbereich notwendigen therapeutischen Angebote?
- Gibt es die notwendige Sachausstattung für die Durchführung der therapeutischen Verfahren (z.B. Video/Werkstätten/Sportgeräte)?
- Sind die angewandten therapeutischen Verfahren wissenschaftlich abgesichert (Evidence- Based-Medicine)?
- Werden die einzelnen therapeutischen Interventionen von den dafür qualifizierten Mitarbeitern bzw. Berufsgruppen durchgeführt?
- Erfolgt zu Behandlungsbeginn auf Grundlage der umfangreichen somatischen, psychiatrischen, psychologischen und sozialen Anamnese und Befunderhebung eine Therapiezielplanung?
- Gibt es eine systematische und regelmäßige Evaluierung der Therapieziele?
- Werden die Therapieziele gemeinsam mit den Patienten festgelegt?
- Gibt es einen Behandlungs- und Rehabilitationsvertrag?
- Gibt es regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen zur Therapie der Patienten?
- Gibt es eine Vernetzung und Kooperation mit externen Institutionen und Fachkräften zur Weiterbehandlung?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	28 / 30

2B. Strukturqualität

2.5.2 Betreuungsmaßnahmen in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen und Wohnheimen

1. Bereich

Das spezifische Leistungsangebot der Einrichtung im Rahmen der „Maßnahme Wohnen“ sowie „Maßnahme Hilfen zur Gestaltung des Tages“ sind in der Konzeption zu beschreiben. Die zugrunde gelegten Qualitätsmerkmale beziehen sich auf die Qualifikation der leistungserbringenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die vorhandenen Angebote, die Benennung von konkreten Betreuungszielen sowie deren wissenschaftliche Absicherung.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	29 / 30

2B. Strukturqualität

2.5.2 Betreuungsmaßnahmen in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen und Wohnheimen

2. Qualitätsmerkmale

- Wie wird gewährleistet, dass für jeden Klienten ein Betreuungsplan unter Benennung der Betreuungsziele und unter Einbeziehung des Klienten erstellt wird?
- Wie wird sichergestellt, dass für jeden Klienten der Betreuungsprozess unter der Benennung der Betreuungsziele festgelegt ist?
- Existiert eine Liste der von den in der Einrichtung erbrachten Betreuungsleistungen?
- Verfügt die Einrichtung über die für den Indikationsbereich notwendigen Betreuungs- und Behandlungsangebote?
- Gibt es die notwendige Sachausstattung für die Durchführung der Betreuungs- und Behandlungsverfahren (z.B. Video/Werkstätten/ Sportgeräte)?
- Sind die angewandten therapeutischen Verfahren wissenschaftlich abgesichert (Evidence-Based-Medicine)?
- Werden die einzelnen Betreuungsleistungen von den dafür qualifizierten Mitarbeitern bzw. Berufsgruppen durchgeführt?
- Gibt es eine systematische und regelmäßige Evaluierung der Betreuungsziele?
- Werden die Betreuungsziele gemeinsam mit dem Patienten festgelegt?
- Gibt es einen Betreuungsvertrag?
- Gibt es regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen zur Betreuung der Patienten?
- Gibt es eine Vernetzung und Kooperation mit externen Institutionen und Fachkräften zur Weiterbetreuung?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	30 / 30

3B. Prozessqualität

Inhaltsübersicht Kapitel 3 stationär

Nr.	Kapitel	Unterkapitel	Seite
3.B	Prozessqualität		
3.0	Einleitung	3.0	2
3.1	Aufnahme	3.1	4
3.2	Erfassung behandlungsrelevanter Probleme	3.2	7
3.3	Durchführung der Behandlung	3.3	10
3.3.1	Medizinische Interventionen		11
3.3.2	Einzel- und Gruppentherapie		14
3.3.3	Sozial- und Berufsberatung		17
3.3.4	Ergotherapie/ Arbeitstherapie/ Belastungserprobung/Unterricht		20
3.3.5	Indikative Angebote		23
3.4	Durchführung der Betreuung	3.4	
3.4.1	Betreuungsplanung		26
3.4.2	Betreuungsmaßnahmen		29
3.5	Umgang mit Störungen im Behandlungs- /Betreuungsverlauf	3.5	32
3.6	Umgang mit Klienteneigentum	3.6	35
3.7	Entlassung	3.7	38
3.8	Berichtswesen	3.8	41
3.9	Versorgungsübergreifende Kooperationen	3.9	44
3.10	Übergabemanagement	3.10	48

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	1 / 50

3B. Prozessqualität

3.0 Einleitung

Qualitätsmanagement besteht zu einem großen Teil aus Prozessmanagement und befasst sich damit, wie die Einrichtung ihre Prozesse gestaltet, managt und verbessert, um ihre Zielsetzung zu unterstützen sowie ihre Kunden, Partner und Vertreter der Gesellschaft weitgehend zufrieden zu stellen. Dabei soll unter einem Prozess eine geplante Abfolge von Schritten verstanden werden, durch die innerhalb der Einrichtung ein Ausgangszustand in Richtung eines gewünschten Zielzustandes verändert wird. Die Prozessqualität umfasst die Planung einer Leistung, deren konkrete Durchführung sowie die Dokumentation, Auswertung, Reflexion, Weiterentwicklung und Verfeinerung des jeweiligen Prozesses. Die Beschreibung von Prozessen sollte demnach Folgendes beinhalten: Definition und Ziele des Prozesses, Verantwortlichkeiten für die Prozessdurchführung, Festlegung und Beschreibung des Prozesses und der Unterprozesse, deren Dokumentation und Überprüfung. Wesentliche Prozesse in den Einrichtungen beziehen sich auf das Erbringen der Hauptdienstleistungen, die für den Betrieb der Einrichtung notwendig sind. Die in diesem Kapitel exemplarisch dargestellten Prozesse beziehen sich vor allem auf kundenbezogene Aufgaben der Einrichtung. Da dies die Hauptaufgaben der Einrichtung sind, handelt es sich um Hauptprozesse, die in Teil- oder Unterprozesse gegliedert sein können.

3.1 Aufnahme

3.2 Erfassung behandlungsrelevanter Probleme

3.3 Durchführung der Behandlung (medizinische Interventionen, Einzel- und Gruppentherapie, Sozial- und Berufsberatung, Ergotherapie/Arbeitstherapie, indikative Angebote)

3.4 Durchführung der Betreuung

3.5 Umgang mit Störungen im Verlauf der Behandlung/Betreuung

3.6 Umgang mit Klienteneigentum

3.7 Entlassung

3.8 Berichtswesen

3.9 Versorgungsübergreifende Kooperationen

3.10 Übergabemanagement

Lediglich für die Beschreibung der Durchführung der Betreuung ist für Einrichtungen zur Eingliederungshilfe und Wohnheime eine gesonderte Darstellung erforderlich.

Die einzelnen Prozesse können miteinander verbunden sein, ganze Netzwerke bilden und Abteilungs-, Einrichtungsgrenzen überschreiten. Sie müssen identifiziert, als Ablauf beschrieben, teilweise in Form von Verfahren festgelegt, dokumentiert, überprüft und ggf. korrigiert und weiter entwickelt werden.

Die jeweiligen Hauptprozesse müssen je nach Einrichtungstyp (medizinische Rehabilitationseinrichtung oder BSHG-Einrichtung) ergänzt bzw. modifiziert werden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	2 / 50

3B. Prozessqualität

3.0 Einleitung

Es gibt einen Überschneidungsbereich zwischen Prozess- und Strukturqualität. Bei der Darstellung der Prozessqualität werden daher die strukturellen Aspekte dadurch berücksichtigt, dass die Prozesse anhand der nachfolgend aufgeführten Modalitäten gegliedert werden:

- Prozessbeschreibung und Prozessverantwortung
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
- Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

Die verschiedenen Prozessmodalitäten entsprechen den Gliederungspunkten der Qualitätsmerkmale und sollen somit deren Bearbeitung erleichtern.

Die abschließende Beurteilung der Prozesse orientiert sich an der Systematik des EFQMMo- dells. Diese berücksichtigt die Vorgehensweise, die Umsetzung sowie die Bewertung und Überprüfung des jeweiligen Prozesses.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	3 / 50

3B. Prozessqualität

3.1 Aufnahme

1. Bereich

Unter Aufnahme soll der gesamte Aufnahmeprozess vom Erstkontakt über die Bewerbung bis zum Abschluss des Aufnahmegespräches in der Einrichtung verstanden werden. Dazu gehören das gesamte Bewerbungsverfahren, die Verbringung, die Aufnahme mit den notwendigen administrativen Vorgängen und die Aufnahmediagnostik zur Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit. Dabei spielen indikative Entscheidungen, Vorabinformationen der Klientinnen und Klienten sowie der Angehörigen, die Einbeziehung der Klientenangehörigen, des Betreuers oder Sorgeberechtigten in den Aufnahmeprozess sowie die Gestaltung des Aufnahmeprozesses eine wesentliche Rolle.

Von entscheidender Bedeutung für die Qualität des Aufnahmeprozesses einer Einrichtung ist es zudem, wie schnell und qualifiziert die diagnostische Abklärung geleistet werden kann. Bewertungen im Rahmen des Aufnahmeprozesses können sich auch darauf beziehen, inwieweit Klientinnen und Klienten sowie Angehörige ausführliche und verständliche Informationen über das Leistungs- und Betreuungsspektrum der Einrichtung bekommen haben, damit sie an einer eigenverantwortlichen Behandlungs- oder Betreuungsentscheidung mitwirken können. Die Gestaltung des Aufnahmeprozesses kann schließlich entscheidend dafür sein, ob sich die Klientin/der Klient in seinen Anliegen verstanden fühlt und sich damit die Erfolgsaussichten

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	4 / 50

3B. Prozessqualität

3.1 Aufnahme

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist der Aufnahmeprozess anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Abfolge des Aufnahmeverfahrens, Aufgabenverteilung, Zuweisung des Zimmers)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (administrative Aufnahme, Zuordnung zum Bezugstherapeuten) sowie die wesentlichen Ziele der Aufnahme (z.B. angenehme Atmosphäre, Sicherstellung einer kontinuierlichen Auslastung der Einrichtung) festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z.B. Klientinnen und Klienten, Angehörige, Entsendestellen) entsprechend berücksichtigt und beschrieben (z.B. zeitnahe Aufnahme, Umgang mit Eigentum der Klientinnen und Klienten, Einbeziehen der Angehörigen)?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Aufnahme allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung des Aufnahmeprozesses geregelt ist?
 - Wie ist die Zusammenarbeit von den an der Aufnahme beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung (medizinische Aufnahme, administrative Aufnahme) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Entsendestelle, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Aufnahmeprozesses definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. kontinuierliche Auslastung der Einrichtung, Erhebungen zur Kundenzufriedenheit, Anzahl der Beschwerden, Abbruchquote während oder unmittelbar nach dem Aufnahmeprozess, zutreffende Indikation)?
 - Wird die Wirksamkeit des Aufnahmeprozesses anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	5 / 50

3B. Prozessqualität

3.1 Aufnahme

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Aufnahme regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Durchführung der Aufnahme, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Aufnahmeprozesses innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Klientenerwartungen zur Klärung z.B. der Aufnahmeindikation und des Aufnahmezeitpunktes
- sowie die Gestaltung des Aufnahmeprozesses mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Klientinnen und Klienten, anderen Interessengruppen und Wettbewerbern verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Aufnahmeprozesses festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit des Aufnahmeprozesses einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Aufnahmeprozesses (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Aufnahmeprozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich der Wirkfaktoren im Rahmen des Aufnahmeprozesses)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	6 / 50

3B. Prozessqualität

3.2 Erfassung behandlungsrelevanter Probleme

1. Bereich

Die Erfassung der behandlungsrelevanten Probleme der Klientinnen und Klienten geht von einem mehrdimensionalen Bedingungsgefüge der Entstehung und des Verlaufs der Suchtmittelerkrankung aus. Mit diesem Hauptprozess sollen anamnestische Informationen und Vorbefunde erhoben und, orientiert an wissenschaftlichen Standards, ausgewertet werden. Informationen und Befunde über frühere Behandlungsverfahren und -ergebnisse werden ebenso erfasst wie somatische, psychische und soziale Faktoren einschließlich ihrer Wechselwirkung für die individuelle Problematik. Die Erfassung behandlungsrelevanter Probleme sollte auf fachlich anerkannten und in ihrer Effektivität nachgewiesenen Konzepten beruhen und den allgemeinen wissenschaftlichen Standards in der Suchtforschung und Therapiepraxis genügen. Eine fachliche Bewertung der erhobenen individuellen behandlungsrelevanten Probleme sollte unter ärztlicher Leitung durch die verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, z.B. in interdisziplinären Fallbesprechungen, erfolgen. Auf Grundlage dieser fachlichen Bewertung werden die Rehabilitationsziele und der daraus resultierende individualisierte Behandlungsplan mit der Klientin/ dem Klienten und den verschiedenen interessierten Parteien (Leistungsträger, Selbsthilfe) abgestimmt und freigegeben. Die interdisziplinäre Durchführung der Behandlung erfolgt auf Grundlage dieses freigegebenen Behandlungsplans. Darüber hinaus ist die Behandlungsplanung während des gesamten Behandlungsverlaufs regelmäßigen Überprüfungen, Veränderungen und Fortschreibungen auf der Grundlage anerkannter Klassifikationssysteme unterworfen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	7 / 50

3B. Prozessqualität

3.2 Erfassung behandlungsrelevanter Probleme

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist die Erfassung behandlungsrelevanter Probleme anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Durchführung der Diagnostik, Aufgabenverteilung, Erstellung des Behandlungsplans)?
 - Wie und auf welcher Grundlage erfolgt die Behandlungsplanung?
 - Wie sind Klientel und interessierte Parteien (Kosten- und Leistungsträger, Selbsthilfe) in die Behandlungsplanung einbezogen?
 - Wie Erfolgt die Freigabe und Modifikation der Behandlungsplanung
 - Sind die Prozessverantwortlichen benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (sozialmedizinische, psychiatrische, psychosoziale und testpsychologische Diagnostik) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. angenehme Atmosphäre, Differentialdiagnostik, präzise Indikationsstellung) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Wird in der Prozessbeschreibung die Mitwirkung der Klienten und der interessierten Parteien (Kosten- und Leistungsträger, Selbsthilfe) bei Festlegung behandlungsrelevanter Probleme (z.B. Transparenz, Anamneseerhebung) sowie bei der Durchführung der notwendigen diagnostischen Maßnahmen (z.B. Testökonomie) berücksichtigt und beschrieben?
 - Gibt es ein Assessment zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung zur Erfassung behandlungsrelevanter Probleme allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung der Erfassung behandlungsrelevanter Probleme geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an der Erfassung behandlungsrelevanter Probleme beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung (z.B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. psychiatrische Krankenhäuser) gewährleistet?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	8 / 50

3B. Prozessqualität

3.2 Erfassung behandlungsrelevanter Probleme

- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Prozesses zur Erfassung behandlungsrelevanter Probleme definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Angemessenheit für die Bestimmung der Behandlungsziele, Übereinstimmung mit klinischem Befund, nach anerkannten Klassifikationssystemen gestellte Diagnosen)?
 - Wird die Wirksamkeit des Prozesses zur Erfassung behandlungsrelevanter Probleme anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?
- Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung
 - Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Erfassung behandlungsrelevanter Probleme regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Durchführung, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
 - Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der Erfassung behandlungsrelevanter Probleme innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
 - Werden die Rückmeldungen der Klientinnen und Klienten zu der Erfassung behandlungsrelevanter Probleme mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Dokumentation von Beschwerden) dokumentiert und analysiert?
 - Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwendet, um Ziele für die Verbesserung der Erfassung behandlungsrelevanter Probleme festzulegen?
 - Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit des Diagnostikprozesses einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Diagnostikprozesses führt?
 - Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung der Erfassung behandlungsrelevanter Probleme (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich der Weiterentwicklung des Prozesses)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	9 / 50

3B. Prozessqualität

3.3 Durchführung der Behandlung

Die Prozessqualität der Behandlung wird bestimmt durch die Qualität der medizinischen Interventionen, der allgemeinen und speziellen psychotherapeutischen Angebote, der indikativen Gruppen, der sozial-rehabilitativen sowie der ergo- und bewegungstherapeutischen Angebote. Im Rahmen der strukturellen Gegebenheiten der Einrichtung wie z. B. personelle Ausstattung, Sachausstattung, Vorhandensein von therapeutischen Funktionsräumen soll der Hauptprozess Behandlung beschreiben, wie die einzelnen Behandlungsleistungen erbracht werden. Neben der Identifikation der für die Sicherung des Behandlungserfolges notwendigen Leistungen müssen Prozessverantwortliche benannt, die Vorgehensweise beschrieben, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt sowie eine Überprüfung und Veränderung des Prozesses auf der Grundlage von definierten Kennziffern dargestellt werden. Folgende Behandlungsangebote sollen mit Hilfe geeigneter Qualitätsmerkmale erfasst werden:

3.3.1 Medizinische Interventionen

3.3.2 Einzel- und Gruppentherapie

3.3.3 Sozial- und Berufsberatung

3.3.4 Ergotherapie/Arbeitstherapie/Belastungserprobung/Unterricht

3.3.5 Indikative und sonstige Angebote

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	10 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.1 Medizinische Interventionen

1. Bereich

Der Bereich medizinische Interventionen soll sowohl ärztliche Routineuntersuchungen, als auch spezifische somatische Behandlungsformen, wie z.B. Akupunktur oder medikamentöse Behandlungen, erfassen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	11 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.1 Medizinische Interventionen

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Sind die medizinischen Interventionen anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Medikationsplan, Arztakte, ärztliche Dienstübergabe, Aufgabenverteilung)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse sowie die wesentlichen Ziele des Prozesses medizinische Interventionen festgelegt und beschrieben (z.B. fachärztliche Interventionen und Kontrolle bei spezifischen Störungsbildern, schriftliche Therapieplanung mit Problemdefinition und Zielen der Medikation bzw. Behandlung)?
 - Sind in der Prozessbeschreibung medizinische Interventionen die Bedürfnisse und Interessen der Klientinnen und Klienten entsprechend berücksichtigt und beschrieben (z.B. Aufklärung über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente in Informationsveranstaltungen)?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung medizinische Interventionen allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung der medizinischen Interventionen geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an der medizinischen Intervention beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung (Fachärzte, Pflegepersonal, Bezugstherapeut/ in) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. psychiatrisches Krankenhaus, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern der medizinischen Interventionen definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Reduzierung der Symptomatik, Erfolgskontrollen/Therapiezielerreichung)?
 - Wird die Wirksamkeit der medizinischen Interventionen anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	12 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.1 Medizinische Interventionen

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess medizinische Interventionen regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit **all** ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Durchführung der medizinischen Interventionen, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der medizinischen Interventionen innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Qualität der medizinischen Interventionen (z.B. Rückmeldungen von Klientinnen/Klienten oder Angehöriger über die Wirkung eines Medikamentes/somatische Behandlung) mittels systematischer Erhebungen erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung der verschiedenen medizinischen Interventionen festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit der medizinischen Interventionen einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen werden, so dass eine Weiterentwicklung des Prozesses gewährleistet wird?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung der medizinischen Interventionen (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern der Interventionen in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich der Wirkung von Medikamenten oder Behandlungsverfahren (Evidence-Based-Medicine)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	13 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.2 Einzel- und Gruppentherapie

1. Bereich

Einzel- und gruppentherapeutische Angebote haben für die Behandlung Suchtmittelabhängiger eine zentrale Bedeutung. Die an der jeweiligen Symptomatik, der psychosozialen Situation sowie individuellen Zielsetzung des Klienten orientierte Indikation kann sowohl die Anwendung allgemeiner Psychotherapieverfahren (z.B. psychoanalytische/verhaltenstherapeutische, Einzel- oder Gruppentherapie) als auch spezielle psychotherapeutische Angebote (Problemlösetraining / Training sozialer Kompetenz/Rückfall-Präventionstraining) vorsehen. Die in den nachfolgenden Qualitätsmerkmalen erfassten Wirkfaktoren der Psychotherapie (z.B. Motivation, Ressourcen, Problemlösung) sind klientenorientiert und therapieschulenübergreifend.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	14 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.2 Einzel- und Gruppentherapie

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Sind die einzel- und gruppentherapeutischen Angebote anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. strukturierte Protokolle für die Einzeltherapie, Therapiegruppenmanual)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Bezugstherapeuten) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (Behandlungsplan) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. Reduzierung der Symptomatik, Erlernen von Problemlösefertigkeiten) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der Klientinnen und Klienten (z.B. Formulierung eigener Therapieziele) berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Einzel- und Gruppentherapie allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an der Einzel- und Gruppentherapie beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung (Fachärzte, Diplom-Psychologen, Soziotherapeuten) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Entsendestelle, Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation/Adaption) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. auf der Grundlage von wissenschaftlich anerkannten Verfahren der Therapie-Ziel-Skalierung, Klientenbefragungen)?
 - Wird die Wirksamkeit der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	15 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.2 Einzel- und Gruppentherapie

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Einzel- und Gruppentherapie regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit **all** ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung in Qualitätszirkeln)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Qualität der geplanten einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Dokumentation von Beschwerden) erfasst?
- Werden Kundenbedürfnisse z.B. zur Festlegung der Therapieziele oder der Gestaltung der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen, erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Prozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	16 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.3 Sozial- und Berufsberatung

1. Bereich

Die Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung der Abhängigkeitserkrankten stellen eine wesentliche Voraussetzung für eine dauerhafte Abstinenz von Suchtmitteln dar. Sie sind vielschichtig und können, ausgehend von den individuellen Bedingungen eines Klienten, z.B. berufsspezifische Belastungserprobungen, Rechtsberatung, Schuldenberatung, Berufsfindung durch Interessens- und Eignungsdiagnostik, berufliche Wiedereingliederung, Verständigungshilfen (Beruf, Alltag), Information über spezielle Reha-Leistungen, Beratung zur finanziellen, häuslichen/sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung, Information über Vermittlung von Nachsorgeangeboten (ambulante/stationäre Versorgung, Selbsthilfegruppe usw.), Bewerbungstraining oder Praktikumsvermittlung umfassen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	17 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.3 Sozial- und Berufsberatung

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Sind die Maßnahmen der Sozial- und Berufsberatung anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Ablauf Schuldenregulierung, Taschengeldanträge)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (z.B. Sprechstunden, Antragstellung, Abrechnungsverfahren) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. Bezug von Taschengeld, Schuldenregulierung, Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z.B. Klientinnen und Klienten, Angehörige, Entsendestellen) entsprechend berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Sozial- und Berufsberatung allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung der Maßnahmen zur Sozial- und Berufsberatung geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an der Sozial- und Berufsberatung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung (z.B. Sozialarbeiter, Arbeitstherapeut) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Arbeitgeber, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern der Sozial- und Berufsberatung definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Aussagen zur Kundenzufriedenheit, Anzahl der Beschwerden, Anzahl der Arbeitsplatzvermittlungen, Anzahl der Vermittlungen in Nachsorgeangebote)?
 - Wird die Wirksamkeit des Prozesses Sozial- und Berufsberatung anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	18 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.3 Sozial- und Berufsberatung

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Sozial- und Berufsberatung regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Aktualität der Angebote, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses der Sozial- und Berufsberatung innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Qualität der weitergegebenen Informationen im Rahmen der Sozial- und Berufsberatung (z.B. Adressen, Rechtsberatung, Beratung zur finanziellen, sozialen und gesundheitlichen Sicherstellung, Konzeptionen) erfasst?
- Werden Kundenbedürfnisse für die Gestaltung und Umsetzung der Sozial- und Berufsberatung mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung der Sozial- und Berufsberatung festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit der Sozial- und Berufsberatung der Klientinnen und Klienten einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Prozesses der Sozial- und Berufsberatung (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Prozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung und Einarbeitung der Erkenntnisse aus Fachveröffentlichungen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	19 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.4 Ergotherapie/Arbeitstherapie/Belastungserprobung/Unterricht

1. Bereich

Die ergotherapeutische/arbeitstherapeutische Behandlung orientiert sich an den Alltagsproblemen der Klientinnen und Klienten und hat zur Aufgabe, krankheitsbedingt eingeschränkte psychische, sensorische und motorische Funktionen und Fähigkeiten wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu verhindern. Durch den Einsatz handwerklicher und gestalterischer Techniken in den Arbeitsbereichen der Einrichtung (wie z.B. Schreinerei, Gärtnerei, Landwirtschaft, Tierhaltung, Küche, Verwaltung) sowie praktische Arbeitserprobungen (z.B. im Rahmen eines externen Praktikums) sollen die Voraussetzungen für eine berufliche Integration geschaffen werden.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erfolgt darüber hinaus auf der Grundlage der ergo- und arbeitstherapeutischen Angebote sowie der Belastungserprobung die Feststellung der voll- oder teilschichtigen Belastungsfähigkeit der Klientinnen und Klienten. Die nachfolgend aufgeführten Qualitätsmerkmale beziehen sich im Wesentlichen auf ergotherapeutische/arbeitstherapeutische Angebote, sie können jedoch in ihrer Systematik ebenso auf Formen der Belastungserprobung oder Unterrichtseinheiten übertragen werden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	20 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.4 Ergotherapie/Arbeitstherapie/Belastungserprobung/Unterricht

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Sind die ergotherapeutischen/arbeitstherapeutischen Maßnahmen anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Umsetzung der handwerklichen Techniken, Ablauf der Arbeitserprobung)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Arbeitstherapeuten) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (Diagnostik der Funktionseinschränkungen, Fertigkeitstraining, Zuordnung zum Arbeitsbereich) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der Klientinnen und Klienten (z.B. Erlangung einer Qualifikation, Berufswunsch) entsprechend berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Ergotherapie/Arbeitstherapie allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung der ergotherapeutischen/arbeitstherapeutischen Maßnahmen geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an den ergotherapeutischen/ arbeitstherapeutischen Maßnahmen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung (Arbeitstherapeuten, Bezugstherapeuten) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Arbeitgeber, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern der ergotherapeutischen/arbeits-therapeutischen Maßnahmen definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Verbesserung der Arbeitsgrundfertigkeiten, Belastungskennziffern, Anzahl der Vermittlungen in den ersten Arbeitsmarkt)?
 - Wird die Wirksamkeit des Prozesses ergotherapeutische/arbeits-therapeutische Maßnahmen anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	21 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.4 Ergotherapie/Arbeitstherapie/Belastungserprobung/Unterricht

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Ergotherapie/Arbeitstherapie regelmäßig und systematisch kontrolliert und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten/Qualifikationen in der Durchführung der Maßnahmen, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses Ergotherapie/Arbeitstherapie innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Qualität der vermittelten Fertigkeiten, Kenntnisse und Informationen (z.B. handwerkliche Fertigkeiten, Adressen, Berufsberatung) erfasst?
- Werden Kundenbedürfnisse hinsichtlich der Gestaltung und Umsetzung des Prozesses Ergotherapie/Arbeitstherapie mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Dokumentation von Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Prozesses Ergotherapie/ Arbeitstherapie festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit der ergotherapeutischen/arbeitstherapeutischen Maßnahmen einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass bei Fehlern im Rahmen der ergotherapeutischen/arbeitstherapeutischen Maßnahmen eine komplexe Ursachenanalyse zur Weiterentwicklung des Prozesses führt, so dass ein erneutes Auftreten des Fehlers unwahrscheinlich wird?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Prozesses Ergotherapie/Arbeitstherapie (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Prozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung und Einarbeitung der Erkenntnisse aus Fachveröffentlichungen, wissenschaftlichen Untersuchungen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	22 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.5 Indikative Angebote

1. Bereich

Ein wesentlicher Schwerpunkt der therapeutischen Behandlung fällt in den Bereich der indikativen Angebote. Grundlage ist die Indikationsstellung, die nach begründeten Indikationsregeln die Klienten mit unterschiedlichen Störungen oder Problemen verschiedenen effektiven Interventionen zuordnet. Indikative Angebote können je nach Einrichtungsart spezifische therapeutische Verfahren wie Verhaltenstherapie, Psychoanalyse usw. oder gruppentherapeutische Angebote wie Rückfallpräventionsprogramm, Frauen- und Männergruppe, Entspannungstraining usw. umfassen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	23 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.5 Indikative Angebote

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Sind die indikativen und sonstigen Angebote anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Trainingsmanual zur Rückfallprophylaxe)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Bezugstherapeuten) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (Behandlungsplan) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. Reduzierung der Symptomatik, Umgang mit potentiellen Risikosituationen, Erlernen von Problemlösefertigkeiten, Rollenspiele) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der Klientinnen und Klienten (z.B. Formulierung eigener Therapieziele, Formen der Realitätserprobung) entsprechend berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung indikative und sonstige Angebote allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung der indikativen und sonstigen Angebote geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an den indikativen und sonstigen Angeboten beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung (Fachärzte, Diplom-Psychologen, Soziotherapeuten) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Entsendestelle, Ausbildungsstelle) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern der indikativen und sonstigen Angebote definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. auf der Grundlage von wissenschaftlich anerkannten Verfahren, Klientenbefragungen)?
 - Wird die Wirksamkeit der indikativen und sonstigen Angebote anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	24 / 50

3B. Prozessqualität

3.3.5 Indikative Angebote

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe die Indikativen und sonstigen Angebote regelmäßig und systematisch kontrolliert werden und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung in Qualitätszirkeln)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der indikativen und sonstigen Angebote innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Qualität der geplanten indikativen und sonstigen Angebote mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Beschwerden) erfasst?
- Werden Kundenbedürfnisse z.B. zur Festlegung der Therapieziele oder zur Gestaltung der indikativen und sonstigen Angebote erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung der indikativen und sonstigen Angebote festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass ineffektive indikative und sonstige Angebote einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen werden, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führen?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung der indikativen und sonstigen Angebote (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Prozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich der indikativen und sonstigen Angebote)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	25 / 50

3B. Prozessqualität

3.4.1 Betreuungsplanung

1. Bereich

Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene schließen mit den Vereinigungen der Träger der Einrichtungen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG ab. In den Rahmenverträgen sollen die Merkmale und Besonderheiten der jeweiligen Hilfeart berücksichtigt und somit die Bildung von entsprechenden Hilfebedarfsgruppen ermöglicht werden.

Die Betreuungsqualität Suchtmittelabhängiger in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Wohnheimen wird wesentlich durch die fachlich qualifizierte Einteilung in die entsprechenden Hilfebedarfsgruppen sowie die Qualität der individuellen Betreuungsplanung bestimmt.

Einige der bereits im Rahmen der medizinischen Rehabilitation beschriebenen wesentlichen kundenbezogenen Prozesse finden sich natürlich auch in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Wohnheimen wieder (Aufnahme, medizinische Interventionen, Sozialberatung, Entlassung etc.).

Die Betreuungsplanung ist spezifiziert für stationäre Eingliederungshilfeeinrichtungen. Ihr liegt in der Regel das Konzept der Einrichtung zu Grunde und sie orientiert sich bei der Ausgestaltung am individuellen Hilfebedarf der Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	26 / 50

3B. Prozessqualität

3.4.1 Betreuungsplanung

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist die Betreuungsplanung anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Aufgabenverteilung, Übergabesystem)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Bezugstherapeut, Heimleiter) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (z.B. Datenerhebung, Beratung, Pflege, Unterstützung, Begleitung, Anleitung) sowie die wesentlichen Ziele des Prozesses (z.B. alltägliche Lebensführung, Gestaltung sozialer Beziehungen, Gesundheitsvorsorge, Erwerb von Problemlösefertigkeiten) festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Betreuungsplanung die Bedürfnisse und Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend berücksichtigt und beschrieben?

- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Betreuungsplanung allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Optimierung der Betreuungsplanung geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an der Betreuungsplanung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung (Ärzte, Ergotherapeuten, Heimleiter) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Betreuern) gewährleistet?

- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern der Betreuungsplanung definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Angemessenheit für die Bestimmung der Betreuungsziele, Übereinstimmung mit klinischen Befunden)?
 - Wird die Wirksamkeit des Prozesses Betreuungsplanung anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	27 / 50

3B. Prozessqualität

3.4.1 Betreuungsplanung

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe die Betreuungsplanung regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung in Qualitätszirkeln)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der Betreuungsplanung innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Bewohnerbedürfnisse bezüglich der Qualität der Betreuungsplanung mittels systematischer Erhebungen (z.B. Fragebögen, Dokumentation der Beschwerden) erfasst?
- Werden Bewohnerbedürfnisse, z.B. zur Festlegung der Betreuungsziele, zur Gestaltung der Betreuungsplanung oder sonstige Wünsche, erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung der Betreuungsplanung festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass ineffektive Betreuungsplanungen einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen werden, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung der Betreuungsplanung (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Prozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich der indikativen und sonstigen Angebote)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	28 / 50

3B. Prozessqualität

3.4.2 Betreuungsmaßnahmen

1. Bereich

Die Betreuungsmaßnahmen orientieren sich am individuellen Hilfebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner sowie dem jeweils festgelegten Hilfeplan.

Die einzelnen Leistungsangebote sind in der Konzeption der Einrichtung zu beschreiben und haben zur Aufgabe, krankheitsbedingt eingeschränkte psychische, sensorische und motorische Funktionen und Fähigkeiten wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu verhindern. Darüber hinaus soll die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft gesichert werden. Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 40 BSHG umfassen:

- Unterkunft und Verpflegung als Grundleistung (lt. Rahmenvertrag nach § 93 d Abs. 2 BSHG)
- „Maßnahme Wohnen“ (lt. Rahmenvertrag nach § 93 d Abs. 2 BSHG) mit den Schwerpunkten Beratung, Betreuung, Pflege, Unterstützung, Begleitung, Anleitung, Förderung bei: Alltäglicher Lebensführung, individueller Basisversorgung, Gestaltung sozialer Beziehungen, Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, Kommunikation und Orientierung, emotionale und psychische Entwicklung, Gesundheitsförderung und Erhaltung, sozialpädagogische Angebote sowie sonstige Leistungen.
- „Maßnahme Hilfen zur Gestaltung des Tages“ (Art und Umfang der im Einzelfall zu erbringenden Leistung richten sich nach dem jeweiligen Gesamtplan nach § 46 BSHG, dem von der Einrichtung zu erstellenden individuellen Hilfeplan, der Vereinbarung mit dem Hilfeempfänger sowie dem jeweiligen individuellen Bedarf des Hilfeempfängers.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	29 / 50

3B. Prozessqualität

3.4.2 Betreuungsmaßnahmen

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Sind die Betreuungsmaßnahmen anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. im Einrichtungskonzept bzw. im Betreuungsplan)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Bezugsbetreuer, Arbeitstherapeuten) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (Förderung der emotionalen und psychischen Entwicklung, Zuordnung zum Arbeitsbereich, Fertigkeitstraining) sowie die wesentlichen Ziele des Prozesses (z.B. Stabilisierung der Suchtmittelabstinenz, Erarbeitung und Erprobung neuer Verhaltensmuster, berufliche Wiedereingliederung) festgelegt?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der Klientinnen und Klienten (z.B. Rückfallbearbeitung, Erlernen einer Fertigkeit, Freizeitwünsche) entsprechend berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Betreuungsmaßnahmen allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung der Betreuungsmaßnahmen geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an den Betreuungsmaßnahmen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung (Arbeitstherapeuten, Bezugstherapeuten) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. gesetzliche Betreuer, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern der Betreuungsmaßnahmen definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Kundenzufriedenheit, Verbesserung der Arbeitsgrundfertigkeiten, Anzahl der Vermittlungen in den ersten Arbeitsmarkt)?
 - Wird die Wirksamkeit der Betreuungsmaßnahmen anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	30 / 50

3B. Prozessqualität

3.4.2 Betreuungsmaßnahmen

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Betreuungsmaßnahmen regelmäßig und systematisch kontrolliert und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten/Qualifikationen in der Durchführung der Maßnahmen, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses Betreuungsmaßnahmen innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Qualität der weitergegebenen Fertigkeiten, Kenntnisse und Informationen (z.B. handwerkliche Fertigkeiten, Adressen, Berufsberatung) erfasst?
- Werden Kundenbedürfnisse hinsichtlich der Gestaltung und Umsetzung des Prozesses Betreuungsmaßnahmen mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Dokumentation von Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Prozesses Betreuungsmaßnahmen festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass bei Fehlern im Rahmen der Betreuungsmaßnahmen eine komplexe Ursachenanalyse zur Weiterentwicklung des Prozesses führt, so dass ein erneutes Auftreten des Fehlers unwahrscheinlich wird?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Prozesses Betreuungsmaßnahmen (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Prozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung und Einarbeitung der Erkenntnisse aus Fachveröffentlichungen und wissenschaftlichen Untersuchungen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	31 / 50

3B. Prozessqualität

3.5 Umgang mit Störungen im Behandlungs-/Betreuungsverlauf

1. Bereich

Der Verlauf der Behandlung von Suchtmittelabhängigen ist häufig von Störungen, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des Betroffenen liegen können, beeinträchtigt. Mögliche äußere Faktoren, die den Behandlungserfolg gefährden, können in einem instabilen familiären oder sozialen Umfeld, justiziellen Belastungen (z.B. Verurteilung während der Behandlung) oder sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Probleme der sozialen und beruflichen Integration) sein. Interne Auslösefaktoren, wie z. B. emotionale oder motivationale Probleme, können zu einer krisenhaften Entwicklung, zu Rückfälligkeit während des Behandlungsverlaufs oder schließlich zu einem Abbruch führen. Daher ist es von entscheidender Bedeutung für die Erreichung der therapeutischen Ziele, wenn der Umgang mit derartigen Störungen bereits zu Beginn der Behandlung beschrieben ist, verantwortliche Mitarbeiter für etwaige Kriseninterventionen bestimmt sind und die Kooperation der beteiligten Fachrichtungen (z.B. Medizin/ Sozialarbeit) sichergestellt ist. Darüber hinaus sollte eine regelmäßige Überprüfung der Angemessenheit und Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen sichergestellt sein.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	32 / 50

3B. Prozessqualität

3.5 Umgang mit Störungen im Behandlungs-/Betreuungsverlauf

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist der Prozess Umgang mit Störungen im Behandlungsverlauf anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Vorgehensweise, Aufgabenverteilung, Krisenintervention, Krisenplan)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Bezugstherapeut, Arzt) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (einzel- und gruppentherapeutische Kriseninterventionen) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. Rückfallbearbeitung, Fortsetzung der Behandlung, Erreichung der Therapieziele) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z.B. Klientinnen und Klienten, Angehörige, Entsendestellen) entsprechend berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Umgang mit Störungen im Behandlungsverlauf allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung des Prozesses geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an den Kriseninterventionen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung und mit betroffenen externen Kooperationspartnern (z.B. Entsendestelle, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Prozesses Umgang mit Störungen im Behandlungsverlauf definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft?
 - Wird die Wirksamkeit des Prozesses Umgang mit Störungen anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	33 / 50

3B. Prozessqualität

3.5 Umgang mit Störungen im Behandlungs-/Betreuungsverlauf

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Umgang mit Störungen im Behandlungsverlauf regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Durchführung der Aufnahme, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses Umgang mit Störungen im Behandlungsverlauf innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Transparenz des Umganges mit Störungen im Behandlungsverlauf erfasst?
- Werden Kundenbedürfnisse hinsichtlich des Umganges mit Störungen im Behandlungsverlauf mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Dokumentation von Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Umganges mit Störungen im Behandlungsverlauf festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit der Maßnahmen im Umgang mit Störungen im Behandlungsverlauf einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Prozesses Umgang mit Störungen im Behandlungsverlauf (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Prozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich Kriseninterventionen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	34 / 50

3B. Prozessqualität

3.6 Umgang mit Klienteneigentum

1. Bereich

Die Einrichtung sollte Zuständigkeiten, Verantwortungen und Verfahrensweisen für einen geordneten Umgang mit Klienteneigentum festlegen und dokumentieren. Die Aufbewahrung, Kennzeichnung, Rückverfolgbarkeit und Rückgabe des Klienteneigentums sollte sich sowohl an den Anliegen, Wünschen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten orientieren, als auch ökonomische Gesichtspunkte aus Sicht der Einrichtung entsprechend berücksichtigen. Außerdem sollten Aufzeichnungen über die Verwahrung und den Verbleib von Klienteneigentum geführt werden, so dass im Falle von verloren gegangenem oder beschädigtem Eigentum die Klientinnen und Klienten informiert und Haftungsfragen geklärt werden können.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	35 / 50

3B. Prozessqualität

3.6 Umgang mit Klienteneigentum

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist der Prozess Umgang mit Klienteneigentum anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Verantwortlichkeiten, Aufgabenverteilung, Abläufe,)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Verwaltung, technisches Personal, Bezugstherapeut,) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (Dokumentation, Kennzeichnung, Rückgabe) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. Rückverfolgbarkeit, angemessene Lagerung) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z.B. Klientinnen und Klienten, Angehörige) entsprechend berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Umgang mit Klienteneigentum allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung des Prozesses geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den am Prozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung und mit betroffenen externen Kooperationspartnern (z.B. Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Prozesses Umgang mit Klienteneigentum definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft?
 - Wird die Wirksamkeit des Prozesses Umgang mit Klienteneigentum anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	36 / 50

3B. Prozessqualität

3.6 Umgang mit Klienteneigentum

- Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Umgang mit Klienteneigentum regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten bei der Durchführung, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses Umgang mit Klienteneigentum innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Transparenz des Umgang mit Klienteneigentum erfasst?

- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen

- Sind die zentralen Kennziffern des Prozesses Umgang mit Klienteneigentum und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft?
- Wird die Wirksamkeit des Prozesses Umgang mit Klienteneigentum anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

- Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Umgang mit Klienteneigentum regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Anwendung eines spezifischen Kennzeichnungssystem, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses Umgang mit Klienteneigentum innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Transparenz des Umgang mit Klienteneigentum erfasst?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	37 / 50

3B. Prozessqualität

3.7 Entlassung

1. Bereich

Der Hauptprozess Entlassung orientiert sich bereits an den im Aufnahmegespräch erfassten krankheitsbedingten Problemen und begleitet den Klienten/die Klientin im Sinne einer Vorbereitung auf die Situation nach der stationären Maßnahme während der gesamten Behandlungsverlaufs.

Die planmäßige Entlassung eines Klienten sollte die Vorbereitung des sozialen Umfeldes und somit die wesentlichen Bezugspersonen wie z. B. Angehörige, Arbeitgeber, Hausärzte, Freundinnen und Freunde, Beratungsstellen sowie weiter behandelnde Einrichtungen mit einbeziehen. Ziel ist dabei die Sicherung eines dauerhaften Behandlungserfolges sowie die Generalisierung der erreichten Behandlungsfortschritte in die relevanten Lebensbereiche des Klienten/der Klientin. Die Inanspruchnahme von fachlichen Hilfeangeboten medizinischer, rehabilitativer oder sozialer Art nach der Beendigung der Behandlung sind integraler Bestandteil des Hauptprozesses Entlassung.

Dabei sind die verschiedenen Entlassungsmodalitäten, z. B. nach den Richtlinien des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) für die Entlassung aus medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, einschließlich der sich daraus ableitenden Fürsorgepflichten, entsprechend zu berücksichtigen. So ist bei vorzeitigen Entlassungen auf eigenen Wunsch oder Entlassungen gegen den Willen der Klienten zu prüfen, ob eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht und welche geeigneten Maßnahmen ggf. veranlasst werden müssen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	38 / 50

3B. Prozessqualität

3.7 Entlassung

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist der Entlassungsprozess anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Ablauf und Organisation der Entlassung)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (Bezugstherapeut, Arzt) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (organisatorische und administrative Vorgänge in der Einrichtung, z.B. das Planen der postrehabilitativen Behandlung und Betreuung oder zeitnahe Übersendung des Entlassungsberichtes an die zuständige Stelle) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. qualifizierte Vermittlung in Anschlussangebote) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z.B. Klientinnen und Klienten, Angehörige, Entsendestellen) entsprechend berücksichtigt und beschrieben (z.B. Umgang mit dem Eigentum der Klientinnen und Klienten)?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Entlassung allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung des Entlassungsprozesses geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an der Entlassung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung (Arzt, Bezugstherapeut) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. aufnehmende Einrichtung, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Entlassungsprozesses definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Anzahl qualifizierter Weitervermittlungen, Aussagen zur Kundenzufriedenheit, Anzahl der Beschwerden)?
 - Wird die Wirksamkeit des Entlassungsprozesses anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	39 / 50

3B. Prozessqualität

3.7 Entlassung

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Entlassung regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Festlegung von Zielgrößen entsprechend den Vorgaben von Leistungsträgern, Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Durchführung der Entlassung, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Entlassungsprozesses innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der Qualität des Entlassungsprozesses (z.B. umfangreiche Informationen über mögliche Anschlussbehandlungen, Hilfe bei der Wohnungssuche, Verbringungsmöglichkeiten, Transparenz) systematisch erfasst?
- Werden Kundenbedürfnisse hinsichtlich der Umsetzung sowie der Gestaltung des Entlassungsprozesses mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Dokumentation von Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Entlassungsprozesses festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Angemessenheit des Entlassungsprozesses einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Entlassungsprozesses (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern des Entlassungsprozesses in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung und Einarbeitung der Erkenntnisse aus Fachveröffentlichungen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	40 / 50

3B. Prozessqualität

3.8 Berichtswesen

1. Bereich

Die Qualität der durchgeführten Rehabilitationsleistung kann auf der Grundlage eines Reviews der Entlassungsberichte beurteilt werden (Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation (DRV-Schriftenband 18)). Eine Prozessbeschreibung zur Erstellung von Berichten sollte Angaben zur formalen Gestaltung der Berichte enthalten, die Verantwortlichkeiten für einzelne Berichtsteile verbindlich regeln, Maßnahmen der Prozesssteuerung und Überprüfung (Terminierung) enthalten sowie Kennziffern im Sinne von Qualitätsmerkmalen festlegen. In Anlehnung an das Peer-Review-Verfahren des VDR können folgende qualitätsrelevanten Bereiche des Entlassungsberichtes und der individuellen Therapiepläne festgelegt werden:

- Anamnese
- Diagnostik
- Therapieziele und Therapie
- Sozialmedizinische Stellungnahme
- Nachsorgekonzept
- Verlauf und Epikrise

Die Prozessbeschreibung zur Erstellung von Berichten soll Rückschlüsse auf die Umsetzung der konzeptionellen Vorgaben und Ziele sowie der hierzu notwendigen Maßnahmen und damit der Behandlungsqualität ermöglichen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	41 / 50

3B. Prozessqualität

3.8 Berichtswesen

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist der Prozess Berichtswesen anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Terminierung der Berichte, Aufgabenverteilung, Struktur der Berichte)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen (z.B. Bezugstherapeut, Arzt) benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, sozialmedizinische Stellungnahme, Nachsorgekonzept, Verlauf und Epikrise) sowie die wesentlichen Ziele (z.B. Vollständigkeit, Entsprechung der Qualitätsmerkmale des VDR) des Prozesses festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z.B. Bewertungskriterien zur Qualität von Berichten der Kosten- und Leistungsträger, Entsendestellen) entsprechend berücksichtigt und beschrieben?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Berichtswesen allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur- und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung des Berichtswesens geregelt ist?
 - Ist die Zusammenarbeit von den an der Berichten beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Entsendestelle, Kosten- und Leistungsträger) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Prozesses Berichtswesen definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. Rückmeldungen durch die Kostenumd Leistungsträger im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens, Zufriedenheit von Kooperationspartnern und Klienten/-innen mit Berichten, Anzahl der Beschwerden, Bewertungskriterien des Per-Review-Verfahrens)?
 - Wird die Wirksamkeit des Prozesses Berichtswesen anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	42 / 50

3B. Prozessqualität

3.8 Berichtswesen

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Berichtswesen regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen regelmäßig fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Erstellung der Berichte, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses Berichtswesen innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Kundenbedürfnisse bezüglich der geforderten Qualität (Richtlinien der Kosten- und Leistungsträger, Verständlichkeit der Berichte für Kooperationspartner, Zeitpunkt der Erstellung des Entlassungsberichtes, Einhaltung von Datenschutzbestimmungen) mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Dokumentation von Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Konkurrenten verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Berichtswesens festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit des Berichtswesens einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Prozesses Berichtswesen (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern der Berichte in Qualitätsarbeitskreisen, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung und Einarbeitung neuer Richtlinien und Verordnungen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	43 / 50

3B. Prozessqualität

3.9 Versorgungsübergreifende Kooperationen

1. Bereich

Die Gewährleistung fachlich qualifizierter Beratungs- und Behandlungsangebote in den Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe erfordert zunehmend die Arbeit in versorgungsübergreifenden Kooperationen. In unserem Verständnis unterscheiden wir folgende Formen versorgungsübergreifender Kooperationen:

- a) **Die Kooperation zwischen verschiedenen Indikationsbereichen innerhalb der Suchthilfe**
Damit ist beispielsweise die „klassische“ Kooperation zwischen ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen in der Suchthilfe sowie die modulare Kombinationsbehandlung gemeint. Diese Kooperationsform kann innerhalb eines Trägerverbundes stattfinden oder in trägerübergreifenden Verbänden organisiert sein.
- b) **Die Kooperation zwischen Indikationsbereichen in der sektorenübergreifenden Suchthilfe**
Mit Sektoren sind verschiedene Versorgungsbereiche wie beispielsweise die Suchthilfe, die medizinische oder psychiatrische Versorgung gemeint. Sektorenübergreifende Suchthilfe bezeichnet somit Hilfeangebote, wie die Entgiftung, die Suchtprävention und die Suchtselbsthilfe oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung, die nicht im System der Suchthilfe selber organisiert sind, aber zum Gesamtrehabilitationsprozess gehören. Hierunter sind auch Verträge der integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V zu fassen.
- c) **Die Kooperation zwischen der Suchthilfe und weiteren Hilfebereichen**
Diese Kooperationsform nimmt die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe und Anbietern von Leistungen aus anderen Helfefeldern (z.B. Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Schuldnerberatung, Bewährungshilfe, Behörden, Schulen, Betriebe, Arbeitskreise, Qualitätszirkel) in den Blick, unabhängig deren Organisations- und Verbindlichkeitsgrad in der Kooperation.

Mit Kooperation ist hierbei die fallbezogene (d.h. die klienten- bzw. patientenbezogene) und/oder institutionelle Zusammenarbeit und Vernetzung unterschiedlicher Professionen und Institutionen innerhalb eines Helfefeldes oder hilfefeldübergreifend gemeint. Die gemeinsame Leistungserbringung orientiert sich an einer bedarfsgerechten und personenbezogenen Hilfeerbringung. Das Spektrum der Kooperation ist sehr vielfältig und reicht von Einzelkontakten bis hin zu regelmäßigen Kooperationsformen im Rahmen gemeinsamer Zielsetzungen und zur Umsetzung komplexer Leistungen (z.B. Hilfen bei schwangeren Drogenabhängigen). Ziele der Zusammenarbeit können unter anderem die nahtlose Vermittlung von Klienten/innen in

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	44 / 50

3B. Prozessqualität

3.9 Versorgungsübergreifende Kooperationen

Die unterschiedlichen Kooperationsformen erfordern auf der Prozessebene ein kompetentes Schnittstellenmanagement und Case Management, um die Verbindlichkeit der Kooperation und einen angemessenen Qualitätsstandard sicher zu stellen (siehe auch Punkt 3.10 Schnittstellenmanagement) Qualifizierungsmaßnahmen, in Arbeitsprojekte und Arbeitstrainings, in die schulische und berufliche Rehabilitation sowie in weiterführende soziale, psychische oder somatische Hilfen bei multiplen Problemlagen sein.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	45 / 50

3B. Prozessqualität

3.9 Versorgungsübergreifende Kooperationen

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - In welcher Form (Prozessbeschreibung, Verfahrensanweisung) ist der Prozess Versorgungsübergreifende Kooperationen beschrieben und dokumentiert (z. B. Ziele und Zweck, Zielgruppe, Geltungsbereich, Umfang / Dauer, Ablauf)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (z. B. einrichtungsübergreifende Vermittlung von Klientinnen und Klienten, Kooperationsgespräche und -vereinbarungen, Zusammenarbeit mit der Suchtselbsthilfe, Gremienarbeit) sowie die wesentlichen Ziele der Versorgungsübergreifenden Kooperationen (z. B. professionelles Case-Management, dokumentierte Kooperationsvereinbarungen, wirkungsvolle Gremienarbeit) festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z. B. Klienten, Bezugspersonen, Multiplikatoren, Fachöffentlichkeit, Fachpersonal, Selbsthilfegruppen) entsprechend berücksichtigt und beschrieben (z. B. qualifizierte und schnelle Vermittlung innerhalb des Suchthilfesystems, Vernetzung der Einrichtung, sachlicher und qualifizierter Informationsaustausch)?
- Kooperation aller an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Versorgungsübergreifende Kooperationen allen an der Umsetzung Beteiligten in der aktuellen Fassung zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachkräften zur Optimierung der Versorgungsübergreifenden Kooperationen geregelt ist?
 - Wie wird die Zusammenarbeit zwischen dem beteiligten Personal innerhalb der Einrichtung und mit externen Kooperationspartnern (z. B. Einrichtungen der Suchthilfe, Trägern, Vertretern der Politik, Fachverbänden, Schulen, Kindergärten, Betrieben, Gemeinden, Psychiatrischen Kliniken, Jugendzentren) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z. B. Anzahl Vermittlungen von Klienten zu Kooperationspartnern, Anzahl Kooperationsverträge, Erhebungen zur Kundenzufriedenheit, Anzahl der Beschwerden, positive Rückmeldungen in der Fachöffentlichkeit)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	46 / 50

3B. Prozessqualität

3.9 Versorgungsübergreifende Kooperationen

- Wird die Wirksamkeit des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?
- Änderung von Prozessen / Prozessentwicklung
 - Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess Versorgungsübergreifende Kooperationen regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen fortgeschrieben wird (z. B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Durchführung des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
 - Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
 - Werden Kundenerwartungen zur Klärung z. B. des Informationsbedarfes sowie der Gestaltung des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Beschwerden) erfasst?
 - Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeitern, Kunden, anderen Interessengruppen und Wettbewerbern verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen festzulegen?
 - Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
 - Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Prozesses Versorgungsübergreifende Kooperationen (z. B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern in Qualitätszirkeln, Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse zu dem jeweiligen Bereich, beispielsweise Nutzen und Wirksamkeit einer einrichtungsübergreifenden Kooperation im Sinne des Case-Managements oder mit Selbsthilfegruppen für den Behandlungserfolg bei Suchtmittelabhängigen)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	47 / 50

3B. Prozessqualität

3.10 Übergabemanagement

1. Bereich

Mit Übergabemanagement sind alle Planungen und Abläufe gemeint, die der Wechsel der Behandlungs- oder Betreuungseinrichtung nach deren Beendigung erforderlich macht. Dabei werden sowohl die sozial-administrativen Notwendigkeiten (z.B. Erwirken einer Kostenübernahmeerklärung) als auch die Vermittlung und Übergabe von fachlichen Informationen und Inhalten, die eine effektive Fortsetzung der Betreuung und Behandlung in anderen Settings ermöglichen, beschrieben.

Elemente des Übergabemanagements

- bei der Konzeptionierung des Übergabemanagements sind vorgegebene Rahmenvereinbarungen bzw. gesetzlichen Regelungen zu berücksichtigen, z.B. Geschäftsordnungen der Hilfeplankonferenzen, Belegkonferenzen.
- Ziel des Übergabemanagements ist die kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung
- das Übergabemanagement regelt die Übergabe eines Klienten/einer Klientin von einem Setting in das nächste
- die Durchführung der Übergabe kann sowohl in einem Gespräch als 3er-Konferenz, in einer Erprobung des neuen Settings als auch sonstigen kreativ zu gestaltenden und erfahrungvermittelnden Aktivitäten bestehen
- inhaltlich soll im Rahmen der Übergabe der aktuelle Stand der Behandlungsentwicklung wiedergegeben werden
- dies umfasst die Besprechung durchgeführter und geplanter Interventionen der unterschiedlichen Professionen (sozialarbeiterisch, therapeutisch, medizinisch, administrativ)
- der weitere Behandlungsverlauf soll im Sinne einer Zielvereinbarung abgestimmt werden

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	48 / 50

3B. Prozessqualität

3.10 Übergabemanagement

2. Qualitätsmerkmale

- Prozessbeschreibung und –verantwortung
 - Ist der Prozess des Übergabemanagements anhand einer festgelegten Struktur und Verfahrensweise beschrieben und dokumentiert (z.B. Abfolge des Übergabemanagements, Aufgabenverteilung, Wechsel der Behandlungs- oder Betreuungseinrichtung)?
 - Sind die Prozessverantwortlichen benannt und für ihre Aufgaben qualifiziert?
 - Sind die Teilprozesse (administrative Aufgaben, Vermittlung und Übergabe, Casemanagement) sowie die wesentlichen Ziele des Übergabemanagements (z.B. kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung, fachlich qualifizierte Informationsweitergabe) festgelegt und beschrieben?
 - Sind in der Prozessbeschreibung die Bedürfnisse und Interessen der verschiedenen Kundengruppen (z.B. Klientinnen und Klienten, Angehörige, Kooperationspartner) entsprechend berücksichtigt und beschrieben (z.B. individuelle Betreuung bzw. Behandlung, Information aller Beteiligten über den Vermittlungsprozess)?
- Kooperation der an der Umsetzung des Prozesses beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - Ist die Prozessbeschreibung Übergabemanagement allen an der Umsetzung Beteiligten zugänglich und bekannt?
 - Gibt es eine Struktur und Verfahrensweise, in der die Abstimmung zwischen den beteiligten Fachbereichen zur Optimierung des Übergabemanagements geregelt ist?
 - Wie ist die Zusammenarbeit von den am Übergabemanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb der Einrichtung (z.B. verschiedene Fachgruppen) und mit externen Kooperationspartnern (z.B. Casemanager / innen, Angehörige) gewährleistet?
- Überprüfung der Wirksamkeit von Prozessen
 - Sind die zentralen Kennziffern des Übergabemanagements definiert und werden sie regelmäßig auf ihre Aussagekraft hin überprüft (z.B. vollständige Informationsweitergabe, Erhebungen zur Kundenzufriedenheit, Anzahl der Beschwerden, Abbruchquote während oder unmittelbar nach der Übergabe,)?
 - Wird die Wirksamkeit des Übergabemanagements anhand der festgelegten Kennziffern regelmäßig durch Vergleich mit eigenen Prozessen und Vergleich mit Prozessen in anderen Einrichtungen überprüft (Benchmarking)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	49 / 50

3B. Prozessqualität

3.10 Übergabemanagement

• Änderung von Prozessen/Prozessentwicklung

- Gibt es in der Einrichtung ein festgelegtes System, mit dessen Hilfe der Prozess des Übergabemanagements regelmäßig und systematisch kontrolliert wird und die Prozessbeschreibung mit all ihren Bestandteilen fortgeschrieben wird (z.B. Überprüfung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten in der Durchführung der Vermittlung, regelmäßiges Review und Aktualisierung der Prozessbeschreibung)?
- Ist die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Übergabemanagements innerhalb der Einrichtung am Vergleich mit eigenen Prozessen und mit Prozessen in anderen Einrichtungen orientiert (Benchmarking)?
- Werden Klientenerwartungen zur Klärung der Erfordernisse und der Gestaltung des Übergabemanagements mittels systematischer Erhebungen (Fragebögen, Beschwerden) erfasst?
- Werden die systematisch erhobenen Informationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Klientinnen und Klienten, anderen Interessengruppen und Kooperationspartnern verwendet, um Ziele für die Verbesserung des Übergabemanagements festzulegen?
- Stellt die Einrichtung sicher, dass die Wirksamkeit des Übergabemanagements einer komplexen Ursachenanalyse unterzogen wird, die zu einer Weiterentwicklung des Prozesses führt?
- Gibt es beschriebene Methoden zur Einführung oder Änderung des Übergabemanagements (z.B. Ableitung von konkreten Maßnahmen aus der Analyse der Kennziffern in Qualitätszirkeln, Gremien, regelmäßigen Kooperationsgesprächen, Festlegung einer Verfahrensweise zur Änderung der Prozessbeschreibung, Berücksichtigung wissenschaftlicher bzw. empirisch gesicherter Erkenntnisse hinsichtlich der Wirkfaktoren im Rahmen des Übergabemanagements)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		2.0	04/11	50 / 50

4. Ergebnisqualität

Inhaltsübersicht Kapitel 4

Nr.	Kapitel	Unterkapitel	Seite
4.	Ergebnisqualität		
4.0	Einleitung	4.0	2
4.1	Kundenbezogene Ergebnisse	4.1	3
4.2	Mitarbeiterbezogene Ergebnisse	4.2	5
4.3	Gesellschaftsbezogene Ergebnisse	4.3	7
4.4	Leistungsbezogene Ergebnisse	4.4	9
4.4.1	Behandlungsergebnisse		10
4.4.2	Wirtschaftliche Ergebnisse		12

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	1 / 13

4. Ergebnisqualität

4.0 Einleitung

Ergebnisqualität bezieht sich auf die Leistungen, die eine Einrichtung erbringt. Die Ergebnisorientierung einer Einrichtung hat zum Ziel, die Anliegen aller relevanten Interessengruppen in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander zu bringen. Ergebnisqualität wird hier in vier Dimensionen beschrieben:

- Kundenbezogene Ergebnisse
- Mitarbeiterbezogene Ergebnisse
- Gesellschaftsbezogene Ergebnisse
- Leistungsbezogene Ergebnisse

Neben den gängigen Kriterien für die Durchführung von Messungen, nämlich Objektivität, Validität und Reliabilität, ist hier besonders auch das Kriterium der Relevanz von Bedeutung. Gemeint ist damit die Aussagekraft der Ergebnisse mit Blick auf die Zielsetzungen und Aufgaben der Einrichtung, z. B. ist im Rahmen einer substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger die Art und Menge des Beikonsums eines Klienten für eine Einrichtung von entscheidender Bedeutung, die Kenntnis seiner momentanen Schuldsituation jedoch sekundär. Nach dem Ansatz der psychosozialen Betreuung spielen demgegenüber jedoch weniger ein etwaiger Beikonsum als psychosoziale Belastungsfaktoren, die eine soziale Wiedereingliederung erschweren können, wie z. B. die finanziellen Gegebenheiten, eine große Rolle. Dieser Gesichtspunkt wird mit dem Begriff der Relevanz der Ergebnisse erfasst.

Die Qualitätsmerkmale werden in allen vier Ergebnisbereichen vergleichbar in Frageform formuliert. Diese Fragen zielen auf die Messung von Ergebnissen und die Auswirkungen von Ergebnissen für die Planung von Maßnahmen ab.

Das Beurteilungssystem in diesem Kapitel orientiert sich an den Bewertungsrichtlinien für die Ergebniskriterien des Modells der Europäischen Gesellschaft für Qualitätsmanagement (EFQM).

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	2 / 13

4. Ergebnisqualität

4.1 Kundenbezogenen Ergebnisse

1. Bereich

In diesem Bereich werden die Ergebnisse von vorliegenden systematischen und unsystematischen Erhebungen im Hinblick auf Kundengruppen überprüft. Zur Eingrenzung wird in diesem Bereich die Erfassung der Ergebnisse auf die Kundengruppen bezogen, die unmittelbare Empfänger bzw. Nutzer der Angebote und Dienstleistungen der Einrichtung sind, also vorwiegend die Klienten, deren Angehörige, Zuwendungsgeber, Vertragspartner (Kommunen, Kreise, kreisfreie Städte), kooperierende Einrichtungen / Institutionen und Lieferanten. Die Erhebungen können u. a. folgende Merkmale erfassen:

- Zugangsmöglichkeit zu den Angeboten der Einrichtung
- Bewertung der Angebote
- Bewertung der Erbringung der Leistungen
- Fairness und Höflichkeit in der Alltagskooperation
- Zuverlässigkeit bei der Erbringung der Dienstleistungen
- Bearbeitungszeiten von Anliegen
- Eingehen auf Bedürfnisse der Kunden und Flexibilität bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse
- Behandlung von Beschwerden
- Relevanz der Leistungen aus Sicht der Leistungsempfänger
- Entwicklungsfähigkeit neuer Angebote
- Offenheit gegenüber Verbesserungsvorschlägen
- Zufriedenheit mit verschiedenen Leistungen
- Ständige Verbesserung der Ergebnisqualität

Die Relevanz dieser Merkmale ergibt sich aus Erfahrung, der empirischen Forschung sowie den Festlegungen durch die Einrichtung.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	3 / 13

4. Ergebnisqualität

4.1 Kundenbezogenen Ergebnisse

2. Qualitätsmerkmale

- Werden die für diesen Ergebnisbereich relevanten Merkmale gemessen bzw. mittels definierter Messgrößen erfasst?
- Gibt es festgelegte Indikatoren für die Leistungen im Bereich der kundenbezogenen Ergebnisse (z. B. Dauer der Beschwerdebearbeitung, wiederholte Inanspruchnahme der Angebote, Empfehlungsschreiben)?
- Werden die Erhebungen mittels standardisierter Instrumente (z. B. Katamnesen) und / oder zusätzlich mit anderen Methoden (z. B. Interviewtechniken) durchgeführt?
- Werden solche Erhebungen regelmäßig wiederholt?
- Ist von der Einrichtung festgelegt, welche Werte bei den Messungen bzw. Erhebungen der Indikatoren erreicht werden sollen?
- Finden Vergleiche der Ergebnisse mit anderen Einrichtungen bzw. aus der Literatur bekannten Ergebnissen vergleichbarer Einrichtungen statt?
- Sind die Ergebnisse nachweislich auf Maßnahmen zurückzuführen?
- Werden aus den Ergebnissen Maßnahmen, wie z. B. die Entwicklung verbesserter Serviceleistungen oder eine Verbesserung der Leistungserbringung, abgeleitet?
- In welcher Form findet eine Überprüfung der Beziehungsqualität der kundenbezogenen beratenden und betreuerischen Aktivitäten statt?
- Wird bei der Überprüfung der Beziehungsqualität kundenbezogener Angebote die wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit der therapeutischen und betreuerischen Wirkfaktoren entsprechend berücksichtigt (z. B. Ergebnisse aus Therapieverlaufsstudien)?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	4 / 13

4. Ergebnisqualität

4. 2 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

1. Bereich

Dieser Bereich untersucht den Grad der Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation, der durch systematische Befragung, Diskussionsgruppen u. ä. erhoben wird. Darüber hinaus werden zusätzliche Messgrößen erfasst, die Rückschlüsse auf die Zufriedenheit, die Motivation und die Mitwirkung der Mitarbeiter bei Verbesserungen in der Einrichtung erlauben. Beurteilt werden die Ergebnisse u. a. zu folgenden Aspekten der Motivation und Zufriedenheit:

Kommunikation, Aufstiegsmöglichkeiten, Mitwirkung im Sinne von Ausstattung mit Kompetenzen, Anerkennung, Beurteilung der Werte und der Ziele des Leitbildes und der Pläne der Einrichtung, Fort- und Weiterbildung, Gelegenheit, zu lernen und etwas zu leisten, Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheitsbedingungen, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Entlohnung und Sozialleistungen, Betriebsklima, Qualitätsmanagement, Umweltschutzmaßnahmen der Einrichtung, Träger- und Einrichtungsleitung, Maßnahmen im Rahmen der Personalentwicklung, all-gemeine Unterstützungs- und Hilfeleistungen im Rahmen des Arbeitnehmerverhältnisses, freiwillige Leistungen des Trägers, seelsorgerische Unterstützung usw..

Als Indikatoren für Mitarbeiterzufriedenheit und Mitarbeitermotivation können u. a. herangezogen werden:

- Mitwirkung in Verbesserungsteams
- Anerkennungen für Einzelne und Teams
- Rücklaufzeiten bei Mitarbeiterbefragungen
- Niveau der Fehlzeiten
- Beschwerden
- Personalfuktuation
- Inanspruchnahme von besonderen Leistungen (wie z. B. seelsorgerische Betreuung)
- Bewertung von Schulungen, Fort- und Weiterbildungen

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	5 / 13

4. Ergebnisqualität

4.2 Mitarbeiterbezogene Ergebnisse

2. Qualitätsmerkmale

- Werden die für diesen Ergebnisbereich relevanten Merkmale gemessen bzw. mittels definierter Messgrößen erfasst?
- Gibt es festgelegte Indikatoren für die Leistungen im Bereich der mitarbeiterbezogenen Ergebnisse (z. B. Personalfuktuation, Wahrnehmung betrieblicher Bildungsmaßnahmen)?
- Werden die Erhebungen mittels standardisierter Instrumente und / oder zusätzlich mit anderen Methoden (z. B. Interviewtechniken) durchgeführt?
- Werden solche Erhebungen regelmäßig wiederholt?
- Ist von der Einrichtung festgelegt, welche Werte bei den Messungen bzw. Erhebungen der Indikatoren erreicht werden sollen?
- Finden Vergleiche der Ergebnisse mit anderen Einrichtungen bzw. aus der Literatur bekannten Ergebnissen vergleichbarer Einrichtungen statt?
- Sind die Ergebnisse nachweislich auf Maßnahmen zurückzuführen?
- Werden aus den Ergebnissen Maßnahmen, wie z. B. Zielformulierungen und Zielvereinbarungen, abgeleitet?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	6 / 13

4. Ergebnisqualität

4.3 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

1. Bereich

Den langfristigen Interessen der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter ist am besten gedient, wenn sie ein ethisch orientiertes Vorgehen praktizieren und die Erwartungen und Vorgaben des gesellschaftlichen Umfeldes im weitesten Sinne erfüllen bzw. übertreffen.

Es wird hier dargestellt, inwieweit die Einrichtung die Bedürfnisse und Erwartungen der Gesellschaft im Allgemeinen und ihrer Institution im Besonderen (wie z. B. Kirche, Politik, Administration, Behörden, Medien, Fachöffentlichkeit, Nachbarschaft) erfüllt. Es werden die Aktivitäten und Maßnahmen der Einrichtung beurteilt, die eine gut nachbarschaftliche Beziehung, Integration in kirchliches Geschehen, die Erhaltung der natürlichen Ressourcen und die Reduzierung der Umweltverschmutzung fördern. Ganz allgemein können Messergebnisse aus Sicht der Gesellschaft folgende Aspekte umfassen:

- Verhalten als verantwortungsbewusster Mensch
- Mitwirkung in der Gemeinschaft des Standortes
- Maßnahmen, um Belästigungen und Schäden infolge bzw. im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Einrichtung zu verhindern bzw. zu vermeiden
- Angaben über Maßnahmen, die zur Schonung und Bewahrung der Ressourcen beitragen

In diesen Bereich gehören Aktivitäten, die über den unmittelbaren kundenbezogenen Auftrag der Einrichtungen hinausgehen, wie z. B. Mitwirkung bei Forschungsprojekten, Angebote von Fortbildungsmaßnahmen und Tagungen, Angebot von Praktikumsplätzen, Kontakt zu Kirchengemeinden, Mitarbeit in Ausschüssen und regionalen Gremien, Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen der Region, Mülltrennung und Abfallvermeidung, Förderung lokaler Interessen, Mitwirkung bei Veranstaltungen in Schulen und Kirchengemeinden, freiwillige Arbeitseinsätze,

Beteiligung bei Aus- und Weiterbildung, Mitwirkung bei Veranstaltungen anderer Einrichtungen bzw. Organisationen, Einführung von Energiesparmaßnahmen, fachgerechte Entsorgung von verschiedenen Abfällen (z. B. infektiöser Abfall), Maßnahmen zur Minderung des Abwassers, Maßnahmen zur Einhaltung der Prüfwerte für das Abwasser, Beachtung von Umweltschutzgesichtspunkten bei der Materialbeschaffung bzw. bei Baumaßnahmen (z. B. Wärmeschutzdämmung), Erfüllung der Kriterien der ISO-Norm 14001 bzw. der Kriterien der EG Öko-Audit-Verordnung.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	7 / 13

4. Ergebnisqualität

4.3 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

2. Qualitätsmerkmale

- Werden die für diesen Ergebnisbereich relevanten Merkmale gemessen bzw. mittels definierter Messgrößen erfasst?
- Gibt es festgelegte Indikatoren für die Leistungen im Bereich der gesellschaftsbezogenen Ergebnisse (z. B. Anzahl der Öffentlichkeitsveranstaltungen, Zeitungsberichte, Mitwirkung an Tagungen)?
- Werden die Erhebungen mittels standardisierter Instrumente und / oder zusätzlich mit anderen Methoden (z. B. Interviewtechniken) durchgeführt?
- Werden solche Erhebungen regelmäßig wiederholt?
- Ist von der Einrichtung festgelegt, welche Werte bei den Messungen bzw. Erhebungen der Indikatoren erreicht werden sollen?
- Finden Vergleiche der Ergebnisse mit anderen Einrichtungen bzw. aus den Medien bekannten Ergebnissen vergleichbarer Einrichtungen statt?
- Sind die Ergebnisse nachweislich auf Maßnahmen zurückzuführen?
- Werden aus den Ergebnissen Maßnahmen, wie z. B. besondere Projekte der Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen und Fachtagungen, abgeleitet?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	8 / 13

4. Ergebnisqualität

4.4 Leistungsbezogenen Ergebnisse

In diesem Bereich geht es um die Darstellung dessen, was die Einrichtung in Bezug auf ihre geplanten Leistungen erreicht. Die Ergebnisse beziehen sich darauf, was die Einrichtung als wesentliche, messbare Leistungen im Hinblick auf den kurz- und langfristigen Erfolg festgelegt und definiert hat. Diese Ergebnisse sind Messgrößen, die Auskunft über die Effektivität und Effizienz der Einrichtung bei der Erbringung ihrer Dienstleistung und dem Erreichen der festgelegten Ziele geben. Berücksichtigt werden dabei nur solche Leistungen, die auf beeinflussbaren und steuerbaren Größen beruhen, keine Zufallsergebnisse.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	9 / 13

4. Ergebnisqualität

4.4.1 Behandlungsergebnisse

1. Bereich

Die Behandlungsergebnisse stehen für die Leistungsergebnisse im Hinblick auf die wesentlichen kundenbezogenen Prozesse der Einrichtung, z. B. Nachfrage nach den Angeboten der Einrichtung, Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche, Ausmaß der Symptomreduktion, Kontinuität der Gruppenangebote, Behandlungsergebnisse im Sinne von Erreichen der festgelegten Zielsetzungen, klinische Ergebnisse. Diese Ergebnisse können sowohl aufgrund des Einsatzes von Dokumentationssystemen, systematischer Befragungen, wissenschaftlicher Erhebungen, katamnestischer Untersuchungen, als auch durch die Überprüfung von Messgrößen erfasst werden.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	10 / 13

4. Ergebnisqualität

4.4.1 Behandlungsergebnisse

2. Qualitätsmerkmale

- Werden die für diesen Ergebnisbereich relevanten Merkmale gemessen bzw. mittels definierter Messgrößen erfasst?
- Gibt es festgelegte Indikatoren für die Leistungsergebnisse der Einrichtung (z. B. Anzahl wiederholter Klientenkontakte, Indikatoren für die Kundenzufriedenheit)?
- Werden die Erhebungen mittels standardisierter Instrumente und / oder zusätzlich mit anderen Methoden (z. B. Interviewtechniken / Daten-dokumentation) durchgeführt?
- Werden solche Erhebungen regelmäßig wiederholt?
- Ist von der Einrichtung festgelegt, welche Werte bei den Messungen bzw. Erhebungen der Indikatoren erreicht werden sollen?
- Finden Vergleiche der Ergebnisse mit anderen Einrichtungen bzw. aus der Literatur bekannten Ergebnissen vergleichbarer Einrichtungen statt?
- Sind die Ergebnisse nachweislich auf Maßnahmen zurückzuführen?
- Werden aus den Ergebnissen Maßnahmen, wie z. B. Änderung der Betreuungs- und Behandlungsziele, Änderung des Gruppensettings im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation, abgeleitet?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	11 / 13

4. Ergebnisqualität

4.4.2 Wirtschaftliche Ergebnisse

1. Bereich

Kennziffern für die wirtschaftlichen Ergebnisse sind die finanziellen Messgrößen, wie z. B. Budgeteinhaltung, Einsparungen, Kostenstellenauswertung, Gewinn- und Verlustrechnungen.

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	12 / 13

4. Ergebnisqualität

4.4.2 Wirtschaftliche Ergebnisse

2. Qualitätsmerkmale

- Werden die für diesen Ergebnisbereich relevanten Merkmale gemessen bzw. mittels definierter Messgrößen erfasst?
- Gibt es festgelegte Indikatoren für die Leistungsergebnisse der Einrichtung (z. B. Soll-Größen, Menge der zu erbringenden Leistungsarten, Einhaltung des vorgegebenen Budgets für Sach- und / oder Personalkosten, Einsparungen, Bilanz)?
- Werden die Erhebungen mittels standardisierter Instrumente und / oder zusätzlich mit anderen Methoden (z. B. Interviewtechniken / Daten-dokumentation) durchgeführt?
- Werden solche Erhebungen regelmäßig wiederholt?
- Ist von der Einrichtung festgelegt, welche Werte bei den Messungen bzw. Erhebungen der Indikatoren erreicht werden sollen?
- Finden Vergleiche der Ergebnisse mit anderen Einrichtungen bzw. aus der Literatur bekannten Ergebnissen vergleichbarer Einrichtungen statt?
- Sind die Ergebnisse nachweislich auf Maßnahmen zurückzuführen?
- Werden aus den Ergebnissen Maßnahmen, wie z. B. die Finanzierung besonderer Vorhaben, abgeleitet?

Freigabedatum/Unterschrift	Bearbeiter/in	Version	Erstellungsdatum	Seite
		1.0	04/08	13 / 13

