



Internes Qualitätsmanagement  
für  
ambulante und stationäre  
Einrichtungen  
der Soziotherapie

## Zertifizierungsverfahren

**Auditleitfaden für den Bereich  
Soziotherapie chronisch Kranker**

## Impressum (1. Auflage)

Danksagung der Herausgeber:

Diese erste Auflage wurde insbesondere unter Mitwirkung folgender Personen erstellt:

- Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V. (FVS), Bonn
- Petra Evertz, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, Haus Welchenberg, Grevenbroich
- Franz Herder, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, Düsseldorf
- Rosemarie Sauer, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft, Haus Welchenberg, Grevenbroich

Die Erarbeitung wurde vom Fachverband Sucht e.V. in Zusammenarbeit mit der DEGEMED und der AHG AG unter Einbeziehung der Zertifizierungsgesellschaften EQ Zert, LGA InterCert und NIS ZERT vorgenommen.

**Internes Qualitätsmanagement: Der Auditleitfaden für den Bereich Soziotherapie chronisch Kranker, Fachverband Sucht e.V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., 1. Auflage, Bonn 2006**

© **Fachverband Sucht e.V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.**

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder in anderem Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeber reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Tel.: 0228-26 15 55  
Fax: 0228-21 58 85

E-Mail: [Sucht@Sucht.de](mailto:Sucht@Sucht.de)  
<http://www.sucht.de/>

Deutsche Gesellschaft für Medizinische  
Rehabilitation e.V.  
Fasanenstr. 5  
10623 Berlin  
Tel.: 030-28 44 96 6  
Fax: 030-28 44 96 70

E-Mail: [degemed@degemed.de](mailto:degemed@degemed.de)  
<http://www.degemed.de/>

1. Auflage

Layout: AHG-Allgemeine Hospitalgesellschaft, Düsseldorf  
Vertrieb: steht als pdf-Datei zum Herunterladen zur Verfügung

Bonn, 2006

# Inhalt

	Seite
<b>I. Vorwort der Herausgeber</b> .....	7
<b>II. Schritte auf dem Weg zum Qualitätsmanagement (Dr. Lutzmann)</b> .....	10
<b>III. Auditleitfaden mit Hinweisen für die Praxis</b> .....	15
1 Verantwortung der Leitung .....	15
1.1 Verpflichtung der Leitung .....	15
1.2 Qualitätspolitik (Leitbild und Einrichtungskonzept) .....	16
1.3 Planung .....	17
1.3.1 Qualitätsziele .....	17
1.3.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems .....	17
1.4 Verantwortung, Befugnis, Kommunikation .....	18
1.4.1 Verantwortung und Befugnis .....	18
1.4.2 Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement.....	19
1.4.3 Interne und externe Kommunikation.....	19
1.5 Managementbewertung .....	21
1.5.1 Allgemeines .....	21
1.5.2 Eingaben für die Bewertung .....	21
1.5.3 Ergebnisse der Bewertung .....	22
2 Qualitätsmanagementsystem .....	23
2.1 Allgemeine Anforderungen .....	23
2.2 Dokumentationsanforderungen .....	23
2.2.1 Allgemeines .....	23
2.2.2 Qualitätsmanagement-Handbuch .....	24
2.2.3 Lenkung von Dokumenten.....	24
2.2.4 Lenkung von Aufzeichnungen .....	25
3 Einrichtungsspezifische Anforderungen .....	26
3.1 Personelle Ausstattung.....	26
3.1.1 Allgemeines .....	26
3.1.2 Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung.....	27
3.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung.....	28
3.3 Mitarbeiterorientierung und –zufriedenheit.....	29

4	Realisierung der Betreuungs-Prozesse.....	29
4.1	Entwicklung und Einführung neuer Dienstleistungen .....	29
4.2	Planung der Prozesse .....	31
4.2.1	Betreuungskonzepte.....	31
4.3	Bewohner- / Betreutenbezogene und unterstützende Prozesse.....	33
4.3.1	Anmeldung / Aufnahme .....	33
4.3.2	Diagnostik.....	35
4.3.3	Betreuung .....	35
4.3.4	Pflege.....	38
4.3.5	Ärztliche Versorgung .....	39
4.3.6	Entlassung .....	39
4.3.7	Bewohner- / Betreutendokumentation .....	40
4.4	Prozesse bezüglich Interessenspartnern .....	41
4.5	Beschaffung.....	42
4.6	Hygiene , Arbeitsschutz, Brandschutz .....	43
5	Ergebnisse (Messung, Analyse und Verbesserung) .....	44
5.1	Allgemeines .....	44
5.2	Überwachung und Messung.....	44
5.2.1	Zufriedenheit von Bewohnern / Betreuten und weiteren Interessenspartnern .....	44
5.2.2	Internes Audit.....	44
5.2.3	Messung und Überwachung von Prozessen und Dienstleistungen .....	45
5.2.4	Messung und Überwachung der Betreuung.....	46
5.2.5	Bewohner- / Betreutenbefragungen und Bewohner- / Betreutenzufriedenheit .....	46
5.2.6	Lenkung von Überwachungsmaßnahmen und Messinstrumenten .....	47
5.3	Lenkung von Fehlern .....	47
5.4	Datenanalyse, Basisdokumentation, Katamnestik .....	48
5.5	Verbesserung .....	49
5.5.1	Ständige Verbesserung .....	49
5.5.2	Externe Qualitätssicherung .....	50
5.5.3	Korrekturmaßnahmen und Vorbeugemaßnahmen.....	50
<b>IV.</b>	<b>Glossar.....</b>	<b>51</b>
<b>V.</b>	<b>Qualitätsgrundsätze .....</b>	<b>54</b>

## I. Vorwort der Herausgeber

### **Qualitätsentwicklung in soziotherapeutischen Einrichtungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke**

Die Psychiatrie Enquete-Kommission im Jahre 1975 stellte gravierende qualitative Mängel in der Versorgung psychisch Kranker und suchtkrank Menschen fest und gab entscheidende Impulse für eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere chronifizierter Patienten. Seit Ende der 1970er Jahre entstanden daraufhin zunehmend soziotherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke.

Diese soziotherapeutischen Einrichtungen zeichneten sich von Beginn an durch einen hohen Qualitätsanspruch aus. Die räumliche und sachliche Ausstattung sowie die Qualifikation der Mitarbeiter wurden speziell auf diese Personengruppe und ihre Bedürfnisse ausgerichtet. Der Qualitätsanspruch wird dadurch untermauert, dass sie sich wissenschaftlichen Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zur Überprüfung, Modifizierung und Weiterentwicklung ihrer Therapiekonzepte unterziehen.

Die Einführung einrichtungsübergreifender Qualitätsmanagementsysteme stellt eine wichtige Weiterentwicklung dar. So enthält die nachfolgende „Auditleitfaden für den Bereich Soziotherapie chronisch Kranker“, wesentliche Elemente für den Aufbau und die Weiterführung eines Qualitätsmanagementsystems und trägt dazu bei, die Qualitätsentwicklung auf einer breiten Basis voranzutreiben.

Das Spektrum der zu Betreuenden in den soziotherapeutischen Einrichtungen ist groß. Es umfasst Bewohner, die aufgrund ihrer körperlichen, psychiatrisch-neurologischen und sozialen Mehrfachbeeinträchtigungen auf eine dauerhafte und intensive stationäre Betreuung und Behandlung angewiesen sind. Es beinhaltet weiterhin Menschen mit entwicklungsfähigen Ressourcen und Kompetenzen für ein weitgehend autonomes Leben bis hin zu Klienten mit einer psychisch-, geistigen Beeinträchtigung und / oder Abhängigkeitserkrankung, die in eigener Wohnung leben können, aber ambulante Hilfe in Form von Begleitung und Unterstützung in der alltagspraktischen Lebensgestaltung benötigen.

Die Menschen innerhalb dieses Spektrums brauchen unterschiedliche Hilfen, Fördermöglichkeiten und Betreuungsangebote sowohl die Tagesstruktur betreffend, als auch im Bereich Wohnen. Diesen Anforderungen wird durch eine zunehmende Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der soziotherapeutischen Einrichtungen, der Entwicklung weiterführender externer Angebote und Konzepte sowie durch Qualifizierung und Schulung der Mitarbeiter Rechnung getragen. Dabei ist Zielsetzung, jede Form der Betreuung an dem individuellen Hilfebedarf des jeweils zu betreuenden Menschen auszurichten.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit des Textes wird nur die männliche Schreibweise verwendet.

Soziotherapeutische Zentren halten demnach, je nach Betreuungsbedarf, unterschiedliche Standards vor:

- Behindertengerechte Ausstattung für stark körperlich Beeinträchtigte
- Räumliche Orientierungshilfen für desorientierte Menschen
- Intensive Betreuung bei ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität sowie fachärztliche psychiatrisch-neurologisch und medikamentöse Behandlung
- Spezifische Unterstützung für ältere abhängigkeitskranke Menschen mit deutlich reduzierten körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, oftmals auch aktivierende und mobilisierende Pflege bis hin zu einer professionellen Sterbegleitung
- Außenwohngruppenangebote für diejenigen Bewohner, die eine intensive stationäre Betreuung nicht mehr benötigen und als Übergang und Vorbereitung zu einem selbständigen und unabhängigen Leben genutzt werden können.
- Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung und / oder einer Abhängigkeitserkrankung, die keiner Form der stationären Betreuung bedürfen.

Zielsetzung der soziotherapeutischen Zentren ist, eine bedarfsgerechte, qualifizierte und differenzierte Versorgung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Menschen zu gewährleisten. Dies erfordert unter anderem eine individuelle therapeutische Hilfeplanung, die sich vorwiegend an den vorhandenen Potentialen und Ressourcen ausrichtet und diese gezielt fördert. Die Methoden in der Soziotherapie sind therapieschulenübergreifend, sie sind handlungsorientiert und hauptsächlich auf die Erlangung konkreter Alltagskompetenzen bezogen.

Angesichts der immer mehr begrenzten finanziellen Ressourcen im Sozial- und Gesundheitswesen ergibt sich zunehmend die Notwendigkeit, die Inhalte und die Struktur der angebotenen Leistungen, ihre Qualität und ihre Wirksamkeit transparent zu machen und zu belegen. Durch die Einführung von strukturierten Qualitätsmanagementsystemen wird einerseits eine verbesserte Dokumentation der geleisteten Arbeit möglich und andererseits die kontinuierliche Verbesserung der bestehenden Konzepte gesichert. Eine konsequente Qualitätspolitik wirkt sich somit auf verschiedenen Bereiche aus:

- Auf die Qualität der Behandlung und Betreuung der Hilfebedürftigen
- Auf die Qualität der Arbeit für die Mitarbeiter
- Auf die Qualität der Dienstleistung für die Kosten- und Leistungsträger

Mit dem vorliegenden Auditleitfaden möchten die Herausgeber Anstöße zu weiteren Qualitätsentwicklungsprozessen in soziotherapeutischen Einrichtungen geben. Der Ansatz basiert auf dem DEGEMED/Fachverband Sucht e.V.-Verfahren, welches ursprünglich für das stationäre Setting in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt wurde. Dieses Verfahren wurde auf den Bereich der Soziotherapie übertragen und enthält entlang der DIN-EN-ISO Normen und unter Einbeziehung von EFQM-Kategorien spezifische Anforderungen an soziotherapeutische Einrichtungen. Das Verfahren eignet sich nicht nur als Grundlage zur Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 und den DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. Richtlinien, sondern kann auch als Grundlage für den Abschluss von Vereinbarungen gemäß § 76 SGB XII,

nach welchen die Träger der Sozialhilfe mit dem Träger der Einrichtung Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung der Leistungen sowie für den Inhalt und das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen – vor dem Hintergrund von entsprechenden Rahmenverträgen auf Landesebene nach § 79 SGB XII – vereinbaren.

Es ist wünschenswert, dass dieses Verfahren zum Qualitätsmanagement in soziotherapeutischen Einrichtungen neue Impulse setzen kann, die vorhandenen Qualitätsentwicklungsprozesse weiter zu fördern und dabei von den Praktikern vor Ort als hilfreich erlebt wird.

Dr. Volker Weissinger



**FACHVERBAND SUCHT E.V.**  
GCAA GERMAN COUNCIL ON ALCOHOL AND ADDICTION

### III. Schritte auf dem Weg zum Qualitätsmanagementsystem

Der hier dargestellte „Leitfaden“ ist ein Vorschlag, wie ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) aufgebaut werden kann. Die Reihenfolge ist natürlich nicht zwingend und einrichtungsspezifische Gegebenheiten sollten zur Ausnutzung von Synergieeffekten beachtet werden.

Zu den einzelnen Themenbereichen sind nachfolgend die dazugehörigen Kapitel aus dem Auiditleitfaden angegeben. Die Anforderungen des Leitfadens können auch im Sinne einer Selbstbewertung (Self-Assessment) genutzt werden.

Die Leitung des soziotherapeutischen Zentrums trifft die **Entscheidung**, ein Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Die Entscheidung sollte einhellig erfolgen und von **Schulungen** der Verantwortlichen begleitet sein. Die ersten Schulungsmaßnahmen sollten möglichst breit gefächert sein und möglichst viele Mitarbeiter sollten von Anfang an in die Aktivitäten eingebunden sein. Auch muss die Entscheidung getroffen werden, ob das Qualitätsmanagement selbständig oder durch Beteiligung einer externen Beratung aufgebaut wird. Neben der allgemeinen Schulung für die Leitungskräfte benötigt der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems einen **Beauftragten** der obersten Leitung (1.4.2). Dieser Beauftragte benötigt für seine Tätigkeit ausreichend Schulungen und ggf. die Unterstützung im Sinne eines Projekt-Coachings.

Eine ganz zentrale Stellung im Qualitätsmanagement hat die **Verantwortung der Leitung**. Deshalb sind anfangs die entsprechenden Fragen besonders zu beachten (1.1 und 1.2.).

**Verantwortung und Befugnisse** müssen von Beginn an und im weiteren Verlauf immer wieder bearbeitet und geklärt werden. Relativ früh sollte die Erstellung eines Organigramms (1.4.1) erfolgen, was meistens mehr Zeit benötigt, als man ursprünglich dafür einplant. Daneben müssen die Aufgaben Verantwortlichkeiten der Abteilungsleitungen und der Beauftragten nochmals überprüft und ggf. angepasst werden. Stellenbeschreibungen können diesen Prozess unterstützen, sind jedoch nicht unbedingt notwendig. Planungen in diesem Bereich haben Konsequenzen für die Gesamtplanung der Implementierung des Qualitätsmanagement (QM). Auch der Bereich der **Kommunikation** spielt im Qualitätsmanagement, besonders im Dienstleistungsbereich, eine sehr große Rolle, weswegen die Bereiche interne und externe Kommunikation (1.4.3) besondere Berücksichtigung finden müssen. Es bietet sich an, eine Kommunikationsmatrix zu erstellen (Welche Besprechungen finden wann statt? Wer nimmt daran teil? Was wird besprochen und entschieden? Wo wird protokolliert? Wer wird informiert?). Zuvor müssen die verschiedenen Ebenen der Kommunikation geklärt sein: Besprechungen in Linienfunktion, Fachbereichsebene und/oder Bewohner- / Betreuten- und therapiebezogene Besprechungen. Neben den bisherigen Besprechungen müssen auch die zu implementierenden Besprechungen hinsichtlich des QMS Berücksichtigung finden (1.4.3 Frage 2). Die Besprechungen zum QMS können in kleineren Einrichtungen in die Besprechungen des Leitungsteams integriert werden. Bei der Übersicht von Besprechungen sollte auch geprüft werden, ob hier auch eine Verschlan-  
kung möglich ist.



Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frühzeitig einzubinden, empfiehlt sich die Durchführung einer **Auftaktveranstaltung** für das Zertifizierungsprojekt. Neben der Darstellung bisheriger Arbeitsergebnisse muss den Mitarbeitern ein Ausblick auf die weitere Entwicklung gegeben werden (Welche Aufgaben kommen auf die Mitarbeiter zu? Führt QM zu Umstrukturierungen?).

Nach der Klärung der primär auf Leitungsebene liegenden Aufgaben ist es sinnvoll, einen **Ist-Zustand** der Einrichtung zu erheben. Besondere Berücksichtigung finden hier die ausgegliederten Abteilungen und Prozesse (2.1 Frage 3).

In einer nächsten Phase wird die Qualitätspolitik des soziotherapeutischen Zentrums überprüft und ggf. verbessert oder - wenn sie noch nicht vorliegt - erstellt. Dies beinhaltet ein **Betreuungskonzept** und ein **Leitbild** (Philosophie, Vision). Die verschiedenen Anforderungen der Interessenspartner (wie Bewohner / Betreute, Kostenträger, Angehörige, Mitarbeiter, zuweisende Ärzte, weiterbehandelnde Stellen sowie gesetzliche Betreuer) werden in diesen beiden Dokumenten berücksichtigt und dienen als Maßstab des eigenen Handelns. Auch stellen sie eine Sicherheit für die Mitarbeiter in der Zeit des auf sie zukommenden Wandels dar und genießen deshalb eine hohe Priorität (1.2).

Wenn das Einrichtungskonzept aktualisiert und freigegeben wurde, ist die Überarbeitung/Erarbeitung von **Betreuungskonzepten** (4.2.1) notwendig. Diese sind interdisziplinär zu erstellen. Im Sinne des QM werden auch die betroffenen Mitarbeiter in den für sie betreffenden Konzepten geschult.

Im Qualitätsmanagement spielen die **Qualitätsziele** und die Maßnahmen zu deren Umsetzung durch Projektgruppen und Qualitätszirkel eine herausgehobene Rolle. Bei der systematischen Analyse der soziotherapeutischen Einrichtung, wie sie beim Aufbau eines QM vorgenommen wird, „sammeln“ sich relativ rasch viele Verbesserungspotentiale. Deshalb benötigt man Instrumente für deren Erfassung und Bearbeitung. Auf dem Weg zur Zertifizierung muss man einen Mittelweg beschreiten, da die sehr intensive Projekt- und Qualitätszirkelarbeit viele Ressourcen binden wird und einen von den weiteren Aufgaben abhält. Auf der anderen Seite wird der Implementierungsprozess stocken, falls viele Problembereiche erkannt, aber nicht abgestellt werden. Insbesondere für die Steigerung der Mitarbeitermotivation ist es sehr sinnvoll einige Pilotprojekte durchzuführen, die zu deutlichen Verbesserungen (insbesondere von Schnittstellenproblemen in der Einrichtung) führen. Wichtig ist die Messbarkeit von Qualitätszielen, wie sie die DIN EN ISO fordert. Es soll deshalb ein überprüfbares Ziel formuliert werden, das erreicht werden soll.

**Gesetzliche Grundlagen** spielen für die Durchführung der zu erbringenden Leistungen eine große Rolle und werden auch im Qualitätsmanagement nach den Grundlagen der DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. stark berücksichtigt (2.2.3 Frage 4 und 4.6 Hygiene, Arbeitsschutz, Brandschutz). Die hier aufgeführten Fragen sind nur beispielhaft für wichtige gesetzliche Grundlagen. Die Einrichtung ist verpflichtet, aktuelle gesetzliche und behördliche Anforderungen stets zu erheben und deren Umsetzung intern zu gewährleisten (1.3.2). Bisherige Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement haben gezeigt, dass dieser Bereich von den Einrichtungen viel abverlangt. Dies liegt vor allen Dingen an der Komplexität des Themas. Es bietet sich auch hier an, mit einer Matrix zu arbeiten (Welche gesetzliche und behördlichen Anforderungen bestehen? Wer erfasst die Aktualisierung von Gesetzen? Welche Beauftragten gibt es? Welche Medien werden verwendet (Internet, Rundschreiben, etc.)? Wie werden diese in der Einrichtung kommuniziert und umgesetzt?).

In einem nächsten Schritt erfolgt die **Prozesserhebung** (4.2, 4.3, 4.3.1 bis 4.3.6 und 4.4). Diese Maßnahme ist außerordentlich umfassend und setzt einen Bearbeitungszeitraum von vielen Wochen voraus. Insbesondere hierfür sollten die notwendigen Ressourcen zur Verfügung ste-

hen. Es bietet sich an, ein systematisches Verfahren dafür zu etablieren (z.B. durch die Ernennung von Verantwortlichen oder Koordinatoren für die Prozesserhebung in den einzelnen Abteilungen)

Ein Abschreiben aus Qualitätsmanagementhandbüchern anderer Einrichtungen könnte zwar die Arbeit „vereinfachen“, dies löst jedoch nicht die Schnittstellenprobleme im eigenen Haus. Wichtige Verbesserungspotentiale könnten durch dieses Vorgehen nicht genutzt werden und der damit zusammenhängende Schulungsaufwand wäre enorm. Bei der Prozesserhebung bietet es sich an, primär die Kernprozesse des soziotherapeutischen Zentrums und der einzelnen Fachbereiche zu erfassen. Es ist sinnvoll, folgende Kriterien dabei zu berücksichtigen:

1. Qualität  
(Welche Prozesse sind für die Bewohner / Betreuten und Interessenpartner zur Erbringung der geforderten Qualität relevant?)
2. Fehlerorientierung  
(In welchen Abläufen treten häufig Fehler auf und beeinträchtigen die zu erbringende Leistung?)
3. Gesetzliche Grundlagen  
(Welche Abläufe müssen hinsichtlich der Umsetzung von gesetzlichen Grundlagen geregelt werden?)
4. Abgleich mit dem Auditleitfaden  
(In einem letzten Schritt wird anhand des Auditleitfadens von DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. überprüft, ob die geforderten Regelungen schriftlich fixiert sind. Hinweise ergeben sich aus dem Leitfaden durch die Zusätze wie „Besteht eine Regelung?“ oder „Ist der Ablauf geregelt?“)
5. Prüfung von Prozessen:
  - a) Können die Schnittstellen zwischen Abteilungen verbessert werden, sodass Probleme in der Zusammenarbeit reduziert werden?
  - b) Können Abläufe in den Abteilungen vereinfacht werden? Dieses Thema gewinnt im Gesundheitswesen bei dem finanziellen Druck immer mehr an Bedeutung.

Zu den Hauptaufgaben beim Aufbau eines QMS gehört die Erstellung eines **QM-Handbuches**. Alle bisher zusammengetragenen und weiter zu erhebenden Dokumente werden darin gesammelt. Die Gliederung beinhaltet meistens zwei große Bereiche:

- einen kurzen allgemeinen (und auch der interessierten Öffentlichkeit zugänglichen) Teil, welcher in die Einrichtung einführt und auch für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter Verwendung finden kann und
- einen speziellen Teil mit den entsprechenden Regelungen für die Einrichtung (wie Prozessbeschreibungen und Arbeitsanweisungen)

Die Gliederung des Handbuches kann sich z.B. an dem DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. Auditleitfaden anlehnen oder frei erstellt werden. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter die sie betreffenden Regelungen rasch finden und dieses Instrument im Arbeitsalltag einsetzen. Auch ist eine EDV-gestützte Dokumentation bei Vorhandensein eines Einrichtungs-Netzwerkes möglich und vereinfacht die Erstellung und spätere Pflege. Interessant sind hier die Suchfunktionen, die ein besseres Arbeiten mit dem Handbuch ermöglichen.

**Spezifische Anforderungen** hinsichtlich der personellen und sachlichen Ausstattung sind zu überprüfen und ggf. zu ergänzen (siehe Kap. 3). Insbesondere das Kapitel **Fähigkeiten, Be-**

**wusstsein und Schulung** (3.1.2) sowie **Mitarbeiterorientierung und –zufriedenheit** (3.3) sollten eine besondere Beachtung finden.

Die **Dokumentation** der geplanten, durchgeführten und bewerteten Leistungen spielt im Qualitätsmanagement eine herausragende Rolle. Die wichtigste Dokumentation in einer Einrichtung bezieht sich auf die Bewohner / Betreuten (4.3.7). Im Rahmen des QMS steht das Qualitätsmanagementhandbuch im Vordergrund (2.2.2). Zusätzlich werden Protokolle, Audit-Berichte, Managementbewertungen und deren Eingaben, Einrichtungskonzepte und Leitbild, Qualitätsberichte, Ergebnisberichte und Aufzeichnungen zum Fehlermanagement u.ä. berücksichtigt. Weitere Dokumente und Aufzeichnungen stellen Personalakten, Lieferantenbescheinigungen, Dokumente zu gesetzlichen Grundlagen u.ä. dar (2.2.3 und 2.2.4).

Ein besonderes Augenmerk benötigt auch die **Beschaffung**, diese sollte sich auf die wesentlichen qualitätsrelevanten Güter beziehen (4.5). Ungewöhnlich ist für den QM-Unerfahrenen, dass die wichtigen Lieferanten einer regelmäßigen und systematischen Beurteilung unterzogen werden.

Die **Messung, Analyse und Verbesserung** von den erbrachten Leistungen hat im DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. -Zertifizierungsverfahren immer schon eine herausragende Bedeutung gehabt. Durch die Revision der DIN ISO sind die entsprechenden Anforderungen nochmals konkretisiert worden und benötigen bei dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems eine besondere Beachtung (Kap. 5). Auch die Anforderungen an **eine Bewohnerbefragung** sind unter diesem Schritt zu überprüfen und ggf. anzupassen (5.2.5). Gleiches gilt für die Anforderungen an eine **Basisdokumentation** (5.4 Datenanalyse, Basisdokumentation,).

Die entsprechenden Daten werden einer Analyse unterzogen (5.4). Die Verknüpfung von **externer Qualitätssicherung** und internem Qualitätsmanagement bedarf besonderer Berücksichtigung und zählt zu den Besonderheiten des Zertifizierungsverfahrens der DEGEMED/ Fachverband Sucht e.V. 5.5.2). Die Etablierung von **Fehlerlenkung, Vorbeugung und Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen** fällt bekanntermaßen Einrichtungen, die ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen, nicht leicht und sollte besonders beachtet werden (5.5.3).

**Schulung:** Nach der Prozesserhebung und der weiteren Durchführung der oben dargestellten Maßnahmen werden dann die Mitarbeiter im Umgang mit den Prozessen geschult. Neben allgemeinen Informationen zum Qualitätsmanagement sollten diese Schulungen auch konkrete Informationen zum Umgang mit dem Handbuch und dem Inhalt der dort enthaltenen Regelungen enthalten.

Nach dem bisherigen Aufbau eines Qualitätsmanagements erfolgt nun eine erste Generalprobe mit der Durchführung von **Internen Audits** (5.2.2). Dafür benötigt man ausgebildete Auditoren und ist dabei wahrscheinlich auf ein externes Training angewiesen.

Nach dem Audit werden erneut **Qualitätsziele** für die nächste Periode entwickelt (1.3.1) und in einem weiteren Schritt die **Managementbewertung** durchgeführt (1.5.1 bis 1.5.3). Neben den hier dargestellten Anforderungen sollte das Review allgemeine Anforderungen berücksichtigen (2.1 und 2.2.1). Verfügt die Einrichtung über ein (betriebswirtschaftliches) Kennzahlensystem, so lässt sich dieses gut in die jährlichen Qualitätsziele integrieren. Dadurch gewinnt das Qualitätsmanagement an Gewicht, da neben den Ablaufverbesserungen auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden. Die parallele Planung und Steuerung dieser Messgrößen wird von Anfang an vermieden.

Es erfolgt auf Grundlage der Managementbewertung ein **Qualitätsbericht** für die interessierte Öffentlichkeit (1.5.3 Frage 3), wie er ja auch durch den Gesetzgeber gefordert wird. Danach werden – wenn dies nicht schon vorher geschehen ist – die **Entwicklungstätigkeiten** in der Einrichtung geregelt (4.1), so dass die Grundlagen für die Entwicklung von Betreuungs- und Therapiekonzepten, Pflegestandards und weiteren Neuerungen gelegt sind. Auch sollte jetzt

nochmals eine Bewertung der Verantwortung der Leitung (1.1) sowie der Planung des Qualitätsmanagementsystems (1.3.2) erfolgen.

Nachdem man diese Hürden nun alle gemeistert hat, erfolgt die Durchführung des externen Audits. Die Anmeldung bei einer der zugelassenen Zertifizierungsgesellschaften sollte man ca. vier bis sechs Monate vor dem gewünschten Termin durchführen. Es empfiehlt sich die Durchführung eines sog. „**Voraudits**“, wobei QM-Handbuch und die Abläufe in der Einrichtung in einem vorläufigen Verfahren geprüft werden und notwendige Korrekturen noch vor dem eigentlichen Zertifizierungsverfahren durchgeführt werden können.

Hat man das **Zertifizierungsaudit** erfolgreich abgeschlossen, so ist es natürlich wichtig, den Erfolg gebührend zu feiern und den **kontinuierlichen Verbesserungsprozess** fortzuführen. Durch die Vorbereitung zur Zertifizierung sind viele Verbesserungspotentiale erkannt worden, die es nun gilt, sukzessive abzuarbeiten. Nur dadurch wird man einen längerfristigen Erfolg für sich in Anspruch nehmen können und vom Qualitätsmanagementsystem profitieren.

## IV. Auditleitfaden mit Hinweisen für die Praxis

### 1 Verantwortung der Leitung

#### 1.1 Verpflichtung der Leitung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie kann die Einrichtung nachweisen, dass sie der Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems und der ständigen Verbesserung seiner Wirksamkeit nachkommt?	Ein Qualitätsmanagementsystem wird eingeführt, regelmäßig bewertet und hinsichtlich seiner Eignung und Wirksamkeit überprüft. Die Einrichtung verfügt über ein Leitbild, ein Einrichtungskonzept und hat Qualitätsziele formuliert. Entsprechende Strukturen zur Realisierung eines Qualitätsmanagementsystems (Benennung eines Qualitätsbeauftragten) sind gebildet worden, die Leistungen der Einrichtung und Zuständigkeiten sind beschrieben, entsprechende Daten zur Beurteilung der Betreuung und Kundenzufriedenheit werden erhoben, ausgewertet und fließen in die weiteren Planungen ein. Die Einrichtung verfügt über bzw. erarbeitet ein Qualitätsmanagementhandbuch. Dieses wird kontinuierlich überarbeitet und aktualisiert.	
2	<p>Wie hat die Einrichtung die erforderlichen und notwendigen Ressourcen festgelegt und bereitgestellt,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– zur Verwirklichung und Aufrechterhaltung und</li> <li>– zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems sowie</li> <li>– zur Erhöhung der Zufriedenheit von Bewohner / Betreuten und Interessenspartnern durch Erfüllung der Kundenanforderungen?</li> </ul> <p>Anmerkung: Die Bewertung dieser Frage kann erst abschließend erfolgen, wenn das gesamte QMS durch das Audit transparent geworden ist und festgestellt wurde, dass alle erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen.</p>	Die Einrichtung hat einen Qualitätsbeauftragten eingesetzt, der für die Entwicklung, Betreuung und Weiterentwicklung des QMS zuständig ist; dieser berichtet unmittelbar der Leitung. Darüber hinaus ist ein Qualitätsausschuss mit festgelegten Befugnissen und Verantwortlichkeiten etabliert, Qualitätszirkel bzw. spezifische Arbeitsgruppen entwickeln zu konkreten Problemen spezifische Verbesserungs- und Lösungsvorschläge. Das QMS und darin enthaltene Instrumente werden kontinuierlich angewendet, um die Qualitätsziele der Einrichtung zu erreichen und bei Abweichungen entsprechende Korrekturmaßnahmen durchzuführen.	
3	Hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Bereitstellung der erforderlichen Mittel für ein QMS gewährleistet ist?	Die Einrichtung erstellt ein System zur Erfassung und Überprüfung des Mittelbedarfs (erforderliche personelle Ressourcen und finanzielle Mittel), der zur Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems erforderlich ist	

## 1.2 Qualitätspolitik (Leitbild und Klinikkonzept)

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wie stellt die Einrichtungsleitung sicher, dass die Qualitätspolitik (Unternehmens-/Einrichtungsleitbild und Einrichtungskonzept)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– für den Zweck der Einrichtung angemessen ist,</li> <li>– die Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems enthält (schriftliche Festlegung),</li> <li>– die Verpflichtung zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems enthält (schriftliche Festlegung),</li> <li>– den Rahmen zum Festlegen und Bewerten von Qualitätszielen bietet, (Die Qualitätsziele müssen in Einklang mit der Qualitätspolitik stehen).</li> </ul>	<p>Das Leitbild der Einrichtung wird von der Leitung unter Einbezug der Mitarbeiter erarbeitet. Im Leitbild werden grundsätzliche Werthaltungen und Ziele der Einrichtung festgelegt. Das Leitbild wird den Mitarbeitern durch Informationsveranstaltungen, Aushänge etc. bekannt gemacht. Die Qualitätspolitik wird wesentlich bestimmt durch das Einrichtungskonzept, dessen theoretisch-wissenschaftlichen Kontext, das Indikationsspektrum der Einrichtung, das Betreuungsprogramm sowie die Betreuungsziele (vgl. a. Kap. 4).</p>	
2	<p>Wie wird die Ergebnisorientierung der in der Einrichtung durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen im Unternehmensleitbild thematisiert?</p>	<p>Die Ergebnisorientierung stellt eine zentrale Zielsetzung im Leitbild dar. Sie spiegelt sich in konkret formulierten Zielen der soziotherapeutischen Betreuung wieder (z. B. aktive Krankheitsbewältigung, Hilfe zur Selbsthilfe, Ressourcenorientierung gemäß Basisdokumentation und Betreuungsplan).</p>	
3	<p>Sind das Leitbild und das Einrichtungskonzept auf allen relevanten Ebenen bekannt?</p>	<p>Das Leitbild und das Einrichtungskonzept sind allen Mitarbeitern durch Informationsveranstaltungen, Schulungen, Aushänge oder schriftliche Informationen bekannt zu machen.</p>	
4	<p>Wie wird die gesellschaftliche Verantwortung der Einrichtung in der Qualitätspolitik (Unternehmens- / Einrichtungleitbild, Einrichtungskonzept und Qualitätsziele) thematisiert, z. B. in den von der Einrichtungsleitung oder dem Träger herausgegebenen Jahresberichten, Qualitätsberichten etc., bzw. wird dies durch konkrete Projekte belegt?</p>	<p>Die Einrichtung weist in verschiedener Form (z.B. Informationsveranstaltungen, Jahresberichte) auf die gesellschaftliche Bedeutung von Abhängigkeitserkrankungen und deren vielfältige Folgen für den Betroffenen, seine Familie, sein soziales und berufliches Umfeld sowie die gesellschaftlichen Folgekosten der Erkrankung hin. Die Einrichtung verdeutlicht durch entsprechende Berichte und Projekte ihre Maßnahmen zur Erfüllung der gesellschaftlichen Verantwortung.</p>	

### 1.3 Planung

#### 1.3.1 Qualitätsziele

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtungsleitung sicher gestellt, dass für die relevanten Funktionsbereiche, Ebenen und Prozesse innerhalb der Einrichtung messbare Qualitätsziele auf den unterschiedlichen Ebenen festgelegt wurden?	Die Bereiche für die bzw. mit welchen Qualitätsziele festgelegt werden, müssen benannt sein. Den Bereichen müssen die Qualitätsziele bekannt sein und von ihnen maßgeblich beeinflusst werden können. Die Qualitätsziele sind konkret und messbar zu formulieren. Hierzu werden die zur Verfügung stehenden Informationen und Daten zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Einrichtung entsprechend einbezogen. Auf die Wechselwirkung der unterschiedlichen Qualitätsziele ist zu achten.	
2	Beziehen sich die Qualitätsziele auch auf die Anforderungen der Interessenspartner?	Bei der Festlegung von Qualitätszielen werden auch die Anforderungen der Leistungsträger sowie die gesetzlichen Forderungen in der Behindertenhilfe einbezogen. Ebenfalls werden Anforderungen von weiteren Interessenspartnern (z.B. behördlichen Stellen, Krankenhäusern, etc.) berücksichtigt.	

### 1.3.2 Planung des Qualitätsmanagementsystems

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie hat die Einrichtungsleitung sichergestellt, dass die Prozesse und andere Aspekte des Qualitätsmanagementsystems geplant werden?  Wie erfolgt die Anpassung an die sich ändernden Anforderungen?	Die Einrichtungsleitung bewertet regelmäßig den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagementsystems, legt Befugnisse und Verantwortlichkeiten fest (z.B. Qualitätsmanagement-Beauftragter, Qualitätsmanagement-Team), sorgt dafür, dass die Betreuungsqualität und die Kundenzufriedenheit der verschiedenen Interessenspartner erhoben werden, qualitätsrelevante Prozesse der Einrichtung dargestellt werden und Anpassungen an sich ändernde Anforderungen (z.B. der DIN/EN/ ISO-Normen, der externen Kooperationspartner) Berücksichtigung finden.	
2	Verfügt die Einrichtung über Regelungen zur Planung und Durchführung externer Qualitätsaudits?	Die Vorgehensweise ist in einem dokumentierten Verfahren festgelegt.	
3	Liegt der Einrichtung ein externes Auditprogramm vor, das folgende Kriterien berücksichtigt:  – Status und Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche  – Ergebnisse früherer externer Audits  – Auditkriterien einschl. Kriterien für den externen Auditor und  – Auditumfang?	Die Qualifikation des externen Auditors ist gegenüber der Einrichtung nachgewiesen. Dieser verfügt über soziotherapeutische Kenntnisse möglichst im stationären und ambulanten Bereich.  Die Einrichtung wird durch den externen Auditor über Einspruchs- und Beschwerdemöglichkeiten gegen die Entscheidung der Zertifizierungsstelle sachgerecht informiert.	

## 1.4. Verantwortung, Befugnis, Kommunikation

### 1.4.1 Verantwortung und Befugnis

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie hat die Einrichtungsleitung die Verantwortungen, Befugnisse einschließlich der Wechselbeziehungen innerhalb der Einrichtung festgelegt (im QM – Handbuch / Organigramm) und bekannt gemacht?	Die Organisationsstruktur der Einrichtung muss einschließlich der Verantwortlichkeiten festgelegt sein und allen Mitarbeitern (soweit erforderlich) vermittelt werden. Die Festlegung der Verantwortlichkeiten für leitende, ausführende und überwachende Tätigkeiten kann durch Stellenbeschreibungen, Organigramme, Verfahrensanweisungen, Unterschriften-/ Kompetenzregelungen dokumentiert werden.	



### 1.4.2 Beauftragter der Einrichtungsleitung für Qualitätsmanagement

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtungsleitung einen „Beauftragten der obersten Leitung“ für Fragen des Qualitätsmanagements benannt?	Der Beauftragte für Qualitätsmanagement ist offiziell zu ernennen und bekannt zu machen (z.B. durch Aushang, Rundschreiben, namensbezogenes Organigramm, etc.).	
2	Hat dieser „Beauftragte der obersten Leitung“ zusätzlich zu anderen Verpflichtungen ausreichende Verantwortung und Befugnis: <ul style="list-style-type: none"> <li>– zur Sicherstellung, dass die Prozesse des Qualitätsmanagementsystems eingeführt und aufrechterhalten werden</li> <li>– der obersten Leitung über die Leistung des Qualitätsmanagementsystems und der notwendigen Verbesserungen zu berichten</li> <li>– in der gesamten Einrichtung das Bewusstsein über die Anforderungen der Bewohner / Betreuten und Interessenspartner zu fördern?</li> </ul>	Die Aufgaben, der Verantwortungsbereich und die Befugnisse des Beauftragten der obersten Leitung sind schriftlich geregelt. Der Beauftragte für Qualitätsmanagement ist u.a. für die Etablierung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems zuständig. Er organisiert die Erstellung des Qualitätsmanagement-Handbuchs. Er organisiert entsprechende Schulungen und Beratungen für Mitarbeiter, er begleitet den Selbstbewertungs- und Zertifizierungsprozess und trägt zur Förderung des Bewusstseins für Qualitätsmanagement bei. Er verfügt über entsprechende Kompetenzen, um seinen Aufgaben umfassend gerecht werden zu können.	

### 1.4.3. Interne und externe Kommunikation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Welche regelmäßigen Besprechungen zu organisatorischen Fragen und zum Qualitätsmanagement finden statt?  Gibt es Qualitätszirkel bzw. Projektgruppen zur Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Prozesse, bzw. zur Neuentwicklung, damit die Einrichtung ihre Qualitätsanforderungen erfüllen kann (z.B. Verbesserung der Ablauforganisation)?  Wie werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Wie wird die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich gemacht? Wie wird die Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen kontrolliert?	Die Besprechungen der Gremien (z.B. der Qualitätszirkel) sind zu dokumentieren und den betroffenen Mitarbeitern zugänglich zu machen. Die Umsetzung der Beschlüsse und die Wirksamkeit von beschlossenen Maßnahmen werden überprüft.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Gibt es einen Qualitätsausschuss (Zirkel) mit entsprechenden Verantwortlichkeiten, Kompetenzen, Berichtswesen und Tagungsrhythmus?	Der Qualitätsausschuss (Zirkel) repräsentiert alle wesentlichen Arbeitsbereiche der Einrichtung. Der Qualitätsausschuss unterstützt den Beauftragten der obersten Leitung bei der Entwicklung und Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems. Der Qualitätsausschuss entwickelt gemeinsam mit dem Qualitätsbeauftragten das Qualitätsmanagement-Handbuch. Der Qualitätsausschuss ist der zentrale Lenkungsreis hinsichtlich der Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems.	
3	Welche regelmäßigen Besprechungen zwischen den Mitarbeitern bzw. der Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführung finden statt?  Wie werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Wie wird sichergestellt, dass die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich ist?		
4	Gibt es Fallbesprechungen (Fallkonferenzen, Supervisionen)? Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen finden diese statt, und sind diese Abstände geeignet, den individuellen Betreuungsverlauf der Bewohner /Betreuten zu kontrollieren? Sind alle relevanten Berufsgruppen daran beteiligt?	Die Inhalte der Besprechungen werden aufgezeichnet.	
5	Beteiligen sich Mitarbeiter der Einrichtung an wissenschaftlichen Tagungen oder an externen Qualitätszirkeln?	Die Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen und externen Qualitätszirkeln wird dokumentiert.	
6	Nehmen die Einrichtungsmitarbeiter an externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil?	Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird dokumentiert.	
7	Nehmen Einrichtungsvertreter an wesentlichen Fachkongressen teil?	Die Teilnahme an Fachkongressen wird dokumentiert.	
8	Wie ist die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern (einweisende Stellen, Lieferanten, Kliniken und Hausärzten etc.) geregelt?		
9	Besteht eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen?	Inwieweit nehmen Bewohner / Betreute an Selbsthilfegruppen teil?  Wenn ja, wird die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen von der Einrichtung aktiv gesucht, unterstützt und dokumentiert?	

## 1.5 Managementbewertung

### 1.5.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Bewertet die Einrichtungsleitung das Qualitätsmanagementsystem zur Sicherstellung der fortdauernden Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit in geplanten Abständen?	Die Bewertung des Qualitätsmanagementsystems erfolgt mindestens einmal jährlich. Die erste Managementbewertung muss zum Zertifizierungsverfahren vorliegen. Die Managementbewertung muss aufgezeichnet und gelenkt werden (Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen). Es wird geprüft, ob das Qualitätsmanagement zur Realisierung der Qualitätsziele der Einrichtung beigetragen hat, ob entsprechende Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt werden konnten und ob sich deren Auswirkungen auch durch entsprechende Erhebungen belegen lassen (z.B. Befragungen, Ergebnisse interner Audits, externe Kundenrückmeldungen und -befragungen). Bei Bedarf wird das Qualitätsmanagementsystem überarbeitet bzw. ergänzt.	

### 1.5.2 Eingaben für die Bewertung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beinhaltet die Managementbewertung: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ergebnisse von Audits</li> <li>– Rückmeldungen von Bewohnern / Betreuten, Mitarbeitern und Interessenspartnern (Befragungen, Beschwerdemanagement)</li> <li>– Leistungen der Prozesse (bes. Betreuungs-Prozess)</li> <li>– Einrichtungskonzept (Aktualität)</li> <li>– Betreuungskonzept (Aktualität)</li> <li>– Betriebswirtschaftliche Kennzahlen</li> <li>– Status von Vorbeugungsmaßnahmen</li> <li>– Mitarbeiterorientierung (z.B. Fluktuationen, Fehlzeiten)</li> <li>– Folgemaßnahmen vorangegangener Managementbewertungen</li> <li>– geplante Veränderungen, die sich auf das Qualitätsmanagementsystem auswirken könnten</li> <li>– Empfehlungen für Verbesserungen (betriebliches Vorschlagswesen, etc.)</li> <li>– Ergebnisse der Basisdokumentation</li> <li>– (Ergebnisqualität)</li> </ul>	Alle aufgeführten Punkte müssen sich als Grundlage der Bewertung wieder finden. Die allgemeinen Bewertungsgrundlagen für Managementbewertung (Qualitätspolitik, bewertbare Qualitätsziele) sind zusätzlich zu beachten.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Enthält die Managementbewertung <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Beurteilung der Verbesserungsmöglichkeiten</li> <li>– den Änderungsbedarf für das Qualitätsmanagementsystem</li> <li>– den Änderungsbedarf für die Qualitätsziele?</li> </ul>	Ziel ist es, einen ständigen Verbesserungsprozess in der Einrichtung zu realisieren.	

### 1.5.3 Ergebnisse der Bewertung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Enthält die Managementbewertung als Ergebnis Entscheidungen und Maßnahmen zu folgenden Punkten: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und seiner Prozesse</li> <li>– Verbesserung der Einrichtungsleistungen in Bezug auf Anforderungen von Bewohnern / Betreuten und Interessenspartnern</li> <li>– Bedarf an Ressourcen</li> </ul>	Alle aufgeführten Punkte müssen sich unter Berücksichtigung der „Eingaben in die Bewertung“ wiederfinden. Die allgemeinen Bewertungsgrundlagen für Managementbewertung (Qualitätspolitik, bewertbare Qualitätsziele) sind zusätzlich zu beachten.	
2	Werden die Ergebnisse der Bewertung des QMS aufgezeichnet und dokumentiert?	Die Bewertungsergebnisse sind zu dokumentieren. Die Mitarbeiter sind über die Ergebnisse zu informieren; ggf. sind entsprechende Schulungen durchzuführen.	
3	Werden jährlich Qualitäts-/Jahresberichte der Einrichtung erstellt und veröffentlicht?		

## 2 Qualitätsmanagementsystem

### 2.1 Allgemeine Anforderungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung ein QMS eingeführt und dokumentiert? Ist die gesamte Einrichtung in das QMS eingebunden?		
2	Berücksichtigt das dokumentierte QMS ausreichend: <ul style="list-style-type: none"> <li>– die qualitätsrelevanten Prozesse, ihre Anwendung und ihre Wechselwirkung,</li> <li>– die Kriterien und Methoden zum Managen und Durchführen dieser Prozesse?</li> </ul>		
3	Ist, falls relevant, die Lenkung ausgegliederter Prozesse im QMS festgelegt?	Vertragliche Regelungen zur Leistungserbringung mit der externen Organisation (z.B. Outsourcing, externe Lieferanten, ärztliche Leistungen und Konsile). Eindeutige Definition der von der externen Organisation zu erbringenden Leistungen.	

### 2.2 Dokumentationsanforderungen

#### 2.2.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beinhaltet die QM-Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aussagen zu/r <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Qualitätspolitik</li> <li>b) Qualitätszielen</li> </ul> </li> <li>– ein QM-Handbuch</li> <li>– dokumentierte Verfahren</li> <li>– zusätzliche Dokumente zur Sicherstellung einer wirksamen Planung, Durchführung und Lenkung der Prozesse,</li> <li>– Anforderungen zu den Qualitätsaufzeichnungen?</li> </ul>		

## 2.2.2 Qualitätsmanagement-Handbuch

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung ein Qualitätsmanagement-Handbuch erstellt und wird es aktualisiert?	Das Verfahren zur Aktualisierung ist festgelegt.	
2	Beinhaltet das Qualitätsmanagement-Handbuch die Beschreibung des Umfangs des QMS, Einzelheiten und Begründungen für jegliche Ausschlüsse?	Der Geltungsbereich ist definiert, Ausschlüsse sind nur zum Abschnitt „Realisierung der Betreuungsprozesse“ (s. Kap. 3) zulässig.	

## 2.2.3. Lenkung von Dokumenten

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung von Dokumenten für folgende Maßnahmen festgelegt? <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Genehmigung der Dokumente vor der Herausgabe auf Angemessenheit,</li> <li>– die Überprüfung auf bedarfsgerechte Aktualisierung sowie die erneute Genehmigung,</li> <li>– die Kennzeichnung der Änderungen sowie den aktuellen Revisionsstand,</li> <li>– die Sicherstellung, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen,</li> <li>– und diese lesbar und identifizierbar bleiben</li> </ul>	Das Verfahren ist dokumentiert.	
2	Stellt das Verfahren sicher, dass veraltete Dokumente nicht unbeabsichtigt verwendet und in geeigneter Weise gekennzeichnet werden, wenn sie aufbewahrt werden müssen?		
3	Ist sichergestellt, dass externe Dokumente gekennzeichnet, entsprechend verteilt und gelenkt werden?	Das Verfahren ist dokumentiert. Externe Dokumente können sein: Gesetze, Verordnungen, Formulare der Kostenträger etc.	
4	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass gesetzliche und behördliche Vorschriften erkannt und eingehalten werden?	Gesetzliche Grundlagen, Verordnungen und Vorschriften (zum Datenschutz, zur Arbeitssicherheit, zum Betrieb von Medizinprodukten-, zur Hygiene, etc.) werden von der Einrichtung ermittelt und den jeweils Betroffenen zur Verfügung gestellt; hierzu sind Verantwortlichkeiten festzulegen (z.B. Beauftragtenwesen). Die Einhaltung der Regelungen wird im Rahmen des QMS regelmäßig geprüft.	

## 2.2.4. Lenkung von Aufzeichnungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur / zum – Kennzeichnung, – Verteilung, – Aufbewahrung, – Schutz, – Wiederauffindbarkeit, – Aufbewahrungsfrist – und Beseitigung von Qualitätsaufzeichnungen festgelegt?	Das Verfahren ist dokumentiert.	
2	Werden Qualitätsaufzeichnungen erstellt, gelenkt und aufrechterhalten?	Zur Aufrechterhaltung gehört die Aktualisierung, die Verwaltung von Revisionsständen etc.	

**3 Soziotherapeutische Anforderungen****3.1 Personelle Ausstattung****3.1.1 Allgemeines**

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Entspricht die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation den indikations-spezifischen Anforderungen sowie den Vorgaben der Kosten- und Leistungsträger?	Die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation der Einrichtung orientiert sich an den Vorgaben der Leistungsträger, gesetzlichen Bestimmungen und dem jeweiligen Einrichtungskonzept. Kriterien zur Grund- und Zusatzqualifikation des Personals sind in der Heimpersonalverordnung enthalten. Darüber hinaus sind spezifische Anforderungen an die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation aufgrund indikationsspezifischer Besonderheiten und entsprechender Einrichtungskonzepte möglich. Der Stellenplan der Einrichtung wird regelmäßig überprüft, darüber hinaus wird ein Fort- und Weiterbildungsplan erstellt.	
2	Verfügen die Leitung der Einrichtung und die leitenden Mitarbeiter der Betreuung, über eine angemessene fachliche Qualifikation?	Die Leitung und die leitenden Mitarbeiter aus der Betreuung verfügen über eine entsprechende Grundqualifikation (Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Sozialarbeiter) und über eine entsprechend anerkannte Weiterbildung (z.B. suchtspezifische Weiterbildung).	
3	Ist die fachliche Vertretung angemessen geregelt?	Für alle Fachbereiche sind Dienstpläne zu erstellen.	
4	Wird entsprechend den rechtlichen Vorgaben ein qualifizierter Nachtdienst oder ein Hintergrunddienst bereitgehalten?	Bei kleineren Einrichtungen ist zumindest eine Rufbereitschaft sicherzustellen.	
5	Existieren Regelungen der Dienstplangestaltung sowie für Vertretungen im Krankheitsfall?	Die Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Erstellung von Dienstplänen müssen klar geregelt sein. Darüber hinaus müssen Vertretungsregelungen im Krankheitsfall vorgehalten werden.	



## 3.1.2 Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung für das Personal, das qualitätsbeeinflussende Tätigkeiten ausübt, die notwendigen Qualifikationen ermittelt?	Der Qualifikationsbedarf für die verschiedenen Bereiche der Einrichtung ist zu ermitteln. Aus diesem Bedarf leitet sich die Erstellung eines Fort- und Weiterbildungsplans ab (u. a. für den künftigen Bedarf, für strategische und operative Pläne/Ziele, der zu erwartende Nachfolgebedarf für Führungskräfte, Veränderungen von Prozessen und Ausrüstungen, Erfüllung von zutreffenden Gesetzen und behördlichen Bestimmungen).	
2	Führt die Einrichtung Schulungen oder andere Maßnahmen (wie externe Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen) zur Deckung dieses Bedarfs durch?	Der Fort- und Weiterbildungsbedarf kann durch interne oder externe Maßnahmen gedeckt werden. Hierbei sind die Qualifikationsvoraussetzungen, das Anforderungsprofil und die Qualifikationskosten entsprechend zu berücksichtigen.	
3	Ist sichergestellt, dass an den relevanten Ergebnissen externer Fortbildungen oder Schulungen auch entsprechende Mitarbeiter der Einrichtung, die nicht daran teilgenommen haben, partizipieren können?	Sicherstellung der Einrichtung, dass die Mitarbeiter, die an externen Schulungen teilgenommen haben, die Ergebnisse der Schulungen in die Praxis einfließen lassen, bzw. andere Mitarbeiter nachschulen.	
4	Wie beurteilt die Einrichtung die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen?	Die Wirksamkeit der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Erlangung spezifischer Kompetenzen) wird in der Einrichtung beurteilt. Hierzu werden z.B. Rückmeldungen der Mitarbeiter, Beurteilungen von Vorgesetzten und Teammitgliedern eingeholt.	
5	Wie wird sichergestellt, dass die Mitarbeiter sich der Bedeutung und Wichtigkeit ihrer Tätigkeit bewusst sind und wissen, wie sie zur Erreichung der Qualitätsziele beitragen?	Den Mitarbeitern müssen die Qualitätsziele und konkrete Maßnahmen zur deren Umsetzung in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld bekannt sein.	
6	Führt die Einrichtung geeignete Aufzeichnungen zu Schul- und Berufsausbildung, sowie zusätzlichen Qualifikationen, Fertigkeiten und Erfahrungen?		
7	Gibt es Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in ihren Arbeitsbereich, in das QMS und die gesetzlichen Grundlagen? Wie wird die Einarbeitung neuer Mitarbeiter dokumentiert?	Es existiert eine Regelung, wie neue Mitarbeiter in ihren Aufgabenbereich sachkundig und zeitlich angemessen eingearbeitet werden (z.B. Paten-System, Checklisten). Darüber hinaus erhalten die Mitarbeiter Unterlagen (z.B. Leitbild und Aussagen zur Qualitätspolitik, Konzeption, entsprechende Auszüge aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch, Stellenbeschreibung, gesetzliche Grundlagen etc.).	
8	Finden bei Bedarf Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit Bewohnern / Betreuten statt?	Geschult werden sollte Personal aus allen Fachbereichen hinsichtlich eines bewohner- /betreutenorientierten Umgangs.	

## 3.2 Sachliche Ausstattung, Arbeitsumgebung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Hat die Einrichtung die sachliche Ausstattung, die sie zur Erreichung der Anforderungen von Bewohnern / Betreuten und Interessenspartnern benötigt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ermittelt</li> <li>– bereitgestellt und</li> <li>– wie wird diese aufrechterhalten?</li> </ul>	<p>Die sachliche Ausstattung beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gebäude, Arbeitsplatz und angeschlossene Versorgungseinrichtungen</li> <li>– Therapieeinrichtungen, Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen, unterstützende Dienstleistungen (z.B. Transport, Kommunikation, externe Dienstleistungen).</li> </ul> <p>Die Ausstattung muss entsprechend den Anforderungen der Leistungsträger und dem einrichtungsspezifischen soziotherapeutischen Konzept (z.B. Zweibettzimmer-Quote, Zahl der Betreuungs- und Funktionsräume, Einrichtungen zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie) gestaltet sein.</p>	
2	Entspricht die räumliche und sachliche Ausstattung den indikationsspezifischen Qualitätsanforderungen?	Die räumliche und sachliche Ausstattung muss den Qualitätsanforderungen der Leistungsträger sowie den indikationsspezifischen Betreuungsanforderungen, welche im Einrichtungskonzept dargelegt werden, entsprechen.	
3	Entspricht die medizinisch - technische Ausstattung den indikationsspezifischen Qualitätsanforderungen?	Bei soziotherapeutischer Betreuung von abhängigkeiterkrankten Menschen mit zusätzlicher körperlicher Behinderung (z.B. Rollstuhlfahrer).	
4	Wird durch geeignete Maßnahmen die Instandhaltung der Einrichtung gewährleistet (z. B. durch einen Instandhaltungsplan)?	Ein Instandhaltungsplan für kurz-, mittel- und langfristige Zeiträume ist vorzuhalten.	
5	Werden bei Instandhaltungen notwendige Sicherheits- (Arbeitssicherheit, Brandschutz, etc.) und Hygienevorschriften eingehalten?	Einschlägige Vorschriften werden ermittelt und fließen in die Planung und Durchführung der Wartung und Instandhaltung ein.	
6	Finden notwendige Begehungen zum Gebäudezustand statt?	Begehungen zur Feststellung des Gebäudezustands sind zu planen, regelmäßig durchzuführen und zu dokumentieren. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Erstellung des Instandhaltungsplans sowie für die Investitionsplanung.	
7	Finden notwendige Überprüfungen zum Gerätezustand statt?	Die Wartung und Instandhaltung von Geräten ist zu planen, fristgerecht durchzuführen und zu dokumentieren.	

### 3.3 Mitarbeiterorientierung und –zufriedenheit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie werden Mitarbeiter in qualitätsrelevante Entscheidungen einbezogen?	Der Einbezug der Mitarbeiter erfolgt z.B. über das Vorschlagswesen, die Mitwirkung in Qualitätszirkeln und entsprechenden Gremien, Mitarbeiterbefragungen und Mitarbeitergespräche.	
2	Mit welchen Methoden erhebt die Einrichtung die Mitarbeiterzufriedenheit?	Instrumente sind beispielsweise: Befragungen, strukturierte Beurteilungsgespräche, Analyse von Fehlzeiten, krankheitsbedingten Abwesenheiten, Personalfuktuation, Personalbeschwerden.	
3	Werden die Ergebnisse systematisch ausgewertet und tragen diese zur Weiterentwicklung der Einrichtung bei?		

## 4 Realisierung der soziotherapeutischen Prozesse

### 4.1 Entwicklung und Einführung neuer Dienstleistungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden im Vorfeld der Entwicklung und Einführung neuer Dienstleistungen (z.B. Betreuungskonzepte) Vorgaben/Ziele festgelegt und dokumentiert (z. B. medizinische/therapeutische Anforderungen, Marktchancen, Kosten-Nutzen-Verhältnis)?	Im Vorfeld der Entwicklung und Einführung neuer Betreuungskonzepte sind der Bedarf, die erforderliche personelle und sachliche Ausstattung, das Kosten- und Nutzenverhältnis und die jeweiligen Realisierungschancen zu erheben und zu dokumentieren.	
2	Werden die Projektschritte bei der Entwicklung von neuen Betreuungskonzepten festgelegt und dokumentiert (Projektmanagement)? Projektschritte sind: – Entwicklung und Benennung der Projektziele – Planung der Entwicklungsphasen (mit Festlegung der Verantwortungen und Befugnisse) – Berücksichtigung von Anforderungen (Bewohnern / Betreuten, Interessenspartner, wissenschaftlicher Standard, Behörden, Gesetze, etc.) – Bewertung des Projektentwurfs (Vollständigkeit, Eindeutigkeit, Widerspruchsfreiheit) – Einsatz zu erfüllen).	Im Rahmen des Projektmanagements werden entsprechende Entwicklungen geplant und gesteuert. Hierzu gehört die Festlegung der Projektschritte und ihre zeitliche Festlegung. Darüber hinaus müssen die erforderlichen Mittel eingeplant und bereitgestellt werden. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren und bilden die Grundlage zur Überprüfung der Projektergebnisse. Nach der Überführung eines Projektes in die alltägliche Praxis, folgt eine weitere Überprüfung und Validierung.	
3	Werden Aufzeichnungen über die Ergebnisse der oben genannten Entwicklungsschritte und eventuell notwendiger Folgemaßnahmen geführt?	Siehe 4.1 Nummer 2	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	Werden Entwicklungsänderungen identifiziert und aufgezeichnet?	Siehe 4.1 Nummer 2	
5	Werden die Änderungen, soweit angemessen, bewertet und vor ihrer Verwirklichung genehmigt?	Siehe 4.1 Nummer 2	
6	Sind die Zuständigkeiten für die Freigabe von neuen oder geänderten Konzepten/Dienstleistungen klar geregelt?		
7	Wird sichergestellt, dass neue Erkenntnisse zur Betreuung in die Betreuungskonzepte einfließen?	Die Weiterentwicklung der Betreuungskonzepte erfolgt z.B. über die Auswertung wissenschaftlicher Literatur, betreuungsrelevante Leitlinien, Auswertung von Kongress- und Tagungsteilnahmen etc.	
8	Wird das Personal vor der Freigabe von Konzeptänderungen (Einrichtungs- und Betreuungskonzepte) entsprechend geschult?	Im Rahmen von wesentlichen Änderungen der Einrichtungs- und Betreuungskonzepte (z.B. Entwicklung neuer Therapieformen) wird der Schulungsbedarf des Personals ermittelt und entsprechende Maßnahmen vor Einführung der entsprechenden Veränderungen durchgeführt.	

#### 4.2 Planung der Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie hat die Einrichtung die notwendigen Prozesse zur Betreuung und die unterstützenden Prozesse geplant und entwickelt?	Die einrichtungsspezifischen Prozesse können mittels Prozessbeschreibungen und Arbeitsanweisungen oder Flussdiagrammen beschrieben werden. Hierbei werden Kernprozesse der Betreuung (z.B. Anmeldung, Aufnahme, Diagnostik, Betreuungsverlauf, Entlassung) sowie unterstützende Prozesse (Beschaffung, Wartung und Instandhaltung, Hauswirtschaft und Verwaltungsprozesse) berücksichtigt. Die Gestaltung der Kernprozesse erfolgt in der Regel interdisziplinär.	
2	Wie wird die Planung der Betreuung mit den Anforderungen der anderen Prozesse abgestimmt?	Bei der Planung der Prozesse (entsprechend der o.g. Beispiele) ist deren Wechselwirkung zu berücksichtigen.	
3	Werden bei der Planung der Prozesse die Anforderungen an die Ergebnisqualität berücksichtigt?  Werden dabei die Erwartungen der Bewohner / Betreuten und Interessenspartner (sozial-) medizinische/ therapeutische/pflegerische Notwendigkeiten, geäußerte Wünsche und vorausgesetzte Erwartungen berücksichtigt?	Die Prozessplanung ist ausgerichtet an den (Teil-)Ergebnissen, die mit den Prozessen erreicht werden sollen. Die Ergebnisse können therapeutisch, betriebswirtschaftlich oder volkswirtschaftlich definiert sein. Wesentliche Aspekte sind hier die Erwartungen der Bewohner / Betreuten und der weiteren Interessenspartner (Kostenträger, Einweiser, gesetzliche Betreuer etc.).	
4	Ist festgelegt, welche Aufzeichnungen und Dokumente erforderlich sind, um die Prozesse überprüfen zu können?	Bei der Planung der Prozesse wird festgelegt, welche Aufzeichnungen erfolgen müssen, um die Prozesse überprüfen zu können und die Rückverfolgung des Prozesses sicherzustellen.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
5	Besteht in der Einrichtung die Möglichkeit für ihre Prozesse die aktuellen Informationen zu beziehen, um die Anforderungen an wissenschaftliche Standards, Leitlinien, gesetzliche und behördliche Anforderungen zu erfüllen.	Existiert eine Fachbibliothek (ggf. Testothek) und Internet – Zugang und werden Fachzeitschriften bezogen?	

#### 4.2.1 Betreuungskonzepte

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wie geht das Einrichtungskonzept auf das Indikationsspektrum, auf indikationsbezogene Betreuungsangebote, auf die jeweiligen Betreuungsziele ein?	Im Einrichtungskonzept muss das Indikationsspektrum der Einrichtung beschrieben sein. Für alle in der Einrichtung relevanten Indikationsbereiche sollten schriftliche Betreuungskonzepte vorhanden sein.	
2	Wie wird das Einrichtungskonzept überprüft und ggf. aktualisiert (mindestens einmal jährlich)?	Es müssen feste Zeiträume und Zuständigkeiten für die Überarbeitung/ Aktualisierung des Konzeptes angegeben sein. Die Überprüfung und ggf. Aktualisierung sollte zumindest einmal jährlich erfolgen.	
3	Sind die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe von Betreuungskonzepten festgelegt?	Die Verantwortlichkeiten zur Erstellung, Prüfung und Freigabe von Betreuungskonzepten und Standard-Therapieplänen müssen festgelegt sein.	
4	Berücksichtigen die Betreuungskonzepte die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der verschiedenen Krankheiten (Diagnosenstellung gemäß ICD-10)?	Die Betreuungskonzepte sollen sich am biopsychosozialen Krankheits- und Ressourcenmodell orientieren. Die Betreuungskonzepte und Behandlungspläne umfassen insbesondere folgende Elemente <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gruppentherapie</li> <li>– Einzeltherapie</li> <li>– ärztliche Betreuung</li> <li>– Physiotherapie</li> <li>– Sport- und Bewegungstherapie</li> <li>– Arbeitstherapie</li> <li>– Beschäftigungstherapie</li> <li>– Soziotherapie</li> <li>– Sozialberatung</li> <li>– Arbeit mit Angehörigen</li> <li>– indikative und spezialisierte therapeutische Angebote (z.B. Stressbewältigungskurse, Selbstsicherheitstraining, Frauengruppe, spezielle Angebote für Arbeitslose).</li> </ul>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
5	Gehen die Betreuungskonzepte in angemessener Weise auf Betreuungsangebote und auf die jeweiligen Betreuungsziele ein?	Im Betreuungskonzept wird dargelegt, welche Betreuungsziele erreicht werden sollen, welche diagnostischen Verfahren eingesetzt werden, welche Betreuungsangebote in der Einrichtung zur Verfügung stehen.	
6	Sind diese Betreuungskonzepte das Ergebnis einer interdisziplinären Zusammenarbeit?	Es ist nachzuweisen, dass bei der Erstellung der Betreuungskonzepte alle relevanten Berufsgruppen (Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen mit entsprechender Weiterqualifikation, Pflegekräfte, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten etc.) beteiligt sind.	
7	Ist in den Betreuungskonzepten die Beteiligung und Mitwirkung der Bewohner / Betreuten vorgesehen?	Im Betreuungskonzept ist zu verankern, in welcher Art und Weise Beteiligung und Mitwirkung des Bewohners / Betreuten im Betreuungsprozess erfolgt; z.B. über einen schriftlichen Betreuungsvertrag zwischen der Einrichtung und des Bewohners / Betreuten.	
8	Werden die Betreuungskonzepte jährlich überprüft und ggf. aktualisiert?	Eine kontinuierliche Überprüfung und ggf. Aktualisierung der Betreuungskonzepte ist vorzunehmen.	
9	Sind die Betreuungskonzepte auf allen relevanten Ebenen bekannt? Überprüft die Einrichtung den Kenntnisstand ihrer Mitarbeiter hinsichtlich der Betreuungskonzepte?	Die Kenntnis der Betreuungskonzepte wird im Rahmen von Fallbesprechungen, Fachsupervisionen etc. regelmäßig überprüft und aufgezeichnet.	
10	Liegen für die wichtigsten Indikationsgruppen der Einrichtung medizinische Behandlungsstandards (möglichst leitliniengestützt) neben interprofessionellen Betreuungskonzepten vor?	Die Behandlungsstandards sollen zumindest eine Differenzierung vornehmen zwischen der Drogenabhängigkeit, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und stoffungebundenen Suchtformen.	
11	Liegt ein einrichtungsinternes Konzept zum Umgang mit Rückfällen während der Betreuung vor?	Die Einrichtung sollte über ein abgestimmtes Konzept zum Umgang mit Rückfällen verfügen. Dieses sollte den therapeutischen Mitarbeitern bekannt sein.	

#### 4.3 Bewohner- bzw. Betreutenbezogene und unterstützende Prozesse

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Erhalten die Bewohner / Betreuten geeignetes Informationsmaterial zu ihrer Betreuung bereits vor der Aufnahme (z. B. Einrichtungsprospekt, Informationen über spezielle Betreuungsangebote, etc.)?	Den Bewohnern / Betreuten wird vor der Betreuung entsprechendes Informationsmaterial zugeleitet. Die beteiligten ambulanten Beratungs- und Betreuungsstellen werden mit weitergehenden Informationen zu den Betreuungsangeboten informiert.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Existieren Regelungen für die von Bewohnern mitgebrachten Medikamente und Hilfsmittel?	Die Annahme und Herausgabe von Medikamenten muss dokumentiert sein, der Transport, die Entsorgung bzw. die Lagerung muss verantwortlich geregelt werden. Eine eindeutige Zuordnung der Medikamente zum jeweiligen Bewohner muss bei der Lagerung gegeben sein.	

#### 4.3.1 Anmeldung / Aufnahme

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden bei Anmeldung der Bewohner / Betreuten die Unterlagen auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft und im Falle des Fehlens wichtiger Befunde diese unverzüglich angefordert?	Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.	
2	Gibt es Regelungen für das Vorgehen bei Ausschlusskriterien und Kontraindikationen?	Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.	
3	Gibt es Regelungen für die Aufklärung von Bewohnern / Betreuten über vorgesehene diagnostische Verfahren?	Die Aufklärung der Bewohner / Betreuten muss im Diagnostikverfahren verankert bzw. dokumentiert sein. Es muss im Einzelfall eine Dokumentation über die durchgeführte Aufklärung erfolgen (bei Psychodiagnosen sind besondere Regelungen zu beachten).	
4	Enthalten die Betreuungskonzepte Hinweise auf diagnostische Maßnahmen (vor und/oder während der Betreuungszeit)?	Die Bezüge zwischen diagnostischen Möglichkeiten und den vorhandenen Betreuungsangeboten sollte im Betreuungskonzept verdeutlicht sein. Im Betreuungskonzept sollten Hinweise über die diagnostischen Verfahren, welche jeweils eingesetzt werden, enthalten sein.	
5	Gibt es festgelegte Regelungen für die Aufnahme von Bewohnern / Betreuten?		
4	Ist die Aufnahme grundsätzlich an allen Wochentagen möglich?	Der Aufnahmemodus muss inhaltlich auf das Betreuungskonzept bezogen sein. Abweichungen von der Forderung der täglichen Aufnahmemöglichkeit sind inhaltlich zu begründen.	
5	Existiert eine Regelung für Ausnahmen außerhalb der geplanten Aufnahmezeiten?		
6	Gibt es Serviceleistungen hinsichtlich der frühzeitigen Kontaktaufnahme sowie für die An- und Abreise von Bewohnern / Betreuten (z. B. Informationen über Verkehrsverbindungen, Abholdienst)?		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
7	Wird durch geeignete Maßnahmen sichergestellt, dass ein fehlaufgenommener Bewohner / Betreuer einer adäquaten anderen Betreuung zugeleitet wird (z. B. Weiterleitung in eine andere Einrichtung, anderweitige ambulante Betreuung)?	Das Vorgehen muss festgelegt, der Ablauf dokumentiert sein.	



## 4.3.2 Diagnostik

1	Gibt es eine Eingangsdiagnostik?	<p>Aus der Prozessbeschreibung der diagnostischen Verfahren muss hervorgehen, wie deren Einsatz erfolgt.</p> <p>Hierbei sind Instrumente zur Beschreibung der Abhängigkeit (allgemeingültige Klassifikationssysteme wie ICD-10, DSM IV) sowie zur Beschreibung der individuellen Abhängigkeitsproblematik, oder Atem- und Blutalkoholmessungen etc. zu berücksichtigen. Die Möglichkeit der internen Durchführung einer testpsychologischen Diagnostik (z.B. unter Berücksichtigung von psychopathologischen Aspekten, Persönlichkeitsaspekten) sollte gegeben sein.</p>	
4	Orientiert sich die Diagnostik an der Betreuungsplanung und den Betreuungszielen?	Biographie, klinische Anamnese, sucht-spezifische und Funktionsanamnese müssen bezogen auf die Betreuungsziele erhoben werden (z.B. Instrumente zur Feststellung körperlicher oder sozialer Begleit- und Folgeerkrankungen, zur Abklärung von Komorbidität, zur subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, zur Erhebung des Ausmaßes der Veränderungsbereitschaft und Abstinenzzuversicht müssen vorhanden sein).	
5	Entspricht das Diagnosespektrum der Bewohner / Betreuten den konzeptuellen Vorgaben und dem Leistungsspektrum der Einrichtung?	Die Behandlung spezifischer Bewohner / Betreutengruppen (z.B. mit komorbiden Erkrankungen) erfordert eine entsprechende Ausstattung der Einrichtung und Qualifikation der Mitarbeiter.	

## 4.3.3 Betreuung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden Betreuungs-Zielkataloge, wenn diese für einzelne Indikationen / Indikationsspektrum vorliegen, verwendet?	Betreuungspläne einschließlich der Darlegung entsprechender Betreuungsziele (Betreuungs-Zielkataloge) sind für die wesentlichen und unterscheidbaren Indikationsgruppen in der Einrichtung vorzuhalten. Die jeweiligen Betreuungsziele sind individuell mit dem Bewohner / Betreuten auszuhandeln.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Werden gemeinsam mit jedem Bewohner / Betreuten individuelle Betreuungsziele formuliert und dokumentiert (wo anwendbar- z. B. Erstellung systematischer und evaluierter Betreuungs-Zielkataloge), sowie die Art der Betreuung besprochen?	Die individuellen Betreuungsziele werden mit dem Bewohner / Betreuten gemeinsam festgelegt und im Betreuungsprozess überprüft bzw. abgeändert. Die Betreuung orientiert sich an den zugrundeliegenden individuellen Betreuungszielen. Bereits zu Beginn der Therapie wird mit jedem Bewohner / Betreuten ein individuelles Betreuungsziel erarbeitet und in der Bewohner / Betreutenakte dokumentiert. Anweisungen/Verordnungen sind ebenfalls auf entsprechenden Formblättern zu dokumentieren (Medikation, Art und Häufigkeit bestimmter Betreuungsbausteine). Betreuungsziele müssen mit Bezug auf das verantwortliche Fachpersonal konkretisiert werden.	
3	Haben alle an der Betreuung beteiligten Mitarbeiter Kenntnis von den individuellen Betreuungszielen?	Die an der Betreuung beteiligten Mitarbeiter stimmen die individuellen Betreuungsziele in den verschiedenen Betreuungsbereichen aufeinander ab (im Rahmen von Team-Sitzungen, Fallkonferenzen, Supervision) und überprüfen die Zielerreichung im Verlauf der Betreuung. Die Betreuungsziele sind so zu dokumentieren, dass sie den beteiligten Mitarbeitern zugänglich und bekannt sind.	
4	Welche regelmäßigen Besprechungen zur Steuerung der Betreuung (intra- und interdisziplinäre „Fall-Konferenzen“) finden statt?  Wie werden die Ergebnisse der Besprechungen dokumentiert? Ist die Dokumentation allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich? Wie wird die Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen kontrolliert?	Relevante Informationen zum Betreuungsprozess des Bewohners / Betreuten werden regelmäßig und im erforderlichen Umfang interdisziplinär ausgetauscht, in Form von Teambesprechungen, Übergaben etc. Die Besprechungen müssen entsprechend dokumentiert und zugänglich sein. Entsprechende Beschlüsse sind umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.	
5	Werden die Betreuungsziele (z.B. Zielerreichungsgrad) am Ende der Betreuung überprüft und bewertet?		
6	Sind die Betreuungsteams aus den relevanten Berufsgruppen zusammengesetzt, und arbeiten sie interdisziplinär?	Die beteiligten Berufsgruppen und die Art ihrer Zusammenarbeit sind zu dokumentieren.	
7	Hält die Einrichtung eine dem Indikationspektrum entsprechende Angebot der Gesundheitsinformation, -motivation und -schulung vor?	Angebote in den Einrichtungen können sein: Vorträge zur Suchtmittel-Abhängigkeit, Nikotinabhängigkeit, Ernährung und Gesundheit, Stress und Entspannungsverfahren, indikative Betreuungsangebote (z.B. zur Raucherentwöhnung, zur Stressbewältigung). Die vorhandenen Angebote zur Gesundheitsinformation, -motivation und -schulung werden beschrieben.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
8	Besteht die Möglichkeit einer realitätsnahen (praxisnahen) Erprobung der Leistungsfähigkeit (z. B. interne oder externe Belastungserprobungen)?	Die Erprobung der Leistungsfähigkeit kann durch interne Trainings im Rahmen der Arbeitstherapie oder durch externe Praktika erfolgen. Darüber hinaus sind auch Belastungserprobungen im Rahmen der Rückfallprophylaxe (z.B. durch Heimfahrten) möglich.	
9	Gibt es eine Regelung für eine gesunde Ernährung von Bewohnern / Betreuten?	Die Regelungen zur gesunden Ernährung orientieren sich an ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen.	
10	Gibt es spezielle Kostformen? Ist die Kostform Bestandteil des Betreuungskonzeptes?	Für spezifische Bewohnergruppen (z.B. Diabetiker) werden entsprechende Kostformen angeboten. Auf entsprechende Angebote wird in den Betreuungskonzepten und Informationsbroschüren hingewiesen.	
11	Werden die Angehörigen bei Bedarf in die Betreuung einbezogen?	Die Einrichtung beschreibt im Betreuungskonzept ihre Angebote zum Einbezug von Angehörigen.	
12	Werden Bewohner / Betreute und Angehörige über Selbsthilfegruppen informiert?	Die Verankerung der Kooperation in den Betreuungsverlauf ist festzulegen. Die Maßnahmen im Einzelfall sind zu dokumentieren.	
13	Existieren – neben der einrichtungsspezifischen Betreuung – infrastrukturelle Angebote, die den Betreuungsprozess unterstützen können (Freizeitangebote, kulturelle/seelsorgerische Angebote)?	Die Einrichtung legt im Betreuungskonzept dar, wie die vorhandenen Freizeitangebote in den Betreuungsprozess integriert werden. Die Nutzung von (externen) Freizeitangeboten ist vor dem Hintergrund des Betreuungsverlaufs und der Abwägungen zwischen Gefährdung und Bewährung (z.B. Ausgangsregelungen, Situationen mit hohem Gefährdungspotential) zu treffen.	
14	Hat die Einrichtung Regelungen eingeführt, wie mit den von Bewohnern / Betreuten, Auftraggebern oder Vorbehandlern bereitgestellten Unterlagen (Befunde, Röntgenbilder o. a.) zu verfahren ist?	Regelungen sind dokumentiert.	
15	Gibt es Regelungen für die Verlängerungen einer Betreuungs-Maßnahme (Vertragsänderung)?	Regelungen sind dokumentiert.	
16	Gibt es Regelungen, den individuellen Betreuungsplan anzupassen, falls sich Änderungen oder neue Problembereiche ergeben?	Regelungen sind dokumentiert.	
17	Werden die Bewohner / Betreuten angemessen über die Ergebnisse der individuellen Betreuungsplanung bzw. der Überprüfung der Zielerreichung desselben informiert?	Regelungen sind dokumentiert.	

## 4.3.4 Pflege

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es Regelungen, für welche Bewohner / Betreute ein Pflegeplan zu erstellen ist und verfügt die Einrichtung über ein Instrument der Pflegeplanung und –dokumentation?	Regelungen zur Pflegeplanung sind im stationären Bereich dokumentiert.	
2	Sind die Zuständigkeiten für die Pflegedokumentation geregelt?	Regelungen zur Pflegedokumentation sind festgelegt.	
3	Gibt es Pflegestandards? Welche individuellen Maßnahmen werden erarbeitet? Wer kontrolliert diese?	Pflegestandards werden individuell festgelegt und dokumentiert.	

#### 4.3.5 Ärztliche Versorgung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wie hat die Einrichtung die Zusammenarbeit mit Ärzten geregelt? Die Maßnahmen erstrecken sich auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– eine gültige Liste der Fachärzte, mit der die Einrichtung zusammenarbeitet,</li> <li>– regelmäßige Bewertung der Fachärzte.</li> </ul>	Die Zusammenarbeit mit Ärzten und Fachärzten vor Ort muss geregelt sein (z.B. vertragliche Regelungen zu Hausbesuchen).	

#### 4.3.6 Entlassung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es Regelungen für die Entlassung (auch vorzeitige Entlassungen)?	Es gibt festgelegte Verfahren für die Entlassung eines Bewohners / Betreuten. Die Verantwortlichkeit für das Management der Entlassung ist geregelt.	
2	Erfolgt eine unverzügliche und angemessene Information an Weiterbehandler, Kostenträger oder Angehörige im Zusammenhang mit der Entlassung?	Es ist geregelt, welche Informationen an Weiterbehandler, Kostenträger, behördliche Stellen oder Angehörige gegeben werden. Hierbei sind die datenschutzrechtlichen Grundlagen zu beachten. Der zur Entlassung erstellte individuelle Hilfeplan (IHP) wird zeitnah dem Kostenträger zugeleitet. Es sind Regelungen zu treffen, welche Zuständigkeiten für die Erstellung des IHP's (i.d.R. der Entlassbericht bzw. der Abschlussbericht) bestehen.	
3	Ist die Vorgehensweise für die Überprüfung und Freigabe des IHP's geregelt, und wird sie eingehalten?	Die Verantwortlichkeit für die Überprüfung und Freigabe des IHP's ist in der Einrichtung verbindlich zu regeln.	
4	Ist der durchschnittliche Zeitraum zwischen Entlassung und Übersendung des IHP's angemessen?	Der Zeitraum zwischen Entlassung und Übersendung des IHP's wird in der Einrichtung dokumentiert. Es ist eine zeitnahe Übersendung des Berichtes anzustreben (gemäß den Vorgaben der Leistungsträger).	

## 4.3.7 Bewohner / Betreutendokumentation

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung aller Bewohner- / Betreutendokumentationen und Aufzeichnungen festgelegt?	Die Dokumentation des Betreuungsprozesses kann in jeglicher Form (Papier, EDV-gestützt) realisiert werden. Es ist zu regeln, welche Aufzeichnungen an welcher Stelle dokumentiert und archiviert werden. Alle Mitarbeiter sind über datenschutzrechtliche Bestimmungen zu informieren.	
2	<p>Beinhaltet dieses Verfahren, dass für Formulare im Rahmen der Bewohner / Betreutendokumentation (auch EDV-Eingabemasken) folgende Anforderungen gewährt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Prüfung auf Angemessenheit und Genehmigung vor der Herausgabe,</li> <li>– die Überprüfung auf bedarfsgerechte Aktualisierung sowie die erneute Genehmigung,</li> <li>– die Kennzeichnung der Änderungen sowie den aktuellen Revisionsstand,</li> <li>– die Sicherstellung, dass die gültigen und zutreffenden Dokumente bei Bedarf zur Verfügung stehen,</li> <li>– Formulare lesbar und identifizierbar bleiben?</li> </ul>		
3	Erfolgt in der Einrichtung eine eindeutige Dokumentation der erbrachten Dienstleistungen?	Die Aufzeichnungen sind nachvollziehbar bspw. in der individuellen Betreuungsplanung (IHP, Betreuungsplan, Planungsbögen in der Arbeitstherapie und Ergotherapie, Anwesenheitslisten, Pflegedokumentation etc.) .	
4	Wird sichergestellt, dass die Bewohner- / Betreutendokumentation allen davon betroffenen Mitarbeitern in ihrer aktuellen Form zur Verfügung steht?	Die Aufzeichnungen sind nachvollziehbar bspw. in der Bewohner-/ Betreutenakte.	
5	Ist der Betreuungsfortschritt in den einzelnen Schritten aus der Bewohner-/ Betreutenakte erkennbar?	Die Aufzeichnungen sind nachvollziehbar zu führen.	
6	Gibt es Regelungen für die Lenkung (Zuständigkeiten, Erfassung, Speicherung, Prüfung, Freigabe, Kennzeichnung, Verteilung) der Daten der Basisdokumentation?	Zu Inhalten der Basisdokumentation s. Kap. 5.2.4 und 5.4	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
7	Werden die Akten bereits entlassener Bewohner / Betreuten (die aus gesetzlichen Gründen und/oder zur Erhaltung des Wissensstandes aufbewahrt werden) angemessen und eindeutig gekennzeichnet?  Ist ein dokumentiertes Verfahren zur / zum Kennzeichnung, Aufbewahrung, Schutz, Wiederauffindbarkeit, Aufbewahrungsfrist und Beseitigung von Bewohner / Betreutenaufzeichnungen festgelegt?		
8	Werden Dokumente/Daten vor ihrer Herausgabe durch befugtes Personal bzgl. Angemessenheit überprüft und genehmigt?  Sind die Archivierungsfristen festgelegt?	Die Zuständigkeiten zur Durchführung, Prüfung, Genehmigung und Verteilung sind festgelegt.  Archivierungsfristen müssen geregelt und festgelegt sein.	
9	Sind für Daten und Dokumente Aufbewahrungsfristen festgelegt?	Alle Daten, die Bewohner / Betreuten betreffend, müssen i.d.R. 10 Jahre archiviert werden.	

#### 4.4 Prozesse bezüglich Interessenspartnern

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Verfügt die Einrichtung über Verfahren die Bewohner- / Betreutenanforderungen zu ermitteln?	Die Einrichtung legt dar, auf welche Weise sie Bewohner- / Betreutenanforderungen ermittelt. Dies kann durch die Einrichtung eines Heimbeirates, Bewohner- / Betreutenbefragungen, die Auswertung von Beschwerden etc. erfolgen.	
2	Wie werden die Anforderungen der anderen Interessenspartner ermittelt (Anforderungen von Kostenträgern, wissenschaftliche Standards, gesetzliche Anforderungen, weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten/Pflegedienste, Angehörige, etc.)?	Dies kann erfolgen z.B. durch systematische Befragungen, die Auswertung von Kontakten und Gesprächen, ein Beschwerdemanagement für Interessenspartner (z.B. für Kostenträger, Einweiser, Ärzte, Krankenhäuser)	
3	Wird vor dem Eingehen einer Vertrages/Vereinbarung mit den Interessenspartnern sichergestellt, dass  – die Dienstleistungsanforderungen festgelegt sind,  – Widersprüche zwischen den niedergelegten Anforderungen ausgeräumt werden,  – die Einrichtung in der Lage ist, die festgelegten Anforderungen zu erfüllen?		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
4	<p>Wie stellt die Einrichtung sicher, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Änderung von Anforderungen der Interessenspartner die zutreffenden Dokumente und Aufzeichnungen ebenfalls geändert werden,</li> <li>– dem zuständigen Personal die geänderten Anforderungen bewusst gemacht werden?</li> </ul>		
5	<p>Hat die Einrichtung Regelungen für die Kommunikation mit Interessenpartnern festgelegt und verwirklicht zu folgenden Punkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Information über die Dienstleistung,</li> <li>– Anfragen, Verträge oder Auftragserteilungen einschließlich Änderungen,</li> <li>– Rückmeldungen einschließlich Beschwerden der Interessenpartner?</li> </ul>	Nachvollziehbar über die Dokumentation über die Einweiser, gesetzliche Betreuung, Fachgremien, etc.	

#### 4.5 Beschaffung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Existieren Regelungen für den Beschaffungsvorgang z. B. für Medikamente, Medizinprodukte, Pflegematerialien, Lebensmittel, Geräte und Instrumente (z.B. Angebotseinholung, Bestellung, Lieferungsnachhaltung und -prüfung, Rechnungsprüfung)?		
2	Werden die erforderlichen Prüfungen/Verifizierungen oder sonstige Maßnahmen festgelegt, um festzustellen, ob die Beschaffungsanforderungen erfüllt werden?	Aufzeichnungen u.a. über die Lieferantenbewertungen.	
3	Gibt es eine regelmäßige Beurteilung der Lieferanten (z. B. nach der Produktpalette, den Dienstleistungen, dem Preis-Leistungsverhältnis, der Qualität) und wird diese dokumentiert?		
4	Gibt es eine Liste der zugelassenen Lieferanten, und wird diese regelmäßig überprüft?		
5	Sind Qualitätsaufzeichnungen von Lieferanten in den Fällen, wo dies sinnvoll oder notwendig ist, Bestandteil der Qualitätsaufzeichnungen der Einrichtung?		



## 4.6 Hygiene , Arbeitsschutz, Brandschutz

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Ist durch geeignete Maßnahmen die Hygiene geregelt und sichergestellt?	<p>Gesetzliche Regelungen, Richtlinien und /oder Empfehlungen (z.B. Hygieneverordnung, Lebensmittelhygieneverordnung) werden erfüllt, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht. Siehe auch Richtlinien über das HACCP.</p> <p>Regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeiter (z.B. durch Fort- und Weiterbildung) sind sichergestellt.</p> <p>Eine Risikoanalyse und –bewertung hinsichtlich des Einsatzes von Bewohnern / Betreuten für allgemeine Aufgaben (z.B. Reinigung der eigenen Sanitärräume und Zimmer oder im Rahmen der Mitwirkung bei der Essensversorgung) ist vorzunehmen, um spezifische Unfallrisiken zu erkennen oder Krankheitsübertragung zu unterbinden.</p>	
2	<p>Ist durch geeignete Maßnahmen der Arbeitsschutz im Hinblick auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeitsplätze (Klima, Beleuchtung etc.)</li> <li>– Gefahren für Mitarbeiter (z.B. Unfallschutz, Vorsorgeuntersuchungen)</li> <li>– Gefahrstoffe</li> <li>– Strahlenschutz</li> </ul> <p>geregelt und sichergestellt?</p>	<p>Gesetzliche Regelungen, Richtlinien und/oder Empfehlungen (z.B. Unfallverhütungsvorschriften, Strahlenschutzverordnung usw.) werden erfüllt, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.</p> <p>Existieren, falls erforderlich, dokumentierte Handlungs-, Verfahrens- und/oder Dienstanweisungen? Sind diese den Mitarbeitern bekannt?</p> <p>Regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeiter (z.B. durch Übungen, Schulungen) sind sichergestellt.</p>	
3	Ist durch geeignete Maßnahmen der Brandschutz geregelt und sichergestellt?	<p>Gesetzliche Regelungen, Richtlinien und/oder Empfehlungen (z.B. Arbeitsstätten- und Bauverordnung, Fluchtpläne usw.) werden erfüllt, Veränderungen eingearbeitet und bekannt gemacht.</p> <p>Existieren, falls erforderlich, dokumentierte Handlungs-, Verfahrens- und/oder Dienstanweisungen? Sind diese den Mitarbeitern bekannt?</p>	

## 5 Ergebnisse (Messung, Analyse, und Verbesserung)

### 5.1 Allgemeines

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden die Prüf-, Analyse- und Verbesserungsprozesse geplant und verwirklicht hinsichtlich: – Übereinstimmung der Dienstleistungen und des QMS mit den Anforderungen – der Wirksamkeit und Weiterentwicklung des QMS?	Wesentliche Inhalte werden in den folgenden Fragen des Kapitels konkretisiert.	
2	Werden die zutreffenden Methoden einschließlich statistischer Verfahren und das Ausmaß ihrer Anwendung ermittelt?	Hierbei geht es z.B. um die Ermittlung geeigneter systematischer Methoden zur Prüfung, Analyse und Verbesserung.	

### 5.2 Überwachung und Messung

#### 5.2.1 Zufriedenheit von Bewohnern / Betreuten und weiteren Interessenspartnern

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wird die Zufriedenheit von Bewohnern / Betreuten und Interessenspartnern systematisch ermittelt und gibt es hierfür Messgrößen?	Messinstrumente können sein: z.B. Fragebogen zur Zufriedenheit von Bewohnern / Betreuten und Interessenspartnern, Informationen aus dem Verbesserungs- und Vorschlagswesen, Informationen aus dem Beschwerdemanagement, Analyse von Abbrüchen, Daten aus externen QS-Programmen.	
2	Sind Methoden zur Erlangung und zum Gebrauch dieser Angaben festgelegt?	Regelungen zur Sammlung, Bewertung und Integration dieser Daten sind dokumentiert.	

#### 5.2.2 Internes Audit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Verfügt die Einrichtung über Regelungen zur Planung und Durchführung interner Qualitätsaudits?	Die Vorgehensweise ist in einem dokumentierten Verfahren festgelegt.	
2	Führt die Einrichtung regelmäßig geplante interne Audits zur Ermittlung der Wirksamkeit und Aufrechterhaltung des QMS durch?	Es existiert ein Plan zur Durchführung interner Audits, der von der Leitung genehmigt ist.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
3	Hat die Einrichtung ein Audit-Programm, das folgende Kriterien berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Status und Bedeutung der zu auditierenden Prozesse und Bereiche</li> <li>– Ergebnisse früherer Audits</li> <li>– Auditkriterien</li> <li>– Auditumfang</li> <li>– Audithäufigkeit</li> <li>– Auditmethoden</li> </ul>		
4	Werden interne Qualitätsaudits von Personal durchgeführt, das eine entsprechende Qualifikation besitzt und soweit möglich unabhängig von der direkten Leitung der auditierten Bereiche (Objektivität und Unparteilichkeit) ist?	Die Qualifikation kann u.a. durch Schulungen und Trainings erlangt werden.	
5	Werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits dokumentiert?	Die Ergebnisse werden in Audit-Berichten dokumentiert.	
6	Werden die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits den für den auditierten Bereich Verantwortlichen und den betroffenen Mitarbeitern mitgeteilt?	Audit-Berichte müssen den betroffenen Mitarbeitern zugänglich sein.	
7	Stellt die für den auditierten Bereich verantwortliche Leitung sicher, dass Maßnahmen zur Beseitigung erkannter Fehler und ihrer Ursachen schnellstmöglich ergriffen werden?	Die Umsetzung der ergriffenen Maßnahmen muss nachvollziehbar sein.	
8	Wird die Wirksamkeit von Korrekturmaßnahmen bewertet und dokumentiert?	Die Wirksamkeit kann durch objektive Nachweise oder durch nachfolgende Audits belegt werden.	
9	Wird bei Folgeaudits die Wirksamkeit der durchgeführten Korrekturmaßnahmen geprüft und dokumentiert?		

### 5.2.3 Messung und Überwachung von Prozessen und Dienstleistungen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es geeignete Methoden und Messinstrumente zur Überwachung und, falls zutreffend, Messung der Prozesse und wird aufgezeigt, dass mit den Prozessen die geplanten Ergebnisse zu erreichen sind?		

#### 5.2.4 Messung und Überwachung der Betreuung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Ist festgelegt, welche Parameter zur Beurteilung der Betreuung notwendig sind (z.B. durch IHP bzw. Betreuungspläne)?</p> <p>Werden die Ziele und Zielwerte vorher festgelegt und mit den erreichten Werten verglichen?</p> <p>Werden die Betreuungsziele (z.B. Zielerreichungsgrad) mindestens einmal jährlich und am Ende der Betreuung überprüft und bewertet?</p>	<p>Geeignete Parameter können sein: IHP, Betreuungspläne, Basisdokumentation (BADO) mit Eingangs- Zwischen- und Abschlussmessung und vergleichender Bewertung (medizinische, psychologische, soziale Parameter), Einschätzung der Betreuungszielerreichung (Fremd- und Selbsteinschätzung etc.).</p>	
2	<p>Werden allgemeingültige Klassifikationssysteme eingesetzt (z. B. ICD-10, DSM IV, ICF oder andere)?</p>		
3	<p>Wird eine ressourcenorientierte Erhebung verwendet?</p>	<p>Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert (z.B.: BADO).</p>	
4	<p>Gibt es Fallbesprechungen (Fallkonferenzen, Supervisionen, Visiten)?</p> <p>Wenn ja, in welchen zeitlichen Abständen finden diese statt, und sind diese Abstände geeignet, den individuellen Betreuungsverlauf der Bewohner / Betreuten zu kontrollieren? Sind alle relevanten Berufsgruppen daran beteiligt?</p>	<p>Die Inhalte der Besprechungen werden aufgezeichnet.</p>	
5	<p>Ist der Fortschritt durch eine gezielte individuelle Betreuung, in den einzelnen Schritten aus der Bewohner- / Betreutenakte erkennbar?</p>	<p>Die Aufzeichnungen sind nachvollziehbar zu führen.</p>	

#### 5.2.5 Bewohner- / Betreutenbefragungen und -zufriedenheit

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	<p>Wird die Zufriedenheit von Bewohnern / Betreuten systematisch ermittelt und gibt es hierfür Messgrößen?</p>	<p>Messinstrumente können sein: z.B. Fragebogen zur Zufriedenheit von Bewohnern / Betreuten, Informationen aus dem Verbesserungs- und Vorschlagswesen, Informationen aus dem Beschwerdemanagement, Analyse von Entlassungen, Daten aus externen QS-Programmen.</p>	
2	<p>Sind Methoden zur Erlangung und zum Gebrauch dieser Angaben festgelegt?</p>	<p>Regelungen zur Sammlung, Bewertung und Integration dieser Daten sind dokumentiert.</p>	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
3	Werden Betreuungsmerkmale durch eine systematische und regelmäßige Bewohner- / Betreutenbefragung überwacht und gemessen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
4	Enthält die Bewohner- / Betreutenbefragung folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beurteilung des Betreuungsprozesses</li> <li>– Zufriedenheit der Bewohner / Betreuten mit der Betreuung</li> <li>– Einschätzung des Betreuungserfolgs</li> <li>– Beurteilung der Serviceleistungen?</li> </ul>		
5	Werden die Ergebnisse der Bewohner- / Betreutenbefragungen regelmäßig und zeitnah evaluiert und den betroffenen Mitarbeitern mitgeteilt?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

### 5.2.6 Lenkung von Überwachungsmaßnahmen und Messinstrumenten

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Hat die Einrichtung für die Überwachungen und Messungen geeignete Maßnahmen und die erforderliche Messinstrumente ermittelt und festgelegt und werden diese angewandt?	Prüfmittel sind z.B. interdisziplinäre Besprechungen zur Betreuung, Supervisionen, IHP, BADO, diagnostische Verfahren.	
2	Werden Messinstrumente, soweit sie für qualitätsrelevante Prüfungen eingesetzt werden, gemäß den Vorgaben <ul style="list-style-type: none"> <li>– überprüft,</li> <li>– gekennzeichnet,</li> <li>– bei Bedarf justiert oder nachjustiert</li> <li>– vor Beschädigung und Verschlechterung während der Handhabung, Instandhaltung und Lagerung geschützt?</li> </ul>		

### 5.3 Lenkung von Fehlern

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es ein dokumentiertes Verfahren zur Lenkung fehlerhafter Dienstleistungen mit Regelung der Verantwortlichkeiten und Befugnisse?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
2	Beinhaltet dieses Verfahren angemessen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fehlerbewertung (einschließlich Beschwerden der Bewohner / Betreuten und Interessenspartner),</li> <li>– Ermittlung der Ursachen von Fehlern,</li> <li>– Beurteilung des Handlungsbedarfs, um das erneute Auftreten von Fehlern zu verhindern,</li> <li>– Ermittlung und Verwirklichung der erforderlichen Maßnahmen,</li> <li>– Aufzeichnung der Ergebnisse der ergriffenen Maßnahmen,</li> <li>– Bewertung der ergriffenen Korrekturmaßnahmen?</li> </ul>		
3	Wie werden erkannte Fehler und deren Ursachen dokumentiert?	Im Verfahren zur Lenkung von Fehlern ist der Begriff „Fehler“ definiert.	
4	Werden angemessene Maßnahmen ergriffen, um fehlerhafte Dienstleistungen zu managen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
5	Wie wird ausgeschlossen, dass fehlerhafte Dienstleistungen und Produkte versehentlich an den Bewohner / Betreuten oder Interessenspartner gelangen?	Weitergabe der Ergebnisse zur Fehlervermeidung an die betreffenden Mitarbeiter und/oder durch rechtzeitige und gezielte Schulung der betreffenden Mitarbeiter.	
6	Wie werden fehlerhafte Dienstleistungen/Produkte, die der Bewohner / Betreute oder Interessenspartner bereits erhalten hat behandelt?	Das Vorgehen (z.B. Umgang mit Beschwerden) ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	

#### 5.4 Datenanalyse, Basisdokumentation, Katamnestik

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Werden geeignete Daten erfasst und analysiert, um die Eignung, Wirksamkeit und das Verbesserungspotential des QMS darzulegen und zu beurteilen?	Wesentliche Inhalte werden in den folgenden Fragen konkretisiert (vgl. die Eingaben zur Management-Bewertung).	
2	Schließt die Datenanalyse folgendes ein: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Angaben zur Zufriedenheit von Bewohner / Betreuten und Interessenspartnern,</li> <li>– Prozess- und Dienstleistungsmerkmale und deren Trends einschließlich Möglichkeiten für vorbeugende Maßnahmen,</li> <li>– Ergebnisse externer QS-Maßnahmen,</li> <li>– Lieferantenbeurteilungen,</li> <li>– EDV - gestützte Basisdokumentation?</li> </ul> Siehe auch 1.5 Managementbewertung		

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
3	Findet eine EDV-gestützte Basisdokumentation der Bewohner- / Betreutenden statt (mindestens: soziodemographische Daten, Verweildauer, Diagnosen, sozialmedizinische Parameter, Leistungsdaten, Zwischenfälle und besondere Ereignisse)?	Basisdokumentation (BADO)	
4	Gibt es Regelungen für die Auswertung der Basisdokumentation (Ergebnisse, Umgang mit Abweichungen etc.)?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert. Dieses beinhaltet: Es findet eine kontinuierliche Auswertung der Daten statt. Die Daten erfüllen entsprechende Qualitätskriterien bezüglich Missing-data (vgl. beispielsweise die Vorgaben des FVS). Die Daten stehen für einrichtungsübergreifende Auswertungen (z.B. für den FVS) zur Verfügung.	

## 5.5 Verbesserung

### 5.5.1 Ständige Verbesserung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Wird die Wirksamkeit des QMS durch den Einsatz der Qualitätspolitik, Qualitätsziele, Auditergebnisse, Datenanalyse, Managementbewertung, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen ständig verbessert?	Hier wird dargestellt, wie die Anwendung der Instrumente des QM auf eine ständige Verbesserung des Systems einwirken.	
2	Gibt es für die Einrichtung eine von der Leitung bzw. vom Träger erstellte Regelung zur Berücksichtigung von Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
3	Gibt es Regelungen zur Prozeß- und Ergebnisevaluation und zur Nutzung der dokumentierten Daten für die Optimierung von Betreuungskonzepten sowie für kontinuierliche Verbesserungen?	Die Regelungen berücksichtigen u.a.: – Welche Methoden werden eingesetzt (z.B. Bewohner- / Betreutenbefragung, Analyse der Entlassquoten und Rückfälle, Quote individueller Bewohner- / Betreutenbeschwerden)? – Wer setzt sie ein? – Wem werden die Ergebnisse zur Verfügung gestellt? – Welche Datenbasis/-quelle wurde genutzt? – Wie ist die Häufigkeit der Auswertung? – Wie sind die Zuständigkeiten geregelt?	

### 5.5.2 Externe Qualitätssicherung

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Beteiligt sich die Einrichtung an Qualitätssicherungsprogrammen der Kosten- und Leistungsträger und berücksichtigt sie deren Ergebnisse? Beteiligt sich die Einrichtung an anderen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen?	Das Verfahren ist festgelegt, wie externe QS-Programme mit dem Qualitätsmanagement verbunden sind (z.B.: einrichtungsübergreifender QM-Zirkel).	

### 5.5.3 Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

Nr.	Fragen	Hinweise für die Praxis	Bemerkung
1	Gibt es ein dokumentiertes Verfahren für Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen zur Beseitigung/Vermeidung von vorhandenen bzw. möglichen Fehlern und Fehlerursachen?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert. Wesentliche Inhalte werden in den folgenden Fragen konkretisiert.	
2	Gibt es ein Beschwerdemanagement mit eindeutiger Zuordnung der Verantwortlichkeiten (z. B. in Bezug auf die Bewohner / Betreuten, die Kostenträger oder die Zuweiser)? Gibt es Regelungen zur Bewertung der o. g. Beschwerden (z. B. Nachbearbeitung oder Rückweisung)?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
3	Wie ist sichergestellt, dass ggf. die Qualitätspolitik und die Betreuungskonzepte entsprechend den Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen angepasst werden?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
4	Gibt es Regelungen für Zwischen- und Notfälle?	Das Vorgehen ist festgelegt, der Ablauf dokumentiert.	
5	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass gesetzliche und behördliche Vorschriften erkannt und eingehalten werden?	Gesetzliche Grundlagen, Verordnungen und Vorschriften (zum Datenschutz, zur Arbeitssicherheit, Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung, Hygieneverordnung, etc.) werden von der Einrichtung ermittelt und den jeweils Betroffenen zur Verfügung gestellt; hierzu sind Verantwortlichkeiten festzulegen (z.B. Beauftragtenwesen). Die Einhaltung der Regelungen wird im Rahmen des QMS regelmäßig geprüft.	



## V. Glossar<sup>1</sup>

Beauftragter der Leitung	Mitarbeiter der Organisation, der spezifisch mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems betraut ist. Wird in der Regel als „Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB)“ bezeichnet.
Bewohner / Betreuer	Die Personen, die durch die Dienstleistungen der Einrichtung betreut werden.
DEGEMED	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. Westring 2, 59065 Hamm
Einrichtung	Organisation bzw. Organisationseinheit in der Soziotherapie In der Checkliste diejenige Organisationseinheit, die ein Qualitätsmanagement einführt und entwickelt. Hinweis: das DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. -Verfahren sieht als organisatorische Einheit immer eine „gesamte Einrichtung vor; die Zertifizierung von Einrichtungs -Teilen“ wie z.B. Abteilungen, Fachbereichen oder Servicebereichen ist nach dem DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. -Verfahren nicht möglich.
FVS	Fachverband Sucht e.V
Gesellschaft	Alle diejenigen, welche von der Organisation profitieren und nicht zu den Bewohnern / Betreuten, Interessenspartnern, Mitarbeitern und Kooperationspartnern gehören.
Interessenspartner	Als Interessenspartner werden in diesem Leitfadens betrachtet: die Kostenträger, die Zuweiser von Bewohnern / Betreuten und die Gesellschaft. Der Bewohner / Betreute ist ebenfalls den Interessenspartnern zuzurechnen, wird in diesem Leitfadens jedoch stets explizit genannt. Die „internen Interessenspartner“ Mitarbeiter, Organisationsbereich/Abteilung (im gegenseitigen Kunden-Lieferanten-Verhältnis) oder Träger/Kapitalgeber werden im Rahmen dieses Leitfadens nicht unter die Interessenspartner i.e.S. subsummiert – dies kann für eine Einrichtung jedoch eine sinnvolle Erweiterung des Qualitätsmanagements darstellen.
Einrichtungskonzept	Darlegung in schriftlicher Form, die die Grundlagen und die Ausgestaltung der soziotherapeutischen Betreuung beschreibt. Das Einrichtungskonzept kann als fachliches Leitbild gestaltet sein.
Einrichtungsleitbild	Teil der Unternehmensphilosophie.
Kooperationspartner	Als Kooperationspartner werden Personen und Organisationen bezeichnet, die gemeinsam mit der Einrichtung ergänzende oder ersetzende Leistungen in einer komplexen Betreuung anbieten bzw.

<sup>1</sup> Zur Beachtung: im vorliegenden Glossar wird erläutert, mit welcher Bedeutung die Autoren der Checkliste die unten aufgeführten Begriffe gebrauchen. Damit sind die aufgeführten Erläuterungen nicht als allgemeinverbindliche Definitionen zu verstehen.

	durchführen. Für ein soziotherapeutisches Zentrum können typischer Weise Kooperationspartner sein: Akut- und psychiatrische Krankenhäuser, gesetzliche Betreuer, niedergelassene Ärzte, niedergelassene Therapeuten, Sozialstationen, Beratungsstellen, Gesundheitsämter, etc. aber auch Kostenträger oder Selbsthilfegruppen etc.
Management	Gesamtheit der Prozesse, Verfahren und Instrumente, mit welchen eine Organisation sicherstellt, dass sie alle zum Erreichen ihrer Ziele erforderlichen Aufgaben bewältigt.
Managementbewertung	<p>Eine systematische, periodische (i.d.R. jährliche) Bewertung des Qualitätsmanagements hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– der in der letzten Periode erzielten Ergebnisse bezogen auf die eingesetzten Maßnahmen bzw. Mittel und bezogen auf die definierten Qualitäts- bzw. Unternehmens-Ziele;</li> <li>– der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und dessen Verbesserungsmöglichkeiten;</li> <li>– der Verbesserungsbereiche und -potentiale in allen Einrichtungsbereichen;</li> <li>– Angemessenheit der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele sowie des Einrichtungskonzeptes.</li> </ul> <p>Darüber hinaus beinhaltet die Managementbewertung die Beurteilung der Qualitäts-Planung (Qualitäts-Ziele) für die kommende Periode sowie die Bewertung der Planung/Festlegung notwendiger Strategien und Maßnahmen.</p>
Management-Review	s. Managementbewertung
messbare Größe	Größe, die in der praktischen Anwendung quantitative Daten liefert. Dies können „harte“ Daten wie z.B. Fehlerzahlen, Dauer in Tagen, betriebswirtschaftliche Daten, etc. oder „weiche“ Zahlen wie z.B. Fragebogenwerte, numerische Einschätzungen, etc. sein.
oberste Leitung	Leitungsgremium (oder –person), das (die) die oberste Stelle in der Hierarchie der betrachteten Organisationseinheit einnimmt. Die oberste Leitung verfügt über alle zum Management der Organisation notwendigen strategischen und operativen Entscheidungskompetenzen.
Organisationsbereich	Organisatorisch von anderen Bereichen abgegrenzter Teil der betrachteten Organisation (z.B. Abteilung, Fachbereich, Indikationsbereich, Haus, etc.).
Prozess	Eine Folge von Tätigkeiten mit einem definierten Start und Ende, die i.d.R. über verschiedene Bereiche gehen und einen Nutzen bzw. einen Wert schaffen.
Qualität	Qualität ist das Maß der Übereinstimmung zwischen den Erwartungen der Bewohner / Betreuten und Interessenspartner an die Dienstleistung der soziotherapeutischen Einrichtung und der tatsächlichen Dienstleistung (Konkordanz-Definition).

	Anmerkung: Die Konkordanz-Definition umfasst z.B. auch „inhaltliche“, medizinische / therapeutische Qualitätsdefinitionen (z.B. Einhaltung und Übertreffen von Leitlinien und Richtlinien), da diese immer auch definierte Erwartungen bestimmter Interessenspartner sind.
Qualitätsausschuss	Gremium, das sich mit spezifischen Fragen der Einrichtung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems beschäftigt (oft auch „Qualitäts-Team“).
Qualitätsbericht	Dokumentation, die die wesentlichen Informationen enthält, die Grundlage des Management-Reviews sind; ggf. enthält der Qualitätsbericht auch die Ziel- und Planungsinformationen für die kommende Periode.
Qualitätsmanagement	Managementmodell (s. Management), das sich mit der systematischen Verbesserung der Qualität der Dienstleistung der Organisation widmet.
Qualitätsmanagementsystem	Teil des Qualitätsmanagements, in dem die Systematik der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität niedergelegt ist. Z.B. die Systematik der Gewinnung, Auswertung und Bewertung von qualitätsbezogenen Daten; die Systematik des Management-Zyklus (z.B. P-D-C-A-Zyklus) etc.
Unternehmensleitbild	s. Mission siehe Anm. dort
Unternehmenswerte	Auch „Werte“, „Values“: Das Einverständnis und die Erwartungen, welche beschreiben, wie sich die Mitarbeiter der Organisation verhalten und auf denen alle Geschäftsbeziehungen beruhen (z. B. Offenheit, Vertrauen, Unterstützung und Freundlichkeit).
Unternehmensziele	s. Vision
Vision	Eine Formulierung, bzw. ein Bild das beschreibt, wie die Organisation in der Zukunft aussehen wird. Damit beschreibt die Vision längerfristige Unternehmensziele.



## **VI. Qualitätsgrundsätze von Einrichtungen der Suchtrehabilitation, die sich am Zertifizierungsverfahren im Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ nach DEGEMED/Fachverband Sucht e.V. beteiligen**

### **Präambel**

Die Mitglieder der DEGEMED e.V. verpflichten sich, die nachfolgend aufgeführten Qualitätsgrundsätze in ihren soziotherapeutischen Einrichtungen einzuhalten, sowie deren Umsetzung kontinuierlich sicherzustellen und zu überprüfen. Sie sehen in der Beachtung dieser Qualitätsgrundsätze einen wichtigen Schritt, eine hohe Versorgungsqualität in der Eingliederungshilfe nach §§ 53, 54 SGB XII auf der Basis anerkannter soziotherapeutischer Standards in einem angemessenen Preis - Leistungs - Verhältnis zu gewährleisten und weiter zu entwickeln.

1. Das Ziel der Soziotherapie nach den Richtlinien der §§ 53, 54 SGB XII (Eingliederungshilfe) ist bestimmend für die soziotherapeutische Betreuungspraxis im stationären Bereich sowie im Ambulant Betreuten Wohnen.
  - 1.1 Das Hauptziel der Soziotherapie ist die Hinführung der Bewohner und Betreuten zu einem zufriedenen, abstinenten Leben durch die Entwicklung einer realistischen Lebensplanung.
  - 1.2 Die Aufgabe der Soziotherapie ist schließlich aber nicht zuletzt die Vermeidung einer abhängigen und unwürdigen Lebensweise. Dies ordnet sich in den Diskurs um die Sinnhaftigkeit schwer- und schwerstbehinderten Lebens ein.
  - 1.3 Die Soziotherapie führt nach schweren körperlichen und psychischen Erkrankungen, nach eingreifenden akutmedizinischen Behandlungen sowie bei chronischen Krankheitsverläufen und Behinderungen zur höchstmöglichen Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit und zur Verbesserung kognitiver Fähigkeiten.
  - 1.4 Das Ziel der soziotherapeutischen Maßnahme erfordert deshalb eine übergreifende Orientierung an einem bio-psycho-sozialem Krankheitsmodell, um die Betroffenen in die Lage zu versetzen, ein soweit wie möglich selbstbestimmtes, sozial integriertes Leben innerhalb oder außerhalb einer Einrichtung führen zu können.
  
2. Soziotherapie ist ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung.
  - 2.1 Die Soziotherapie stellt ein komplexes Teilsystem der Gesundheitsversorgung dar. Die Überwindung der noch bestehenden Schnittstellenproblematik in der Versorgungskette wird aktiv durch regionale und überregionale Modelle sowie durch die Transparenz des Indikationsspektrums und des Betreuungs- und Behandlungsangebotes gegenüber Kooperationspartnern gefördert.
  - 2.2 Soziotherapie wird neben medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen als eine wesentliche Methode bei der Behandlung chronischer Erkrankungen gesehen.

- 2.3 Auf individueller Ebene wird dies durch partizipative Begleitung der Betreuten im Gesundheitsprozess gewährleistet. Dies geschieht durch eine individuelle Behandlungsplanung und intensive begleitende medizinische Betreuung und Versorgung.
  
3. Die Bedeutung und Erfolge der Soziotherapie sowie der volkswirtschaftliche Nutzen werden über umfassende Öffentlichkeitsarbeit dargestellt.
  - 3.1 Die DEGEMED e.V. und der Fachverband Sucht e.V. setzen sich zum Ziel, die Ergebnisse der Wirksamkeit und Effizienz der Soziotherapie zum Beispiel über Auswertungen einer Basisdokumentation und wissenschaftlicher Publikationen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.
  - 3.2. Das Verständnis in der Bevölkerung und in der Fachöffentlichkeit für den Nutzen einer adäquaten Soziotherapie wird durch aktive Maßnahmen gefördert. Presseinformation und Öffentlichkeitsarbeit werden als unverzichtbare Aufgaben aller Mitglieder der DEGEMED und des Fachverband Sucht e.V. gesehen.
  - 3.3. Die qualifizierte Soziotherapie als komplexe Dienstleistung muß den Kostenträgern und der interessierten Öffentlichkeit als preiswürdige Leistung zur Kenntnis gebracht werden.
  
4. Eine qualifizierte Soziotherapie erfolgt auf der Basis differenzierter therapeutischer Konzepte.
  - 4.1 In einer konzeptgestützten Soziotherapie sind die für eine fachgerechte Behandlung zu berücksichtigenden soziotherapiespezifischen Problembereiche und Behandlungsansätze ausgewiesen und berücksichtigt. Die Mitwirkung und Mitbestimmung der Betreuten sowie die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der verschiedenen Krankheiten müssen in solchen Konzepten berücksichtigt werden.
  - 4.2 Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter; Sozialpädagogen, Arbeitstherapeuten und qualifiziertes Pflegepersonal arbeiten dazu in einem multidisziplinärem Team unter Hinzuziehung von Medizinern verschiedener Fachgebiete zusammen mit dem Ziel einer interdisziplinären und ganzheitlichen Behandlung und Betreuung.
  - 4.3. Entsprechend den Veränderungen der Indikationen und Zielgruppen werden die Konzepte angepaßt oder, wo erforderlich, neu entwickelt.
  
5. Die Bewohner stehen im Mittelpunkt aller Bemühungen des Teams und des Managements.
  - 5.1 Der Kernprozeß der Soziotherapie ist die Wiederherstellung der Fähigkeit der einzelnen Betreuten, ein - soweit wie möglich - selbstbestimmtes Leben in einer Gemeinschaft zu führen. Zur Erreichung dieser Ziele wird ein individueller Hilfeplan auf der Basis einer differenzierten Diagnostik und Behandlungsplanung erstellt.
  - 5.2 Das Verständnis der Betreuten für die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit des soziotherapeutischen Konzeptes ist die Voraussetzung für die aktive Mitgestaltung des Betreuungsgeschehens.

verlaufes. Das Ziel muss sein, über die Interaktion mit dem Betreuten deren Wünsche und Erwartungen in den Betreuungsprozess mit einzubringen.

- 5.3. Die Anforderungen von Kostenträgern, einweisenden Stellen, nachbehandelnden Stellen, Angehörigen und den sonstigen Beteiligten in der Versorgungskette sollen in Bezug zu diesem Hauptziel möglichst ausgewogen und zufriedenstellend erfüllt werden.
6. Eine angemessene Strukturqualität ist Voraussetzung für eine hochwertige soziotherapeutische Betreuung.
  - 6.1 Die Bereitstellung und Anpassung der Strukturqualität der Einrichtungen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und Fortschritten ist als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Soziotherapie zu sichern.
  - 6.2 Für die fachliche Leitung ist eine ausgewiesene Kompetenz (zum Beispiel nach der Heimpersonalverordnung) und dem entsprechenden Fachgebiet erforderlich.
  - 6.3. Grundlagen für die personelle und die technisch - apparative Ausstattung sowie die Servicequalität sind die mit den Kosten- und Leistungsträgern abgeschlossenen Vereinbarungen.
  - 6.4. Dabei wird der individuelle Betreuungsverlauf durch die Servicequalität und das therapeutische Milieu unterstützt und gefördert.
7. Die Durchführung der Soziotherapie erfordert ein fundiertes Qualitätsmanagement
  - 7.1 Das Management für die Einrichtungen der Soziotherapie muss unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen betriebswirtschaftlich fundiert sein. Das Management ist verantwortlich für die konzeptionell dargelegte Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen. Die Orientierung erfolgt sowohl an den Bedürfnissen der Betreuten als auch an wirtschaftlichen Erfordernissen.
  - 7.2. Zu den Managementaufgaben gehört die Einführung und Weiterentwicklung eines soziotherapiespezifischen Qualitätsmanagementsystems.
  - 7.3. Zentrale Merkmale eines solchen Qualitätsmanagementsystems sind die Schaffung der entsprechenden organisatorischen Strukturen. Zum Beispiel die genaue Festlegung der Verantwortung der Leitung, die Ernennung eines Qualitätsbeauftragten, die Initiierung von Qualitätsausschüssen sowie die Einrichtung und Förderung von Qualitätszirkeln und Projektgruppen.
  - 7.4. Die Umsetzung der Qualitätsforderungen in die Praxis und die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems werden in einer qualifizierten soziotherapeutischen Einrichtung in regelmäßigen Abständen überprüft.
8. Die Effektivität und Effizienz der Soziotherapie werden systematisch überprüft.

- 8.1. Zur Überprüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der soziotherapeutischen Konzepte in der Praxis werden in einer qualifizierten Einrichtung zur Soziotherapie wissenschaftliche Studien zum Verlauf und zu den Ergebnissen der Soziotherapie durchgeführt. Neue therapeutische Konzepte und deren Wirkung werden systematisch evaluiert.
- 8.2 Kennzeichen einer qualifizierten Soziotherapie ist eine hohe Effizienz. Diese wird durch eine den individuellen Bedürfnissen der Betreuten angepasste Intensität der Maßnahmen, durch fachliche Differenziertheit und eine angemessene Dauer des Betreuungsverlaufes erreicht.
  
9. Die Ergebnisse der Soziotherapie müssen nachweisbar den betroffenen Menschen, der Volkswirtschaft und der Gesellschaft nutzen.
  
- 9.1 Die Bewertung der Qualität der Soziotherapie erstreckt sich auf drei Bereiche: Nutzen für den einzelnen Betroffenen, Integration des einzelnen Betreuten in ein soziales Umfeld und Nutzen für die Volkswirtschaft.
- 9.2. Der Nutzen ergibt sich aus der Verringerung von Krankheitsfolgekosten und Reduzierung von Kosten durch psychiatrische oder somatische Behandlung in Fachkliniken und in Akutkrankenhäusern.
- 9.4 Die Einhaltung der sozialemischen Grundsätze unserer Gesellschaft wird gefördert.
  
10. Förderung der Weiterentwicklung der Soziotherapie.
  
- 10.1 Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Soziotherapie an die Bedürfnisse von chronisch Suchtkranken sowie an zukünftige gesellschaftliche und soziale Anforderungen wird durch Unterstützung auf allen Handlungsebenen gefördert.