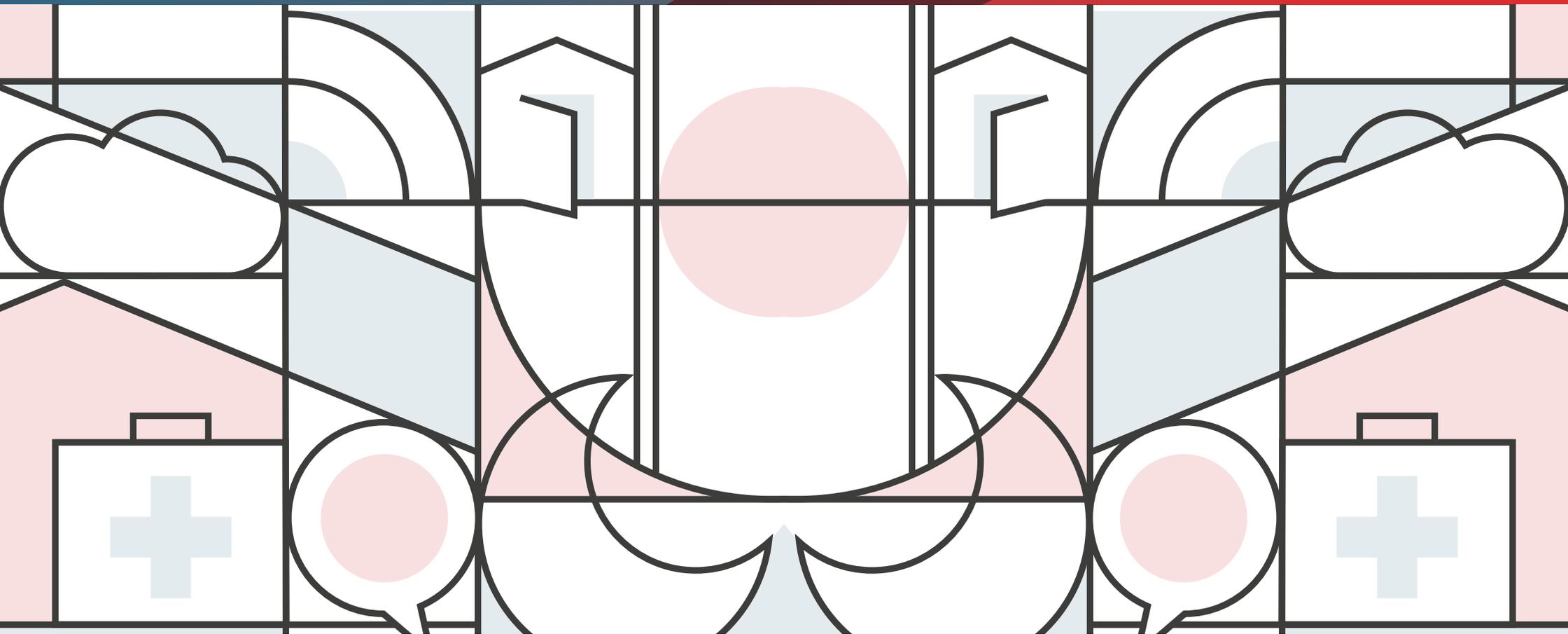


# Leitfaden QuaTheDA modular

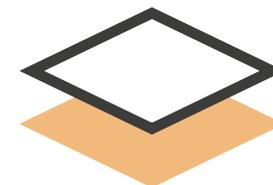
Erläuterungen zum QuaTheDA-Referenzsystem – Basismodul

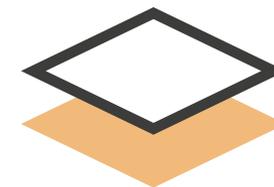
Revision Oktober 2021



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**





# Inhalt

Mitwirkende	4
Struktur und Ziel des Leitfadens	5
Grundregeln für eine QuaTheDA-Zertifizierung	7
<b>B / 1</b> Managementprozess <a href="#">«Leitbild, Strategie und Jahresplanung»</a>	9
<b>B / 2</b> Managementprozess <a href="#">«Konzepte»</a>	15
<b>B / 3</b> Managementprozess <a href="#">«Führung und Organisation»</a>	20
<b>B / 4</b> Managementprozess <a href="#">«Externe Kommunikation und Kooperation»</a>	26
<b>B / 5</b> Managementprozess <a href="#">«Qualitätsmanagement»</a>	30
<b>B / 6</b> Managementprozess <a href="#">«Risiko- und Chancenmanagement»</a>	36
<b>B / 7</b> Supportprozess <a href="#">«Personal»</a>	42
<b>B / 8</b> Supportprozess <a href="#">«Finanzierung und Rechnungslegung»</a>	53
<b>B / 9</b> Supportprozess <a href="#">«Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material»</a>	56
<b>B / 10</b> Supportprozess <a href="#">«Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit»</a>	60
<b>B / 11</b> Supportprozess <a href="#">«Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen»</a>	65
<b>B / 12</b> Supportprozess <a href="#">«Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben»</a>	70



# Mitwirkende

Der Leitfaden zum modularen QuaTheDA-Referenzsystem 2020 wurde von Sandra Bärtschi und Melody Guillaume-Gentil von Infodrog in Zusammenarbeit mit dem Projektverantwortlichen des BAG, Thomas Siegrist, und Rudolf Bätscher, GCN, General Consulting Network in Winterthur, überarbeitet. Ergänzend wurde er von verschiedenen VertreterInnen aus dem Feld der Suchtarbeit konsultiert. An dieser Stelle möchten wir insbesondere der Berner Gesundheit, Contact – der Stiftung für Suchthilfe, der Abteilung Sucht Basel, der Notschlafstelle Jobdach in Luzern, dem Blauen Kreuz Bern-Solothurn-Freiburg, der Stiftung Suchthilfe in St. Gallen sowie Addiction Neuchâtel für die Mitarbeit danken.



# Struktur und Ziel des Leitfadens

Im Rahmen der Revision 2020 des Referenzsystem QuaTheDA wurde auch der Leitfaden QuaTheDA modular überarbeitet. Der Leitfaden QuaTheDA modular beinhaltet Möglichkeiten der Umsetzung der einzelnen Anforderungen sowie Beispiele guter Praxis. Er verfügt über praktische und aktualisierte Hinweise bzw. Links im Zusammenhang mit neuen Technologien sowie fachliche Weiterentwicklungen in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen der Suchthilfe und dient als agiles Instrument für alle Einrichtungen, die eine QuaTheDA-(Re)-Zertifizierung anstreben. Die Terminologie wurde in Absprache mit verschiedenen Repräsentantinnen und Repräsentanten aus dem Suchhilfenetz gewählt und reflektiert den aktuellen Konsens, ohne jedoch den Anspruch zu erheben, für alle gleichermassen Gültigkeit zu haben. Die Inhalte des Leitfadens werden laufend aktualisiert. Hinweise und Ergänzungen zum Leitfaden nimmt Infodrog gerne unter der nachfolgenden E-Mail-Adresse entgegen: [office@infodrog.ch](mailto:office@infodrog.ch)

Das modulare Referenzsystem ist nach dem nachfolgenden Prozessmodell aufgebaut und gibt die Struktur des Leitfadens vor. Dieses Modell unterscheidet drei Prozesstypen: Management, Support und Dienstleistungen. Die Management- und Supportprozesse bilden zusammen das Basismodul (B). Das Basismodul wurde um ein neues Kapitel «Risiko- und Chancenmanagement» erweitert, damit dieses für die Einrichtungen bedeutsame Thema mehr Gewicht erhält. Um der Heterogenität in den Arbeitsfeldern der Suchthilfe gerecht zu werden, enthält der Prozesstyp «Dienstleistung» zehn Einzelmodule:

- I [Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation](#)
- II [Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie](#)
- III [Substitutionsgestützte Behandlung](#)
- IV [Begleitetes Arbeiten](#)
- V [Betreutes und Begleitetes Wohnen](#)
- VI [Notschlafstellen](#)
- VII [Kontakt- und Anlaufstellen](#)
- VIII [Aufsuchende Suchtarbeit](#)
- IX [Entzug](#)
- X [Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention](#)



Die Dienstleistungen der einzelnen Module sind in Themenfeldern mit systematisch strukturierten Qualitätsanforderungen zusammengefasst. Die Struktur der im Referenzsystem definierten Prozesse muss jedoch nicht zwangsmässig übernommen werden. Jede Einrichtung hat die Möglichkeit ihre eigene Prozessstruktur beizubehalten oder aufzubauen.

Für die verschiedenen Themenfelder erfolgt zu Beginn jeweils eine kurze Einführung, in dem die betreffenden Tätigkeiten erläutert sowie die qualitätsrelevanten Elemente beschrieben werden.

Nach der Einleitung in jedes Themenfeld bzw. jeden Prozess enthält der Leitfaden QuaTheDA eine Auflistung aller betreffenden Qualitätsanforderungen. Die Spalte «Qualitätsanforderungen», die aus dem Referenzsystem übernommen wurde, ist Teil einer QuaTheDA-Zertifizierung. Die Kommentare in der Spalte «Erläuterungen» haben einen informativen Charakter und sind nicht Teil einer Zertifizierung.

Die vorgeschlagenen Indikatoren und Standards sind als Beispiele zu betrachten. Sie sollen die Einrichtungen bei der Definition ihrer eigenen Indikatoren und Standards unterstützen und somit zur Bestimmung ihres Qualitätsniveaus beitragen. Deshalb sind diese ein wichtiger Bestandteil bei der Konkretisierung der Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen.

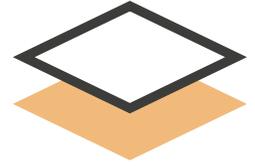


# Grundregeln für eine QuaTheDA-Zertifizierung

- Als Inhaber der QuaTheDA-Norm hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Infodrog mit der Durchführung des Anerkennungsverfahrens und der Überwachung der Arbeit der Zertifizierungsstellen für QuaTheDA beauftragt.
- Eine Zertifizierung kann nur durch eine von Infodrog anerkannte Zertifizierungsstelle durchgeführt werden. Die Liste der akkreditierten Zertifizierer finden Sie unter: <https://www.quathedach.de/zertifizierung/anerkannte-zertifizierungsstellen.html>
- Eine QuaTheDA-Zertifizierung kann erlangt werden, wenn eine Einrichtung das Basismodul sowie mindestens ein Dienstleistungsmodul zertifizieren lässt.
- Die Kommunikation einer QuaTheDA-Zertifizierung muss transparent machen, für welches Dienstleistungsmodul eine Einrichtung zertifiziert ist. Wenn die Dienstleistungen einer Einrichtung mehrere Module abdecken, bestehen bezüglich der Zertifizierung folgende Wahlmöglichkeiten:
  - Die Einrichtung konzentriert sich auf die Hauptdienstleistungen, welche einem bestimmten Modul entsprechen (z. B. Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie) und wird dann für dieses bestimmte Modul « Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie » QuaTheDA zertifiziert. Die Einrichtung kann sich trotzdem an den weiteren Modulen orientieren, um die zusätzlichen Dienstleistungen zu verbessern.
  - Die Einrichtung lässt sich für alle Ihre angebotenen Dienstleistungen zertifizieren und erfüllt sämtliche Anforderungen aus den betreffenden Modulen (z. B. Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie, Begleitetes Arbeiten und Begleitetes Wohnen).



# B / Das Basismodul: Managementprozesse und Supportprozesse



Beschreibung der Themenfelder  
Erläuterungen zu den Qualitätsanforderungen  
Beispiele für Indikatoren und Standards

Die Qualitätsanforderungen des Basismoduls sind strukturiert in zwölf Themenfelder.

**Zu den Managementprozessen zählen sechs Themenfelder:**

- B/1 [Leitbild, Strategie und Jahresplanung](#)
- B/2 [Konzepte](#)
- B/3 [Führung und Organisation](#)
- B/4 [Externe Kommunikation und Kooperation](#)
- B/5 [Qualitätsmanagement](#)
- B/6 [Risiko- und Chancenmanagement](#)

**Zu den Supportprozessen zählen sechs Themenfelder:**

- B/7 [Personal](#)
- B/8 [Finanzierung und Rechnungslegung](#)
- B/9 [Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material](#)
- B/10 [Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit](#)
- B/11 [Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen](#)
- B/12 [Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben](#)



B/1 Managementprozess  
«Leitbild, Strategie und Jahresplanung»

Die mittel- bis langfristige Gestaltung und Weiterentwicklung einer Einrichtung geschieht systematisch auf der Grundlage eines Leitbildes, einer Strategie und einer Jahresplanung. Verantwortlich für Leitbild, Strategie und Jahresplanung ist die Trägerschaft. Leitbild, Strategie und Jahresplanung müssen übergeordnete Vorgaben, insbesondere Statuten, Stiftungsurkunden oder Leistungsaufträge berücksichtigen.

Leitbild, Strategie und Jahresplanung sind **qualitätsrelevant**, weil

- ein klares Leitbild und eine klare Strategie Orientierungshilfen für das Personal, für zuweisende Stellen und Finanzgeber sowie für KlientInnen bzw. PatientInnen und Angehörige sind;
- eine strategisch klare Ausrichtung überlebensentscheidend ist;
- systematische Weiterentwicklungen einen optimalen Ressourceneinsatz (Wissen, Zeit, Finanzen etc.) fördern;
- Anpassungen an Veränderungen in Gesellschaft und Umfeld der KlientInnen bzw. PatientInnen möglich werden.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von Leitbild, Strategie und Jahresplanung können sein:

1. Das Leitbild wird regelmässig überprüft und angepasst.
2. Die Strategie wird regelmässig überprüft und ist nicht älter als fünf Jahre.
3. Die strategischen Ziele sind definiert.
4. Die Qualitätsziele der Jahresplanung sind erreicht.



B/1 Qualitätsanforderungen: Leitbild, Strategie- und Jahresplanung

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit hat in der Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans ein eigenes Leitbild mit prinzipiellen Aussagen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>den übergeordneten Zielen der Organisationseinheit;</li> <li>dem Angebot und den Zielgruppen;</li> <li>den Werthaltungen.</li> </ul>	<p>Ein Leitbild befindet sich auf der normativen Ebene einer Einrichtung: Leitbildaussagen sind Werthaltung und Normen. Sie sollen grundsätzlich langfristig (= bis zu zehn Jahren) gültig sein, müssen aber regelmässig auf Gültigkeit überprüft werden. Ein Leitbild ist auch Grundlage für eine daraus abgeleitete Strategie sowie daraus abgeleitete Konzepte – z. B. das Betriebs- oder Dienstleistungskonzept.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Übergeordnete Ziele:</b> Zielsetzungen auf dieser Ebene können z. B. in Zusammenhang mit einer sozial- und gesundheitspolitischen Haltung oder einem Versorgungsauftrag formuliert werden.</li> <li><b>Angebot:</b> Das Angebot wird in der Regel auf Leitbildebene allgemein und noch nicht im Detail umschrieben.</li> <li><b>Werthaltungen:</b> Oftmals befinden sich in Leitbildern Aussagen zum Menschenbild (z. B. das Akzeptieren der Lebensgeschichte, der Persönlichkeit und der Ressourcen suchtmittelabhängiger Menschen) und zum Suchtverständnis.</li> </ul> <p>Darüber hinaus können in einem Leitbild auch Aussagen gemacht werden zu Autonomie, Rechten und Pflichten der KlientInnen bzw. PatientInnen, zum Umgang mit Kindern, zum Umgang mit den Querschnittsthemen Gender (Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensrealitäten von unterschiedlichen Geschlechtern), Migration (Umgang mit Migrationserfahrungen), Doppeldiagnosen, Polytoxikomanie, Alter, Religion, Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, Behinderung, Krankheitsbild, Elternschaft sowie zum Personal, zur Vernetzung oder auch zum Umgang mit finanziellen Ressourcen etc.</p>	<p>Leitbild</p> <p>Überprüfen des Leitbilds</p>	<p>Dokumentiert, vollständig, umfasst die geltenden Normen und Werte der Einrichtung</p> <p>Regelmässig, ungefähr alle 5 Jahre</p>



**B/1 Qualitätsanforderungen: Leitbild, Strategie- und Jahresplanung**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
2	<p>Die Organisationseinheit hat in der Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans eine Strategie, die dem Leitbild entspricht, mit Aussagen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den strategisch relevanten internen und externen Themen und Entwicklungen;</li> <li>• den strategischen Zielen, die erreicht werden sollen;</li> <li>• dem Angebot und den Zielgruppen;</li> <li>• den interessierten Parteien.</li> </ul>	<p>Eine Strategie sollte eine Gültigkeitsdauer von ungefähr fünf Jahren haben und ist regelmässig auf Gültigkeit hin zu überprüfen (<a href="#">vergleiche dazu Qualitätsanforderungen B / 1.5 in diesem Kapitel</a>). Sie schafft Klarheit über die Positionierung einer Einrichtung im Umfeld und zu dessen Leistungsangeboten.</p> <p>Strategisch relevante interne Themen und Entwicklungen können sein: Leistungsverträge und daraus resultierende Ziele und Vorgaben für die Versorgung der kommunalen sowie regionalen Bevölkerung.</p> <p>Strategisch relevante externe Themen und Entwicklungen können sein: Gesetzliche Veränderungen im Betäubungsmittelgesetz, nationale Strategien, Veränderungen in der Suchtpolitik (z. B. im Bereich Cannabis und die damit verbundenen Pilotversuche, die eine kontrollierte Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken ermöglichen).</p> <p>Den strategischen Zielen: Grösster Anbieter von Notschlafstellen und begleitetem Wohnen im Kanton, Partner für alle Suchtfragen für die Gemeinden im Bezirk, stationäre Suchtrehabilitation für KlientInnen bzw. PatientInnen mit Kindern etc.</p> <p>Dem Angebot und den Zielgruppen: Eine Strategie gibt u. a. zu folgenden Themenkomplexen Auskunft: Kernkompetenzen, Leistungsangeboten, Anspruchsgruppen bzw. interessierte Parteien (KlientInnen bzw. PatientInnen, Angehörige, kommunale/kantonale finanzgebende Stellen, VernetzungspartnerInnen in der Gesundheits-, Sozial- und Suchtbereich), Kooperationsfelder, Finanzierung, Personalressourcen, Entwicklungs- und Wirkungszielen sowie Weiterentwicklung (z. B. der Grösse, des Einzugsgebiets, zum Verhältnis Auftraggeber und Finanzgeber).</p> <p>Insbesondere sollte in die Erarbeitung der Strategie die verschiedenen Anspruchsgruppen miteinbezogen werden. Was sind beispielsweise die Erwartungen und Vorschläge der finanzgebenden Stellen zu den strategischen Zielen der Einrichtung? Kann eine strategischen Zusammenarbeit mit VernetzungspartnerInnen explizit in die eigene Strategie aufgenommen werden? Welche Bedürfnisse bzw. Ansprüche hat das Klientel gegenüber der Einrichtung, die relevant sind und erfüllt werden müssen (auch als Vorgabe seitens der finanzgebenden Stellen).</p> <p>In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass für die Erreichung der strategischen Ziele die Vorgehensweise sowie die benötigten Ressourcen sorgfältig festgelegt werden.</p>	<p>Strategie</p> <p>Überprüfen der Strategie bzw. Evaluation der strategischen Zielsetzungen</p>	<p>Dokumentiert; vollständig</p> <p>Ungefähr alle 5 Jahre</p>



B/1 Qualitätsanforderungen: Leitbild, Strategie- und Jahresplanung				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
3	Die Organisationseinheit erstellt basierend auf dem Leitbild und der Strategie eine Jahresplanung mit Qualitätszielen und Massnahmen zu deren Erreichung.	<p>Die Jahresplanung ist als eine ganzheitliche Planung zu verstehen: Sie reduziert sich nicht nur auf finanzielle Themen, sondern umfasst auch die fachlichen, suchthilfespezifischen Aktivitäten, auf welche innerhalb eines Jahres Priorität gesetzt wird. Sie berücksichtigt alle relevanten Einflussfaktoren aus dem Umfeld der Einrichtung sowie innerhalb der Einrichtung.</p> <p>Die Jahresziele werden in einer Jahresplanung festgehalten. Eine Jahresplanung gibt verbindliche Leistungs- und Wirkungsziele sowie operative Aufgabendefinitionen vor. Themen von Jahreszielen können sein: suchthilfe-spezifische Ziele, finanzwirtschaftliche Ziele, personelle Ziele, infrastrukturelle Ziele, Qualitätsziele, ein Relaunch der Website, ein (Jubiläums)-Anlass sowie geplante Aktivitäten für KlientInnen bzw. PatientInnen.</p> <p>In einer Jahresplanung können auch Wirkungsziele für verschiedene KlientInnen/ PatientInnengruppen oder die gesamte Einrichtung vorgegeben werden. Auf diese Weise findet eine Verbindung zwischen externen Vorgaben der Finanzgeber (z. B. Kantone, Invalidenversicherung) mit dem QuaTheDA – Referenzsystem statt. Beispiel: Ein Kanton fordert im Leistungsvertrag die Erfüllung bestimmter Zielvorgaben. Diese Zielvorgaben sind für die Einrichtung Bestandteil der Jahresplanung (Anzahl der durchgeführten Beratungen oder Auslastungsgrad der angebotenen Plätze etc.).</p> <p>Relevante Einflussfaktoren aus dem Umfeld können sein: Gesetzliche Änderungen, neue politische Vorgaben, verändertes Suchtverhalten, neue Substanzen etc.</p> <p>Prozessziele oder Nutzenaspekte der Jahresplanung können sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Jahresplanung stimmt mit den Vorgaben aus dem Leitbild, der Strategie und den Konzepten überein;</li> <li>2. Jahresziele werden mind. zu 80 % erreicht, wenn keine unbeeinflussbaren Umfeldfaktoren einen tieferen Erfüllungsgrad rechtfertigen.</li> </ol>	<p>Jahresplanung</p> <p>Häufigkeit der Jahresplanung</p>	<p>Dokumentiert, vollständig</p> <p>1x pro Jahr</p>



**B/1 Qualitätsanforderungen: Leitbild, Strategie- und Jahresplanung**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
4	Die Organisationseinheit stellt die Entwicklung ihrer Dienstleistungen sicher und definiert die dazu nötigen Massnahmen.	<p>Die Entwicklung von neuen Angeboten basiert in der Regel auf der Analyse von Bedürfnissen und Erwartungen der gegenwärtigen und zukünftigen KlientInnen bzw. PatientInnen, des Umfelds der Organisation sowie jener der Partner und Auftraggeber im Netzwerk.</p> <p>Bei Weiterentwicklungsprojekten definiert die Einrichtung nachweisbar die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziele, Zielgruppen;</li> <li>• Projektdauer;</li> <li>• Vorgehensweise;</li> <li>• notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen;</li> <li>• Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der involvierten Personen.</li> </ul> <p>Unter Weiterentwicklungsprojekte fallen: Angebotsoptimierungen, Neu- oder Weiterentwicklung von Angeboten und Konzepten sowie deren konkrete Umsetzung, Organisationsentwicklungen, die Einführung von QuaTheDA und den damit verbundenen Instrumenten etc.</p> <p>Für die gesamte Konzeption, Entwicklung und/oder die Umsetzung von Dienstleistungen bzw. Projekten ist die Website von <a href="#">Good-Practice</a> und das dazugehörige Projektmanagement-Tool hilfreich.</p>	<p>Vorgaben bei Weiterentwicklungsprojekten</p> <p>Projekt-Checkliste</p>	<p>Zu 90 % eingehalten</p> <p>Entwicklungen von Projekten sind nachvollziehbar und nachverfolgbar</p>
5	Aktualität und Vollständigkeit des Leitbildes, der Strategie und der Jahresplanung werden regelmässig überprüft.	Leitbild, Strategie und Konzepte müssen periodisch überprüft, gegebenenfalls angepasst/neu erstellt werden, um den Umfeldentwicklungen und dem daraus resultierenden Bedarf Rechnung zu tragen. Bei der Weiterentwicklung sollen auch aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse einbezogen werden. Leitbild und Strategie werden von der Trägerschaft und der Geschäftsleitung gemeinsam evaluiert. Die Jahresplanung wird von der Geschäftsleitung unter Einbezug der Führungskräfte und der MitarbeiterInnen gemeinsam evaluiert.	Häufigkeit	<p>Jahresplanung: 1x pro Jahr</p> <p>Leitbild Ungefähr alle 5 Jahre sowie in Abhängigkeit des Bedarfs der Einrichtung</p> <p>Strategie Alle fünf Jahre</p>





B/2 Managementprozess  
«Konzepte»

Die operative Gestaltung und Weiterentwicklung einer Einrichtung geschieht systematisch auf der Grundlage von Konzepten (z. B. einem Betriebs- und Betreuungskonzept).

Die konzeptionellen Grundlagen müssen einerseits die betrieblichen Aspekte der Organisation aufnehmen (z. B. Organisation, Finanzen, Personalfragen) sowie andererseits betreuungs- und suchtspezifische Schwerpunkte (z. B. Angebote und deren Ziele, Methoden, externe Vernetzung der Organisation) berücksichtigen.

Die Bezeichnung der Konzepte sind unerheblich; entscheidend zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen des QuaTheDA – Referenzsystems ist der Inhalt. Verantwortlich für Konzepten ist in der Regel die operative Leitung der Einrichtung.

Konzepte sind **qualitätsrelevant** weil,

- klare Konzepte Orientierungshilfen und Handlungsrichtlinien für das Personal, für zuweisende Stellen und finanzgebende Stellen sowie auch für KlientInnen bzw. PatientInnen und Angehörige sind;
- in Konzepten inhaltliche Qualitäten auf operativer Ebene vorgegeben werden.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von Konzepten können sein:

1. Die Konzepte sind vollständig und nicht älter als drei Jahre.
2. Das Angebot entspricht dem Bedürfnis der Anspruchsgruppen und ist aktuell.



B/2 Qualitätsanforderungen: Konzepte				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit verfügt pro Standort und/oder pro zertifiziertes QuaTheDA-Modul über aus dem Leitbild und aus der Strategie abgeleitete konzeptionelle Aussagen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>den Zielgruppen und deren Bedarf;</li> <li>den Angeboten und deren Zielen;</li> <li>den angewendeten Methoden und Verfahren;</li> <li>der interdisziplinären Zusammenarbeit;</li> <li>dem Umgang mit der Diversität;</li> <li>den Kriterien für Aufnahme/Eintritt, Übertritt, Austritt und Wiederaufnahme/Wiedereintritt;</li> <li>der Organisation und Organisationsstruktur;</li> <li>der Sicherstellung einer geeigneten Infrastruktur.</li> </ul>	<p>Die konzeptuellen Grundlagen geben u. a. vor, wie die <b>fach- und bedarfsgerechte Unterstützung (Beratung, Betreuung, Pflege und Therapie) der KlientInnen bzw. PatientInnen</b> sichergestellt wird. Dies kann Bestandteil eines Behandlungs-, eines Therapie-, eines Betreuungs-, eines Rehabilitations-, eines Abgabe-, eines Interventions- oder eines anders benannten Fachkonzepts sein. Wichtige Inhalte dessen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die <b>Zielsetzungen in Bezug zu den definierten Zielgruppen</b>: z. B. Überleben sichern; stabilisieren und fördern der physischen und psychischen Gesundheit; Distanzieren von der Szene; Abbau von risikoreichem, illegalem und legalem Suchtmittelkonsum; Reduktion der Beschaffungskriminalität; Wiedererlangen sozialer Kompetenz und Selbstverantwortung in der Lebensgestaltung; soziale und berufliche Wiedereingliederung; Wiedererlangen einer Beziehung zu eigenen Kindern und Entwickeln erzieherischer Fähigkeiten.</li> <li>Die <b>Angebote</b>: Zweckmässig ist ein detaillierter Leistungskatalog, der das im Leitbild und in der Strategie umschriebene Angebot weiter präzisiert (z. B. Beratung und Therapie umfassen telefonische Beratungen, Online-Beratungen, Kurzberatungen, Gruppenberatungen und Betreuung in Erfahrungsgruppen; oder: Behandlungen umfassen Entzugsbehandlungen, Opioid-Agonisten-Therapie (Substitution), palliative Behandlung und temporäre Behandlung mit Triage zu geeigneten Stellen). Jedes Angebot kann beschrieben sein hinsichtlich des Inhaltes, des Nutzens für KlientInnen bzw. PatientInnen, der Vorgehensweise, verwendeten Methoden, beabsichtigtem Outcome sowie hinsichtlich weiterer, quantitativer und qualitativer Erfolgsfaktoren.</li> <li>Die <b>Diversitätsaspekte</b> umfassen u. a die Themen Gender, Migration, Alter, Religion, Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, Behinderung, Krankheitsbild, Elternschaft, vergleiche dazu auch die <a href="#">Leitlinien Diversität in der Suchtarbeit</a> von Infodrog. ...</li> </ul>	<p>Konzeptionelle Aussagen zur fach- und bedarfsgerechten Unterstützung, Betreuung, Pflege und Therapie der KlientInnen bzw. PatientInnen sowie zu betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Aspekte der Einrichtung</p>	<p>Dokumentiert, vollständig, kohärent mit Leitbild und Strategie</p>



B/2 Qualitätsanforderungen: Konzepte				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards

1

- Die verwendeten **Methoden** bei Behandlungen oder Interventionen können folgendermassen erläutert werden:
  - eine Beschreibung der Interventionsprogramme und wichtiger Behandlungsgrundsätze;
  - das wissenschaftliche Fundament der Interventionen;
  - der Therapieansatz;
  - die Ausrichtung auf den Betreuungsbedarf der aufgenommenen Personen;
  - die Sicherstellung der Interdisziplinarität;
  - Aussagen zu den Interventionsorten, zu den Zugangsregeln und zur Interventionsdauer;
  - Regeln zur Dokumentation des Betreuungsprozesses (schliesst Verlaufsdocumentation für alle KlientInnen bzw. PatientInnen ein).

**Literaturhinweis:** [Soziale Arbeit und Sucht](#) – In diesem Buch werden die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit sowohl im ambulanten, aufsuchenden wie auch stationären Setting der Suchthilfe und der Suchtprävention in der deutschsprachigen Schweiz dargestellt und diskutiert. Das Buch hat die Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Suchtarbeit zum Ziel. Die Publikation steht zum freien Download zur Verfügung

Sofern nicht bereits auf Leitbildebene oder auf strategischer Ebene geregelt, können weitere konzeptuelle Ausführungen erfolgen:

- Zum Schutz der Würde, Integrität und Selbstbestimmung von KlientInnen bzw. PatientInnen und von weiteren beteiligten Personen;
- Zu den Pflichten von KlientInnen bzw. PatientInnen;
- Zum Umgang mit dem sozialen Beziehungsnetz der KlientInnen bzw. PatientInnen, insbesondere solchen mit Kindern, dazu zählt auch die Angehörigenarbeit, die insbesondere auch für KlientInnen bzw. PatientInnen mit Migrationserfahrung und mit fremdsprachigen Angehörigen besonderer Beachtung bedarf;
- Zum Umgang mit Kooperationspartnern auf fallbezogener Ebene;
- Zu den Entscheidungsprozessen insbesondere bei fehlender/eingeschränkter Handlungsunfähigkeit;
- Zu Strukturelemente: Einrichtungstypus (Entzugsstation, Übergangstation, stationäre Therapie, teilstationäre Therapie, betreutes Wohnangebote, Familienplatzierung, ambulante Beratungsstelle, Notschlafstelle, Kontakt- und Anlaufstelle etc.);
- Zum Platzangebot nach Zielgruppe (Erwachsene, Kinder, Paare; in Aussenwohngruppe: interne und externe KlientInnen bzw. PatientInnen);
- ...



B/2 Qualitätsanforderungen: Konzepte				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards

1

- Zu Tarifen (kantonal, ausserkantonale);
- Zu den Kriterien für Aufnahme/Eintritt, Übertritt, Austritt und Wiederaufnahme/Wiedereintritt;
- Zur Selbstmanagement-Förderung: ein konkretes Beispiel hierzu ist die [Online-Plattform SafeZone.ch, welche anonyme Beratungen, Informationen und Selbstmanagement-Förderung zu Suchtfragen anbietet](#). Weitere Informationen zur Selbstmanagement-Förderung können [dem Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung des Bundesamtes für Gesundheit \(BAG\)](#) entnommen werden. Zudem kann im Zuge einer Beratung der Einsatz von Selbstmanagement-Tools geprüft werden. Informationen dazu finden Sie beispielsweise auf [der Website vom NoA-Coach \(No Addiction-Coach\)](#), ein Smartphone-App für digitales Selbstmanagement. Ebenfalls auf der [Website der Arud ist ein Konsumtagebuch-App](#) verfügbar, das hilft die Konsumgewohnheiten festzuhalten. Weiter führt [SafeZone.ch](#) und [das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung \(ISGF\)](#) eine Auswahl von Tools zur Online-Selbsthilfe auf ihren jeweiligen Websites auf.
- Zur Weiterentwicklung des Angebotes;
- Zur Strukturierung der Szenenbeobachtung;
- Zum Vorliegen einer Betriebsbewilligung, eines Leistungsauftrags, eines Pflichtversorgungsauftrags oder anderer externer Aufträge.

Weiter enthalten die konzeptuellen Grundlagen Ausführungen zu den **betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Prinzipien** einer Einrichtung, insbesondere

- [zur Führung und Organisation \(siehe B / 3\);](#)
- [zur externen Kommunikation und Kooperation \(siehe B / 4\);](#)
- [zum Qualitätsmanagement \(siehe B / 5\);](#)
- [zum Risiko- und Chancenmanagement \(siehe B / 6\);](#)
- [zum Personal \(siehe B / 7\);](#)
- [zur Finanzierung und Rechnungslegung \(siehe B / 8\);](#)
- [zur Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material \(siehe B / 9\);](#)
- [zur Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit \(siehe B / 10\);](#)
- [zur Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen \(siehe B / 11\);](#)
- [zu gesetzlichen Vorschriften, Vereinbarungen und weiteren verbindlichen Vorgaben \(siehe B / 12\).](#)





B/3 Managementprozess  
«Führung und Organisation»

Durch Führung und Organisation wird die Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung gestaltet und die Leistungserbringung sichergestellt.

Führung und Organisation sind **qualitätsrelevant**, weil

- eine möglichst reibungslose interne Zusammenarbeit optimale Rahmenbedingungen bietet für qualitativ hochwertige Leistungserbringung gegenüber den KlientInnen bzw. PatientInnen;
- eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit immer effizient ist.

Ein **Prozessziel oder Nutzenaspekt** von Führung und Organisation kann sein:

Ein Nachweis für eine effiziente Zusammenarbeit ist gegenüber den finanzgebenden Stellen und anderen Anspruchsgruppen vorhanden.

---





B/3 Qualitätsanforderungen: Führung und Organisation

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
----	------------------------	---------------	-------------	-----------

1

Weitere Beispiele zur Führung sind:

- **Führungsgremien und Führungsfunktionen:** Vorstandssitzungen, Leitungssitzungen, Bereichssitzungen, Abteilungssitzungen, Teamsitzungen etc.
- **Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten:** Darstellung in einem Funktionendiagramm oder in Stellenbeschrieben bzw. Pflichtenheften ([vergleiche dazu auch Supportprozess Personal B / 7](#)); Ablauf- bzw. Prozessstrukturen festlegen (welche Aufgaben erfolgen in welcher zeitlichen Abfolge, Kriterien festlegen zur Priorisierung von Aufgaben/Projekten), klar definiert sein müssen insbesondere Entscheide (z. B. nach dem Raster Allein-Entscheid, Mit-Entscheid, Mitsprache, Beratung, Information). Zu diesem Führungsaspekt zählt auch die Einsatzplanung. Unter dieser Perspektive erscheint es zweckmässig, dass zusätzlich zur Kommunikation von Aufgabenverteilungen und Einsatzplanungen für die kommenden Wochen für alle Personalangehörige dauerhaft die Möglichkeit besteht, Einblick in die Einsatzpläne zu erhalten und Änderungsanträge an die/den direkte/n Vorgesetzte/n zu stellen.
- **Über- und Unterstellungen:** Darstellung in einem Organigramm oder in einem Geschäftsreglement. Alternativ sind auch agile Organisationsstrukturen zu berücksichtigen, die stärker auf Teamarbeit, flache Hierarchien, geteilte Verantwortungsbereiche setzen und daher auf Über- und Unterstellungen z. T. verzichten.
- **die Stellvertretungen:** Darstellung in einem Organigramm oder einem Geschäftsreglement, allenfalls auch Bestandteil eines Stellenbeschriebs; Verantwortlichkeiten und Stellvertretungen sind festgelegt.
- **der Führungsprozess und Führungsregelkreis:** Festgelegt werden Anzahl, Dauer, Häufigkeit und beteiligte Personen der Führungssitzungen.
- **die interne Kommunikation und die Kommunikationsgefässe:** Wo und in welchem Umfang finden Fallbesprechungen statt, wo können Mitarbeitende und KlientInnen bzw. PatientInnen ihre Feed-backs abgeben und in welcher Form werden diese für das Qualitätsmanagement der Einrichtung mitberücksichtigt, in welcher Form werden Mitarbeitende und KlientInnen bzw. PatientInnen regelmässig über Veränderungen informiert, wie ist die Notfallkommunikation organisiert.



B/3 Qualitätsanforderungen: Führung und Organisation

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
2	Das Beschwerde- und Rekursverfahren ist geregelt.	<p>Der Zugang zu einer bestenfalls unabhängigen Beschwerdestelle sowohl für Personal als auch KlientInnen bzw. PatientInnen ist sichergestellt, (z. B. durch die Trägerschaft bzw. den Vorstand einer Einrichtung oder durch eine externe Organisation). Die Einrichtung ist, zusätzlich zur Berücksichtigung der strafrechtlichen Aspekte, verpflichtet angemessene Massnahmen zu ergreifen, um sexueller Belästigung und Übergriffen vorzubeugen bzw. eine Wiederholung derartiger Vorfälle zu verhindern. Verfahren zu Verantwortlichkeiten, Vorgehen und Sanktionen bei sexueller Belästigung und Übergriffen, Mobbing, rassistischen oder anderen Arten von Diskriminierungen können z. B. in einem Personalreglement festgehalten sein.</p> <p>Dasselbe gilt für Verfahren zur Gewährleistung von Gleichstellung und Chancengleichheit sowie für weitere Querschnittsthemen, die nicht zu Diskriminierungen führen dürfen, z. B. Komorbiditäten, Alter, Religion, Behinderung, Elternschaft etc.</p>	Beschwerdestelle und Beschwerdeverfahren sind dokumentiert.	Dem Personal und allen KlientInnen bzw. PatientInnen bekannt
3	Das oberste Leitungsorgan und die operative Geschäftsleitung sind personell und funktionell getrennt, und die jeweiligen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind definiert.	<p>Eine Unterscheidung zwischen dem strategischen Führungsorgan (Trägerschaft, Vorstand, Stiftungsrat) und der operativen Führungsebene (Geschäftsleitung, Führungskräfte) sowie dem gesamten Personal ist notwendig.</p> <p>Die Befugnisse des strategischen Führungsorgans der Trägerschaft erlauben eine Kontrolle und Steuerung der operativen Führungsebene und des Personals. Zwischen einem Geschäftsleitungs- und einem Leitungsorganmitglied sollten zudem keine verwandtschaftlichen Beziehungen bestehen, d. h. sie dürfen nicht miteinander verwandt, verschwägert, verheiratet sein oder in Lebensgemeinschaft leben.</p> <p>Empfohlen wird hier die Orientierung an <a href="#">den Anforderungen für das Gütesiegel der Stiftung ZEWO</a> - Schweizerische Fachstelle für gemeinnützige, Spenden sammelnde Organisationen.</p> <p>Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Instanzen können beispielsweise im Geschäftsreglement niedergeschrieben werden. Für die operative Betriebsführung ist das Festhalten dieser auch in einem Stellenbeschrieb möglich.</p>	Festgehalten im Geschäftsreglement oder für die Betriebsführung in der Stellenbeschreibung	Aktuell sowie dem Personal und dem strategischen Führungsorgan bekannt







B/4 Managementprozess  
« Externe Kommunikation und Kooperation »

Die externe Kommunikation und Kooperation umfasst die generelle Öffentlichkeitsarbeit und die Zusammenarbeit mit VernetzungspartnerInnen sowie mit Drittleistungserbringenden. Bei der Zusammenarbeit mit VernetzungspartnerInnen handelt es sich nicht um fallbezogene, sondern um institutionelle Vernetzungen.

Externe Kommunikation und Kooperation sind **qualitätsrelevant**, weil

- das Verständnis für den Sinn der Suchthilfe in der relevanten Öffentlichkeit (AnwohnerInnen, Nachbarschaft, PolitikerInnen, regionale Bevölkerung, AnwohnerInnen im Quartier, kantonale Stellen etc.) wichtig ist für die Akzeptanz der Suchthilfearbeit;
- die Kooperation mit den wichtigsten VernetzungspartnerInnen und mit Drittleistungserbringenden gute Rahmenbedingungen schafft für die fallbezogene Vernetzung.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von externer Kommunikation und Kooperation können sein:

1. Die Einrichtung ist in der Öffentlichkeit des Einzugsgebietes bekannt.
2. Personen in der relevanten Öffentlichkeit zeigen Verständnis für die Arbeit der Suchthilfe und unterstützen diese generell und die Arbeit der Einrichtung speziell.
3. Die Zusammenarbeit mit den wichtigsten VernetzungspartnerInnen ist in Grundsatzvereinbarungen geregelt und führt zu einer effizienten Zusammenarbeit.



B/4 Qualitätsanforderungen: Externe Kommunikation und Kooperation				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	Die externe Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sind geregelt.	<p>Eine systematische Öffentlichkeitsarbeit ist auf die relevante Öffentlichkeit ausgerichtet. Das können sein: die Nachbarschaft, das Quartier, die Region, die lokalen und kantonalen politischen Instanzen, zuweisende Stellen (wie z. B. Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), Justiz, Sozialdienste, Spitäler), Angehörige, Verbände, Medien etc.</p> <p>Das Ziel einer systematischen Öffentlichkeitsarbeit besteht in der Verankerung der Einrichtung und ihres Angebots in der Öffentlichkeit, indem Transparenz über die eigenen Leistungen und Strukturen geschaffen werden und auf diese Weise ein positives Image gepflegt wird.</p> <p>Mittel einer systematischen Öffentlichkeitsarbeit können sein: Jahresberichte, Publikationen, Flugblätter, Plakate, eine Homepage, Tage der offenen Türe, Flohmärkte, Ausstellungen, Informationsveranstaltungen, Fachtagungen, Gesprächsrunden, Interviews in den Medien, Einsatz von kulturellen MediatorInnen oder MultiplikatorInnen in Migrationsgemeinschaften.</p>	<p>Verfahrensanweisung</p> <p>Checkliste</p> <p>Tätigkeitsbericht</p> <p>Bekanntheitsgrad in der relevanten Öffentlichkeit</p> <p>Image</p>	<p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>1x jährlich überprüft</p> <p>Im Jahresbericht vorhanden</p> <p>Mind. 70 % (z. B. aus periodischen Umfragen bei den wichtigsten Anspruchsgruppen)</p> <p>Zu mind. 80 % positiv (z. B. aus periodischen Umfragen bei den wichtigsten Anspruchsgruppen)</p>
2	Die institutionelle Zusammenarbeit mit den Drittleistungserbringenden und relevanten VernetzungspartnerInnen ist geregelt und wird nachweisbar umgesetzt und evaluiert.	<p><b>Drittleistungen</b> sind keine Eigenleistungen. Inhaltliche und formale Grundlage von Drittleistungen sind Aufträge oder Werkverträge. Drittleistungen werden nicht durch Lohn vergütet, sondern gegen Rechnung bezahlt. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Einkauf von Drittleistungen und die Zusammenarbeit mit Drittleistungserbringenden geregelt sind. Konkret könnte dies sein: ÄrztInnen, SupervisorInnen, Baufirmen, IT-EntwicklerInnen, Revisionsstellen, usw.</p> <p>Die bezogenen Drittleistungen werden regelmässig überprüft und entsprechen den eigenen Anforderungen und unterstützen den Dienstleistungsprozess der Einrichtung. Überprüft bzw. evaluiert kann beispielsweise die Qualität der Mahlzeiten werden, wenn ein externer Mahlzeitendienst beauftragt ist. Sind die KlientInnen und die Mitarbeitenden mit der Qualität der Mahlzeiten zufrieden? Stimmt das Preis-Leistungsverhältnis? Erfolgt die Zusammenarbeit zuverlässig?</p> <p><b>VernetzungspartnerInnen</b> können sein: Einrichtungen aus der Sucht- und Sozialhilfe, KESB (<a href="#">eine Adressliste der verschiedenen KESB führt die Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz</a>), ÄrztInnen, Spitäler, Notfallstationen, Gemeinden, kantonale Stellen, Krankenkassen, regionale Arbeitsvermittlungsstellen, Polizei, Justiz, Massnahmenvollzug, Unternehmen in der freien Wirtschaft, Immobilienverwaltungen, Kulturzentren, Beratungsstellen, Frauenhäuser, Männerbüros, Sportclubs, Vereine, Nachbarschaft, Quartierverein etc. ...</p>	<p>Liste</p> <p>Checkliste</p> <p>Vereinbarungen zur Zusammenarbeit</p> <p>Sitzungsprotokolle</p>	<p>Dokumentiert; allen betroffenen Personen zugänglich</p> <p>Ausgefüllt</p> <p>Vorhanden und unterschrieben</p> <p>Vorhanden</p>



B/4 Qualitätsanforderungen: Externe Kommunikation und Kooperation

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
2		<p>Vergleiche hierzu auch die <a href="#">Datenbank Suchtindex.ch von Infodrog</a>, die ambulante, stationäre, teilstationäre und schadensmindernde Einrichtungen und Fachstellen der Suchthilfe sowie auch Selbsthilfegruppen, Elternvereinigungen und Angebote im Bereich Opferhilfe / Täterarbeiter in der Schweiz umfasst.</p> <p>Durch eine institutionelle Zusammenarbeit soll eine konzeptionelle Abstimmung mit der regionalen bzw. kantonalen sowie ausserkantonalen Suchthilfestruktur und den Trägern anderer Versorgungsangebote erreicht werden. Darüber hinaus werden Grundlagen geschaffen zur Positionierung und zur Weiterentwicklung des eigenen Suchthilfeangebots und zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten.</p> <p>Regelungen der institutionellen Zusammenarbeit sind besonders wichtig bei Partnern, mit denen die Einrichtung regelmässig zu tun hat und mit denen auch Zielkonflikte entstehen können, weil diese z. B. durch ihre gesellschaftliche Funktion andere Zielsetzungen verfolgen (z. B. Polizei, Strafmassnahmenvollzug).</p> <p>Regelungen zur institutionellen Zusammenarbeit können betreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Organisationseinheit regelt die klare Aufteilung der Funktionen bzw. Zuständigkeiten sowie die Übertragungsmodalitäten von KlientInnen bzw. PatientInnen.</li> <li>• In Organisationseinheiten ohne interne ärztliche Versorgung wird diese inklusive Stellvertretung definiert (z. B. Zusammenarbeitsvereinbarung mit dem/der Referenzarzt/Referenzärztin). Dabei werden Ärztinnen und Ärzte bevorzugt, welche Fortbildungen im Suchtbereich aufweisen und/oder in suchtmmedizinische Netzwerke integriert sind.</li> <li>• Die Organisationseinheit regelt, in welcher Form mit den wichtigsten VernetzungspartnerInnen ein regelmässiger Informationsaustausch stattfindet.</li> <li>• Die Organisationseinheit definiert, mit welchen VernetzungspartnerInnen sie eine dokumentierte Vereinbarung zur Zusammenarbeit hat.</li> <li>• Die Organisationseinheit regelt, in welcher Form mit VernetzungspartnerInnen und weiteren Anspruchsgruppen Sensibilisierungsaktivitäten zu den Besonderheiten der Sucht und der Suchtarbeit stattfinden.</li> </ul>		





B/5 Managementprozess  
«Qualitätsmanagement»

Qualitätsmanagement ist das systematische und nachhaltige Gestalten, Lenken, Evaluieren und Weiterentwickeln der Qualität.

Qualitätsmanagement ist **qualitätsrelevant**, weil es

- als Querschnittsfunktion sämtliche Prozesse einer Einrichtung durchdringt;
- einer permanenten Weiterentwicklung der Einrichtung dient;
- die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der einzelnen Leistungserbringung sicherstellt und damit zum Schutz der körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit der KlientInnen bzw. PatientInnen beiträgt.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von Qualitätsmanagement können sein:

1. Es besteht Transparenz über die beabsichtigte und die tatsächlich vorhandene Qualität.
2. Eine permanente Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität ist sichergestellt.
3. Das Vorgehen bei Abweichungen von Qualitätszielen ist definiert.
4. Der Wissensstand ist unabhängig von einzelnen Personen.
5. Eine strukturierte Denk- und Handlungsweise erleichtert Optimierungen.
6. Optimierungsprozesse können systematisch in Gang gesetzt und durchgeführt werden.
7. Feedbacks werden strukturiert erhoben und ausgewertet.
8. Doppelspurigkeiten sind vermieden.



B/5 Qualitätsanforderungen: Qualitätsmanagement				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit stellt in Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans ein systematisches Qualitätsmanagement sicher, das folgende Punkte regelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>die personellen Funktionen und Zuständigkeiten im Qualitätsmanagement;</li> <li>die qualitätsrelevanten Prozesse inkl. administrative und operative Abläufe;</li> <li>die Qualitätsplanung;</li> <li>das Risiko- und Chancenmanagement;</li> <li>die Dokumentenlenkung;</li> <li>die Messung der Zufriedenheit der KlientInnen bzw. PatientInnen sowie der Mitarbeitenden;</li> <li>die Evaluation der Zufriedenheit von zuweisenden Stellen und weiteren KundInnen;</li> <li>die Erhebung der Behandlungs- und/oder Interventionsdaten;</li> <li>die Qualitätsmessungen zu Prozessen und Ergebnissen;</li> <li>die Überprüfung und Anpassung der angewandten Methoden und/oder Tools hinsichtlich aktueller Standards;</li> <li>das Wissensmanagement;</li> <li>die internen und externen Audits;</li> <li>das Management Review (Managementbewertung);</li> <li>ein permanentes Verbesserungsmanagement mit Aussagen über die Nutzung der Resultate sämtlicher Erhebungen und Messungen.</li> </ul>	<p>Das Qualitätsmanagement (QM) ist formal dokumentiert in einem Handbuch. Das Handbuch wird in der Praxis häufig bezeichnet als Qualitätshandbuch, als Qualitätsmanagement-Handbuch, als Organisations-Handbuch oder schlicht als Handbuch. Es beschreibt das Qualitätsmanagement-System der Einrichtung. Die Bezeichnung ist unerheblich für die Erfüllung dieser Qualitätsanforderung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Personelle Funktionen und Zuständigkeiten im Qualitätsmanagement</b> sind: Qualitätsbeauftragte, QualitätsleiterInnen, interne AuditorInnen, externe AuditorInnen. In kleineren Suchthilfeeinrichtungen ist es empfehlenswert, die Funktionen Qualitätsbeauftragte bei einer Person (am besten: bei der Leitung der Einrichtung) zusammenzufassen.</li> <li><b>Qualitätsrelevante Prozesse</b> inkl. administrative und operative Abläufe sind in erster Linie diejenigen Prozesse, die im QuaTheDA-Referenzsystem als Themenfelder ausdrücklich benannt und im QuaTheDA-Leitfaden beschrieben sind. Darüber hinaus kann eine Einrichtung eigene, für sie qualitätsrelevante Prozesse definieren und regeln (z. B. Anstellungsprozess, Dokumentationsprozesse inkl. Archivierung, Dokumentenlenkung etc.).</li> <li><b>Qualitätsplanungen</b> bestehen aus Massnahmen, Terminen und Verantwortlichkeiten. Sie können in die Jahresplanung integriert sein.</li> <li><b>Das Risiko- und Chancenmanagement:</b> <a href="#">Vergleiche dazu Managementprozess: Risiko- und Chancenmanagement B / 6</a></li> <li><b>Regelungen zu Qualitätsmessungen</b> betreffen das Festlegen von Messgrössen, die Datenerhebung und die Auswertung. Das Erheben von Daten dient der Steuerung und bedeutet für eine Einrichtung immer auch die Chance, neue Erkenntnisse zu gewinnen und darauf basierend ihr Angebot anzupassen und weiterzuentwickeln. Angesichts begrenzter Ressourcen ist es zweckmässig, Erhebung, Auswertung und Dokumentation von Daten klar zu regeln. Einrichtungsinterne Datenerhebungen umfassen z. B. Anzahl Neuanmeldungen, Eintritte oder Austritte, Abbrüche bei Interventionen, Wiedereintritte, Auslastung, KlientInnen- bzw. PatientInnen-Struktur hinsichtlich Geschlecht, Ausbildung, Migrationshintergrund, Alter.</li> </ul>	<p>QM-Handbuch oder QM-Politik</p>	<p>Vorhanden und aktuell</p>
			<p>Prozessbeschriebe</p>	<p>Vorhanden</p>
			<p>Messbare Q-Ziele</p> <p>Verfahrensanweisung</p> <p>Datenkatalog und Richtlinien</p>	<p>Den relevanten Personen bekannt</p> <p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>Vorhanden</p>







B/5 Qualitätsanforderungen: Qualitätsmanagement				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
2	<p>Die Organisationseinheit führt in Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans regelmässig ein Management Review (Managementbewertung) zu folgenden Inhalten durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übereinstimmung der Prozessbeschreibungen mit der Praxis;</li> <li>• Ergebnisse der Audits;</li> <li>• Nichtkonformitäten und Korrekturmassnahmen;</li> <li>• Wirksamkeit (Effektivität und Effizienz) der Massnahmen, die zum Umgang mit Risiken und Chancen durchgeführt wurden;</li> <li>• Ergebnisse der Qualitäts- und Zufriedenheitsmessungen;</li> <li>• Berücksichtigung von Rückmeldungen und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen;</li> <li>• Evaluation und Massnahmen bezüglich kritischer Ereignisse in der Organisationseinheit;</li> <li>• Leistung von Dritteleistungserbringenden;</li> <li>• Status der Qualitätsplanung;</li> <li>• Massnahmen aus vorangegangenen Management Reviews;</li> <li>• Massnahmenentscheid auf der Grundlage der Ergebnisse des aktuellen Management Reviews.</li> </ul>	<p>Ein Management Review besteht aus einem Bericht und der Durchführung.</p> <p>Der Management Review-Bericht wird durch den/die QualitätsleiterIn oder Qualitätsbeauftragte/n erstellt. Er hält die Ergebnisse zu den in der Qualitätsanforderung benannten Inhalten fest und fasst die Ergebnisse aus internen und externen Audits, Qualitätsmessungen, Zufriedenheitsbefragungen, Verbesserungsvorschlägen sowie weiteren Quellen zusammen. Dieser Bericht ist die Grundlage für die Durchführung des Management Reviews.</p> <p>Bei der Durchführung werden vom Leitungsteam unter Einbezug der Trägerschaft die Ergebnisse des Berichtes einmal pro Jahr besprochen und notwendige Konsequenzen werden daraus abgeleitet, beispielsweise werden kritische Ereignisse evaluiert und daraus Massnahmen abgeleitet. Das Resultat der Durchführung des Management Reviews ist eine Qualitätsplanung für das kommende Jahr.</p> <p>Weitere Ausführungen zur Wirksamkeit der Massnahmen im Umgang mit Risiken und Chancen ist <a href="#">den Anforderungen B / 6.3 Risiko- und Chancenmanagement zu entnehmen</a>.</p>	Häufigkeit	1x pro Jahr





B/6 Managementprozess  
« Risiko- und Chancenmanagement »

Das Risiko- und Chancenmanagement befasst sich mit möglichen Ereignissen und Gefahren, die innerhalb einer Einrichtung auftreten oder aber von aussen kommend auf die Einrichtung einwirken können und damit Einfluss auf deren operative sowie strategische Zielerreichung haben.

Das Risiko- und Chancenmanagement ist **qualitätsrelevant**, weil

- es zur Zielerreichung einer Einrichtung beiträgt;
- sowohl KlientInnen bzw. PatientInnen als auch Mitarbeitende besser vor Gefahren geschützt werden können;
- damit ein langfristiges Fortbestehen der gesamten Einrichtung einhergeht (betriebswirtschaftliches Risikomanagement);
- damit die wirkungsorientierte und effiziente Leistungserbringung gewährleistet wird (Effektivität und Effizienz sicherstellen).

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** eines Risiko- und Chancenmanagement können sein:

1. Die Chancen und Risiken innerhalb einer Einrichtung werden stetig identifiziert, analysiert und thematisiert.
2. Die Handhabung der Risiken und Chancen bzw. der Umgang damit wird sichergestellt und trägt zur fortlaufenden Qualitätssteigerung innerhalb der Einrichtung bei.
3. Ein ausgewiesenes und etabliertes Risiko- und Chancenmanagement vermittelt sowohl gegenüber den KlientInnen bzw. PatientInnen und Mitarbeitenden (intern) als auch gegenüber zuweisenden Diensten oder kantonalen Stellen (extern) Sicherheit.
4. Sowohl die Effektivität der Aktivitäten einer Einrichtung ist sichergestellt (es wird das Richtige getan) als auch die Effizienz ihrer Aktivitäten (es wird etwas richtig getan).



B/6 Qualitätsanforderungen: Risiko- und Chancenmanagement

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit verfügt über ein Risiko- und Chancenmanagement in Bezug auf folgende Themen und Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• strategisch wichtige interne und externe Entwicklungen;</li> <li>• finanzielle bzw. wirtschaftliche Sicherheit;</li> <li>• Sicherheit des Personals;</li> <li>• Sicherheit der KlientInnen bzw. PatientInnen;</li> <li>• Sicherheit der Infrastruktur und des Betriebs;</li> <li>• ICT-Systeme.</li> </ul>	<p>Das Risiko- und Chancenmanagement beinhaltet u. a. folgende Themenschwerpunkte:</p> <p><b>Strategisch wichtige interne und externe Entwicklungen:</b> Das Risiko- und Chancenmanagement muss mit dem Leitbild und der Strategie der Einrichtung im Einklang stehen. Weiter sind externe Entwicklungen, wie beispielsweise parlamentarische Vorstösse und daraus resultierende politische Entscheide sowie Gesetzesanpassungen, mitzubersichtigen.</p> <p><b>Finanzielle und wirtschaftliche Sicherheit:</b> Die Organisationseinheit verfügt über ein Risikomanagement, welches wirtschaftliche und finanzielle Risiken erkennt und entsprechende Massnahmen zur Risikobewältigung vorsieht, z. B. eine aktuelle Liquiditätsplanung inkl. einer Investitionsplanung.</p> <p><b>Sicherheit:</b> Die Qualitätsanforderung zum Themenfeld Sicherheit bezieht sich auf Verfahren zur allgemeingültigen Risikobewältigung auf institutioneller Ebene sowie zu Informationen und Schulungen zum Thema Sicherheit. Im Vordergrund stehen die Arbeitssicherheit und die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, der Brandschutz, der Schutz gegen mögliche Gefahren (Wasser, Einbruch etc.), die Datensicherung und der Datenschutz (ICT-Systeme, <a href="#">vergleiche dazu auch Supportprozesse: Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material B / 9</a> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Organisationseinheit verfügt über eine Risikoanalyse bezüglich der Betriebssicherheit, indem sie relevante Gefahren- und Krisensituationen (Feuer, Einbruch, Tätlichkeiten, Handel und Schmuggel etc.) sowie deren potenzielle Auswirkungen beschreibt;</li> <li>• entsprechende Massnahmen zur Risikobewältigung vorsieht, z. B. ICT-Systeme verfügen über ein Anti-Virus-Schutz und werden regelmässig gewartet, die Infrastruktur entspricht den Bedürfnissen der KlientInnen bzw. PatientInnen durch die Sicherstellung der Hindernisfreiheit oder auch die Aufbewahrung von Wertgegenständen der KlientInnen bzw. PatientInnen in einem Safe kann zur Sicherheit gehören.</li> </ul> <p>...</p>	<p>Verfahrensanweisung</p> <p>Richtlinien und Merkblätter</p> <p>Regelmässige Schulungen des Personals</p> <p>Regelmässige Wartungen der Anlagen</p>	<p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>Aktuell und allen Beteiligten bekannt</p> <p>Durchgeführt und protokolliert</p> <p>Durchgeführt und protokolliert</p>



B/6 Qualitätsanforderungen: Risiko- und Chancenmanagement

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
----	------------------------	---------------	-------------	-----------

1		<p>Vorgaben betreffend <b>Brandschutz</b> können sein: Die Einrichtung verfügt über Feuerlöscher, Alarmsysteme und Notausgänge gemäss kantonaler Gesetzgebung. Die Sicherheitsvorrichtungen sollen funktionstüchtig sein und regelmässig getestet werden. Das Personal wird für die Bedienung der Sicherheitsvorrichtungen geschult. Der Feuerschutz soll Tag und Nacht gewährleistet sein.</p> <p>Vorlagen betreffend <a href="#">Arbeitssicherheit finden sich in den Richtlinien der Eidgenössischen Kommission für Arbeitssicherheit EKAS</a>. Zudem sollten bei Bedarf versicherungstechnische Abklärungen – z. B. bei bestimmten Outdoor-Sportarten mit erhöhtem Risiko (z. B. Kanufahrten) – getroffen werden.</p> <p>Verantwortlich für diese Themen ist der/die Sicherheitsbeauftragte/r.</p> <p>Die Organisationseinheit verfügt über eine Risikoanalyse bezüglich der Sicherheit KlientInnen bzw. PatientInnen, indem sie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>relevante Gefahren- und Krisensituationen (Gewalt, Überdosierung, medizinische Notfälle, Todesfall, Suizidalität etc.) sowie deren potenzielle Auswirkungen beschreibt;</li> <li>entsprechende Massnahmen zur Risikobewältigung vorsieht.</li> </ul> <p>Qualitätsvorgaben <a href="#">zur Sicherheit der KlientInnen bzw. PatientInnen sind dem Kapitel B / 11</a> sowie <a href="#">dem Kapitel B / 10 zur Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit</a> zu entnehmen.</p> <p>Weitere wichtige Themen in diesem Zusammenhang sind der Umgang mit umfeldbezogenen Risikoaspekten, insbesondere mit Pandemien (z. B. das Coronavirus) und Umweltkatastrophen (z. B. Erdbeben). Im Pandemiefall ist die Umsetzung des Schutzkonzepts der Einrichtung zentral sowie das Vorhandensein von genügend Schutzmaterialien sowohl für das Personal als auch die KlientInnen bzw. PatientInnen. Weitere Informationen zum Pandemiefall sind der <a href="#">Website des Bundesamtes für Gesundheit zu aktuellen Ausbrüchen und Epidemien</a> zu entnehmen.</p> <p>Zusätzlich ist das Personal regelmässig im Hinblick auf umfeldbezogene Risikoaspekte weiterzubilden.</p>	Schutzkonzept	Vorhanden und allen relevanten Personen bekannt
---	--	---	---------------	---



B/6 Qualitätsanforderungen: Risiko- und Chancenmanagement

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
2	Risiko- und Chancenanalysen werden regelmässig durchgeführt und dokumentiert.	<p>Risiken und Chancen der einzelnen Organisationseinheiten der Einrichtung werden erfasst bzw. gesammelt, beschrieben und nach deren Eintrittswahrscheinlichkeit sowie Auswirkungsgrad bewertet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dies kann beispielsweise mittels eines einfachen Formulars am Arbeitsplatz der Mitarbeitenden sichergestellt werden, auf welchem entdeckte Risiken und Chancen vermerkt werden. Die daraus resultierende Risiken- und Chancensammlung bildet die Grundlage für einen neuen Risikomanagementprozess.</li> <li>• Ebenfalls KlientInnen bzw. PatientInnen können festgestellte Risiken oder Chancen mitteilen (allenfalls auch anonym, die dann entsprechend aufgenommen und im Risikomanagementprozess berücksichtigt werden).</li> <li>• Ein <b>Chancen-Risiken-Raster</b> ist ein weiteres Instrument, das unterstützen kann. Dabei sind beispielsweise die verschiedenen Bereiche einer Einrichtung zu unterteilen (Personal, Finanzwesen, Betreuung/ Beratung der KlientInnen bzw. PatientInnen sowie die Unterscheidung zwischen innerbetrieblichen/ausserbetrieblichen und strategischen/ operativen Chancen und Risiken).</li> </ul> <p>Nach der Identifikation der Chancen und Risiken sollten diese mittels einer <b>Ursachen-Wirkungs-Analyse</b> bewertet werden (vorgelagerte Ursache, unmittelbare Ursache und Folgen, nachgelagerte Folgen). Darin enthalten kann auch eine Schätzung hinsichtlich der Schadenshöhe und der Eintrittswahrscheinlichkeit sein. Zur Analyse dessen können vergangene Ereignisse, der Beizug von internen und externen Experten oder auch wissenschaftliche Arbeiten dienlich sein.</p>	<p>Verfahrensanweisung</p> <p>Dokumentation der Risiken und Chancen ist sichergestellt</p> <p>Risikomatrix</p> <p>Internes Kontrollsystem (IKS) gemäss OR 716a</p> <p>Protokoll der Analyse</p>	<p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>Allen relevanten Personen bekannt, kann rechtzeitig angewendet werden</p> <p>Für die 10 wichtigsten Risiken vorhanden</p> <p>Von Revisionsstelle geprüft und akzeptiert</p> <p>Vorhanden</p> <p>Regelmässigkeit der Analyse ist definiert und bekannt.</p>



**B/6 Qualitätsanforderungen: Risiko- und Chancenmanagement**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
3	<p>Zur Bewältigung von Risiken bzw. zur Realisierung von Chancen werden Massnahmen definiert, umgesetzt und evaluiert. Die Schritte werden dokumentiert.</p>	<p>Der Umgang bzw. die Handhabung mit den identifizierten Risiken ist geregelt und dokumentiert (zum Beispiel im internen Qualitätshandbuch). Aus dem vorgelagerten Chancen- und Risikomanagement sind Massnahmen zu benennen, zu terminieren und zu überwachen. Das Ziel dabei ist, dass die wichtigsten bzw. gravierendsten Risiken vermieden und die nicht vermeidbaren Risiken begrenzt werden können.</p> <p>Zusätzlich ist zu unterscheiden, ob die Massnahmen vor dem Eintreffen des Risikos bzw. dessen vorgelagerten Ursachen ansetzen können (präventiv) oder nachgelagert bei dessen Auswirkungen bzw. Folgen.</p> <p>Bei der Evaluation der Massnahmen können folgende Fragestellungen hilfreich sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wurden die definierten Massnahmen umgesetzt?</li> <li>• War das Umsetzen dieser Massnahme erfolgreich?</li> <li>• Inwiefern beeinflusst das Chancen- und Risikomanagement die Mitarbeitenden und die KlientInnen bzw. PatientInnen? Ist das Vorgehen motivierend?</li> </ul> <p>Wichtig ist, dass die klientenorientierten Chancen und Risiken neben den organisatorischen nicht zu kurz kommen. Deshalb sollte das Chancen- und Risikomanagement nicht ausschliesslich bei der Leitung der Einrichtung angesiedelt sein, sondern eine aktive Beteiligung der Mitarbeitenden sowie der KlientInnen bzw. PatientInnen ist einzuplanen.</p>	<p>Verfahrensanweisung</p> <p>Dokumentation der Risiken</p> <p>Evaluation der Massnahmen ist protokolliert</p>	<p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>Vorhanden und aktuell</p> <p>Vorhanden und den zuständigen Personen zugänglich</p>





**B/7 Supportprozess  
« Personal »**

Zum Personalprozess zählen: Personalplanung, Personalrekrutierung, Personalbeurteilung, Personalentwicklung und Personalaustritt.

Personalprozesse sind **qualitätsrelevant**, weil

- das Personal in den sozialen Dienstleistungsprozessen der Suchthilfe die wichtigste Ressource ist;
- die Arbeit in der Suchthilfe in starkem Ausmass eine Beziehungsarbeit ist;
- klare Strukturen für das Personal Sicherheit in der Ausübung der eigenen Arbeit gibt;
- zufriedenes Personal bessere Leistungen erbringt;
- Arbeitsvertrag, Anstellungsbedingungen, systematische und nachvollziehbare Prozesse Mitarbeitende, KlientInnen bzw. PatientInnen und die Einrichtung insgesamt vor Willkür und vor juristischen Problemen schützen.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von Personalprozessen können sein:

1. Die Fluktuationsrate wird erhoben und reflektiert.
2. Die notwendigen Fähigkeiten und Qualifikationen für den Betrieb der Einrichtung sind vorhanden und werden bedarfsgerecht weiterentwickelt.
3. Die Pflichtenhefte sind erfüllt.
4. Die Zusammenarbeit funktioniert ohne Lücken oder Doppelspurigkeiten.
5. Es bestehen in der Einrichtung keine Möglichkeiten zur Willkür.
6. Notwendige Massnahmen zur Verhinderung von Amtsmissbrauch und von Interessenskonflikten sind getroffen.
7. Die Gewaltentrennung ist sichergestellt.



B/7 Qualitätsanforderungen: Personal				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	In der Personalpolitik werden Themen wie Berufsethik, Gleichstellung, Chancengleichheit und Diversität berücksichtigt	<p>Die ethischen Richtlinien für das berufliche Handeln sind festgelegt und dienen als Orientierung für eine professionsethisch begründete Berufshaltung, die auch hilft in unterschiedlichen Kontexten fachlich Stellung zu nehmen.</p> <p>Ein transparentes Verhalten in Bezug auf berufsethische Grundsätze können durch systematisches Reflektieren und Evaluieren von individuellen und kollektiven Verhaltensweisen im Team erreicht und gefördert werden (<a href="#">vergleiche dazu auch Managementprozesse: Qualitätsmanagement B / 5.1</a>).</p> <p>Die Sensibilisierung der Fachpersonen für die einzelnen Diversitätsaspekte wie Alter, Geschlecht, Elternschaft, Herkunft, sozioökonomischer Status und Komorbiditäten im Suchtbereich fördert die gesundheitliche Chancengleichheit. Die Chancengleichheit wird u. a. durch eine Geschlechterparität sichergestellt: Frauen und Männer müssen auf allen hierarchischen Ebenen der Einrichtung gleichermaßen vertreten sein, die Gleichbehandlung von Frauen und Männern gemäss Gleichstellungsgesetz ist berücksichtigt – insbesondere für den Zugang zu Führungsfunktionen, aber auch in Bezug auf andere Themen wie gleicher Lohn für gleiche Arbeit und gleiche Qualifikationen. Weiterführende Informationen sind den <a href="#">Leitlinien Diversität in der Suchtarbeit von Infodrog</a> zu entnehmen.</p> <p>Für die migrationsgerechte Suchtarbeit braucht es Fachpersonen mit transkultureller Kompetenz und spezifisches Wissen zur Migrationsthematik und den damit verbundenen Themen (wie z. B. Traumata, Familiendynamiken, Kommunikation). Dies muss in Stellenprofilen und Stellenausschreibungen berücksichtigt werden. Migrationsspezifische Aspekte in der Personalpolitik können daher beispielsweise sein: spezifische Berufserfahrungen bzw. Fort-/Weiterbildungen betreffend Migrationsproblematik, eigenen Migrationshintergrund, relevante Sprachkenntnisse. Weiterführende Informationen sind <a href="#">den Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der Klientinnen/Klienten bzw. dem Themenblatt Herkunft, Migrationshintergrund</a> von Infodrog zu entnehmen.</p>	<p>Zufriedenheit der KlientInnen bzw. PatientInnen sowie der Mitarbeitenden</p> <p>Merkblätter oder einrichtungsinterne Konzepte</p> <p>Merkblätter, Konzepte oder Stellenprofile</p>	<p>Bezug von Berufskodexen der verschiedenen Professionen,</p> <p>80 % der KlientInnen bzw. PatientInnen sowie der Mitarbeitenden sind zufrieden.</p> <p>Vorhanden und allen relevanten Personen bekannt.</p> <p>Vorhanden und allen relevanten Personen bekannt.</p>







B/7 Qualitätsanforderungen: Personal

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
3	Rekrutierung, Eintritt, Einführung, Betreuung, Entwicklung und Austritte von Mitarbeitenden und PraktikantInnen sind systematisiert und dokumentiert.	Zur <b>Personalrekrutierung</b> kann eine Einrichtung regeln: <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Personalangehörigen entsprechen mit ihren Fähigkeiten dem entsprechenden Anforderungsprofil und Stellenbeschrieb und haben einen gültigen Arbeitsvertrag und ein Einführungsprogramm;</li> <li>• Anforderungsprofil und Stellenbeschrieb sind vorhanden und nicht älter als drei Jahre; ein Stellenbeschrieb enthält minimal einen Beschrieb zu: Aufgabenkatalog, Kompetenzen und Verantwortungen, vorgesetzte und untergebene Stellen;</li> <li>• es ist definiert auf welchen Wegen Personal gesucht wird;</li> <li>• Rekrutierungsgespräche werden mit einem Interviewleitfaden geführt, der dem Anforderungsprofil entspricht;</li> <li>• es ist definiert wer an Personalrekrutierungsgesprächen teilnimmt;</li> <li>• für Führungskräfte findet ein Eignungstest statt;</li> <li>• Freiwillige Mitarbeitende (fMA) haben ein Pflichtenheft; das Pflichtenheft für fMA kann Aussagen enthalten zu: Aktivitäten, Richtzeiten und Anerkennung; eine festangestellte Person, die für eine fMA verantwortlich ist, hat halbjährlich minimal ein Reflektionsgespräch; die verantwortliche Person ist für die fMA während der Arbeitszeit uneingeschränkt erreichbar; bei Wunsch der fMA wird die Reflektion durch eine Supervision begleitet;</li> <li>• Anstellungs- und Betreuungsbedingungen von PraktikantInnen</li> </ul> Zur <b>Personaleinführung</b> kann festgehalten werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• neues Personal wird systematisch in die Einrichtung eingeführt und integriert;</li> <li>• jede neu eintretende Person hat in der Einrichtung eine/n AnsprechpartnerIn, welche/r unter anderem für das Einführungsprogramm verantwortlich ist;</li> <li>• neu eintretende Person und AnsprechpartnerIn führen in den ersten drei Monaten mindestens zweimal monatlich ein Reflektionsgespräch zur Evaluation der Einführungszeit;</li> <li>• in einem Einführungsprogramm sind zwingend enthalten: Einführungsziele, Aktivitäten zur Erreichung der Einführungsziele, Überprüfungsrythmus zur Kontrolle des Zielerreichungsgrades sowie Eventual-Massnahmen bei wiederholtem Nichterreichen der Einführungsziele.</li> </ul> ...	Verfahrensanweisung  Interviewleitfaden	Vorhanden und eingehalten  In Personaldossier vorhanden



B/7 Qualitätsanforderungen: Personal

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
----	------------------------	---------------	-------------	-----------

3

Zur **Personalentwicklung** kann festgehalten werden:

- Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals sowie MitarbeiterInnengespräche sind Personalentwicklungsmassnahmen (vergleiche dazu die Qualitätsanforderungen [B/7.6](#) und [B/7.7](#) in diesem Kapitel).
- jede in Ausbildung stehende Person hat in der Einrichtung eine/n AnsprechpartnerIn, welche unter anderem für das Ausbildungsprogramm verantwortlich ist;
- in Ausbildung stehende Person und AnsprechpartnerIn führen während der Ausbildungszeit mindestens einmal monatlich ein Reflektionsgespräch zur Evaluation der Ausbildung;
- in einem Ausbildungsprogramm werden zwingend festgehalten: Ausbildungsziele, Aktivitäten, Überprüfungsrythmus, Eventual-Massnahmen bei Nichterreichen von Ausbildungszielen;
- PraktikantInnen verfügen in der Einrichtung über eine Ansprechperson, die für ihre Aufgabenfelder sowie regelmässige Besprechungen verantwortlich ist;
- in Personalbeurteilungsgesprächen wird die Übereinstimmung von Fähigkeiten, Anforderungsprofil und Stellenbeschreibung anhand konkreter, auf den Alltag der Suchtarbeit bezogener Fragen überprüft; Personalbeurteilungen sind Bestandteil der Personalentwicklung und finden zu im Voraus festgelegten Kriterien und Themen statt.

Zum **Personalaustritt** kann festgehalten werden:

- bei einem Austritt werden die Gründe, die zur Kündigung führten und die Ergebnisse eines persönlich geführten Austrittsgesprächs schriftlich festgehalten;
- bei Austritt wird ein schriftliches Arbeitszeugnis abgegeben, die finanziellen Fragen sind geklärt, alle notwendigen Informationen über Vorsorge, Versicherungen und Schweigepflicht sind schriftlich abgegeben, der Erhalt der Informationen zu diesen drei Themen ist von den Austretenden schriftlich bestätigt;
- im Arbeitszeugnis wird immer festgehalten: Dauer der Anstellung, ausgeführte Tätigkeiten, Bewertung der ausgeführten Tätigkeiten, Dank für die Zusammenarbeit;
- die Austrittsgründe werden jährlich einmal durch die oberste Geschäftsleitung analysiert und bewertet; das Ergebnis dieser Evaluation fliesst in das Management Review ein.

Beurteilungsbogen

In Personaldossier  
unterschrieben vorhanden



B/7 Qualitätsanforderungen: Personal

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
4	<p>Jede/r Mitarbeiter/in hat einen gültigen Arbeitsvertrag, der die gegenseitigen Rechte und Pflichten regelt.</p>	<p>Inhalte eines Arbeitsvertrages oder Personalreglements können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn, Dauer, Umfang der Aufgaben einer Anstellung; Schriftlichkeit der Anstellung;</li> <li>• Ferien, Absenzen (Regeln zur Meldepflicht, Besprechen von Absenzen, Aufzählung bezahlter und unbezahlter Absenzen);</li> <li>• Aus- und Weiterbildungen (beispielsweise Mindestanspruch an bezahlten Fort- und Weiterbildungstagen);</li> <li>• Form und Häufigkeit der Personalbeurteilungsgespräche;</li> <li>• Lohnsystem, Lohn, Vorsorge und Versicherungen (Deckung, Leistungsumfang, Aufteilung der Prämien, Versicherungsträger);</li> <li>• jede Änderung beim Status des Personals, bei der Entlohnung oder bei den Sozialversicherungen sollte dem Personal nicht erst auf Anfrage, sondern automatisch und schriftlich mitgeteilt werden;</li> <li>• berufsethische Grundlagen;</li> <li>• Schweigepflicht und Datenschutz;</li> <li>• Vorkehrungen zur Erfassung und Prävention von Burn-out, sexueller Belästigung und Mobbing (<a href="#">vergleiche dazu die Qualitätsanforderungen B / 7.8 in diesem Kapitel</a>);</li> <li>• sprachlich und kulturell adäquate Behandlung von Personal mit Migrationshintergrund sowie Berücksichtigung der Diversität-Leitlinien (<a href="#">vergleiche dazu die Qualitätsanforderungen B / 7.1 in diesem Kapitel</a>);</li> <li>• Sicherstellung einer unabhängigen Beschwerdestelle;</li> <li>• Überblick über Rechte und Pflichten von Arbeitgeber/ArbeitnehmerIn;</li> <li>• Sanktionen bei Verletzung der Pflichten (z. B. bei sexuellen Belästigungen oder sexuellen Übergriffen durch das Personal); insbesondere Nennung der strafrechtlichen Folgen;</li> <li>• Kündigungsverfahren. Beispiel: Bei einer ordentlichen Kündigung gilt für alle Personalangehörigen: Kündigung durch ArbeitnehmerIn innerhalb der vorgesehenen Frist, Freistellung im Ermessen des Arbeitgebers, ein Austrittsgespräch muss geführt werden.</li> </ul> <p>Die hier beschriebenen Inhalte können auch in einem Gesamtarbeitsvertrag vorgegeben sein, sodass eine Einrichtung sie nicht im Detail wiederholen muss; es genügt auf den Gesamtarbeitsvertrag Bezug zu nehmen.</p>	<p>Arbeitsvertrag</p> <p>Personalreglement</p>	<p>Von ArbeitgeberIn und ArbeitnehmerIn unterschrieben</p> <p>Bestandteil des Arbeitsvertrags</p>



B/7 Qualitätsanforderungen: Personal				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
5	Für jede/n Mitarbeiter/in wird ein vollständiges Personaldossier geführt.	<p>Bestandteile des Personaldossiers sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalien, Adresse</li> <li>• Bewerbungsunterlagen, Referenzauskünfte</li> <li>• Arbeitsvertrag</li> <li>• Aus- und/oder Weiterbildungsvereinbarungen</li> <li>• Beurteilungsbogen aufgrund von MitarbeiterInnengespräche, persönlicher Entwicklungsplan</li> <li>• Lohnangaben</li> <li>• Abwesenheiten (Ferien, Krankheit/Unfall, Militär)</li> <li>• Verwarnungen</li> </ul>	Personaldossier	Vorhanden
6	Es finden regelmässig in einem vertraulichen Rahmen Personalentwicklungsgespräche statt.	<p>MitarbeiterInnengespräche (MAG) oder Personalbeurteilungen zählen zu den wichtigsten Bestandteilen einer systematischen Personalentwicklung. Sie sind systematisiert und jederzeit nachvollziehbar. Konkret kann dazu vorgegeben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalbeurteilungen finden für alle Personalangehörigen mindestens einmal jährlich unter Beachtung des Persönlichkeitsschutzes statt; Beurteilungskriterien sind: Ziele und Zielerreichung; Verhalten gegenüber KlientInnen bzw. PatientInnen, Mitarbeitenden und Vorgesetzten; die persönliche Entwicklung im vergangenen Jahr; Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedürfnisse; Wirkungen abgeschlossener Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen; Zufriedenheit; Motivation; Absenzen; Burn-out-Symptome;</li> <li>• die Beurteilungsergebnisse und eventuelle Entwicklungsmaßnahmen fließen nachweislich in die Personalentwicklung ein und sind in einem persönlichen Entwicklungsplan dokumentiert;</li> <li>• Entwicklungsmaßnahmen sind nachfolgendem Raster festgehalten: Entwicklungsziele, Entwicklungsmaßnahme sowie Termin bis zur Zielerreichung;</li> <li>• Effizienz und Effektivität der Fort- und Weiterbildungen sowie der Personalbeurteilungen werden durch die oberste Leitung mindestens einmal jährlich beurteilt und sind Bestandteil des Management Reviews</li> </ul>	Häufigkeit	1x jährlich
			Entwicklungsplan	Zu 80 % eingehalten
			Evaluation der Mitarbeitendengespräche auf institutioneller Ebene	1x jährlich





B/7 Qualitätsanforderungen: Personal				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
8	<p>Massnahmen zum Schutz vor bzw. bei physischen, psychischen und sexuellen Übergriffen und Diskriminierungen sind definiert, ebenso das Vorgehen und die Verantwortlichkeiten bei solchen Vorfällen.</p>	<p>Der Zweck dieser Anforderung ist der Schutz des Personals vor Gewalt. Gewalt kann aus physischen oder psychischen Übergriffen sexueller, körperlicher, religiöser, emotionaler oder rassistischer Art bestehen. Vergleiche dazu auch <a href="#">die Checkliste Sexuelle Belästigung</a> oder <a href="#">die Checkliste Schutz der persönlichen Integrität am Arbeitsplatz</a> des SECO.</p>	<p>Schulungen</p> <p>Anzahl Übergriffe/ Diskriminierungen</p>	<p>Mindestens 1x jährlich</p> <p>Null</p>
9	<p>Bei der Anstellung von Personen mit einer Suchtproblematik regelt die Organisationseinheit die Anforderungen bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Qualifikation/Ausbildung dieser Personen;</li> <li>• der zeitlichen Distanz zum Abschluss ihrer Suchttherapie;</li> <li>• der spezifischen Unterstützung dieser Personen;</li> <li>• der Anzahl Mitarbeitender mit einer eigenen Suchtgeschichte in der Organisationseinheit.</li> </ul>	<p>Weil es sich bei der Anstellung von Personen mit einer Alkohol- und Drogenproblematik um ein heikles und auch kontrovers diskutiertes Thema handelt, soll eine Einrichtung Klarheit darüber haben, ob und falls ja, in welchem Ausmass sie Personen mit einer (aktuellen) oder früheren Suchtproblematik anstellen will. Die Begründungen sollen transparent und nachvollziehbar sein. Zudem sollte die Kohärenz mit den Aussagen im Leitbild und den Konzepten gegeben sein.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung des Personals bei der Tabakentwöhnung, Regelung im Umgang mit Tabak innerhalb der Einrichtung und bei der Zusammenarbeit mit KlientInnen bzw. PatientInnen. <a href="#">Vergleiche dazu auch die Website von Stop-tabak.ch</a></li> <li>• In einer Substitutionsbehandlung wird kein Personal mit einer früheren oder aktuellen Suchtproblematik beschäftigt (Alkohol, Medikamente und illegale Substanzen).</li> <li>• In einer stationären Therapie können ehemalige KlientInnen bzw. PatientInnen mit einer eigenen Suchtgeschichte frühestens 2 Jahre nach Abschluss der eigenen Therapie beschäftigt werden. Sie müssen zudem nach Abschluss ihrer Therapie ausserhalb der Einrichtung gearbeitet haben.</li> </ul>	<p>Personal mit einer eigenen Suchtgeschichte</p> <p>Zeitdauer seit Therapieabschluss</p>	<p>2 Jahre</p>





B/8 Supportprozess  
« Finanzierung und Rechnungslegung »

Die Finanzierung und Rechnungslegung bestehen aus

- dem Sicherstellen der Finanzierung;
- der Budgetierung;
- der Liquiditäts- und Finanzplanung;
- der finanzwirtschaftlichen Überwachung des Betriebs;
- den Abrechnungen und dem Zahlungsverkehr;
- dem Führen einer Kostenrechnung;
- der Buchführung;
- der Rechnungslegung.

Finanzierung und Rechnungslegung sind **qualitätsrelevant**, weil

- das Sicherstellen einer ausreichenden Finanzierung überlebensentscheidend ist;
- finanzielle Transparenz und die finanzwirtschaftliche Professionalität zu den wichtigsten Anforderungen der finanzgebenden Stellen zählt.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von Finanzierung und Rechnungslegung können sein:

1. Transparenz über Herkunft und Verwendung finanzieller Mittel sind vorhanden.
2. Transparenz über Guthaben und Verpflichtungen sind vorhanden.
3. Die Finanzierung erfolgt bedarfsorientiert.



B/8 Qualitätsanforderungen: Finanzierung und Rechnungslegung				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	Die Trägerschaft, respektive das übergeordnete Führungsorgan, stellt eine systematische Beschaffung und Bewirtschaftung der Finanzierung sicher.	Gegenstand dieser Anforderung ist die Gesamteinrichtung und nicht ein einzelner Teil der Einrichtung. Festgelegt sein sollten die Art und Weise, wie Finanzen für den laufenden Betrieb und für Investitionen oder Weiterentwicklungen beschafft werden. Instrumentelle Grundlagen sind ein mittelfristiger Finanzplan inkl. Investitionen (Zeithorizont drei bis vier Jahre) und ein jährlich aktualisiertes Budget.	Finanzierungsstrategie	Von der Trägerschaft beschlossen
2	Es besteht eine ordnungsgemässe Rechnungslegung, die den Anforderungen auftraggebender und/oder übergeordneter Instanzen entspricht.	<p>Die Rechnungslegung ist ordnungsgemäss, wenn sie kantonalen Vorschriften entspricht. Gemäss kantonalen Vorgaben kann eine ordnungsgemässe Rechnungslegung aus einem Finanzplan, einem Liquiditätsplan, einer Kostenstellenrechnung und/oder einer Budgetierung bestehen.</p> <p>Eine Rechnungslegung ist auch ordnungsgemäss, wenn sie den Anforderungen aus Swiss GAAP FER 21 entspricht. Inhalte einer ordnungsgemässen Rechnungslegung gemäss Swiss GAAP FER 21 sind Bilanz, Betriebsrechnung, Mittelflussrechnung, Rechnung über Veränderung des Kapitals, Anhang mit Erläuterungen sowie ein Leistungsbericht. Ein Leistungsbericht kann auch einem Management-Review-Bericht entsprechen (<a href="#">vergleiche dazu auch Managementprozesse: Qualitätsmanagement B / 5.2</a>).</p>	Einhaltung der Vorschriften bzw. der Normen	100 %
3	Finanzierung und Rechnungslegung werden durch eine unabhängige Revisionsstelle überwacht und überprüft.	Die Einrichtung arbeitet mit einer unabhängigen Revisionsstelle zusammen. Die Überprüfung der Rechnungslegung ist für finanzgebende Stellen (z. B. die Kantone) notwendig und häufig Bestandteil der Leistungsverträge.	Jährlicher Revisionsbericht	Keine Beanstandung





**B/9 Supportprozess  
« Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material »**

Jede Suchthilfeeinrichtung verfügt über eine Infrastruktur und über Materialien (Gebäude, Räume, Einrichtungen, ICT-Systeme, medizinisches Equipment etc.), die beschafft und unterhalten werden müssen. Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen sind eine einwandfreie Infrastruktur, die den Anforderungen bzw. dem Leistungsangebot der Suchthilfeeinrichtung entsprechen.

Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material sind **qualitätsrelevant**, weil

- eine Infrastruktur, die den Bedürfnissen der KlientInnen bzw. PatientInnen entspricht, eine wichtige Voraussetzung für qualitativ einwandfreie Dienstleistungsprozesse ist;
- dies massgeblich zur Sicherheit in der Einrichtung und zum Schutz der KlientInnen bzw. PatientInnen beiträgt.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material können sein:

1. Die Infrastruktur ist stets zu 100 % funktionstüchtig.
2. Eine Überlastung der Infrastruktur sowie der Mitarbeitenden wird vorgebeugt, indem die Kapazitätsgrenzen festgelegt sind. Gelieferte Materialien entsprechen zu 100 % den eigenen Anforderungen und werden kontrolliert.



B/9 Qualitätsanforderungen: Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	Die Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur sowie von extern beschafften Produkten und Material ist geregelt.	Zur Infrastruktur zählen Anlagen, Gebäude, Räume, Umgebung, Materialien, Geräte, Mobilien, Fahrzeuge, Einrichtungen etc.	Verfahrensanweisung Funktionsfähigkeit	Vorhanden und eingehalten Zu 98 % gegeben
		Die Infrastruktur (Raumangebot, Einrichtungen und Raumnutzung) entspricht den Bedürfnissen der KlientInnen bzw. PatientInnen. Die Vorgaben der kantonalen Behörden bezüglich Räumlichkeiten und Einrichtungen werden eingehalten.	Checkliste	Vorhanden und eingehalten
		Bei der Raumbeschaffung ist darauf zu achten, dass den Genderaspekten Rechnung getragen wird in Bezug auf separate sanitäre Einrichtungen, Räume für Rückzugsmöglichkeiten, getrennte Wohnräume etc. Zusätzlich ist, wo möglich, auch auf eine hindernisfreie Bauweise zu achten.	Häufigkeit	1x pro Jahr
		Lieferanten können (je nach Tätigkeitsbereich für medizinisches Material, Lebensmittel oder Arbeitsmaterial) hinsichtlich ihrer Warenqualität, ihrer Dienstleistungsqualität, ihrer Preise, ihrer Zuverlässigkeit etc. beurteilt werden.		
2	Der Unterhalt der Infrastruktur erfolgt systematisch und ist geregelt.	Eine Checkliste mit den Aufgaben sowie eine aktuelle Inventarliste geben einen Überblick über die mit dem Unterhalt verbundenen Aufgaben.	Verfahrensanweisung Inventarlisten	Vorhanden und eingehalten
		Kapazitätsgrenzen zur Auslastung der Infrastruktur sind festgelegt. Ziel der Festlegung einer Obergrenze zur Auslastung ist es insbesondere, einer chronischen Überlastung der Mitarbeitenden zuvorzukommen.	Checkliste	Vollständig und nicht älter als 1 Jahr
		Grenzen können erkennbar sein in Überbelegung oder Unterbelegung, in Wartelisten oder Warteschlangen vor dem Konsumraum, bei freiem oder belegtem Wohnraum, bei der Anzahl Kontakte, der Anzahl Mahlzeiten, bei den Öffnungszeiten etc.	Auslastungsgrad Belegungsplan	Mindestens 80 %, maximal 100 % Vorhanden
		Diese Grenzen können auch in den Jahreszielen festgelegt sein.	Jahresziele	Vorhanden



B/9 Qualitätsanforderungen: Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
3	Die Informationssicherheit und die Sicherheit der ICT-Infrastruktur sind gewährleistet.	<p>Alle Computer werden mit einem Antivirus-Programm geschützt, das regelmässig aktualisiert wird. Weiter ist eine Firewall wichtig sowie regelmässige Sicherheitsupdates und Sicherheitskopien.</p> <p>Jede/r Mitarbeiter/in hat ein eigenes Benutzerkonto, sodass er/sie sich zunächst beim Anschalten des Computers und dann wieder bei der Benutzung der verschiedenen Applikationen, mit denen er/sie arbeitet, authentifizieren muss. Die interne Organisation legt für jede/n Mitarbeiter/in die entsprechenden Zugangsrechte fest. Die Benutzerkonten sind mit Passwörtern geschützt, die regelmässig erneuert werden müssen.</p> <p>Greifen Mitarbeitende von aussen auf das Intranet der Organisation zu, muss die Sicherheit mit einer entsprechenden Technologie sichergestellt sein (z .B. VPN, RDS, MFA etc.).</p> <p>Der Austausch von sensiblen Daten mit Drittpersonen bzw. Behörden sollte verschlüsselt erfolgen. Es gilt zu entscheiden, welche Art von Verschlüsselung bei Mitteilungen geeignet und zielführend ist. Die Mitarbeitenden sind entsprechend geschult und wissen welche Mitteilungen nur verschlüsselt erfolgen dürfen.</p> <p>Detaillierte Informationen sind dem <a href="#">Leitfaden zu den technischen und organisatorischen Massnahmen des Datenschutzes</a> des eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter (EDÖB) zu entnehmen.</p> <p>Zusätzlich prüft der Datenschutzbeauftragte des Kantons Zürich verschiedene Produkte datenschutzrechtlich und sicherheitstechnisch. Siehe dazu <a href="#">die Plattform für die digitale Zusammenarbeit</a>.</p> <p>Der Einsatz von datenschutzkonformen Tools für die Online-Konsultation und -kommunikation ist wichtig, siehe dazu die <a href="#">FMH-Empfehlungen zur Telemedizin</a> und das entsprechende <a href="#">Factsheet zur Telemedizin während der Covid-19-Pandemie</a> sowie die <a href="#">Empfehlungen für datenschutzkonforme Kommunikation und Beratung der Fachhochschule Nordwestschweiz</a>. Weiter ist es wichtig, dass die KlientInnen bzw. PatientInnen bei Online-Beratungsangeboten darauf hingewiesen werden, dass die Einrichtungen bzw. Beratungspersonen keine Verantwortung für die Sicherheit der Daten, die KlientInnen bzw. PatientInnen auf ihrem eigenen Computer abspeichern, übernehmen. Ebenfalls wird für die unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation von KlientInnen bzw. PatientInnen keine Verantwortung übernommen. Sobald jedoch eine Beraterin bzw. ein Berater das Beratungsanliegen KlientInnen bzw. PatientInnen aufnimmt, muss die weiterführende Beratung/Begleitung über einen sicheren Kanal erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfehlung: Bei heiklen Daten 2 Faktoren-Authentifizierung aktivieren.</li> </ul>	Verfahrensanweisungen, Richtlinien und Antivirus-Programm	Vorhanden, eingehalten, aktualisiert





**B/10 Supportprozess**  
**«Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit»**

Erstellen, einhalten und überwachen von Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit.

Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit sind **qualitätsrelevant**, weil

- eine saubere, funktionstüchtige Infrastruktur und korrekt verwendete Mittel wichtige Voraussetzungen für qualitativ einwandfreie Dienstleistungsprozesse sind;
- das Einhalten von Kriterien zur Betriebssicherheit, zur Hygiene und zur Sauberkeit, den gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit können sein:

1. Keine Krankheiten infolge mangelnder Hygiene und Sauberkeit.
2. Sichere und umweltgerechte Entsorgung.
3. Funktionstüchtigkeit der Infrastruktur und der verwendeten Mittel sind sichergestellt.



**B/10 Qualitätsanforderungen: Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	Die Mitarbeitenden sind über das Vorgehen bei Gefahren- und Krisensituationen informiert und dafür geschult.	<p>Konzeptionelle Grundlagen oder Merkblätter zum Umgang mit Krisen und Notfällen sowie der Notfallkommunikation innerhalb der Organisation liegen vor. Eine Risikoanalyse hat immer auch eine vorbeugende Funktion, indem sie die Fähigkeit des Personals und der Einrichtung im Umgang mit Krisen fördert und professionalisiert. So ist es beispielsweise sinnvoll, beim Erstellen einer Risikoanalyse oder beim Review einer Risikoanalyse das gesamte Personal einzubeziehen.</p> <p>Wissen allein genügt in Risikosituationen nicht. Auch Verhaltensmuster sollten schnell angewendet werden, um keine Zeit zu verlieren. Richtige Verhaltensmuster ergeben sich erst durch wiederholtes Einüben. Dazu bedarf es entsprechender Regelungen. Parallel sollte eine Einrichtung dies im Rahmen von internen Fortbildungen ausreichend berücksichtigen. Zudem muss sie überlegen, welche Prozesse geregelt werden sollen. Zum Beispiel hinsichtlich: Situation schnell abschätzen und Notfallmassnahmen organisieren; erste medizinische Hilfe leisten; Reanimationen durchführen; deeskalierendes Handeln; Gebäude evakuieren; Sanität, Polizei oder Feuerwehr avisieren.</p> <p>Weitere Ausführungen zu Gefahren- und Krisensituationen sind dem <a href="#">Supportprozess B / 11 Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen</a> zu entnehmen.</p>	Merkblätter	Vorhanden und allen Personen bekannt sowie zugänglich
			Übungen zu Krisen und Notfällen	Jährlich, für alle Mitarbeitende obligatorisch



**B/10 Qualitätsanforderungen: Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
2	<p>Die Organisationseinheit stellt sicher, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hygiene und Sauberkeit gewährleistet sind;</li> <li>die Betriebssicherheit den externen Vorgaben und internen Ansprüchen genügt.</li> </ul>	<p>Vorgaben zu Hygiene und Sauberkeit sollen Infektionen und Krankheiten vorbeugen. Diese Vorgaben beziehen sich auf Bereiche wie Lebensmittel, Geschirr, Besteck, medizinische Versorgung, sanitäre Anlagen und Räumlichkeiten. Um einen ordnungsgemässen Ablauf dieser Arbeitsvorgänge sicherzustellen, ist es möglich, eine verantwortliche Person für den Bereich «Hygiene und Sauberkeit» zu benennen.</p> <p>Zu Hygiene und Sauberkeit können beispielsweise Angaben gemacht werden zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsumutensilien werden nach dem Gebrauch sicher entsorgt; dazu stehen gesicherte Auffangbehälter für gebrauchte Spritzen zur Verfügung;</li> <li>der Konsumraum wird gereinigt und wieder gebrauchte Utensilien werden desinfiziert; es bleibt genügend Zeit für die sorgfältige Reinigung;</li> <li>der hygienische Umgang mit Abfällen ist geregelt.</li> <li>Beispiele dazu sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>Listen mit Abfallsammelstellen für Sonder- und Sperrmüll;</li> <li>Ordnungsliste mit Angaben, wo welche Gegenstände gelagert sind;</li> <li>Vorgaben zur Abfalltrennung;</li> <li>Abfall-Entsorgungsplan der Gemeinde (wann werden welche Abfälle abgeholt);</li> <li>Reinigungsrythmus und die zu verwendenden Reinigungsmittel;</li> <li>Verwendung von Haut-Desinfektionsmitteln zur hygienischen und chirurgischen Händedesinfektion;</li> <li>Verwendung von Flüssigseife zum Händewaschen;</li> <li>Verwendung von mindestens 70 %-Alkohol zur Desinfektion von Material (z. B. Beatmungsmasken, medizinische Instrumente, Löffel, Telefone) und Einrichtungen (z. B. Sitzplätze, Tische);</li> <li>Verwendung von Flächen-Desinfektionsmitteln zur Desinfektion von Nasszellen, Türen und Konsumationsplätzen;</li> <li>Schutzmasken und Schutzbekleidung für Angestellte als auch für KlientInnen bzw. PatientInnen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Betriebskonzept</p> <p>Merkblätter</p> <p>Checklisten</p> <p>Überprüfungen</p>	<p>Vorhanden</p> <p>Vorhanden und allen Personen zugänglich</p> <p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>1x jährlich</p>



**B/10 Qualitätsanforderungen: Betriebssicherheit, Hygiene und Sauberkeit**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
3	Der Umgang mit Medikamenten sowie mit sterilem Material ist geregelt und entspricht geltenden Richtlinien.	<p>Der geregelte Umgang mit Medikamenten und sterilem Material ist für Mitarbeitende und KlientInnen bzw. PatientInnen von grosser Bedeutung, da dadurch Fehlmedikationen, Verwechslungen, Vergiftungen von Menschen und der Umwelt, etc. verhindert werden können. Die nachfolgenden Punkte sind geregelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die angemessene Kennzeichnung;</li> <li>• die Kontrolle des Verfalldatums;</li> <li>• die Lagerung;</li> <li>• die Abgabe;</li> <li>• die Verpackung;</li> <li>• die Entsorgung.</li> </ul>	<p>Checklisten</p> <p>Überprüfungen</p> <p>Anzahl Fehlmedikation pro Jahr</p>	<p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>1x monatlich</p> <p>Null</p>





**B/11 Supportprozess**  
**« Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen »**

Kriseninterventionen betreffen meistens die individuelle KlientInnen-Ebene. Die akute Problemsituation muss erfasst, analysiert und durch Massnahmen entschärft werden (erste Hilfe leisten bei psychischen und physischen Notfällen, Reanimation, Organisation von Rettungsmassnahmen). Das Verhalten bei akuten Notfallsituationen muss trainiert werden, z. B. deeskalierende Verhaltensweisen bzw. Interventionen.

Die Sicherheit der KlientInnen bzw. PatientInnen sind **qualitätsrelevant**, weil

- Verminderung oder Verhinderung von Selbstschäden, Fremdschäden oder Folgeschäden für KlientInnen bzw. PatientInnen und weitere Personen überlebensrelevant sein kann;
- die Abwehr von existenziellen Gefahren in Krisen erste Priorität hat;
- die Einrichtung ihre ethische Verantwortung wahrnehmen muss;
- gesundheitliche, soziale und finanzielle Folgekosten reduziert werden.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** der Sicherheit der KlientInnen bzw. PatientInnen können sein:

1. Risikoanalyse ist erstellt (Beschreibung der möglichen Gefahren- und Risikosituationen in der Einrichtung und mögliche Massnahmen zu ihrer Bewältigung).
2. Problemsituationen und Gefahren werden sofort erfasst und entschärft.
3. Krisen-Situationen sind stabilisiert und nachbearbeitet.
4. Richtige Stellen (NotärztInnen, Spitäler, Polizei, Feuerwehr, Ambulanz etc.) sind kontaktiert.



B/11 Qualitätsanforderungen: Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit stellt die Sicherheit der KlientInnen bzw. PatientInnen sicher.	<p>Relevante Krisen- und Gefahrensituationen können auf individueller oder Gruppenebene auftreten. Es kann sich um häufige Einzelereignisse handeln oder aber auch um relativ seltene Vorkommnisse, die aber gravierende Auswirkungen haben können, somatische und/oder psychische Krisen; Gesundheitsgefährdungen infolge Ansteckungsgefahren (z. B. HIV, Hepatitis, Corona-Virus) oder infolge Substanzkonsums (insbesondere während der Schwangerschaft oder Stillzeit, bei Fahruntüchtigkeit); Gewalt, Aggressivität und andere Bedrohungssituationen; Unfälle; Überdosierungen; Dekompensationen, Suizidgefährdung bzw. –versuch, Probleme im Lebensmittel- und Hygienebereich (z. B. Lebensmittelvergiftungen), Feuer etc.</p> <p>Zu den Massnahmen zählen z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für Personen, die in Suchthilfeeinrichtungen tätig sind oder sich dort aufhalten, besteht die Gefahr, sich beim Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten mit HIV oder Hepatitis zu infizieren (vergleiche dazu auch <a href="#">die Website zu Hepatitis C vom BAG</a>, <a href="#">die Website von Infodrog zu Hepatitis C</a> sowie <a href="#">die Richtlinien zu Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden mit settingspezifischen Factsheets des BAG</a>. Zusätzlich ist auch die <a href="#">Broschüre «Verhütung blutübertragbarer Infektionen im Gesundheitswesen»</a> der SUVA Nr. 2869/30.d) hilfreich. Massnahmen nach einer Verletzung (z. B. Spritzenverletzung mit Infektionsgefahr) gelten als Postexpositionsprophylaxe. Dazu zählen Notfallmassnahmen (Waschen, Spülung, Fremdkörper entfernen, Desinfektion) und Hepatitis- und HIV-bezogene Massnahmen (Abschätzung des individuellen Risikos einer HIV-Infektion, Durchführen einer HIV-Serologie und/oder gleichzeitig Einleiten einer antiretroviralen Therapie, Chemoprophylaxe, Kontrollen). Jede Einrichtung sollte Richtlinien besitzen, in denen das Vorgehen vor und nach einer Exposition klar geregelt ist; bei der Postexpositionsprophylaxe ist auch der Ablauf der HIV-Testung festzulegen;</li> <li>...</li> </ul>	<p>Verfahrensanweisungen</p> <p>Merkblätter für verschiedene Krisensituationen</p> <p>Risikoanalyse</p> <p>Häufigkeit von Rettungsübungen</p> <p>Kinder vorhanden</p>	<p>Vorhanden und eingehalten</p> <p>Leicht zugänglich vorhanden</p> <p>Vorhanden</p> <p>2x jährlich</p> <p>Betreuungssituation erfasst</p>



**B/11 Qualitätsanforderungen: Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersthilfemassnahmen;</li> <li>• Einleitung der Nothilfemassnahmen (Sanität, Polizei, etc.);</li> <li>• Weiterleitung an medizinisches Fachpersonal;</li> <li>• Schutzkonzepte für eine Pandemie, weitere Informationen diesbezüglich können <a href="#">der Website des Bundesamtes für Gesundheit zu aktuellen Ausbrüchen und Epidemien, wie beispielsweise zum Coronavirus und Schutzkonzepte und –massnahmen</a> entnommen werden;</li> <li>• Schutz des Personals vor Gewaltübergriffen;</li> <li>• Vereinbarung mit lokalen Polizeistellen, Feuerwehr, ÄrztInnen, Spitälern oder Apotheken wie in Krisenfällen vorzugehen ist;</li> <li>• Regelung des Vorgehens bei Todesfällen;</li> <li>• Regelmässig eine Rettungsübung und eine Weiterbildung zu lebensrettenden Sofortmassnahmen;</li> <li>• Sicherstellung der Kinderbetreuung bei einer Krise von Vater/Mutter;</li> <li>• Information von Fachstellen (KESB, kommunale Sozialdienste etc.), Gefährdungsmeldung;</li> <li>• Schutz der KlientInnen bzw. PatientInnen vor Gewalt und Bedrohung (in Zusammenhang mit früheren Tätigkeiten wie Beschaffungsprostitution, Dealen etc.).</li> </ul>		
2	<p>Es existiert eine aktuelle, vollständige, jederzeit zugängliche und allen Mitarbeitenden sowie KlientInnen bzw. PatientInnen bekannte Liste des regionalen Notfallnetzes.</p>	<p>Der Zugriff zu Informationen kann in Krisenfällen überlebensentscheidend sein. Dazu zählt insbesondere das Wissen über das Notfallnetz und die Erreichbarkeit einzelner Stellen oder Personen in diesem Netz. Deshalb müssen alle Personen einer Einrichtung jederzeit Zugriff auf dieses Wissen haben.</p> <p>In einer Liste können festgehalten sein: Namen, Adressen und Telefonnummern von regionalen Spitälern, Apotheken, ÄrztInnen, relevanten Beratungsstellen, DolmetscherInnen, Polizeistellen, Feuerwehr und toxikologischem Institut.</p> <p>An internen Informationsveranstaltungen oder Schulungen und bei der Einführung neuer MitarbeiterInnen kann die Liste des regionalen Notfallnetzes periodisch kommuniziert und besprochen werden.</p>	<p>Aktualität</p> <p>Aktualisierungsrhythmus</p> <p>Vollständigkeit</p> <p>Bekanntheitsgrad beim Personal</p>	<p>100 %</p> <p>Mindestens 1x pro Jahr</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>



**B/11 Qualitätsanforderungen: Sicherheit der KlientInnen und PatientInnen**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
3	Während der Betriebszeiten ist für Krisensituationen geschultes Personal erreichbar.	Auf einer Liste oder auf einem Merkblatt, das jederzeit einsehbar und zugänglich ist, sind die zuständigen Mitarbeitenden mittels Telefonnummer aufgeführt sowie die Regelung für die Erreichbarkeit von weiteren Fachpersonen in Krisensituationen. Das Notfalltelefon wird durch die zuständigen Personen bedient. Ebenfalls die Personalplanung, der Piquetdienst sowie der Arbeitsplan ist zugänglich und aktuell.	Aktualität und Vollständigkeit	100 %
		Das Notfalltelefon wird durch die zuständigen Personen bedient. Ebenfalls die Personalplanung, der Piquetdienst sowie der Arbeitsplan ist zugänglich und aktuell.	Bekanntheitsgrad beim Personal	100 %
		Das Verhalten in akuten Notfallsituationen wird regelmässig in der Einrichtung geschult.	Erreichbarkeit	100 %
4	Krisensituationen und die ergriffenen Massnahmen werden evaluiert und schriftlich dokumentiert.	Bestandteil einer Evaluation nach einem Ereignis ist ein Debriefing, in dem die nachfolgenden Fragen gemeinsam durchgegangen werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hat funktioniert? Was hat nicht funktioniert?</li> <li>• Warum hat es nicht funktioniert?</li> <li>• Was würde man im Nachhinein anders machen? Wie genau würde man es machen?</li> <li>• Wo besteht Handlungsbedarf?</li> </ul>	Verfahrensanweisungen	Vorhanden, eingehalten und den zuständigen Personen bekannt
		Aus dem Debriefing können dann Massnahmen abgeleitet werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition der Massnahmen</li> <li>• Verantwortliche Person/en dafür bestimmen und Termine sowie Vorgehen festlegen</li> <li>• Controlling der neuen Massnahmen</li> </ul>	Dokumentierte Evaluationen von Krisenereignissen	Vorhanden





**B/12 Supportprozess**  
**« Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben »**

Grundsätzlich sollte in jeder Einrichtung gelten: Gesetzliche Vorschriften sowie weitere verbindliche, externe Vorgaben und Vereinbarungen sind bekannt und werden eingehalten.

Gesetzliche Vorschriften, verbindliche Vorgaben und Vereinbarungen sind **qualitätsrelevant**, weil ein Verstoß

- die Qualität stark beeinträchtigen kann;
- zivil- sowie strafrechtliche Folgen haben kann und somit die Überlebenseicherung der Einrichtung gefährden kann.

**Prozessziele oder Nutzenaspekte** von gesetzlichen Vorschriften, verbindlichen Vorgaben und Vereinbarungen sind:

1. Gewissheit, dass alle Gesetze sowie die verbindlichen Vorgaben und Vereinbarungen eingehalten sind.
2. Die Wiederauffindbarkeit und die Nachvollziehbarkeit der relevanten Dokumente sind sichergestellt.



B/12 Qualitätsanforderungen: Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit definiert ein Vorgehen, um die Entwicklung gesetzlicher Vorschriften zu verfolgen und Kenntnis neuer Regelungen zu erlangen.	<p>Die Einrichtung hält konzeptionell fest, wie die Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften sowie der verbindlichen Vorgaben und Vereinbarungen sichergestellt wird. Dies kann beispielsweise durch regelmässige Weiterbildungen oder auch den Besuch von kantonalen und nationalen Tagungen erfolgen.</p> <p>Weiter erhalten verantwortliche Mitarbeitende eine Zusammenstellung derjenigen gesetzlichen Bestimmungen, die für ihre jeweilige Zuständigkeit bzw. ihren jeweiligen Tätigkeitsbereich relevant sind.</p> <p>Zu den wichtigen und relevanten gesetzlichen Vorschriften im Suchthilfebereich können insbesondere zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Betäubungsmittelgesetz (BetmG)</a></li> <li>• <a href="#">Zivilgesetzbuch (ZGB)</a></li> <li>• <a href="#">Obligationenrecht (OR)</a></li> <li>• <a href="#">Strafgesetzbuch (StGB)</a> inkl. der Rassismus-Strafnorm (Art. 261bis StGB)</li> <li>• <a href="#">Schuldbetreibungs- und Konkursgesetz (SchKG)</a></li> <li>• <a href="#">Arbeitsgesetz (ArG)</a></li> <li>• <a href="#">Gleichstellungsgesetz (GlG)</a></li> <li>• <a href="#">Ausländer- und Integrationsgesetz (AIG)</a></li> <li>• <a href="#">Verordnung über die Integration von Ausländerinnen und Ausländern (VIntA)</a></li> <li>• <a href="#">Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG)</a></li> <li>• <a href="#">Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG)</a></li> <li>• <a href="#">Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)</a></li> <li>• <a href="#">Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG)</a></li> <li>• <a href="#">Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)</a></li> <li>• <a href="#">Richtlinien der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS-Richtlinien)</a></li> <li>• <a href="#">Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (LMG)</a> und <a href="#">Lebensmittel- und Gebrauchsgegenständeverordnung (LMV)</a></li> <li>• <a href="#">Verordnung des EDI über die Hygiene beim Umgang mit Lebensmitteln (Hygieneverordnung EDI, HyV)</a></li> <li>• <a href="#">Strassenverkehrsgesetz (SVG)</a></li> <li>• <a href="#">Verordnung über den Verkehr mit Abfällen (VeVA)</a></li> <li>• Kantonale Sozialhilfegesetzgebung</li> <li>• ...</li> </ul>	<p>Liste</p> <p>Aktualisierungsrhythmus</p>	<p>100 % vollständig und aktuell</p> <p>1x pro Jahr</p>



B/12 Qualitätsanforderungen: Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben				
N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
1		<p>Zu verbindlichen Vorgaben und Vereinbarungen können zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Handbuch Diacetylmorphingestützte Behandlung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)</a></li> <li>• <a href="#">Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS) zur substituitions-gestützten Behandlung bei Opioidabhängigkeit</a></li> <li>• Betriebsbewilligung der Gemeinde/der Kantone</li> <li>• <a href="#">SKOS - Richtlinien</a></li> <li>• Bewilligung Kantonsarzt/Kantonsärztin</li> <li>• Leistungsverträge</li> <li>• Zusammenarbeitsvereinbarungen</li> </ul>		
2	Die Organisationseinheit erfüllt die aktuell gültigen gesetzlichen Vorschriften, Vereinbarungen und weiteren verbindlichen Vorgaben.	Diese Anforderung betrifft das IST. Einmal pro Jahr sollte die Geschäftsleitung im Rahmen des Qualitätsmanagements ( <a href="#">vergleiche dazu Managementprozess Qualitätsmanagement B / 5</a> ) in einer Selbstevaluation gemeinsam mit dem Team selbstkritisch überprüfen, ob die gesetzlichen Vorschriften und verbindlichen Vorgaben und Vereinbarungen im Verlaufe des vergangenen Jahres eingehalten wurden. Das Ergebnis dieser Selbstevaluation kann auch Gegenstand im Management Review sein.	Überprüfungsprotokoll	Keine Beanstandung
3	Die Organisationseinheit regelt die Zugriffsberechtigungen auf (besonders) schützenswerte Daten und Dokumente.	<p>Die Einrichtung verfügt über ein Klienten-Management-System, das die Lenkung und Identifikation der relevanten Dokumente sowie deren Zugriffsberechtigung sicherstellt. Die Dokumente sind dadurch erkennbar, gekennzeichnet und wieder auffindbar.</p> <p><a href="#">Der Leitfaden zur Bearbeitung von Personendaten im medizinischen Bereich</a> des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten gibt weiter Aufschluss zur Vertraulichkeit von klienten- bzw. patientenspezifischen Daten.</p>	<p>Klienten-Management-System</p> <p>Verfahrens-anweisungen</p> <p>Wiederauffindbarkeit</p> <p>Anzahl unberechtigter Zugriffe</p>	<p>Vorhanden</p> <p>Vorhanden und eingeschalten</p> <p>100 %</p> <p>Null</p>



**B/12 Qualitätsanforderungen: Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben**

N°	Qualitätsanforderungen	Erläuterungen	Indikatoren	Standards
4	KlientInnen- bzw. PatientInnendossiers und Geschäftsunterlagen (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben mindestens zehn Jahre aufzubewahren	Die Einrichtung stellt sicher, dass ein Archivierungsort vorhanden ist und dass die Verantwortlichkeit für den gesamten Archivierungsprozess festgelegt ist.	Richtlinien	Vorhanden
5	Die Organisationseinheit regelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht.	Bei der Auflösung der Einrichtung informiert die Trägerschaft die zuständige Behörde (Kanton oder Gemeinde) wo die Akten bis zum Ablauf der gesetzlichen Zehnjahresfrist aufbewahrt werden.	Regelung	Vorhanden



# Impressum

## **Herausgeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

## **Publikationszeitpunkt**

Oktober 2021

## **Autoren**

Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit Infodrog, Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht und Fachpersonen aus dem Suchthilfebereich.

## **Layout Referenzsystem QuaTheDA 2020**

Heyday, Konzeption und Gestaltung GmbH, Bern

## **Anpassung des Layouts für den Leitfaden QuaTheDA 2021**

Graphus Sàrl, Lausanne

## **Weitere Informationen**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Postfach, CH-3003 Bern

Sucht-addiction@bag.admin.ch  
office@infodrog.ch

[www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)  
[www.bag.admin.ch/sucht](http://www.bag.admin.ch/sucht)