

# Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem

Die Qualitätsnorm für die Suchthilfe, Prävention  
und Gesundheitsförderung

Revision Juli 2012



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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





# Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem






**Die Qualitätsnorm für die Suchthilfe, Prävention  
und Gesundheitsförderung  
Revision Juli 2012**



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Das modulare Referenzsystem QuaTheDA	6
Änderungen im Rahmen der Revision	8
Revisionsprozess	10
QuaTheDA-Zertifizierung	12

## Qualitätsanforderungen des Referenzsystems QuaTheDA

<b>B</b>	<b>B</b> Basismodul	<b>15</b>
	<b>I</b> Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation	<b>33</b>
	<b>II</b> Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie	<b>51</b>
	<b>III</b> Substitutionsgestützte Behandlung	<b>65</b>
	<b>IV</b> Begleitetes Arbeiten	<b>81</b>
	<b>V</b> Betreutes und begleitetes Wohnen	<b>95</b>
	<b>VI</b> Notschlafstellen	<b>111</b>
	<b>VII</b> Kontakt- und Anlaufstellen	<b>119</b>
	<b>VIII</b> Aufsuchende Suchtarbeit	<b>133</b>
	<b>IX</b> Entzug	<b>143</b>
	<b>X</b> Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention	<b>161</b>

# Vorwort

Im Dezember 2000 veröffentlichte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das erste Referenzsystem QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol) für den stationären Suchthilfebereich. 2006 folgte das sogenannte modulare Referenzsystem QuaTheDA, dessen Module sich auf sieben weitere Tätigkeitsfelder des Suchthilfebereichs beziehen.

Die jüngste Revision erfolgte in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS), die eine regelmässige Überprüfung der bei ihr registrierten Normen vorsieht. Ich freue mich, Ihnen hiermit die Version vom Juli 2012 zu unterbreiten. Das bisherige Referenzsystem wurde nicht nur verbessert und inhaltlich überarbeitet, sondern um die zwei neuen Module „Entzug“ und „Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention“ ergänzt. Damit deckt die Version 2012 des Referenzsystems QuaTheDA mit seinen zehn Modulen die wichtigsten Tätigkeitsfelder des Suchthilfebereichs ab.

Mit der Entwicklung einer normativen Grundlage für den Suchthilfebereich verfolgte das BAG das Ziel, einen breit angelegten Prozess zur kontinuierlichen Verbesserung der Dienstleistungen der Suchthilfe zu initiieren und damit zu deren Professionalisierung beizutragen. In diesem Zusammenhang ist entscheidend, dass QuaTheDA, im Unterschied zu allgemein gültigen Normen, speziell für Einrichtungen des Suchthilfebereichs konzipiert wurde. Bis jetzt sind 94 Institutionen mit insgesamt 175 Dienstleistungsangeboten nach den acht bestehenden Modulen QuaTheDA zertifiziert.

Wie schon bei der Entwicklung der Referenzsysteme 2000 und 2006, erfolgte die Revision 2012 in enger Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus dem Feld. Zudem wurden dieses Mal auch die Auditorinnen und Auditoren der Zertifizierungsstellen einbezogen. Mit diesem partizipativen Vorgehen wollten wir sicherstellen, dass auch diese aktualisierte und erweiterte Version von QuaTheDA dem Alltag in den Suchthilfeangeboten und der insgesamt sehr hohen Qualität der Schweizer Suchthilfe gerecht wird.

Mein aufrichtiger Dank gilt all denen, die an diesem Prozess mitgewirkt haben, insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Infodrog, ohne die eine solche Aufgabe nicht zu bewältigen gewesen wäre.

Im Sinne eines Ausblicks nehme ich zum Schluss gerne die Gelegenheit wahr, die Einrichtungen, die noch über kein Qualitätsmanagementsystem verfügen, dazu zu ermutigen, mit QuaTheDA den Schritt in die Qualitätsentwicklung zu wagen und den Finanzierungsbehörden zu empfehlen, sie dabei zu unterstützen. Das von QuaTheDA vorgeschlagene strukturierte Vorgehen ebnet den Suchthilfeeinrichtungen den Weg zur kontinuierlichen Verbesserung, dem Kerngedanken der Qualitätsphilosophie.



Andrea Arz de Falco  
Vizedirektorin BAG

# Das modulare Referenzsystem QuaTheDA

Dies ist die dritte Ausgabe des Referenzsystems QuaTheDA. Während die erste Ausgabe aus dem Jahr 2000 ausschliesslich dem stationären Suchthilfereich gewidmet war, deckte die Ausgabe von 2006 bereits sieben weitere Tätigkeitsfelder ab. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Inhaber dieses Qualitätslabels nutzte die nach den Vorgaben der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) notwendig gewordene Revision des Referenzsystems, um zwei neue Module zu entwickeln: «Entzug» sowie «Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention». Die Version 2012 des Referenzsystems QuaTheDA besteht somit nebst dem Basismodul aus folgenden zehn Dienstleistungsmodulen:



**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**

Das Modul X bezieht sich auf Dienstleistungen, die inhaltlich weit über die eigentliche Suchtproblematik hinausgehen. Die Gesundheitsförderung verfolgt einen umfassenderen Ansatz als Suchtprävention, und Früherkennung und Frühintervention befasst sich mit einem breiteren Problemspektrum. Somit richtet sich dieses Modul auch an Institutionen, die nicht ausschliesslich im Bereich der Suchtprävention tätig sind.

Das Basismodul hat für alle Einrichtungen Gültigkeit und definiert die Qualitätsanforderungen im Bereich der Management- und Supportprozesse.

Mit der Entwicklung der normativen Grundlage QuaTheDA verfolgt das BAG das strategische Ziel, einen Beitrag zur Professionalisierung der Arbeit im Suchthilfebereich zu leisten. Es ist davon überzeugt, dass Qualitätsentwicklung – verbunden mit der Aussicht auf eine Zertifizierung – ein wirksames Mittel darstellt, um die Professionalität und die Qualität der Dienstleistungen im Suchthilfebereich zu beeinflussen. Diese Überzeugung stützt sich auf zwei Elemente. Die Definition von thematisch streng gegliederten Qualitätsanforderungen erfordert einerseits eine Reflexion darüber, welche Dienstleistungen in der Suchthilfe angeboten werden sowie welche strukturellen Voraussetzungen und welcher Anspruch an Qualität und Professionalität für deren Erbringung notwendig sind. Eine Qualitätsnorm wie das modulare QuaTheDA-Referenzsystem zu definieren, beinhaltet letztlich, einen allgemeingültigen Qualitätsstandard hinsichtlich der Fachlichkeit und Professionalität der Suchthilfe zu einem bestimmten Zeitpunkt festzulegen. Andererseits bedeutet die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems auf der Basis des QuaTheDA-Referenzsystems, einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung anzustreben.

Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem weist eine spezifische Eigenschaft auf: Im Unterschied zu einer generellen Qualitätsnorm wie ISO 9001, definiert QuaTheDA konkrete fachspezifische Anforderungen. Ohne jemals vorzuschreiben, wie etwas getan werden soll – dies bleibt der einzelnen Institution überlassen – wird vorgegeben, in Bezug auf welche Aspekte die Institution zu erklären hat, was sie tut und wie sie es tut. Damit stellt das System eine fachliche Norm dar, die sich auch nutzen lässt, ohne eine Zertifizierung anzustreben.

# Änderungen im Rahmen der Revision

Das BAG verfolgt mit dieser Revision folgende Ziele:

- Bessere Lesbarkeit und Vereinfachung der Qualitätsnorm
- Stärkung der Kohärenz zwischen den Modulen
- Flexibilisierung der Anforderungen
- Erhöhung des Qualitätsstandards, wo dies angezeigt erschien
- Streichung von ungenauen Anforderungen
- Präzisere Formulierung der Anforderungen, wo dies notwendig war
- Hinzufügen von Anforderungen zu Themen, die bis anhin zu wenig vertieft waren oder bei denen es Anpassungen auf fachlicher Ebene gegeben hat .

Die Revision der bestehenden Module betrifft verschiedene Ebenen und ist somit mehr als eine kosmetische Revision.

Beispiele: In inhaltlicher Hinsicht galt ein besonderes Augenmerk der Sicherheit. Im Basismodul (B) wird neu zwischen Betriebssicherheit und Klienten- bzw. Patientensicherheit unterschieden. Des Weiteren wird die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Bereich stärker gewichtet, um die grundsätzlich interdisziplinäre Versorgung im Suchthilfebereich zu gewährleisten. Ferner wird das Konzept der Diversität eingeführt, damit bei der Dienstleistungserbringung nebst den Aspekten von Gender und Migration weitere Aspekte (wie z.B. Alter, Komorbidität, usw.) berücksichtigt werden. Diese drei Beispiele vermitteln einen Eindruck der Entwicklungen im Fachbereich.

Grosse Anstrengungen wurden unternommen, um die Module untereinander zu harmonisieren und deren Kohärenz zu erhöhen. So wurde beispielsweise das Thema Krisenintervention als solches weggelassen und die damit verbundenen Anforderungen dem Basismodul (B) und dem Themenfeld Betreuung in den einzelnen Dienstleistungsmodulen zugewiesen. Die Anforderungen zur Konzeptentwicklung (Basismodul) sind ein Beispiel für die angestrebte Flexibilisierung: Es wird nicht länger verlangt, dass ein Betriebskonzept und ein Dienstleistungskonzept erstellt werden, sondern es werden lediglich die Themen definiert, die Gegenstand eines Konzepts sein müssen. Diese Liste umfasst dafür sämtliche Themen, die zuvor in verschiedenen Themenfeldern zu finden waren (Kohärenz).

Als Beispiel einer Vereinfachung sei hier das Themenfeld 5 des Basismoduls «Qualitätsmanagement» (bisher 6) genannt, das fortan auch Anforderungen zu «Steuerung und Evaluation» (bisher 7) sowie «Administration» (bisher 13) enthält. Das erste Themenfeld der Dienstleistungsmodule «Informationsvermittlung» entfällt. Die darin aufgeführten Anforderungen finden sich neu in den Themenfeldern «Abklärung und Aufnahme» sowie Betreuung. Schliesslich bot die Revision auch Gelegenheit, den deutschen und französischen Text stilistisch zu verbessern und einige terminologische Anpassungen vorzunehmen, wie z.B. neu «Substitutionsgestützte Behandlung» (anstatt Substitution). Der im ganzen Referenzsystem verwendete Begriff «Einrichtung» wurde durch den Begriff «Organisationseinheit» ersetzt, um denjenigen Strukturen Rechnung zu tragen, die – wie z.B. Facheinheiten eines Krankenhauses – Teil eines grösseren Ganzen sind.

Der QuaTheDA-Leitfaden, der Erläuterungen und Beispiele zu Indikatoren und Standards zu den Qualitätsanforderungen enthielt, wird nicht neu aufgelegt. Hingegen ist auf der Website [www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch) eine Version des QuaTheDA-Referenzsystems mit Kommentaren verfügbar, die Erläuterungen zu den Qualitätsanforderungen sowie konkrete Hinweise und Hilfestellungen zu deren Erfüllung enthalten. Des Weiteren sind zwei Dokumente zugänglich, die Aufschluss über die erfolgten Änderungen im Referenzsystem geben. Schliesslich bietet Infodrog (vgl. [www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)) die Schulung „Einführung in das revidierte modulare Referenzsystem“ an, welche den Institutionen eine Unterstützung bei den nötigen Anpassungsarbeiten bietet.

# Revisionsprozess

Das BAG legt grossen Wert darauf, dass der Inhalt dieser Qualitätsnorm die Erwartungen der verschiedenen beteiligten Partner an die Suchthilfe abbildet. Entsprechend wurden die Kantone als Finanzierungsträger, die Einrichtungen als Leistungserbringer und die Zertifizierungsstellen in den Revisionsprozess einbezogen. Dieser gliederte sich in folgende Etappen:

1. Im Herbst 2010 wurden die Zertifizierungsunternehmen und die Kantone eingeladen, ihre Bemerkungen, Kritiken und Änderungsvorschläge zum QuaTheDA-Referenzsystem schriftlich einzureichen.
2. Die zertifizierten Einrichtungen hatten anlässlich des QuaTheDA-Symposiums im Januar 2011 Gelegenheit, ihre Bemerkungen, Kritiken und Änderungsvorschläge zu äussern.
3. Auf dieser Grundlage verfasste die Firma GCN Winterthur einen ersten Entwurf. Er wurde in acht Arbeitsgruppen – entsprechend den acht Dienstleistungsmodulen – diskutiert.
4. Gestützt auf die Ergebnisse der Vernehmlassung zu diesem Entwurf wurde eine zweite Version erstellt, die sämtliche inhaltlichen Updates und eine Neuordnung der Themenfelder innerhalb der Module beinhaltet.
5. Nach Abschluss dieser zentralen Phase wurden im Herbst 2011 die beiden neuen Module IX und X erarbeitet und mit Fachpersonen aus dem Feld diskutiert.

6. Nun konnte die Arbeit im Hinblick auf eine definitive kohärente Abstimmung der zehn Module und des Basismoduls (B) in Angriff genommen werden. Diese überwiegend im konzeptuellen und Detailbereich angesiedelte Arbeit wurde von Regula Hälg (Infodrog) und René Stamm (BAG) besorgt.
7. Diese definitive Version wurde von Dominique Jenni, Übersetzer in Lausanne, ins Französische übersetzt.
8. Das revidierte Referenzsystem wurde im Juni 2012 von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle genehmigt.

Unser herzlicher Dank gilt allen, die an diesem Revisionsprozess mitgewirkt haben. Ohne ihr Engagement wäre diese langwierige Arbeit nicht zu bewältigen gewesen.

# QuaTheDA-Zertifizierung

Das modulare Referenzsystem QuaTheDA ist eine bei der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) registrierte Qualitätsnorm. Es dient in erster Linie als Grundlage für eine Zertifizierung. Derzeit sind 94 Institutionen nach QuaTheDA zertifiziert, welche insgesamt ca. 175 Dienstleistungsangebote im Rahmen der acht bereits bestehenden Module repräsentieren. Die zertifizierten Institutionen sind auf der Website [www.QUATHEDA.CH](http://www.QUATHEDA.CH) nach Kantonen aufgeführt.

Einrichtungen, welche sich nach dieser Norm zertifizieren lassen möchten, müssen die Qualitätsanforderungen des Basismoduls und mindestens eines der zehn Dienstleistungsmodule erfüllen. Grössere Institutionen, die mehrere Tätigkeitsbereiche abdecken, können entsprechend mehrere Dienstleistungsmodule gleichzeitig oder ein Modul nach dem anderen zertifizieren lassen.

Einer Institution ist es nur dann gestattet, das Label QuaTheDA zu führen, wenn sie nach dem Basismodul und einem oder mehreren Dienstleistungsmodulen zertifiziert ist.

Eine Zertifizierungsstelle hat beim Ausstellen einer Zertifizierung zwingend anzugeben, auf welches Dienstleistungsmodul sowie auf welche Betriebe respektive Organisationseinheiten sich die Zertifizierung bezieht.

Einrichtungen, die keine Zertifizierung anstreben, können die Anforderungen des Referenzsystems als Checkliste für eine Standortbestimmung verwenden. Das Referenzsystem wird in diesem Fall lediglich als Referenzdokument genutzt, welches zwei zentrale Vorteile aufweist: Es ermöglicht einen Blick von aussen und es ist bei den Kantonen sowie in der Fachwelt weithin anerkannt. Eine solche Standortbestimmung kann der erste Schritt auf dem Weg zu einer Zertifizierung sein. Diese Option birgt einen beträchtlichen Vorteil: Man setzt sich das Ziel, innerhalb eines bestimmten Zeitraums das Zertifizierungsaudit zu bestehen. Einige Institutionen haben viel Zeit für QuaTheDA aufgewendet, ohne den Prozess zu vollenden, was ein unbefriedigendes Gefühl hinterlässt.

Den Auditorinnen und Auditoren der Zertifizierungsstellen, welche Institutionen bei (Re-)Zertifizierungsprozessen begleiten, kommt die Aufgabe zu, die Einrichtungen mit Hilfe des neutralen Blicks von aussen im Rahmen der externen Audits bei Prozessen der kontinuierlichen Verbesserung zu unterstützen.

Eine QuaTheDA-Zertifizierung stellt für die öffentliche Hand als (Mit-)Finanzierer von Suchthilfeeinrichtungen eine Garantie für das Erbringen von qualitativ hochstehenden Dienstleistungen in den Bereichen der Suchthilfe und der Gesundheitsförderung dar. Das BAG empfiehlt den Kantonen, Städten und anderen Finanzierungsbehörden die Einrichtungen dabei zu unterstützen.

Um zur Durchführung von Zertifizierungen nach der Norm QuaTheDA zugelassen zu werden, müssen sich die Zertifizierungsstellen bei der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) akkreditieren lassen. Hierfür haben die Zertifizierungsstellen eine Reihe von Vorgaben des BAG zu erfüllen. Diese sind auf der Website [www.quathedada.ch](http://www.quathedada.ch) publiziert, ebenso wie die Liste der akkreditierten Zertifizierungsstellen. Auf diese Weise besteht Gewähr dafür, dass die Zertifizierungsverfahren, die von qualifizierten Auditorinnen und Auditoren durchgeführt werden, einen Beitrag zum Prozess der kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit im Suchthilfebereich leisten.

Bern, Juli 2012



**QuaTheDA-Referenzsystem**

B Basismodul

B

Die Qualitätsanforderungen des **Basismoduls** sind in elf Themenfelder strukturiert.

### **Managementprozesse:**

1. Leitbild, Strategie, Projekte und Jahresplanung
2. Konzeptentwicklungen
3. Führung und Organisation
4. Externe Kommunikation und Kooperation
5. Qualitätsmanagement

### **Supportprozesse:**

6. Personal
7. Finanzierung und Rechnungslegung
8. Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material
9. Betriebssicherheit, Hygiene, Sauberkeit und Entsorgung
10. Sicherheit der Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten
11. Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Basismodul.

Nr.	B / 1 Leitbild, Strategie, Projekte und Jahresplanung	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit hat in der Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans ein eigenes Leitbild mit Aussagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zu den übergeordneten Zielen der Organisationseinheit;</li> <li>■ zum Angebot;</li> <li>■ zu den Werten und Haltungen gegenüber den Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten, den Mitarbeitenden und der Gesellschaft.</li> </ul>		
2	<p>Die Organisationseinheit hat in der Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans eine Strategie, die dem Leitbild entspricht, mit Aussagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zu den strategisch relevanten Umfeldentwicklungen;</li> <li>■ zu den strategischen Zielen, die erreicht werden sollen;</li> <li>■ zum Angebot;</li> <li>■ zu den Zielgruppen;</li> <li>■ zu den Vernetzungspartnern/-partnerinnen.</li> </ul>		

Nr.	B / 1 Leitbild, Strategie, Projekte und Jahresplanung	Indikatoren	Standards
3	<p>Für die Durchführung von Projekten definiert die Organisationseinheit ein Projektmanagement, welches Aussagen macht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zu den Zielen und Zielgruppen;</li> <li>■ zur Projektdauer;</li> <li>■ zur Vorgehensweise;</li> <li>■ zu den notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen;</li> <li>■ zu Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der involvierten Personen;</li> <li>■ zur Evaluation.</li> </ul>		
4	Die Organisationseinheit erstellt eine Jahresplanung, aus welcher insbesondere die Qualitätsziele ersichtlich sind.		



Nr.	B / 2 Konzeptentwicklungen	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit verfügt über aus dem Leitbild und aus der Strategie abgeleitete konzeptionelle Aussagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zu den Zielgruppen und deren Bedarf;</li> <li>■ zu den Angeboten sowie zu den Zielen der Angebote;</li> <li>■ dazu, welche Methoden und Verfahren angewendet werden;</li> <li>■ zu den interdisziplinären Grundsätzen;</li> <li>■ zum Vorgehen bei Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten mit fürsorglicher Unterbringung bzw. mit administrativen oder strafrechtlichen Massnahmen;</li> <li>■ zu den Kriterien für Aufnahme, Übertritt, Austritt und Wiederaufnahme;</li> <li>■ zum Beschwerde- und Rekursverfahren und zu einer in die Betriebsführung nicht involvierten Beschwerdeinstanz;</li> <li>■ zu den Grundsätzen gesunder Ernährung und Bewegung und deren Umsetzung;</li> <li>■ zum Umgang mit Aspekten der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.);</li> <li>■ zur Organisation und zur Organisationsstruktur;</li> <li>■ zur Sicherstellung einer geeigneten Infrastruktur, die den externen und internen Hygiene- und Sicherheitsanforderungen entspricht;</li> <li>■ zu den Kapazitätsgrenzen bei der Auslastung von Infrastruktur und Organisationseinheiten.</li> </ul>		

Nr.	B / 2 Konzeptentwicklungen	Indikatoren	Standards
2	Organisationseinheiten mit mehreren Standorten und/oder Angeboten, die mehrere QuaTheDA-Module betreffen, verfügen über konzeptionelle Aussagen pro Standort und/oder pro QuaTheDA-Modul.		

Nr.	B / 3 Führung und Organisation	Indikatoren	Standards
1	<p>Zur Führung sind unter Berücksichtigung der Interdisziplinarität definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Führungsgremien und Führungsfunktionen;</li> <li>■ die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Führungsgremien und Führungsfunktionen;</li> <li>■ die Zugriffsberechtigungen auf sensible Daten und Dokumente, insbesondere zu Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten, Personal und Finanzen;</li> <li>■ die Über- und Unterstellungen;</li> <li>■ die Stellvertretungen;</li> <li>■ der Führungsrythmus;</li> <li>■ die Kommunikationsgefäße;</li> <li>■ die Führung der Organisationseinheit in ausserordentlichen Situationen.</li> </ul>		
2	Die Organisationsstruktur ist geregelt.	Organigramm	Vollständig
3	Die Mitglieder der Geschäftsleitung und des Personals sind nicht Mitglied des obersten Leitungsorgans.		

Nr.	B / 4 Externe Kommunikation und Kooperation	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit betreibt eine systematische Öffentlichkeitsarbeit.		
2	Die institutionelle Zusammenarbeit mit den relevanten Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist geregelt, wird nachweisbar umgesetzt und evaluiert.		
3	Die Organisationseinheit regelt, in welcher Form mit den wichtigsten Vernetzungspartnern/-partnerinnen ein regelmässiger Informationsaustausch stattfindet.		
4	Die Organisationseinheit definiert, mit welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen sie eine dokumentierte Vereinbarung zur Zusammenarbeit hat.		
5	Die Organisationseinheit regelt, in welcher Form mit Vernetzungspartnern/-partnerinnen und weiteren Anspruchsgruppen Sensibilisierungsaktivitäten zu den Besonderheiten der Sucht und der Suchtarbeit stattfinden.		
6	Der Einkauf von Drittleistungen und die Zusammenarbeit mit Drittleistungserbringenden sind geregelt.		
7	In Organisationseinheiten ohne interne ärztliche Versorgung wird diese inklusive Stellvertretung definiert (z.B. Referenzarzt/Referenzärztin). Dabei werden Ärztinnen und Ärzte bevorzugt, welche Fortbildungen im Suchtbereich aufweisen und/oder in suchtmmedizinische Netzwerke integriert sind.		



Nr.	B / 5 Qualitätsmanagement	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit stellt in Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans ein systematisches Qualitätsmanagement sicher, welches regelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Funktionen des Qualitätsmanagements;</li> <li>■ die qualitätsrelevanten Prozesse;</li> <li>■ die administrativen Abläufe;</li> <li>■ die Dokumentenlenkung;</li> <li>■ die Messung der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden;</li> <li>■ die Qualitätsmessungen zu Prozessen und Ergebnissen;</li> <li>■ die Behandlungs- und/oder Interventionsdaten, die regelmässig oder punktuell erhoben werden;</li> <li>■ die Qualitätsbeurteilung von Lieferanten/ Lieferantinnen und Drittleistungserbringenden;</li> <li>■ die internen und externen Audits;</li> <li>■ ein permanentes Verbesserungsmanagement mit Aussagen über die Nutzung der Resultate aus Messungen und weiterer erhobener Daten;</li> <li>■ das Management Review;</li> <li>■ die Qualitätsplanung unter Berücksichtigung von Qualitätszielen.</li> </ul>	<p>Regelmässige interne Audits</p>	<p>1x pro Jahr</p>

Nr.	B / 5 Qualitätsmanagement	Indikatoren	Standards
2	Aktualität und Vollständigkeit des Leitbildes, der Strategie und der konzeptionelle Aussagen werden regelmässig überprüft.	Häufigkeit	Leitbild 1x alle 5 Jahre Strategie und konzeptionelle Aussagen 1x alle 3 Jahre
3	Die Organisationseinheit definiert und dokumentiert Indikatoren und Standards zu den Anforderungen des QuaTheDA-Referenzsystems und wertet diese systematisch aus.	Häufigkeit	alle 3 Jahre
4	Die Organisationseinheit führt in Verantwortung der Trägerschaft respektive des übergeordneten Führungsorgans regelmässig ein Management Review zu folgenden Inhalten durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Übereinstimmung der Prozessbeschreibungen mit der Praxis;</li> <li>■ Ergebnisse der Audits;</li> <li>■ Ergebnisse der Qualitäts- und Zufriedenheitsmessungen;</li> <li>■ Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen;</li> <li>■ Rückmeldungen von Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten sowie von Mitarbeitenden und Vernetzungspartnern/-partnerinnen;</li> <li>■ Status der Qualitätsplanung;</li> <li>■ Massnahmen aus vorangegangenen Management Reviews;</li> <li>■ Massnahmenentscheid auf der Grundlage der Ergebnisse des Management Reviews.</li> </ul>	Häufigkeit	1x pro Jahr



Nr.	B / 6 Personal	Indikatoren	Standards
1	<p>Eine Personalpolitik, die dem Leitbild, der Strategie und den konzeptionellen Aussagen der Organisationseinheit entspricht, legt fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ziele und Massnahmen im Personalbereich;</li> <li>■ einzusetzende personelle Ressourcen;</li> <li>■ Anforderungsprofile der Stellen;</li> <li>■ Regeln zur Anstellung und Betreuung von Praktikantinnen und Praktikanten;</li> <li>■ die systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals;</li> <li>■ wie die professionelle Reflexion der fachlichen Arbeit sichergestellt und gefördert wird;</li> <li>■ die Befolgung berufsethischer Grundsätze;</li> <li>■ die Regeln zur Schweigepflicht;</li> <li>■ Massnahmen zum Schutz des Personals vor physischen, psychischen und sexuellen Übergriffen durch Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten sowie durch Mitarbeitende und Vorgesetzte;</li> <li>■ Massnahmen zum Schutz der Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten vor physischen, psychischen und sexuellen Übergriffen durch das Personal;</li> <li>■ Vorgehen und Verantwortlichkeiten bei erfolgten sexuellen Belästigungen und Übergriffen, Mobbing, rassistischen oder anderen Arten von Diskriminierungen sowie bei Verdacht darauf;</li> <li>■ die Verfahren zur Gewährleistung von Gleichstellung und Chancengleichheit;</li> <li>■ die Berücksichtigung der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.).</li> </ul>		

Nr.	B / 6 Qualitätsanforderungen zu Personal	Indikatoren	Standards
2	Personalrekrutierung, Einführung, Entwicklung und Austritte sind systematisiert und nachvollziehbar.		
3	Jede/r Mitarbeitende hat einen gültigen Arbeitsvertrag, der die gegenseitigen Rechte und Pflichten regelt.		
4	Für jede/n Mitarbeitende/n wird ein Personal-dossier geführt, welches insbesondere Auskunft gibt über vergangene und geplante Fort- und Weiterbildungs-massnahmen.		
5	Es finden regelmässig in einem vertraulichen Rahmen Personalentwicklungsgespräche statt.	Häufigkeit	1x pro Jahr
6	Bei der Anstellung von Personen mit einer Alkohol- oder Drogenproblematik regelt die Organisationseinheit die Anforderungen an: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ deren Qualifikation und Ausbildung;</li> <li>■ die zeitliche Distanz zum Abschluss der Suchttherapie;</li> <li>■ deren spezifische Unterstützung;</li> <li>■ die Anzahl ehemals Alkohol- und/oder Drogen-abhängiger in der Organisationseinheit.</li> </ul>		
7	Die Leitung der Organisationseinheit unterstützt Massnahmen zur Gesundheitsförderung beim Personal und stellt im Falle einer Gefährdung die Postexpositionsprophylaxe sicher.		

Nr.	B / 6 Qualitätsanforderungen zu Personal	Indikatoren	Standards
8	Mitarbeitende werden regelmässig zu den Themen Betriebs-, Arbeits- und Behandlungssicherheit, Hygiene, Sauberkeit und Entsorgung instruiert und geschult.		
9	Das Verhalten der Mitarbeitenden bei Gefahren- und Krisensituationen ist geregelt.		

Nr.	B / 7 Finanzierung und Rechnungslegung	Indikatoren	Standards
1	Die Trägerschaft, respektive das übergeordnete Führungsorgan, stellt eine systematische Beschaffung und Bewirtschaftung der Finanzierung sicher.		
2	Es besteht eine ordnungsgemäße Rechnungslegung, die den Anforderungen Auftraggebender und/oder übergeordneter Instanzen entspricht.		
3	Finanzierung und Rechnungslegung werden durch eine unabhängige Revisionsstelle überwacht und überprüft.		
4	Die Organisationseinheit verfügt über ein Risikomanagement, welches wirtschaftliche und finanzielle Risiken erkennt und entsprechende Massnahmen zur Risikobewältigung vorsieht.		

Nr.	<b>B / 8 Beschaffung und Unterhalt von Infrastruktur und Material</b>	<b>Indikatoren</b>	<b>Standards</b>
1	Das Verfahren zur Beschaffung einer geeigneten Infrastruktur sowie von Material ist geregelt.		
2	Der Unterhalt der Infrastruktur und des Materials erfolgt systematisch und ist geregelt.		

Nr.	B / 9 Betriebssicherheit, Hygiene, Sauberkeit und Entsorgung	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit verfügt über eine Risikoanalyse bezüglich der Betriebssicherheit, indem sie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ relevante Gefahren- und Krisensituationen (Feuer, Einbruch, Tötlichkeiten, Handel und Schmuggel etc.) sowie deren potenzielle Auswirkungen beschreibt;</li> <li>■ entsprechende Massnahmen zur Risikobewältigung vorsieht.</li> </ul>		
2	<p>Die Organisationseinheit stellt in ihrem Einfluss- und Wirkungsbereich sicher, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hygiene und Sauberkeit gewährleistet sind;</li> <li>■ die Abfallentsorgung geregelt ist und befolgt wird;</li> <li>■ die Betriebssicherheit den externen Vorgaben und internen Ansprüchen genügt.</li> </ul>		
3	<p>Die folgenden Punkte sind beim Umgang mit Substitutionsmedikamenten, Medikamenten und sterilem Material 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 Verpackung;</li> <li>■ die Entsorgung;</li> <li>■ das Verfahren sowie die Zuständigkeiten bei Bereitstellung, Verwendung und Abgabe.</li> </ul>		



Nr.	B / 10 Sicherheit der Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit verfügt über eine Risikoanalyse bezüglich der Sicherheit der Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten, 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>		
2	<p>Die Organisationseinheit regelt das Vorgehen beim Auftreten problematischer Entwicklungen.</p>		
3	<p>Es existiert eine aktuelle, vollständige, jederzeit zugängliche und allen Mitarbeitenden sowie Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten bekannte Liste des regionalen Notfallnetzes.</p>		
4	<p>Während der Öffnungszeiten ist für Krisensituationen geschultes Personal erreichbar.</p>		
5	<p>Relevante Gefahren- und Krisensituationen werden zwecks eines Monitorings schriftlich dokumentiert.</p>		

Nr.	B / 11 Gesetzliche Vorschriften, Vereinbarungen und weitere verbindliche Vorgaben	Indikatoren	Standards
1	Es besteht ein aktueller Überblick über die für die Tätigkeit der Organisationseinheit relevanten gesetzlichen Vorschriften, Vereinbarungen und weiteren verbindlichen Vorgaben.		
2	Verantwortliche Personen verfügen über eine Zusammenstellung derjenigen gesetzlichen Bestimmungen, die ihren Zuständigkeits- und Tätigkeitsbereich betreffen.		
3	Die Organisationseinheit regelt, wie die Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften, Vereinbarungen und weiteren verbindlichen Vorgaben sichergestellt ist.		

## QuaTheDA-Referenzsystem

### I Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation





## I Modul I «Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation»** sind in sieben Themenfelder strukturiert.

1. Abklärung und Aufnahme
2. Therapie und Rehabilitation
3. Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung
4. Kinder in der Organisationseinheit
5. Austritt
6. Externe Vernetzung
7. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul I.



Nr.	I / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt und macht Aussagen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erstkontakt;</li> <li>■ notwendigen Abklärungen;</li> <li>■ Entscheid über die Aufnahme.</li> </ul>		



Nr.	I / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
4	<p>In Abklärungsgesprächen beschafft sich die Organisationseinheit unter den folgenden Punkten die zum Aufnahmeentscheid erforderlichen Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ die für die Dokumentation erforderlichen Personalien;</li><li>■ Klärung der rechtlichen, formellen und persönlichen Voraussetzungen für die Aufnahme;</li><li>■ Gesundheitszustand;</li><li>■ suchtspezifische und psychosoziale Situationsanalyse;</li><li>■ Motivation und Ressourcen;</li><li>■ Unterstützungssystem und Beziehungsnetz des Klienten/der Klientin, insbesondere minderjährige Kinder;</li><li>■ bei Minderjährigen das Vorhandensein des Einverständnisses des Inhabers/der Inhaberin der elterlichen Sorge bzw. amtlich angeordneter Kinderschutzmassnahmen;</li><li>■ Vormundschaft und Beistandschaft;</li><li>■ fürsorgliche Unterbringung, strafrechtliche und administrative Massnahmen;</li><li>■ Klärung der finanziellen Bedingungen, d.h. der Pensions-, Therapie- und Rehabilitationskosten und allfälliger weiterer Kosten sowie der Anteile zulasten des Klienten/der Klientin.</li></ul>		
5	<p>Die Organisationseinheit holt bei Bedarf mit dem Einverständnis des Klienten/der Klientin die notwendigen Informationen bei vorbehandelnden Stellen ein.</p>		



Nr.	I / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
6	Während des Aufnahmeverfahrens erhalten die Klientinnen und Klienten Informationen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufnahmebedingungen und Eintrittsprozedere;</li> <li>■ Angeboten;</li> <li>■ Rechten und Pflichten;</li> <li>■ Hausordnung;</li> <li>■ Fahreignung;</li> <li>■ Schwangerschaft;</li> <li>■ Kostenfolgen;</li> <li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals.</li> </ul>		
7	Aufgrund der Abklärungen wissen die Klientinnen/Klienten sowie involvierte Fachpersonen, ob die Klientinnen/Klienten an der richtigen Stelle sind, ob eine Weitervermittlung eingeleitet werden muss und welche weiteren Schritte unternommen werden müssen.		
8	Müssen Klientinnen und Klienten weitergeleitet werden und/oder sind andere Schritte erforderlich, erhalten sie bei Bedarf Empfehlungen für das weitere Vorgehen.		
9	Die Klientinnen und Klienten haben mindestens eine fest zugeteilte Bezugsperson; bei der Zuteilung werden Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.) angemessen berücksichtigt.		



## Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation

### I / 2 Qualitätsanforderungen zu «Therapie und Rehabilitation»

Nr.	I / 2 Therapie und Rehabilitation	Indikatoren	Standards
1	Die Therapien und Begleitungen genügen anerkannten fachlichen Kriterien, basieren auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen und folgen Grundsätzen der Interdisziplinarität.		
2	Eine von der Organisationseinheit und dem Klienten/der Klientin unterschriebene Therapievereinbarung regelt die gegenseitigen Rechte und Pflichten, insbesondere <ul style="list-style-type: none"><li>■ wie die Autonomie des Klienten/der Klientin respektiert wird;</li><li>■ spezielle Bestimmungen zur fürsorglichen Unterbringung und zu administrativen oder strafrechtlichen Massnahmen;</li><li>■ dass eine Therapie- und Rehabilitationsplanung erstellt und regelmässig gemeinsam evaluiert wird;</li><li>■ den Umgang mit Suchtmitteln und mit nicht verordneten Medikamenten während des Aufenthalts;</li><li>■ Möglichkeiten und Grenzen der Religionsausübung;</li><li>■ das Beschwerde- und Rekursverfahren;</li><li>■ Ausschlussgründe.</li></ul>		



Nr.	I / 2 Therapie und Rehabilitation	Indikatoren	Standards
3	<p>Die Therapie- und Rehabilitationsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wird mit dem Klienten/der Klientin, unter Berücksichtigung seiner/ihrer kognitiven Fähigkeiten, transparent und nachvollziehbar vereinbart;</li> <li>■ ist ziel- und ressourcenorientiert;</li> <li>■ wird regelmässig mit dem Klienten/der Klientin überprüft und der individuellen Situation angepasst;</li> <li>■ ist dokumentiert.</li> </ul>		
4	<p>Die Therapieplanung beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Erhebung der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation sowie der Suchtentwicklung und der bisherigen Behandlungen;</li> <li>■ weitere notwendige somatische und/oder psychiatrische Abklärungen;</li> <li>■ Zielsetzungen;</li> <li>■ Massnahmen;</li> <li>■ Informationen zu Suchtverhalten; Wirkungen und Nebenwirkungen von diversen Substanzen; Gesundheitsrisiken; risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft; Fahreignung;</li> <li>■ Informationen zum Abschluss der Intervention;</li> <li>■ Evaluation der vereinbarten Ziele.</li> </ul>		



## Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation

### I / 2 Qualitätsanforderungen zu «Therapie und Rehabilitation»

Nr.	I / 2 Therapie und Rehabilitation	Indikatoren	Standards
5	<p>Die Organisationseinheit überprüft im Rahmen der Therapieplanung regelmässig,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ ob andere oder weitere Angebote (z.B. Gruppenangebote) für einen nächsten Schritt notwendig sind;</li><li>■ welcher Bedarf an Unterstützung hinsichtlich der Themen Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Hygiene besteht;</li><li>■ die nötigen Unterstützungsmassnahmen hinsichtlich einer beruflichen (Re-)Integration (interne und/oder externe Angebote der Arbeitsintegration);</li><li>■ ob ein Bedarf an Unterstützung hinsichtlich weiterer Sachhilfethemen besteht.</li></ul>		
6	<p>Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld wird angestrebt und erfolgt mit Einwilligung des Klienten/der Klientin.</p>		
7	<p>Für Personen im Beziehungsumfeld von Klientinnen und Klienten, insbesondere für minderjährige Kinder, bestehen Unterstützungsangebote oder es werden solche vermittelt.</p>		
8	<p>Die Tagesstruktur und Mitarbeit in der Organisationseinheit sind geregelt und dem Therapieprozess des Klienten/der Klientin förderlich. Die Rückkoppelung der Erfahrungen aus dem Lebensalltag in den Therapieprozess ist gewährleistet.</p>		



Nr.	I / 2 Therapie und Rehabilitation	Indikatoren	Standards
9	<p>Das Arbeitsangebot basiert auf einem Konzept, welches</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aussagen zu Zielsetzungen, Angeboten, Voraussetzungen, finanzieller Entschädigung, Versicherung und Vertragsformen macht;</li> <li>■ die berufliche Reintegration der Klientinnen und Klienten fördert;</li> <li>■ die Rückkoppelung der Arbeitserfahrungen in den Therapieprozess gewährleistet.</li> </ul>		
10	<p>Die Intimsphäre der Klientinnen und Klienten ist unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten gewährleistet, indem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Wohnungs- oder Zimmerzuteilung gemäss im Voraus definierter, zielgruppenspezifischer Kriterien erfolgt;</li> <li>■ für die Klientinnen und Klienten räumliche und zeitliche Möglichkeiten bestehen, sich in einen eigenen Bereich zurückzuziehen.</li> </ul>		
11	<p>Das Vorgehen und der Informationsfluss bei Ortswechsel, Timeout oder unerlaubter Absenz sind geregelt.</p>		
12	<p>Um Krisensituationen selbständig bewältigen zu können, verfügen die Klientinnen und Klienten über die notwendigen Ansprechpersonen und es werden ihnen Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten zur Verfügung gestellt.</p>		



## Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation

### I / 2 Qualitätsanforderungen zu «Therapie und Rehabilitation»

Nr.	I / 2 Therapie und Rehabilitation	Indikatoren	Standards
13	Der Informationsfluss zwischen den Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist in Krisensituationen gewährleistet.		
14	Bei der Konzeption von Gruppenangeboten werden Zielsetzungen, Inhalte, Methoden und Zuständigkeiten festgelegt.		



Nr.	I / 3 Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung	Indikatoren	Standards
1	Die medizinische Versorgung ist während der Aufenthaltsdauer intern oder extern sichergestellt.		
2	Die erforderlichen Bewilligungen für die Verabreichung von Substitutionsmedikamenten an Klientinnen und Klienten liegen vor.		
3	Die Beschaffung, Aufbewahrung und Kontrolle der Medikamente sowie der Substitutionsmedikamente, welche im Rahmen einer Substitutionsbehandlung abgegeben werden, sind den Sicherheitsanforderungen entsprechend geregelt.		
4	Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten bei der Verabreichung der Substitutionsmedikamente und Medikamente sind geregelt.		
5	Die Anforderungen an Hygiene und Sicherheit bei der Verabreichung von Substitutionsmedikamenten und Medikamenten sind geregelt und deren Erfüllung gewährleistet.		
6	Vor jeder Verabreichung der Substitutionsmedikamente wird eine Überprüfung der individuellen Verträglichkeit gemäss einheitlichem Verfahren durchgeführt.		
7	Das Verfahren, wie die Klientinnen und Klienten die richtige Medikation in der richtigen Dosis zum richtigen Zeitpunkt erhalten, ist definiert.		



## Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation

### I / 3 Qualitätsanforderungen zu «Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung»

Nr.	I / 3 Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung	Indikatoren	Standards
8	Es wird lückenlos dokumentiert, wem wann welche Substitutionsmedikamente und Medikamente verabreicht werden.		
9	Für Klientinnen und Klienten, die sich in stationärer Suchttherapie und -rehabilitation befinden und für die eine Substitutionsbehandlung in Erwägung gezogen wird, gelten folgende Anforderungen: <ul style="list-style-type: none"><li>■ Nachweis einer Opioidabhängigkeit;</li><li>■ Überprüfung der rechtlichen Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung;</li><li>■ Eignung einer Substitutionsbehandlung;</li><li>■ Klärung der Ressourcen und der Motivation;</li><li>■ Information über Nebenwirkungen der verabreichten Substitutionsmedikamente;</li><li>■ Indikationsstellung, die internationalen Standards entspricht;</li><li>■ eine von der Organisationseinheit und dem Klienten/der Klientin unterschriebene Therapievereinbarung, welche die Rechte und Pflichten festlegt.</li></ul>		



Nr.	I / 3 Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung	Indikatoren	Standards
1	Nimmt die Organisationseinheit Kinder von Klientinnen und Klienten auf, verfügt sie über entsprechende konzeptionelle Aussagen zu den therapeutischen Unterstützungsmassnahmen und sorgt für eine kindergerechte Infrastruktur.		
2	Die Aufnahme von Kindern wird im Voraus unter Einbezug der Eltern oder Erziehungsberechtigten sowie der beteiligten Behörden geprüft.		
3	Die Organisationseinheit prüft die Beantragung von Kinderschutzmassnahmen.		
4	<p>Das Kindeswohl steht über dem Bedürfnis der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ bei Therapieabbruch der Eltern/eines Elternteils sind Massnahmen zur Sicherung des Kindeswohls vorher festgelegt und vereinbart;</li> <li>■ die Bezugspersonen der Eltern und der Kinder sind nicht identisch;</li> <li>■ Massnahmen zur Früherkennung von belastenden Situationen für die Kinder und von Überforderungssituationen der Eltern sind sichergestellt.</li> </ul>		



## Stationäre Suchttherapie und -rehabilitation

### I / 5 Qualitätsanforderungen zu «Austritt»

Nr.	I / 5 Austritt	Indikatoren	Standards
1	Der reguläre und der irreguläre Austritt sind so strukturiert und geregelt, dass Anschlusslösungen möglich sind und/oder die Voraussetzungen für einen Wiedereintritt geklärt sind.		
2	Bei regulären Austritten werden die getroffenen therapeutischen Rehabilitationsmassnahmen und die erreichten Ziele mit dem Klienten/der Klientin evaluiert.		
3	Wenn eine Nachbetreuung vereinbart ist, wird mit dem Klienten/der Klientin definiert, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		
4	Bei irregulären Austritten ist definiert: <ul style="list-style-type: none"><li>■ wann das Klientinnen-/Klientendossier geschlossen wird;</li><li>■ das Vorgehen und die wichtigsten Inhalte einer internen Evaluation.</li></ul>		
5	Bei Austritt von minderjährigen Klientinnen und Klienten: <ul style="list-style-type: none"><li>■ erfolgt der Austritt in Absprache mit dem Inhaber/der Inhaberin der elterlichen Sorge;</li><li>■ werden bei Abbruchwunsch die Eltern oder der Inhaber/die Inhaberin der elterlichen Sorge sofort benachrichtigt und ein Gespräch mit allen Beteiligten wird angeboten.</li></ul>		
6	Bei regulären und irregulären Austritten ist geregelt, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		



Nr.	I / 6 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ prüft bei allen Klientinnen und Klienten die externe Vernetzung mit integrativen Angeboten sowie mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li> <li>■ stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher und integriert die Ergebnisse in den Therapie- und Rehabilitationsprozess.</li> </ul>		
2	<p>Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Klienten/der Klientin werden regelmässig evaluiert.</p>		
3	<p>Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/der Klientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.</p>		
4	<p>Es ist definiert, welche Berichte welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.</p>		
5	<p>Die Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu medizinischen Behandlungen sowie der Kontakt zum Hausarzt/zur Hausärztin und bei Substitutionsbehandlung zu den verschreibenden Ärztinnen/Ärzten sind geregelt.</p>		



Nr.	I / 7 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit erhebt bei der Dossier-Eröffnung folgende Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Name, Vorname, Adress- und Kontaktdaten;</li><li>■ Jahrgang, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität;</li><li>■ Religion, Aufenthalts- und Erwerbsstatus;</li><li>■ AHV-, IV- und Krankenversicherungsdaten;</li><li>■ Kinder und deren Jahrgang;</li><li>■ Adressangaben relevanter Bezugspersonen und deren Muttersprache.</li></ul>		
2	<p>Das Klienten-/Klientendossier beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ erhobene Daten;</li><li>■ Situationsanalyse/Anamnese;</li><li>■ Therapievereinbarungen;</li><li>■ Zielvereinbarungen;</li><li>■ Therapieplanungen;</li><li>■ zuständige Bezugsperson(en);</li><li>■ Korrespondenz;</li><li>■ eventuelle Schweigepflichtentbindungen und/oder Einverständniserklärungen;</li><li>■ Verträge, Verfügungen und Bewilligungen;</li><li>■ interne und externe Berichte;</li><li>■ Dokumentation allfälliger Medikation;</li><li>■ Journaleinträge zur Therapie sowie zu wichtigen Ereignissen inkl. Kriseninterventionen.</li></ul>		

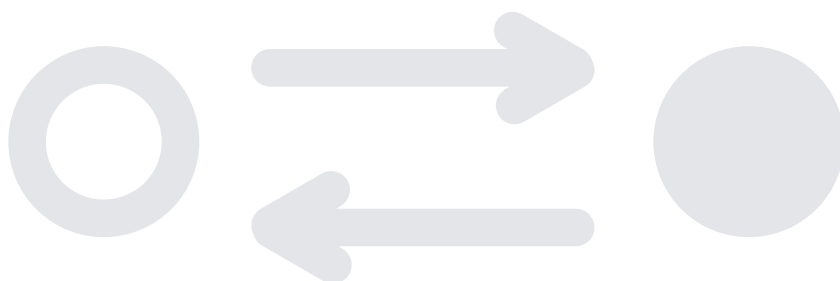


Nr.	I / 7 Dokumentation	Indikatoren	Standards
3	Die Dossiereinträge und Berichte entsprechen den Tatsachen, genügen fachlichen Standards und sind für die Adressatinnen und Adressaten verständlich.		
4	Klienten-/Klientinnendossiers (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben zehn Jahre aufzubewahren.		
5	Es ist geregelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht.		



## QuaTheDA-Referenzsystem

### II Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie



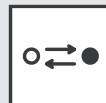


## II Modul «Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie»

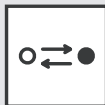
Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Ambulante Beratung, Begleitung und Therapie»** sind in fünf Themenfelder strukturiert.

1. Abklärung und Aufnahme
2. Beratung, Begleitung und Therapie
3. Abschluss
4. Externe Vernetzung
5. Dokumentation

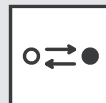
Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul II.



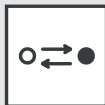
Nr.	II / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt und macht Aussagen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erstkontakt;</li> <li>■ den notwendigen Abklärungen;</li> <li>■ Entscheid über die Aufnahme.</li> </ul>		
4	Die Organisationseinheit stellt sicher, dass diejenige Person, die den Erstkontakt mit den Klientinnen und Klienten hat, das Dienstleistungsangebot der Organisationseinheit sowie das regionale Suchthilfeangebot kennt und Grundkenntnisse in der Gesprächsführung besitzt.		



Nr.	II / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
5	<p>In Abklärungsgesprächen beschafft sich die Organisationseinheit unter den folgenden Punkten die zum Aufnahmeentscheid erforderlichen Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ die für die Dokumentation erforderlichen Personalien;</li><li>■ Klärung der rechtlichen, formellen und persönlichen Voraussetzungen für die Aufnahme;</li><li>■ Gesundheitszustand;</li><li>■ suchtspezifische und psychosoziale Situationsanalyse;</li><li>■ Motivation und Ressourcen;</li><li>■ Unterstützungssystem und Beziehungsnetz des Klienten/der Klientin, insbesondere minderjährige Kinder;</li><li>■ Vormundschaft und Beistandschaft;</li><li>■ fürsorgerische Unterbringung, strafrechtliche und administrative Massnahmen.</li></ul>		
6	<p>Die Organisationseinheit holt bei Bedarf mit dem Einverständnis des Klienten/der Klientin die notwendigen Informationen bei vorbehandelnden Stellen ein.</p>		



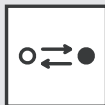
Nr.	II / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
7	Während des Aufnahmeverfahrens erhalten die Klientinnen und Klienten Informationen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufnahmebedingungen und Eintrittsprozedere;</li> <li>■ Angeboten;</li> <li>■ Rechten und Pflichten;</li> <li>■ Hausordnung;</li> <li>■ Kostenfolgen;</li> <li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals.</li> </ul>		
8	Aufgrund der Abklärungen wissen die Klientinnen/Klienten sowie involvierte Fachpersonen, ob die Klientinnen/Klienten an der richtigen Stelle sind, ob eine Weitervermittlung eingeleitet werden muss und welche weiteren Schritte unternommen werden müssen.		
9	Müssen Klientinnen und Klienten weitergeleitet werden und/oder sind andere Schritte erforderlich, erhalten sie bei Bedarf Empfehlungen für das weitere Vorgehen.		
10	Die Klientinnen und Klienten haben mindestens eine fest zugeteilte Beratungsperson; bei der Zuteilung werden Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.) angemessen berücksichtigt.		
11	Der Umgang mit minderjährigen Klientinnen und Klienten ist geregelt.		



Nr.	II / 2 Beratung, Begleitung und Therapie	Indikatoren	Standards
1	Die Beratungen, Begleitungen und Therapien genügen anerkannten fachlichen Kriterien, basieren auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen und folgen Grundsätzen der Interdisziplinarität.		
2	Die Organisationseinheit legt fest, wann eine vom Klienten/von der Klientin unterschriebene Beratungs-, Begleitungs- oder Therapievereinbarung erstellt wird, welche die gegenseitigen Rechte und Pflichten sowie das Beschwerde- und Rekursverfahren regelt. Bei Bedarf werden spezielle Bestimmungen zur fürsorglichen Unterbringung und zu administrativen oder strafrechtlichen Massnahmen festgehalten.		
3	Die Beratungs-, Begleitungs- oder Therapieplanung <ul style="list-style-type: none"><li>■ wird mit dem Klienten/der Klientin, unter Berücksichtigung seiner/ihrer kognitiven Fähigkeiten, transparent und nachvollziehbar vereinbart;</li><li>■ ist ziel- und ressourcenorientiert;</li><li>■ wird regelmässig mit dem Klienten/der Klientin überprüft und der individuellen Situation angepasst;</li><li>■ ist dokumentiert.</li></ul>		



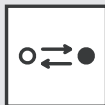
Nr.	II / 2 Beratung, Begleitung und Therapie	Indikatoren	Standards
4	<p>Die Beratungs-, Begleitungs- oder Therapieplanung beinhaltet nach Möglichkeit und Notwendigkeit die folgenden Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Erhebung der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation sowie der Suchtentwicklung und der bisherigen Behandlungen;</li> <li>■ weitere notwendige somatische und/oder psychiatrische Abklärungen;</li> <li>■ Zielsetzungen;</li> <li>■ Massnahmen;</li> <li>■ Informationen zu Suchtverhalten; Wirkungen und Nebenwirkungen von diversen Substanzen; Gesundheitsrisiken; risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft; Fahreignung;</li> <li>■ Informationen zum Abschluss der Intervention;</li> <li>■ Evaluation der vereinbarten Ziele.</li> </ul>		
5	<p>Die Organisationseinheit überprüft im Rahmen der Beratungs-, Begleitungs- oder Therapieplanung regelmässig,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ob andere oder weitere Angebote (z.B. Gruppenangebote) für einen nächsten Schritt notwendig sind;</li> <li>■ welcher Bedarf an Unterstützung hinsichtlich der Themen Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Hygiene besteht;</li> </ul>		



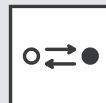
Nr.	II / 2 Beratung, Begleitung und Therapie	Indikatoren	Standards
5	<ul style="list-style-type: none"><li>■ die nötigen Unterstützungsmassnahmen hinsichtlich einer beruflichen (Re-)Integration (interne und/oder externe Angebote der Arbeitsintegration);</li><li>■ ob ein Bedarf an Unterstützung hinsichtlich weiterer Sachhilfethemen besteht.</li></ul>		
6	<p>Gibt die Organisationseinheit Medikamente ab,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ sind die Beschaffung, Aufbewahrung und Kontrolle den Sicherheitsanforderungen entsprechend geregelt;</li><li>■ ist das Verfahren, wie die Klientinnen und Klienten die richtige Medikation in der richtigen Dosis zum richtigen Zeitpunkt erhalten, definiert;</li><li>■ dokumentiert sie lückenlos, wem wann welche Medikamente verabreicht werden.</li></ul>		
7	<p>Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld wird angestrebt und erfolgt mit Einwilligung des Klienten/der Klientin.</p>		
8	<p>Für Personen im Beziehungsumfeld von Klientinnen und Klienten bestehen Unterstützungsangebote oder es werden solche vermittelt.</p>		



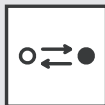
Nr.	II / 2 Beratung, Begleitung und Therapie	Indikatoren	Standards
9	Klientinnen und Klienten mit minderjährigen Kindern werden beim Wahrnehmen ihrer elterlichen Verantwortung unterstützt und für die Kinder werden Unterstützungsangebote zum Schutz des Kindeswohls vermittelt.		
10	Um Krisensituationen selbständig bewältigen zu können, verfügen die Klientinnen und Klienten über die notwendigen Ansprechpersonen und es werden ihnen Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten zur Verfügung gestellt.		
11	Der Informationsfluss zwischen den Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist in Krisensituationen gewährleistet.		
12	Bei der Konzeption von Gruppenangeboten werden Zielsetzungen, Inhalte, Methoden und Zuständigkeiten festgelegt.		



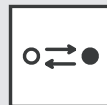
Nr.	II / 3 Abschluss	Indikatoren	Standards
1	Der reguläre und der irreguläre Abschluss sind so strukturiert und geregelt, dass Anschlusslösungen möglich sind und/oder die Voraussetzungen für einen Wiedereintritt geklärt sind.		
2	Bei regulären Abschlüssen werden die getroffenen Beratungs-, Begleitungs- und Therapiemaßnahmen und die erreichten Ziele mit dem Klienten/der Klientin evaluiert.		
3	Wenn eine Nachbetreuung vereinbart ist, wird mit dem Klienten/der Klientin definiert, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		
4	Bei irregulären Abschlüssen ist definiert: <ul style="list-style-type: none"><li>■ wann das Klienten-/Klientinnendossier geschlossen wird;</li><li>■ das Vorgehen und die wichtigsten Inhalte einer internen Evaluation.</li></ul>		
5	Bei regulären und irregulären Abschlüssen ist geregelt, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		



Nr.	II / 4 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit ■ prüft bei allen Klientinnen und Klienten die externe Vernetzung mit integrativen Angeboten sowie mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung; ■ stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher.		
2	Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Klienten/der Klientin werden regelmässig evaluiert.		
3	Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/der Klientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.		
4	Es ist definiert, welche Berichte welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.		
5	Die Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu medizinischen Behandlungen sowie der Kontakt zum Hausarzt/zur Hausärztin und bei Substitutionsbehandlung zu den verschreibenden Ärztinnen/Ärzten sind geregelt.		



Nr.	II / 5 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit erhebt bei Dossier-Eröffnung folgende Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Name, Vorname, Adress- und Kontaktdaten;</li><li>■ Jahrgang, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität;</li><li>■ Religion, Aufenthalts- und Erwerbsstatus;</li><li>■ AHV-, IV- und Krankenversicherungsdaten;</li><li>■ Kinder und deren Jahrgang;</li><li>■ Adressangaben relevanter Bezugspersonen und deren Muttersprache.</li></ul>		
2	<p>Das Klienten-/Klientendossier beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ erhobene Daten;</li><li>■ Situationsanalyse/Anamnese;</li><li>■ Beratungs-, Begleitungs- oder Therapievereinbarungen;</li><li>■ Zielvereinbarungen;</li><li>■ zuständige Beratungsperson(en);</li><li>■ Korrespondenz;</li><li>■ eventuelle Schweigepflichtentbindungen und/oder Einverständniserklärungen;</li><li>■ Verträge, Verfügungen und Bewilligungen;</li><li>■ interne und externe Berichte;</li><li>■ Journaleinträge zur Beratung, Begleitung und Therapie sowie zu wichtigen Ereignissen inkl. Kriseninterventionen;</li><li>■ bei interner medizinischer Versorgung: Journaleinträge des zuständigen Arztes/ der zuständigen Ärztin inklusive Verschreibung und Abgabe von Medikamenten.</li></ul>		



Nr.	II / 5 Dokumentation	Indikatoren	Standards
3	Die Dossiereinträge und Berichte entsprechen den Tatsachen, genügen fachlichen Standards und sind für die Adressatinnen und Adressaten verständlich.		
4	Klienten-/Klientinnendossiers (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben zehn Jahre aufzubewahren.		
5	Es ist geregelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht.		



**QuaTheDA-Referenzsystem**

### III Substitutionsgestützte Behandlung





## III Modul «Substitutionsgestützte Behandlung»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Substitutionsgestützte Behandlung»** sind in sechs Themenfelder strukturiert.

1. Abklärung und Aufnahme
2. Behandlung
3. Substanzverabreichung und Medikation
4. Abschluss
5. Externe Vernetzung
6. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul III.



Nr.	III / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Der Zugang und die Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt und macht Aussagen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erstkontakt;</li> <li>■ notwendigen Abklärungen;</li> <li>■ Entscheid über die Aufnahme.</li> </ul>		
4	Die Organisationseinheit stellt sicher, dass diejenige Person, die den Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten hat, das Dienstleistungsangebot der Organisationseinheit sowie das regionale Suchthilfeangebot kennt und Grundkenntnisse in der Gesprächsführung besitzt.		



## Substitutionsgestützte Behandlung

### III / 1 Qualitätsanforderungen zu «Abklärung und Aufnahme»

Nr.	III / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
5	<p>In Abklärungsgesprächen beschafft sich die Organisationseinheit die zum Aufnahmeentscheid erforderlichen Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ die für die Dokumentation erforderlichen Personalien;</li><li>■ Klärung der rechtlichen, formellen und persönlichen Voraussetzungen für die Aufnahme;</li><li>■ bio-psycho-soziale sowie pflegerische Anamnese;</li><li>■ suchtspezifische Situationsanalyse;</li><li>■ Motivation und Ressourcen;</li><li>■ Unterstützungssystem und Beziehungsnetz des Patienten/der Patientin, insbesondere minderjährige Kinder;</li><li>■ Vormundschaft und Beistandschaft;</li><li>■ fürsorgerische Unterbringung, strafrechtliche und administrative Massnahmen;</li><li>■ Klärung der finanziellen Bedingungen, d.h. der Kosten der Substitutionsbehandlung sowie der Anteile zulasten des Patienten/der Patientin.</li></ul>		
6	<p>Die Diagnosestellung entspricht internationalen Standards.</p>		
7	<p>Die Organisationseinheit holt bei Bedarf mit dem Einverständnis der Patientin/des Patienten die notwendigen Informationen bei vorbehandelnden Stellen ein.</p>		



Nr.	III / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
8	<p>Während des Aufnahmeverfahrens erhalten die Patientinnen und Patienten Informationen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufnahmebedingungen und Eintrittsprozedere;</li> <li>■ Angeboten;</li> <li>■ Rechten und Pflichten;</li> <li>■ Hausordnung;</li> <li>■ Ablauf der Substanzverabreichung;</li> <li>■ Wirkungen und Nebenwirkungen der verabreichten Substitutionsmedikamente und Medikamente;</li> <li>■ Gefahren bei Bei-/Mischkonsum von illegalen und nicht verschriebenen Medikamenten;</li> <li>■ Notwendigkeit der Offenlegung einer gleichzeitigen Verschreibung von Medikamenten durch ausserinstitutionelle Ärztinnen/Ärzte;</li> <li>■ Fahreignung;</li> <li>■ Schwangerschaft;</li> <li>■ Kostenfolgen;</li> <li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals.</li> </ul>		
9	<p>Aufgrund der Abklärungen wissen die Patientinnen/Patienten sowie involvierte Fachpersonen, ob die Patientinnen/Patienten an der richtigen Stelle sind, ob eine Weitervermittlung eingeleitet werden muss und welche weiteren Schritte unternommen werden müssen.</p>		



## Substitutionsgestützte Behandlung

### III / 1 Qualitätsanforderungen zu «Abklärung und Aufnahme»

Nr.	III / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
10	Müssen Patientinnen/Patienten weitergeleitet werden und/oder sind andere Schritte erforderlich, erhalten sie bei Bedarf Empfehlungen für weitere Schritte.		
11	Die Patientinnen/Patienten haben mindestens eine fest zugeteilte Bezugsperson; bei der Zuteilung werden Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.) angemessen berücksichtigt.		
12	Der Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten ist geregelt.		



Nr.	III / 2 Behandlung	Indikatoren	Standards
1	Die Behandlungen genügen anerkannten fachlichen Kriterien, basieren auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen, sind evidenzbasiert und folgen Grundsätzen der Interdisziplinarität.		
2	Eine von der Organisationseinheit und dem Patienten/der Patientin unterschriebene Behandlungsvereinbarung regelt die gegenseitigen Rechte und Pflichten, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> <li>■ spezielle Bestimmungen bei fürsorgerischer Unterbringung und bei administrativen oder strafrechtlichen Massnahmen;</li> <li>■ dass eine Behandlungsplanung erstellt und regelmässig gemeinsam evaluiert wird;</li> <li>■ Beschwerde- und Rekursverfahren;</li> <li>■ Ausschlussgründe.</li> </ul>		
3	Die Behandlungsplanung <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wird mit dem Patienten/der Patientin, unter Berücksichtigung seiner/ihrer kognitiven Fähigkeiten, transparent und nachvollziehbar vereinbart;</li> <li>■ ist ziel- und ressourcenorientiert;</li> <li>■ wird regelmässig mit dem Patienten/der Patientin überprüft und der individuellen Situation angepasst;</li> <li>■ ist dokumentiert.</li> </ul>		



## Substitutionsgestützte Behandlung

### III / 2 Qualitätsanforderungen zu «Behandlung»

Nr.	III / 2 Behandlung	Indikatoren	Standards
4	<p>Die Behandlungsplanung beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ die weitere Erhebung der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation sowie der Suchtentwicklung und der bisherigen Behandlungen;</li><li>■ weitere notwendige somatische und/oder psychiatrische Abklärungen;</li><li>■ Zielsetzungen;</li><li>■ Massnahmen;</li><li>■ Informationen zu Suchtverhalten; Wirkungen und Nebenwirkungen von diversen Substanzen; Gesundheitsrisiken; risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft; Fahreignung;</li><li>■ Informationen zum Abschluss der Behandlung;</li><li>■ Evaluation der vereinbarten Ziele.</li></ul>		
5	<p>Die Organisationseinheit überprüft im Rahmen der Behandlungsplanung regelmässig,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ ob andere oder weitere Angebote (z.B. Gruppenangebote) für einen nächsten Schritt notwendig sind;</li><li>■ welcher Bedarf an Unterstützung hinsichtlich der Themen Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Hygiene besteht;</li><li>■ die nötigen Unterstützungsmassnahmen für eine berufliche (Re-)Integration (z.B. Arbeits- und Beschäftigungsangebote) oder für eine soziale Integration (z.B. Tagesstruktur, Freizeitangebote);</li><li>■ ob ein Bedarf an Unterstützung hinsichtlich weiterer Sachhilfethemen besteht.</li></ul>		



Nr.	III / 2 Behandlung	Indikatoren	Standards
6	Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld wird angestrebt und erfolgt mit Einwilligung des Patienten/der Patientin.		
7	Für Personen im Beziehungsumfeld von Patientinnen und Patienten bestehen Unterstützungsangebote oder es werden solche vermittelt.		
8	Patientinnen und Patienten mit minderjährigen Kindern werden beim Wahrnehmen ihrer elterlichen Verantwortung unterstützt und für die Kinder werden Unterstützungsangebote zum Schutz des Kindeswohls vermittelt.		
9	Um Krisensituationen selbständig bewältigen zu können, verfügen die Patientinnen und Patienten über die notwendigen Ansprechpersonen und es werden ihnen Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten zur Verfügung gestellt.		
10	Der Informationsfluss zwischen den Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist in Krisensituationen gewährleistet.		
11	Bei der Konzeption von Gruppenangeboten werden Zielsetzungen, Inhalte, Methoden und Zuständigkeiten festgelegt.		



## Substitutionsgestützte Behandlung

### III / 3 Qualitätsanforderungen zu «Substanzverabreichung und Medikation»

Nr.	III / 3 Substanzverabreichung und Medikation	Indikatoren	Standards
1	Die erforderlichen Bewilligungen für die Verabreichung der Substitutionsmedikamente an die Patientinnen und Patienten liegen vor.		
2	Die Beschaffung, Aufbewahrung und Kontrolle der Medikamente sowie der Substitutionsmedikamente sind den Sicherheitsanforderungen entsprechend geregelt.		
3	Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten bei der Verabreichung der Substitutionsmedikamente und Medikamente sind geregelt.		
4	Die Anforderungen an Hygiene und Sicherheit bei der Verabreichung der Substitutionsmedikamente und Medikamente sind geregelt und deren Erfüllung gewährleistet.		
5	Die Substanzverabreichung erfolgt in geeigneten Räumlichkeiten.		
6	Die Privatsphäre wird unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten angemessen gewährleistet.		
7	Vor jeder Verabreichung der Substitutionsmedikamente wird eine Überprüfung der individuellen Verträglichkeit gemäss einheitlichem Verfahren durchgeführt.		



Nr.	III / 3 Substanzverabreichung und Medikation	Indikatoren	Standards
8	Das Verfahren, wie die Patientinnen und Patienten die richtige Medikation in der richtigen Dosis zum richtigen Zeitpunkt erhalten, ist definiert.		
9	Es wird lückenlos dokumentiert, wem wann welche Substitutionsmedikamente und Medikamente verabreicht wurden.		
10	Die Substanzverabreichung wird überwacht, um unerwünschten Ereignissen vorzubeugen (Schmuggel, Überdosierungen etc.) und um die Sicherheit zu gewährleisten.		
11	Die Konsumformen der verabreichten Substitutionsmedikamente sind geregelt.		



**Substitutionsgestützte Behandlung**  
**III / 4 Qualitätsanforderungen zu «Abschluss»**

Nr.	III / 4 Abschluss	Indikatoren	Standards
1	Der reguläre und irreguläre Abschluss sind so strukturiert und geregelt, dass Anschlusslösungen möglich sind und/oder die Voraussetzungen für einen Wiedereintritt geklärt sind.		
2	Bei regulären Abschlüssen werden die getroffenen Behandlungsmassnahmen und die erreichten Ziele mit dem Patienten/der Patientin evaluiert.		
3	Wenn eine Nachbetreuung vereinbart ist, wird mit dem Patienten/der Patientin definiert, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		
4	Bei irregulären Abschlüssen ist definiert <ul style="list-style-type: none"><li>■ wann das Patientinnen-/Patientendossier geschlossen wird;</li><li>■ das Vorgehen und die wichtigsten Inhalte einer internen Evaluation.</li></ul>		
5	Bei regulären und irregulären Austritten ist geregelt, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		



Nr.	III / 5 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ prüft bei allen Patientinnen und Patienten die externe Vernetzung mit integrativen Angeboten sowie mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li> <li>■ stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher.</li> </ul>		
2	<p>Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Patienten/der Patientin werden regelmässig evaluiert.</p>		
3	<p>Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Patienten/der Patientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.</p>		
4	<p>Es ist definiert, welche Informationen und/oder Berichte welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.</p>		
5	<p>Die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu weiteren medizinischen Behandlungen sowie der Kontakt zu deren Hausärztin/ Hausarzt sind geregelt und gewährleistet.</p>		



## Substitutionsgestützte Behandlung

### III / 6 Qualitätsanforderungen zu «Dokumentation»

Nr.	III / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit erhebt bei der Dossier-Eröffnung folgende Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Name, Vorname, Adress- und Kontaktdaten;</li><li>■ Jahrgang, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität;</li><li>■ Religion, Aufenthalts- und Erwerbsstatus;</li><li>■ AHV-, IV- und Krankenversicherungsdaten;</li><li>■ Kinder und deren Jahrgang;</li><li>■ Adressangaben relevanter Bezugspersonen und deren Muttersprache.</li></ul>		
2	<p>Das Patientinnen- und Patientendossier beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ erhobene Daten;</li><li>■ Anamnese und Diagnostik;</li><li>■ Zielvereinbarungen;</li><li>■ Behandlungsvereinbarung;</li><li>■ Behandlungsplanung;</li><li>■ Dokumentation der verabreichten Substitutionsmedikamente und Medikamente;</li><li>■ zuständige Bezugsperson(en);</li><li>■ Korrespondenz;</li><li>■ eventuelle Schweigepflichtentbindungen und/oder Einverständniserklärungen;</li><li>■ Verträge, Verfügungen und Bewilligungen;</li><li>■ interne und externe Berichte;</li><li>■ Journaleinträge zur Substanzverabreichung und Behandlung sowie zu wichtigen Ereignissen inkl. Kriseninterventionen.</li></ul>		



Nr.	III / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
3	Die Dossiereinträge und Berichte entsprechen den Tatsachen, genügen fachlichen Standards und sind für die Adressatinnen und Adressaten verständlich.		
4	Patientinnen-/Patientendossiers (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben zehn Jahre aufzubewahren.		
5	Es ist geregelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht		



## QuaTheDA-Referenzsystem

### IV Begleitetes Arbeiten





## IV Modul «Begleitetes Arbeiten»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Begleitetes Arbeiten»** sind in sechs Themenfelder strukturiert.

1. Abklärung und Aufnahme
2. Beratung und arbeitsagogische Betreuung
3. Arbeitsinfrastruktur
4. Abschluss
5. Externe Vernetzung
6. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul IV.



Nr.	IV / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt und macht Aussagen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erstkontakt;</li> <li>■ notwendigen Abklärungen;</li> <li>■ Entscheid über die Einsatzmöglichkeiten respektive über Eintritt in die angebotenen Arbeitsprogramme.</li> </ul>		
4	In Abklärungsgesprächen beschafft sich die Organisationseinheit im Hinblick auf den geplanten Einsatz die erforderlichen Informationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die für die Anstellung erforderlichen Personalien;</li> <li>■ Klärung der rechtlichen, formellen und persönlichen Voraussetzungen für den Einsatz;</li> <li>■ arbeitsagogische Evaluation, Arbeitserfahrung, Arbeitsfähigkeit, Kenntnisse, Kompetenzen;</li> <li>■ Gesundheitszustand;</li> <li>■ suchtspezifische Situation;</li> <li>■ Motivation und Ressourcen;</li> <li>■ Unterstützungssystem und Beziehungsnetz des Klienten/der Klientin;</li> <li>■ Volljährigkeit, Vormundschaft und Beistandschaft;</li> <li>■ fürsorgliche Unterbringung, strafrechtliche und administrative Massnahmen;</li> </ul>		



## Begleitetes Arbeiten

### IV / 1 Qualitätsanforderungen zu «Abklärung und Aufnahme»

Nr.	IV / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
5	Die Organisationseinheit holt bei Bedarf mit dem Einverständnis des Klienten/der Klientin die notwendigen Informationen bei involvierten behandelnden Stellen ein.		
6	<p>Die Klientinnen und Klienten erhalten im Rahmen des Aufnahmeverfahrens die für den Arbeitsintegrationseinsatz notwendigen Informationen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufnahmebedingungen und Eintrittsprozedere;</li> <li>■ Angeboten und Einsatzmöglichkeiten;</li> <li>■ Rechten und Pflichten;</li> <li>■ Hausordnung;</li> <li>■ Entlohnung und Überweisungsmodalitäten;</li> <li>■ Versicherung;</li> <li>■ Anspruch auf Arbeitszeugnis respektive Einsatzbestätigung;</li> <li>■ Konsequenzen bei Nichterfüllung der Arbeitseinsätze;</li> <li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals.</li> </ul>		
7	Aufgrund der Abklärungen wissen die Klientinnen/Klienten sowie involvierte Fachpersonen, ob das Arbeitsangebot und die Arbeitsinfrastruktur den Fähigkeiten der Klientinnen/Klienten angepasst sind, ob sie an der richtigen Stelle sind, ob eine Weitervermittlung eingeleitet werden muss und welche weiteren Schritte unternommen werden müssen.		
8	Müssen Klientinnen und Klienten weitergeleitet werden und/oder sind andere Schritte erforderlich, erhalten sie bei Bedarf Empfehlungen für das weitere Vorgehen.		



Nr.	IV / 2 Beratung und arbeitsagogische Betreuung	Indikatoren	Standards
1	Die arbeitsagogische Betreuung genügt anerkannten fachlichen Kriterien, basiert auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen und folgt Grundsätzen der Interdisziplinarität.		
2	<p>Die Organisationseinheit legt fest, wann eine von dem Klienten/der Klientin unterschriebene Arbeitsvereinbarung bzw. Arbeitsvertrag erstellt wird, welche die gegenseitigen Rechte und Pflichten regelt, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Arbeitsanforderungen;</li> <li>■ die individuelle Entlohnung, das Bonus-/Malussystem sowie eventuelle Abtretungsregelungen;</li> <li>■ Versicherungen;</li> <li>■ Regeln zum Arbeitsverhalten;</li> <li>■ Datenschutz und zur Schweigepflicht des Personals;</li> <li>■ das Beschwerde- und Rekursverfahren;</li> <li>■ Ausschlussgründe;</li> <li>■ bei längerdauernden Arbeitsprogrammen: dass eine arbeitsagogische Interventionsplanung erstellt und regelmässig gemeinsam evaluiert wird.</li> </ul>		



## Begleitetes Arbeiten

### IV / 2 Qualitätsanforderungen zu «Beratung und arbeitsagogische Betreuung»

Nr.	IV / 2 Beratung und arbeitsagogische Betreuung	Indikatoren	Standards
3	<p>Der Arbeitseinsatz</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ wird mit dem Klienten/der Klientin, unter Berücksichtigung seiner/ihrer kognitiven Fähigkeiten, transparent und nachvollziehbar vereinbart;</li><li>■ ist ziel- und ressourcenorientiert;</li><li>■ wird der individuellen Situation angepasst und regelmässig mit dem Klienten/der Klientin überprüft;</li><li>■ ist dokumentiert.</li></ul>		
4	<p>Bei längerdauernden Arbeitsprogrammen wird eine Einsatzplanung erstellt, welche nach Möglichkeit und Notwendigkeit die folgenden Punkte beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Dauer des Einsatzes;</li><li>■ Zielsetzungen;</li><li>■ Massnahmen;</li><li>■ Informationen zu Arbeitssicherheit; Arbeit und Suchtmittelkonsum; Fahreignung;</li><li>■ bei Bedarf Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von diversen Substanzen; Gesundheitsrisiken; risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft;</li><li>■ Informationen zum Abschluss des Einsatzes;</li><li>■ Evaluation der vereinbarten Ziele.</li></ul>		
5	<p>Die Organisationseinheit überprüft bei Bedarf im Rahmen der Einsatzplanung oder anlässlich von Standortgesprächen, ob andere oder weitere Angebote (z.B. Gruppenangebote, Gesundheit, Sachhilfe) für einen nächsten Schritt notwendig sind.</p>		



Nr.	IV / 2 Beratung und arbeitsagogische Betreuung	Indikatoren	Standards
6	Bei externen Arbeitseinsätzen wird mit dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin eine Evaluation des Einsatzes durchgeführt.		
7	Für die Instruktionen, Arbeitsanweisungen und Evaluationen ist Personal mit Fachkompetenz und mit arbeitsagogischer Weiterbildung zuständig.		
8	Ein adäquates Verhältnis der Anzahl Betreuungspersonen zu Klientinnen und Klienten ist definiert.		
9	Der Auszahlungsprozess ist <ul style="list-style-type: none"> <li>■ definiert;</li> <li>■ für die Klientinnen und Klienten verständlich;</li> <li>■ räumlich und logistisch sichergestellt.</li> </ul>		
10	Klientinnen und Klienten erhalten auf Wunsch für jede Auszahlung eine Quittung und einmal monatlich eine Lohnabrechnung.		
11	Um Krisensituationen selbständig bewältigen zu können, verfügen die Klientinnen und Klienten über die notwendigen Ansprechpersonen und es werden ihnen Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten zur Verfügung gestellt.		
12	Der Informationsfluss zwischen den Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist in Krisensituationen gewährleistet.		



## Begleitetes Arbeiten

### IV / 3 Qualitätsanforderungen zu «Arbeitsinfrastruktur»

Nr.	IV / 3 Arbeitsinfrastruktur	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit stellt eine Arbeitsinfrastruktur zur Verfügung, die den externen und internen Anforderungen an Funktionsfähigkeit, Arbeitssicherheit, Hygiene und Sauberkeit entspricht.		
2	Der Umgang mit der Arbeitsinfrastruktur und den Arbeitsmaterialien ist geregelt und nimmt Rücksicht auf die Besonderheiten der Klientinnen und Klienten.		



Nr.	IV / 4 Abschluss	Indikatoren	Standards
1	Der reguläre und der irreguläre Abschluss sind bei längerdauernden Arbeitsintegrationsprogrammen so strukturiert und geregelt, dass Anschlusslösungen möglich sind und/oder die Voraussetzungen für einen Wiedereintritt geklärt sind.		
2	Bei regulären Abschlüssen werden in der Regel die getroffenen arbeitsagogischen Massnahmen und die erreichten Ziele mit dem Klienten/der Klientin evaluiert.		
3	Wenn eine Nachbetreuung vereinbart ist, wird mit dem Klienten/der Klientin definiert, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		
4	Bei irregulären Abschlüssen sind definiert <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wann das Klienten-/Klientinnendossier geschlossen wird;</li> <li>■ das Vorgehen und die wichtigsten Inhalte einer internen Evaluation.</li> </ul>		
5	Bei regulären und irregulären Austritten ist geregelt, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		
6	Bei längerdauernden Arbeitsprogrammen erhalten die Klientinnen und Klienten ein Arbeitszeugnis oder eine Arbeitsbestätigung.		



## Begleitetes Arbeiten

### IV / 5 Qualitätsanforderungen zu «Externe Vernetzung»

Nr.	IV / 5 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit <ul style="list-style-type: none"><li>■ prüft bei Bedarf die Vernetzung der Klientin/ des Klienten mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li><li>■ stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher.</li></ul>		
2	Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Klienten/der Klientin werden regelmässig evaluiert.		
3	Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/der Klientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.		
4	Es ist definiert, welche Informationen welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.		
5	Das Vorgehen für die Akquisition von internen und externen Arbeitsmöglichkeiten geschieht systematisch, ist dokumentiert und wird regelmässig evaluiert.		
6	Mit externen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bestehen vertragliche Regelungen.		



Nr.	IV / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit erhebt bei Dossier-Eröffnung folgende Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Name, Vorname, Adress- und Kontaktdaten;</li> <li>■ Jahrgang, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität;</li> <li>■ Religion, Aufenthalts- und Erwerbsstatus;</li> <li>■ AHV-, IV- und Krankenversicherungsdaten;</li> <li>■ minderjährige Kinder und deren Jahrgang;</li> <li>■ Adressangaben relevanter Bezugspersonen und deren Muttersprache.</li> </ul>		
2	<p>Das Klienten-/Klientendossier beinhaltet unter den folgenden Punkten die für den Einsatz erforderlichen Elemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ erhobene Daten;</li> <li>■ arbeitsspezifische Situationsanalyse;</li> <li>■ Arbeitsvereinbarungen respektive Arbeitsvertrag;</li> <li>■ Zielvereinbarungen;</li> <li>■ zuständige Ansprechperson(en);</li> <li>■ Korrespondenz;</li> <li>■ eventuelle Schweigepflichtentbindungen und/oder Einverständniserklärungen;</li> <li>■ Verträge und Verfügungen;</li> <li>■ interne und externe Berichte;</li> <li>■ Journaleinträge über Arbeitseinsätze und Betreuung sowie zu wichtigen Ereignissen inkl. Kriseninterventionen.</li> </ul>		
3	<p>Die Dossiereinträge und Berichte entsprechen den Tatsachen, genügen fachlichen Standards und sind für die Adressatinnen und Adressaten verständlich.</p>		



## Begleitetes Arbeiten

### IV / 6 Qualitätsanforderungen zu «Dokumentation»

Nr.	IV / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
4	Klienten-/Klientinnendossiers (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben zehn Jahre aufzubewahren.		
5	Es ist geregelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht.		





## QuaTheDA-Referenzsystem

### V Betreutes und begleitetes Wohnen





## V Modul «Betreutes und begleitetes Wohnen»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Betreutes und begleitetes Wohnen»** sind in sechs Themenfelder strukturiert.

1. Abklärung und Aufnahme
2. Beratung und Begleitung
3. Wohninfrastruktur
4. Abschluss
5. Externe Vernetzung
6. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul V.



Nr.	V / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt und macht Aussagen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erstkontakt</li> <li>■ den notwendigen Abklärungen</li> <li>■ Entscheidung über die Aufnahme.</li> </ul>		
4	In Abklärungsgesprächen beschafft sich die Organisationseinheit unter den folgenden Punkten die zum Aufnahmeentscheid erforderlichen Informationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die für die Dokumentation erforderlichen Personalien;</li> <li>■ Klärung der rechtlichen, formellen und persönlichen Voraussetzungen für die Aufnahme;</li> <li>■ Gesundheitszustand;</li> <li>■ suchtspezifische und psychosoziale Situationsanalyse;</li> <li>■ Motivation und Ressourcen;</li> <li>■ Einstufung der Wohnfähigkeit;</li> <li>■ Unterstützungssystem und Beziehungsnetz des Klienten/der Klientin, insbesondere minderjährige Kinder;</li> <li>■ Vormundschaft und Beistandschaft;</li> <li>■ fürsorgerische Unterbringung, strafrechtliche und administrative Massnahmen;</li> <li>■ Tagesstruktur;</li> <li>■ Klärung der Finanzierung.</li> </ul>		



## Betreutes und begleitetes Wohnen

### V / 1 Qualitätsanforderungen zu «Abklärung und zur Aufnahme»

Nr.	V / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
5	Die Organisationseinheit holt bei Bedarf mit dem Einverständnis des Klienten/der Klientin die notwendigen Informationen bei vorbehandelnden und involvierten Stellen ein.		
6	Während des Aufnahmeverfahrens erhalten die Klientinnen und Klienten Informationen zu <ul style="list-style-type: none"><li>■ Aufnahmebedingungen und Eintrittsprozedere;</li><li>■ Angeboten;</li><li>■ Rechten und Pflichten;</li><li>■ Hausordnung;</li><li>■ Kostenfolgen;</li><li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals.</li></ul>		
7	Aufgrund der Abklärungen wissen die Klientinnen/Klienten sowie involvierte Fachpersonen, ob die Klientinnen/Klienten an der richtigen Stelle sind, ob eine Weitervermittlung eingeleitet werden muss, bis wann sie definitiv aufgenommen werden können und welche weiteren Schritte unternommen werden müssen.		
8	Müssen Klientinnen und Klienten weitergeleitet werden und/oder sind andere Schritte erforderlich, erhalten sie bei Bedarf Empfehlungen für das weitere Vorgehen.		



Nr.	V / 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
9	Die Klientinnen und Klienten haben mindestens eine fest zugeteilte Beratungsperson bzw. einen Wohnbegleiter/eine Wohnbegleiterin. Bei der Zuteilung werden Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.) angemessen berücksichtigt.		
10	Die Wohnungs- oder Zimmerzuteilung erfolgt gemäss im Voraus definierter Kriterien. Sie berücksichtigt die Ergebnisse aus den Abklärungsgesprächen, die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse sowie Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.).		
11	Der Umgang mit Klientinnen und Klienten mit minderjährigen Kindern ist geregelt.		
12	Der Umgang mit minderjährigen Klientinnen und Klienten ist geregelt.		



## Betreutes und begleitetes Wohnen

### V / 2 Qualitätsanforderungen zu «Beratung und Begleitung»

Nr.	V / 2 Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
1	Die Beratungen und Begleitungen genügen anerkannten fachlichen Kriterien, basieren auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen und folgen Grundsätzen der Interdisziplinarität.		
2	<p>Eine von der Organisationseinheit und dem Klienten/der Klientin unterschriebene Beratungs-/Begleitungsvereinbarung regelt die gegenseitigen Rechte und Pflichten, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ wie in Wohngemeinschaften die Autonomie des Klienten/der Klientin respektiert wird und welche gemeinschaftlichen Aufgaben zu erbringen sind;</li><li>■ Zugang zu und Kontrolle der Wohnräumlichkeiten bzw. Häufigkeit der Hausbesuche;</li><li>■ spezielle Bestimmungen bei fürsorglicher Unterbringung, administrativen oder strafrechtlichen Massnahmen;</li><li>■ dass eine Begleitungsplanung erstellt und regelmässig gemeinsam evaluiert wird;</li><li>■ das Beschwerde- und Rekursverfahren;</li><li>■ Ausschlussgründe.</li></ul>		



Nr.	V / 2 Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
3	<p>Die Beratungs- und Begleitungsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wird mit dem Klienten/der Klientin, unter Berücksichtigung seiner/ihrer kognitiven Fähigkeiten, transparent und nachvollziehbar vereinbart;</li> <li>■ ist ziel- und ressourcenorientiert;</li> <li>■ wird regelmässig mit dem Klienten/der Klientin überprüft und der individuellen Situation angepasst;</li> <li>■ ist dokumentiert.</li> </ul>		
4	<p>Die Beratungs- und Begleitungsplanung beinhaltet in der Regel die folgenden Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Erhebung der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation sowie der Suchtentwicklung und der bisherigen Behandlungen;</li> <li>■ weitere notwendige somatische und/oder psychiatrische Abklärungen;</li> <li>■ Zielsetzungen und Massnahmen zur Verbesserung der Wohnfähigkeit und des Wahrnehmens alltäglicher und administrativer Aufgaben;</li> <li>■ integrationsfördernde Angebote (Arbeit, Sport und Freizeit);</li> <li>■ Informationen zu Suchtverhalten; Wirkungen und Nebenwirkungen von diversen Substanzen; Gesundheitsrisiken und risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft; Fahreignung;</li> <li>■ Informationen zum Abschluss der Intervention;</li> <li>■ Evaluation der vereinbarten Ziele.</li> </ul>		



## Betreutes und begleitetes Wohnen

### V / 2 Qualitätsanforderungen zu «Beratung und Begleitung»

Nr.	V / 2 Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
5	<p>Die Organisationseinheit überprüft im Rahmen der Beratungs- und Begleitungsplanung regelmässig,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ ob andere oder weitere Angebote (z.B. Gruppenangebote) für einen nächsten Schritt notwendig sind;</li><li>■ welcher Bedarf an Unterstützung hinsichtlich der Themen Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Hygiene besteht;</li><li>■ die nötigen Unterstützungsmassnahmen hinsichtlich einer beruflichen (Re-)Integration (interne und/oder externe Angebote der Arbeitsintegration);</li><li>■ ob ein Bedarf an Unterstützung hinsichtlich weiterer Sachhilfethemen besteht.</li></ul>		
6	<p>Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld wird angestrebt und erfolgt mit Einwilligung des Klienten/der Klientin.</p>		
7	<p>Für Personen im Beziehungsumfeld von Klientinnen und Klienten, insbesondere für minderjährige Kinder, bestehen Unterstützungsangebote oder es werden solche vermittelt.</p>		
8	<p>Wenn vorhanden, sind Tagesstruktur und Mitarbeit in der Organisationseinheit geregelt und werden im Beratungs- und Begleitungsprozess reflektiert.</p>		
9	<p>Das Vorgehen und der Informationsfluss bei Ortswechsel, Timeout oder unerlaubter Absenz sind geregelt.</p>		



Nr.	V / 2 Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
10	Die medizinische Versorgung ist während der Aufenthaltsdauer intern oder extern sichergestellt.		
11	<p>Gibt die Organisationseinheit Medikamente ab,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sind die Beschaffung, Aufbewahrung und Kontrolle den Sicherheitsanforderungen entsprechend geregelt;</li> <li>■ ist das Verfahren, wie die Klientinnen und Klienten die richtige Medikation in der richtigen Dosis zum richtigen Zeitpunkt erhalten, definiert;</li> <li>■ dokumentiert sie lückenlos, wem wann welche Medikamente verabreicht werden.</li> </ul>		
12	Um Krisensituationen selbständig bewältigen zu können, verfügen die Klientinnen und Klienten über die notwendigen Ansprechpersonen und es werden ihnen Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten zur Verfügung gestellt.		
13	Der Informationsfluss zwischen den Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist in Krisensituationen gewährleistet.		



## Betreutes und begleitetes Wohnen

### V / 3 Qualitätsanforderungen zu «Wohninfrastruktur»

Nr.	V / 3 Wohninfrastruktur	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit stellt eine Wohninfrastruktur zur Verfügung, die den externen und internen Anforderungen an Funktionsfähigkeit, Sicherheit, Hygiene und Sauberkeit entspricht.		
2	Die Regeln für den Umgang mit der Wohninfrastruktur sind so gestaltet, dass sie die Besonderheiten der Klientinnen und Klienten berücksichtigen.		
3	Das Vorgehen für die Akquisition von Wohnraum geschieht systematisch, ist dokumentiert und wird regelmässig evaluiert.		
4	Bei angemieteten Wohnräumen unterhält die Organisationseinheit vertragliche Regelungen mit der Liegenschaftsverwaltung.		



Nr.	V / 4 Abschluss	Indikatoren	Standards
1	Der reguläre und der irreguläre Abschluss sind so strukturiert und geregelt, dass Anschlusslösungen möglich sind und/oder die Voraussetzungen für einen Wiedereintritt geklärt sind.		
2	Bei regulären Abschlüssen werden die getroffenen Beratungs- und Begleitungsmaßnahmen und die erreichten Ziele mit dem Klienten/der Klientin evaluiert.		
3	Bei einem Über- oder Austritt wird mit dem Klienten/der Klientin definiert, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		
4	Bei irregulären Abschlüssen ist definiert <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wann das Klienten-/Klientinnendossier geschlossen wird;</li> <li>■ das Vorgehen und die wichtigsten Inhalte einer internen Evaluation.</li> </ul>		
5	Bei regulären und irregulären Abschlüssen ist geregelt, welche Stellen informiert werden müssen.		



## Betreutes und begleitetes Wohnen

### V / 5 Qualitätsanforderungen zu «Externe Vernetzung»

Nr.	V / 5 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit ■ prüft bei allen Klientinnen und Klienten die externe Vernetzung mit integrativen Angeboten sowie mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung; ■ und stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher.		
2	Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Klienten/der Klientin werden regelmässig evaluiert.		
3	Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/ der Klientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.		
4	Es ist definiert, welche Berichte welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.		
5	Die Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu medizinischen Behandlungen sowie der Kontakt zum Hausarzt/zur Hausärztin und bei Substitutionsbehandlung zu den verschreibenden Ärztinnen/Ärzten sind geregelt.		



Nr.	V / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit erhebt bei der Dossier-Eröffnung folgende Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Name, Vorname, Adress- und Kontaktdaten;</li> <li>■ Jahrgang, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität;</li> <li>■ Religion, Aufenthalts- und Erwerbsstatus;</li> <li>■ AHV-, IV- und Krankenversicherungsdaten;</li> <li>■ Kinder und deren Jahrgang;</li> <li>■ Adressangaben relevanter Bezugspersonen und deren Muttersprache.</li> </ul>		
2	<p>Das Klienten-/Klientendossier beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ erhobene Daten;</li> <li>■ Situationsanalyse;</li> <li>■ Wohnvereinbarung;</li> <li>■ Beratungs- und Begleitungsvereinbarungen;</li> <li>■ zuständige Beratungsperson(en);</li> <li>■ Korrespondenz;</li> <li>■ eventuelle Schweigepflichtentbindungen und/oder Einverständniserklärungen;</li> <li>■ Verträge und Verfügungen;</li> <li>■ interne und externe Berichte;</li> <li>■ Dokumentation allfälliger Medikation;</li> <li>■ Journaleinträge zur Beratung und Begleitung, Wohnfähigkeit sowie zu wichtigen Ereignissen inkl. Kriseninterventionen.</li> </ul>		
3	<p>Die Dossiereinträge und Berichte entsprechen den Tatsachen, genügen fachlichen Standards und sind für die Adressatinnen und Adressaten verständlich.</p>		



Nr.	V / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
4	Klienten-/Klientinnendossiers (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben zehn Jahre aufzubewahren.		
5	Es ist geregelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht.		





## QuaTheDA-Referenzsystem

### VI Notschlafstellen





## VI Modul «Notschlafstellen»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Notschlafstellen»** sind in fünf Themenfelder strukturiert.

1. Aufnahme
2. Aufenthalt, Beratung und Triage
3. Grundversorgung
4. Externe Vernetzung
5. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul VI.



Nr.	VI / 1 Aufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Der Aufnahmeprozess ist geregelt und macht mindestens Aussagen zu: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufnahmekriterien;</li> <li>■ Personalien-Angabe gemäss städtischen oder kantonalen Vorgaben;</li> <li>■ Regelung der Bezahlung;</li> <li>■ den Informationen, welche den Klientinnen/ Klienten vermittelt werden.</li> </ul>		
4	Die Organisationseinheit bespricht beim Eintritt der Klientinnen und Klienten alle Punkte der Hausordnung sowie ihre Rechte und Pflichten während des Aufenthalts.		
5	Die Zimmerzuweisung erfolgt anhand im Voraus definierter Kriterien, welche mindestens Folgendes berücksichtigen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ das Konsumverhalten der Klientinnen und Klienten;</li> <li>■ die aktuelle Situation der Klientinnen und Klienten;</li> <li>■ Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.).</li> </ul>		



## Notschlafstellen

### VI / 2 Qualitätsanforderungen zu «Aufenthalt, Beratung und Triage»

Nr.	VI / 2 Aufenthalt, Beratung und Triage	Indikatoren	Standards
1	In der Nacht ist mindestens eine qualifizierte Person dauernd anwesend und gleichzeitig mindestens eine weitere qualifizierte Person jederzeit erreichbar.		
2	Die morgendlichen Tätigkeiten und die Schliessung der Notschlafstelle verlaufen gemäss einer Checkliste.		
3	Bei Bedarf erhalten Klientinnen und Klienten Hinweise zu Angeboten für den nächsten Tag und die nächste Nacht.		
4	Die Organisationseinheit regelt den Umgang mit <ul style="list-style-type: none"><li>■ minderjährigen Klientinnen und Klienten;</li><li>■ schwangeren Frauen;</li><li>■ Klientinnen und Klienten, welche Kinder in die Organisationseinheit mitbringen;</li><li>■ regelmässigen Klientinnen und Klienten.</li></ul>		
5	Regelmässige Klientinnen und Klienten erhalten Hinweise zu Angeboten des begleiteten und betreuten Wohnens und werden bei Bedarf an solche vermittelt.		



Nr.	VI / 3 Grundversorgung	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit regelt den Umfang der pflegerischen Grundversorgung und das hierzu notwendige Material (inkl. Medikamente).		
2	Die Organisationseinheit bietet Gelegenheit intern oder extern zum Kochen und zur Kleiderreinigung sowie nach Möglichkeit die Benützung geschlechtergetrennter sanitärer Anlagen.		
3	Die Abgabe von Injektionsmaterial ist geregelt.		
4	Die Abgabe von Präventionsmaterial erfolgt zielgruppen- und bedürfnisgerecht.		



## Notschlafstellen

### VI / 4 Qualitätsanforderungen zu «Externe Vernetzung»

Nr.	VI / 4 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit vermittelt die Klientinnen und Klienten bei Bedarf an weitere Angebote der Suchthilfe sowie der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung.		
2	Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/der Klientin.		

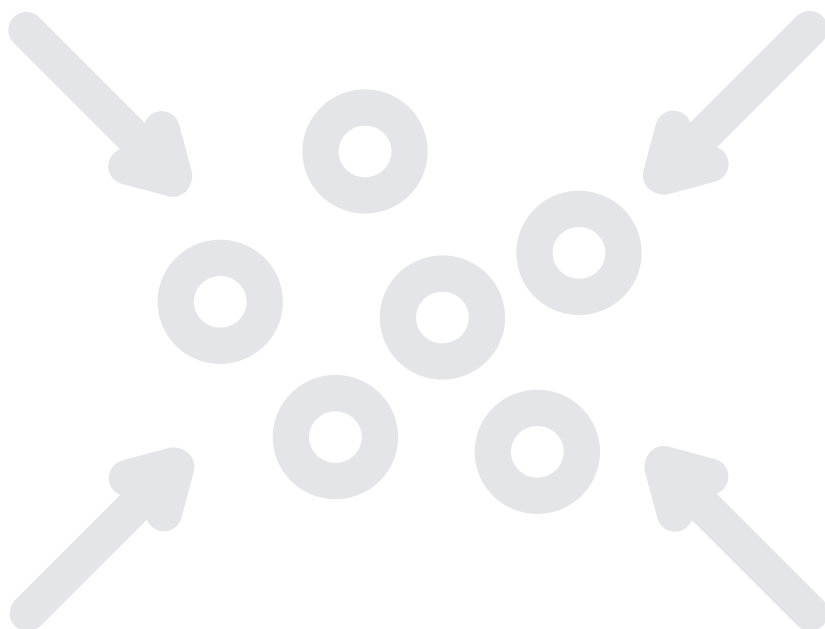


Nr.	VI / 5 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit regelt, welche persönlichen Daten der Klientinnen und Klienten festgehalten werden.		
2	Kriseninterventionen werden schriftlich dokumentiert.		
3	Die Organisationseinheit regelt, welche der folgenden Elemente dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Anzahl der Übernachtungen;</li> <li>■ die Anzahl der erfolgten Kurz-Beratungsgespräche;</li> <li>■ quantitative Angaben zum abgegebenen Injektionsmaterial;</li> <li>■ betriebsinterne Vorkommnisse (z.B. Vorfälle von Gewalt, spezielle Gruppendynamik etc.);</li> <li>■ relevante Vorkommnisse in der Szene (z.B. Auftauchen neuer Produkte, Preisschwankungen bei den illegalen Substanzen, illegaler Handel von Medikamenten, Auftauchen neuer Klientinnen-/Klientengruppen etc.).</li> </ul>		



## QuaTheDA-Referenzsystem

### VII Kontakt- und Anlaufstellen





## VII Modul «Kontakt- und Anlaufstellen»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Kontakt- und Anlaufstellen»** sind strukturiert in sechs Themenfelder strukturiert.

1. Zugang und Kontaktaufnahme
2. Beratung und Begleitung
3. Grundversorgung
4. Beschäftigungsangebote
5. Externe Vernetzung
6. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul VII.



Nr.	VII / 1 Zugang und Kontaktaufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Die Aufgaben und Kompetenzen der Personen, die den Zugang regeln, sind definiert.		
4	Das Prozedere für den Erstkontakt und den Zugangsentscheid ist geregelt und macht Aussagen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ den Aufnahmekriterien;</li> <li>■ den dafür notwendigen Abklärungen;</li> <li>■ den Informationen, welche den Klientinnen/ Klienten vermittelt werden.</li> </ul>		
5	Die Organisationseinheit stellt sicher, dass das Beratungs- und Begleitungsteam das Dienstleistungsangebot der Organisationseinheit sowie das regionale Suchthilfeangebot kennt und Grundkenntnisse in der Gesprächsführung besitzt.		
6	Die Organisationseinheit regelt den Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> <li>■ minderjährigen Klientinnen/Klienten;</li> <li>■ schwangeren Frauen;</li> <li>■ Klientinnen und Klienten, welche Kinder in die Organisationseinheit mitbringen.</li> </ul>		
7	Wird Klientinnen und Klienten der Zugang zur Organisationseinheit verwehrt, erhalten sie bei Bedarf Hinweise zu anderen Angeboten.		



## Kontakt- und Anlaufstellen

### VII / 2 Qualitätsanforderungen zu «Beratung und Begleitung»

Nr.	VII / 2 Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
1	Die Beratungen, Begleitungen und Behandlungen genügen anerkannten fachlichen Kriterien, basieren auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen und folgen Grundsätzen der Interdisziplinarität.		
2	Die Organisationseinheit regelt <ul style="list-style-type: none"><li>■ den Umfang der Beratungs- und Begleitungsaktivitäten für Klientinnen und Klienten, welche die Einrichtung regelmäßig aufsuchen, insbesondere für Minderjährige und junge Erwachsene;</li><li>■ die Beobachtung individueller Klientinnen/ Klienten zwecks Früherkennung von Notfall- und Krisensituationen.</li></ul>		



Nr.	VII / 2 Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
3	<p>Während der Beratungs- und Begleitungsaktivitäten erhalten die Klientinnen und Klienten Informationen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ den kostenfreien und -pflichtigen Angeboten der Organisationseinheit;</li> <li>■ Angeboten der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li> <li>■ Rechten und Pflichten;</li> <li>■ Beschwerde- und Rekursverfahren;</li> <li>■ Hausordnung;</li> <li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals;</li> <li>■ Suchtverhalten; Wirkungen und Nebenwirkungen diverser Substanzen; Gesundheitsrisiken; risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft; Fahreignung.</li> </ul>		
4	<p>Die Beratungs- und Begleitungsaktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ werden mit dem Klienten/der Klientin, unter Berücksichtigung ihrer kognitiven Fähigkeiten, transparent und nachvollziehbar vereinbart;</li> <li>■ sind ziel- und ressourcenorientiert;</li> <li>■ werden mit dem Klienten/der Klientin überprüft und der individuellen Situation angepasst;</li> <li>■ werden, wenn vorgesehen, dokumentiert.</li> </ul>		



## Kontakt- und Anlaufstellen

### VII / 2 Qualitätsanforderungen zu «Beratung und Begleitung»

Nr.	VII / 2 Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
5	Die Organisationseinheit holt bei Bedarf mit dem Einverständnis der Klientinnen/Klienten die für die Beratung und Begleitung notwendigen Informationen bei vorbehandelnden und involvierten Stellen ein.		
6	Die Organisationseinheit überprüft im Rahmen der Beratungs- und Begleitungsaktivitäten, welcher Bedarf an Unterstützung hinsichtlich der Themen Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Hygiene besteht.		
7	Klientinnen und Klienten mit minderjährigen Kindern werden beim Wahrnehmen ihrer elterlichen Verantwortung unterstützt, und für die Kinder werden Unterstützungsangebote zum Schutz des Kindeswohls vermittelt.		
8	Um Krisensituationen selbständig bewältigen zu können, verfügen die Klientinnen und Klienten über die notwendigen Ansprechpersonen und es werden ihnen Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten zur Verfügung gestellt.		
9	Der Informationsfluss zwischen den Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist in Krisensituationen gewährleistet.		



Nr.	VII / 3 Grundversorgung	Indikatoren	Standards
1	Abgabe und Umtausch von Injektionsmaterial sowie Abgabe oder Verkauf von dafür notwendigem Zubehör und von Hilfsstoffen sind geregelt.		
2	Die Abgabe von Präventionsmaterial erfolgt zielgruppen- und bedürfnisgerecht.		
3	Der Zugang zu Mahlzeiten und Getränken ist intern geregelt oder extern gewährleistet.		
4	Der Zugang zu Dusch- und Kleiderwaschmöglichkeiten und Kleiderbörse ist intern geregelt oder extern gewährleistet.		
5	Die pflegerische Grundversorgung (Wundversorgung, Verbands- und Venenpflege etc.) ist geregelt und wird in dafür geeigneten Räumlichkeiten gewährleistet.		
6	Das Vorgehen bei Komplikationen und Notfallsituationen ist geregelt, und die medizinische Notfallbehandlung ist jederzeit gewährleistet.		



## Kontakt- und Anlaufstellen

### VII / 3 Qualitätsanforderungen zu «Grundversorgung»

Nr.	VII / 3 Grundversorgung	Indikatoren	Standards
7	<p>Der Betrieb eines Konsumraums (Injektions- und Raucherräume) erfolgt in geeigneten Räumlichkeiten und erfüllt folgende fachliche Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ die Anforderungen an Hygiene und Sicherheit sind geregelt und gewährleisten insbesondere eine effiziente und effektive HIV- und Hepatitisprävention;</li><li>■ die Abläufe gewährleisten eine ruhige Atmosphäre;</li><li>■ es besteht eine Regelung über zugelassene Substanzen, über die erlaubten Konsumformen und Einstichstellen sowie über verwendbare Stoffe und Materialien;</li><li>■ der Konsumraum wird überwacht;</li><li>■ die Intimsphäre wird unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten angemessen gewährleistet.</li></ul>		
8	<p>Die Räumlichkeiten bieten eine Ruhezone für Rückzugsmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten und eine Kontaktzone für Beratungs- und Begleitungsaktivitäten zwischen Personal und Klientinnen/ Klienten.</p>		



Nr.	VII / 4 Beschäftigungsangebote	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit regelt die internen Beschäftigungsmöglichkeiten und macht Aussagen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zugang zu den Beschäftigungsmöglichkeiten;</li> <li>■ Entschädigung:</li> <li>■ Versicherung;</li> <li>■ Rechten und Pflichten;</li> <li>■ Sicherheits- und Hygienerichtlinien.</li> </ul>		
2	<p>Arbeitsanweisungen und -abläufe sind beschrieben und den Fähigkeiten und dem Gesundheitszustand der Klientinnen und Klienten angepasst.</p>		



## Kontakt- und Anlaufstellen

### VII / 5 Qualitätsanforderungen zu «Externe Vernetzung»

Nr.	VII / 5 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit <ul style="list-style-type: none"><li>■ prüft insbesondere bei regelmässigen Klientinnen und Klienten die externe Vernetzung mit integrativen Angeboten sowie mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li><li>■ stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher.</li></ul>		
2	Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Klienten/der Klientin werden regelmässig evaluiert.		
3	Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/der Klientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.		
4	Es ist definiert, welche Informationen welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.		
5	Die Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu medizinischen Behandlungen sowie der Kontakt zu deren Hausarzt/Hausärztin und bei Substitutionsbehandlung zu den verschreibenden Ärztinnen/Ärzten sind geregelt.		



Nr.	VII / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit regelt, welche der folgenden Daten bei Dossier-Eröffnung erhoben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Name, Vorname, Adress- und Kontaktdaten oder Codename;</li> <li>■ Jahrgang, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität;</li> <li>■ Religion, Aufenthalts- und Erwerbsstatus;</li> <li>■ AHV-, IV- und Krankenversicherungsdaten;</li> <li>■ Kinder und deren Jahrgang;</li> <li>■ Adressangaben relevanter Bezugspersonen und deren Muttersprache.</li> </ul>		
2	<p>Die Organisationseinheit regelt bei Dossierführung, welche der folgenden Elemente darin enthalten sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ erhobene Daten;</li> <li>■ Situationsanalyse;</li> <li>■ Zielvereinbarungen;</li> <li>■ eventuelle Korrespondenz;</li> <li>■ eventuelle Schweigepflichtentbindungen und/oder Einverständniserklärungen;</li> <li>■ interne und externe Berichte;</li> <li>■ eventuelle Verträge, Verfügungen und Bewilligungen;</li> <li>■ Journaleinträge zur Beratung und Begleitung sowie zu wichtigen Ereignissen inkl. Kriseninterventionen;</li> <li>■ bei interner medizinischer Versorgung: Journaleinträge des zuständigen Arztes/ der zuständigen Ärztin inklusive Verschreibung und Abgabe von Medikamenten.</li> </ul>		



## Kontakt- und Anlaufstellen

### VII / 6 Qualitätsanforderungen zu «Dokumentation»

Nr.	VII / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
3	Die Dossiereinträge und Berichte entsprechen den Tatsachen, genügen fachlichen Standards und sind für die Adressatinnen und Adressaten verständlich.		
4	Die Organisationseinheit regelt, welche der folgenden Elemente dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"><li>■ die Anzahl Besuche, die täglich stattfinden;</li><li>■ die Anzahl Klientinnen und Klienten, welche Dienstleistungen beanspruchen;</li><li>■ die Ergebnisse der Beobachtung individueller Klientinnen/Klienten zur Früherkennung von Notfall- und Krisensituationen;</li><li>■ quantitative Angaben zum abgegebenen Injektionsmaterial;</li><li>■ bei Vorhandensein eines Konsumraums, die Anzahl Konsumationen;</li><li>■ betriebsinterne Vorkommnisse (z.B. Vorfälle von Gewalt, spezielle Gruppendynamik etc.);</li><li>■ relevante Vorkommnisse in der Szene (z.B. Auftauchen neuer Produkte, Preisschwankungen bei den illegalen Substanzen, illegaler Handel von Medikamenten, Auftauchen neuer Klientinnen-/Klientengruppen etc.).</li></ul>		



Nr.	VII / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
5	Klientinnen-/Klientendossiers (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben zehn Jahre aufzubewahren.		
6	Es ist geregelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht.		



## QuaTheDA-Referenzsystem

### VIII Aufsuchende Suchtarbeit





## VIII Modul «Aufsuchende Suchtarbeit»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Aufsuchende Suchtarbeit»** sind in fünf Themenfelder strukturiert.

1. Kontaktaufnahme, Beratung und Begleitung
2. Abgabe von Materialien
3. Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen
4. Externe Vernetzung
5. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul VIII.



Nr.	VIII / 1 Kontaktaufnahme, Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit definiert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Art, Umfang, Rahmenbedingungen und Form der Evaluation der Aktivitäten in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung und Frühintervention sowie Schadenminderung;</li> <li>■ Art, Umfang, Rahmenbedingungen und Form der Evaluation einer Interessenvertretung der Klientinnen und Klienten gegenüber diversen Anspruchsgruppen</li> <li>■ Art, Umfang, Rahmenbedingungen und Form der Evaluation von Mediationsaktivitäten zwischen Klientinnen/Klienten und Anspruchsgruppen;</li> <li>■ bei Angeboten und Projekten mit Peers die Zielsetzungen, Dauer, Inhalte, Verantwortlichkeiten, Schulungen und Evaluation.</li> </ul>		
2	<p>Die Beratungen und Begleitungen genügen anerkannten fachlichen Kriterien, basieren auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen und folgen Grundsätzen der Interdisziplinarität.</p>		
3	<p>Die Organisationseinheit definiert die Rahmenbedingungen und Methoden, um eine proaktive Kontaktaufnahme mit den Klientinnen und Klienten zu ermöglichen.</p>		



## Aufsuchende Suchtarbeit

### VIII / 1 Qualitätsanforderungen zu «Kontaktaufnahme, Beratung und Begleitung»

Nr.	VIII / 1 Kontaktaufnahme, Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
4	<p>Während der Beratungs- und Begleitungsaktivitäten erhalten die Klientinnen und Klienten Informationen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ den kostenfreien und -pflichtigen Angeboten der Organisationseinheit;</li><li>■ Angeboten der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li><li>■ Rechten und Pflichten;</li><li>■ Beschwerdeverfahren;</li><li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals;</li><li>■ Suchtverhalten; Wirkungen und Nebenwirkungen diverser Substanzen; Gesundheitsrisiken; risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft; Fahreignung.</li></ul>		
5	<p>Die Beratungs- und Begleitungsaktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ werden mit den Klientinnen und Klienten unter Berücksichtigung deren kognitiven Fähigkeiten und deren Autonomie durchgeführt;</li><li>■ sind ziel- und ressourcenorientiert;</li><li>■ fördern die Kompetenz, sich bei Bedarf selbständig Unterstützung zu organisieren;</li><li>■ werden, wenn vorgesehen, dokumentiert.</li></ul>		
6	<p>Die Organisationseinheit überprüft im Rahmen der Beratungs- und Begleitungsaktivitäten, welcher Bedarf an Unterstützung hinsichtlich der Themen Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Hygiene besteht.</p>		



Nr.	VIII / 1 Kontaktaufnahme, Beratung und Begleitung	Indikatoren	Standards
7	Die Organisationseinheit regelt den Umgang mit <ul style="list-style-type: none"> <li>■ minderjährigen Klientinnen und Klienten;</li> <li>■ schwangeren Frauen;</li> <li>■ Klientinnen und Klienten mit minderjährigen Kindern.</li> </ul>		
8	Die Organisationseinheit definiert das Vorgehen für eine aufmerksame und strukturierte Szenenbeobachtung.		
9	Das Vorgehen in Krisensituationen ist geregelt und erste Notfallhilfe ist gewährleistet.		



## Aufsuchende Suchtarbeit

### VIII / 2 Qualitätsanforderungen zu «Abgabe von Materialien»

Nr.	VIII / 2 Abgabe von Materialien	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit definiert, welche Informations- und Präventionsmaterialien abgegeben werden und wie dies zielgruppen- und bedürfnisgerecht erfolgt.		
2	Abgabe und Umtausch von Injektionsmaterial sowie Abgabe oder Verkauf von dafür notwendigem Zubehör und von Hilfsstoffen sind geregelt.		



Nr.	VIII / 3 Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Konzeption, die Entwicklung und/oder die Umsetzung von neuen auf längere Dauer angelegten Dienstleistungen oder Projekten der aufsuchenden Suchtarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ entsprechen einem ausgewiesenen Bedarf;</li> <li>■ sind zielgruppen- und zielorientiert;</li> <li>■ definieren, welche Wirkungsebenen angesprochen sind;</li> <li>■ berücksichtigen aktuelle oder absehbare gesellschaftliche Entwicklungen;</li> <li>■ stützen sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse und berücksichtigen bereits bestehende Erfahrungen und Materialien;</li> <li>■ erfolgen unter Einbezug relevanter Akteurinnen und Akteure sowie in Absprache mit dem Kanton und/oder Gemeinden;</li> <li>■ definieren, wer wann durch wen informiert werden muss;</li> <li>■ erfolgen unter Einbezug anerkannter Prinzipien und Methoden der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention;</li> <li>■ berücksichtigen die Besonderheiten der angesprochenen Settings;</li> <li>■ berücksichtigen Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.);</li> <li>■ berücksichtigen bei Projekten die Möglichkeit der Multiplizierbarkeit;</li> <li>■ legen Produkte- oder Dienstleistungswerbung offen;</li> <li>■ definieren, in welcher Form Evaluationen und Valorisierungen der Ergebnisse stattfinden.</li> </ul>		



## Aufsuchende Suchtarbeit

### VIII / 4 Qualitätsanforderungen zu «Externe Vernetzung»

Nr.	VIII / 4 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ vermittelt bei Bedarf an Angebote der Schadenminderung, Therapie und Beratung;</li><li>■ prüft insbesondere bei regelmässigen Klientinnen und Klienten die externe Vernetzung mit integrativen Angeboten sowie mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li><li>■ stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher.</li></ul>		
2	<p>Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Klienten/der Klientin werden regelmässig evaluiert.</p>		
3	<p>Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/der Klientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.</p>		
4	<p>Es ist definiert, welche Informationen welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.</p>		



Nr.	VIII / 5 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit regelt, welche Daten der Klientinnen und Klienten festgehalten werden, sowie den Umfang und Inhalt einer allfälligen Dossierführung bei regelmässigen Klientinnen und Klienten.		
2	Kriseninterventionen werden schriftlich dokumentiert.		
3	<p>Die Organisationseinheit regelt, welche der folgenden Elemente dokumentiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Anzahl Kontakte, die stattgefunden haben und/oder die ungefähre Anzahl Klientinnen/Klienten, mit welchen Kontakt bestand;</li> <li>■ die Anzahl der erfolgten Kurz-Beratungsgespräche;</li> <li>■ durchgeführte Peer-Projekte;</li> <li>■ Anzahl der Aktivitäten der Interessensvertretung;</li> <li>■ Anzahl der Mediationsaktivitäten;</li> <li>■ Gespräche mit den Vernetzungspartnern/-partnerinnen;</li> <li>■ quantitative Angaben zum abgegebenen Injektionsmaterial;</li> <li>■ Vorkommnisse (z.B. Vorfälle von Gewalt, spezielle Gruppendynamik etc.);</li> <li>■ relevante Vorkommnisse in der Szene (z.B. Auftauchen neuer Produkte, Preisschwankungen bei den illegalen Substanzen, illegaler Handel von Medikamenten, Auftauchen neuer Klientinnen-/Klientengruppen etc.).</li> </ul>		





## QuaTheDA-Referenzsystem

### IX Entzug





## IX Modul «Entzug»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Entzug»** sind in sechs Themenfelder strukturiert.

1. Abklärung und Aufnahme
2. Suchttherapeutische Behandlung
3. Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung
4. Austritt
5. Externe Vernetzung
6. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul IX.



Nr.	IX/ 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Die Organisationseinheit stellt sicher, dass diejenige Person, die den Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten hat, das Dienstleistungsangebot der Organisationseinheit sowie das regionale Suchthilfeangebot kennt und Grundkenntnisse in der Gesprächsführung besitzt.		
4	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt und macht Aussagen zu <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erstkontakt;</li> <li>■ notwendigen Abklärungen;</li> <li>■ Entscheid über die Aufnahme.</li> </ul>		



Nr.	IX/ 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
5	<p>In Abklärungsgesprächen beschafft sich die Organisationseinheit die zum Aufnahmeentscheid erforderlichen Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ die für die Dokumentation erforderlichen Personalien;</li><li>■ Klärung der rechtlichen, formellen, finanziellen und persönlichen Voraussetzungen für die Aufnahme;</li><li>■ bio-psycho-soziale und pflegerische Anamnese;</li><li>■ suchtspezifische Situationsanalyse;</li><li>■ Motivation und Ressourcen;</li><li>■ Unterstützungssystem und Beziehungsnetz des Patienten/der Patientin, insbesondere minderjährige Kinder, weitere Angehörige und Haustiere;</li><li>■ Vormundschaft und Beistandschaft;</li><li>■ fürsorgerische Unterbringung, administrative und strafrechtliche Massnahmen.</li></ul>		
6	<p>Die Organisationseinheit holt bei Bedarf mit dem Einverständnis der Patientin/des Patienten die notwendigen Informationen bei vorbehandelnden Stellen ein.</p>		



Nr.	IX/ 1 Abklärung und Aufnahme	Indikatoren	Standards
7	<p>Während des Aufnahmeverfahrens erhalten die Patientinnen und Patienten Informationen zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufnahmebedingungen und Eintrittsprozedere;</li> <li>■ Angeboten;</li> <li>■ Aufenthaltsdauer und Tagesablauf;</li> <li>■ Rechten und Pflichten;</li> <li>■ Hausordnung;</li> <li>■ Fahreignung;</li> <li>■ Schwangerschaft;</li> <li>■ Kostenfolgen und Kostengutsprachen;</li> <li>■ Datenschutz und Schweigepflicht des Personals.</li> </ul>		
8	<p>Aufgrund der Abklärungen wissen die Patientinnen/Patienten sowie involvierte Fachpersonen, ob die Patientinnen/Patienten an der richtigen Stelle sind, ob eine Weitervermittlung eingeleitet werden muss und welche weiteren Schritte unternommen werden müssen.</p>		
9	<p>Müssen Patientinnen/Patienten weitergeleitet werden und/oder sind andere Schritte erforderlich, erhalten sie bei Bedarf Empfehlungen für weitere Schritte.</p>		
10	<p>Die Patientinnen/Patienten haben mindestens eine fest zugeteilte Bezugsperson; bei der Zuteilung werden Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.) angemessen berücksichtigt.</p>		
11	<p>Der Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten ist geregelt.</p>		



## Entzug

### IX/2 Qualitätsanforderungen zu «Suchttherapeutische Behandlung»

Nr.	IX/ 2 Suchttherapeutische Behandlung	Indikatoren	Standards
1	Die suchttherapeutische Behandlung genügt anerkannten fachlichen Kriterien, basiert auf bewährten Methoden der involvierten Berufsgruppen, ist evidenzbasiert und folgt Grundsätzen der Interdisziplinarität.		
2	Eine von der Organisationseinheit und dem Patienten/der Patientin unterschriebene Behandlungsvereinbarung regelt die gegenseitigen Rechte und Pflichten, insbesondere <ul style="list-style-type: none"><li>■ wie die Autonomie der Patientinnen/ Patienten respektiert wird;</li><li>■ spezielle Bestimmungen bei fürsorglicher Unterbringung und bei administrativen oder strafrechtlichen Massnahmen;</li><li>■ dass eine Behandlungsplanung erstellt und regelmässig gemeinsam evaluiert wird;</li><li>■ den Umgang mit Suchtmitteln und mit nicht verordneten Medikamenten während des Aufenthalts;</li><li>■ Möglichkeiten und Grenzen der Religionsausübung;</li><li>■ Beschwerde- und Rekursverfahren;</li><li>■ Ausschlussgründe.</li></ul>		



Nr.	IX / 2 Suchttherapeutische Behandlung	Indikatoren	Standards
3	<p>Die Behandlungsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wird mit den Patienten/ der Patientin, unter Berücksichtigung seiner/ihrer kognitiven Fähigkeiten, transparent und nachvollziehbar vereinbart;</li> <li>■ ist ziel- und ressourcenorientiert;</li> <li>■ wird regelmässig mit dem Patienten/der Patientin überprüft und der individuellen Situation angepasst;</li> <li>■ ist dokumentiert.</li> </ul>		



## Entzug

### IX / 2 Qualitätsanforderungen zu «Suchttherapeutische Behandlung»

Nr.	IX / 2 Suchttherapeutische Behandlung	Indikatoren	Standards
4	<p>Die Behandlungsplanung beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ die weitere Erhebung der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation sowie der Suchtentwicklung und der bisherigen Behandlungen;</li><li>■ weitere notwendige somatische, psychiatrische und/oder pflegerische Abklärungen;</li><li>■ das Vorgehen zur somatischen, psychiatrischen und/oder pflegerischen Überwachung;</li><li>■ Zielsetzungen;</li><li>■ Massnahmen;</li><li>■ die Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Risikosituationen, Krisen und Entzugskomplikationen;</li><li>■ Informationen zu Suchtverhalten; Wirkungen und Nebenwirkungen diverser Substanzen; Gesundheitsrisiken; risikoarmem Konsum; Infektionskrankheiten, insbesondere HIV- und Hepatitisprophylaxe; Schwangerschaft; Fahreignung;</li><li>■ Informationen zum Abschluss der Behandlung und zum Beginn der Nachbehandlung;</li><li>■ Evaluation der vereinbarten Ziele.</li></ul>		
5	<p>Die Organisationseinheit überprüft im Rahmen der Behandlungsplanung regelmässig,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ welcher Bedarf an Unterstützung hinsichtlich der Themen Tagesstruktur, Gesundheit, Ernährung, Bewegung und Hygiene besteht;</li><li>■ ob ein Bedarf an Unterstützung hinsichtlich weiterer Sachhilfethemen besteht;</li><li>■ welche Nachbehandlung benötigt wird.</li></ul>		



Nr.	IX / 2 Suchttherapeutische Behandlung	Indikatoren	Standards
6	Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld wird angestrebt und erfolgt mit Einwilligung des Patienten/der Patientin.		
7	Für Personen im Beziehungsumfeld von Patientinnen und Patienten, insbesondere für minderjährige Kinder und weitere Angehörige, werden bei Bedarf Unterstützungsangebote vermittelt.		
8	Die Tagesstruktur und Mitarbeit in der Organisationseinheit sind geregelt und dem Behandlungsprozess des Patienten/der Patientin förderlich. Die Rückkoppelung der Erfahrungen aus dem Lebensalltag in den Behandlungsprozess ist gewährleistet.		
9	Die Intimsphäre der Patientinnen und Patienten ist unter Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten gewährleistet, indem <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Zimmerzuteilung gemäss im Voraus definierter, zielgruppenspezifischer Kriterien erfolgt;</li> <li>■ für die Patientinnen und Patienten räumliche und zeitliche Möglichkeiten bestehen, sich in einen eigenen Bereich zurückzuziehen.</li> </ul>		
10	Das Vorgehen und der Informationsfluss bei Behandlungsabbruch und/oder Flucht sind geregelt.		



## Entzug

### IX / 2 Qualitätsanforderungen zu «Suchttherapeutische Behandlung»

Nr.	IX / 2 Suchttherapeutische Behandlung	Indikatoren	Standards
11	Um Krisensituationen selbständig bewältigen zu können, verfügen die Patientinnen und Patienten über die notwendigen Ansprechpersonen und es werden ihnen Adressen und Telefonnummern von Notfalldiensten zur Verfügung gestellt.		
12	Der Informationsfluss zwischen den Vernetzungspartnern/-partnerinnen ist in Krisensituationen gewährleistet.		



Nr.	IX / 3 Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung	Indikatoren	Standards
1	Die somatische und psychiatrische Versorgung ist während der Aufenthaltsdauer intern und/oder extern sichergestellt.		
2	Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten bei der Verabreichung der Substitutionsmedikamente und Medikamente sind geregelt.		
3	Die Beschaffung, Aufbewahrung und Kontrolle der Medikamente sowie der Substitutionsmedikamente, welche im Rahmen einer Entzugsbehandlung abgegeben werden, sind geregelt und tragen den Sicherheitsanforderungen Rechnung.		
4	Die Anforderungen an Hygiene und Sicherheit bei der Verabreichung von Substitutionsmedikamenten und Medikamenten sind geregelt und deren Erfüllung gewährleistet.		
5	Vor jeder Verabreichung der Substitutionsmedikamente und Medikamente wird eine Überprüfung der individuellen Verträglichkeit gemäss einheitlichem Verfahren durchgeführt.		



## Entzug

### IX / 3 Qualitätsanforderungen zu «Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung»

Nr.	IX / 3 Medizinische Dienstleistungen und Medikamentenverabreichung	Indikatoren	Standards
6	Das Verfahren, wie die Patientinnen/Patienten die richtige Medikation in der richtigen Dosis zum richtigen Zeitpunkt erhalten, ist definiert.		
7	Es wird lückenlos dokumentiert, wem wann welche Medikamente und Substitutionsmedikamente verabreicht wurden.		
8	Das Vorgehen bei Komplikationen und Notfallsituationen ist geregelt und die medizinische Notfallbehandlung ist jederzeit gewährleistet.		



Nr.	IX / 4 Austritt	Indikatoren	Standards
1	Der reguläre und irreguläre Austritt sind so strukturiert und geregelt, dass Anschlusslösungen möglich sind und/oder die Voraussetzungen für einen Wiedereintritt geklärt sind.		
2	Zur Sicherstellung der Nachbehandlung sind Folgetermine bei spezialisierten Ärztinnen/Ärzten, Institutionen und/oder bei der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung verbindlich vereinbart.		
3	Bei regulären Austritten <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ist die finanzielle und rechtliche Situation der Patientinnen und Patienten geklärt;</li> <li>■ ist die medikamentöse Behandlung geregelt und mit den Patientinnen/Patienten besprochen;</li> <li>■ sind die erreichten Ziele mit den Patientinnen/Patienten evaluiert.</li> </ul>		
4	Bei irregulären Abschlüssen ist definiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wann das Patientinnen-/Patientendossier geschlossen wird;</li> <li>■ das Vorgehen und die wichtigsten Inhalte einer internen Evaluation.</li> </ul>		
5	Bei regulären und irregulären Austritten ist geregelt, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.		



## Entzug

### IX/5 Qualitätsanforderungen zu «Externe Vernetzung»

Nr.	IX/ 5 Externe Vernetzung	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ prüft bei allen Patientinnen und Patienten die externe Vernetzung mit integrativen Angeboten sowie mit der sozialen und gesundheitlichen Grundversorgung;</li><li>■ stellt bei Bedarf die Vernetzung sicher, unterstützt den Patienten/die Patientin und integriert die Ergebnisse in den Behandlungsprozess.</li></ul>		
2	<p>Bei gemeinsamer Fallführung sind Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den involvierten Stellen geklärt und dokumentiert. Die Zusammenarbeit und die Situation des Patienten/der Patientin werden regelmässig evaluiert.</p>		
3	<p>Fallbezogene Vernetzungen erfolgen in Anwesenheit oder mit Zustimmung des Klienten/der Klientin. Ausnahmen sind zu begründen und schriftlich zu dokumentieren.</p>		
4	<p>Es ist definiert, welche Informationen und/oder Berichte welchen Vernetzungspartnern/-partnerinnen zugestellt werden.</p>		
5	<p>Die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu weiteren medizinischen Behandlungen sowie der Kontakt zum Hausarzt/zur Hausärztin sind geregelt.</p>		



Nr.	IX / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Organisationseinheit erhebt bei der Dossier-Eröffnung folgende Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Name, Vorname, Adress- und Kontaktdaten;</li> <li>■ Jahrgang, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität;</li> <li>■ Religion, Aufenthalts- und Erwerbsstatus;</li> <li>■ AHV-, IV- und Krankenversicherungsdaten;</li> <li>■ Kinder und deren Jahrgang;</li> <li>■ Adressangaben relevanter Bezugspersonen und deren Muttersprache.</li> </ul>		
2	<p>Das Patientinnen-/Patientendossier beinhaltet einen medizinischen und einen nicht-medizinischen Teil, wobei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ der medizinische Teil medizinischen Standards entspricht;</li> <li>■ für den nicht-medizinischen Teil die Dokumentation für Patientinnen/Patienten, Betroffene und Berechtigte transparent geregelt ist.</li> </ul>		



Nr.	IX / 6 Dokumentation	Indikatoren	Standards
3	<p>Das Patientinnen- und Patientendossier beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ erhobene Daten;</li><li>■ Anamnese und Diagnostik;</li><li>■ Zielvereinbarungen;</li><li>■ Behandlungsvereinbarung;</li><li>■ Behandlungsplanung;</li><li>■ Dokumentation der verabreichten Substitutionsmedikamente und Medikamente;</li><li>■ zuständige Bezugsperson(en);</li><li>■ Korrespondenz;</li><li>■ eventuelle Schweigepflichtentbindungen und/oder Einverständniserklärungen;</li><li>■ Verträge, Verfügungen und Bewilligungen;</li><li>■ interne und externe Berichte;</li><li>■ Journaleinträge zur Behandlung sowie zu wichtigen Ereignissen inkl. Kriseninterventionen.</li></ul>		
4	<p>Die Dossiereinträge und Berichte entsprechen den Tatsachen, genügen fachlichen Standards und sind für die Adressatinnen und Adressaten verständlich.</p>		
5	<p>Patientinnen-/Patientendossiers (inkl. elektronische Daten) sind unter Berücksichtigung kantonaler und/oder nationaler Vorgaben zehn Jahre aufzubewahren.</p>		
6	<p>Es ist geregelt, was nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist und bei Auflösung der Organisationseinheit mit den Akten geschieht.</p>		





## QuaTheDA-Referenzsystem

- X Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention





## X Modul «Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention»

Die Qualitätsanforderungen des Moduls **«Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention»** sind in fünf Themenfelder strukturiert.

1. Akquisition und Auftragsklärung
2. Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen
3. Zur Verfügung stellen von Informationen
4. Externe Vernetzung
5. Dokumentation

Auf den nachfolgenden Seiten befinden sich die Qualitätsanforderungen zum Modul X.



Nr.	X/ 1 Akquisition und Auftragsklärung	Indikatoren	Standards
1	Der Zugang zur Organisationseinheit ist ausreichend signalisiert.		
2	Zugang und Kontaktaufnahme sind verständlich geregelt.		
3	Die Organisationseinheit hat einen Überblick und einen Beschrieb ihrer potentiellen Kundinnen/Kunden und Auftraggeberinnen/Auftraggeber.		
4	Die Organisationseinheit benennt ihre Dienstleistungen im Bereich von Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention und macht für Kundinnen/Kunden und Auftraggeberinnen/Auftraggeber transparent, <ul style="list-style-type: none"> <li>■ welche Kosten für diese entstehen;</li> <li>■ welche Leistungen sie erhalten;</li> <li>■ welche Eigenleistungen sie zu erbringen haben.</li> </ul>		
5	Der Akquisitions- und der Auftragsklärungsprozess sind geregelt.		
6	Aufgrund der Auftragsklärung wissen Auftraggeberinnen/Auftraggeber und Kundinnen/Kunden, ob sie an der richtigen Stelle sind oder ob eine andere Organisationseinheit geeigneter wäre.		



**X / 1 Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und  
Frühintervention  
Qualitätsanforderungen zu «Akquisition und Auftragsklärung»**

Nr.	X / 1 Akquisition und Auftragsklärung	Indikatoren	Standards
7	Ist die Organisationseinheit nicht geeignet, werden Auftraggeberinnen/Auftraggeber und Kundinnen/Kunden weitervermittelt.		
8	Die Organisationseinheit definiert, ab wann mit Auftraggeberinnen/Auftraggebern oder Kundinnen/Kunden eine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen wird.		
9	Schriftliche Vereinbarungen mit Auftraggeberinnen/Auftraggebern oder Kundinnen/Kunden berücksichtigen: <ul style="list-style-type: none"><li>■ Leistungen der Organisationseinheit;</li><li>■ Zielsetzung, Strategie und Massnahmen;</li><li>■ beteiligte Akteurinnen/Akteure;</li><li>■ Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Kompetenzen;</li><li>■ verwendete bzw. eingesetzte Methoden;</li><li>■ Zeitplan;</li><li>■ den finanziellen und personellen Ressourcenaufwand für Auftraggeberinnen/Auftraggeber oder Kundinnen/Kunden;</li><li>■ gegenseitige Rechte und Pflichten sowie eventuelle weitere Konditionen;</li><li>■ Evaluation.</li></ul>		



Nr.	X/ 2 Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen	Indikatoren	Standards
1	<p>Die Konzeption, die Entwicklung und/oder die Umsetzung von Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ entsprechen einem ausgewiesenen Bedarf;</li> <li>■ sind zielgruppen- und zielorientiert;</li> <li>■ definieren, welche Wirkungsebenen angesprochen sind;</li> <li>■ berücksichtigen aktuelle oder absehbare gesellschaftliche Entwicklungen;</li> <li>■ stützen sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse und berücksichtigen bereits bestehende Erfahrungen und Materialien;</li> <li>■ erfolgen unter Einbezug relevanter Akteurinnen/Akteure sowie in Absprache mit dem Kanton und/oder Gemeinden;</li> <li>■ definieren, wer wann durch wen informiert werden muss;</li> <li>■ erfolgen unter Einbezug anerkannter Prinzipien und Methoden der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention;</li> <li>■ berücksichtigen die Besonderheiten der angesprochenen Settings;</li> <li>■ berücksichtigen Aspekte der Diversität (Gender, Migration, Alter, Komorbidität etc.);</li> </ul>		



X / 2

**Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und  
Frühintervention  
Qualitätsanforderungen zu «Konzeption, Entwicklung und  
Umsetzung von Dienstleistungen»**

Nr.	X/ 2 Konzeption, Entwicklung und Umsetzung von Dienstleistungen	Indikatoren	Standards
1	<ul style="list-style-type: none"><li>■ berücksichtigen bei Projekten die Möglichkeit der Multiplizierbarkeit;</li><li>■ legen Produkte- oder Dienstleistungswerbung offen;</li><li>■ definieren, in welcher Form Evaluationen und Valorisationen der Ergebnisse stattfinden.</li></ul>		
2	Es ist geregelt, wann und wie Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention abgeschlossen werden.		
3	Evaluationen geschehen systematisch und berücksichtigen insbesondere <ul style="list-style-type: none"><li>■ Chancengleichheit;</li><li>■ Empowerment;</li><li>■ Settingansatz;</li><li>■ Partizipation;</li><li>■ bei Projekten die Projektbegründung, die Projektplanung, die Projektorganisation, die Projektsteuerung sowie die Ergebnisse und Wirkungen;</li><li>■ Lessons learned.</li></ul>		



Nr.	X/ 3 Zur Verfügung stellen von Informationen	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit stellt sicher, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Form und Inhalte vermittelter Informationen aktuell und zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind;</li> <li>■ der zur Informationsvermittlung genutzte Medien-Mix definiert ist;</li> <li>■ die Weiterentwicklung der Medienlandschaft systematisch im Hinblick auf die Informationsvermittlung evaluiert wird.</li> </ul>		
2	Kundinnen/Kunden und Auftraggeberinnen/ Auftraggeber werden bei der Suche nach Informationen unterstützt und beraten.		
3	Das Platzieren, Verbreiten und Auflegen von Informationen geschieht gezielt, bedarfs- und bedürfnisorientiert und wird regelmässig evaluiert.		



**X / 4 Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention**  
**Qualitätsanforderungen zu «Externe Vernetzung»**

<b>Nr.</b>	<b>X/ 4 Externe Vernetzung</b>	<b>Indikatoren</b>	<b>Standards</b>
1	Die Form der Zusammenarbeit mit externen Akteurinnen/Akteuren sowie die Kompetenzen und Zuständigkeiten sind geregelt und werden regelmässig evaluiert.		
2	Die Organisationseinheit definiert bei gemeinsamen Projekten und Programmen, wann eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit den betroffenen Akteurinnen/Akteuren abgeschlossen wird.		
3	Erkennt die Organisationseinheit im Rahmen ihrer Aktivitäten individuelle Anzeichen einer möglichen Gefährdung der körperlichen, psychischen und/oder sozialen Entwicklung, werden etablierte Abläufe von Früherkennung und Frühintervention genutzt und/oder es wird direkte Hilfestellung vermittelt.		



Nr.	X/ 5 Dokumentation	Indikatoren	Standards
1	Die Organisationseinheit regelt, welche Aktivitäten in welcher Form dokumentiert werden.		



## Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit  
Publikationszeitpunkt: Juli 2012

Weitere Informationen:  
Bundesamt für Gesundheit  
Nationale Präventionsprogramme  
Sektion Drogen  
3003 Bern

Autoren: Projektteam QuaTheDA unter der Leitung von René Stamm,  
Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit Infodrog, General Consulting Network,  
Winterthur und Fachpersonen aus dem Suchthilfebereich.

Layout: Silversign GmbH, Bern

BAG-Publikationsnummer: BAG OeG 07.12 1200 d 500 f 20EXT1221

Vertrieb/Bestellung:  
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)  
Bestellnummer: 311.831.d

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier