



„Qualitätsstandard für ambulante Angebote der Suchthilfe in der Steiermark“

**Ergänzende Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich für
ambulante Angebote der Suchthilfe in der Steiermark**

Stand 8.6.2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abkürzungen	4
Gesetze und Verordnungen	4
Richtlinien / ÖNORMEN / Grundlagen	4
Einleitung 5	
Grundannahmen / Grundkonzept	6
I. Teil - Allgemeiner Qualitätsstandard für förderungsfähige Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in der Steiermark	9
I.1. Allgemeiner Standard - Strukturqualität	9
I.1.1. Geltungsbereich	9
I.1.2. Suchtpolitik	9
I.1.2.1. Einbettung auf internationaler Ebene	9
I.1.2.2. Nationale Ebene	9
I.1.2.3. Suchtpolitik Land Steiermark 2011	10
I.1.3. Grundsätze	11
I.1.3.1. Bedürfnisgerechtigkeit	11
I.1.3.2. Bedarfsgerechtigkeit	11
I.1.3.3. Gemeindenähe und -integration	12
I.1.3.4. Regionalisierung und Vernetzung	12
I.1.4. Grundlegende Erwartungen	12
I.1.4.1. Grundlegende Erwartungen der Klient*innen	12
I.1.4.2. Zielsetzungen	13
I.1.5. Rechtliche, behördliche und vertragliche Verpflichtungen	15
I.1.6. Voraussetzungen für die Förderungsgewährung	16
I.2. Prozessqualität <i>allg. Standard</i>	17
I.2.1. Personalführung	17
I.2.1.1. Dienstplanung	17
I.2.1.2. Einschulung von neuen Mitarbeitenden	18
I.2.1.3. Auszubildende	18
I.2.2. Termin- u. Zeitverwaltung	19
I.2.3. Fort- und Weiterbildung und fachliche Reflexion	20
I.2.3.1. Kompetenzprofil	21
I.2.3.2. Fort- und Weiterbildungsprozess	22
I.2.3.3. Fachliche Reflexion	22
I.2.3.4. Mitarbeiter*innengespräch	23
I.2.4. Notfallpläne	24
I.2.5. Dokumentation des Klient*innenbetreuungsprozesses	25
I.2.5.1. Handzeichen (Paraphe) und Handzeichenliste	26
I.2.5.2. Archivierung von Aufzeichnungen	26
I.2.5.3. Elektronische Führung von Dokumenten und Aufzeichnungen	27
I.2.6. Datenschutz	27
I.2.7. Verbesserung der Dienstleistungsqualität	28
I.2.7.1. Fehlermanagement intern	28
I.2.7.2. Umgang mit Rückmeldungen von Außen	29
I.2.8. Öffentlichkeitsarbeit	29
I.2.8.1. Inhalte für die Website	31
II. Teil - Fachstandard	32
II.1. Fachstandard - Strukturqualität	32
II.1.1. Allgemeines/Zuständigkeit/Zielgruppe	32
II.1.2. Förderungstypen	33
II.1.2.1. Teilgeförderte Einrichtungen durch den Gesundheitsfonds	33
II.1.2.2. Hauptgeförderte Einrichtungen durch den GF	33
II.1.3. Kooperationen der Suchthilfe	34
II.1.4. Förderungsvoraussetzungen für Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe	35
II.1.5. Personelle Ausstattung	36
II.1.6. Zuweiser*innen	38
II.1.7. Zielgruppe der Suchthilfe	38

II.1.8.	Zeitlicher Rahmen / Öffnungszeiten	38
II.1.9.	Standort / Örtlichkeiten	39
II.1.9.1.	Anrufbeantworter	39
II.1.9.2.	Standorte	39
II.1.9.3.	Hinweis auf bauliche Vorgaben, Raumbedarf und Ausstattung	40
II.1.9.4.	Neubauten	41
II.1.10.	Personal - Rollen, Funktionen	41
II.1.10.1.	Leitungsfunktion des Betreuer*innenteams	41
II.1.10.2.	Bezugsbetreuer*innen	41
II.1.10.3.	Organisation und Funktionen	41
II.1.10.4.	Teambesprechung	42
II.1.11.	Hausordnung	42
II.2.	Prozessqualität Fachstandard	43
II.2.1.	Metaprozess der Betreuung in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe	43
II.2.1.1.	Hauptangebote	43
II.2.1.2.	Aufnahme der Betreuung/ Begleitung, Beginn des Betreuungsprozesses	44
II.2.1.3.	Einstieg in den Beratungsprozess	45
II.2.1.4.	Zielplanungsprozess mit dem*der Klient*in (ambulante Hilfeplanung)	45
II.2.1.5.	Betreuung / Begleitung / Beratung	46
II.2.1.6.	Arten der Betreuung	47
II.2.1.7.	Evaluation auf individueller Ebene (MA und Kli)	47
II.2.1.8.	Einrichtungen gemäß §15 Suchtmittelgesetz	47
II.2.1.9.	Wichtige zusätzliche Aspekte im Rahmen der Betreuung	48
II.2.1.10.	Case- und Caremanagement	48
II.2.1.10.1.	Internes Casemanagement	48
II.2.1.10.2.	Caremanagement	49
II.2.1.11.	Beendigung der Betreuung durch die Einrichtung	49
II.2.1.12.	Geplante Beendigung der Betreuung	49
II.2.1.13.	Einzelne Arten des Tätigkeitsbereichs	50
II.2.1.13.1.	Journaldienst	50
II.2.1.13.2.	Psychiatrischer Krisendienst durch psychosoziale Beratungsstellen	51
III.	Teil -Ergebnisqualität	52
III.1.	Allgemeines	52
III.2.	Statistische Erhebungen	52
III.2.1.	Basisdokumentation (BADOK / BADOS)	52
III.2.2.	Förderungsmonitoring	53
III.2.3.	Tätigkeitsberichte	53
III.3.	Evaluation Zielgruppe	54
III.3.1.	Klient*innenzufriedenheitsbefragung	54
III.3.2.	Entwicklungsindikatoren	54
III.3.2.1.	GAF (Global Assessment of Functioning)	54
III.3.2.2.	GAS (Goal Attainment Scaling)	54
III.3.3.	Zufriedenheitsbefragung für Mitarbeitende	55
III.3.4.	Indirekte Zufriedenheitsfaktoren MA	55
III.4.	Kontrollen und Audits zur Feststellung der Einhaltung der Förderungsbedingungen	55
IV.	Änderungsverfolgung	57

Abkürzungen

EFQM	European Foundation for Quality Management	idgF	in der geltenden Fassung
ggf	gegebenenfalls	o.g.	oben genannt (e, -er, -en)
iSd	im Sinne des/der	Q	Qualität
KAL	Katalog ambulanter Angebote	VZÄ	Vollzeitäquivalent
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie		
MA	Mitarbeiter*innen		

Gesetze und Verordnungen

AAV	Allgemeine Arbeitnehmerschutzverordnung	KSchG	Konsumentenschutzgesetz
AMG	Arzneimittelgesetz	LGBI	Landesgesetzblatt
ARG	Arbeitsruhegesetz	StBTv	Steiermärkische Bautechnikverordnung
ÄrzteG	Ärztegesetz	StKAG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
ASchG	ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz	StRSG-VO	Verordnung über die Verbindlicherklärung von Teilen des Regionalen Gesundheitsplan Steiermark 2025
AZG	Arbeitszeitgesetz		
BAO	Bundesabgabenordnung		
Stmk. BauG	Steiermärkisches Baugesetz	SWÖ-KV	Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich
BGBI	Bundesgesetzblatt		
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung	SMG	Suchtmittelgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz		

Richtlinien / ÖNORMEN / Grundlagen

OIB Richtlinie 4	„Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit“
ÖNORM B 1600	„Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen“
ÖNORM EN 15224	„Qualitätsmanagementsysteme — EN ISO 9001:2015 für die Gesundheitsversorgung“

Diversity-Richtlinie Land Stmk

Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (RSG-St 2025)

Rahmenrichtlinie zur Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark 2019

Neue Steirische Suchtpolitik 2011

Bedarfs- u. Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St)

Einleitung

Die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe bieten ein breites Spektrum an Angeboten; sie sollen jedem Menschen in suchtrelevanten Problemsituationen als niederschwellige Anlaufstelle zur Verfügung stehen. Ausgerichtet an einem bio-psycho-sozialen Behandlungs- und Betreuungsansatz, den regionalen Gegebenheiten, unterschiedlichen Betreuungsansätzen und vernetzt mit allen anderen Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, sollen Menschen mit den komplexen Problemen im Zusammenhang mit Sucht für sie die individuell erforderliche Hilfestellung erhalten. Sucht umfasst begrifflich mehr als Substanzsucht (legale und illegale Drogen); auch substanzungebundene Süchte (Spielsucht, Essstörungen, Internetnutzung, etc.) gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Dabei ist ein gemeinsames Qualitätsverständnis die Basis einer strukturierten und konsistenten Planung.

Deshalb dienen, basierend auf der Rahmenrichtlinie zur Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark, die ergänzenden Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich zunächst dazu, ein Qualitätsmaß zu definieren, das für Versorger*innen, Mitarbeitende, Klient*innen, Verwaltung, Politik, etc. dieses gemeinsame Verständnis herstellt. Dort, wo sich Angebote unter verschiedenen Rahmenbedingungen entwickelt haben, wurden Qualitätsunterschiede nivelliert.

Die ergänzenden Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich beschreiben im Sinne des Förderungsgebers das im Rahmen des öffentlichen Interesses gelegene Niveau für die Einrichtungen. Damit wird ein Niveau für die Gewährung von Förderungen definiert. Sie dienen als Information über die Voraussetzung für Förderungen innerhalb des*der Förderungsnehmers*Förderungsnehmerin (Q aus Sicht des*der Fördernehmers*Förderungsnehmerin) als auch zum Nachweis bestimmter Standards gegenüber Dritten (Q aus Sicht der Finanziers, Verwaltung, Gesundheitspolitik); sie bieten für die Förderungsnehmer*innen den Rahmen, der die für die Förderungsgewährung erforderlichen finanziellen Mittel vorläufig festlegt und bieten für den Förderungsgeber einen Beleg für das Niveau der Tätigkeiten und damit die Basis der Kontrolle der widmungsgemäßen Verwendung.

Die vorliegenden Förderungsbestimmungen im Qualitätsbereich für Einrichtung der ambulanten Suchthilfe sollen dazu beitragen, dass das geförderte Angebot an allen Standorten und in jeder Region, den von verschiedener Seite an sie gestellten Erwartungen entspricht; Im Sinne des Qualitätsmanagements sollen sie ausgehend von einer grundsätzlichen Qualitätsdefinition einen dynamischen Prozess ständiger Entwicklung und Verbesserung bewirken.

Unbenommen dessen kommt der Dokumentation als Beleg der widmungsgemäßen Verwendung der Förderungsmittel und Grundlage der Kontrolle ein hoher Stellenwert zu.

Grundsätzlich gilt es, dem Menschen mit seinen Bedürfnissen, von einer ethisch/moralischen Grundhaltung getragen sowie wertschätzend zu begegnen.

Diese Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich gelten grundsätzlich ab dem Inkrafttreten für die Förderungsgewährung für jede Einrichtung der ambulanten Suchthilfe in der Steiermark, welche vom Gesundheitsfonds Steiermark gefördert wird.

Grundannahmen / Grundkonzept

Im Interesse einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung wird die Zuwendung der Förderungsmittel des Gesundheitsfonds Steiermark an die Erfüllung des Qualitätsstandards gebunden. Der Qualitätsstandard ist in Teil I – „Allgemeiner Qualitätsstandard“ und in weitere Teile mit fachspezifischem Inhalt gegliedert.

In Teil I – „Allgemeiner Qualitätsstandard“ werden zu Beginn die Qualitätsgrundsätze und Handlungsfelder aufgezeigt. Anschließend werden Kriterien wie z.B. Vorgaben zu Personalführung, Fort- und Weiterbildung, Datenschutz, Fehler- und Beschwerdemanagement definiert, die von dem*der Förderungsnehmer*in einzuhalten sind, um die Förderungsziele zu erreichen.

In Teil II – „Fachstandard“ werden jene Rahmenbedingungen definiert, die das eingereichte Projekt zu erfüllen hat, um förderungsfähig zu sein. Für Außenstellen kann aufgrund einer sachlichen Rechtfertigung eine Förderung auch bei Abweichen von den Förderungsbedingungen gewährt werden.

In Teil III – „Ergebnisqualität“ sind jene Parameter angeführt, mit denen die Angebote und Maßnahmen dargestellt werden sollen. Der Teil III kann unabhängig von Teil I und II durch den Förderungsgeber abgeändert und aktualisiert werden.

Alle drei Teile bilden die Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich für die Förderungsgewährung und sind gemeinsam, falls nicht abweichendes vom Förderungsgeber festgelegt wird, zu erfüllen.

Die Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark wird durch die vorliegenden Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich ergänzt. Die Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich wiederum können durch ergänzende Vorlagen, wie z.B. Abrechnungsvorlagen, Statistikanforderungen etc. präzisiert werden.

Planerische Grundlagen bilden die neue steirische Suchtpolitik und der Bedarfs- u. Entwicklungsplan zur Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St) zu den Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich.

Diese Kriterien lehnen sich der Struktur der Qualitätsdimensionen nach Avedis Donabedian an. Er unterteilte den Qualitätsbegriff in drei in Abhängigkeit zueinanderstehende Qualitätsdimensionen:

- ◆ Struktur- oder Potenzialqualität (structure)
- ◆ Prozessqualität (process)
- ◆ Ergebnisqualität (outcome).

Nachfolgende Beschreibung stellt eine allgemeine Orientierungshilfe dar:

Die Strukturqualität:

Unter Strukturqualität wird die Beschreibung der Rahmenbedingungen, die für die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe im Einzelfall gegeben sind, und die zur Produkterstellung notwendigen Fähigkeiten der Institution, verstanden. Zum einen umfasst die Strukturqualität dabei die relativ stabilen Charakteristika der eingesetzten personellen und materiellen Ressourcen, die dem*der Anbieter*in zur Verfügung stehen. Materielle oder sachliche Rahmenbedingungen beziehen sich auf die technische Ausrüstung, die bauliche Einrichtung, die Infrastruktur sowie die Räumlichkeiten und Arbeitsmittel. Unter personellen Ressourcen lassen sich die Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildungsstand des Personals subsumieren. Zum anderen sind auch die organisatorischen und finanziellen Gegebenheiten, z. B. Arbeitskonzepte und rechtliche/vertragliche Bestimmungen, unter denen sich der Versorgungsprozess vollzieht, gemeint. Darüber hinaus zeigt sich die Strukturqualität in den Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten des Produkts durch den*die nachfragenden*nachfragende Kunden*Kundin.

Die Prozessqualität:

Die Qualität der Prozesse bezieht sich auf die Art und Weise wie die Maßnahmen erbracht werden und beschreibt somit die Gesamtheit aller Aktivitäten, die im Verlauf der tatsächlichen Erstellung des Angebots vollzogen werden. Sie umfasst damit alle behandelnden, betreuenden und administrativen Tätigkeiten, die entweder direkt oder indirekt an dem unmittelbaren Versorgungsprozess beteiligt sind. Sie beinhaltet die Durchführung von Beratungen, die fachärztlichen Angebote, die Handhabung von Betreuungsstandards und Vorschriften, das Aufnahmeverfahren, die Betreuungsplanung und -umsetzung sowie Wartezeiten.

Die Ergebnisqualität

Unter der Ergebnisqualität werden die Veränderungen des gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustandes des*der Klienten*Klientin, die den vorangegangenen Interventionen zuschreibbar sind, verstanden. Meist wird die Ergebnisqualität von den Klient*innen bewertet, Zufriedenheit und Lebensqualität sind dabei wichtige Qualitätsaspekte. Aber auch der Grad der Zielerreichung und Einhaltung von Zielvereinbarungen dienen in vielen Unternehmen als Synonyme für Erfolg. Jedoch können auch Kriterien wie die Zunahme an wahrgenommenen Ressourcen (z. B. Verbesserung des individuellen Funktionsniveaus; besserer Zusammenarbeit nach innen und außen) als Kriterien der Ergebnisqualität dienen.

Donabedian geht davon aus, dass alle drei Qualitätsdimensionen in einem Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Die Strukturen wirken auf die Prozesse und diese bestimmen die Ergebnisqualität, welche wiederum das Planen von Veränderungen bei Prozessen und Strukturen hervorrufen wird. Dabei dient die Struktur als Basis für gute betreuende Angebote und der Prozessqualität kommt für die Erzielung ebendieser eine hervorgehobene Bedeutung zu.

Die Teile I und II dieses Standards sind jeweils in Struktur- u. Prozessdimension unterteilt, Teil III behandelt gesamt die Dimension der Ergebnisqualität.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Voraussetzungen durch den*die Förderungswerber*in zu erfüllen:

Allgemeiner Standard		Fachstandard		Ergebnismessung
I.1. Strukturqualität	I.2. Prozessqualität	II.1. Strukturqualität	II.2. Prozessqualität	III. Ergebnisqualität
I.1.1 Geltungsbereich I.1.2 Suchtpolitik I.1.3 Grundsätze I.1.4 Grundlegende Erwartungen I.1.5 Rechtliche, behördliche, vertragliche Verpflichtungen I.1.6 Voraussetzungen für die Förderungsgewährung	I.2.1 Personalführung I.2.2 Termin- u. Zeitverwaltung I.2.3 Fort- u. Weiterbildung und fachl. Reflexion I.2.4 Notfallpläne I.2.5 Dokumentation der Klien*innenbetreuungsprozesses I.2.6 Datenschutz I.2.7 Verbesserung des Angebotes I.2.8 Öffentlichkeitsarbeit	II.1.1 Allgemeines, Zuständigkeiten, Zielgruppe II.1.2 Förderungstypen II.1.3 Kooperationen der Suchthilfe II.1.4 Förderungsvoraussetzungen II.1.5 Personelle Ausstattung II.1.6 Zuweiser*innen II.1.7 Zielgruppe II.1.8 Zeitlicher Rahmen / Öffnungszeiten II.1.9 Standort, Örtlichkeit II.1.10 Personal, Rollen, Funktionen II.1.11 Hausordnung	II.2 Metaprozess der Betreuung	III.1 Allgemeines III.2 Statistische Erhebungen III.3 Evaluation Zielgruppe III.4 Kontrollen und Audits zur Feststellung der Einhaltung der Förderungsbedingungen

I. Teil – Allgemeiner Qualitätsstandard für förderungsfähige Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in der Steiermark

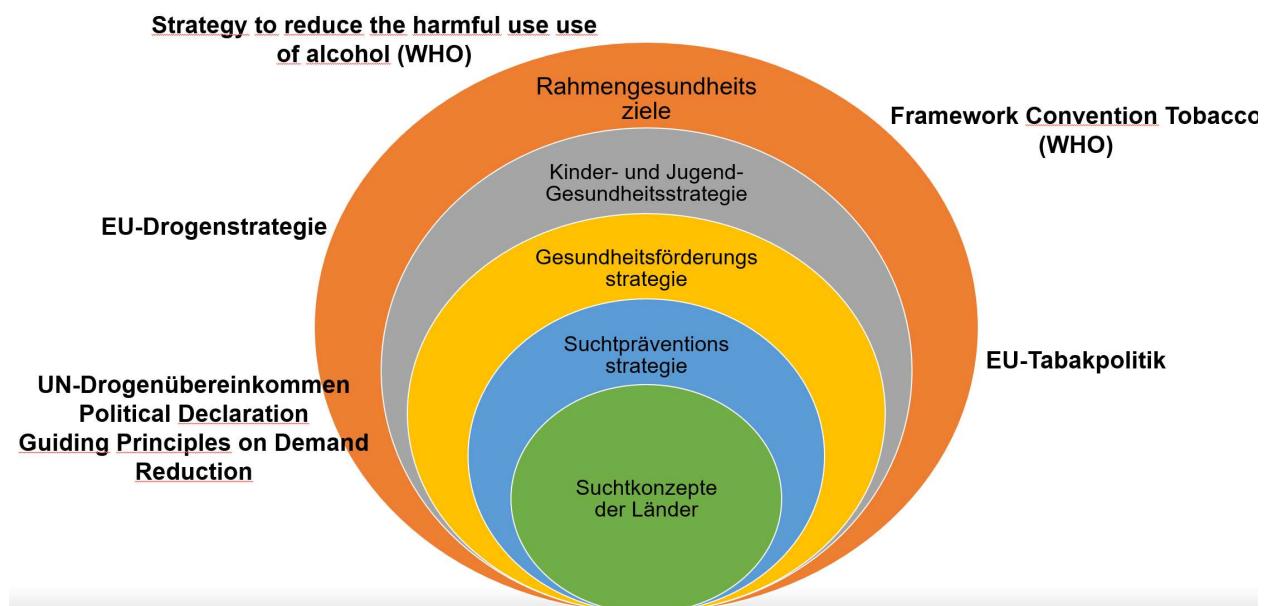
I.1. Allgemeiner Standard – Strukturqualität

I.1.1. Geltungsbereich

Dieser Q-Standard gilt primär für die ambulante Suchthilfe in der Steiermark. Eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Primärprävention, den stationären Einrichtungen und den sozialintegrativen Angeboten ist Voraussetzung für die umfassende Betreuung suchtkranker Menschen in den Versorgungsregionen.

I.1.2. Suchtpolitik

I.1.2.1. Einbettung auf internationaler Ebene



I.1.2.2. Nationale Ebene

Folgende Gesetze und Strategien sind außerdem relevant für die Angebote der ambulanten Suchthilfe in der Steiermark:

- ◆ Suchtmittelgesetz
- ◆ Nationale Tabakpräventionsstrategie
- ◆ Nationale Alkoholpräventionsstrategie
- ◆ Glückspiel u. Wetttengesetz
- ◆ Einschlägige Berufsgesetze

- ◆ Jugendschutzgesetz
- ◆ U.a.m.

I.1.2.3. Suchtpolitik Land Steiermark 2011

Daraus abgeleitet gibt eine steirische Tabakpräventionsstrategie und eine steirische Alkoholpräventionsstrategie.

Formgebend ist aber die „neue steirische Suchtpolitik 2011“.

[steir_suchtpolitik.pdf \(steiermark.at\)](#)

- | | |
|--------------|---|
| Leitlinie 1 | Orientierung am Schadenspotenzial (und an der tatsächlichen Problemlast von Substanzen oder Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial) |
| Leitlinie 2 | Prävention durch strukturelle Maßnahmen in allen Politikfeldern |
| Leitlinie 3 | Differenzierte Zielgruppenorientierung |
| Leitlinie 4 | Inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik auf psychoaktive Medikamente, substanzgebundene Süchte und Verhaltensweisen sowie Produkte zur Optimierung der Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit |
| Leitlinie 5 | Angebotssteuerung |
| Leitlinie 6 | Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots |
| Leitlinie 7 | Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für die Betroffenen |
| Leitlinie 8 | Regionalisierung und wohnortnaher Ausbau der Suchthilfe |
| Leitlinie 9 | Evidenzbasierte Suchtpolitik |
| Leitlinie 10 | Aktive Suchtpolitik |

Daraus wurden Ziele und Maßnahmen zur Umsetzung der Suchtpolitik Land Steiermark 2011 abgeleitet.

I.1.3. Grundsätze

Ganz allgemein gilt es festzuhalten, dass Strukturen für die Betreuung von Suchtkranken grundsätzlich den im Folgenden angeführten neun Anforderungen genügen müssen:

I.1.3.1. Bedürfnisgerechtigkeit

Das Konzept der personenzentrierten Hilfe gilt als zentrales Element eines bedürfnis- und bedarfsgerechten suchtspezifischen Angebotes.

Ausgangspunkt eines bedürfnisgerechten Betreuungssystems bzw. der Weiterentwicklung der bestehenden Angebote ist - entsprechend dem Konzept der personenzentrierten Hilfe - die Orientierung an den zentralen Bedürfnissen der suchterkrankten Menschen nach folgenden Gesichtspunkten:

- Wahrung der Individualität der Person,
- Vertrauen und Wertschätzung,
- Schutz des selbstgewählten Lebensortes,
- normale Beziehungen und Rollen,
- Übernahme von Verantwortung und Initiative,
- Arbeit und sinnvolle Beschäftigung sowie
- materielle Grundausstattung in persönlicher Verfügung.

I.1.3.2. Bedarfsgerechtigkeit

Ein Angebot soll quantitativ ausreichend und entsprechend den Bedürfnissen der Betroffenen sein. Die Hilfen sollen methodisch am unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen anknüpfen und mit geringstmöglicher Einschränkung für sie verbunden sein. Die Hilfen sollen personenzentriert sein, das heißt, die Organisation der Hilfen muss so flexibel sein, dass sie nach Art und Ausmaß entsprechend dem wechselnden individuellen Bedarf angepasst werden können, ohne dass es zu einem Abbruch der therapeutischen Beziehung kommt, also die Kontinuität gewahrt werden und die hilfebedürftige Person in ihrem Lebensumfeld integriert bleiben kann.

I.1.3.3. Gemeindenähe und -integration

Das Angebot an Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe soll dezentral und gemeindenah organisiert sein. Suchtkranke Menschen sollen zusätzlich zum etablierten medizinischen Versorgungssystem diejenigen Hilfen und Lebensbedingungen erhalten, die sie benötigen, um in ihrem Heimatbezirk bzw. ihrer Heimatgemeinde auf Dauer leben zu können.

I.1.3.4. Regionalisierung und Vernetzung

Im Rahmen der Förderungsgewährung wird darauf Bedacht genommen, dass Förderungen hinsichtlich der Tätigkeiten der Förderungsnehmer*innen dezentral und gemeindenah angeboten werden und in kleinen, geografisch definierten Regionen, organisiert sind. Die Einrichtungen einer Region müssen gut erreichbar und leicht zugänglich sein - im Sinne von chancengleicher Betreuung der Bewohner*innen einer Region sowie im Sinne der geografischen Erreichbarkeit. Die in jeder Region für eine angemessene Betreuung verfügbaren Angebote müssen zur Sicherung der Betreuungskontinuität institutionell, personell und organisatorisch vernetzt sein.

I.1.4. Grundlegende Erwartungen

I.1.4.1. Grundlegende Erwartungen der Klient*innen

Wenn sich eine Person an die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe wendet, sollen folgende Rahmenbedingungen erfüllt werden:

- ◆ Hilfe (Kompetenz)
- ◆ Zeit (Struktur)
- ◆ Ruhe (Ungestörtheit)
- ◆ Beziehung (Empathie)
- ◆ Sicherheit (Vertrauen)
- ◆ Raum (angenehme Atmosphäre, Örtlichkeit)
- ◆ Vertraulichkeit (Datenschutz)
- ◆ Erreichbarkeit (Zugangsmöglichkeit)

Grundsätzlich sollen sich Menschen mit problematischem Konsum oder einer Suchterkrankung sowie deren Angehörige frei entscheiden können, welche angebotenen und bedarfsgerechten Leistungen sie von wem in Anspruch nehmen wollen. Entsprechend dieser Wahlmöglichkeit sollen innerhalb der förderbaren Möglichkeiten möglichst vielfältige und variable Angebote zur Verfügung stehen.

I.1.4.2. Zielsetzungen

Das oberste Ziel der Suchthilfe ist die Verhinderung und Reduktion gesundheitlicher und sozialer Schäden durch einen riskanten Konsum von legalen und illegalen Substanzen und schädigendem Verhalten.

Primäre (Behandlungs-) Ziele:

- Überleben sichern
- Mortalität senken
- Gesundheitszustand erhalten / bessern
- Suchtbezogene Kriminalität verringern
- Soziale Integration und Teilhabe unterstützen

Die Arbeit der Mitarbeitenden der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe orientiert sich an bzw. beinhaltet verschiedene Prinzipien. Alle Menschen streben nach einem „gelungenen Leben“, das heißt, sie wünschen sich befriedigende soziale Beziehungen; möchten einer Arbeit nachgehen, die ihren Möglichkeiten und intellektuellen Ansprüchen genügt und wollen am gesellschaftlichen Leben teilhaben sowie als autonome Individuen „so normal wie möglich“ ihr Leben gestalten. Die Mitarbeitenden achten diese Wünsche und dieses Streben und unterstützen die Betroffenen (deren) „Normalität“ im Rahmen des Möglichen zu leben.

Darüber hinaus soll Folgendes vermittelt bzw. bearbeitet werden:

- Fachspezifische Informationen bzw. Aufklärung zu Substanzen und deren Wirkungsweise
- Problemerklärung bzw. Förderung von Problembewusstsein
- Zieldefinierung
- Bewältigung von Lebenssituationen
- Verhinderung bzw. Reduktion der gesundheitlichen / sozialen Schäden im Zusammenhang mit Substanzkonsum bzw. ungebundenen Suchtformen
- Verringerung von psychischem Leidensdruck
- Entwicklung von Perspektiven
- Zukunftsbewältigung
- Verbesserung / Erhaltung der Lebensqualität
- Unterstützung zur eigenständigen Lebensführung
- Rechtliche Auskünfte / Beratung

Grundlegend ist die Wahrnehmung der individuellen Lebens- und Problemsituation der Betroffenen und damit die Orientierung an ihren individuellen Bedürfnissen (Individuums- bzw. personenzentrierter Zugang).

In weiterer Folge ist die Fokussierung auf die Stärkung der Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen, ohne den Blick auf die Einschränkungen zu verlieren, wesentlich (Ressourcenorientierung).

Die „Hilfe zur Selbsthilfe“ bzw. die Befähigung zum eigenständigen Handeln und Entscheiden und damit Erhöhung des Grades der Selbstbestimmung (Empowerment) anerkennt und wahrt die Individualität und Integrität der Betroffenen. Unterstützung wird dabei „so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“ geleistet (gutes „sozialökonomisches Verhältnis“).

Basis jeder gelingenden suchtbezogenen Beratung und/oder Betreuung ist die Motivation, diese Angebote in Anspruch zu nehmen, zumindest jedoch die Zustimmung, auch wenn sie auf Weisung das Angebot in Anspruch nehmen.

Ein breitgestreutes und anpassungsfähiges Angebot der Einrichtung der ambulanten Suchthilfe gewährleistet, dass Betroffene jeweils adäquate Unterstützung geboten werden kann und diese auch die Möglichkeit haben, auszuwählen (Strukturflexibilität und Wahlfreiheit).

Zu beachten ist hierbei, dass alle Mitarbeitenden auf Basis der rechtlichen Vorgaben an die Pflicht der Verschwiegenheit und die Wahrung des Datenschutzes gebunden sind (Vertraulichkeit).

Um Menschen in suchtbezogenen Krisen oder mit sozialpsychiatrischen Fragestellungen den Zugang zu Unterstützungsangeboten zu ermöglichen bzw. Hürden abzubauen, muss grundsätzlich die Möglichkeit zur Anonymität bestehen.

Förderungsziel ist es, abhängigkeitsgefährdete und –kranke Menschen jeden Alters, sowie deren Angehörige, professionelle Beratung, psychosoziale Begleitung und Betreuung anzubieten, mit dem Ziel die Lebensqualität zu verbessern sowie substanzbedingte, gesundheitliche oder soziale Folgeschäden zu verhindern bzw. zu reduzieren.

Die Arbeit der Mitarbeitenden bezieht das Lebensumfeld und die Lebenswelt der Betroffenen ein und orientiert sich an diesen. Schnelle, kompetente Unterstützung mit guter Erreichbarkeit und mit weiteren lokalen Unterstützungsmöglichkeiten, vernetzte Angebote schmälern Zugangshürden, verkürzen Wege und fördern damit die Integration bzw. im besten Fall die Inklusion in die lokale soziale Umgebung der Betroffenen (Lebensweltorientierung) und versucht damit den Verbleib im gewohnten Umfeld und „normalen“ Lebenszusammenhängen zu fördern (Ambulant vor Stationär und Integration in die soziale Welt).

Eine wichtige Rolle spielen dabei soziale und insbesondere familiäre Beziehungen, deren Anteil an Unterstützungsleistung für suchtkranke Menschen in hohem Maße wertgeschätzt werden muss (Einbeziehen des sozialen Umfeldes und wertschätzende Unterstützung von Angehörigen).

Die Mitarbeitenden arbeiten immer mit Menschen, das heißt, ihre Arbeit bezieht sich immer auf vielfältige und komplexe Lebenszusammenhänge, in denen innere wie äußere Gegebenheiten und Anforderungen bzw. Ressourcen und Stressoren zusammenwirken. Dementsprechend multiperspektivisch kann sich die Beratung/Betreuung in der Einrichtung gestalten. Dies verlangt die Integration verschiedener Berufsgruppen, um den vielfältigen Dimensionen und Zusammenhängen der Problem- bzw. Lebenssituation eines Menschen gerecht zu werden und multidimensionale Problemlösungsstrategien zu entwickeln (Multiprofessionalität). Damit kommt eine Vielfalt an Methoden, je nach aktueller Situation, zur Anwendung (Methodenvielfalt).

Die Forderung nach sozialer Inklusion ist verwirklicht, wenn jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben bzw. teilzunehmen. Unterschiede und Abweichungen werden im Rahmen der sozialen Inklusion bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder gar aufgehoben. Ihr Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen. Das Recht zur Teilhabe wird sozialethisch begründet und bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche, in denen sich alle barrierefrei bewegen können sollen. Inklusion beschreibt die Gleichwertigkeit eines Individuums, ohne dass dabei Normalität vorausgesetzt wird.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass mit dem vorliegenden „Qualitätsstandard für Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe Steiermark“ den Zielsetzungen der Transparenz und Sicherung der Qualität, dort, wo nicht ohnehin gesetzliche Grundlagen greifen, dienen soll, sowie der Wirksamkeit im Sinne des öffentlichen Interesses.

I.1.5. Rechtliche, behördliche und vertragliche Verpflichtungen

Rechtliche, behördliche oder vertragliche Verpflichtungen müssen erfüllt und die gesetzlichen Bestimmungen, jeweils idgF, eingehalten werden. Dies sind insbesondere:

- ◆ gesetzliche Regelungen die Patient*innenrechte betreffend
- ◆ Berufsgesetze der betreuenden Berufsgruppen
- ◆ Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz sofern es sich bei den Förderungsnehmer*innen um Ambulatorien handelt.
- ◆ Richtlinien zum Schutz von Arbeitnehmer*innen
(z.B. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, Allgemeine Arbeitnehmerschutzverordnung – AAV)
- ◆ Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO
- ◆ Konsumentenschutzgesetz – KSchG
- ◆ sowie Orientierung an der EU-Grundrechtecharta
- ◆ Suchtmittelgesetz

Im Falle der Gewährung einer Förderung wird ein entsprechender Förderungsvertrag gemäß der Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark idgF mit dem*der Förderungsnehmer*in abgeschlossen.

I.1.6. Voraussetzungen für die Förderungsgewährung

Die Voraussetzungen seitens des*der Förderungswerbers*Förderungsnehmerin sind insbesondere:

- ◆ Die Einhaltung der Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark idgF.
- ◆ Die Einhaltung dieser ergänzenden Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich.
- ◆ Die Einhaltung aller geltenden gesetzlichen Grundlagen wie Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Verträge.
- ◆ Die gemeinnützige Leistungserbringung im Sinne des § 34 Bundesabgabenordnung – BAO: Die Begünstigungen, die bei Betätigung für gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Zwecke auf abgabenrechtlichem Gebiet in einzelnen Abgabenvorschriften gewährt werden, sind an die Voraussetzungen geknüpft, dass die Körperschaft, Personenvereinigung oder Vermögensmasse, der die Begünstigung zukommen soll, nach Gesetz, Satzung, Stiftungsbrief oder ihrer sonstigen Rechtsgrundlage und nach ihrer tatsächlichen Geschäftsführung ausschließlich und unmittelbar der Förderung der genannten Zwecke dient.
- ◆ Eine Beschreibung der konzeptuellen und inhaltlichen Ausrichtung der Einrichtung.
- ◆ Vorzugsweise sind alle eingesetzten Mitarbeitenden in einem Arbeitsverhältnis zum*zur Förderwerber*in, dabei ist eine ordnungsgemäße Anmeldung beim jeweiligen Sozialversicherungsträger sicherzustellen. Der Einsatz freiberufliche MA Bedarf einer Darstellung in der Budgetierung und darf keinen wesentlichen kostenmäßigen Nachteil für den Förderungswerber gegenüber einer Anstellung bedeuten.
- ◆ Die rechtliche Identifizierbarkeit und die Eigentumsverhältnisse müssen dargelegt werden.
- ◆ Bei juristischen Personen ist die in öffentlichen Büchern eingetragene Bezeichnung, die eingetragene Anschrift sowie der jeweilige Registercode (Firmenbuchnummer, Vereinsregisternummer etc.) anzugeben. Gegebenenfalls ein*eine Ansprechpartner*in (samt Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Faxnummer) sowie eine allenfalls von der eingetragenen Anschrift abweichende Zustelladresse.
- ◆ Die aktuellen Statuten sind dem Förderungsansuchen beizulegen.
- ◆ Die hierarchischen Strukturen sind in einem Organigramm festzuhalten.
- ◆ Ausreichende Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung sowie Versicherung der Räumlichkeiten.
- ◆ Die Rechnungslegung hat von der*dem Förderungsnehmer*in auf Basis der vom Förderungsgeber zur Verfügung gestellten Vorlagen zu erfolgen.
- ◆ Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial für potentielle Klient*innen
- ◆ Entsendung einer fachkundigen Person in Fachgremien zu Besprechungen und Arbeitsgruppentreffen auf Einladung des Gesundheitsfonds Steiermark.
- ◆ Die Gewährung einer Förderung durch den Bund (z.B. § 16 SMG) schließt eine Förderungsgewährung nicht aus. Die vom Bund erhaltene Förderung wird jedoch bei der Förderungsgewährung berücksichtigt.
- ◆ Ebenso schließt die Gewährung einer Förderung durch das Land oder eine andere öffentliche Einrichtung (z.B. Sozialhilfeverbund oder Gemeinde) eine Förderungsgewährung nicht aus. Die erhaltenen Mittel sind jedoch bei der Förderungsgewährung zu berücksichtigen.

I.2. Prozessqualität allg. Standard

I.2.1. Personalführung

Der*Die Förderungsnehmer*in hat für die gesamte Personalverwaltung eine Beschreibung der Prozesse von der Personalausschreibung über die Personalsuche bis zum Austritt zu führen.

In der Einrichtung sind folgende Unterlagen aus dem Personalakt von Mitarbeitenden zur Einsicht bei der Kontrolle der Einhaltung der Förderungsbestimmungen bereitzustellen:

- ◆ Stellenbeschreibungen o. ä.
- ◆ Qualifikationsnachweise (z.B. Grundqualifikation, Fortbildungsnachweise, Zusatzqualifikation) und Nachweise der Kompetenzbeurteilung
- ◆ Datenschutzerklärung
- ◆ Beschäftigungsausmaß
- ◆ Anmeldungenachweis vom jeweiligen Sozialversicherungsträger

Im Bewerbungsverfahren ist darauf zu achten, dass die Entscheidung transparent und fachliche nachvollziehbar bleibt.

I.2.1.1. Dienstplanung

Die Dienstpläne dienen der Kontrolle der zweckmäßigen Verwendung der Förderungsmittel. Dadurch kann überprüft werden, ob die Förderungsmittel gesetzeskonform (arbeits- und sozialrechtliche Belange) und zielgerichtet im öffentlichen Interesse sparsam und zweckmäßig eingesetzt wurden und ob genügend Personal mit entsprechender Ausbildung vorhanden und eingesetzt war, um die Förderungsziele zu erreichen und den Förderungsvorgaben zu entsprechen.

- ◆ Dienstpläne sind für jede Einrichtung zu führen.
- ◆ Gesetzliche Vorgaben sind zu berücksichtigen (wie z.B. Arbeitszeitgesetz – AZG, Arbeitsruhegesetz – ARG, Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich – SWÖ-KV).
- ◆ Für die Erstellung und für die Freigabe ist eine Person zu benennen.
- ◆ Die Dienstplangestaltung muss einen optimalen Einsatz im Sinne der bestmöglichen Betreuung der Klient*innen sicherstellen.
- ◆ Dem Förderungsgeber sind bei der Überprüfung die geforderten Dienstpläne vorzulegen.
- ◆ Akute und geplante Änderungen sind nachvollziehbar nachzuweisen.
- ◆ Es ist sicherzustellen, dass auch bei einem akuten Ausfall eines*einer Mitarbeiters*Mitarbeiterin (z.B. durch Krankheit) ein entsprechender Ersatz zur

Verfügung steht und somit das definierte Angebot in der Einrichtung erbracht wird oder für die zeitgerechte Absage von Terminen gesorgt wird.

- ◆ Sollte das Team durch Auszubildende, Zivildiener und ehrenamtliche Helfer*innen erweitert sein, so ist ein*eine Mitarbeiter*in nachweislich für die Koordination namhaft zu machen.
- ◆ Die Dienstpläne sind von leitenden Personen zu überwachen.

Die Ausfertigung hat dokumentenecht oder als EDV-Ausdruck mit Freigabeunterschrift zu erfolgen.

Für den Dienstplan ist eine entsprechende Legende zu erstellen.

Für Mitarbeitende, die auch noch in anderen Einrichtungen des*der Förderungsnehmers*Förderungsnehmerin arbeiten, ist im Dienstplan eindeutig darzustellen, wann und wo der*die Mitarbeiter*in Dienst verrichtet.

Auszubildende und Zivildiener sind aufgrund der Transparenz im Dienstplan entsprechend auszuweisen, zählen aber nicht zum Personalschlüssel im Sinne des regionalen Versorgungsschlüssels.

I.2.1.2. Einschulung von neuen Mitarbeitenden

Die Einschulung von neuen Mitarbeitenden, unabhängig vom Anstellungsausmaß, ist zu regeln. Der gesamte Einschulungsprozess ist nachweislich zu dokumentieren. Aufgrund des sensiblen Bereiches der gefördert wird, ist eine entsprechende Dokumentation erforderlich, um transparent darzustellen, dass mit der notwendigen und erforderlichen Sorgfalt und den geltenden fachlichen Standards Mitarbeiter*innen auf ihre Aufgaben vorbereitet werden. Diese Komponente – nämlich die Förderung und Berücksichtigung sowohl der Mitarbeiter*innen als auch der Klient*innen – ist den Förderungsvorgaben nach, ein Element der Förderung. Der Einschulungsprozess sollte in einem gemeinsamen Gespräch abschließen, wo die volle Einsetzbarkeit des*der Mitarbeitenden hervorgeht bzw. weitere Entwicklungspunkte in den laufenden Fortbildungsprozess übergeführt werden.

I.2.1.3. Auszubildende

- ◆ Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und der Richtlinien der Ausbildungsstätten können Auszubildende eingesetzt werden, sofern die personellen Ressourcen zur Betreuung und Anleitung zur Verfügung stehen.
- ◆ In jeder Einrichtung ist ein*eine Mitarbeiter*in schriftlich namhaft zu machen, welche als Praxisanleiter*in für die fachliche Anleitung der Auszubildenden zuständig ist.
- ◆ Die laufende Anleitung und Aufsicht über Auszubildende hat durch die jeweilige Berufsgruppe zu erfolgen, die hierzu nach den jeweiligen Berufsausbildungsvorschriften berechtigt ist.

- ◆ Bei der Anzahl der Personen für ein Praktikum ist auf die speziellen Bedürfnisse der Klient*innen zu achten, um eine Überforderung zu verhindern.
- ◆ Vor Aufnahme von Auszubildenden sind die Praktikumsziele der Ausbildungseinrichtung mit der Einrichtung abzugleichen.
- ◆ Der gesamte Prozess von Beginn bis zum Ende eines Praktikums ist zu beschreiben.
- ◆ Die Planung erfolgt analog zur Dienstplanung.
- ◆ Aufzeichnungen über Auszubildende und Zivildiener sind zu führen, insbesondere mit
 - Namen,
 - verantwortlicher Person für Aufsicht und Anleitung,
 - Ausbildungseinrichtung,
 - Ausbildungszweig,
 - Ausbildungsjahr,
 - Zeitraum des Praktikums mit Stundenangabe sowie
 - Anzahl und Dauer der Praktikumsgespräche.
 - Der Datenschutz ist zu wahren und entsprechende Vereinbarungen sind mit den Auszubildenden und den Zivildienern zu treffen.
 - Die Teilnahme an Teambesprechungen oder Fallbesprechungen erfolgt je nach Regelung der Einrichtung.

I.2.2.Termin-u. Zeitverwaltung

Die Basis für eine optimale Ausnutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen bildet eine Dienstplanung, die den gesetzlichen Anforderungen und dem Kollektivvertrag Soziale Wirtschaft entspricht und festlegt, welcher*welche Mitarbeitende an welchem Tag, wann verfügbar ist bzw. welchen Dienst erfüllt. Die Vorgangsweise zur Dienstplanung ist festzulegen, genauso wie die Vorgangsweise bei Änderungen. Der Dienstplan gibt auch jederzeit die Möglichkeit, die Besetzung der Einrichtung nachzuvollziehen.

Weiters sind Regelungen für die Planung der Klient*innentermine zu erstellen (Einsatzplanung), die die Vorgangsweise zur Vergabe und bei Änderungen von Terminen vorsieht, sowie die Nachvollziehbarkeit dieser Änderungen berücksichtigt. Die Terminverwaltung ist nach den Prinzipien der Effizienz und Ressourcenschonung bedarfsgesteuert durchzuführen. Sollte es auf Grund des Zulaufs von Klient*innen notwendig sein, so sind Einzeltermine so zu gestalten, dass jedem*jeder Klienten*Klientin ein Termin zur Verfügung gestellt wird, auch wenn in Summe die Dauer der Termine verkürzt werden muss. Die Steuerung des Ressourceneinsatzes ist darzulegen und in einem Dokument (z.B. Kalender) nachzuweisen. Die Terminisierung wird damit zu einem

zentralen Steuerungsinstrument der Einrichtung und muss möglichst vielen Menschen den Zugang zu Betreuung/Beratung ermöglichen. Die Planung hat so zu erfolgen, dass auch spontane Terminvergaben möglich sind. Dabei ist auch die Möglichkeit der akkordierten Vernetzung mit anderen Standorten desselben*derselben Förderungsnehmer*in bzw. auch mit anderen Anbieter*innen in Betracht zu ziehen, sofern dies dem*der Klienten*Klientin zumutbar ist.

Unten angeführte Zeiten können von Mitarbeitenden für folgende Tätigkeiten

- ◆ Fortbildung u. Weiterbildung
- ◆ Supervision
- ◆ Teambesprechungen
- ◆ Klausur, interne Tagungen etc.
- ◆ Mitarbeiter*innengespräche

im Ausmaß von:

Mitarbeitende mit Vollzeitanstellung 150 Stunden im Jahr

Mitarbeitende mit 75%-igem Anstellungsausmaß 125 Stunden im Jahr

Mitarbeitende mit 50%-igem Anstellungsausmaß 100 Stunden im Jahr

als förderbare Kosten anerkannt werden. Andere Anstellungsausmaße sind zu aliquotieren.

Die Fallbesprechung (und ggf. Intervision) gilt als klient*innenbezogene Betreuungszeit und ist dieser sowohl zeitlich, wie auch in der Dokumentation eindeutig zuzuordnen.

Für die Einrichtungen wird ein Teambesprechungsplan erstellt bzw. sind die Zeiten eindeutig im Dienstplan erkennbar zu machen.

Die Dokumentation erfolgt in einem Teamprotokoll, das von allen nicht anwesenden Mitarbeitenden nachträglich nachweislich zur Kenntnis genommen werden muss (z.B. mit Paraphe am Protokoll oder mittels elektronischem Workflow).

In diesem Protokoll sind keinerlei fallbezogene Informationen festzuhalten. Diese sind je Klient*in im Verlauf der kleint*innebezogenen Dokumentation zu dokumentieren.

Wenn Mitarbeitende in mehreren geförderten Einrichtungen geteilt tätig sind (siehe Dienstplanung), so sind diese Stundenkontingente aliquot zum Ausmaß des Einsatzes in der ambulanten Suchthilfe anzuwenden.

I.2.3. Fort- und Weiterbildung und fachliche Reflexion

Die für Fort- und Weiterbildung sowie Supervision verpflichtenden Stunden gemäß den Berufsgesetzen sind einzuhalten und nachzuweisen.

I.2.3.1. Kompetenzprofil

Die wesentliche Kompetenz der Mitarbeitenden in der ambulanten Suchthilfe ist die Fähigkeit, verlässliche und professionelle Beziehungen aufzubauen, zu halten und beenden zu können. Bei den angeführten Kompetenzen des Personals ist zwischen persönlichen Kompetenzen im Sinne einer persönlichen Haltung und der fachlichen Kompetenz zu unterscheiden. Die beschriebenen Kompetenzen des Personals stellen eine Sammlung an notwendigen Fähigkeiten der Mitarbeitenden dar und dienen als eine Orientierung für die Aufnahme und die Fortbildungsplanung der Mitarbeitenden.

Folgende Kompetenzfelder sind zu beachten:

- ◆ Wertschätzender Umgang: z.B. durch Vermitteln von Anteilnahme, menschlicher Wärme und einem höflichen Umgang mit Klient*innen
- ◆ Sensibilität: z.B. durch Einfühlungsvermögen, auf die Bedürfnisse des Individuums eingehen, Ruhe ausstrahlen und Warten können
- ◆ Empathie: z.B. durch die kontinuierliche Überprüfung, ob die Klient*innen in ihrem Sinn verstanden werden
- ◆ Toleranz: z.B. durch das Bemühen, verschiedene Lebensentwürfe gleichberechtigt anzunehmen und der Offenheit für Entwicklungsprozesse
- ◆ Offenheit: z.B. für eigene Entwicklungsprozesse und die der anderen
- ◆ Belastbarkeit: z.B. durch ein hohes Ausmaß an Stressfähigkeit und Zuverlässigkeit, durch das Kennen und die Bereitschaft zur Reflexion über die eigenen Stärken, Schwächen und Grenzen
- ◆ Paritätisch: z.B. durch das Kommunizieren auf gleicher Ebene, verantwortungsvollen Umgang mit Macht und Abhängigkeit und keine Bevormundung
- ◆ Authentizität: z.B. durch einen natürlichen Umgang mit Mitmenschen und authentisches Einbringen des eigenen Standpunktes
- ◆ Teamfähigkeit: z.B. die Bereitschaft in einem Team zu arbeiten und die gemeinsamen Entscheidungen weitgehend mit zu tragen
- ◆ Kritisch distanzierte, reflektierte Haltung zum eigenen Substanzkonsum
- ◆ Konfliktfähigkeit: z.B. Standfestigkeit in widersprüchlichen Situationen
- ◆ Interkulturelle Kompetenz
- ◆ Gesprächsführungskompetenz: z.B. durch Gehörtes zusammenfassen, Gespräche strukturieren, Zielorientierung und die Fähigkeit zur Kontextklärung
- ◆ Beratungskompetenz

I.2.3.2. Fort- und Weiterbildungsprozess

Der Fort- und Weiterbildungsprozess ist schriftlich festzuhalten und berücksichtigt nachstehende Inhalte:

- Bedarfserhebung (z.B. Mitarbeiter*innengespräch)
- Ablauf für Ansuchen der Mitarbeitenden für eine Fort- und Weiterbildung
- Ablauf für die Genehmigung der Fort- und Weiterbildung
- Ablauf von angeordneten Fortbildungen zur Weiterentwicklung des gesamten Teams
- interne Weitergabe von Wissen an Mitarbeitende, die nicht aktiv teilgenommen haben
- Aufbewahrung von Fort- und Weiterbildungsnachweisen (in Kopie)
- Kompetenzbewertung gemäß einem zu beschreibenden Procedere unter Berücksichtigung der notwendigen fachlichen, sozialen und kommunikativen Befähigungen (z.B. in Anlehnung an das KODE®-Verfahren¹, Kompetenzdiagnostik und -entwicklung)
- Evaluierung der besuchten Entwicklungsmaßnahmen mit Nachweisführung der Ergebnisse

I.2.3.3. Fachliche Reflexion

Methodisch kann eine fachliche Reflexion auf folgende Weisen stattfinden:

- ◆ Selbstreflexion der Mitarbeitenden
- ◆ Supervision:
Die Möglichkeit zur Supervision ist sicherzustellen. Der Ablauf zur Beantragung und Abwicklung für Team- und Einzelsupervision ist festzulegen und jedem*jeder Mitarbeiter*in nachweislich bekanntzumachen.
- ◆ Intervision (im Sinne einer fachlichen Beratung im Kollegium bei Bedarf)
- ◆ Mitarbeiter*innengespräche (siehe I.9.4)
- ◆ Fallbezogene Teambesprechungen (Dokumentation in der Falldokumentation)

¹ Literatur:

Erpenbeck, J.; Rosenstiehl, L. (2007): Handbuch Kompetenzmessung, Erkennen verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen pädagogischen und psychologischen Praxis, 2. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart

- ◆ Konzeptionelle Reflexion im Sinne der Konzeptüberprüfung (z.B. im Rahmen der Klausur)

I.2.3.4. Mitarbeiter*innengespräch

Das MA-Gespräch ist ein geplantes und strukturiertes Gespräch zwischen Mitarbeitenden und dem*der Vorgesetzten (bzw. Personalverantwortlichen). MA-Gespräche dienen der beiderseitigen Rückmeldung und Reflexion über die eigene Arbeit und Arbeitsbedingungen. Das MA-Gespräch thematisiert den Beitrag der einzelnen Mitarbeitenden in der Einrichtung. In den MA-Gesprächen wird ein Bezug zur Stellenbeschreibung hergestellt und Veränderungen aktualisiert. Die MA-Gespräche dienen weiters zur Festlegung der beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeitenden. Das MA-Gespräch findet mindestens einmal jährlich statt und stellt einen Beitrag zur Entwicklung bzw. Sicherung einer Feedbackkultur dar.

Die Inhalte und Abwicklung des MA-Gesprächs sind zu standardisieren und zu dokumentieren. Es können zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten Absprachen getroffen werden, welche Aspekte nicht dokumentiert werden. Die Mitarbeitenden bekommen eine Kopie des Mitarbeiter*innengesprächs. Es ist in der Einrichtung einheitlich festgelegt, wo die MA-Gespräche verwahrt werden.

Mögliche Inhalte des MA-Gesprächs:

- ◆ Reflexion Aufgabengebiet
- ◆ Standortbestimmung (z.B. bezüglich der Aufgabenerfüllung, Realisierung von Zielen, Bedingungen der Arbeit, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Umgang mit Klient*innen und Zusammenarbeit)
- ◆ Beurteilung der Zusammenarbeit (z.B. mit Vorgesetzten, Kolleg*innen, Führungsverhalten)
- ◆ Gemeinsame Kompetenzbewertung im Sinne von I.2.3.1
- ◆ Berufliche Entwicklungen und Förderungsmaßnahmen
- ◆ Zielvereinbarungen und Arbeitsabsprachen (z.B. durch präzise Formulierung der Arbeitsziele und möglichst auch Kriterien für die Bewertung der Qualität und Quantität)

I.2.4. Notfallpläne

Unter „Notfallplan“ wird eine kurze, eindeutige und leicht lesbare Anweisung für die Bewältigung von Notfällen und Krisen verstanden. Notfallpläne müssen in Extremsituationen allen Mitarbeitenden in der Einrichtung Sicherheit und klare Orientierung geben.

Notfallpläne müssen mit den entsprechenden Telefonnummern versehen an einem gut sichtbaren Ort (z.B. im Büro) aufgehängt werden, da sie im Ernstfall schnell greifbar sein sollen.

Alle Mitarbeitenden sind nachweislich und regelmäßig über den Inhalt, die Vorgangsweise und die Dokumentation zu unterweisen.

Die Notfallpläne sind auf alle Fälle in die Erstunterweisung für neue Mitarbeitende sowie Auszubildende und Zivildiener aufzunehmen.

Notfallpläne sind insbesondere für folgende Szenarien zu erstellen:

- ◆ akut auftretende Krankheits- oder Unfallsituationen mit Regelungen zur Versorgung durch Notfalldienste und einer Regelung für die Weiterführung des laufenden Betriebes
- ◆ hygienische Notfälle und Pandemievorsorge (z.B. Verkeimung, ansteckende Erkrankungen, Nadelstiche, Tuberkulose, Hepatitis C) gemäß gesetzlicher Vorgaben oder interner Risikobetrachtung
- ◆ Bedrohungen (z.B. Aggressionen, Gewalt, psychische Ausnahmesituationen, sexuelle Belästigung)
- ◆ Notfallpläne gemäß anderer gesetzlicher Forderungen, wie z.B. Brandschutz und Feuer (z.B. maßgebliche Brandschutzeinrichtungen und Fluchtwege) i.S.d. § 25 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG); §§ 12, 13, 44a, 45 Arbeitsstättenverordnung (AStV), Evakuierungsplanung

Die Notfallszenarien müssen jährlich erprobt und geübt sowie die Notfallanweisungen auf Durchführbarkeit evaluiert werden. Die Ergebnisse dieser Übungen sind schriftlich inklusive Datum festzuhalten und Notfallpläne ggf. anzupassen.

Notfallpläne für spezielle Situationen mit Klient*innen sind in jeder Einrichtung zu etablieren, zu unterweisen und zu erproben.

I.2.5.Dokumentation des Klient*innenbetreuungsprozesses

Der gesamte Prozess der Klient*innenbetreuung und -beratung muss zu jeder Zeit schriftlich in Form einer individuellen Falldokumentation nachvollziehbar sein. Dadurch kann dem Ziel Rechnung getragen werden, dass die Dokumentation einheitlich und mit gleicher Qualität im Sinne des öffentlichen Interesses durchgeführt wird.

Folgende Grundsätze gelten für das Führen der Dokumentation in einem Akt je Klient*in:

- ◆ chronologisch, möglichst unabhängig von der betreuenden Berufsgruppe
- ◆ zeitnah, spätestens am nächsten Arbeitstag haben die Einträge zu erfolgen
- ◆ nachvollziehbar, wer? was? wann? wo? womit?
- ◆ lückenlos; nachträgliche Einträge sind zu vermeiden bzw. eindeutig als Gedächtnisprotokolle zu kennzeichnen

Für jeden*jede Klient*in ist eine Dokumentation, welche das Handeln nachvollziehbar und somit in fachlicher und rechtlicher Hinsicht überprüfbar macht, zu führen. Dabei sind die Bestimmungen des Datenschutzes und der Berufsgesetze einzuhalten. Die Eintragungen sind vollständig, richtig, zeitnah, chronologisch, einer verantwortlichen Person zuordenbar und lesbar zu dokumentieren.

Sofern die Dokumentation handschriftlich erfolgt, sind die Einträge eindeutig einem*einer Mitarbeiter*in zuzuordnen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eine Handzeichenliste aller Mitarbeitenden zu führen und aktuell zu halten.

Grundsätze der Dokumentation sind insbesondere:

- ◆ Die Bedeutung von einrichtungsspezifischen Abkürzungen und Symbolen in der Dokumentation muss eindeutig festgelegt sein bzw. ist in einem mit der jeweiligen Dokumentation korrespondierenden Handbuch deren Bedeutung auszuführen.
- ◆ Werden elektronische Datenträger verwendet, muss die vollständige, geordnete und inhaltsgleiche Wiedergabe bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist nach Tod bzw. Austritt gemäß den rechtlichen Vorgaben der relevanten Materiengesetze gewährleistet sein.
- ◆ Die geführte, manuelle Dokumentation hat zum Selbstschutz der betreuenden Berufsgruppe keine unlesbaren Durchstreichungen, Auslackierungen oder Überklebungen zu enthalten. Korrekturen haben entsprechend einer „ordnungsgemäßen Buchführung“ so zu erfolgen, dass das ursprünglich Geschriebene lesbar bzw. ersichtlich ist. So wird z.B. ein verfehlter Dokumentationsinhalt mit einem geraden Strich durchgestrichen, mit einem Korrekturzeichen versehen und mit Datum der Korrektur und Handzeichen abgezeichnet. Leer bleibende Zeilen und Flächen sind zu entwerten, um eine nachträgliche Ergänzung zu verhindern.

- ◆ Notwendige nachträgliche Einträge sind eindeutig als Nachtrag mit Datum und Handzeichen zu kennzeichnen.

I.2.5.1. **Handzeichen (Paraphe) und Handzeichenliste**

Wenn eine handschriftliche Dokumentation geführt wird, so müssen die Handzeichen mit der aktuell datierten und geführten Handzeichenliste korrespondieren. Dies dient auch einer Vereinfachung der Förderungskontrolle.

Die Handzeichenliste ist mit dem Datum der Herausgabe zu versehen.

In der Handzeichenliste ist mit

- ◆ Funktion,
- ◆ Name,
- ◆ voller Unterschrift (Vor- und Zuname),
- ◆ Handzeichen,
- ◆ Eintrittsdatum,
- ◆ Austrittsdatum
- ◆ und Datum der Unterzeichnung

zu erfassen.

Für Auszubildende sowie Zivildiener ist eine eigene Handzeichenliste nach der o.g. Vorgabe zu führen.

Das Handzeichen leitet sich grundsätzlich von den ersten beiden Buchstaben des Nachnamens ab und muss einen Schriftzug aufweisen.

Auch bei elektronisch erfassten Dokumenten ist die Eindeutigkeit der Nachweisführung durch Nutzung eines Handzeichens in der elektronischen Form sicherzustellen (z.B. passwortgesicherter Zugang zu Dokumentationssystemen, Eintrag durch den betreuenden MA eigenhändig, Bildschirmschoner und Sperrbildschirm).

Die Handzeichenlisten sind entsprechend den Aufbewahrungsfristen zu archivieren.

I.2.5.2. **Archivierung von Aufzeichnungen**

Die Aufbewahrung von Unterlagen, welche die ordnungsgemäße Durchführung der Angebote nachvollziehbar machen, ist zu regeln (z.B. Archivierungsmatrix mit Ort, Dauer, Art der Archivierung, Zugangsberechtigung, Ordnungssystem).

Aufzeichnungen müssen während der gesamten Archivierungszeit lesbar, leicht zuordenbar und wieder auffindbar bleiben.

Beim Ausscheiden von Mitarbeitenden ist sicherzustellen, dass alle Informationen, die im Rahmen der Tätigkeiten entstanden sind, auch nach dem Ausscheiden dieser Personen zur Verfügung stehen, damit eine reibungslose Betreuung/Beratung der Person sichergestellt werden kann.

Die jeweiligen gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfristen sind einzuhalten. Bei Auflösung der Einrichtung ist die Dokumentation von dem*der Förderungsnehmer*in für die entsprechende Dauer der Aufbewahrungspflicht aufzubewahren.

Die Forderungen der ISO 9001 oder der EN 15224 „Forderungen Qualitätsmanagementsysteme — EN ISO 9001:2015 für die Gesundheitsversorgung“ zum Punkt „Dokumentierte Information“ sind zu erfüllen und nachzuweisen.

Bei Auflösung der Trägerschaft hat der*die Rechtsnachfolger*in die Dokumentation von seinem*seiner Vorgänger*in zu übernehmen und für die der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht entsprechende Dauer aufzubewahren.

Beendet ein*eine Fördernehmer*in seine*ihrer Tätigkeit im Zeitraum der im Förderungsvertrag vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen ohne Rechtsnachfolge, so ist für eine weitere Verfügbarkeit der Unterlagen für allfällige Überprüfungen (zB durch den Rechnungshof) gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (z.B. § 93 GmbHG) zu sorgen.

I.2.5.3. Elektronische Führung von Dokumenten und Aufzeichnungen

Werden für die Aufzeichnungen Datenträger verwendet, sind die Bestimmungen gemäß § 131 Abs 3 sowie § 132 Abs 2 und 3 BAO sinngemäß anzuwenden.

Im Rahmen von Kontroll- oder Beschwerdemäßignahmen hinsichtlich der Einhaltung der Förderungsbedingungen, müssen den Organen des Gesundheitsfonds Steiermark kostenfrei jegliche Dokumentationen, die elektronisch geführt werden (z.B. Klient*innendokumentation oder Zeitaufzeichnung), zu jeder Zeit in Papierform oder in elektronisch lesbarer Form, wie zum Beispiel pdf-Dateien, vorgelegt werden können (z.B. Ausdruck per Stichtag).

Elektronische Klient*innendokumentationssysteme sind so anzulegen, dass die Vorgaben den Qualitätsstandards entsprechen.

Es ist sicherzustellen, dass bei Änderungen in den EDV-Systemen – soweit es für die Gewährung einer Förderung erforderlich ist – die alte Dokumentation lesbar und verfügbar bleibt bzw. in das neue System überführt wird.

Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind einzuhalten.

Die Archivierungsregeln sind auch auf die elektronische Form anzuwenden.

I.2.6. Datenschutz

- Gesetzliche Bestimmungen zum Thema Datenschutz sind in allen Bereichen einzuhalten (elektronisch und in Papierform).

- Berufsgesetze, so sie Regelungen dazu enthalten, sind ebenfalls einzuhalten.
- Ein interdisziplinäres Arbeiten muss im Rahmen der Regelungen der Berufsgesetze gewährleistet sein. Es ist vom Dienstgeber zu definieren, welche Informationen allen Mitgliedern des Helfer*innenteams zur Verfügung stehen müssen, damit eine bestmögliche Betreuung möglich wird. Zumindest die Themenkreise und Zielsetzungen, sowie die bereits angewendeten Methoden sind darzustellen.
- Alle Mitarbeitenden, die mit sensiblen Daten in Berührung kommen, haben eine Datenschutzerklärung zu unterzeichnen, die auch über das Dienstverhältnis hinaus weiter Gültigkeit besitzt.
- Die Aufklärung der Klientent*innen hat in angemessener Form gemäß dem Krankheitsbild zu erfolgen. Es ist zu dokumentieren, wenn die Unterzeichnung der Einwilligungserklärung nach den gültigen Datenschutzbestimmungen nicht zumutbar oder möglich ist. Die erfassten Daten müssen auf Anforderung dem Förderungsgeber zum Zweck der Kontrolle und wissenschaftlichen Aufarbeitung (Evaluation und Monitoring) zur Verfügung gestellt werden. Der Förderungsgeber versichert, sich an die Beschränkungen, welche sich durch die DSGVO idgF ergeben, zu halten und keinerlei Daten an Dritte, außer zu Zwecken der Wissenschaft sowie zur Evaluation von bestehenden Strukturen, zur Verfügung zu stellen.

I.2.7. Verbesserung der Dienstleistungsqualität

Im Interesse der Qualitätsentwicklung wird für die Gewährung einer Förderung die Implementierung eines Beschwerde-Managements sowie der organisatorische Prozess der Abwicklung (Prozessbeschreibung) überprüft. Eine Prozessbeschreibung mit Definition der Verantwortlichkeiten zum Umgang mit internen Fehlern und Beschwerden von außen ist zu erstellen und einzuführen. Über diesen Prozess muss jeder*jede Mitarbeitende der Einrichtung Bescheid wissen. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren und auszuwerten. Bei Häufungen sind Maßnahmen zu ergreifen, die das Wiederauftreten des Problems verhindern. Auch darüber ist eine Dokumentation zu führen, damit die Ergebnisse und ggf. veränderten Vorgangsweisen für alle Mitarbeitenden nachvollziehbar sind. Grundlage soll der Gedanke der "ständigen Verbesserung" sein.

I.2.7.1. Fehlermanagement intern

Die Förderungsnehmer*innen haben die Möglichkeit zu schaffen, dass jeder*jede Mitarbeiter*in auf Fehler bzw. Beinahefehler im internen Ablauf, in der täglichen Arbeit oder in der Zusammenarbeit aufmerksam machen zu können. Dies muss auch in anonymisierter Form möglich sein.

Dringliche Angelegenheiten sind umgehend zu melden und mit entsprechenden Sofortmaßnahmen zu erledigen.

Es ist zu regeln,

- ◆ wer sich dieser Anliegen/Meldungen annimmt,

- ◆ in welchem Zeitraum sie zu bearbeiten sind,
- ◆ in welcher Form die Dokumentation darüber zu führen ist und
- ◆ welche Fehler an die Leitungen bzw. die Führungskräfte weiterzuleiten sind, in welcher Form und in welchem Zeitraum.

Es müssen jährlich Auswertungen über die Meldungen erfolgen, um Verbesserungsvorschläge und Fehlerhäufungen zu erkennen und wirksame Maßnahmen zu setzen. Sollten die Maßnahmen den organisatorischen Ablauf betreffen, so sind sie in die Arbeitsprozesse einzuarbeiten. Die Mitarbeitenden sind über die Änderungen nachweislich zu informieren.

I.2.7.2. Umgang mit Rückmeldungen von Außen

Als Qualitätsinstrument und als fester Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens (ob EFQM, ISO, etc.). muss jeder*jeder Klient*in sowie deren An- und Zugehörige die Möglichkeit haben, eine Beschwerde einzubringen. Dies kann auch in anonymisierter Form erfolgen. Dafür sind geeignete Formulare und eine Möglichkeit zur Abgabe (z.B. Briefkasten) einzurichten. Erstrebenswert ist zusätzlich eine Möglichkeit, dies auch in elektronischer Form über das Internet (z.B. auf der Website der Einrichtung) anzubieten.

Für das Beschwerdemanagement ist eine Ablaufbeschreibung zu erstellen. Diese regelt insbesondere

- ◆ die Form der Beschwerdeerfassung,
- ◆ wer sich der Beschwerden annimmt,
- ◆ in welchem Zeitraum sie zu bearbeiten sind,
- ◆ in welcher Form die Dokumentation erfolgt,
- ◆ wie der Abschluss erfolgt und
- ◆ welche Beschwerden an die Leitungen bzw. die Führungskräfte weiterzuleiten sind, in welcher Form und in welchem Zeitraum.

Die erste Rückmeldung über den Eingang einer schriftlichen Beschwerde an den*die Beschwerdeführenden muss innerhalb von zwei Wochen erfolgen.

Es müssen regelmäßige Auswertungen über die Beschwerden erfolgen (mindestens 1 x jährlich), um Häufungen zu erkennen und wirksame Verbesserungsmaßnahmen zu setzen. Sollten die Maßnahmen den organisatorischen Ablauf betreffen, so sind sie in die Arbeitsprozesse einzuarbeiten und die Mitarbeitenden über die Änderungen nachweislich zu informieren.

I.2.8. Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt sowohl zielgruppenorientiert (z.B. Klient*innen oder Gesellschaft) als auch unter Rücksichtnahme auf die regionalen Gegebenheiten. Eine seriöse Öffentlichkeitsarbeit erfordert, dass realistische Angebote, die auch einhaltbar sind, beschrieben werden. Die Öffentlichkeitsarbeit ist laufend zu überprüfen und an den

Angeboten anzupassen, wobei der persönliche Schutz und die Würde der Klient*innen gewährleistet werden.

Ziele:

- Bekanntmachen der Einrichtung und der Angebote
- Präsenz in der Öffentlichkeit (z.B. Imagepflege) herstellen
- Ermutigen zur Inanspruchnahme
- Transparenz und Erreichbarkeit (Erreichbarkeitszeiten und zeitlicher Rahmen, in dem Beratungsgespräche stattfinden können)

Kriterien:

- Bewusste Wahl der Informationsflüsse (zielgruppenspezifisch, z.B. Jugendliche in Schulen, Sozialarbeiter*innen von anderen Vereinen und Einrichtungen)
- Zielgruppengerechtes Informationsmaterial, das ansprechend gestaltet, leicht verständlich und übersichtlich ist
- Laufende Aktualisierung der Unterlagen

Bei allen visuellen Formen der Informations- und Publizitätsmaßnahmen (z.B. Publikationen, Folder, Plakate, Beschilderungen) sind die korrekten Logos des Gesundheitsfonds Steiermark und deren Beschriftung als Hinweis auf den Förderungsgeber anzuführen sowie auch der Hinweis „Gefördert vom Gesundheitsfonds Steiermark“.

- ◆ Welches Marketing passt zum eigenen Selbstverständnis der Einrichtung?
- ◆ Welche Zielgruppen sollen angesprochen werden?
- ◆ Welche Werbemaßnahmen eignen sich für die verschiedenen Zielgruppen?
- ◆ Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Folder, Plakate, Website etc.) haben den Richtlinien des Gesundheitsfonds Steiermark zu genügen; die aktuellen Logos des Gesundheitsfonds Steiermark sind als Hinweis auf den Förderungsgeber anzuführen (vgl. Merkblatt für Verwendungsnachweise).

I.2.8.1. Inhalte für die Website

Jede*r Förderungsnehmer*n hat seinen Tätigkeitsbereich auf einer Website entsprechend darzustellen. Inhalte sind insbesondere:

- ◆ Tätigkeitsbereich (Beschreibung des Vorhabens)
- ◆ Beschreibung der Zielgruppe
- ◆ Verweise auf Finanzierungen und Fördergeber*innen
- ◆ Kontaktdaten

Alle Informationen müssen für die Betroffenen in verständlicher Form verfasst sein.

Die Informationsunterlagen müssen leicht zugänglich sein und den Stand der Veröffentlichung sowie den Stand der Änderungen aufweisen.

Ebenfalls sind schriftliche Kurzinformationen (z.B. Broschüren, Folder) für die Betroffenen bereitzustellen.

II. Teil –Fachstandard

II.1. Fachstandard - Strukturqualität

II.1.1. Allgemeines/Zuständigkeit/Zielgruppe

Definitionen und Zielsetzungen:

Die inhaltlichen Schwerpunkte suchtspezifischer Betreuung liegen auf Motivationsförderung und der Erarbeitung von Umsetzungsstrategien anhand individualisierter, passgenauer, angemessener und phasenspezifischer Zielsetzungen in einem naturgemäß ambivalenten Verhandlungsraum, da die Betroffenen immer auch gleichzeitig und je nach Krankheitsphase und Komplexität ihrer Gesamtsituation die Rückkehr in ein „normales“ oder nüchternes Leben wünschen. Die Arbeit im Suchtbereich ist daher auch immer von stark wechselnden Bedürfnislagen der Patient*innen geprägt und erfordert hohe Flexibilität.

Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe bieten lebensweltorientiert Angebote zur Beratung, Betreuung und Begleitung an. Zielgruppe sind Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen oder Verhaltenssüchten, deren Angehörige und Helfersysteme.

Grundsätzlich hat sich die Einrichtung für jede hilfesuchende Person, die in die Einrichtung kommt oder Kontakt aufnimmt, zuständig zu fühlen. Insofern hat auch eine erste Kontaktaufnahme und Unterstützung beim Finden des richtigen/passenden Angebotes zu erfolgen.

Es gelten die Prinzipien der

- ◆ Freiwilligkeit, sofern es sich nicht um Klient*innen mit Auflagen handelt
- ◆ Anonymität, soweit im betroffenen Angebot realisierbar
- ◆ Vertraulichkeit
- ◆ Niederschwelligkeit

Die Angebote sind für die Klient*innen kostenfrei (außer eventuelle Selbstbehalte, freiwillige Aufwendungen, Sachkostenpauschalen oder z.B. besondere Gruppenangebote).

II.1.2. Förderungstypen

II.1.2.1. Teilgeförderte Einrichtungen durch den Gesundheitsfonds

- Diese sind Einrichtungen, wie z.B.
 - Streetwork
 - Einrichtungen mit sozialintegrativen Angeboten Bereich Arbeit
 - Notschlafstellen

Die hauptsächlich niederschwelligen Einrichtungen sind nicht vollumfänglich zur Umsetzung des Q-Standard für ambulante Suchthilfeeinrichtungen verpflichtet. Es wird davon ausgegangen, dass alle zutreffenden/anwendbaren Standards (z.B. Q-Standards anderer Einrichtungstypen, freiwillige ISO 9001-Zertifizierung etc.) erfüllt werden. Für jene Aspekte, für die die Förderungen gewährt werden, sind die Anforderungen des Q-Standards zu berücksichtigen (z.B. Personalführung, Einsatz von qualifiziertem Personal mit Fokus Suchterkrankungen, Erreichbarkeit der Einrichtung).

Niederschwelligkeit bedeutet, dass die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote an geringe Voraussetzungen von Seiten der Klient*innen gebunden ist. Die Grundhaltung niederschwelliger Einrichtungen besteht darin, dass nicht die Entwöhnung der süchtigen Menschen im Vordergrund steht, sondern die Verbesserung ihrer Lebenssituation bei gleichzeitiger Akzeptanz des Suchtverhaltens. Allen niederschwelligen Angeboten gemein sind die Handlungsprinzipien: Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, geschlechtssensibler und akzeptanzorientierter Ansatz.

II.1.2.2. Hauptgeförderte Einrichtungen durch den GF

Dies sind Einrichtungen, bewilligt nach §15 SMG, wie

- ◆ Ambulante hoch- und niederschwellige Suchthilfeeinrichtungen
- ◆ Psychosoziale Dienste mit ambulanten Suchthilfeangeboten
- ◆ Einrichtungen mit Opioidsubstitutionstherapie

Für diese Einrichtungen ist die Umsetzung des Q-Standards Bedingung für die Förderungsgewährung.

Die Angebote der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen sind darauf ausgerichtet, in einer professionelle Beratungs-/Begleitungsbeziehung ein gemeinsam definiertes Problem zu klären und gemeinsame Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Beratung bietet Hilfestellung bei der Bewältigung von sozialen, psychischen, rechtlichen und medizinischen Problemen und unterstützt Betroffene und Angehörige auf der Sucht nach neuen Möglichkeiten im Umgang mit Sucht.

Beratung passiert sowohl suchtbegleitend als auch abstinenzorientiert und wird im Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppensetting angeboten. Das Ziel der Beratung ist die Lebensqualität zu verbessern sowie substanzbedingte, gesundheitliche oder soziale Folgeschäden zu verhindern bzw. zu reduzieren.

Es ist ein schriftliches Konzept zu erstellen, das auf die Besonderheiten der Zielgruppe unter Berücksichtigung der Region und die daraus resultierenden Angebote eingeht. Eine Bezugnahme auf die Qualitätsstandards muss gegeben sein. Das Konzept bzw. maßgebliche Konzeptänderungen (z.B: Streichung eines Angebotes) sind von der Suchtkoordination des Gesundheitsfonds Steiermark genehmigen zu lassen. Folgendes ist dabei zu berücksichtigen:

- ◆ Orientierung an dem Angebot der Einrichtung
- ◆ Zielgruppenbeschreibung
- ◆ Ziele und das daraus resultierende Angebot (geplante Soll-Leistung)
- ◆ Beschreibung des Orts, der Räumlichkeit und der Öffnungszeiten
- ◆ Beschreibung des Personals (Qualifikation)
- ◆ Beschreibung der Arbeitsweisen
- ◆ Dokumentation
- ◆ Festsetzung der Überprüfungsweise (Evaluation)

Es findet regelmäßig eine Überprüfung des Konzeptes statt. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen in die Zielplanung der Einrichtung ein. Eine kontinuierliche Reflexion des Konzeptes und der Arbeitsweise findet in den inhaltlichen Teams statt. In der Organisation gibt es ein allen bekanntes Reglement, welches beinhaltet, dass bei strukturellen Veränderungen der Einrichtung eine übergeordnete Stelle (z.B. fachliche Leitung und Geschäftsführung) zustimmt.

II.1.3. Kooperationen der Suchthilfe

Zusammenarbeit und Kooperation der ambulanten Suchthilfe mit stationären Einrichtungen, Psychosozialen Diensten und anderen Einrichtungen und (öffentlichen) Institutionen zu den Themen:

- Gegenseitige Zuweisung
- Bei Bedarf gemeinsame Betreuungsplanung – bzw. Durchführung (inkl. mögliche Teilnahme an Fallbesprechungen, Helferkonferenzen)
- Nutzung von Synergien in den Bereichen psychiatrische Beratung, Sozialarbeit, Arbeitsfindung, mobiler Dienst, Tagesstätte, Wohnversorgung, etc.)
- Weitergabe von suchtspezifischen Informationen (z.B. Trends, Methoden; im Sinne der Wissensweitergabe und Vernetzung)
- Regionalkonferenzen und Qualitätszirkel

- Psychiatrischer Krisendienst, im Rahmen der gegebenen Verfügbarkeiten

Bei diesen Tätigkeiten wird die Einhaltung der jeweiligen Q-Standards bzw. der einschlägigen gesetzlichen Regelungen (z.B. Datenschutz) vorausgesetzt.

II.1.4. Förderungsvoraussetzungen für Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe

Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe mit multiprofessionellem Team werden gefördert, wenn eines oder mehrerer folgender Angebote abgedeckt wird:

- ◆ Abklärung
- ◆ Beratung, Betreuung
- ◆ Psychosoziale Beratung und Betreuung
- ◆ Information, Beratung und Begleitung für Betroffene, Angehörige und Interessierte
- ◆ Beratung in Form von Einzel-/Gruppen-/Paar- und Familiengespräche
- ◆ Vermittlung und Vorbereitung zu Therapie bzw. Behandlung (ambulant oder stationär)
- ◆ Vor- bzw. Nachbetreuung vor oder nach einem Aufenthalt in einer stationären Suchteinrichtung
- ◆ Ambulante Entwöhnung
- ◆ Begleitung als längerfristige Unterstützung
- ◆ Sozialarbeiterische Begleitung und Beratung zur Opioid-Substitutionsbehandlung (OST)
- ◆ Juristische Beratung
- ◆ Ärztliche Beratung
- ◆ Psychotherapie
- ◆ Klinisch-psychologische Diagnostik
- ◆ Krisenarbeit als unmittelbare Hilfe und Kontaktmöglichkeit
- ◆ Beratung von Kooperationspartner*innen (z.B. soziale Einrichtungen, Betriebe, Schulen)

Darunter ist jeweils zu verstehen:

Abklärung:

Im Zuge der Abklärung fungieren die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe als Anlaufstelle für Menschen mit suchtrelevanten Fragen und/oder Problemstellungen. Die Abklärung ist als ausführliches Gespräch zu verstehen, in dem, gemeinsam mit der betroffenen Person, eine Anamnese zu erfolgen hat. Das bedeutet die Erfassung von Ressourcen und Problemstellungen in den verschiedenen Bereichen menschlichen Lebens (körperliche und psychische Gesundheit, Arbeit, Wohnen, soziale Beziehungen, finanzielle Situation, etc.) sowie die Konkretisierung des aktuellen Anliegens bzw. die Klärung des allfälligen Unterstützungsbedarfs. Im Zuge der Abklärung ist über die Angebote der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe sowie weiterer regionaler Hilfsangebote zu informieren. Wenn ein konkreter Unterstützungsbedarf deutlich wird, hat die Planung/Einleitung weiterer Interventionen/Unterstützungsmaßnahmen gemeinsam mit der betroffenen Person zu erfolgen.

Beratung, Behandlung, Betreuung:

Betroffene von suchtbezogenen Erkrankungen sowie deren Angehörige können sich in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe über Erkrankungen, Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und Institutionen, welche die erforderlichen Unterstützungsleistungen erbringen, informieren. Substanzaufklärung/Rechtliche Beratung. Sie können punktuelle oder auch regelmäßige Beratung und/oder kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles Team in Anspruch nehmen, wenn ein entsprechender Unterstützungsbedarf besteht.

II.1.5. Personelle Ausstattung

Bei der Besetzung des Teams wird auf Multiprofessionalität geachtet; dadurch wird gewährleistet, dass den komplexen Anforderungen und Problemlagen mit Sichtweisen von verschiedenen psychosozialen Berufsgruppen begegnet werden kann.

Mitarbeitende mit folgenden psychosozialen Grundberufen:

- Diplomierte Sozialarbeiter*innen, bzw. Bachelorabsolvent*innen des Fachhochschul Studienganges Soziale Arbeit
- Psycholog*innen
- Psychotherapeut*innen

Mitarbeitende mit anderen psychosozialen Grundberufen:

- Bei Vorliegen einer entsprechenden Berufserfahrung und einer Zusatzausbildung, die die angeführten Kompetenzen erfüllt, können auch Mitarbeitende mit anderen psychosozialen Grundberufen beschäftigt werden:
 - Diplomierte Sozialpädagog*innen
 - Diplomierte Absolvent*innen der Studienrichtung Pädagogik
 - Sozial und Lebensberater*innen
 - Suchtberater*innen
 - Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (ggf. mit Sonderausbildung psychiatrische Gesundheits- u. Krankenpflege)
 - Ärzt*innen

Diese Mitarbeitenden erhalten innerhalb eines festgelegten Zeitraums Fortbildungen zu den Bereichen Motivierende Gesprächsführung, Krisenintervention, Wissen über psychosoziale/psychische Erkrankungen, insbesondere suchtspezifisches Wissen, Beratungsmethodik, Existenzsicherung und (spezifische) Rehabilitationsmodelle.

Honorarkräfte (im Anlassfall oder bei Konsiliartätigkeit und nach Genehmigung des Fördergebers)

- Ärzt*innen
- Jurist*innen
- bei Bedarf andere Berufsgruppen und auch in Ausbildung zu einem psychosozialen Grundberuf stehende Personen, die nach dem Konzept und den Bedürfnissen der Klient*innen sinnvoll

Kriterien für die Teamzusammensetzung

- Rücksichtnahme auf eine adäquate Verteilung der Geschlechter
- Rücksichtnahme auf eine Durchmischung des Teams in Bezug auf verschiedene Berufsgruppen

Ein multiprofessionelles Team ist idealerweise als "vielfältiges" Team im Sinne von Diversity bzgl. Alter, soziokulturelle Herkunft, Muttersprache etc. zu verstehen. Eine "diversifizierte" Besetzung ist anzustreben (vergl. „Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark“).

II.1.6. Zuweiser*innen

Durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit wurde und wird eine umfassende Bekanntheit der Einrichtungen angestrebt.

Jede Person (Betroffene*r oder Angehörige*r) welche einer suchtspezifischen Hilfe bedarf, kann sich an die Einrichtungen wenden.

Zusätzlich können alle medizinischen, behördlichen und im Umfeld tätigen Organisationen, die mit der Zielgruppe arbeiten, wenn eine suchtspezifische Problemstellung vorliegt, oder vermutet wird, zur Abklärung weiterleiten.

II.1.7. Zielgruppe der Suchthilfe

Als Klient*innen der Suchthilfe werden jene Personen aus allen Altersgruppen gesehen, die von einer Suchterkrankung betroffen sind, unabhängig ob aktuell konsumierend oder gegenwärtig abstinenter. Des Weiteren werden Personen als Zielgruppe umfasst, die einen experimentellen Konsum aufweisen oder die „problematisch konsumieren“. Dieser Begriff beinhaltet sowohl risikoreiche Verhaltensweisen bzw. Konsummuster als auch risikobehaftete Umgebungsfaktoren und subsumiert „Akutintoxikation“ und „schädlicher Gebrauch“ im Sinne des ICD 10.

Als Zielgruppe werden auch nahe Angehörige und sonstige Personen im unmittelbaren sozialen Umfeld von süchtigen oder problematisch konsumierenden Menschen verstanden. Weiters zählen auch verschiedenste Kooperationspartner*innen (Betriebe, verschiedenste soziale Einrichtungen, etc.) zu den Kund*innen der ambulanten Suchthilfe.

II.1.8. Zeitlicher Rahmen / Öffnungszeiten

In der Öffnungszeit der jeweiligen Einrichtung werden Termine vereinbart, bestehende Termine umgesetzt und es besteht die Möglichkeit zur suchtspezifischen Krisenintervention. Menschen mit Krisen werden in der Öffnungszeit immer bevorzugt behandelt.

Grundsätzlich besteht eine freie Zutrittsmöglichkeit innerhalb der Öffnungszeiten. In diesen ist das Sekretariat besetzt, Telefongespräche können angenommen werden, Fachpersonal steht im Notfall zur Verfügung.

Die regelmäßigen Öffnungszeiten sind so zu kommunizieren, dass diese Information den potentiellen Klient*innen jederzeit zugänglich ist (z.B. Aushang, Homepage, Anrufbeantworter, etc.). Öffnungszeiten von Außenstellen sind ebenso zu kommunizieren und festzulegen (nach gegebenen Ressourcen).

Die Öffnungszeiten sind klient*innenorientiert anzupassen, Nachmittags- und Abendstunden sind zu berücksichtigen. Im Rahmen dieser Öffnungszeiten soll ein Kontakt ohne vorherige Terminvereinbarung möglich sein.

Termine nach Vereinbarung außerhalb der Öffnungszeiten sind ebenfalls vorzusehen.

II.1.9. Standort / Örtlichkeiten

II.1.9.1. Anrufbeantworter

Für den Fall, dass Klient*innen außerhalb der Öffnungszeiten und ohne Termin in die Einrichtung oder deren Außenstellen kommen, ist ein Hinweis anzubringen, wohin man sich in dringenden Fällen wenden kann. Der Hinweis sollte bei der Ausschilderung der Öffnungszeiten angebracht werden, sodass diese Information auch ohne Zutritt zur Einrichtung verfügbar ist.

Den Klient*innen bzw. den An- und Zugehörigen ist es zu ermöglichen, auch außerhalb der Öffnungszeiten Nachrichten zu hinterlassen (z.B. für Terminabsagen). Aus diesem Grund ist ein Anrufbeantworter o.ä. für die Zeit einzurichten, zu der keine persönliche Erreichbarkeit gegeben ist.

Folgende Informationen sollten im Ansagetext enthalten sein:

- ◆ Name der Einrichtung
- ◆ Öffnungszeiten
- ◆ telefonische Erreichbarkeit
- ◆ Aufforderung zur Angabe
 - des Grundes des Anrufes (z.B. Verhinderung der Klientin bzw. des Klienten)
 - des Namens
 - der Rückrufnummer
- ◆ Krisentelefonnummern

II.1.9.2. Standorte

Die Einrichtung der ambulanten Suchthilfe soll organisatorisch und örtlich so positioniert sein, dass betroffene Menschen, an einem in die lokale Gemeindestruktur gut eingebetteten Ort, Unterstützung in ihren individuellen Problemen vorfinden.

Die Förderung einer Außenstelle einer Einrichtung ist möglich,

- ◆ wenn es aus gesundheitsplanerischen Gesichtspunkten sinnvoll erscheint,
- ◆ in Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds Steiermark,
- ◆ sofern dadurch der Betrieb der Einrichtung nicht beeinträchtigt wird (personelle Besetzung der "Zentrale" hat Vorrang).

Folgende infrastrukturelle Mindestanforderungen müssen für eine Förderbarkeit erfüllt werden:

- ◆ Die Einrichtung soll in der Stadt mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein bzw. im ländlichen Raum eine gute Verkehrsanbindung aufweisen (Nähe zu Bushaltestelle, Bahnhof). Als Richtwert gelten 30-45 min. mit dem öffentlichen Verkehr.

- ◆ Mindestens zwei ausgewiesene barrierefreie Parkplätze gemäß ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen“ müssen bei Neubauten für Klient*innen zur Verfügung stehen, ausgenommen sind Bestandsobjekte.
- ◆ Die Einrichtung hat durch ausreichende Wegweiser (Wegweiser, z.B. ab der öffentlichen Haltestelle) gut erkennbar zu sein.

II.1.9.3. Hinweis auf bauliche Vorgaben, Raumbedarf und Ausstattung

Jede Einrichtung muss barrierefrei gemäß OIB Richtlinie 4 „Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit“ sowie barrierefrei gemäß ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen“ und ÖNORM B 1601 „Barrierefreie Gesundheitseinrichtungen, assistive Wohn- und Arbeitsstätten – Planungsgrundlagen“ idgF gestaltet sein.

Die Grundanforderungen für die barrierefreie Erschließung ergeben sich aus dem Steiermärkischen Baugesetz – Stmk. BauG in Verbindung mit der Steiermärkischen Bautechnikverordnung – StBTv, jeweils idgF. Einrichtungen, die durch Neubau entstehen, fallen in den Anwendungsbereich des Stmk. BauG, § 76 Abs 1 Z 5 Gesundheits- und Sozialreinrichtung, sodass die Anforderungen einzuhalten sind. Sinngemäß gelten diese Anforderungen auch für bestehende Gebäude, wenn diese durch eine Nutzungsänderung als Betreuungseinrichtung verwendet werden.

Um den Aufgaben einer Einrichtung gut nachkommen zu können, sind die Räumlichkeiten so zu gestalten, dass sie die Privatsphäre der Klient*innen sowohl beim Warten als auch im Kontakt wahren. Diese sollten folgende Kriterien erfüllen:

- ◆ Empfangs- und Wartezone (Sitzgelegenheiten, Getränke, Informationsmaterial)
- ◆ ausreichende Beratungs-, u. Betreuungszimmer
- ◆ Gruppenräume
- ◆ Büro für Sekretariat, Leitung und MA
- ◆ Journaldienstzimmer
- ◆ Ausführung der Räumlichkeiten, wie sie in gesetzlichen und behördlichen Anforderungen beschrieben sind (z.B. Aufenthaltsräume für Mitarbeitende, WC-Anlagen, Fluchtwege)

Die Beschilderung muss der Einrichtung gemäß der Definition entsprechen und Klient*innen wie auch der Allgemeinbevölkerung als Orientierung dienen und dennoch zurückhaltend und nicht stigmatisierend sein.

Die Aufteilung der Räumlichkeiten muss so gestaltet sein, dass die Betreuung für Mitarbeitende überschaubar bleibt und sie sich dadurch sicher fühlen. Auf gute Beleuchtung und Orientierungshilfen im gesamten Bereich ist zu achten.

Die gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz sind generell zu beachten.

II.1.9.4. Neubauten

Die Einrichtung muss gemäß den ÖNORMEN, den §§ 1, 5 Abs 2, 6 des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) und der Richtlinie zur Nutzungssicherheit und Barrierefreiheit (OIB-Richtlinie 4) barrierefrei, d.h. stufenlos erreichbar sein (ebenerdiger Eingang, Rampe mit maximal 6 % bzw. 10 % Steigung, Aufzug, Treppenplattformlift oder Hebebühne). Eine freie Zufahrt und die Möglichkeit zum Ein- und Aussteigen müssen gewährleistet sein. Neben dem Stmk BauG finden sich auch in anderen Landesgesetzen (z.B. Aufzugsgesetze, Veranstaltungsgesetze) zwingende Bestimmungen zur Einhaltung der Barrierefreiheit.

Die für den Transport notwendigen Flächen müssen über eine ausreichende Beleuchtung und Kennzeichnung verfügen.

Auch die barrierefreien Parkplätze sind mittels Bodenmarkierung und Beschilderung gut sichtbar zu kennzeichnen und in der Nähe des barrierefreien Einganges (idealerweise der Haupteingang) bzw. des barrierefreien Personenaufzuges anzutragen.

Sofern Gärten bzw. Freiraumflächen vorhanden sind, sind diese für die Bedürfnisse der Klient*innen sowie für den therapeutischen Nutzen der Natur miteinzubeziehen und können - sofern sie barrierefrei angelegt werden - gefördert werden.

II.1.10. Personal - Rollen, Funktionen

II.1.10.1. Leitungsfunktion des Betreuer*innenteams

Jenes Personal, das eine Leitungsfunktion im Team innehat, soll Praxis in der direkten Klient*innenarbeit mitbringen. Die Aufteilung zwischen Leistungstätigkeiten und Klient*innenarbeit ist so anzupassen, dass es mit der personellen Ausstattung harmoniert. Damit soll gewährleistet werden, dass eine entsprechende Wirksamkeit und Qualität erreicht wird.

II.1.10.2. Bezugsbetreuer*innen

Ein*e Bezugsbetreuer*in vermittelt den Klient*innen Sicherheit und Stabilität und bleibt, auch wenn unterschiedliche Betreuungsbedarfe von Spezialist*innen abgedeckt werden, als kontinuierlicher Beziehungsfaktor für den*die Klient*in zuständig. Die Handhabung der Zuordnung und Evaluierung der Bezugsbetreuung ist von dem*der Förderungswerber*in in einem Konzept oder einer Prozessbeschreibung darzulegen.

II.1.10.3. Organisation und Funktionen

Der*Die Förderungswerber*in hat die Aufbauorganisation in Form eines Organigramms darzustellen. Das Organigramm ist eine grafische Darstellung der Aufbauorganisation einer Organisation, welche deren organisatorische Einheiten, Aufgabenverteilung und Kommunikationsbeziehungen offenlegt. Damit werden die Beziehungen zwischen den einzelnen Organisationseinheiten in übersichtlicher Form abgebildet. Die Detaillierung der Aufgabenzuteilung hat in Funktionsbeschreibungen zu erfolgen, welche die Inhalte des Q-

Standards berücksichtigen und den Mitarbeitenden Orientierung und Sicherheit geben. Diese sollten insbesondere beinhalten:

- ◆ Bezeichnung der Rolle/Funktion/Stelle
- ◆ Qualifikations- u. Kompetenzanforderungen (fachlich und sozial)
- ◆ Hauptaufgaben
- ◆ Befugnisse, Vollmachten, Einschränkungen und Pflichten

II.1.10.4. Teambesprechung

Die Dokumentation erfolgt in einem Protokoll, das von allen Mitarbeitenden (auch den nichtanwesenden) nachträglich nachweislich zur Kenntnis genommen werden muss (z.B. mit Handzeichen/Parape am Protokoll).

Im Teambesprechungsprotokoll sind keinerlei fallbezogene Informationen festzuhalten. Diese sind je Klient*in in der individuellen Betreuungsdokumentation festzuhalten. Um die Transparenz und Qualität der klient*innenbezogenen Dokumentation zu fördern gilt, dass die Klient*innenbesprechung (und gegebenenfalls Intervision) als klient*innenbezogene Betreuungszeit gewertet wird und diese ist sowohl zeitlich wie auch in der Dokumentation eindeutig zuzuordnen.

II.1.11. Hausordnung

Die Hausordnung ist ein frei zugängliches Dokument, das Grundlegendes für die Betreuung regelt, sofern dies nicht in einer Betreuungsvereinbarung mit den Klient*innen vereinbart wird. Die Hausordnung wird den Klient*innen ausgehändigt bzw. muss zugänglich sein (z.B. Aushang im Wartebereich). Diese soll beinhalten:

- ◆ Allg. Regelung zum Umgang mit Warteliste und Terminen (Vorgangsweise bei Absagen oder Verschiebungen)
- ◆ Rauch und Alkoholverbot und andere Substanzen
- ◆ Konsequenzen bei Verhaltensweisen, die eine Betreuung aktuell nicht möglich machen
- ◆ Allgemeine Informationen zum Datenschutz im Sinne der Aufklärung

II.2. Prozessqualität Fachstandard

II.2.1. Metaprozess der Betreuung in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe

Der Metaprozess versteht sich als berufsgruppenübergreifendes generelles Verständnis von prozesshaften reflektierten Interventionen zur Unterstützung des hilfesuchenden suchtkranken Menschen und kann in folgenden Phasen verstanden werden.



II.2.1.1. Hauptangebote

- ◆ Psychosoziale Beratung und Betreuung
- ◆ Information, Beratung und Begleitung für Betroffene, Angehörige und Interessierte
- ◆ Beratung in Form von Einzel-/Gruppen-/Paar- und Familiengesprächen
- ◆ Vermittlung und Vorbereitung zu Therapie bzw. Behandlung (ambulant oder stationär)

- ◆ Vor- bzw. Nachbetreuung vor oder nach einem Aufenthalt in einer stationären Suchteinrichtung
- ◆ ambulante Entwöhnung
- ◆ Begleitung als längerfristige Unterstützung
- ◆ Sozialarbeiterische Begleitung und Beratung zur Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) (Suchtberatungsstellen)
- ◆ Juristische Beratung (Suchtberatungsstellen)
- ◆ Ärztliche Beratung
- ◆ Psychotherapie
- ◆ Klinisch-psychologische Diagnostik
- ◆ Krisenarbeit als unmittelbare Hilfe und Kontaktmöglichkeit
- ◆ Beratung von Kooperationspartner*innen (z.B. soziale Einrichtungen und Betriebe)

II.2.1.2. Aufnahme der Betreuung/ Begleitung, Beginn des Betreuungsprozesses

Nach telefonischem oder persönlichem Ersuchen um Erstkontakt wird mit den Klient*innen oder den Angehörigen ein Erstgesprächstermin vereinbart, der vorwiegend von einer*einem Fachmitarbeiter*in des*der Förderungsnehmers*Förderungsnehmerin durchgeführt wird.

Es erfolgt eine bio-psychosoziale Anamnese.

Im Rahmen dieser Abklärung wird entschieden, ob der*die Klient*in entweder an eine geeignete Stelle weiterverwiesen wird, oder der Angebote der Einrichtung bedarf. Bleibt die Person in der Einrichtung, wird ein Betreuungs-/Beratungsplan erstellt. Dies erfolgt bei Bedarf auch über eine Fallbesprechung im Team.

Der*Die Bezugsbetreuer*in koordiniert (im Einverständnis mit dem*der Betroffenen) im Sinne einer Fallführung das weitere Vorgehen und die Kommunikation nach innen und außen.

Die Aufnahme ist in Form eines konkreten Arbeitsablaufes zu beschreiben, dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen bzw. abzubilden:

- ◆ Wer (welche Berufsgruppen) darf die Aufnahme durchführen?
- ◆ Welche Informationen/Stammdaten sind auf alle Fälle zu erheben?
- ◆ Erhebung der aktuellen Problemstellung, Bildung einer ersten Arbeitshypothese

- ◆ Ist die aktuelle Problemstellung mit den Ressourcen der Einrichtung zeitlich und fachlich leistbar, oder muss weiterverwiesen und/oder vernetzt werden. Die Beantwortung dieser Frage muss eindeutig aus der Dokumentation hervorgehen.
- ◆ Start der Anamnese
- ◆ Interdisziplinäre Information im möglichen Helfer*innenteam
- ◆ Dokumentation I.2.5

Die regionale Zuständigkeit der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe ist kein Ausschließungsgrund für Klient*innen, die auf Grund ihrer Suchtproblematik nicht in der eigenen Gemeinde/Region Hilfe in Anspruch nehmen wollen (z.B. Angst vor Stigmatisierung).

II.2.1.3. Einstieg in den Beratungsprozess

Aufgaben der Mitarbeitenden sind

- ◆ Beziehungsangebot durch aktives Zuhören, Sicherheit geben und Problemstrukturierung
- ◆ Kontakt halten; darunter zu verstehen ist die Vertrauensarbeit durch mehrmalige Angebote und Zeit geben bei Klient*innen, die ambivalent sind und einer Unterstützung bedürfen.
- ◆ Auftragsklärung (Ziel der Sitzung/Beratung, Offenlegung des Auftrages) - Gibt es eine gemeinsam Problem- bzw. Lösungssichtweise?
 - Vereinbarung der weiteren Vorgehensweise
 - Vereinbarungen im Fall eines Abbruchs
 - Informationen (Bedürfnisse/Angebote)

II.2.1.4. Zielplanungsprozess mit dem*der Klient*in (ambulante Hilfeplanung)

Die ambulante Hilfeplanung bildet die Grundlage für die Evaluierung und Steuerung von Klient*innenbezogenen Maßnahmen.

Es wird davon ausgegangen, dass alle Berufsgruppen in einem prozesshaften Zyklus, gemäß den Grundlagen des Plan-Do-Check-Act-Kreislaufes nach W. Edwards Deming, arbeiten. Die Benennung der einzelnen Schritte mag, je nach Berufsgruppe unterschiedlich sein, das Denkmodell basiert auf einer fundierten Planung, die folgende Schritte beinhalten soll:

- ◆ Systematische Anamnese mittels beschriebener fundierter Vorgangsweise

- ◆ Zielplanung (konkrete Arbeitsschwerpunkte mit eindeutig in der Dokumentation erkennbaren Zielformulierungen); vorzugsweise nach der SMART-Regel (spezifisch, messbar, angemessen/ausführbar, relevant/realistisch, terminiert)
- ◆ die Zielsetzungen der unterschiedlichen Professionen sind zu koordinieren
- ◆ Interventionen sind darzulegen (methodischer Ansatz der Betreuung/Beratung, speziell bei interdisziplinärer Betreuung)
- ◆ Zeitgrenzen (bis wann soll ein Ziel realisiert werden unter Berücksichtigung welcher Ressourcen)
- ◆ Vorgangsweise bei Zieländerungen muss beschrieben sein, um eine Rückverfolgbarkeit zu gewährleisten
- ◆ Verpflichtung zur Evaluierung der Ziele nach den festgelegten Zeitgrenzen, mindestens jedoch halbjährlich bzw. bei Beendigung der Betreuung. Die Evaluierung beinhaltet auch eine Reflexion über die Methodik, auch gemeinsam mit dem*der Klient*in.
- ◆ Betreuungsunterbrechungen (z.B. durch stationäre Aufenthalte oder Haft)
- ◆ Dokumentation ist interdisziplinär so zu führen, dass der Regelkreis Anamnese/Annahme-Zielsetzung-Intervention/Maßnahme-Evaluierungsergebnis nachvollziehbar ist
- ◆ Längerfristige Betreuungsmaßnahmen werden im Rahmen eines Konsultationsverfahrens unter fachärztlicher Begleitung abgestimmt.

II.2.1.5. Betreuung / Begleitung / Beratung

Die Beratungstermine finden grundsätzlich in den Beratungsstellen vor Ort statt, also in einer Komm-Struktur, in fachlich begründeten Einzelfällen auch nachgehend (z.B. Haft, KH-Aufenthalt, Hausbesuch). Grundsätzlich gibt es zeitlich keinen festgelegten idealtypischen Verlauf. Die Dauer und Frequenz der Beratung wird individuell vereinbart.

Mögliche Varianten der Betreuung / Beratung

- ◆ Alleinige Beratung / Betreuung durch das multiprofessionelle Team der Einrichtung ist ausreichend
- ◆ Die medizinische Problematik überwiegt, sodass der Lead bei der weiterführenden Therapieplanung und Durchführung bei dem*der Arzt*Ärztin liegt
- ◆ Die Problemstellungen sind sehr komplex, sodass die Einrichtungen in einem eng aufeinander abgestimmten Vorgehen die komplexe Unterstützung übernehmen

Während des Beratungsprozesses sind folgende Punkte zu beachten:

- ◆ Berater*innenkonstanz, wenn umsetzbar

- ◆ Bei gleichzeitiger Angehörigenberatung, wenn möglich, verschiedene Berater*innen
- ◆ Terminkonstanz (Termine müssen eingehalten werden; bei Verschieben wird ein Ersatztermin angeboten); fehlende Terminkonstanz führt aber nur in seltenen Ausnahmen zu einem Abbruch des Beratungsprozesses seitens der Einrichtung
- ◆ gemeinsame Orientierung an den Vereinbarungen, Aufträgen, Zielen und deren Überprüfung
- ◆ in Wechsel der Berater*in im Verlauf des Beratungsprozesses ist auf Wunsch des*der Klient*in aber auch auf Wunsch des*der Beraters*Beraterin möglich. In diesem Fall findet eine verantwortungsvolle Übergabe unter Schutz der Würde und Rechte der Beteiligten statt und ist entsprechend zu dokumentieren
- ◆ Bei Befangenheit des*der Beraters*Beraterin kommt es zu einem Wechsel der Beratenden

II.2.1.6. Arten der Betreuung

- ◆ Persönlich
- ◆ Telefonisch
- ◆ Nachgehend
- ◆ Schriftlich
- ◆ Online (über gesicherte Video-Internetverbindungen)

II.2.1.7. Evaluation auf individueller Ebene (MA und Kli)

Die Evaluation auf individueller Ebene findet in Form eines Reflexions- oder Abschlussgespräches oder eines schriftlichen Feedbacks (Fragebogen) zwischen Mitarbeiter*in und Klient*innen statt. Diese dient der Selbstreflexion und der Reflexion über das Angebot. Die Evaluation auf individueller Ebene wird dokumentiert. Spannungen im Betreuungsprozess werden einer Reflexion zugeführt und den Ursachen gemäß analysiert. Im Sinn einer kontinuierlichen Entwicklung wird versucht, das Angebot den Bedürfnissen der Klient*innen anzupassen.

Aufgrund der Erfahrung, dass vielfach Beratungssequenzen nicht planmäßig beendet werden, wird Abschlussgespräch auch als Zwischenbilanz verstanden.

II.2.1.8. Einrichtungen gemäß §15 Suchtmittelgesetz

Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch, die beim Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 15 SMG kundgemacht sind, haben sich zudem dem darin vorgesehenen Qualitätsprüfungsverfahren zur Feststellung, ob sie die gesetzlichen Erfordernisse erfüllen, zu unterziehen.

Der Anwendungsbereich des § 15 SMG geht über die Umsetzung des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ hinaus. § 15 SMG ist in Verbindung mit § 11 SMG (Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch) zu sehen. Einerseits obliegt es der obersten Gesundheitsbehörde darauf zu achten, dass für alle Anlassfälle, d.h.

- **freiwillig** in Betreuung kommende Klient*innen (§ 11 SMG),
- über Hinwirken der **Gesundheitsbehörde** in Betreuung kommende Klient*innen (§ 12 SMG),
- Klient*innen die im Zusammenhang mit einem bei der Staatsanwaltschaft oder beim Gericht anhängigen **Strafverfahren wegen eines Suchtgiftdeliktes** in Betreuung kommen (§§ 35, 37, 39 SMG),

ein entsprechendes Angebot für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Sinne des § 11 SMG zur Verfügung steht. Andererseits schreibt § 15 SMG einen Mindestqualitätsstandard bei der Erbringung gesundheitsbezogener Maßnahmen vor und dient daher der Qualitätssicherung.

Festgehalten wird, dass das SMG ein Bundesgesetz ist und die Vollziehung daher in mittelbarer Bundesverwaltung durch die Bezirksverwaltungsbehörden erfolgt.

II.2.1.9. Wichtige zusätzliche Aspekte im Rahmen der Betreuung

- ◆ Chronologische interdisziplinäre Verlaufsdokumentation (Nachvollziehbarkeit der Interventionen muss gegeben sein)
- ◆ Angehörigenberatung

Der*Die Klient*in hat zu jedem Zeitpunkt das Recht, seine Dokumentation einzusehen; Meilensteine der Betreuung sind mit dem*der Klient*in schriftlich zu vereinbaren, wenn dies zur Erreichung der gemeinsamen Ziele beiträgt.

II.2.1.10. Case- und Caremanagement

II.2.1.10.1. Internes Casemanagement

Das interne Casemanagement erfolgt im Rahmen des Kernprozesses der Betreuung/Beratung und wird in allen Phasen gelebt und dokumentiert. Unterstützend dazu erfolgen kollegiale Fachgespräche, Intervision, Interdisziplinäre Fallbesprechung, Fall Supervision oder Helfer*innenkonferenzen. Die Vorgangsweisen dazu sind im Betreuungsprozess festzulegen.

II.2.1.10.2. Caremanagement

Das Caremanagement sichert die Koordination der Unterstützungsangebote gesamter Versorgungsregionen mit dem Ziel die Effektivität der internen Kernprozesse in den Einrichtungen zu erhöhen. Darüber hinaus, ist es das Ziel die Versorgungsplanung innerhalb einer Region, bestmöglich bei der Abstimmung und Gestaltung der einzelnen Angebote zu unterstützen.

Die Kooperationsbeziehungen sind je Region zu beschreiben und zwischen den Einrichtungen mit Vereinbarungen abzusichern und können unterstützt werden durch:

Regionalkonferenzen (in den Versorgungsregionen -VR)

Beiratsgremien (z.B. DFG)

Verbandsarbeit (z.B. DVSH – Dachverband) und

Arbeitskreise (zB. AK Sucht)

II.2.1.11. Beendigung der Betreuung durch die Einrichtung

Zu einem Abbruch des Beratungsprozesses seitens der Berater*innen kann es aus verschiedenen Gründen kommen, wie

- ◆ zum Schutz der Mitarbeitenden (sexuelle Belästigung, Gewaltandrohung)
- ◆ wenn regelmäßig keine Arbeitsfähigkeit gegeben ist
- ◆ verbale oder/und körperliche Gewalt(-androhung)
- ◆ kriminelles Verhalten in der Einrichtung – Drogendelikte, Diebstahl, Sachbeschädigung (Verletzung der Hausordnung)

II.2.1.12. Geplante Beendigung der Betreuung

Es wird regelmäßig bei der Zielüberprüfung auch darauf geachtet, so lange und intensiv wie notwendig, aber nicht darüber hinaus zu arbeiten. Für eine zielgerichtete, sparsame und zweckmäßige Mittelverwendung und deren Kontrolle, sind der Beginn und das Ende einer Betreuung sowie die Gründe hierfür zu dokumentieren, um einen zielgerichteten Förderungsmittelgebrauch sicherzustellen.

Zur Beendigung einer Betreuung gibt es mehrere Zugänge und Möglichkeiten, die Vorgehensweise ist zu beschreiben:

- ◆ Berater*in plant gemeinsam mit Klient*in Beendigung des Beratungs- u. Betreuungsprozesses
- ◆ Intersektionale Zusammenarbeit (z.B. "Übergabe" in eine spezifischere Betreuungs- oder Beratungsform)

- ◆ Klient*in kommt nicht zum vereinbarten Termin (Klärung der Gründe, ohne diagnostische Indikation: wie oft wird toleriert, wenn Termine hintereinander nicht eingehalten werden, "Paktfähigkeit", interne Regeln schaffen zur Sicherheit der Mitarbeitenden; z.B. in Fallbesprechung gemeinsam klären ob Abbruch möglich/nötig)
- ◆ Klient*in verstirbt

Die Dokumentation erfolgt im Verlauf.

II.2.1.13. Einzelne Arten des Tätigkeitsbereichs

II.2.1.13.1. Journaldienst

Der Journaldienst bezeichnet einen Zeitraum, im Idealfall während der gesamten Öffnungszeit, in welcher ein*e Berater*in an einer Einrichtung persönlich und telefonisch für Erstabklärung und Krisengespräche zur Verfügung steht. Ein*e Mitarbeiter*in ist für diese Tätigkeit freigestellt.

Die **Journaldienstzeiten** orientieren sich an den Bedürfnissen der potentielle Klient*innen. Diese sind so zu kommunizieren, dass diese Information den potentiellen Klienten*innen jederzeit zugänglich ist (z.B. Aushang, Homepage, Anrufbeantworter, etc.). Der Journaldienst ist unter allen Umständen aufrecht zu erhalten.

Tageszeitliche Aufteilung des Journaldienstes:

- ◆ Vormittag und/oder Nachmittag und zusätzlich mindestens 1x in der Woche am Abend (nach 17:00 Uhr)
- ◆ Für jeden Arbeitstag der Woche ist ein Journaldienst zu gewährleisten.
- ◆ Eine Koordination des Journaldienstes mit anderen Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in der jeweiligen Versorgungsregion ist wünschenswert und abzustimmen.

Die Betreuungszeiten sind flexibel zu gestalten und orientieren sich an den Bedürfnissen der potentiellen Klient*innen. Diese Zeiten werden in der Regel nach vorheriger Terminvereinbarung vergeben.

Alle betreuend arbeitenden Mitarbeitende können im Journaldienst eingesetzt werden.

Mit dem Journaldienst besteht das ambulante Angebot unmittelbarer telefonischer und persönlicher Erreichbarkeit kompetenter Fachmitarbeitenden der Einrichtung. Es können Erstkontakt, sachliche Informationsweitergabe und Krisenintervention erfolgen. Der Journaldienst hat als ambulante Erstanlaufstelle bei wie auch immer gearteten Problem- u. Fragestellungen zu dienen und unmittelbar kompetente Information und Erstberatung oder Weitervermittlung, sowie Motivation zur Abklärung und Aufnahme zu bieten.

In der Journaldienstzeit müssen 2 Fach-Mitarbeitende (inkl. Vertretung bei Urlaub und Krankenstand) anwesend sein.

Grundsätzlich gilt die regionale Zuständigkeit für Beratungen.

Kriseninterventionen sind durch den Journaldienst in der Journaldienstzeit durchzuführen. Im Falle einer weiteren Krise darf eine Mitarbeitende aus der Einrichtung (auch aus laufenden Klient*innengesprächen) hinzugezogen werden.

Das Telefon ist in der Journaldienstzeit durch eine(n) Fachmitarbeitende besetzt.

Dokumentation ist zu führen über:

- ◆ Datum, Uhrzeit
- ◆ Kontaktdaten, falls nicht anonym
- ◆ Zweck, Anliegen
- ◆ weiteres Vorgehen (z.B. Terminvergabe, Weitervermittlung, Info und beendet)

II.2.1.13.2. Psychiatrischer Krisendienst durch psychosoziale Beratungsstellen

Der psychiatrische Krisendienst ist eine erste Anlauf- bzw. Ansprechstelle für Klient*innen mit krisenhaften psychischen, psychosozialen bzw. psychiatrischen Problemstellungen. Ziele des psychiatrischen Krisendienstes sind die Deeskalation, Stabilisierung und Einleitung erster Maßnahmen bis hin zur (gegebenenfalls) Akutintervention sowie die Vermittlung von Hilfe-Angeboten und damit die bedürfnisgerechte Leitung bzw. Steuerung von Klient*innen zu entsprechenden Einrichtungen und Angeboten. Durch den psychiatrischen Krisendienst sollen insbesondere die psychiatrischen Notfallambulanzen entlastet werden, aber auch jene peripherer Standardkrankenhäuser.

Darüber hinaus versteht sich der psychiatrische Krisendienst auch als Ansprechstelle für Angehörige und Vertrauenspersonen und für institutionelle bzw. professionelle Betreuer*innen von Menschen in den genannten Krisenzuständen (siehe Zielgruppe).

III. Teil –Ergebnisqualität

III.1. Allgemeines

Die Nachweisführung ist die Verpflichtung des*der Förderungsnehmers*Förderungsnehmerin, die Realisierung des Förderungsgegenstandes innerhalb einer bestimmten Frist durch die Vorlage von geeigneten Nachweisen zu belegen, wobei Kriterien für die Eignung dieser Nachweise sowie Stichtage und Fristen für die Anerkennung der Nachweise festzulegen sind.

In der Ergebnismessung unterscheidet man im Sinne des EFQM folgende Bereiche:

- ◆ Wahrnehmungen – direkte Befragungen der verschiedenen Interessenspartner*innen
- ◆ Indikatoren – indirekte Kriterien, aus deren Interpretation auf die Zufriedenheit des*der jeweiligen Interessenspartners*Interessenspartnerin geschlossen werden kann

Darüber hinaus werden statistische Daten erhoben, während Tätigkeitsberichte und Audits zur qualitativen Beurteilung der Erfüllung der vorliegenden ergänzenden Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich dienen.

III.2. Statistische Erhebungen

III.2.1. Basisdokumentation (BADOK / BADOS)

Werden suchtspezifische Leistungen erbracht, so sind die Förderungswerber*innen verpflichtet, vollständig und korrekte fallbezogene Daten in anonymisierter/pseudonymisierter Form in die von der Suchtkoordinationsstelle einzurichtende internetbasierende Datenbank „BADOS“ einzutragen.

Die BADOK/BADOS ist in der gültigen Fassung zu führen.

Der Gesundheitsfonds Steiermark als Datenhalter kann für spezifische Fragestellungen für die Auswertung sowie Wirkung der Förderungsziele auf sämtliche anonymisierten/pseudonymisierten Daten der Klient*innen aller Trägerorganisationen im System zugreifen.

III.2.2. Förderungsmonitoring

Als Voraussetzung für Planung und Steuerung der Suchthilfe werden im Hinblick auf die Gleichwertigkeit der Versorgung in den steirischen Versorgungsregionen Daten auf jährlicher Basis im Rahmen des Förderungscontrollings angefordert und ausgewertet. Die Erfassung der Daten beinhalten Informationen bezüglich der

1. Einrichtungen
2. Klient*innen
3. Angebote

Derzeit ist dieses Förderungsmonitoring eine Überbrückung bis zur Umsetzung bzw. Anwendung der BADOK/BADOS.

III.2.3. Tätigkeitsberichte

Der*Die Förderungsnehmer*in ist auf Basis des Förderungsvertrages verpflichtet, die darin enthaltenen Vorgaben der Berichtslegung im Wege des BADOK/BADOS-Systems zu erfüllen und damit die Planungs- und Koordinationsarbeit des Gesundheitsfonds durch das zur Verfügung stellen von aggregierten Daten zu unterstützen. Es handelt sich um eine rein quantitative Datenerfassung; sensible Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes werden nicht erhoben.

Der*Die Förderungsnehmer*in verpflichtet sich darüber hinaus zur Berichtslegung im Wege des BADOK/BADOS-Systems über alle weiteren vom Träger wahrgenommenen Angebote, also auch derjenigen, die nicht oder nicht ausschließlich aus Mitteln des Gesundheitsressorts gefördert werden.

Die von dem*der Förderungsnehmer*in zur Verfügung gestellten Daten werden Teil einer Datenbank, auf deren Basis Auswertungen zu spezifischen, die Planungsarbeit betreffenden Fragestellungen durchgeführt werden.

Die übermittelten Daten fungieren als Ergänzung zum Tätigkeitsbericht des*der Förderungsnehmer*in an den Gesundheitsfonds und bilden gleichzeitig die Grundlage für Planungs- und Koordinationsmaßnahmen im Bereich der suchtspezifischen Versorgung der Steiermark sowie für die Darstellung im Rahmen der Suchtberichterstattung.

III.3. Evaluation Zielgruppe

III.3.1. Klient*innenzufriedenheitsbefragung

Eine Klient*innenbefragung ist zumindest alle drei Jahre in anonymisierter Form und in systematisierter Weise durchzuführen. Sie dient der direkten Artikulation von Klient*innen zu Themen rund um dem Tätigkeitsbereich und soll niederschwellig die Möglichkeit geben, subjektiv die Sicht des*der Klient*innen abzuholen.

Die Ergebnisse sind auszuwerten und gegebenenfalls sind Korrekturmaßnahmen festzulegen und umzusetzen. Die Ergebnisse sind den Mitarbeitenden zu kommunizieren.

III.3.2. Entwicklungsindikatoren

Die Erhebung der folgenden qualitativen Scores ist in den Betreuungsprozess für jede*n Klient*in zu integrieren und mindestens jährlich zu evaluieren. Dabei soll in erster Linie der eigene Betreuungsprozess evaluiert werden und ein laufendes Monitoring eingeführt werden. Die Scores sollen im Rahmen der geplanten Zielevaluierungen gemeinsam mit dem*der Klient*in besprochen und dokumentiert werden, sofern die Diagnose dies zulässt. Die Ergebnisse sind ggf. im interdisziplinären Team zu besprechen und zu dokumentieren. Signifikante Veränderungen oder auch Nichtveränderungen sind zu kommentieren.

III.3.2.1. GAF (Global Assessment of Functioning)

GAF und GAS (Goal Attainment Scaling – siehe unten) sind Instrumente, die die Einrichtung der ambulanten Suchthilfe bei ihren Klient*innen einzusetzen haben und im Verlauf in regelmäßigen Abständen von sechs Monaten bis zu einem Jahr durchgeführt werden, um die (Beratungs-/Betreuungs-) Zielerreichung beurteilen zu können und um die widmungsgemäße Verwendung der Förderungsmittel nachweisen zu können.

Beim Global Assessment of Functioning (GAF) handelt es sich um eine in der Standardliteratur anerkannte Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus der Klient*innen (Erwachsene ab 18 Jahre).

Spezielle (z.B. altersspezifische) Scores können angewendet werden.

III.3.2.2. GAS (Goal Attainment Scaling)

Goal Attainment Scaling (GAS) ist ein klient*innenbezogenes Instrument zur Überprüfung selbst gesteckter Ziele. Es erfordert zunächst die Festlegung eines oder mehrerer konkreter und messbarer Ziele. Für jedes Ziel werden dann Indikatoren ausgewählt, mit deren Hilfe die Zielerreichung überprüft werden kann.

Wichtig ist, dass die Ziele konkret formuliert werden und ein Zeitpunkt für die Überprüfung der Zielerreichung festgelegt wird. Anschließend werden ein Indikator bzw. mehrere Indikatoren festgelegt, die das Ziel messbar machen („operationalisieren“). Auf dieser Grundlage wird zu einem späteren Zeitpunkt die Zielerreichung erfasst. GAS ermöglicht

damit eine klare Zieldefinition zu Beginn der Betreuung sowie die (ggf. prozessbegleitende) Überprüfung der Zielerreichung (Prozess- und/oder Ergebnisqualität).

Goal Attainment Scaling unterstützt die Qualitätsentwicklung im Bereich der Planungs- und Prozessqualität insbesondere durch:

- ◆ Klärung der Ziele und Erwartungen, ggf. auch Nivellierung überhöhter Erwartungen,
- ◆ Strukturierung des Arbeitsprozesses
- ◆ Förderung von Verbindlichkeit und Transparenz bezüglich der gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben
- ◆ Intensivierung der Zusammenarbeit, Vertiefung des gegenseitigen Vertrauens und die Identifikation mit dem Vorhaben

Goal Attainment Scaling unterstützt außerdem die Ergebnisevaluation in Bezug auf ausgewählte Ziele, sofern sie nicht im Rahmen der Prozessbegleitung modifiziert wurden, und ermöglicht dann Aussagen über den Grad der Zielerreichung.

III.3.3. Zufriedenheitsbefragung für Mitarbeitende

Zur Absicherung der Angebote ist auch die Zufriedenheit der Mitarbeitenden ein wichtiger Faktor, der mindestens 2-jährlich mittels einer Mitarbeiter*innenbefragung zu erheben ist. Schwerpunkt dabei soll der Arbeitsbewältigungsindex bzw. die Erhebung der psychischen Belastungen durch die anspruchsvolle Tätigkeit sein. Im Rahmen der Befragung besteht auch die Möglichkeit, Anregungen oder Kritik abzugeben (gemeinsame Abwicklung mit Befragung/Evaluierung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ist möglich). Die anonymisierte MA-Befragung stellt eine Ergänzung zum MA-Gespräch dar.

III.3.4. Indirekte Zufriedenheitsfaktoren MA

Der*Die Förderungsnehmer*in kann dazu noch Indikatoren für die Einrichtung definieren, die indirekt Aufschluss über die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden geben und ggf. Steuerungsgrößen zur Sicherstellung der Durchführung der beauftragten Maßnahmen sind.

III.4. Kontrollen und Audits zur Feststellung der Einhaltung der Förderungsbedingungen

Zur Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards und der Förderungsvorgaben werden regelmäßige Kontrollen seitens des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt, um die Erreichung der Förderungsziele und des Förderungszwecks sicherzustellen und zu wahren.

Im Rahmen dieser Kontrollen muss Einsicht in all jene Unterlagen gewährt werden, die für den Nachweis der Erfüllung der Standards geeignet sind. Kopien müssen den Kontrollorganen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Wird die Einsichtnahme verwehrt, so kann für diesen Bereich keine widmungsgemäße Verwendung nachgewiesen werden. Dies hätte den Entfall der Förderung und sogar die Rückforderung der Förderungsmittel gemäß Förderungsvertrag zur Folge.

Die dafür beauftragten Kontrollorgane sind jederzeit (während der Öffnungszeiten) – auch unangemeldet – berechtigt, in alle für die Kontrollen relevanten Unterlagen vor Ort Einsicht zu nehmen und alle hierfür relevanten Räumlichkeiten zu betreten.

Werden fachliche oder sonstige Mängel festgestellt bzw. weicht der*die Förderungsnehmer*in von den Förderungsvorgaben ab und werden diese Mängel bzw. Abweichungen nicht innerhalb einer vorgegebenen Frist beseitigt, so wird die Förderung bis zur Behebung der Mängel ausgesetzt bzw. des Weiteren entzogen.

Die Kontrollen können zusätzlich zu den Vorgaben der Rahmenrichtlinie über die Gewährung für Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark idgF stattfinden.

Ebenso können Audits durch vom Gesundheitsfonds Steiermark benannte Personen in den Einrichtungen stattfinden. Ein Audit untersucht, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen. Im Rahmen der Audits werden nur die Indikatoren geprüft und eruiert, die für die Überwachung der Q-Standards sowie der Weiterentwicklung und Steuerung der Qualität erforderlich sind.

Audits ergänzen die, aufgrund der vorgelegten Unterlagen/Tätigkeitsberichte/BADOK-Leistungsdokumentation möglichen fachlichen Plausibilisierungen durch eine „Vor-Ort-Begutachtung“ sämtlicher Vorgaben. Das Ergebnis fließt in die fachliche Verwendungsprüfung ein.

Für den Fall, dass sich ein neuer Träger um den Betrieb einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe bewirbt, wird die Förderung erst gar nicht gewährt, sollte bei der Überprüfung der Erfüllungsgrad unter 60% liegen. Im Kontrollstandard sind jene Fragen separat angemerkt, die mittels Ausnahmeregelungen ausgenommen werden können. Jene Fragen werden dann aus der Grundgesamtheit der erreichbaren Punkte herausgerechnet und verschlechtern somit das Ergebnis nicht (z.B. Ausnahmen Journaldienst bei Minderbesetzung Personal).

IV. Änderungsverfolgung

Ausgabe-datum	geänderte Seite (n)	Anlass der Änderung	Art der Änderung