

„Qualitätsstandard ambulante sozialpsychiatrische Angebote Steiermark“

**Ergänzende Förderungsvorgaben im
Qualitätsbereich für
ambulante psychosoziale Beratungsstellen und
sozialpsychiatrische Ambulatorien**

Überarbeitetet Fassung 2024

Stand 10/2024

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abkürzungen	4
Gesetze, Verordnungen und andere bindende Verpflichtungen	4
Richtlinien / ÖNORMEN / Grundlagen	4
Einleitung	5
Anwendungsbereich	7
I. Teil I – Allgemeiner Qualitätsstandard für förderungsfähige ambulante sozialpsychiatrische Angebote in der Steiermark	8
I.1. Allgemeiner Standard - Strukturqualität	12
I.1.1. Grundsätze	12
I.1.1.1. Bedürfnisgerechtigkeit	12
I.1.1.2. Bedarfsgerechtigkeit	12
I.1.1.3. Gemeindenähe und -integration	13
I.1.1.4. Regionalisierung, Vernetzung und Versorgungsverpflichtung	13
I.1.1.5. Digital vor ambulant vor stationär	13
I.1.1.6. Integration in die allgemeine Gesundheitsversorgung	14
I.1.1.7. Niederschwelligkeit	14
I.1.1.8. Orientierung am Best Point of Service	15
I.1.1.9. Multiprofessionelle ambulante Angebote	15
I.1.1.10. Corporate Social Responsibility (CSR) und Nachhaltigkeit	15
I.2. Grundlegende Erwartungen	16
I.2.1. Handlungsfelder der Versorgung	16
I.2.2. Grundlegende Erwartungen der Klient*innen	17
I.2.3. Zielsetzungen	17
I.3. Rechtliche, behördliche und vertragliche Verpflichtungen	19
I.4. Voraussetzungen für die Förderungsgewährung	20
I.5. Prozessqualität allgemeiner Standard	22
I.5.1. Personal	22
I.5.1.1. Dienstplanung	22
I.5.1.2. Einschulung von neuen Mitarbeiter*innen	23
I.5.1.3. Praktikant*innen (Auszubildende im Praktikum)	24
I.5.2. Termin- und Zeitverwaltung	25
I.5.3. Fort- und Weiterbildung und fachliche Reflexion	27
I.5.3.1. Kompetenzprofil	27
I.5.3.2. Fort- und Weiterbildungsprozess	28
I.5.3.3. Fachliche Reflexion	29
I.5.3.4. Mitarbeitergespräch (MA-Gespräch)	29
I.6. Notfallpläne	30
I.7. Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsdokumentation	31
I.7.1. Archivierung von Aufzeichnungen	32
I.7.2. Elektronische Führung von Dokumenten und Aufzeichnungen	32
I.8. Datenschutz	33
I.9. Verbesserung der Qualität von Angeboten und Maßnahmen	33
I.9.1. Fehlermanagement intern	34
I.9.2. Umgang mit Rückmeldungen von Außen	34
I.10. Öffentlichkeitsarbeit	35
I.10.1. Informations- und Publizitätsvorschriften	36
II. Teil II – Fachstandard	37
II.1. Strukturqualität Fachstandard	37
II.1.1. Allgemeines/Zuständigkeit/Zielgruppe	37
II.1.1.1. Definitionen und Zielsetzungen	37
II.1.2. Hilfsangebote psychosozialer Beratungsstellen und sozialpsychiatrischer Ambulatorien - Förderungsvoraussetzungen	37
II.1.3. Tätigkeitsbereich der psychosozialen Beratungsstelle	40
II.1.4. Förderungsvoraussetzungen für sozialpsychiatrische Ambulatorien	41
II.1.5. Verschränkung der Angebotsspektren Psychosoziale Beratungsstelle und sozialpsychiatrisches Ambulatorium	41
II.1.6. Organisationsform / Einrichtungstypen	42

II.1.7.	Flächendeckung und örtliche Förderbarkeit	43
II.1.8.	Personelle Ausstattung	43
II.1.9.	Zuweiser*innen	43
II.1.10.	Zielgruppe	44
II.1.11.	Ausschlussgründe	45
II.1.12.	Zeitlicher Rahmen der Angebote und Maßnahmen	45
II.1.12.1.	Öffnungszeiten psychosoziale Beratungsstelle	45
II.1.12.2.	Öffnungszeiten Ambulatorium	46
II.2.	Standort / Örtlichkeiten	46
II.2.1.	Standortvoraussetzungen	46
II.2.2.	Bauliche Vorgaben, Raumbedarf und Ausstattung	46
II.2.2.1.	Außenbereich - Gestaltung bei Neubauten	47
II.2.3.	Anrufbeantworter	48
II.3.	Personal	48
II.3.1.	Rollen, Funktionen, Berufe	48
II.3.1.1.	Zugelassene Berufsgruppen	48
II.3.1.2.	Fachliche Ausrichtung der Mitarbeitenden	49
II.3.1.3.	Leitungsfunktionen	49
II.3.1.4.	Betreuung von Auszubildenden	50
II.3.1.5.	Bezugsbetreuer*in	50
II.3.2.	Organisation und Funktionen	50
II.3.3.	Teambesprechung	50
II.3.4.	Hausordnung	51
II.3.5.	Anstaltsordnung für Ambulatorien	51
II.4.	Prozessqualität Fachstandard	52
II.4.1.	Betreuung - generelle Förderungsbedingungen	52
II.4.2.	Prozesshafter Ansatz der Betreuung	52
II.4.3.	Aufnahme	53
II.4.4.	Betreuung in Beratungsstelle und Ambulatorium	54
II.4.4.1.	Verschränkung der Leistungsspektren zwischen psychosozialer Beratungsstelle und sozialpsychiatrischem Ambulatorium	55
II.4.4.2.	Zielplanungs- und Betreuungsprozess mit dem*der Klienten*Klientin (ambulante Hilfeplanung)	55
II.4.5.	Vernetzung nach Außen	56
II.4.6.	Aufsuchende Beratung, Behandlung und Betreuung - Hausbesuch	58
II.4.7.	Beendigung der Betreuung	58
II.5.	Spezielle Tätigkeiten im Rahmen vorhandener Angebote und Maßnahmen	59
II.5.1.	Offene Sprechstunde / Beratung ohne Termin	59
II.5.2.	Psychiatrischer Krisendienst	59
II.5.3.	Einrichtungen mit Spezialisierungen	62
II.5.3.1.	Einrichtungen Kinder- u. Jugendbereich	62
II.5.3.2.	Einrichtungen mit Spezialisierung im alterspsychiatrischen Bereich	62
III.	Teil III –Ergebnisqualität	63
III.1.	Allgemeines	63
III.2.	Statistische Erhebungen	63
III.2.1.	Basiskokumentation (GFPSdata)	63
III.2.2.	Tätigkeitsberichte	63
III.3.	Evaluation Zielgruppe	65
III.3.1.	Kundenzufriedenheitsbefragung	65
III.3.2.	Entwicklungsindikatoren	65
III.3.2.1.	GAF (Global Assessment of Functioning)	65
III.3.2.2.	GAS (Goal Attainment Scaling)	66
III.4.	Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung	66
III.4.1.	Direkte Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung	67
III.4.2.	Indirekte Zufriedenheitsfaktoren MA	67
III.5.	Qualitätskontrolle des Förderungsgebers	67
III.5.1.	Audits zur Feststellung des Erfüllungsgrades / Einhaltung der Förderungsbedingungen	67

Abkürzungen

idgF	in der geltenden Fassung	iSd	im Sinne des/der
KAL	Katalog ambulanter Leistungen		
MA	Mitarbeiter / Mitarbeiterin		
BS	psychosoziale Beratungsstelle		
o.g.	oben genannt(e, -er, -en)		
VZÄ	Vollzeitäquivalent		

Gesetze, Verordnungen und andere bindende Verpflichtungen

Folgende Gesetze und Verordnung sind nach Anwendbarkeit für die Einrichtungen umzusetzen. Die Auflistung gilt als fakultativ.

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

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)

Konzept psychosoziale Versorgung in der Steiermark 2030

Rahmenrichtlinie zur Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark idgF

Katalog ambulanter Leistungen (KAL)

Postventionskonzept

Richtlinie zur Verwendung der Dachmarke PSD

Einleitung

Psychosoziale Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Ambulatorien bieten ein breites Spektrum an Angeboten im Rahmen der psychosozialen/sozialpsychiatrischen Versorgung; sie sollen jedem Menschen in psychischen Problemsituationen als niederschwellige Anlaufstelle zur Verfügung stehen. Ausgerichtet an einem bio-psycho-sozialen Behandlungs- und Betreuungsansatz und – im Sinne einer Drehscheibe der psychosozialen Angebote – vernetzt mit allen anderen Gesundheits- und Sozialdienstleistern, sollen Menschen mit psychischen Problemstellungen, die für sie individuell erforderliche Hilfestellung erhalten.

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

Deshalb dienen Qualitätskriterien, basierend auf der Rahmenrichtlinie zur Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark als ergänzende Förderungsvorgabe zunächst dazu, ein Qualitätsmaß zu definieren, das für Versorger*innen, Mitarbeiter*innen, Kund*innen, Verwaltung Politik, etc. zunächst 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 öffentlichen Interesse gelegene Qualitätsniveau für psychosoziale Einrichtungen. Damit wird ein vergleichbares Niveau für die Gewährung von Förderungen definiert. Sie dienen als Information über die Voraussetzung für Förderungen als auch zum Nachweis bestimmter Standards gegenüber Dritten (Q aus Sicht der Finanziere, Verwaltung, Gesundheitspolitik); sie bieten für die Förderungsnehmer den Rahmen, der die für die Förderungsgewährung erforderlichen finanziellen Mittel vorläufig festlegt und bieten für den Förderungsgeber einen Beleg für das Niveau der Angebote und damit die Basis der Kontrolle der widmungsgemäßen Verwendung.

Die vorliegenden Qualitätskriterien für psychosoziale Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Ambulatorien im Sinne von Förderungsbestimmungen im Qualitätsbereich sollen dazu beitragen, dass das geförderte Angebot an allen Standorten und in jeder Region der Steiermark, 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 Fördermittel und Grundlage der Kontrolle ein hoher Stellenwert zu.

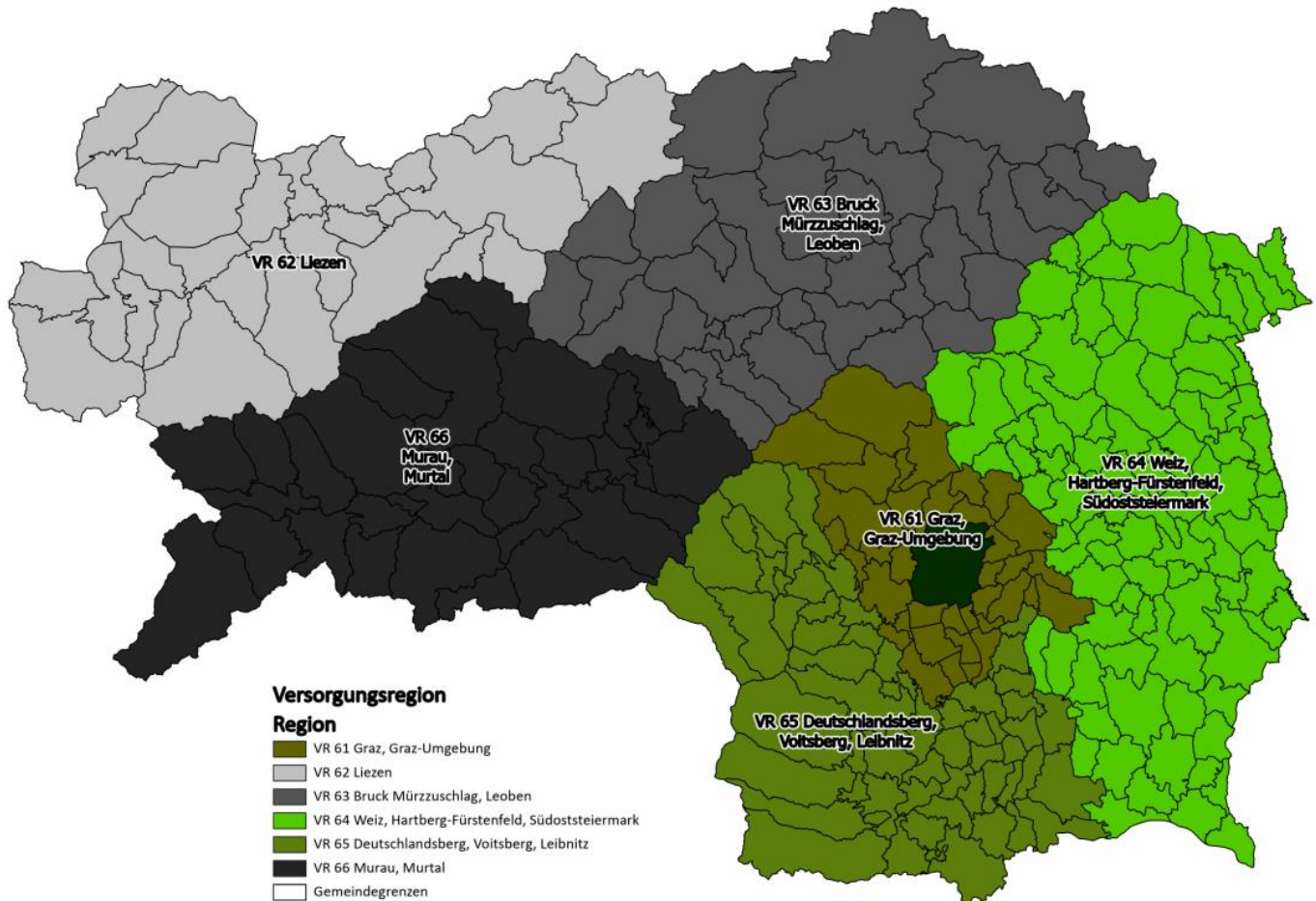
Grundsätzlich gilt es, dem Menschen mit seinen Bedürfnissen, von einer ethisch/moralischen Grundhaltung getragen sowie wertschätzend zu begegnen.

Diese Qualitätsstandards im Sinne von Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich gelten grundsätzlich ab dem Inkrafttreten für die Förderungsgewährung für jede psychosoziale Beratungsstelle / jedes sozialpsychiatrische Ambulatorium in der Steiermark, welche(s) vom Gesundheitsfonds Steiermark gefördert wird.

Festgehalten wird, dass keine Förderung für jene Tätigkeitsbereiche gewährt werden kann, für die bereits von anderer öffentlicher Seite finanzielle Mittel zugewandt werden.

Anwendungsbereich

Der Q-Standards richtet sich an Förderungswerber*innen in den Versorgungsregionen der Steiermark und wird mittels Förderungsvertrag zur verbindlich umzusetzenden Anweisung.



I. Teil I – Allgemeiner Qualitätsstandard für förderungsfähige ambulante sozialpsychiatrische Angebote in der Steiermark

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 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 etc. definiert, die vom Förderungsnehmer 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 gewährt werden.

In Teil III – „Ergebnisqualität“ sind als Grundlage der Dokumentation jene Parameter angeführt, mit denen die erbrachten 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 gemeinsam den Qualitätsstandard und als solches die Förderungsvorgaben im Qualitätsbereich für die Förderungsgewährung und sind gemeinsam, falls nichts Abweichendes vom Förderungsgeber festgelegt wird, zu erfüllen.

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

Rahmengebend sind der Regionale Strukturplan Gesundheit idgF (RSG) sowie, wo zutreffend, die StRSG-VO und das Konzept ambulante Psychiatrie 2030 und bilden gemeinsam die Grundlage 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 werden die Beschreibung der Rahmenbedingungen, die für die sozialpsychiatrischen Angebote 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 Anbieter 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 nachfragenden Kunden.

Die Prozessqualität:

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

Die Ergebnisqualität

Unter der Ergebnisqualität werden die Veränderungen des gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustandes des*der Klienten*Klientin, die dem vorausgegangenem sozialpsychiatrischen Handeln zuschreibbar sind, verstanden, welche zu einer Stabilisierung oder Verbesserung der Symptomatik beiträgt. Meist wird die Ergebnisqualität von den Klienten 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; bessere 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- und Prozessdimension unterteilt, der Teil III behandelt gesamt die Dimension der Ergebnisqualität.

Psychiatriekonzept

Psychiatriekoordination

Caremanagement und Planung

Prävention, Öffentlichkeitsarbeit, Bekanntmachung der Angebote in der Bevölkerung

Qualitätsstandard ambulante sozialpsychiatrische Angebote Steiermark

Allgemeiner Standard		Fachstandard		Ergebnismessung
Strukturqualität	Prozessqualität	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
I.1.1 Grundsätze	I.5.1 Personalführung	II.1.1 Allgemeines, Zuständigkeiten, Zielgruppe	II.4.1 Betreuung- generelle Förderungsbedingungen	III.1 Allgemeines
I.2 Grundlegende Erwartungen	I.6 Notfallpläne	II.2 Standort, Örtlichkeit	II.5 Spezielle Tätigkeiten im Rahmen vorhandener Angebote und Maßnahmen	III.2 Statistische Erhebungen
I.3 Rechtliche, behördliche und vertragliche Verpflichtungen	I.7 Behandlungs-, Beratungs- u. Betreuungsdokumentation	II.3 Personal		III.3 Evaluation Zielgruppe
I.4 Voraussetzungen für die Förderungsgewährung	I.8 Datenschutz			III.4 Mitarbeiter*innenzufriedenheit Befragung
	I.9 Verbesserung Qualität von Angeboten und Maßnahmen			III.5 Qualitätskontrolle des Fördergebers
	I.10 Öffentlichkeitsarbeit			

Zusatzstandards:

PsyNot – Psychiatrisches Krisentelefon

Persönlicher Krisendienst

I.1. Allgemeiner Standard - Strukturqualität

I.1.1. Grundsätze

Ganz allgemein gilt es festzuhalten, dass Strukturen für die Betreuung von akut und chronisch psychisch erkrankten Menschen grundsätzlich den im Folgenden angeführten Anforderungen genügen müssen:

I.1.1.1. Bedürfnisgerechtigkeit

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

Ausgangspunkt eines bedürfnisgerechten psychiatrischen Systems bzw. der Weiterentwicklung der bestehenden Angebote ist - entsprechend dem Konzept der personenzentrierten Hilfe - die Orientierung an den zentralen Bedürfnissen der psychisch erkrankten 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.1.1.2. Bedarfsgerechtigkeit

Das 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.1.1.3. Gemeindenähe und -integration

Das (sozial-)psychiatrische Angebot soll dezentral und gemeindenah organisiert sein. Psychisch kranke 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.1.1.4. Regionalisierung, Vernetzung und Versorgungsverpflichtung

Im Rahmen der Förderungsgewährung wird darauf Bedacht genommen, dass Förderungen hinsichtlich der Tätigkeiten der Förderungsnehmer 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 Behandlung 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 und für die Region Versorgungsverpflichtung übernehmen.

I.1.1.5. Digital vor ambulant vor stationär

Im Zusammenhang mit den bereits angeführten Anforderungen (Bedürfnis-, Bedarfsgerechtigkeit, Gemeindenähe und Integration) an eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung, ist das Prinzip "digital vor ambulant vor stationär" als Priorität von personenbezogenen vor einrichtungsbezogenen Hilfen zu verstehen. Dieser Ansatz zielt darauf ab, die Effizienz des Gesundheitssystems zu verbessern, Ressourcen zu optimieren und die Bedürfnisse der Patient*innen besser zu erfüllen, indem sie schnellere, bequemere und kostengünstigere Angebote erhalten.

Der Leitsatz beschreibt die bevorzugte Reihenfolge bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten, bedeutet aber auch, dass ergänzende, digitale (telemedizinische) Angebote/technologisch unterstützte Versorgungsprozesse unter gegebenen Umständen (entlegene Versorgungsregion / schwierige Erreichbarkeit der Angebotsstrukturen) Vorrang vor ambulanten (praxisbasierten) Dienstleistungen haben sollten und diese wiederum vor stationären (krankenhausbezogenen) Behandlungen.

Digitale Gesundheitsdienste umfassen Telemedizin, Online-Konsultationen und andere Technologien, die es ermöglichen, Gesundheitsdienste ferngesteuert anzubieten. Diese können besonders nützlich sein, um die Erreichbarkeit und den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu verbessern, insbesondere in abgelegenen Gebieten oder für Menschen mit eingeschränkter Mobilität.

Ambulante Dienste beziehen sich auf Gesundheitsversorgung, die außerhalb eines Krankenhauses oder einer stationären Einrichtung angeboten wird. Ambulante Behandlungen können dazu beitragen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen.

Stationäre Behandlungen umfassen Aufenthalte in Krankenhäusern, in Rehabilitationseinrichtungen oder in Pflegeheime, in denen eine umfassendere medizinische Versorgung erforderlich ist, die nicht ambulant durchgeführt werden kann.

I.1.1.6. Integration in die allgemeine Gesundheitsversorgung

Das System der psychiatrischen Angebote soll in die bestehende allgemein-medizinische und (psycho-)soziale Grundversorgung integriert sein. Psychisch Kranke sollen v.a. auch stationäre psychiatrische Angebote "durch dasselbe Tor" erreichen können wie körperlich Kranke. Dies wirkt einerseits ihrer Stigmatisierung entgegen und lässt die parallele Nutzung der in Allgemeinkrankenhäusern vorhandenen allgemeinmedizinischen Ressourcen zu; umgekehrt steht die Nutzung der psychiatrischen Fachkompetenz für Patient*innen an somatischen Abteilungen, die auch an psychischen Problemen leiden, zur Verfügung. Diese Integration soll bewirken, dass die, dem somatisch Kranken selbstverständlich zustehende gemeindenahere Versorgung, auch für psychisch Kranke verwirklicht wird.

I.1.1.7. Niederschwelligkeit

Niederschwelligkeit bezeichnet die Ausgestaltung eines psychosozialen Dienstes oder Angebots, damit dieser von den Nutzer*innen mit subjektiv geringem Aufwand in Anspruch genommen werden kann. Ziel ist es, den Zugang zu psychosozialer Unterstützung zu erleichtern und damit die Versorgung „niederschwellig“ zu gestalten. Niederschwellige Angebote stellen eine Ergänzung bzw. Vorbereitung zu eher hochschwellig ausgerichteten psychosozialen Versorgungsangeboten wie z.B. der Psychotherapie dar und sind nicht als Ersatz gedacht. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Erreichbarkeit für psychosozial belastete Menschen und helfen, den individuellen Bedarf an Unterstützung auszuloten bzw. abzudecken. Für manche Menschen kann eine kurzfristige Entlastung und eine Stärkung ihrer psycho-emotionalen Gesundheitskompetenz ausreichend sein. Für andere ist eine längerfristige Begleitung und Therapie, im Sinne einer stützenden Beziehung, das richtige Angebot.

Kernelemente sind:

- ◆ die Einrichtung ist örtlich/regional gut erreichbar, zentral gelegen und behindertengerecht
- ◆ die Öffnungszeiten sind an den zeitlichen Möglichkeiten der Nutzenden ausgerichtet (inkl. Tagesrandzeiten); in dieser gibt es
- ◆ sog. „offene Sprechstunden“ (Beratung, Betreuung ohne Termin – zeitnah und angemessen).
- ◆ der Dienst soll ohne soziale Ausgrenzung und Schamgefühl wahrgenommen werden können.

I.1.1.8. Orientierung am Best Point of Service

Für eine zielgerichtete und qualitätsvolle Steuerung von Patientenwegen soll der Eintritt in das psychosoziale / sozialpsychiatrische System im Sinne des "Best Point of Service" auf eine für Patient*innen verständliche und niederschwellige Weise an den Standorten der regionalisierten psychosozialen Beratungsstellen / sozialpsychiatrischen Ambulatorien im Sinne von Drehscheiben der regionalen psychosozialen Angebote lt. Konzept „Psychosoziale Versorgung in der Steiermark 2030“ erfolgen.

Dies beinhaltet auch, dass die organisatorischen Aufwendungen für den Leistungsempfangenden in den Ambulatorien durch

- ◆ Rezepturbefugnis,
- ◆ Zuweisungsbefugnis zu anderen diagnostischen Abklärungen und
- ◆ die Verfügbarkeit von Medikationen zur Depotversorgung oder in akuten Notfallsituationen

wesentlich vereinfacht werden.

I.1.1.9. Multiprofessionelle ambulante Angebote

Die Strukturen der ambulanten psychosozialen Dienste sind multiprofessionell und interdisziplinär zu organisieren.

Die Möglichkeit der Berufsrechte und Berechtigungen auszunutzen, um den geänderten Anforderungen im Berufsalltag Rechnung zu tragen und damit flexiblere und erweiterte Formen der Arbeitseinteilung und Delegation von Aufgaben zwischen ärztlichen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen zu ermöglichen und multiprofessionelle, teambasierte und interdisziplinäre Zusammenarbeitsformen zu unterstützen.

I.1.1.10. Corporate Social Responsibility (CSR) und Nachhaltigkeit

Mittels Corporate Social Responsibility (CSR) stellen sich Unternehmen aktiv ihrer Verantwortung für die Auswirkungen ihres Handelns auf Gesellschaft und Umwelt. Damit tragen sie zur Lösung der großen Herausforderungen unserer und zukünftiger Generationen bei, wie Klimawandel, Ressourcenengpässe und soziale Veränderungen. Im Rahmen der Möglichkeiten der Förderungswerber*in sind diese Grundgedanken in den Konzepten zu verankern.

Dies umfasst eine Vielzahl von Aktivitäten und Strategien, die darauf abzielen, positive soziale und ökologische Auswirkungen zu erzielen. Einige wichtige Aspekte, die bei der Umsetzung von CSR-Strategien berücksichtigt werden können:

Soziale Inklusion und Gleichberechtigung:

- ◆ Schaffung eines integrativen Arbeitsplatzes, der Vielfalt und Gleichberechtigung fördert.
- ◆ Unterstützung von Beschäftigten mit unterschiedlichen Hintergründen und Fähigkeiten.

- ◆ Sicherstellen, dass diskriminierungsfreie Praktiken in allen Bereichen des Unternehmens eingehalten werden.

Gemeinwohlorientierung:

- ◆ Fokussierung auf Projekte und Dienstleistungen, die das Gemeinwohl fördern.
- ◆ Förderung von Programmen zur Unterstützung benachteiligter oder bedürftiger Gruppen in der Gesellschaft.

Umweltbewusstsein und Nachhaltigkeit:

- ◆ Einsatz nachhaltiger Praktiken, im Verbrauch und in der Entsorgung.
- ◆ Verringerung des ökologischen Fußabdrucks durch Energieeffizienz, Abfallreduzierung und Recycling.

Mitarbeiterwohlbefinden und -entwicklung:

- ◆ Förderung des Wohlbefindens und der beruflichen Entwicklung der Mitarbeiter*innen durch Weiterbildungsprogramme, Gesundheitsinitiativen und flexible Arbeitsmodelle.
- ◆ Bereitstellung von angemessenen Arbeitsbedingungen und fairer Vergütung, sowie Transparenz in der Gehaltspyramide.

Transparenz und ethisches Verhalten:

- ◆ Offenlegung von Unternehmenspraktiken und -werten, um Vertrauen und Transparenz zu fördern.
- ◆ Implementierung ethischer Geschäftspraktiken, um Korruption und unfaire Praktiken zu vermeiden.

I.2. Grundlegende Erwartungen

I.2.1. Handlungsfelder der Versorgung

Psychosoziale und sozialpsychiatrische Angebote im weiteren Sinn sind im Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt und darin jeweils in verschiedenen Versorgungsstufen oder –bereichen (z.B. ambulant, stationär, gemeindenah, unter Berücksichtigung von Lebenswelten und Angehörigenarbeit, Wohnen und Beschäftigung). Die Gesamtsicht über diese ausdifferenzierten psychosozialen und sozialpsychiatrischen Angebote fließen in der Psychiatriekoordination im Gesundheitsfonds Steiermark zusammen.

Während der „Qualitätsstandard ambulante sozialpsychiatrische Angebote in der Steiermark“ vor allem Versorgungsprozesse ausgehend von den psychosozialen Beratungsstellen als Drehscheiben der regionalen psychosozialen Versorgung definiert, gilt es für eine integrierte Versorgung auf einer übergeordneten Systemebene Pfade zu definieren und Bedingungen für ein Nahtstellenmanagement zwischen Betreuungseinrichtungen und für Casemanagement festzulegen, eine auf Basis des steirischen Psychiatriekonzeptes 2030 in der Rolle der Psychiatriekoordination

Steiermark über den Qualitätsstandard hinausgehende und integrierende Funktion (vgl. Psychosoziale Versorgung in der Steiermark 2030, Patientenorientierte Prozesse in der psychosozialen Versorgung, S.11).

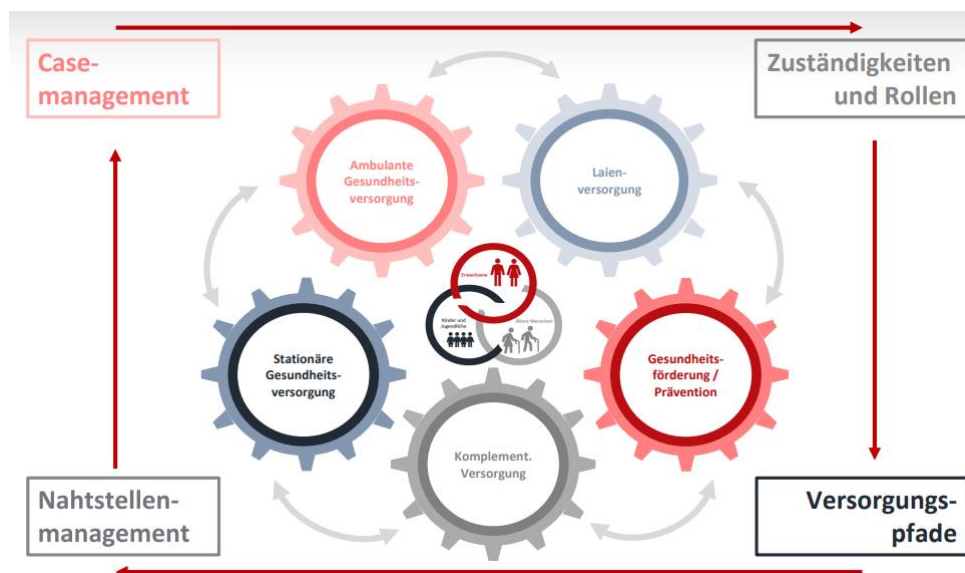


Abb. aus Versorgungskonzept Psychosoziale Versorgung in der Steiermark, 2023

I.2.2. Grundlegende Erwartungen der Klient*innen

Wenn sich eine Person an eine psychosoziale Beratungsstelle wendet, sollen folgende Erwartungen und Bedürfnisse erfüllt werden:

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

I.2.3. Zielsetzungen

Die Arbeit der Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle 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 Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle achten diese

Wünsche und dieses Streben und unterstützen die Betroffenen „Normalität“ im Rahmen des Möglichen zu leben (Normalisierungsprinzip).

Grundlegend ist die Wahrnehmung der individuellen Lebens- und Problemsituation der Betroffenen und damit die Orientierung an ihren individuellen Bedürfnissen (Individuums- bzw. Klientenzentrierter 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 sozialpsychiatrischen Beratung und/oder Betreuung ist die Eigenmotivation, diese Angebote in Anspruch zu nehmen, zumindest jedoch die Zustimmung (Freiwilligkeit).

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

Alle Mitarbeitenden der Beratungsstelle sind auf Basis der rechtlichen Vorgaben an die Pflicht der Verschwiegenheit und die Wahrung des Datenschutzes gebunden (Vertraulichkeit).

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

Aus Sicht des Förderungsgebers soll die Förderung dazu beitragen, dass die Angebote weitgehend kostenfrei (Kostenfreiheit) und vor allem Menschen zur Verfügung stehen, die aufgrund ihrer finanziellen bzw. sonstigen Lebenssituation nicht die Möglichkeit haben einen notwendigen Dienst in ausreichender Form selbst zu finanzieren (soziale Indikation). Förderungsziel ist es, Menschen in psychischen Krisen sowie (chronisch) psychischen Erkrankungen jeden Alters - nach dem bio-psycho-sozialen Modell – eine psychosoziale sowie medizinisch psychiatrische Beratung und Betreuung anzubieten, welche es diesen ermöglicht, Krisen ambulant zu bewältigen beziehungsweise - bei chronisch-psychischen Erkrankungen - trotz Krankheit ein, soweit es geht, selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und akut-stationäre Aufenthalte soweit als möglich hintanzuhalten. Die Arbeit der Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle 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 (gemeindenaher Sozialpsychiatrie und Sozialraumorientierung) und versucht damit den Verbleib im gewohnten Umfeld und

„normalen“ Lebenszusammenhängen zu fördern (Digital vor Ambulant vor Stationär und Integration in die Soziale Umwelt).

Eine wichtige Rolle spielen dabei soziale und insbesondere familiäre Beziehungen, deren Anteil an Unterstützungsleistung für psychisch kranke Menschen in hohem Maße wertgeschätzt werden muss (Einbeziehen nicht-professioneller Helfer*innen und wertschätzende Unterstützung von Angehörigen).

Die Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle 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 (biopsychosozialer Ansatz und Vulnerabilitäts-Stress-Modell).

Dementsprechend multiperspektivisch kann sich die Beratung/ Betreuung in der Beratungsstelle 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 ambulante sozialpsychiatrische Angebote 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.

1.3. 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 Patientenrechte betreffend
- ◆ Berufsgesetze der betreuenden Berufsgruppen
- ◆ Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz sofern es sich bei den Förderungsnehmer*innen um Ambulatorien handelt.
- ◆ Richtlinien zum Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (z.B. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, Allgemeine Arbeitnehmerschutzverordnung – AAV)
- ◆ Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO

- ◆ Konsumentenschutzgesetz – KSchG
- ◆ sowie Orientierung an der EU-Grundrechtecharta

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.4. Voraussetzungen für die Förderungsgewährung

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

- ◆ Die Einhaltung der Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark idgF.
- ◆ Die Einhaltung der gegenständlichen, relevanten 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 Förderungswerber*in, dabei ist eine ordnungsgemäße Anmeldung beim jeweiligen Sozialversicherungsträger sicherzustellen. Der Einsatz freiberufliche Mitarbeiter*innen bedarf einer Darstellung in der Budgetierung. Weiters sind freiberuflich tätige Mitarbeitende mit der Psychiatriekoordination abzustimmen bzw. durch diese zu genehmigen, sofern die Kosten von denen angestellter Mitarbeitender abweichen.
- ◆ 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 Förderungsantrag 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. Justizressort für forensische Patient*innen) 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 eine Förderungsgewährung nicht aus. Die erhaltenen Mittel sind jedoch bei der Förderungsgewährung zu berücksichtigen.

I.5. Prozessqualität allgemeiner Standard

I.5.1. Personal

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

Der*Die Förderungsnehmer*in muss eine entsprechende Personalakte führen.

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

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

Im Bewerbungsverfahren ist darauf zu achten, dass die Entscheidung transparent und fachlich nachvollziehbar bleibt und als dokumentierte Information vorliegt.

I.5.1.1. 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 leitende 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 zu dokumentieren.
- ◆ Es ist sicherzustellen, dass auch bei einem akuten Ausfall eines*einer Mitarbeiters*Mitarbeiterin (z.B. durch Krankheit) ein entsprechender Ersatz zur Verfügung steht, Patient*innen, die dringender Unterstützung bedürfen diese auch bekommen oder für die zeitgerechte Absage von Terminen gesorgt wird.
- ◆ Sollte das Team durch Auszubildende, Zivildienstler, angestellte Peerberater*innen 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.

Für den Dienstplan ist eine entsprechende Legende zu erstellen, um die verwendeten Kürzel und Farbcodierungen zu erläutern.

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

Auszubildende und Zivildienstler*innen und angestellte Peerberater*innen sind aufgrund der Transparenz im Dienstplan entsprechend auszuweisen, zählen aber nicht zum Personalschlüssel im Sinne des regionalen Versorgungsschlüssels.

Die Ausfertigung hat dokumentenecht mit Freigabeunterschrift zu erfolgen oder als EDV-Version, die sinngemäß dieselben Anforderungen erfüllt.

I.5.1.2. Einschulung von neuen Mitarbeiter*innen

Die Einschulung von neuen Mitarbeiter*innen, 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 des*der Mitarbeitenden als auch der Klienten – ist den Förderungsvorgaben nach, ein Element der Förderung.

Als Nachweis, dass die Einschulung stattfand, ist ein protokolliertes Gespräch am Ende der Einschulung zu führen, in dem gemeinsam über die volle Übernahme der Funktion entschieden wird.

Grundkurs Sozialpsychiatrie:

Der Sozialpsychiatrische Grundkurs der Pro Mente Austria (standardisiert) oder eines vergleichbaren Anbieters sowie Ausbildungen werden unabhängig von der Basisqualifikation als Zusatzqualifikation für alle empfohlen, sofern dies nicht durch eine hinreichende facheinschlägige berufliche Praxis nachgewiesen werden kann.

I.5.1.3. Praktikant*innen (Auszubildende im Praktikum)

- ◆ 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, welcher*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 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 zu treffen.
- ◆ Die Teilnahme an Teambesprechungen oder Fallbesprechungen erfolgt je nach Regelung der Einrichtung.

I.5.2. Termin-und Zeitverwaltung

Klientenbezogene 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 Mitarbeiter*in 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 Beratungsstelle nachzuvollziehen.

Weiters sind Regelungen für die Planung der Kliententermine 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. Wenn die Einrichtung gemäß dem Konzept ambulante Psychiatrie Steiermark idgF entwickelt und mit Mitarbeitenden ausgestattet ist, so ist jedem Klienten Beratung /Betreuung (auch ohne Termin) zu ermöglichen. 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/Begleitung ermöglichen. Die Planung hat so zu erfolgen, dass auch spontane Terminvergaben möglich sind. Dabei ist auch die Möglichkeit der akkordierten Vernetzung mit anderen Standorten (psychosoziale Beratungsstelle und sozialpsychiatrisches Ambulatorium) desselben*derselben Förderungsnehmers*Förderungsnehmerin in Betracht zu ziehen, sofern dies dem*der Klienten*Klientin zumutbar ist.

Die Zeiten für Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten ohne Termin (der ad hoc Betreuung) sind einzuplanen und gegenüber der Öffentlichkeit zu kommunizieren.

Termine mit Klient*innen ohne Terminvereinbarung oder Krisen können im Sinne einer Erstabklärung gesehen werden und damit kurz gehalten werden. Es wird danach weiterverwiesen oder ein weiterer Termin vereinbart.

Freie Zeitfenster durch z.B. verkürzte Termine sind mit wartenden Klient*innen zu füllen, um die Wartezeiten zu verkürzen und einen möglichst effizienten Einsatz sämtlicher Fachkräfte des multiprofessionellen Teams sicherzustellen.

Es soll am Vormittag mit einer dynamischen Terminstruktur gearbeitet werden, wo ad hoc-Termine (persönlich, telefonisch, per Videocall) stattfinden und Personen (obwohl ggf. mit Wartezeiten) einen Termin bei der*dem nächst freiwerdenden Mitarbeitenden in Anspruch nehmen können.

Die tatsächliche Dauer des Klientenkontaktes ist zu dokumentieren und der Gesamtarbeitszeit gegenüber zu stellen (inkl. der Stunden für Fortbildung und Supervision etc.)

Zukünftig könnten zur weiteren Optimierung und effizienten Nutzung des Fachpersonals auch online Terminbuchungssysteme angedacht werden, womit Wartezeiten reduziert würden. Die Niederschwelligkeit muss weiterhin gegeben sein, indem für Menschen, die keinen Zugang zu digitalen Medien haben, in ihrer Terminbuchung von den Mitarbeitenden unterstützt werden.

Mitarbeiterbezogene Zeitverwaltung:

Ein*Eine Mitarbeitender*Mitarbeitende darf jährlich für die folgenden Themen unten angeführte Zeiten aufwenden:

- ◆ Fortbildung u. Weiterbildung
- ◆ Supervision
- ◆ Organisatorische Teambesprechung
- ◆ Klausur, interne Tagungen etc.

Für Mitarbeiter*innen mit Vollzeitstellung können 150 Stunden im Jahr, für Mitarbeiter*innen mit 75%-igem Anstellungsausmaß 125 Stunden im Jahr und für Mitarbeiter*innen mit 50%-igem Anstellungsausmaß können 100 Stunden im Jahr als förderbare Kosten anerkannt werden.

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

Für die Einrichtung 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 Mitarbeiter*innen nachträglich nachweislich zur Kenntnis genommen werden muss (z.B. mit Paraphe am Protokoll).

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

Aus Sicht des Förderungsgebers ist die höchstmögliche klientenbezogene Auslastung anzustreben ohne die Qualität der Betreuung zu senken („so kurz wie möglich und so lange wie nötig“).

I.5.3. Fort- und Weiterbildung und fachliche Reflexion

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

I.5.3.1. Kompetenzprofil

Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit, Fertigkeit und/oder Zuständigkeit, die eine Person besitzt, um bestimmte Aufgaben oder Tätigkeiten erfolgreich im Sinne der Organisation auszuführen. Es handelt sich um eine Kombination aus Wissen, Können und Erfahrung, die erforderlich ist, um in einem bestimmten Bereich effektiv und effizient zu handeln. Die wesentliche Kompetenz der Mitarbeitenden 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 Kompetenzen 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
- ◆ Konfliktfähigkeit: z.B. Standfestigkeit in widersprüchlichen Situationen

- ◆ Interkulturelle Kompetenz
- ◆ Gesprächsführungskompetenz: z.B. durch Gehörtes zusammenfassen, Gespräche strukturieren, Zielorientierung und die Fähigkeit zur Kontextklärung
- ◆ Beratungs- und Betreuungskompetenz
- ◆ Ressourcenorientierung im Sinne der effizienten Nutzung der zur Verfügung stehenden Betreuungszeit.

I.5.3.2. Fort- und Weiterbildungsprozess

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

- ◆ Bedarfserhebung (z.B. individuell im Mitarbeitergespräch), auch nach strategischen Gesichtspunkten, wenn das gesamte Team durch sich ändernde Rahmenbedingungen auf einen neuen Wissensstand gebracht werden muss
- ◆ 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®-Verfahren ¹, Kompetenzdiagnostik und -entwicklung)
- ◆ Evaluierung der besuchten Maßnahmen mit Nachweisführung der Ergebnisse dieser Evaluierung, im Sinne der Nachvollziehbarkeit der Wirksamkeit und damit Erfüllung der Kompetenzanforderungen und Evaluierung der eingesetzten Ressourcen im Sinne der Effizienz.
- ◆ Berücksichtigung des Stundenausmaßes gemäß I.5.2

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

I.5.3.3. Fachliche Reflexion

Methodisch kann eine fachliche Reflexion auf folgende Weisen stattfinden:

- ◆ Selbstreflexion des*der Mitarbeiters*Mitarbeiterin
- ◆ 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)
- ◆ Mitarbeitergespräche (siehe I.5.3.4)
- ◆ Fallbezogene Teambesprechungen (Dokumentation in der Falldokumentation)
- ◆ Konzeptionelle Reflexion im Sinne der Konzeptüberprüfung (z.B. im Rahmen der Klausur)

I.5.3.4. Mitarbeitergespräch (MA-Gespräch)

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 Rollenbeschreibung hergestellt und es werden Veränderungen aktualisiert. Die MA-Gespräche dienen zur Festlegung der beruflichen Entwicklungs- und Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeitenden. Das MA-Gespräch findet zumindest 1 x in 2 Jahren statt und stellt einen Beitrag zur Entwicklung bzw. Sicherung der Qualität in der Einrichtung dar.

Die Inhalte und Abwicklung des MA-Gesprächs sind zu standardisieren und zu dokumentieren. Es können zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten Absprachen darüber getroffen werden, welche Aspekte nicht dokumentiert werden sollen. Die Mitarbeitenden bekommen eine Kopie des Protokolls zum MA-Gespräch. Es ist in der Einrichtung einheitlich festgelegt, wo die MA-Gespräche verwahrt werden. In jedem Fall ist die Kompetenz des Personals im Sinne der Erfüllung der Kompetenzanforderungen schriftlich festzuhalten.

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, Methodenkompetenz)

- ◆ Beurteilung der Zusammenarbeit (z.B. mit Vorgesetzten, Kolleg*innen, Führungsverhalten)
- ◆ Gemeinsame Kompetenzbewertung
- ◆ 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.6. Notfallpläne

Unter „Notfallplan“ wird eine kurze, eindeutige und leicht lesbare Anweisung für die Bewältigung von Notfällen und Krisen verstanden. Notfallpläne müssen in Extremsituationen allen Mitarbeiter*innen 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 Mitarbeiter*innen sind nachweislich und regelmäßig über den Inhalt, die Vorgangsweise und die Dokumentation zu unterweisen (vergl. ASchG).

Die Notfallpläne sind auf alle Fälle in die Erstunterweisung und in die Einweisung für alle in der Einrichtung Tätigen 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
- ◆ Postventionskonzept nach Suizid in der Einrichtung
- ◆ 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) iSd § 25 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG); §§ 12, 13, 44a, 45 Arbeitsstättenverordnung (AStV), Evakuierungsplanung

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

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

1.7. Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsdokumentation

Der gesamte Prozess der Klientenberatung und -betreuung muss zu jeder Zeit schriftlich in Form einer individuellen Falldokumentation für alle Berufsgruppen und Leistungen 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, vorzugsweise aber direkt während oder unmittelbar nach dem Klientenkontakt
- ◆ nachvollziehbar, wer? was? wann? wo? womit?
- ◆ lückenlos; nachträgliche Einträge sind zu vermeiden bzw. eindeutig als Gedächtnisprotokolle zu kennzeichnen

Für jeden Klienten und 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 Mitarbeiter*innen 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.

Erfolgt die Dokumentation digital, so sind dieselben Grundätze anzuwenden und darüber hinaus die rechtlich anzuwendenden Regelungen zur IT-Sicherheit und des Datenschutzes.

I.7.1. 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 Mitarbeiter*innen ist sicherzustellen, dass alle Informationen, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten entstanden sind, auch nach dem Ausscheiden dieser Personen zur Verfügung stehen, damit eine reibungslose Betreuung / Behandlung sichergestellt werden kann.

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

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

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

I.7.2. 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 Beschwerdemaßnahmen hinsichtlich der Einhaltung der Förderungsbedingungen, müssen den Organen des Gesundheitsfonds Steiermark

kostenfrei jegliche Dokumentationen, die elektronisch geführt werden (z.B. Klientendokumentation 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 Klientendokumentationssysteme 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.8. Datenschutz

- ◆ Gesetzliche Bestimmungen zum Thema Datenschutz sind in allen Bereichen einzuhalten (elektronisch und in Papierform).
- ◆ Berufsgesetze, so sie Regelungen zum Datenschutz enthalten, sind ebenfalls einzuhalten.
- ◆ Ein interdisziplinäres Arbeiten muss trotz der Regelungen der Berufsgesetze gewährleistet sein. Es ist vom Dienstgeber zu definieren, welche Informationen allen Mitgliedern des Helferteams zur Verfügung stehen müssen, damit eine bestmögliche Betreuung möglich wird. Zumindest die Themenkreise und Zielsetzungen, sowie die bereits angewendeten Methoden sind darzustellen.
- ◆ Alle Mitarbeiter*innen, die mit sensiblen Daten in Berührung kommen, haben eine Datenschutzerklärung zu unterzeichnen, die auch über das Dienstverhältnis hinaus, weiter Gültigkeit besitzt.
- ◆ Die Aufklärung der Klient*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 Fördergeber zum Zweck der Kontrolle und wissenschaftlichen Aufarbeitung (Evaluation und Monitoring) zur Verfügung gestellt werden. Der Fördergeber 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.9. Verbesserung der Qualität von Angeboten und Maßnahmen

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

Mitarbeiter*in 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 Mitarbeiter*innen nachvollziehbar sind. Grundlage soll der Gedanke der "ständigen Verbesserung" sein.

I.9.1. 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 Mitarbeiter*innen sind über die Änderungen nachweislich zu informieren.

I.9.2. Umgang mit Rückmeldungen von außen

Als Qualitätsinstrument und als fester Bestandteil des Zertifizierungsverfahrens (ob EFQM, ISO, etc.) muss jeder*jede 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 (angepasst an die Kernzielgruppe der Einrichtung),
- ◆ 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 Beschwerdeführer*in 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 Mitarbeiter*innen über die Änderungen nachweislich zu informieren.

I.10. 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 die Angebote anzupassen, wobei der persönliche Schutz und die Würde der Klient*innen gewährleistet werden und gelten für alle eingesetzten Medien sinngemäß.

Ziele:

- ◆ Bekanntmachen des Beratungs-, Betreuungs- und Begleitungsangebotes
- ◆ Bekanntmachen der Dachmarke „Psychosoziale Dienste Steiermark“ (PSD-Steiermark), jeweils mit dem Trägerlogo in einer für die regionale Verwendung abgestimmten Form, der Einrichtung und der Angebote
- ◆ Präsenz in der Öffentlichkeit (z.B. Imagepflege) herstellen
- ◆ Vorurteile gegen psychisch Kranken abbauen
- ◆ Ermutigen zur Inanspruchnahme
- ◆ Transparenz und Erreichbarkeit (Öffnungszeiten und zeitlicher Rahmen, in dem Beratungsgespräche stattfinden können)
- ◆ Niederschwelligkeit kommunizieren im Sinne I.1.1.7. (z.B. Beratung und Betreuungsmöglichkeit ohne Termin / offene Sprechstunde)

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

- ✦ Welches Marketing bzw. Medium passt zum Selbstverständnis der Einrichtung bzw. Angebot?
- ✦ Welche Zielgruppen sollen angesprochen werden?
- ✦ Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Folder, Plakate, Website etc.) haben den Richtlinien des Gesundheitsfonds Steiermark zu genügen, die Dachmarke PSD-Steiermark zu führen; die aktuellen Logos des Gesundheitsfonds Steiermark sind als Hinweis auf den Förderungsgeber anzuführen (vgl. Förderungsvertrag) sowie ein Niederschwelligkeitshinweis (Beratung ohne Termin etc.)

Darüber hinaus ist die Öffentlichkeitsarbeit am Public Health Gedanken zu orientieren und sind folgende Aspekte zu berücksichtigen bzw. zu kommunizieren:

- ✦ Aufklärung und Sensibilisierung: Öffentlichkeitsarbeit sollte darauf abzielen, die Öffentlichkeit über psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen aufzuklären und das Bewusstsein für die Bedeutung von Prävention, Früherkennung und angemessener Beratung zu schärfen.
- ✦ Stigmabekämpfung: Ein zentraler Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit in der Sozialpsychiatrie besteht darin, Vorurteile und Stigmata im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen abzubauen. Dies kann durch die Bereitstellung von Fakten, persönlichen Geschichten und Kampagnen zur Sensibilisierung erreicht werden.
- ✦ Schaffung von Unterstützungssystemen: Die Öffentlichkeitsarbeit kann dazu beitragen, Unterstützungssysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien zu stärken, indem sie Informationen über verfügbare Ressourcen, Selbsthilfegruppen und Beratungsdienste bereitstellt.
- ✦ Einbindung von Betroffenen: Es ist wichtig, Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Prozess der Öffentlichkeitsarbeit einzubeziehen, sei es durch die Teilnahme an Informationsveranstaltungen, die Bereitstellung von Erfahrungsberichten oder die Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Kampagnen.
- ✦ Zusammenarbeit mit Medien: Die Zusammenarbeit mit den Medien kann dazu beitragen, die Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken und eine breitere Reichweite zu erzielen. Dies kann die Platzierung von Artikeln, Interviews mit Experten und Betroffenen sowie die Nutzung von sozialen Medien umfassen.

I.10.1. Informations- und Publizitätsvorschriften

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

II. Teil II – Fachstandard

II.1. Strukturqualität Fachstandard

II.1.1. Allgemeines/Zuständigkeit/Zielgruppe

II.1.1.1. Definitionen und Zielsetzungen

Psychosoziale Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Ambulatorien sind Einrichtungen, die niederschwellig und im Lebensumfeld der in Anspruch nehmenden Person angesiedelte Angebote zur Beratung, und Betreuung von Personen in psychosozialen Krisensituationen sowie akut und chronisch psychisch Kranker zur Verfügung stellt.

Grundsätzlich hat sich die psychosoziale Beratungsstelle für jede hilfeschende 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
- ◆ Anonymität
- ◆ Vertraulichkeit und
- ◆ Niederschwelligkeit (im Sinne I.1.1.7.).

II.1.2. Hilfsangebote psychosozialer Beratungsstellen und sozialpsychiatrischer Ambulatorien - Förderungsvoraussetzungen

Psychosoziale Beratungsstellen mit multiprofessionellem Team sind förderungswürdig, wenn:

- ◆ eine Abklärung
- ◆ eine Beratung, Betreuung, Begleitung
- ◆ Prävention & Gesundheitsförderung

erfolgt. Darunter ist jeweils zu verstehen:

Abklärung:

Im Zuge der Abklärung fungiert die psychosoziale Beratungsstelle als Anlaufstelle für Menschen mit Fragen und/oder Problemstellungen im Bereich psychischer, psychosozialer oder sozialpsychiatrischer Gesundheit/Krankheit innerhalb des regionalen Zuständigkeitsbereiches. Die Abklärung ist als ausführliches Gespräch zu

verstehen, in dem, gemeinsam mit der betroffenen Person, eine umfassende (bio-psycho-soziale) Anamnese zu erfolgen bzw. zu beginnen 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 psychosozialen Beratungsstelle sowie weiterer regionaler Hilfsangebote zu informieren; gegebenenfalls ist an eine vorhandene, spezifischere Einrichtung weiter zu verweisen. Insofern nimmt die Beratungsstelle eine Verteiler- bzw. Lotsenfunktion wahr. Wenn ein konkreter Unterstützungsbedarf deutlich wird, hat die Planung/Einleitung weiterer Interventionen/Unterstützungen gemeinsam mit der betroffenen Person zu erfolgen.

Beratung, Betreuung, Begleitung:

Betroffene von psychischen Erkrankungen sowie deren Angehörige können sich in der Beratungsstelle über Erkrankungen, Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und Institutionen, welche die erforderlichen Unterstützungen erbringen, informieren. Sie können punktuelle oder auch regelmäßige Beratung und/oder kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles Team in Anspruch nehmen, wenn ein entsprechender Unterstützungsbedarf besteht. Das sozialpsychiatrische Ambulatorium bietet aber auch die Möglichkeit, von Fachärzt*innen für Psychiatrie vertiefende Information und Aufklärung bezüglich psychiatrischer Erkrankungen, deren Verlauf und mögliche Behandlungsformen sowie gesundheitsförderlichen und risikoreichen Verhaltens, aber auch über Wirkung/Nebenwirkungen von Medikamenten zu erhalten, eine labortechnische Abklärung durchzuführen bzw. direkt Betreuung in Anspruch zu nehmen (Ambulatoriumsangebot). Die Betreuung/Beratung /Begleitung läuft im Rahmen standardisierter Prozesse ab. Es sollen bewährte standardisierte (qualitätsgesicherte) Unterstützungsprozesse erstellt und den Mitarbeitenden vorgegeben werden. Durch die Umsetzung evidenzbasierender Behandlungspfade soll eine systematische und wissenschaftlich fundierte Grundlage für die Versorgung psychisch kranker Menschen geschaffen werden.

Ist eine Person nicht in der Lage, die psychosoziale Beratungsstelle aufzusuchen und damit die Angebote zu nutzen, so kann diese in Ausnahmefällen im Rahmen eines Hausbesuches auch in ihrem Lebensumfeld aufgesucht werden.

Prävention & Gesundheitsförderung:

Um den Stellenwert von psychischer Gesundheit zu kommunizieren und für psychische Gesundheit und Krankheit sowie spezifische Erkrankungen zu sensibilisieren, bieten psychosoziale Beratungsstellen Information & Beratung auch in öffentlichen Kontexten, z.B. bei Veranstaltungen bzw. gegenüber Multiplikator*innen an. Dabei sollen die psychosozialen / sozialpsychiatrischen Angebote bekannt gemacht und sollen Zugangshürden sowie Berührungspunkte abgebaut werden. In allen Fällen soll Stigmatisierung und Diskriminierung entgegengewirkt und ein Beitrag zur gesellschaftlichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen geleistet werden. Damit wird Wissensaufbau angestrebt, der in weiterer Folge die Gesundheitskompetenz weiterentwickelt.

Diese grundsätzlichen Aufgabenstellungen finden sich wieder in den folgenden, obligatorischen bzw. fakultativ anzubietenden Angeboten, welche digital oder persönlich, auch aufsuchend, erbracht werden können.

II.1.3. Tätigkeitsbereich der psychosozialen Beratungsstelle

Eine Einrichtung kann dann gefördert werden, wenn:

Das Basisangebot umfasst psychologische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Tätigkeiten, Beziehungsaufbau und -pflege, um in komplexen Fällen die Umsetzung der Betreuung möglich zu machen, sowie in einem größeren Maße als im Ambulatorium, Hausbesuche, fachlich geführte Gruppen, Fallbesprechungen und Hilfekonferenzen sowie Vernetzungsarbeit. In einem erweiterten Angebotsspektrum können auch Leistungen anderer Berufsgruppen, die dem Beratungs- und Betreuungsziel dienen, integriert werden.

Darunter ist im Rahmen einer psychosozialen Beratungsstelle zu verstehen:

- ◆ Beratung, Behandlung und Betreuung durch ein multiprofessionelles Team bei psychischen, psychiatrischen und sozialen Problemen
- ◆ störungsspezifische Programme nach dem Stand der Wissenschaft
- ◆ transdiagnostische Betreuung wie z.B. zu Ernährung und Psyche im Interesse von food-literacy
- ◆ Krisenintervention in psychiatrischen und psychosozialen Fragestellungen vor Ort und in der Öffnungszeit
- ◆ Hausbesuche
- ◆ Psychologische Diagnostik und Behandlung
- ◆ Psychotherapie
- ◆ Therapeutische und nicht therapeutische Gruppenangebote
- ◆ Sozialarbeiterische Beratung
- ◆ Beratung und Betreuung für Angehörige psychisch Erkrankter
- ◆ Verbindungsdienst zu den psychiatrischen Krankenhäusern
- ◆ Direkter niederschwelliger und unmittelbarer Zugang zu Betreuung, Beratung und Behandlung (ad hoc-Termine, Wartezimmerstruktur) am selben Tag
- ◆ Vernetzungsarbeit mit Vernetzungspartnern mit/ohne Behandlungsauftrag sowie den regional relevanten Ämtern und Behörden
- ◆ Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit für die Allgemeinbevölkerung und Antistigmaarbeit nach ressourcenbedingten Möglichkeiten

- ✦ Sozialrechtliche Beratung bzw. Rechtsberatung
- ✦ Öffentlichkeitsarbeit im regionalen Kontext
- ✦ Bereitstellung von Begleitung durch Peerberater*innen

II.1.4. Förderungsvoraussetzungen für sozialpsychiatrische Ambulatorien

Im Rahmen des sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahrens nach dem Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz werden die Angebote, Öffnungszeiten und weiteren Vorgaben im Bewilligungsbescheid festgehalten. Die Grundlage des Angebotsspektrums im Ambulatorium bilden der Katalog ambulanter Leistungen (KAL) sowie die österreichischen Konsensuspapiere zu Behandlungsstandards für psychiatrische Erkrankungen (inkl. dafür erforderliche Medizinprodukte). Im Sinne des Grundsatzes des „best point of service“ (I.1.1.8.) stellt die Rezepturbefugnis eine Vereinfachung im Behandlungs- und Betreuungsprozess für den*die Klienten*Klient*in dar.

Zum Angebotsspektrum des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums zählen auch Hausbesuche, Fallbesprechungen, Vernetzungen und die psychiatrisch-konsiliarische Unterstützung anderer Einrichtungen (sowohl im sozialpsychiatrischen Erwachsenen- wie auch im Kinder- und Jugendbereich). Als konsiliarische Tätigkeit ist hier nicht nur die direkte Kontaktaufnahme mit Patient*innen gemeint, sondern auch die fachärztlich beratende Unterstützung des jeweils betreuenden Teams.

Das sozialpsychiatrische Ambulatorium pflegt dieselbe Zusammenarbeit mit dem stationären Bereich sowie den niedergelassenen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen wie die zugeordnete psychosoziale Beratungsstelle. Neben medizinischer Abklärung für jede(n) Hilfesuchende(n) ist das Ambulatorium vor allem für die Betreuung von Menschen mit komplexen psychiatrischen Erkrankungen zuständig. Dies erhöht die regionale Versorgungsrelevanz.

Ergänzend zu den bereits ausgeführten Regelungen (vgl. Qualitätsstandard Teil I, Allgemeiner Teil) ist während der Öffnungszeiten des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums ärztliche Hilfe in der Anstalt jederzeit sofort erreichbar (§23 Abs. 2 Z1 StKAG) und bei freier Kapazität auch im Rahmen der freien Sprechstunden nutzbar.

Für alle Regelungen dieses Fachstandards gilt, dass sofern nicht spezifischere Regelungen für das Ambulatorium durch den sanitätsbehördlichen Bewilligungsbescheid festgelegt sind, die Regelungen des Qualitätsstandards als gemeinsame Mindestanforderung einzuhalten sind.

II.1.5. Verschränkung der Angebotsspektren Psychosoziale Beratungsstelle und sozialpsychiatrisches Ambulatorium

Die psychosoziale Beratungsstelle arbeitet - dem Konzept entsprechend - in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit komplexen bio-psycho-sozialen Problemstellungen mit dem sozialpsychiatrischen Ambulatorium multiprofessionell eng zusammen. Je nach individuellem Bedarf werden die Angebotsspektren der beiden

Einrichtungen so verschränkt, dass ein optimaler Outcome erzielt wird. Das bedeutet auch, dass bei gemeinsamen Klient*innen auch gemeinsame Fallbesprechungen abgehalten werden und daraus ein abgestimmter Betreuungs- und Behandlungsplan entsteht. Eine enge Vernetzung mit allen in der Region tätigen Personen, die zur Verbesserung der Situation der Klient*innen beitragen können, wird soweit als möglich umgesetzt. Eine enge Vernetzung mit allen in diesem Bereich Tätigen, ist wichtig, da beim Vorliegen komplexer Problemstellungen nicht nur eine multidisziplinäre Arbeitsweise im Team erforderlich ist, sondern ein guter Outcome im Sinne der Klient*innen in vielen Fällen erst durch eine einrichtungsübergreifende Tätigkeit zu erzielen ist.

Das sozialpsychiatrische Ambulatorium ist integrierender Bestandteil der psychosozialen Beratungsstelle und dient der Abwicklung und ggf. Abrechnung der fachärztlichen Tätigkeiten. Sie stellt nur sanitätsrechtlich ein gesondertes Rechtskonstrukt dar, ist jedoch im Rahmen der Angebotserbringung als integraler Bestandteil der psychosozialen Beratungsstelle zu sehen.

II.1.6. Organisationsform / Einrichtungstypen

Die Psychosoziale Beratungsstelle ist eine dezentrale Einrichtung mit Zuständigkeit für eine definierte Region, welche in die allgemeinmedizinische und soziale Versorgung eingebunden bzw. mit dieser vernetzt ist; dies erfordert eine interdisziplinäre Orientierung, die Sicherstellung der Kooperation sowie ein durchlässiges Betreuungssystem für psychisch Kranke.

Die Bezeichnung der Einrichtung ist abhängig vom Tätigkeitenspektrum und lautet wie folgt:

Psychosoziale Beratungsstelle:

Eine Einrichtung, in der psychosozialen Beratung/Behandlung/Betreuung erbracht wird.

Sozialpsychiatrisches Ambulatorium:

Im Sozialpsychiatrischen Ambulatorium werden fachärztliche Leistungen erbracht und dies in enger Zusammenarbeit mit der Psychosozialen Beratungsstelle. Beide sind am gleichen Standort und unter der Trägerschaft des gleichen Dienstleistungsanbieters errichtet.

Zu diesen Bezeichnungen können noch altersspezifische Ergänzungen erfolgen, wie:

- ◆ Psychosoziale Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche
- ◆ Psychosoziale Beratungsstelle für Erwachsene
- ◆ Psychosoziale Beratungsstelle für ältere Menschen
- ◆ Sozialpsychiatrisches Ambulatorium für Kinder und Jugendliche
- ◆ Sozialpsychiatrisches Ambulatorium für Erwachsene

- ◆ Sozialpsychiatrisches Ambulatorium für ältere Menschen

Psychosoziales Beratungszentrum:

Ist ein Angebotsstandort, an welchem mehrere Einrichtungstypen im Rahmen der psychosozialen Versorgung stattfinden.

Psychosozialer Dienst:

Ist die Summe aller sozialpsychiatrischen Einrichtungen für eine Region.

Sofern regionale Bezeichnungen von Einrichtungen in der Bevölkerung bekannt/vertraut sind, können diese weiter ergänzend geführt werden.

II.1.7. Flächendeckung und örtliche Förderbarkeit

Unter Flächendeckung wird die Feststellung des Betreuungsbedarfes basierend auf dem Konzept ambulante Psychiatrie und dem RSG Steiermark sowie gegebenenfalls der StRSG-VO in der jeweils geltenden Fassung verstanden. Einwohnerzahlen sowie die geografische Erreichbarkeit und die Besiedlungsdichte von Ballungsräumen versus ländlichen Gebieten sind Orientierungsgrößen.

II.1.8. Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung hat sich in quantitativer Hinsicht am Konzept ambulante Psychiatrie in der Steiermark in der jeweils geltenden Fassung zu orientieren.

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

II.1.9. Zuweiser*innen

Jede Person (Betroffene oder Angehörige), welche psychosozialer/sozialpsychiatrischer Hilfe bedarf, kann sich an die Einrichtungen wenden.

Zusätzlich können alle medizinischen, sozialen, behördlichen sowie andere im Umfeld tätigen Organisationen zur Abklärung zuweisen, wenn eine sozialpsychiatrische Problemstellung vorliegt oder vermutet wird.

Je nach Ergebnis dieser Abklärung wird wie unten beschrieben weiter verfahren.

Menschen mit psychischen Problemen / in psychischen Krisensituationen, können das Ambulatorium sowie die psychosoziale Beratungsstelle auch ohne vorherige Terminvereinbarung aufsuchen bzw. den direkten Kontakt zu PsyNot, dem psychiatrischen Krisentelefon, suchen.

II.1.10. Zielgruppe

Im Sinne der Diversitätskriterien ist allen Menschen mit psychosozialen und sozialpsychiatrischen Problem- bzw. Fragestellungen, unabhängig von sozialen und kulturellen Hintergründen, entsprechend ihrer Individualität und ihrer individuellen Bedürfnisse zu begegnen.

Zielgruppen:

- ◆ Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen
- ◆ Männer, Frauen und Diverse bzw. Personen mit unterschiedlichen Geschlechtsidentitäten
- ◆ Angehörige
- ◆ Klient*innen aus dem forensischen Bereich im Rahmen der forensischen Ambulanz
- ◆ Obdachlose und Menschen in Notschlafstellen
- ◆ Mehrfachdiagnoseklient*innen
- ◆ Prioritäre regionale Zuständigkeit

Immer dann, wenn es eine Beratung, Behandlung Betreuung oder Begleitung durch eine spezifischere Einrichtung gibt und es im Interesse des*der Klienten*Klientin ist, ist dies vorzuziehen. Die Vernetzung / Vermittlung ist sicherzustellen und zu unterstützen.

Als Kernzielgruppe gelten Personen

- ◆ deren "komplexe psychosoziale Problemstellung" weder selbständig noch mit dem verfügbaren Angebot an ambulanten fachärztlichen, psychologischen und/oder psychotherapeutischen Hilfen bzw. anderen privat oder professionell organisierten sozialen Hilfen in ihrem Lebensumfeld bewältigbar ist und/oder
- ◆ die diese verfügbaren Hilfen (noch) nicht akzeptieren bzw. in Anspruch nehmen können /wollen und/oder neben der durch den niedergelassenen Bereich geleisteten ambulanten psychiatrischen Grundversorgung und in Übereinstimmung mit dem niedergelassenen Bereich spezifische psychosoziale Unterstützung benötigen, und/oder
- ◆ die an durchwegs komplexen psychiatrisch-psychosozialen Problemstellungen leiden und entweder eine besonders niedrige Schwelle für das ambulante Aufsuchen von fachlicher Hilfe benötigen oder prinzipiell dort aufgesucht werden müssen, wo sie wohnen, und/oder
- ◆ die auf Grund ihrer komplexen Problemstellung einer multiprofessionellen Betreuung bedürfen und/oder

- ✦ die oft psychiatrische Hilfe in der üblich angebotenen ambulanten Weise ablehnen, sodass darum "geworben" werden muss, dass die Hilfe in Anspruch genommen wird, und/ oder
- ✦ bei denen der Hilfebedarf und die Krankheitseinsicht anders als bei Körper- und Sinnesbehinderungen fluktuiert.

II.1.11. Ausschließungsgründe

Es existieren keine Ausschließungsgründe, sofern der*die Hilfesuchende der beschriebenen Zielgruppe angehört.

II.1.12. Zeitlicher Rahmen der Angebote und Maßnahmen

In der Öffnungszeit der jeweiligen Einrichtung (psychosoziale Beratungsstelle, sozialpsychiatrisches Ambulatorium) werden direkt psychosoziale Beratungs-, und Betreuungsangebote erbracht, Termine vereinbart, bestehende Termine umgesetzt bzw. besteht immer die Möglichkeit zur Krisenintervention. Menschen mit Krisen werden in der Öffnungszeit immer bevorzugt behandelt.

In der Öffnungszeit des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums steht fachärztliche Beratung und Betreuung zur Verfügung. Ist ausschließlich die psychosoziale Beratungsstelle geöffnet, muss für die evtl. notwendige fachärztliche Intervention mit den entsprechenden Notfallkontaktstellen vor Ort kooperiert werden.

Grundsätzlich besteht eine freie Zutrittsmöglichkeit innerhalb der Öffnungszeiten. In diesen ist die psychosoziale Beratungsstelle besetzt. Telefongespräche können angenommen werden, Fachpersonal steht zur Verfügung, Termine mit Hilfesuchenden finden statt. Die Vormittags-Öffnungszeiten sind so zu handhaben, dass ad-hoc-Termine stattfinden können. Länger dauernde und geplante Termine mit Klient*innen sind auch außerhalb der Öffnungszeiten möglich und werden terminlich vereinbart.

Die regelmäßigen Öffnungszeiten sind so zu kommunizieren, dass diese Information potentiellen Klient*innen jederzeit zugänglich ist (z.B. Aushang, Homepage, Anrufbeantworter, etc.).

II.1.12.1. Öffnungszeiten psychosoziale Beratungsstelle

Die psychosoziale Beratungsstelle ist Montag bis Freitag geöffnet (Minimum 35h bei Vollausbau gemäß Psychiatriekonzept bzw. RSG idgF). Die Öffnungszeiten orientieren sich an den zeitlich regionalen Bedarfen (auch Tagesrandzeiten) und sollten keine Bevölkerungsgruppe ausschließen. Darüber hinaus können Termine nach Vereinbarung außerhalb der Öffnungszeiten vereinbart werden, sofern dies die personellen Ressourcen zulassen und die Öffnungszeiten besetzt sind.

In Großballungsräumen, wie der Stadt Graz, wo mehrere Beratungsstellen und Ambulatorien vorhanden sind, können die Erstabklärungen und Unterstützungsleistungen ohne vorheriger Terminvereinbarung an einem Standort gebündelt werden. Dieser zentrale Standort ist zuvor mit dem Gesundheitsfonds Steiermark zu koordinieren und zu genehmigen.

II.1.12.2. Öffnungszeiten Ambulatorium

Details und Spezifika finden sich in den standortbezogenen, sanitätsbehördlichen Bescheiden.

II.2. Standort / Örtlichkeiten

II.2.1. Standortvoraussetzungen

Die psychosoziale Beratungsstelle soll organisatorisch und örtlich so positioniert sein, dass von psychosozialen bzw. sozialpsychiatrischen Problemen betroffene Menschen, an einem in die lokale Gemeinde- und Versorgungsstruktur gut eingebetteten Ort, Unterstützung in ihren individuellen Problemen vorfinden.

Dort, wo aus topographischen Gesichtspunkten sinnvoll, kann in Abstimmung mit der Psychiatriekoordinationsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark und nach Bewilligung eine Außenstelle errichtet werden, sofern dadurch der Betrieb der psychosozialen Beratungsstelle nicht beeinträchtigt wird (personelle Besetzung der "Zentrale" hat Vorrang).

Folgende infrastrukturelle Mindestanforderungen müssen für eine Förderbarkeit erfüllt werden:

- ✦ Die Einrichtung soll 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 Kundinnen und Kunden zur Verfügung stehen, ausgenommen sind Bestandsobjekte.
- ✦ Die Einrichtung hat durch ausreichende Wegweiser/Beschilderung (z.B. ab der öffentlichen Haltestelle) gut erkennbar zu sein.

II.2.2. 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 psychosozialen Beratungsstelle 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)
- ◆ Beratungs-, und Behandlungszimmer, die bedarfsbezogen zugeteilt werden, um eine möglichst effiziente Nutzung zu gewährleisten
- ◆ Gruppenräume
- ◆ Büro für Sekretariat und Leitung
- ◆ Ausführung der Räumlichkeiten, wie sie in gesetzlichen und behördlichen Anforderungen beschrieben sind (z.B. Aufenthaltsräume für Mitarbeitende, WC-Anlagen, Fluchtwege)

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

Die gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz sind generell zu beachten.

Bei Änderungen oder Neugestaltung von Einrichtungen ist der Raumplan vorab dem Förderungsgeber vorzulegen und zu bewilligen.

II.2.2.1. Außenbereich - Gestaltung bei Neubauten

Die Einrichtung muss barrierefrei, d.h. stufenlos erreichbar sein. Eine freie Zufahrt und die Möglichkeit zum Ein- und Aussteigen müssen gewährleistet sein.

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 sind in der Nähe des barrierefreien Einganges (idealerweise der Haupteingang) bzw. des barrierefreien Personenaufzuges anzuordnen.

Alle barrierefreien Zugangswege und Parkplätze (Ein- und Ausstiegsflächen) müssen leicht und erschütterungsarm befahrbar sein (z.B. keine Rasengittersteine).

Um die Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden sowie den therapeutischen Nutzen der Natur miteinzubeziehen, sind Gärten bzw. Freiraumflächen – sofern diese vorhanden sind – altersgerecht und barrierefrei anzulegen.

II.2.3. Anrufbeantworter

Für den Fall, dass Klient*innen außerhalb der Öffnungszeiten und ohne Termin in die Beratungsstelle 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 Beratungsstelle verfügbar ist.

Den Kund*innen bzw. den An- und Zugehörigen ist es zu ermöglichen, auch außerhalb der Öffnungszeiten Nachrichten zu hinterlassen. Aus diesem Grund ist ein Anrufbeantworter o.ä. für die Zeit einzurichten, zu der keine persönliche Erreichbarkeit gegeben ist. Die hinterlassenen Nachrichten sind täglich am Morgen abzuhören.

Folgende Informationen sollten im Ansagetext enthalten sein:

- ◆ Name der Einrichtung
- ◆ Öffnungszeiten
- ◆ telefonische Erreichbarkeit
- ◆ Krisentelefonnummer / PsyNot, psychiatrisches Krisentelefon Steiermark

II.3. Personal

II.3.1. Rollen, Funktionen, Berufe

II.3.1.1. Zugelassene Berufsgruppen

Die nichtärztlichen Mitarbeiter*innen werden der psychosozialen Beratungsstelle zugeordnet, die fachärztlichen Ressourcen dem sozialpsychiatrischen Ambulatorium.

Dadurch ist sichergestellt, dass die psychosoziale Beratungsstelle auch außerhalb der Öffnungszeit des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums arbeiten kann. In der gemeinsamen Öffnungszeit wird eng kooperiert.

Das multiprofessionelle Team der psychosozialen Beratungsstelle und des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums setzt sich aus den folgenden Berufsgruppen zusammen:

- ◆ Facharzt*Fachärztin (Psychiatrie u. Neurologie), bei klientengruppenspezifischen Schwerpunkten entsprechende Spezialisierung (z.B. Kinder- Jugend-, Alterspsychiatrie) - Tätigkeitsbereich Ambulatorium
- ◆ Klinische- und Gesundheitspsycholog*innen und Ausbildungspsycholog*innen
- ◆ Psychotherapeut*in (auch in Ausbildung und unter Supervision)

- ✦ Diplomsozialarbeiter*in bzw. alle Berufe, die im Rahmen der neuen Ausbildungsmodelle definiert sind
- ✦ Diplomierte Psychiatrische Gesundheit-u. Krankenpflege
- ✦ Mitarbeiter*innen mit gleichwertigen Ausbildungen/Qualifikationen (Begründung für die Aufnahme ist anzuführen)
- ✦ Kinder und Jugendbereich:
Andere Berufsgruppen wie z.B. Sozialpädagog*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Physiotherapeut*innen, Motopädagog*innen müssen mit dem Förderungsgeber angestimmt und genehmigt werden.
- ✦ Peerberater*innen (vergl. Berufsbild Peerberater*innen BM Soziales) im Anstellungsverhältnis

II.3.1.2. Fachliche Ausrichtung der Mitarbeitenden

Im multiprofessionellen Team der Einrichtungen sollte auch die Spezialisierung und die Bedachtnahme auf die im Vordergrund stehenden Diagnosen in der Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden berücksichtigt werden. So sind Mitarbeitende auch für störungsspezifische Behandlungsprogramme zu qualifizieren, wenn in Absprache mit dem Gesundheitsfonds Steiermark strategische Schwerpunkte gesetzt wurden (z.B. Autismus, Essstörungen etc.). Eine fachliche Weiterentwicklung sichert die Qualität der Dienstleistung und ermöglicht die Anpassung an neue Herausforderungen und orientiert sich am Stand des medizinischen / therapeutischen Standes der Wissenschaften.

II.3.1.3. Leitungsfunktionen

Führungskompetenzen sind die Fähigkeiten und Eigenschaften, die eine Person benötigt, um effektiv und erfolgreich eine Führungsrolle in einer Organisation auszufüllen. Diese Kompetenzen sind entscheidend für das Erreichen der Ziele einer Organisation und für die Schaffung eines positiven und produktiven Arbeitsumfelds. Die Führungskompetenzen sind zu definieren, entsprechend zu entwickeln und zu evaluieren (z.B. im Mitarbeitergespräch).

Jenes Personal, das eine Leitungsfunktion in der psychosozialen Beratungsstelle innehat, muss neben den zu erfüllenden administrativen Tätigkeiten auch direkte Klientenarbeit in der psychosozialen Beratungsstelle leisten und in definierten Zeiträumen für die Mitarbeitenden zur Verfügung stehen. Ein mindestens 75%-iges Anstellungsausmaß ist Voraussetzung für eine Förderung.

Für das Ambulatorium erfolgen die organisatorischen und verwaltungstechnischen Leitungsaufgaben durch die Leitung der psychosozialen Beratungsstelle. Das fachärztliche Personal soll nicht für Leitungsaufgaben gebunden werden.

Sofern mehr als ein*eine Facharzt*Fachärztin im Ambulatorium tätig ist, ist die Funktion der ärztlichen Leitung im sozialpsychiatrischen Ambulatorium durch einen*eine

angestellte*n einschlägige*n Facharzt*Fachärztin gemäß den geltenden gesetzlichen Regelungen zu besetzen.

II.3.1.4. Betreuung von Auszubildenden

Psychosoziale Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Ambulatorien gelten als Ausbildungsstätten für dort eingesetzten Berufsgruppen. Die Ausbildungsrichtlinien der jeweiligen Berufsgruppen sind einzuhalten. Das Ausmaß der Stunden zur Betreuung der Auszubildenden soll in einem angemessenen Verhältnis zu den zur Verfügung stehenden Ressourcen stehen.

II.3.1.5. Bezugsbetreuer*in

Sofern es bei längerfristigen Betreuungsverhältnissen für die Stabilisierung des*der Klienten*Klientin sinnvoll erscheint, wird ein*eine Bezugsbetreuer*in definiert, der dem*der Klienten*Klientin Sicherheit und Stabilität vermittelt und der beibehalten wird, auch wenn unterschiedliche Betreuungsbedarfe von Spezialist*innen abgedeckt werden. Die Handhabung der Zuordnung und Evaluierung der Bezugsbetreuung ist von dem*der Förderungswerber*in in einem Konzept oder einer Prozessbeschreibung darzulegen und in den Fallbesprechungen zu evaluieren. Die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Betreuung durch ein und denselben Mitarbeitenden ist zu evaluieren. Für Klient*innen besteht kein Recht auf die Betreuung durch einen speziellen Mitarbeitenden.

II.3.2. 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 Funktions- oder Rollenbeschreibungen zu erfolgen, welche die Inhalte des Q-Standards berücksichtigen und den Mitarbeiter*innen Orientierung und Sicherheit geben. Diese sollten insbesondere beinhalten:

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

II.3.3. Teambesprechung

Die Dokumentation erfolgt in einem Protokoll, das von allen Mitarbeiter*innen (auch den nichtanwesenden) nachträglich nachweislich zur Kenntnis genommen werden muss (z.B. mit Handzeichen/Paraphe am Protokoll, E-Mail mit Lesebestätigung).

Im Teambesprechungsprotokoll sind keinerlei fallbezogene Informationen festzuhalten. Diese sind je Klient*in in der individuellen Betreuungsdokumentation festzuhalten. Die Klientenbesprechung (und gegebenenfalls Intervision) gilt als klientenbezogene Betreuungszeit und ist dieser sowohl zeitlich als auch in der Dokumentation eindeutig zuzuordnen.

II.3.4. Hausordnung

Je Einrichtung ist eine Hausordnung zu erstellen, die Klient*innen ausgehändigt werden bzw. zugänglich sein muss (z.B. Aushang im Wartebereich). Diese soll insbesondere beinhalten:

- ◆ Allgemeine Regelungen zum Umgang mit Terminen
- ◆ Rauch- und Alkoholverbot
- ◆ Konsequenzen bei Aggression etc.
- ◆ Allgemeine Informationen zum Datenschutz im Sinne der Aufklärung

II.3.5. Anstaltsordnung für Ambulatorien

Im Sinne des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes (§18) ist für ein Ambulatorium eine Anstaltsordnung zu erstellen und dem*Der Förderungsgeber*in vorzulegen (vergl. §9 (4) Stmk. KAG).

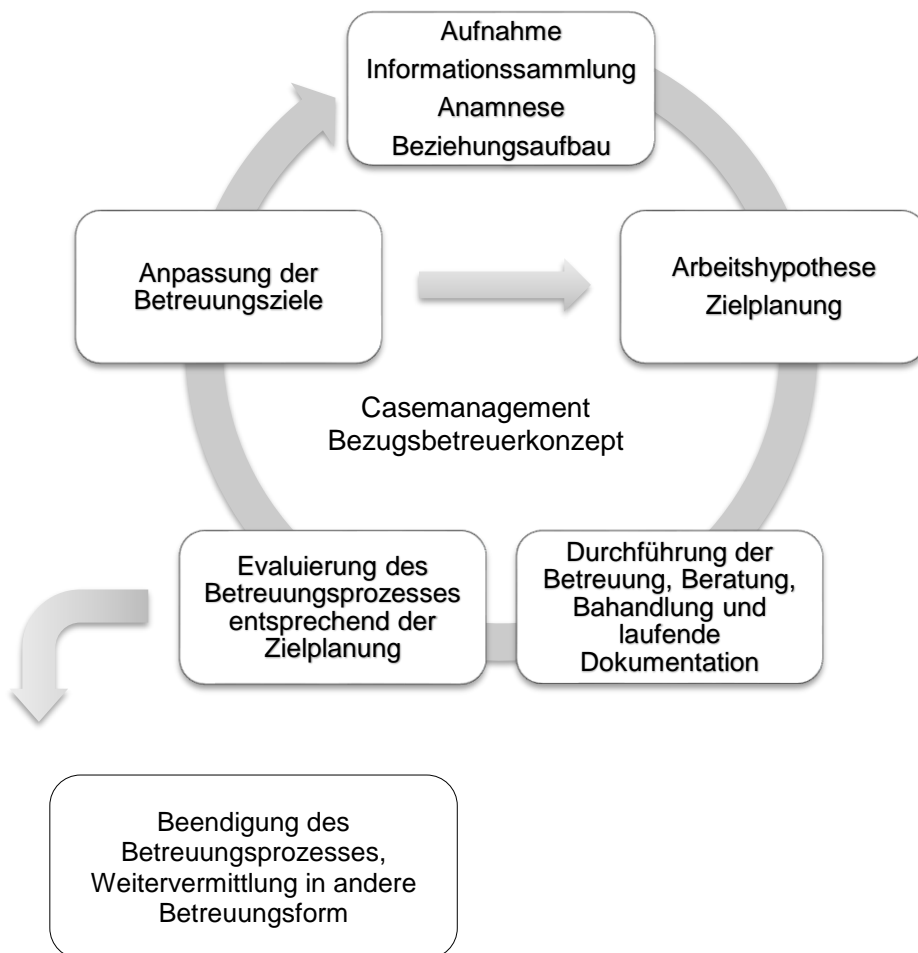
II.4. Prozessqualität Fachstandard

II.4.1. Betreuung - generelle Förderungsbedingungen

Der Prozessqualität Fachstandard gilt für alle Altersgruppen und Berufsgruppen in den Einrichtungen.

Die konkrete Besetzung mit VZÄ-Facharzt und nichtärztlichen Mitarbeiter*innen in der Beratungsstelle, sowie die Öffnungszeiten und Ambulatoriumsbesetzung sind dem Bescheid zur jeweiligen Einrichtung zu entnehmen.

II.4.2. Prozesshafter Ansatz der Betreuung



Der Betreuungsprozess in der psychosozialen Beratungsstelle und dem sozialpsychiatrischen Ambulatorium ist sinngemäß zu diesem Metaprozess darzustellen und umzusetzen. Auch wenn bei einer zu betreuenden Person keine längerfristige Betreuung zustande kommt, ist immer so weit in der Klientendokumentation zu dokumentieren, als der jeweilige Fall in der Einrichtung geführt wird.

II.4.3. Aufnahme

Nach telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme wird mit dem*der Klienten*Klientin oder den Angehörigen ein Erstkontakttermin vereinbart bzw. auf die Öffnungszeiten mit freien Terminen hingewiesen. Der*Die Klient*Klientin kann ohne Termin auf einen Erstkontakt warten. Der Termin wird üblicherweise von Fachmitarbeiter*innen aus dem nichtärztlichen Bereich (psychosoziale Beratungsstelle) durchgeführt.

Beginnend im Erstkontakt und vervollständigt in den folgenden Terminen erfolgt eine Anamnese inklusive sozialer Abklärung und bei Bedarf psychologische Testung.

Im Rahmen dieser Abklärung wird entschieden, ob der*die Klient*Klientin der Angebote der psychosozialen Beratungsstelle oder des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums bedarf, oder aber an eine geeignetere Stelle weiterverwiesen wird. Bleibt die Person an die psychosoziale Beratungsstelle angebinden, wird ein Betreuungs-/Behandlungsplan (Zielplanung) erstellt.

Der*Die Bezugsbetreuer*in koordiniert ggf. (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 (sinngemäß siehe Zielplanung)
- ◆ Ist die aktuelle Problemstellung mit den Ressourcen der psychosozialen Beratungsstelle zeitlich und fachlich leistbar? Die Beantwortung dieser Frage muss eindeutig aus der Dokumentation hervorgehen.
- ◆ Start der sozialpsychiatrischen Anamnese
- ◆ Interdisziplinäre Information im möglichen Helferteam
- ◆ Dokumentation gemäß „Dokumentation der Tätigkeiten“

Bei entsprechender Indikation zu einer fachärztlichen Intervention und wenn nicht bereits eine andere entsprechende Anbindung besteht, wird der*die Klient*in dem*der Facharzt*Fachärztin des Ambulatoriums unter Weitergabe aller bisherigen Erhebungen und des eventuell bereits bestehenden Behandlungsplanes zugewiesen. Bei klarer Indikation kann der Erstkontakt auch direkt vom Facharzt* von der Fachärztin durchgeführt werden.

Der*Die Facharzt*Fachärztin klärt die medizinischen Behandlungsnotwendigkeiten und stimmt diese mit der Planung der psychosozialen Beratungsstelle ab. Über das sozialpsychiatrische Ambulatorium verfügt der*die Facharzt*Fachärztin auch über eine Rezepturbefugnis, um eine unmittelbar erforderliche medikamentöse Behandlung zu beginnen.

Alle involvierten Berufsgruppen arbeiten gemeinsam mit dem*der Klienten* Klientin an der Erstellung eines Behandlungsplans, der Zielplanung).

Mögliche Varianten der Behandlung / Betreuung

- ◆ Alleinige Betreuung durch das multiprofessionelle Team der psychosozialen Beratungsstelle ist ausreichend
- ◆ Die medizinische Thematik überwiegt, sodass der Lead bei der weiterführenden Therapieplanung und Durchführung beim Facharzt*bei der Fachärztin liegt.
- ◆ Die Problemstellungen sind sehr komplex, sodass die psychosoziale Beratungsstelle und das sozialpsychiatrische Ambulatorium in einem eng aufeinander abgestimmten Vorgehen die komplexe Unterstützung übernehmen.

Das bedeutet zeitnahe Abklärung aller Anfragen in der psychosozialen Beratungsstelle sowie fachärztliche Vorstellung im Ambulatorium bei Indikation, entsprechend dem „Konzept für Ambulante Psychiatrie“ und entsprechende Zuführung zu allen notwendigen Maßnahmen.

II.4.4. Betreuung in Beratungsstelle und Ambulatorium

Nach Abschluss der Diagnostikphase werden die Empfehlungen der psychosozialen Beratungsstelle/des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums mit dem*der Klienten*Klientin besprochen und geklärt, ob Behandlung/Betreuung durch das multiprofessionelle Team der psychosozialen Beratungsstelle und/oder dem*der Facharzt*Fachärztin des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums durchgeführt wird oder ob eine Zuweisung an eine externe Stelle (z.B. niedergelassene Fachärzt*innen und Allgemeinmediziner*innen, andere niedergelassene Berufsgruppen oder geeignetere Einrichtungen) erfolgt.

Im Verlauf werden die Behandlungs- und/oder Betreuungspläne bearbeitet. Eine entsprechende Dokumentation der Diagnostik, der Ziele, der notwendigen Maßnahmen und der Entwicklung wird geführt.

Die Dokumentation umfasst alle im Rahmen der Förderungsabwicklung notwendigen Daten, wie sie bereits jetzt durch die Vorgaben der Basisdokumentation seitens der Psychiatriekoordinationsstelle für psychosoziale Beratungsstellen (GFPSdata) erhoben werden und die Vorgaben entsprechend der jeweiligen Berufsgesetze. In den

sozialpsychiatrischen Ambulatorien wird sie durch die Dokumentation nach KAL und die auch bisher bereits geführte Erhebung der Diagnose ergänzt.

Für die Behandlung/Betreuung/ Begleitung ist eine prozesshafte Beschreibung zu erstellen.

Das Klientengespräch wird maßgeblich durch die Profession der Mitarbeiter*in bestimmt, von gesetzlichen Rahmenbedingungen reglementiert und von den beschriebenen Grundhaltungen getragen.

Zu jeder Zeit der Betreuung hat der*die Klient*Klientin die Möglichkeit über den Verlauf der Betreuung informiert bzw. aufgeklärt zu werden.

II.4.4.1. Verschränkung der Leistungsspektren zwischen psychosozialer Beratungsstelle und sozialpsychiatrischem Ambulatorium

In der Behandlung und Betreuung von Menschen mit komplexen Problemstellungen arbeitet die psychosoziale Beratungsstelle mit dem sozialpsychiatrischen Ambulatorium, entsprechend dem Konzept, multiprofessionell eng zusammen. Es werden, je nach individuellem Bedarf, die Leistungsspektren der beiden Einrichtungen so verschränkt, dass ein optimaler Outcome möglich wird. Das bedeutet auch, dass bei gemeinsamen Klient*innen auch gemeinsame Fallbesprechungen abgehalten werden und daraus ein abgestimmter Behandlungs- und Betreuungsplan entsteht.

Eine enge Vernetzung mit allen in der Region tätigen Personen, die zur Verbesserung der Situation der Klient*innen beitragen können wird, soweit als möglich, umgesetzt. Dies ist wichtig, da komplexe Problemstellungen nicht nur eine multidisziplinäre Arbeitsweise im Team benötigen, sondern in vielen Fällen ein guter Outcome im Sinne der Klient*innen nur durch einrichtungsübergreifende Tätigkeit zu erzielen ist.

II.4.4.2. Zielplanungs- und Betreuungsprozess mit dem*der Klienten*Klientin (ambulante Hilfeplanung)

Die ambulante Hilfeplanung bildet die Grundlage für die Evaluierung und Steuerung von klientenbezogenen Maßnahmen.

Es wird davon ausgegangen, dass alle Berufsgruppen in einem prozesshaften Zyklus, gemäß den Grundlagen des Plan-Do-Check-Act (PDCA)-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)
- ◆ interdisziplinäres Arbeiten muss möglich sein (Informationsaustausch),
- ◆ die Zielsetzungen der unterschiedlichen Professionen sind zu koordinieren
- ◆ Interventionen sind darzulegen und methodisch zu begründen, wenn sie von den standardisierten Behandlungspfaden abweichen
- ◆ Zeitgrenzen (bis wann soll ein Ziel realisiert werden unter Berücksichtigung welcher Ressourcen) sind zu benennen und mit dem*der Klienten*Klientin zu besprechen
- ◆ Vorgangsweise bei Zieländerungen muss beschrieben sein, um eine Rückverfolgbarkeit zu gewährleisten
- ◆ Verpflichtung zur Evaluierung der Ziele nach den geplanten (festgelegten) Zeitgrenzen (SMART-Regel), mindestens jedoch halbjährlich bzw. bei Beendigung der Betreuung. Die Evaluierung beinhaltet auch eine Reflexion über die Methodik, auch gemeinsam mit dem*der Klienten*Klientin.
- ◆ 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 jedenfalls halbjährlich abgestimmt.

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

II.4.5. Vernetzung nach Außen

Vernetzungsarbeit ist eine nicht klientenbezogene Arbeit mit anderen Institutionen, Organisationen, Personen.

Der Verbindungsdienst bietet ein inhaltliches Gespräch und eine strukturelle Aufklärung (institutionalisiert) mit Behandlern (Teil der Vernetzungs-Arbeit) und Klient*innen in stationären Einrichtungen zur Gewährleistung einer kontinuierlichen (sozial-) psychiatrischen Betreuung. Die Arbeit an dieser Schnittstelle basiert auf den Arbeitsprinzipien der sozialpsychiatrischen Arbeit und berücksichtigt die grundlegenden Erwartungen der Klient*innen (vergl. „Grundlegende Erwartungen der Klient*innen“ und „Arbeitsprinzipien“).

Ein Kontakt durch Mitarbeitende der psychosozialen Einrichtungen mit den für das Einzugsgebiet zuständigen Stationen stationärer psychiatrischer Einrichtungen bzw. der Überbrückungsambulanz im LKH Graz II Standort Süd ist herzustellen.

Ziele sind:

- ◆ Information über regionale, extramurale sozialpsychiatrische Angebote für Betroffene und Angehörige während des stationären Aufenthaltes
- ◆ Anbahnung weiterführender Betreuung durch Einrichtungen der Psychosozialen Dienste Steiermark nach dem stationären Aufenthalt
- ◆ Betreuungskontinuität und Kontaktpflege zu bereits in den Einrichtungen der Psychosozialen Dienste Steiermark in Behandlung stehenden Klient*innen
- ◆ Kommunikation und Vernetzung mit dem Team der stationären Einrichtung

Die aufgewendeten Zeiten und die durchgeführten Kontakte sind zu planen und zu dokumentieren. Wöchentlich bis vierzehntägig bzw. im Anlassfall besuchen ein bis zwei Mitarbeiter*innen die für das Einzugsgebiet zuständigen Stationen der stationären Einrichtung / die Überbrückungsambulanz oder führen im Anlassfall ein Telekonsil durch. Sie stellen dadurch eine regelmäßige direkte Vernetzung mit der stationären Versorgung bzw. mit den behandelnden Ärzt*innen / dem Pflegepersonal im stationären Bereich sicher. Bei mangelnden zeitlichen Ressourcen hat die Arbeit in der psychosozialen Beratungsstelle/ dem sozialpsychiatrischen Ambulatorium gegenüber dem Verbindungsdienst Priorität bzw. ist anstelle des persönlichen Verbindungsdienstes ein Telekonsil durchzuführen.

Damit wird bei Bedarf die unmittelbare Weiterversorgung von Betroffenen nach einem stationären Aufenthalt erleichtert bzw. bei bereits betreuten Personen, der Kontakt aufrechterhalten.

Das ärztliche und/oder das Pflegepersonal im stationären Bereich stellen den Kontakt zu den Betroffenen her, die ihrer Einschätzung nach von einer Weiterversorgung profitieren bzw. wird ein Termin in der Überbrückungsambulanz organisiert.

Die Mitarbeiter*innen der Träger der Psychosozialen Dienste Steiermark können Betroffene also schon während des stationären Aufenthaltes über das sozialpsychiatrische Angebot informieren. Damit werden Zugangshürden und Berührungängste abgebaut und das Wahrnehmen von Unterstützungsangeboten erleichtert.

Die Dokumentation von bereits bekannten Klient*innen erfolgt in der bestehenden Dokumentation, neue Klient*innen sind zahlenmäßig auf einer Liste zu erfassen.

Im Rahmen der Beratung, Betreuung bzw. Behandlung einer betroffenen Person kann es mitunter sinnvoll und notwendig sein, sich direkt mit weiteren Helfer*innen sowohl intern wie extern zu vernetzen. Der Austausch findet im Auftrag bzw. mit dem Einverständnis der Klient*innen statt. Im Rahmen dieser Vernetzung werden beispielsweise

- ◆ Aufträge und Zuständigkeiten geklärt,
- ◆ Veränderungen der Lebenssituation der betroffenen Person oder der Betreuungsbeziehungen reflektiert,

- ◆ koordinierte Krisenpläne erarbeitet,
- ◆ größere Veränderungen schon im Vorfeld besprochen,
- ◆ sowie gemeinsame oder auch abweichende Ziele und Vorgehensweisen besprochen.

Insbesondere in der Arbeit mit Menschen, die von komplexen und vielfältigen Problemstellungen betroffen sind und daher mitunter ein großes Helfer*innen-Netzwerk im Hintergrund haben, ist diese Vernetzung für ein koordiniertes, qualitätsvolles und effizientes - speziell auch Doppelgleisigkeiten vermeidendes – Arbeiten, Voraussetzung. Ergebnisse werden dem*der Klienten*Klientin in einer verständlichen Form kommuniziert.

Die aufgewendeten Zeiten und die durchgeführten Kontakte sind zu planen und fallspezifisch zu dokumentieren und gelten als Betreuungszeit.

II.4.6. Aufsuchende Beratung, Behandlung und Betreuung - Hausbesuch

Aus Sicht des Förderungsgebers gilt als Hausbesuch eine aufsuchende Beratung, Behandlung und Betreuung (BBB) der*des Klientin*Klienten im Lebensumfeld. Ein Hausbesuch kann es ermöglichen, die betroffene Person in ihren unmittelbaren Alltagsstrukturen kennen zu lernen und Entwicklungs- und Veränderungsmöglichkeiten in ihren konkreten Lebenszusammenhängen wahrzunehmen. Auch kann bei Bedarf zu externen, beispielsweise zu Behörden- oder Gerichtsterminen, begleitet werden. Die aufsuchende bzw. nachgehende Beratung, Behandlung und Betreuung soll es ermöglichen, Versorgungslücken zu schließen, Schwellenangst zur Einrichtung abzubauen und Klient*innen vor Ort zu unterstützen.

Ist eine Person vorübergehend nicht in der Lage die psychosoziale Beratungsstelle aufzusuchen und damit die Angebote zu nutzen, so kann eine Förderung auch gewährt werden, wenn diese Person in ihrem Lebensumfeld aufgesucht wird. In begründeten Fällen kann daher auch die Abklärung im Lebensumfeld der Klient*innen stattfinden. Es ist jedoch der Betrieb der psychosozialen Beratungsstelle/ des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums personell sicherzustellen.

Tritt eine therapeutisch motivierte Notwendigkeit mobiler BBB jedoch zunehmend in den Vordergrund und ist diese wahrscheinlich dauerhaft, so ist eine Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung angezeigt und ein Wechsel in oder eine Ergänzung durch eine mobile Betreuung einzuleiten.

II.4.7. Beendigung der Betreuung

Die Beendigung der Betreuung und Behandlung erfolgt entsprechend dem Behandlungskonzept und kann sich im sozialpsychiatrischen Ambulatorium und in der psychosozialen Beratungsstelle zeitlich, je nach inhaltlicher Fragestellung, unterscheiden. In beiden Bereichen 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 unter anderem einen zielgerichteten Fördermittelgebrauch sicherzustellen.

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

- ◆ Klient*in beendet die Zusammenarbeit mit und ohne Rücksprache
- ◆ Intersektionale Zusammenarbeit (z.B. "Übergabe" in eine spezifischere Betreuungs- oder Behandlungsform)
- ◆ 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 Mitarbeiter*innen; z.B. in Fallbesprechung gemeinsam klären ob Abbruch möglich/nötig)
- ◆ Klient*in verstirbt

Die Dokumentation erfolgt im Verlauf.

II.5. Spezielle Tätigkeiten im Rahmen vorhandener Angebote und Maßnahmen

Diese Tätigkeiten sind nur gemeinsam mit und in einer psychosozialen Beratungsstelle zu erbringen und stellen dort spezielle Angebote dar.

II.5.1. Offene Sprechstunde / Beratung ohne Termin

Die offene Sprechstunde (hervorgehend aus dem ehemaligen Journdienst) bezeichnet das Angebot, in welcher Mitarbeiter*innen an einer Beratungsstelle persönlich und telefonisch zur Verfügung stehen. Dafür stehen nunmehr alle Mitarbeiter*innen zur Verfügung, die in dieser Zeit keinen vorab vereinbarten Kliententermin haben. Wenn sich zwischen vereinbarten Terminen Zeitfenster ergeben, so sind diese mit wartenden Klient*innen zu besetzen. Bei entsprechend hohem Andrang zur offenen Sprechstunde sind die vereinbarten Termine zu flexibilisieren, um die wartenden Klient*innen zu betreuen. Zumindest eine kurze Abklärung muss am selben Tag ermöglicht werden.

II.5.2. Psychiatrischer Krisendienst

Der Krisendienst kann in Anspruch genommen werden von:

- ◆ Personen aller Altersgruppen in einer akuten psychischen/ psychosozialen bzw. psychiatrischen Krise und/bzw. deren Angehörigen/ Vertrauenspersonen,

- ◆ praktischen Ärzt*innen, Mitarbeiter*innen sozialer Einrichtungen, Behörden etc. bei akuten psychischen/ psychosozialen bzw. psychiatrischen Krisenzuständen ihrer Klient*innen,
- ◆ insbesondere auch von, vor kurzem stationär entlassenen, Klient*innen in akuten Problemsituationen nach der Entlassung.

Es ist Ziel und Anspruch des Krisendienstes, allen Klient*innengruppen offen zu stehen, also auch Kindern, Jugendlichen, alten Menschen und Suchterkrankten hinsichtlich ihrer psychischen/psychiatrischen Auffälligkeiten. Krisendienst-Mitarbeiter*innen sollten im Hinblick auf Kriseninterventionen für alle Alters- und Klient*innengruppen geschult werden. In erster Linie ist der Krisendienst aber erste Anlaufstelle, um dann so bald als möglich an spezifische – im Bedarfsfall z.B. kindgerechte – Hilfsangebote vermittelt zu werden.

Die Angebote des Krisendienstes umfassen die telefonische Notfall-Hotline Psy-Not, psychiatrisches Krisentelefon Steiermark, die persönliche Krisenintervention (in der Einrichtung oder mobil) sowie die ärztliche Krisenintervention.

Elemente des psychiatrischen Krisendienstes sind:

- ◆ die telefonische Notfall-Hotline PsyNot, die steiermarkweit über die einheitliche Telefonnummer 0800/449933 24h/Tag an sieben Tagen pro Woche erreichbar ist,
- ◆ ein persönlicher Krisendienst in psychosozialen Beratungsstellen bzw. psychosozialen Zentren während der Öffnungszeiten
- ◆ ein persönlicher, mobiler Krisendienst, an zwölf der oben angeführten Standorte, während der Öffnungszeiten

Die telefonische Notfall-Hotline PsyNot dient der Ersteinschätzung sowie Erstintervention, Deeskalation und der telefonischen Beratung. Sie informiert über Hilfsangebote und bietet die aktive Vermittlung von Hilfe bzw. die Vernetzung von Hilfeleistungen an. Die Hotline ist rund um die Uhr an allen Tagen der Woche steiermarkweit unter einer Rufnummer 0800/449933 erreichbar. Innerhalb der Regelbetriebszeit der Beratungseinrichtungen (werktags von 9.00 – 16.00 Uhr) leitet sie zur weiterführenden Hilfeleistung an den jeweils zuständigen regionalen Krisendienst weiter. Die Hotline ist zentral/in Graz angesiedelt.

Die Von dem*der Förderungsnehmer*in kann die persönliche Krisenintervention sowohl in der psychosozialen Beratungsstelle oder mobil stattfinden und umfasst folgende Angebote: Ersteinschätzung, Erstintervention / Deeskalation, Information zu Hilfsangeboten, Beratung, aktive Vermittlung von Hilfe und Vernetzung der Hilfsangebote.

Gegebenenfalls erfolgt die persönlichen Krisenintervention mit telefonischer, ärztlicher Supervision und/oder Beratung, die z.B. von Ambulatoriumsärzt*innen (innerhalb der Regelbetriebszeit) oder der zuständigen psychiatrischen Fachambulanz (innerhalb und außerhalb der Regelbetriebszeit) erbracht werden kann.

Die ärztliche Krisenintervention erfolgt im Bedarfsfall durch die Ambulatoriumsärzt*innen, kann primär aber nur in der Regelbetriebszeit und dann nur im Falle der Verfügbarkeit

eines*einer Ambulatoriumsarztes*Ambulatoriumsärztin in Anspruch genommen werden. Sie umfasst die Angebote der persönlichen Krisenintervention, ergänzt um medizinische Akutbehandlungen (inkl. medikamentösen Behandlungen).

II.5.3. Einrichtungen mit Spezialisierungen

Psychosoziale Einrichtungen mit Spezialisierungen in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Alterspsychiatrie können gefördert werden. Dabei gelten die Standards zur Prozessqualität für alle Altersgruppen.

Die konkrete Besetzung mit fachärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter*innen in der psychosozialen Beratungsstelle sowie die Öffnungszeiten und Besetzung des Ambulatoriums sind dem sanitätsbehördlichen Bescheid zur jeweiligen Einrichtung zu entnehmen bzw. basieren auf dem Konzept zur ambulanten psychiatrischen Versorgung der Steiermark 2030.

II.5.3.1. Einrichtungen Kinder- u. Jugendbereich

Die Zielgruppe im Kinder- und Jugendbereich umfasst Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Eine Möglichkeit zur Transitionspsychiatrie bis zum 24. Lebensjahr wird für den Bedarfsfall offengelassen.

Wenn am selben Standort auch eine psychosoziale Beratungsstelle für Erwachsene betrieben wird, so ist für eine eindeutige räumliche Trennung zu sorgen.

II.5.3.2. Einrichtungen mit Spezialisierung im alterspsychiatrischen Bereich

Die Angebote alterspsychiatrischer Einrichtungen sind förderbar, wenn sie sich an Menschen über 65 Jahre wendet, die

- ◆ aufgrund ihrer alterspsychiatrischen Problemsituation an erheblichen Einschränkungen in der Lebensqualität leiden,
- ◆ als Folge von Verwirrheitszuständen, Depression, Wahnerkrankungen, dementiellem Abbau, Sinn- und Realitätsverlusten, ihr Leben in der häuslichen Umgebung nicht mehr alleine bewältigen können und
- ◆ eine dementsprechende Hilfe zur Stabilisierung benötigen,
- ◆ ihr soziales Umfeld (Angehörige, Nachbarn, Freund*innen) durch ihre Problematik verunsichern und belasten,
- ◆ aufgrund der Belastungssituation von Selbst- und Fremdgefährdung und/oder Verwahrlosung bedroht sind,
- ◆ als Folge ihrer Probleme zu vereinsamen drohen,
- ◆ den benötigten Hilfebedarf nicht erkennen und nicht wissen, welche Hilfen zur Verfügung stehen,
- ◆ nicht institutionalisiert sind.

Das Angebot gilt gleichermaßen für die betreuenden Angehörigen.

III. Teil III – Ergebnisqualität

III.1. Allgemeines

Die Nachweisführung belegt die Realisierung des Förderungsgegenstandes innerhalb einer bestimmten Frist, ist durch die Vorlage geeigneter Nachweise zu belegen und ist für den*die Förderungsnehmer*in verpflichtend (siehe RRL GFSTMK 2022).

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

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

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

III.2. Statistische Erhebungen

III.2.1. Basisdokumentation (GFPSdata)

GFPSdata ist als Softwarelösung zur Basisdokumentation für psychosoziale Versorgungseinrichtungen und sozialpsychiatrische Ambulatorien im Sinne der Kategorienliste in der jeweils gültigen Fassung zu führen. Jedes Förderungsjahr ist bis zum Stichtag des Folgejahres zu komplettieren und als Tätigkeitsbericht an den Gesundheitsfonds Steiermark (die Psychiatriekoordinationsstelle) zu übermitteln.

III.2.2. Tätigkeitsberichte

Der*Die Förderungsnehmer*in ist auf Basis des Förderungsvertrages verpflichtet, die darin enthaltenen Vorgaben der Berichtslegung im Wege des GFPSdata-Systems zu erfüllen und damit die Planungs- und Koordinationsarbeit des Gesundheitsfonds Steiermark 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 - im Interesse und zur Unterstützung der Psychiatrieplanung - zur Berichtslegung über alle weiteren vom Träger wahrgenommenen sozialpsychiatrischen Angebote, also auch derjenigen, die nicht oder nicht ausschließlich aus Mitteln des Gesundheitsressorts finanziert werden.

Die von der Trägerorganisation (Förderungsnehmerin) 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 Fördernehmers*Fördernehmerin an den Gesundheitsfonds Steiermark und bilden gleichzeitig die Grundlage für Planungs- und Koordinationsmaßnahmen im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgung der Steiermark sowie für die Darstellung im Rahmen der Psychiatrieberichtserstattung.

III.3. Evaluation Zielgruppe

III.3.1. Kundenzufriedenheitsbefragung

Eine Kundenbefragung 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 die Betreuung und soll niederschwellig die Möglichkeit geben, subjektiv die Sicht des*der Klienten*Klientin abzuholen.

Die Ergebnisse sind auszuwerten und gegebenenfalls sind Korrekturmaßnahmen festzulegen und umzusetzen. Die Ergebnisse sind den Mitarbeiter*innen zu kommunizieren.

III.3.2. Entwicklungsindikatoren

Die Erhebung der folgenden qualitativen Kennzahlen/Scores ist für jeden*jede Klienten *Klientin in den Betreuungsprozess zu integrieren und mindestens jährlich zu evaluieren. Dabei soll in erster Linie der einzelne Betreuungsprozess evaluiert werden und ein laufendes Monitoring eingeführt werden. Die Scores sollen im Rahmen der geplanten Zielevaluierungen gemeinsam mit dem*der Klienten*Klientin 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)

Das Global Assessment of Functioning (GAF) ist eine Skala zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus der Klient*innen (Erwachsene ab 18 Jahre). Die GAF-Skala wird in zehn Funktionsniveaus unterteilt. Bei der Beurteilung wird ein einzelner Wert festgelegt, der das allgemeine Funktionsniveau des*der Klienten*Klientin am besten wiedergibt. Die Abstufung der zehn Niveaus erfolgt in zehner Schritten von 1-100%. In jedem der zehn Niveaus wird zum einen der Schweregrad der Symptome kategorisiert, ergänzend dazu auch die Funktionsfähigkeit.

Es gilt denjenigen GAF-Wert auszuwählen, in dessen Bereich / Kategorie entweder der Schweregrad der Symptome oder das Funktionsniveau liegen. Liegen Schweregrad der Symptome und Funktionsniveau in verschiedenen zehner Kategorien, wird schließlich das schlechtere Niveau gewählt. (Beispiel: Bei einer Person, die ernsthaft gefährdet ist, im Übrigen jedoch nicht beeinträchtigt ist, liegt der GAF-Wert unter 20)

Klient*innen, die keiner Arbeitstätigkeit nachgehen (z.B. in einer Tagesstruktur beschäftigt sind), werden unter 50 eingestuft. Klient*innen, die in einer Tagesstruktur beschäftigt sind und einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen, knapp über 50.

Im Kinder- & Jugendbereich wird alternativ bis zum 18. Lebensjahr die SGKJ (**S**kala zur **G**esamtbeurteilung von **K**indern und **J**ugendlichen, engl. cGAS, **c**hildrens **G**oal **A**ttainment **S**cailing) eingesetzt.

Für Klient*innen mit Hauptdiagnose Demenz ist zur Erfassung der Alltagskompetenz und selbstständigen Lebensführung der FAST (Functional Assessment Staging nach Reisberg) zu verwenden. Insgesamt werden sieben unterschiedliche Stadien

beschrieben. Die Stadien sechs und sieben der schweren Demenzen sind nochmals unterteilt. Das in der Skala schwerste enthaltende Symptom der Skala entspricht dem Stadium der Demenz. Auswertung: Symptom ist gleich Stadium der Demenz

III.3.2.2. GAS (Goal Attainment Scaling)

Goal Attainment Scaling (GAS) ist ein Instrument zur Überprüfung selbst gesteckter Ziele. Es erfordert zunächst die Festlegung eines oder mehrerer konkreter und messbarer Ziele. Für jedes Ziel werden infolge 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. Empfehlenswert ist hier die Orientierung an den „SMART-Kriterien“. 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. Diese Indikatoren werden in eine 5-stufige Skala überführt, in deren Mitte das erwartete Ergebnis steht. Davon ausgehend werden je zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) und zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) gebildet. 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 die Qualität der Zielsetzung und ob die gesetzten Ziele erreicht wurden.

Die Häufigkeit der GAS-Bewertung richtet sich nach den in den Zielsetzungen definierten Zeitgrenzen und hat auch bei Zielevaluierungen und Zieländerungen zu erfolgen.

III.4. Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Jede*r Mitarbeiter*in hat die Möglichkeit zu erhalten, Anregungen oder Kritiken abzugeben. Dies muss auch in anonymisierter Form möglich sein.

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,
- ✦ wie die Auswertung erfolgt und
- ✦ wie gegebenenfalls die Maßnahmen dem Team kommuniziert werden.

III.4.1. Direkte Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung

Zur Absicherung der Angebote ist auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen ein wichtiger Faktor, der mindestens alle drei Jahre mittels einer Mitarbeiterbefragung zu erheben ist. Schwerpunkt dabei soll der Arbeitsbewältigungsindex bzw. die Erhebung der psychischen Belastungen durch die anspruchsvolle Tätigkeit sein.

III.4.2. Indirekte Zufriedenheitsfaktoren MA

Der*Die Förderungsnehmer*in hat dazu noch Indikatoren für die Einrichtung zu definieren, die indirekt Aufschluss über die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter*innen geben und ggf. Steuerungsgrößen zur Sicherstellung der Durchführung der beauftragten Maßnahmen sind (z.B. Ausfallstage durch Krankenstand, Fluktuation etc.).

III.5. Qualitätskontrolle des Förderungsgebers

III.5.1. Audits zur Feststellung des Erfüllungsgrades / Einhaltung der Förderungsbedingungen

Zur Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards und der Förderungsvorgaben werden regelmäßige Kontrollen seitens des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt, um 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 gem. Förderungsvertrag zur Folge.

Die Kontrollorgane sind jederzeit – auch unangemeldet – berechtigt, in alle 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 finden zusätzlich zu den Vorgaben der „RRL zur Gewährung von Förderungen des Gesundheitsfonds Steiermark idgF“ in Form von Audits statt. Im Rahmen der Audits werden auch jene Indikatoren geprüft, die für die Überwachung der Förderungsziele sowie der Weiterentwicklung und Steuerung der Förderung erforderlich

sind. Audits ergänzen die, aufgrund der vorgelegten Unterlagen/Tätigkeitsberichte möglichen fachlichen Plausibilisierungen durch eine Vor-Ort-Begutachtung sämtlicher Vorgaben. Das Ergebnis fließt in die fachliche Verwendungsprüfung ein. Als Basis dient ein standardisierter Katalog, der die Bewertung der Einzelkriterien beinhaltet.

Im Kontrollstandard sind jene Fragen gesondert angemerkt, die mittels Ausnahmeregelungen ausgenommen werden können. Jene Fragen werden dann aus der Grundgesamtheit der erreichbaren Punkte herausgerechnet und sind somit nicht ursächlich für eine Verschlechterung des Ergebnisses.