



Kanton Zürich
Sicherheitsdirektion
Kantonales Sozialamt

Zürich, 15. März 2016

Schlussbericht

Kantonales Sozialamt Zürich

in Zusammenarbeit mit socialdesign ag

Qualitätsüberprüfung bei Invalideneinrichtungen für erwachsene Personen (IEG)

**Einführung der Qualitäts-Richtlinien SODK
Ost+ (Ablösung BSV/IV 2000)**

Management Summary

Seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) per 1. Januar 2008 haben die Kantone die alleinige Zuständigkeit für die Steuerung, Planung, Aufsicht und Finanzierung von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Der Kanton Zürich führte mit der Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren der Ostschweizer Kantone (SODK Ost) ein gemeinsames Projekt zur Umsetzung des Bundesgesetzes über die Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) durch. Im Rahmen dieses Projekts wurden Qualitäts-Grundsätze und Qualitäts-Richtlinien entwickelt und mit Beschluss der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren der SODK Ost und des Kantons Zürich (SODK Ost+) vom 12. September 2011 gut geheissen. Der Vorstand der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) hat im März 2015 die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ als eines von drei Qualitätsmodellen zur Anwendung empfohlen.

Prämissen und Zielsetzungen der Qualitätsprüfungssystematik

Der Kanton Zürich wird die aufgehobene BSV/IV-2000-Norm durch die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ ablösen und auf deren Grundlage Qualitätsaudits durchführen. Die entwickelte Qualitätsprüfungssystematik geht von folgenden Prämissen und Zielsetzungen aus:

- Der Kanton hat gemäss Art. 5 und 6 IFEG den gesetzlichen Auftrag, die Qualitätssicherung in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.
- Die Einrichtungen erbringen insgesamt aktuell gute Qualität – diese soll erhalten bleiben und sich an die sich wandelnden Anforderungen anpassen.
- Der Kanton will insbesondere mehr darüber wissen, wie die Qualitätsvorgaben in den Einrichtungen umgesetzt („gelebt“) werden, und Einfluss nehmen können, wenn die Umsetzung nicht den definierten Standards entspricht.
- Das bisherige Vorgehen bei der Qualitätsprüfung – mit der freien Wahl der Zertifizierungsfirmen und der grossen Bandbreite bei den Auditberichten – ist nicht geeignet, die definierten Ziele zu erreichen.
- Durch die Einführung von SODK Ost+-Qualitätsaudits unter der Leitung des Kantons und dem Einbezug externer Fachpersonen können diese Ziele erreicht werden.

Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt

Das Vorgehen zur Qualitätsprüfung wurde in einem Pilotprojekt von 2013 bis 2015 entwickelt, getestet sowie ausgewertet. Insgesamt beteiligten sich 21 Einrichtungen an den zwei Staffeln des Pilotprojekts. Bei der Auswahl der Einrichtungen wurde darauf geachtet, dass diese unterschiedliche Ausrichtungen (Zielgruppe, Fachkonzept) und Profile (Grösse, Region) aufweisen. Die Teilnahme am Pilot war für die Einrichtungen freiwillig.

Die internen und externen Auswertungen des Pilotprojekts führten zu den folgenden zentralen Erkenntnissen hinsichtlich der Ziele des Pilotprojekts:

- Die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ sind als Referenzrahmen geeignet.
- Der Fokus auf die Umsetzung ist machbar und wird von den Einrichtungen geschätzt.
- Der Einbezug der Klientinnen und Klienten in das Audit ist eine Stärke des Audits.
- Die Zusammensetzung und Fachkompetenz des Auditteams wird von der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen geschätzt.
- Die Bandbreite der überprüften Themen ist im Erstaudit sehr gross.
- Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und hilfreich.
- Die neuen Auditberichte stiften einen höheren Nutzen, haben aber Optimierungspotenzial.
- Die internen Abläufe wurden während des Projekts optimiert.
- Kosten und Aufwand für die Auditdurchführung für die Einrichtungen blieben insgesamt im gleichen Rahmen. Der Aufwand für die Nachbereitung erhöhte sich.
- Der Aufwand für das Kantonale Sozialamt hat mit dem gesetzlichen Auftrag, die Qualitätssicherung sicherzustellen, gegenüber dem bisherigen System zugenommen.
- Sowohl für das Kantonale Sozialamt als auch für die Einrichtungen ist der erhöhte Aufwand mit entsprechend erhöhtem Nutzen verbunden.

Systematik der Qualitätsprüfung

Auf der Basis der Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt wurde die folgende Systematik der Qualitätsprüfung festgelegt:

Form der Qualitätsprüfung

Was	Periodizität	Dauer	Qualitäts-Audit durch
Erstaudit/ Wiederholungsaudit	alle 3 Jahre	1-2 Tage vor Ort	1 Mitarbeiter/in Fachbereich Fach- und Qualitätsfragen plus 1 externe/r Auditor/in
Überprüfungsaudit	1-2 zwischen den Wiederholungsaudits	0.5 Tage (in der Regel)	1 externe/r Auditor/in im Auftrag des Sozialamts

Einbettung der Qualitätsprüfung

Die Qualitätsprüfung soll die Qualitätssicherung und -entwicklung der Einrichtungen unterstützen und orientiert sich an der von der SODK Ost+ am 12. September 2011 verabschiedeten Grundsätzen zur Qualitätspolitik. Der Kanton Zürich hat ein pragmatisches Vorgehen gewählt, unter Berücksichtigung aller politisch definierten Akteure und Akteurinnen im System der Aufsicht.

Methodik und Programm der Qualitätsprüfung

Die Qualitätsaudits erfolgen anhand von Auditprogrammen, welche vorgängig den Einrichtungen zugestellt werden. Die folgenden Instrumente können eingesetzt werden:

- Prüfung direkt in den Abteilungen/Gruppen und bei den Verantwortlichen/Prozesseignern mittels Gesprächen
- Gruppengespräche mit den Klient/innen (in Ausnahmefällen Einzelgespräche)
- Augenschein vor Ort mittels systematischer Beobachtung
- Prüfung der Dokumentation (Abgleich der Umsetzung mit den Nachweisen)

Die Ergebnisse des Qualitätsaudits werden nach einer zusammenfassenden, mündlichen Erläuterung in einem Auditbericht festgehalten. Die Ergebnisse werden in Anlehnung an das Vorgehen in BSV/IV-2000 kategorisiert in:

- Kritische Abweichung
- Abweichung
- Hinweis
- Empfehlung

Je nach Kategorie variieren die Vorgaben zur Behebung (Frist, Dringlichkeit) und zur Rapportierung der Behebung. Der Zeitplan wird im Austausch mit der jeweiligen Einrichtung festgelegt und die Umsetzung vor Ort oder sur dossier überprüft.

Bestätigung

Werden bei einem Erst-/Wiederholungsaudit keine kritischen Abweichungen festgestellt, so stellt das Kantonale Sozialamt der Einrichtung eine rund drei Jahre gültige Bestätigung aus. Liegt eine kritische Abweichung vor, so erhält die Einrichtung eine Bestätigung, dass die Qualitätsprüfung stattgefunden hat, mit einer befristeten Gültigkeit bis zum Überprüfungsaudit.

Kosten

Ab dem Jahr 2017 wird den Einrichtungen pro Erst-/Wiederholungsaudit bzw. pro Überprüfungsaudit eine Pauschale in Rechnung gestellt, um den Aufwand des Kantonalen Sozialamts für die externen Auditor/innen zu decken. Diese Kosten bewegen sich insgesamt im bisherigen Rahmen, können aber bei einzelnen Einrichtungen gegenüber dem bisherigen System leicht höher oder tiefer ausfallen.

Umsetzung

Die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ werden per 1.1.2017 für die beitragsberechtigten Invalideinrichtungen festgesetzt und die Grundschematik zur Qualitätsprüfung definitiv eingeführt. Für diejenigen beitragsberechtigten Einrichtungen, welche im Jahr 2017 nicht durch das Kantonale Sozialamt auditiert werden können, gilt eine Übergangsfrist mit Pflicht zur Zertifizierung nach BSV/IV-2000.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	2
1 Ausgangslage und Vorgehen	5
1.1 Beschreibung Projektprozess	5
1.2 Aufbau Schlussbericht	6
2 Zentrale Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt	6
2.1 Ziele des Pilotprojekts	6
2.2 Auswertung des Pilotprojekts	7
2.3 Erkenntnisse	8
2.4 Fazit	10
3 Systematik der Qualitätsprüfung	10
3.1 Einbettung	10
3.2 Gegenstand	10
3.3 Form	11
3.4 Grundprinzipien und Haltung	11
3.5 Methodik und Auditprogramm	11
3.6 Ablauf und Prozess	13
3.6.1 Erst-/Wiederholungsaudit	13
3.6.2 Auditbericht	13
3.7 Abweichungs- und Hinweiskategorien	15
3.7.1 Kritische Abweichung	15
3.7.2 Abweichung	15
3.7.3 Hinweis	15
3.7.4 Empfehlung	16
3.8 Verfahren bei Uneinigkeit	16
3.8.1 Verfahren zur inhaltlichen Klärung (nicht-formelles Verfahren)	16
3.8.2 Formelles Verfahren	17
3.9 Bestätigung	17
3.10 Kosten	17
4 Umsetzung	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sounding-Boards Pilot-Staffel I	7
Tabelle 2: Sounding-Boards Pilot-Staffel II	7
Tabelle 3: Audit-Programm (Beispiel)	12
Tabelle 4: Muster für eine Abweichung	14

1 Ausgangslage und Vorgehen

Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) gelangten die Kantone per 1. Januar 2008 in die alleinige Zuständigkeit für die Steuerung, Planung, Aufsicht und Finanzierung von Wohnheimen, geschützten Werkstätten und Tagesstätten für Menschen mit Behinderungen. Der Kanton Zürich kooperierte dafür mit der Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren der Ostschweizer Kantone (SODK Ost) in einem gemeinsamen Projekt zur Umsetzung des Bundesgesetzes über die Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG). Im Teilprojekt Qualitätsmanagement wurden zur Sicherung und Steuerung der Qualität in den von den Kantonen bewilligten und/oder mitfinanzierten Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen Qualitäts-Grundsätze (Qualitätspolitik) und Qualitäts-Richtlinien entwickelt. Diese beiden Grundlagen wurden mit Beschluss der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren der SODK Ost und des Kantons Zürich (SODK Ost+) vom 12. September 2011 gut geheissen. Die Bestimmungen zur Umsetzung der Qualitätsüberprüfung und das konkrete Vorgehen werden kantonal festgelegt.

Die Schweizerische Akkreditierungsstelle SAS hat nach Konsultation der Kantone entschieden, dass die Akkreditierung der BSV/IV 2000 Norm per 01. Januar 2014 aufgehoben wird und bei Einrichtungen, bei welchen bis 31. Dezember 2013 ein Rezertifizierungsaudit durchgeführt wurde, das Zertifikat seine Gültigkeit bis spätestens 31. Dezember 2016 behält.

Der Vorstand der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) hat im März 2015 die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ für die Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung (invalide Personen gemäss IFEG) als eines von drei Qualitätsmodellen zur Anwendung empfohlen.

Der Kanton Zürich wird die aufgehobene BSV/IV-2000-Norm durch die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ ablösen und auf deren Grundlage Qualitätsaudits durchführen. Die entwickelte Qualitätsprüfungssystematik geht von folgenden Prämissen und Zielsetzungen aus:

- Der Kanton hat gemäss Art. 5 und 6 IFEG den gesetzlichen Auftrag, die Qualitätssicherung in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.
- Die Einrichtungen erbringen aktuell insgesamt gute Qualität – diese soll erhalten bleiben und sich an die sich wandelnden Anforderungen anpassen.
- Der Kanton will einerseits die rechtsgleiche Behandlung aller Einrichtungen sicherstellen, andererseits mehr darüber wissen, wie die Qualitätsvorgaben in den Einrichtungen umgesetzt („gelebt“) werden, und Einfluss nehmen können, wenn die Umsetzung nicht den definierten Standards entspricht.
- Das bisherige Vorgehen bei der Qualitätsprüfung – mit der freien Wahl der Zertifizierungsfirmen und der grossen Bandbreite an Qualität der Auditberichte – ist nicht geeignet, die rechtsgleiche Behandlung der Einrichtungen und die weiteren definierten Ziele zu erreichen.
- Durch die Einführung von SODK Ost+-Qualitätsaudits unter der Leitung des Kantons und dem Einbezug externer Fachpersonen durch den Kanton können diese Ziele erreicht werden.

1.1 Beschreibung Projektprozess

Das Vorgehen zur Qualitätsprüfung wurde in den Jahren 2013 bis 2015 entwickelt, getestet und ausgewertet. Nachfolgend wird der Projektprozess summarisch beschrieben.

Projektorganisation

Das interne Projektteam des Kantonalen Sozialamts wurde im Projektprozess von einem BSV/IV-2000-Auditor und einer externen Projektleitung (socialdesign ag) unterstützt.

Entwicklung der Qualitätsprüfungssystematik

In einem ersten Schritt entwickelte das Projektteam die Qualitätsprüfungssystematik. Dabei wurden die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ mit relevanten Vorgaben aus dem Kanton Zürich

ergänzt, die Abgrenzung von den Prozessen der Aufsicht und der Bewilligung festgelegt, Schwerpunkte der Qualitätsaudits als sogenannte Leitthemen definiert sowie das Klient/innen-Gespräch als ein Instrument der Audits entwickelt.

Planung des Pilots: Einbezug von Externen

In der ersten Planungsphase des Projekts wurde im April 2013 INSOS Zürich in einem Workshop in die Reflexion von verschiedenen Fragestellungen einbezogen.

Anlässlich eines Meilensteins im Mai 2013 passte die Projektsteuerung schliesslich die Systematik zur Qualitätsprüfung nach sorgfältigem Abwägen nochmals an und plante das Projekt neu. In dieser zweiten Planungsphase wurde das Projekt im Dezember 2013 der beratenden Kommission für Fragen im Bereich der Einrichtungen für erwachsene invalide Menschen gemäss § 18 IEG (IEG-Kommission) präsentiert. Die Ergebnisse dieser Diskussionen sind in das Projekt eingeflossen.

Durchführung Pilot in zwei Staffeln: Erstaudits und Überprüfungsaudits

Das konzipierte Vorgehen wurde von November 2013 bis November 2015 in einem Pilotprojekt getestet und weiterentwickelt. Das Pilotprojekt gliederte sich in zwei Staffeln. Insgesamt beteiligten sich 21 Einrichtungen am Pilot. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass diese unterschiedliche Ausrichtungen (Zielgruppe, Fachkonzept) und Profile (Grösse, Region) aufweisen. Die Teilnahme am Pilot war für die Einrichtungen freiwillig.

Die erste Pilot-Staffel erstreckte sich von April bis September 2014 und wurde von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) evaluiert.

Anschliessend nahm die Projektleitung gemäss der Auswertung (vgl. Kapitel 2) verschiedene Anpassungen am Konzept (insbesondere Auditprogramm, Auditbericht) vor. Diese Anpassungen testete das Auditteam in der zweiten Pilot-Staffel, welche von März bis September 2015 dauerte. Ab Oktober 2015 führte das Auditteam zudem bei Einrichtungen aus der ersten Pilot-Staffel Überprüfungsaudits durch.

1.2 Aufbau Schlussbericht

Der vorliegende Schlussbericht fasst in einem ersten Teil die zentralen Erkenntnisse aus der Auswertung der Pilotprojekte zu den Qualitätsaudits zusammen. Im zweiten Teil ist die daraus folgende Systematik zur Ablösung der BSV/IV-2000-Norm im Kanton Zürich dargelegt.

2 Zentrale Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt

2.1 Ziele des Pilotprojekts

Das konzipierte Vorgehen zur Qualitätsprüfung auf der Basis der Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ wurde über zwei Pilot-Staffeln in den Jahren 2013 bis 2015 bei den beteiligten Einrichtungen mit Beitragsberechtigung getestet. Ziel des Pilotprojektes war es, die folgenden Fragestellungen beantworten zu können:

- 1) Wie werden die Prozesse und Ergebnisse der Audits aus Sicht Kanton, Einrichtungen sowie aus externer Sicht beurteilt im Hinblick auf Qualitätssicherung und -entwicklung?
- 2) Wie wird das neue System eingeschätzt, inkl. im Vergleich zum bisherigen System? Nutzen für Kanton, Menschen mit Behinderung, Einrichtungen?

Während im Zentrum der ersten Pilot-Staffel die Erprobung der Durchführung der Erstaudits stand, lag der Fokus der zweiten Pilot-Staffel auf der Frage, ob sich die nach der ersten Staffel vorgenommenen Anpassungen an Prozess und Instrumenten bewähren, sowie auf der Durchführung der ersten Überprüfungsaudits.

2.2 Auswertung des Pilotprojekts

Die Daten wurden gemäss dem Prinzip der Triangulation aus verschiedenen Perspektiven sowie basierend auf verschiedenen Daten (schriftlich, mündlich) erhoben und ausgewertet (qualitative und quantitative Analyse).

Die beteiligten Einrichtungen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten über Sounding-Boards in das Projekt einbezogen und dabei wurde systematisch ihr Feedback eingeholt.

Pilot-Staffel I: Sounding-Boards

Termin	Inhalt des Sounding-Boards
13. November 2013	Präsentation Projekt und Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+, Version Kanton Zürich und Beantwortung von Fragen
9. April 2014	Kick-off Pilot <ul style="list-style-type: none">▪ Informationen zum Pilot (Instrumente, Programm, Abweichungsstufen)▪ Präsentation der externen Evaluatorinnen▪ Feedback und Fragen von Einrichtungen
3. Februar 2015	Auswertung des Pilots, inkl. Diskussion der Ergebnisse der externen Evaluation
2. Dezember 2015	Gemeinsame Abschlussveranstaltung mit Pilot-Staffel II, Diskussion der Auswertung des Pilots

Tabelle 1: Sounding-Boards Pilot-Staffel I

Pilot-Staffel II: Sounding-Boards

Termin	Inhalt des Sounding-Boards
11. März 2015	Kick-off Pilot <ul style="list-style-type: none">▪ Informationen zum Pilot (Instrumente, Programm, Abweichungsstufen)▪ Feedback und Fragen von Einrichtungen
23. September 2015	Auswertung des Pilot
2. Dezember 2015	Gemeinsame Abschlussveranstaltung mit Pilot-Staffel I, Diskussion der Auswertung des Pilots

Tabelle 2: Sounding-Boards Pilot-Staffel II

Die letzte Sounding-Board-Veranstaltung jeder Pilot-Staffel diente der gemeinsamen Auswertung. Im Zentrum dieser Auswertung standen jeweils das Audit und der Auditbericht, das Abweichungsmanagement sowie der Nutzen dieser neuen Form von Qualitätsprüfung.

Die erste Pilot-Staffel wurde zudem von der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) extern evaluiert. Die externe Evaluation erhob die Sicht der Leitungspersonen der Einrichtungen sowie der beteiligten Klient/innen und Mitarbeitenden. Zudem befragte die HfH auch das Auditteam und die interne Projektleitung des Kantonalen Sozialamts.

Die projektinterne Auswertung der beiden Pilot-Staffeln erfolgte regelmässig in den Projektsitzungen und schwerpunktmässig jeweils am Ende der Pilot-Staffeln.

Ein Entwurf des Schlussberichts wurde nach den Rückmeldungen der Piloteinrichtungen den Klient/innen- und Branchen-Verbänden zugestellt und deren Rückmeldungen in einem Hearing am 28. Januar 2016 eingeholt.

2.3 Erkenntnisse

Die im vorangehenden Abschnitt genannten Auswertungen des Pilotprojekts führten zu den folgenden zentralen Erkenntnissen hinsichtlich der Ziele des Pilotprojekts:

Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ als Referenzrahmen geeignet

Die Orientierung der Audits an den Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ und den für die Überprüfung gesetzten Schwerpunkten in Form von Leitthemen wird von allen Beteiligten (Kanton und Einrichtungen) als Bereicherung angesehen. Die Qualitäts-Richtlinien haben sich als Referenzrahmen für die Audits bewährt und finden breite Akzeptanz. Im Vergleich zu BSV/IV-2000 war bei diesem Referenzrahmen eine qualitative Steigerung bezüglich der fachlichen Tiefe und der verlangten Betreuungsqualität feststellbar. Die Qualitäts-Richtlinien und die Prüfungssystematik werden mindestens alle 6 Jahre überprüft. Es ist vorgesehen, in diesen Prozess die Einrichtungen und Klient/innen-Verbände einzubeziehen.

Fokus auf Umsetzung ist machbar und wird von den Einrichtungen geschätzt

Die Durchführung der Audits mit dem Fokus auf die Umsetzung der Qualitätsstandards (auditiert wurden jeweils verschiedene Hierarchiestufen und mehrere Gruppen) erwies sich als gut machbar. Die Form des Audits wurde übereinstimmend als qualitative Verbesserung im Vergleich zu den bisherigen BSV/IV-2000-Audits beurteilt. Mit der neuen Form konnten Themen identifiziert werden, die in bisherigen Audits nicht erkannt wurden. Die Verlängerung einzelner Auditsequenzen im Auditprogramm und die Einplanung von Pufferzeiten zwischen den Auditsequenzen haben sich in der zweiten Staffel bewährt.

Einbezug der Klientinnen und Klienten als Stärke des Audits

„Partizipation“ ist eines der Leitthemen, welches für das Audit aufgrund der Qualitäts-Richtlinien festgelegt wurde. Entsprechend wurden bei den Audits auch Gespräche mit den Klient/innen geführt. Dies wird von den Klient/innen selber als folgerichtig und selbstverständlich erlebt. Diese Gespräche bestätigten dem Auditteam Erkenntnisse aus den übrigen Auditsequenzen. Zudem waren in den Aussagen der Klient/innen die in den Einrichtungen gelebte Teilhabe und Mitbestimmung wahrnehmbar. Selbstverständlich wurden für Klient/innen, die sich nur nonverbal ausdrücken können, unterstützende Kommunikationsmittel eingesetzt. In bestimmten Fällen wurden mit Klient/innen auch Einzelgespräche durchgeführt. Der Einbezug des weiteren Umfelds der Klient/innen (Angehörige, Zuweisende etc.) ist während des Audits nicht möglich. Es soll geprüft werden, ob dies mittels separater Befragung erfolgen kann.

Zusammensetzung und Fachkompetenz des Auditteams wird geschätzt

Die Mitglieder des Auditteams wurden von den Einrichtungen als kompetent erlebt; es wurde geschätzt, dass diese über Fachwissen und Praxiserfahrung verfügen. Vereinzelt wurde kritisch angemerkt, dass die Mitarbeitenden des Sozialamts eine Doppelrolle inne hätten und die Einrichtungen daher im Audit nicht immer transparent seien. Eine grosse Mehrheit der Einrichtungen sowie die Vertreter/innen der Klient/innen-Verbände schätzten es hingegen, dass das Kantonale Sozialamt über diese Audits mehr über die Qualität in den Einrichtungen erfahren will. Das Kantonale Sozialamt achtet weiterhin auf eine sorgfältige Reflexion dieser Rollen, welche vom Gesetz verlangt werden. Zudem wird u.a. aus diesem Grund ein informelles Verfahren implementiert zur Klärung von inhaltlichen Differenzen zwischen einer Einrichtung und dem Auditteam.

Bandbreite der überprüften Themen ist im Erstaudit sehr gross

Die Bandbreite der überprüften Themen ist sehr gross, was bei der Durchführung der Erstaudits in der ersten Pilot-Staffel eine effiziente Handhabung erschwerte. Gleichzeitig ermöglichte diese Bandbreite dem Auditteam aber auch, im Sinne einer Bestandsaufnahme festzustellen, bei welchen Leitthemen welcher State of the Art bereits besteht. Deshalb wurde in der zweiten Pilot-Staffel expliziter darauf hingewiesen, dass es sich um Erstaudits mit einer neuen normativen Grundlage handelt, also analog der Erstaudits im Rahmen der Einführung von BSV/IV-2000 vor rund 15 Jahren. Bei der definitiven Einführung der Systematik zur Qualitätsprüfung wird weiterhin eine sinnvolle Balance zwischen fachlicher Tiefe und thematischer Breite angestrebt. Es wird

zudem geprüft, wie in die Audits bestehende Schnittstellen (z.B. Einrichtungen mit Standorten in anderen Kantonen oder Qualitätslabels in weiteren Tätigkeitsfeldern) einbezogen werden können.

Ergebnisse sind nachvollziehbar und hilfreich

Die Einrichtungen schätzten es sehr, dass am Ende des Audits eine mündliche Rückmeldung durch das Auditteam erfolgte. Insbesondere wurde geschätzt, dass die Rückmeldung auch positive Aspekte enthielt.

Da es sich bei den Audits um Erstaudits auf der Grundlage einer neuen Norm handelte, stellte das Auditteam erwartungsgemäss im Vergleich zu den BSV/IV-2000-Audits der letzten Jahre mehr Abweichungen und Hinweise fest. Dies konnte einen grösseren Aufwand für die Einrichtungen zur Folge haben. In der Regel waren die festgestellten Ergebnisse für die Einrichtungen nachvollziehbar und wurden von diesen als Input zur Qualitätsentwicklung aufgenommen. Es erwies sich als wichtig, die verschiedenen „Abweichungs-Kategorien“ vor dem Audit und beim Schlussgespräch klar zu kommunizieren, um Missverständnissen und Irritationen beim Auditbericht vorzubeugen. Diese Kategorien entsprechen zwar denjenigen von BSV/IV-2000-Audits, allerdings sind die Konsequenzen nicht identisch. Im Gegensatz zum BSV/IV-2000-System führt z.B. eine kritische Abweichung nicht zu einem Entzug des Zertifikates und der Bewilligung.

Auditberichte stiften höheren Nutzen, haben aber Optimierungspotenzial

Die Berichte sind differenzierter und gehaltvoller als die früheren Auditberichte, welche die externen Zertifizierungsfirmen im Rahmen der BSV/IV-2000-Audits erstellten. Die Berichte stiften Nutzen sowohl für das Kantonale Sozialamt als auch für die Einrichtungen: Das Kantonale Sozialamt erhält die erforderlichen Informationen für die Aufsicht über die Qualität gemäss IFEG. Die Einrichtungen schätzen die Berichte als anregend und hilfreich.

Es bestehen allerdings unterschiedliche Erwartungen und Anliegen an die Form, Ausführlichkeit und Übersichtlichkeit der Berichte. Entsprechend hat das Auditteam während des Pilotprojektes und insbesondere nach der ersten Pilot-Staffel die Berichtsstruktur weiterentwickelt. Die Struktur und Nutzer/innen-Freundlichkeit des Auditberichts wird nach der zweiten Pilot-Staffel aufgrund der Rückmeldungen nochmals geprüft.

Interne Abläufe wurden während des Projekts optimiert

Von der ersten zur zweiten Pilot-Staffel konnten verschiedene interne Abläufe in der Vor- und Nachbereitung gestrafft und optimiert werden. Das Dreier-Auditteam erhöhte in der Pilotphase die Reflexion und ermöglichte eine Angleichung der Haltung und Methodik. Im Rollout reicht ein Zweier-Auditteam für Erst-/Wiederholungsaudits und eine Person für Überprüfungsaudits.

Kosten und Aufwand für die Auditdurchführung für die Einrichtungen insgesamt im gleichen Rahmen

Der zeitliche Aufwand für das Audit ist für die Einrichtungen im Vergleich zu bisherigen BSV/IV-2000-Audits in etwa gleich geblieben, abgesehen vom einmaligen Zusatzaufwand für die Umsetzung des neuen Referenzrahmens. Mit dem ab 2017 eingeführten Modell der pauschalierten Verrechnung der Aufwände für externe Auditor/innen wird gewährleistet, dass die Kosten für die Einrichtungen im gleichen Rahmen bleiben.

Erhöhter Aufwand für die Nachbereitung der Audits ist angemessen

Wegen der höheren Anzahl an überprüften Qualitätsindikatoren und der damit verbundenen höheren Anzahl an Abweichungen und Hinweisen, erhöhte sich gegenüber dem bisherigen System für die Einrichtungen auch der Aufwand für die Nachbereitung der Audits. Dieser zusätzliche Aufwand fällt insbesondere beim Erstaudit an und steht einem entsprechend grösseren Nutzen gegenüber. Dieser Aufwand wird von den meisten Einrichtungen als angemessen beurteilt.

Erhöhter Aufwand ist mit höherem Nutzen verbunden

Für das Auditteam ist auch nach der Pilotphase gegenüber den Qualitätsaudits gemäss BSV/IV-2000 ein deutlich grösserer Aufwand (Vorbereitung, Auditdurchführung, Nachbereitung und Bericht) zu erwarten. Die zusätzlichen Kosten werden vom Kantonalen Sozialamt übernommen, da diese mit einem entsprechenden höheren Nutzen der Audits hinsichtlich Informationsgehalt der Ergebnisse, Gleichbehandlung sowie Qualitätsentwicklung verbunden sind. Dank dieses Zu-

satzaufwandes kann erreicht werden, dass der gesetzliche Auftrag zur Qualitätssicherung vollständig erfüllt werden kann.

2.4 Fazit

Mit dem gewählten Vorgehen wurden die für das Pilotprojekt formulierten Fragestellungen hinsichtlich Methodik, Instrumente und Abläufe beantwortet. Die Grundsystematik zur Qualitätsprüfung auf der Grundlage der Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ hat sich bewährt.

3 Systematik der Qualitätsprüfung

Im vorliegenden Kapitel wird die Systematik der Qualitätsprüfung beschrieben, wie diese auf der Basis der Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt festgelegt wurde und im Regelfall angewendet wird.

3.1 Einbettung

Es bestehen drei unterschiedliche Prozesse im Kanton Zürich, in welchen die Verwaltung bzw. die Politik eine Einrichtung überprüfen. Dabei unterscheiden sich jeweils die gesetzliche Grundlage sowie der Fokus der Prüfung.

Betriebsbewilligung: Das Kantonale Sozialamt nimmt eine formale Prüfung der Grundlagen anlässlich der Erteilung der Betriebsbewilligung und der Beitragsanerkennung vor.

Aufsicht: Der zuständige Bezirksrat oder die zuständige Bezirksrätin führt bei jeder Einrichtung jährlich einen Aufsichtsbesuch durch und besucht einmal pro Amtsperiode jeden Standort einer Einrichtung.

Audits: Das Kantonale Sozialamt ist zuständig für die Durchführung von angemeldeten Qualitätsaudits. Diese werden durch den Kanton, unterstützt von externen Dritten, durchgeführt. Der Gegenstand der Audits ist:
Qualitätsmanagement-Systemüberprüfung anhand der Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+, Prüfung, wie die Qualitäts-Richtlinien SODK Ost+, gelebt und umgesetzt werden.

3.2 Gegenstand

Gegenstand der Qualitätsaudits ist die Überprüfung, ob die Norm „Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+“ von den Einrichtungen erfüllt wird. Die Qualitäts-Richtlinien bestehen aus 14 Qualitätsstandards (QS) zu Themenbereichen Grundlagen, Organisation & Infrastruktur, Personal & Führung, Klient/innen & Fachlichkeit. Qualitätsindikatoren spezifizieren die Qualitätsstandards auf zwei Regelungsebenen:

- Einrichtungen mit Betriebsbewilligung (Basisqualität)
- Einrichtungen mit Beitragsanerkennung und Leistungsvereinbarung

Die Qualitätsindikatoren beschreiben sowohl Struktur- und Prozess- als auch Ergebnisqualität. Teilweise ist dieselbe Thematik in den Qualitäts-Richtlinien an verschiedenen Orten mit unterschiedlichen Vertiefungen geregelt.

Die Audits stützen sich auf die gesamten Qualitäts-Richtlinien. Wegen der grossen Breite der Norm wurden Leitthemen definiert, welche in jedem Erstaudit geprüft werden:

- Partizipation
- Klientengerechte Kommunikation
- Umsetzung des Erwachsenenschutzes
- Prävention (inkl. Übergriffe) und Sicherheit (inkl. Medikamentensicherheit)
- Beschwerde- und Verbesserungsmanagement

- Pflege/Palliative care (nur in spezifischen Wohnangeboten)

Diese Leitthemen dienen dem Auditteam als Orientierung bei der Vorbereitung des Audits, als Kommunikationsmittel und bei den Beobachtungen am Audit.

Grundsätzlich ist aber der gesamte Inhalt der Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ Gegenstand der Audits. Zudem besteht für die Einrichtungen die Möglichkeit, auch eigene Inputs im Rahmen der Qualitäts-Richtlinien zum Gegenstand des Audits einzugeben.

3.3 Form

Es gibt die folgenden Arten von Qualitätsaudits:

- Erstaudit/Wiederholungsaudit
- Überprüfungsaudits

Nach dem **Erstaudit** führt der Kanton bei jeder Einrichtung alle 3 Jahre ein Wiederholungsaudit zur Qualitätsprüfung durch. In der Zwischenzeit finden pro Einrichtung 1 bis 2 Überprüfungsaudits statt. Im Ausnahmefall entscheidet das Kantonale Sozialamt, auf das Überprüfungsaudit zu verzichten.

Erst- und Wiederholungsaudits dauern zwischen 1 und 2 Tagen vor Ort, je nach Grösse der Einrichtung. Diese werden von einem Auditteam durchgeführt, welches in der Regel aus einem Mitarbeiter/einer Mitarbeiterin des Bereichs für Fach- und Qualitätsfragen des Kantonalen Sozialamts sowie aus einer externen Auditperson besteht.

Überprüfungsaudits dauern in den meisten Fällen einen halben Tag und werden in der Regel von einer externen Auditperson, beauftragt durch das Kantonale Sozialamt, durchgeführt.

3.4 Grundprinzipien und Haltung

Die Umsetzung der Qualitätsprüfung orientiert sich an den von der SODK Ost+ am 12. September 2011 verabschiedeten Grundsätzen zur Qualitätspolitik. Der Kanton Zürich wählt dabei ein pragmatisches Vorgehen unter Berücksichtigung aller politisch definierten Akteure. Weiter sind folgende Grundprinzipien handlungsleitend:

- Die Qualitätsaudits sollen die Einrichtungen bei der Qualitätsentwicklung unterstützen.
- Das Auditteam prüft mit einer wohlwollend-hinterfragenden Haltung. Im Vordergrund stehen nicht die Fehlersuche, sondern das Verstehen der Prozesse und der Schnittstellen sowie die Übereinstimmung mit den Qualitäts-Richtlinien und deren konkrete Umsetzung in der Praxis.

3.5 Methodik und Auditprogramm

Die Qualitätsaudits erfolgen anhand von Auditprogrammen. Dabei können die folgenden Instrumente eingesetzt werden:

- Prüfung direkt in den Abteilungen/Gruppen und bei den Verantwortlichen/Prozesseignern mittels Gesprächen
- Gruppengespräche mit den Klient/innen, in bestimmten Fällen auch Einzelgespräche, unter Beiziehung von unterstützenden Kommunikationsmitteln
- Augenschein vor Ort mittels systematischer Beobachtung
- Prüfung der Dokumentation (Abgleich der Umsetzung mit den Nachweisen)

Im Auditprogramm sind die hauptsächlichen Themenbereiche bzw. Prozesse aufgeführt, welche geprüft werden. Es können auch weitere Prozesse und Personen, welche relevant sind, mit einbezogen werden.

Ein mögliches Auditprogramm sieht wie folgt aus:

Zeit von	bis	Abteilung, Prozess, Themen	Auditteam	Teilnehmende	Ort
08.00	08.10	Eröffnung: Begrüssung, Auditablauf, Fragen	Team	Geschäftsleitung (und Auditteilnehmende)	
08.10	09.10	Management/Führungsprozesse (z.B. auch Beschwerdemanagement)	Team	Geschäftsleitung	
09.15	10.15	Agogik (z.B. Teilhabe, Selbstbestimmung, UK, Prävention betreffend Gewalt/sexuellen Übergriffen, Erwachsenenschutz etc.)	Team	Stabsstelle, Agogikverantwortliche	
10.20	11.00	Gesprächsgruppe Klient/innen Wohnen	Auditor/in 1	Klient/innen	
11.10	12.00	Qualitätsmanagement (z.B. Verbesserungsprozess etc.)	Auditor/in 1	QM-Verantwortliche	
10.20	11.00	Gesprächsgruppe Klient/innen Arbeiten	Auditor/in 2	Klient/innen	
11.10	12.00	Ein- und Austrittsprozesse (Personal und Klient/innen)	Auditor/in 2	Personal-, Administrationsverantwortliche	
12.05	13.00	Mittagessen (z.B. auf zwei Wohngruppen)	Team		
13.10	14.30	Kernprozess Betreuung/Begleitung im Wohnen (z.B. auf einer Wohngruppe)	Auditor/in 1	Angestellte des Wohnteams	
14.35	15.35	Gesundheit (z.B. Pflege, Medikamentenbewirtschaftung, Palliative Care etc.) <i>nur in Wohneinrichtungen</i>	Auditor/in 1	Verantwortliche für Gesundheitsfragen	
13.10	14.30	Kernprozess Betreuung/Begleitung bei der Arbeit/Beschäftigung (z.B. auf einer Gruppe der Werkstatt oder Tagesstätte)	Auditor/in 2	Angestellte des Werkstatt-/Tagesstättenteams	
14.35	15.35	Sicherheitsprozess (z.B. Vorgehen im Brandfall, Arbeitssicherheit)	Auditor/in 2	Verantwortliche für die Sicherheit (SIBE, Kopas)	
15.40	16.40	Auswertung im Auditteam	Team		
16.40	17.30	Feedback an Teilnehmende	Team	Geschäftsleitung (und Auditteilnehmende)	

Tabelle 3: Audit-Programm (Beispiel)

Die Nachweisdokumentation zu den einzelnen Prozessen muss von den Verantwortlichen bereitgehalten werden.

Das Auditteam behält sich das Recht vor, entsprechend dem Auditverlauf, die Zeiten und den Ablauf in Rücksprache mit der Gesamtleitung zu ändern, wodurch auch Zeitverzögerungen entstehen können.

3.6 Ablauf und Prozess

3.6.1 Erst-/Wiederholungsaudit

Vorbereitung Qualitätsaudit

- Der Audit-Termin wird frühzeitig festgelegt.
- Ca. 3 Monate vor dem Audit fordert das Kantonale Sozialamt bei der betreffenden Einrichtung Unterlagen an.
- Rund 1 Monat vor dem Audit: Das Kantonale Sozialamt stellt der Einrichtung via E-Mail ein provisorisches Auditprogramm zu und gibt der Einrichtung damit die Möglichkeit zur Prüfung und Ergänzung des Programms.
- Spätestens 14 Tage vor dem Audit stellt das Kantonale Sozialamt der Einrichtung das definitive Auditprogramm zu.

Für die Vorbereitung des Auditprogramms benötigt das Auditteam die folgenden Unterlagen:

- QMS-Dokumentation (auf Stick oder CD)
- Management-Review/Q-Leitungsbericht
- Auswertung der Befragung der Klient/innen und des Personals
- Letzte externe/interne Auditberichte
- Prozessübersicht
- Organigramm mit Abteilungen/Gruppen
- Bezeichnung von Sicherheitsbeauftragten (SIBE)/Kontaktperson Arbeitssicherheit (KOPAS), Leitungen Agogik, Gesundheit
- Aktueller Jahresbericht

Qualitätsaudit: Eröffnungssequenz und Schlussfeedback

- Die Hauptadressaten sind die Leitung/das Leitungsteam.
- Es ist in der Kompetenz der Einrichtung, weitere Personen beizuziehen. Bei einer Teilnahme von Klient/innen bittet das Auditteam um vorgängige Information.
- Für die Vorbereitung des Schlussfeedback wird um einen separaten Raum für das Auditteam gebeten.

Qualitätsaudit: Gespräche mit Klient/innen

- Es finden in der Regel nur Gruppen- und in Ausnahmefällen Einzelgespräche statt (je nach Einrichtung zwischen 4-10 Klient/innen pro Gruppe).
- Die Gespräche finden, sofern die Teilnehmenden keine Unterstützung in der Kommunikation benötigen, nur zwischen Auditteam und Klient/innen statt.
- Die Teilnahme ist freiwillig und das Setting kann jederzeit verlassen werden.
- Nur mit Einwilligung der Teilnehmenden wird der Inhalt weitergegeben.
- Mögliche Themen: Selbstbestimmung, Mitsprache, Begleitplanung, Sicherheit, Privatsphäre, Beschwerdemanagement, Verbesserungsmanagement
- Die Organisation und die Information der Teilnehmenden haben vorgängig durch die Einrichtung zu erfolgen (Ablauf, Themen).
- Ebenso bitten wir um das Bereitstellen eines separaten Raumes für diese Gespräche.
- In welcher Form die Klient/innen über die Ergebnisse des Audits informiert werden, ist grundsätzlich Aufgabe der Einrichtung.

3.6.2 Auditbericht

- Im Schlussgespräch am Audittag werden Abweichungen und einzelne Hinweise besprochen.
- Das Auditteam formuliert bei Abweichungen eine detaillierte schriftliche Rückmeldung.
- Der schriftliche Auditbericht liegt der Einrichtung spätestens 1 Monat nach dem Audit vor, respektive ca. 10 Arbeitstage nach Erhalt der Rückmeldung der Einrichtung.
- Die Grundlage für die Rückmeldungen bildet eine differenzierte Abgrenzung der Abweichungssystematik anhand der Qualitäts-Richtlinien.

- Der Bericht ist ein sachliches Amtsdokument und kann somit nicht eins zu eins die mündlichen Rückmeldungen in der Schlussequenz wiedergeben.
- Die Hauptadressaten der Berichte sind seitens der Einrichtungen die Leitungen oder das Leitungsteam sowie seitens des Kantonalen Sozialamts das Auditteam (für das Überprüfungsaudit).
- Der Bericht setzt sich aus beschreibenden Textpassagen sowie Tabellen zusammen. Die festgestellten Abweichungen, Hinweise und Empfehlungen sind detailliert beschrieben und werden den jeweiligen Kapiteln zugeordnet. Der Bericht beinhaltet die folgenden Elemente:
 - Allgemeines:
 - Umfasst einen tabellarischen Kurzüberblick der festgestellten Abweichungen.
 - Gesamteindruck:
 - Beschreibung im Sinne eines Summaries und Fazit aus den Gesprächsgruppen.
 - Festgestellte Hinweise und Empfehlungen in den einzelnen Qualitätsbereichen:
 - Die Qualitätsbereiche sind in Unterkapitel aufgeteilt und referenzieren zu den einzelnen Auditprozessen (Führungsprozesse und Qualitätsentwicklung, Personalprozesse und Ein-/Austrittsprozesse der Klient/innen, Betreuung und Begleitung, Infrastruktur, Hygiene und Sicherheit).
 - **Festgestellte Abweichungen:** Die detaillierten Abweichungen werden als Anhang angefügt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, auf welche Art und Weise die festgestellten Abweichungen im Auditbericht formuliert werden.

Abweichung Nr. 1	Richtlinie Nummer: 10	<input type="checkbox"/> kritische Abweichung	<input checked="" type="checkbox"/> Abweichung
Feststellung:			
Im Zusammenhang mit dem Umgang bei Grenzverletzungen (Gewalt, sexuelle Übergriffe) wurden folgende Feststellungen gemacht, die zu einer Abweichung führen:			
a) Es besteht noch kein Konzept (konzeptionelle Aussagen), in welchem geregelt ist, wie die Haltung, die Präventionsmassnahmen und der Umgang bei Grenzverletzungen (oder beim Verdacht) sind. Zudem fehlen Aussagen zur Nachsorge bei Vorfällen sowie deren Dokumentation.			
b) Es bestehen noch keine Angebote (Anleitungen, interne/externe Schulungen), um die Klient/innen im Umgang mit missbrauchsverhindernden Massnahmen zu schulen.			
Massnahmen		Zuständigkeit	Frist
a)	Abläufe werden überprüft. Konzept wird erstellt, präventive Massnahmen evaluiert und implementiert, einheitliches Meldeverfahren eingeführt, Schulungen durchgeführt, Zuständigkeiten für die Nachsorge sichergestellt.	Betriebsleitung	31.1.16
b)	Mit externen Fachstellen werden Angebote entwickelt und eingeführt.	Betriebsleitung	31.1.16

Tabelle 4: Muster für eine Abweichung

3.7 Abweichungs- und Hinweiskategorien

Die Definition der Abweichungsstufen orientiert sich am Vorgehen bei den BSV/IV-2000-Audits. Abweichungen und Hinweise sind Bestandteile eines Verbesserungsmanagements. Im Fokus steht dabei nicht die festgestellte Abweichung, sondern deren Behebung. Entsprechend sollen die Qualitätsaudits ein für alle Beteiligten transparentes Verfahren darstellen, welches das Erzielen von Verbesserungen unter Einbezug der auditierten Einrichtung unterstützt.

3.7.1 Kritische Abweichung

Definition

- Systemrelevante Anforderungen der Qualitäts-Richtlinien, die nicht umgesetzt werden, bzw. es gibt keine Nachweise für ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem; Einzelfall mit gravierenden Auswirkungen (gefährlich/strafrechtlich relevant).
- Kritische Abweichungen sind innerhalb der im Zeitplan definierten Frist (3-6 Monate) zu beheben. In begründeten Fällen kann die Frist angepasst werden. Anschliessend erfolgt eine Überprüfung, spätestens beim Folgeaudit.
- Eine nicht im vereinbarten Zeitplan umgesetzte kritische Abweichung kann als Auflage in die Bewilligung aufgenommen werden.

Ablauf bei einer kritischen Abweichung

- Wird im Schlussgespräch am Audittag besprochen.
- Innerhalb von 5 Arbeitstagen gibt das Auditteam der Einrichtung eine schriftliche Rückmeldung.
- Innerhalb weiterer 5 Arbeitstage erfolgt die Rückmeldung der Einrichtung zur Massnahmenplanung, den Fristen und den Zuständigkeiten. Anschliessend erstellt das Auditteam den Auditbericht.

3.7.2 Abweichung

Definition

- Anforderungen der Qualitäts-Richtlinien, welche nicht umgesetzt werden bzw. keine Nachweise für die Umsetzung dieser Forderungen existieren.
- Die Einrichtung ist verpflichtet, einen Massnahmenplan inkl. Zeitplan zur Umsetzung dieser Abweichung zu definieren und einzureichen. Die Abweichung ist innerhalb des vereinbarten Zeitraumes (3-12 Monate) zu beheben. In begründeten Fällen kann die Frist angepasst werden. Die Überprüfung findet spätestens beim Folgeaudit statt.
- Eine nicht im vereinbarten Zeitplan umgesetzte Abweichung kann zu einer kritischen Abweichung führen.

- Ablauf bei einer Abweichung
- Wird im Schlussgespräch am Audittag besprochen.
- Innerhalb von 5 Arbeitstagen gibt das Auditteam der Einrichtung eine schriftliche Rückmeldung.
- Innerhalb weiterer 5 Arbeitstage erfolgt die Rückmeldung der Einrichtung zur Massnahmenplanung, den Fristen und den Zuständigkeiten. Anschliessend erstellt das Auditteam den Auditbericht.

3.7.3 Hinweis

Definition

- Anforderungen, die z. B. in einem Einzelfall nicht umgesetzt wurden oder potentielle Schwachstellen, die bei Nichtberücksichtigung zu einer Abweichung führen können.

Ablauf bei einem Hinweis

- Die Rückmeldung zu den Hinweisen erfolgt mit dem Auditbericht. Einzelne Hinweise werden bei Bedarf zusätzlich im Schlussgespräch besprochen.
- Hinweise sind von der Einrichtung bezüglich Umsetzung zu prüfen und werden beim nächsten Audit punktuell besprochen.

- Eine kurze, tabellarische Auswertung zum Stand der Umsetzungen ist einen Monat vor dem Folgeaudit einzureichen.

3.7.4 Empfehlung

Definition

- Anregungen, welche über die Vorgaben der Qualitäts-Richtlinien hinausgehen und eine qualitative Verbesserung bewirken könnten.
- Die Umsetzung ist freiwillig.

- Ablauf bei Empfehlungen
- Die Rückmeldung zu den Empfehlungen erfolgt mit dem Auditbericht.

3.8 Verfahren bei Uneinigkeit

Ist eine Einrichtung mit der Beurteilung durch das Auditteam nicht einverstanden, besteht neben dem formellen Verfahren auch die Möglichkeit, diesen Punkt in einem nicht-formellen Verfahren zu klären.

3.8.1 Verfahren zur inhaltlichen Klärung (nicht-formelles Verfahren)

Bei inhaltlichen Missverständnissen im Auditbericht besteht für die Einrichtung die Möglichkeit, eine Richtigstellung im Bericht vornehmen zu lassen. Dafür kann sich die Einrichtung direkt an das Auditteam wenden.

Zur Klärung von inhaltlichen Differenzen zwischen der Einrichtung und dem Auditteam betreffend die Vorbereitung, Durchführung und Bewertung im Qualitätsaudit besteht innerhalb des Kantonalen Sozialamts ein mehrstufiges Vorgehen. Dieses beinhaltet die folgenden Hierarchiestufen:

- (1) Abteilungsleitung,
- (2) Amtsleitung.

- Zur Klärung stehen die folgenden Vorgehensweisen zur Verfügung:
- Neueinschätzung durch das Auditteam,
- Wechsel des Auditteams (veränderte Zusammensetzung),
- Externe Expertise.

Das Kantonale Sozialamt hat hinsichtlich der Vergabe von externen Expertisen Zusammenarbeitsvereinbarungen mit mehreren Kompetenzzentren schweizerischer Hochschulen abgeschlossen:

- Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH), Bereich Dienstleistungen,
- Berner Fachhochschule (BFH), Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement,
- Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Integration und Partizipation,
- Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (HSLU), Institut für Sozialpädagogik und Bildung.

Der Auftrag für eine externe Expertise wird möglichst im Einvernehmen mit der Einrichtung durch das Kantonale Sozialamt vergeben. Dieses trägt die Kosten des Verfahrens.

Themenfelder für diese Expertisen sind unter anderem:

- Führung, Organisation und Ablauf- sowie Aufbauorganisation,
- Fachliche Betreuung, Begleitung und Pflege,
- Qualitätsmanagementsystem sowie dessen Sicherung und Entwicklung,
- Abweichungssystematik.

Zudem können bei rechtlichen, baulichen, medizinischen, personellen Fragen etc. weitere Fachstellen, wie Heilmittelkontrolle, juristische Expertisen, Feuerpolizei, Hochbauamt etc. einbezogen werden.

3.8.2 Formelles Verfahren

Die Nichtbeachtung einer kritischen Abweichung führt zu einer Auflage in der Betriebsbewilligung, die im ordentlichen Rekursverfahren angefochten werden kann (vgl. Kapitel 3.7.1).

3.9 Bestätigung

Werden bei einem Erst-/Wiederholungsaudit keine kritischen Abweichungen festgestellt, so stellt das Kantonale Sozialamt der Einrichtung eine rund drei Jahre gültige Bestätigung aus, dass die Einrichtung auditiert wurde und die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ erfüllt sind. Liegt eine kritische Abweichung vor, so erhält die Einrichtung eine Bestätigung mit einer befristeten Gültigkeit bis zum Überprüfungsaudit.

3.10 Kosten

Ab dem Jahr 2017 wird den Einrichtungen pro Erst-/Wiederholungsaudit sowie pro Überprüfungsaudit eine Pauschale in Rechnung gestellt, um den Aufwand des Kantonalen Sozialamts für die externen Auditor/innen zu decken. Die Leistungen des Sozialamts werden den Einrichtungen nicht verrechnet. Die zu übernehmenden Kosten bewegen sich, über drei Jahre gerechnet, insgesamt im bisherigen Rahmen. Bei einzelnen Einrichtungen können die Kosten gegenüber dem bisherigen System leicht höher oder tiefer ausfallen.

Pauschale Erst-/Wiederholungsaudit: Fr. 3'800.00

Pauschale Überprüfungsaudit: Fr. 1'900.00

Diese Kosten bleiben für die Einrichtungen, wie bis anhin, anrechenbar.

4 Umsetzung

Die Qualitäts-Richtlinien der SODK Ost+ und die im vorliegenden Bericht beschriebene Systematik zur Qualitätsprüfung werden per 1. Januar 2017 in den beitragsberechtigten Invalideneinrichtungen definitiv eingeführt. Die Richtlinien des Kantonalen Sozialamts werden entsprechend angepasst. Für diejenigen beitragsberechtigten Einrichtungen, welche im Jahr 2017 nicht durch das Sozialamt auditiert werden können, gilt eine Übergangsfrist mit Pflicht zur Zertifizierung nach BSV/IV-2000. Die Einrichtungen werden durch das Kantonale Sozialamt frühzeitig über den vorgesehenen Zeitpunkt für die Umstellung auf SODK Ost+ informiert.