

Handbuch vs. 15

Dialog, Wien 16.01.2026

Erstellt von: M.Weber / MQ
Datum: 09.01.2026

geprüft und freigegeben: W.Kramer/ GF

Inhalt

Vorwort	3
1 Organisation	4
1.1. Allgemeines	4
1.2. Prozesse - Organigramm	5
1.3. Die Standorte des Dialog	6
2. Vision, Mission, Werte, Leitsätze	7
2.1. Vision	7
2.2. Mission	7
2.3. Werte	7
2.4. Unser Selbstverständnis	8
3. Qualitätspolitik	9
3.1. Grundsätze der Qualitätspolitik des Dialog	9
3.2. Geltungsbereich des Qualitätsmanagementsystems	10
3.3. Leitungsprozess	10
3.4. Klient_innen- und Kund_innenprozess	11
3.5. Unterstützungsprozesse	11
3.5.1. Personalmanagement	11
3.5.3. Daten	11
3.5.4. IT/Netzwerk	12
3.5.5. Beschaffung	12
3.5.6. Audits	12
4. Kommunikation	12
4.1. Kommunikation nach außen	12
4.2. Interne Kommunikation	13
4.2.1. dialog:inside	14
5. Dokumentenlenkung	14
5.1. Erstellung von Dokumenten	14
5.2. Prozessdokumentation	14
6. Fehlermanagement	15
7. Risikomanagement	15
8. Kontinuierliche Verbesserung	16

Vorwort

Der Dialog ist die größte rein ambulante Suchthilfeeinrichtung in Österreich. Gegründet wurde der Dialog als ehrenamtlicher und gemeinnütziger Verein von einigen humanitär engagierten Menschen mit der Motivation, Suchtmittelkonsument_innen Unterstützung zu bieten. Inzwischen ist der Dialog zu einer großen Organisation mit mehreren Standorten und über hundert Mitarbeiter_innen angewachsen. Mit 01.01.2025 wurde das gesamte operative Geschäft des Dialog in eine gGmbH überführt.

Eine rege Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen unserer Klient_innen, den Standards der Behandlung sowie dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft, insbesondere der Suchtforschung, hat dazu geführt, dass der Dialog unterschiedliche Kooperationen im Bereich der Suchthilfe einging und rasch als Partner für unsere Klient_innen, für andere Einrichtungen und Auftraggeber_Innen etabliert wurde. Die ständige Adaption der Angebote an neue Bedürfnisse, neue Zielgruppen und veränderte Rahmenbedingungen erforderte rasches, aber qualitätsvolles Handeln.

2001 trafen wir die Entscheidung, diesen Herausforderungen mit professionellem Qualitätsmanagement zu begegnen. Mit der Installierung eines Qualitätsmanagementsystems nach ISO 9001:2000 war der Dialog Vorreiter in der deutschsprachigen Suchthilfe. Zwar galt es, viele Formulierungen, Ansprüche und Regeln, die sich hauptsächlich auf produzierende Betriebe beziehen, auf eine Dienstleistungsorganisation herunterzubrechen, deren Kernaufgabe die Behandlung, Betreuung und Unterstützung einer bestimmten Klient_innengruppe ist, dennoch haben wir den Beweis angetreten, dass die Grundgedanken von Qualitätsmanagement im Allgemeinen und von ISO im Besonderen auch für soziale Einrichtungen eine Bereicherung darstellen. Inzwischen sind wir nach der Norm ISO 9001:2015 zertifiziert.

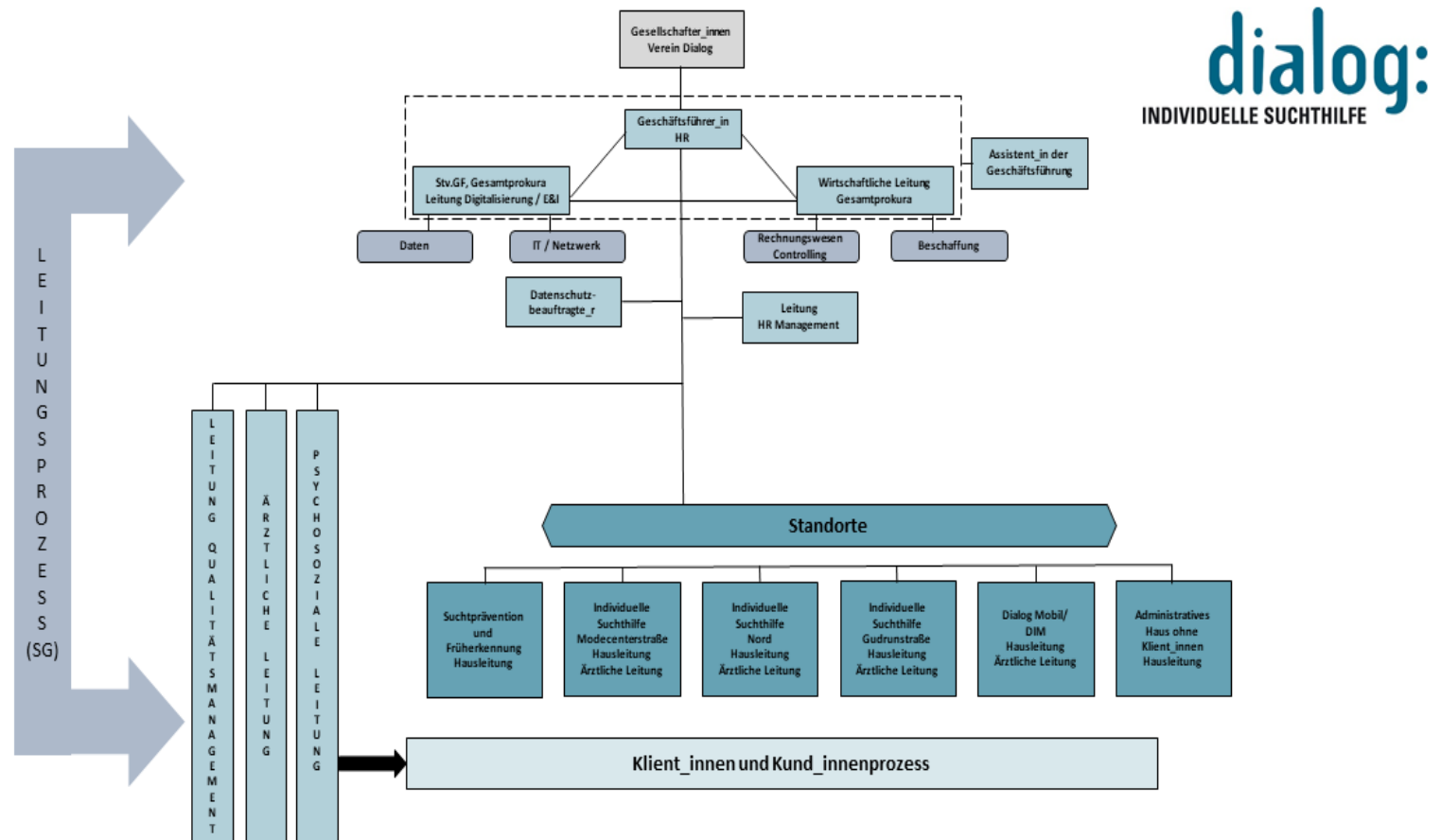
Im Folgenden soll die Qualitätspolitik des Dialog dargestellt werden. Somit dient das vorliegende Handbuch dazu, unsere Aktivitäten zur Qualitätssicherung abzubilden. Nicht zufällig wurde als abschließendes Kapitel der Bereich der „Kontinuierlichen Verbesserung“ gewählt: Oberstes Ziel ist es, unsere erarbeiteten Standards zu halten, unsere Abläufe weiter zu verbessern und auch weiterhin der Flexibilität und Kreativität jenen Raum zu geben, die unsere Arbeit auch bisher ausgezeichnet haben.

1 Organisation

1.1. Allgemeines

Der Dialog ist eine unabhängige Einrichtung, deren Hauptaufgabe in der Unterstützung von Personen liegt, die psychoaktive Substanzen konsumieren oder konsumiert haben, sowie von Angehörigen, die mit diesem Thema konfrontiert sind. Des Weiteren wird Wissen schwerpunktmäßig zum Thema Sucht in Form von Prävention und Weiterbildungen für Interessierte angeboten. Der Dialog finanziert sich vorwiegend aus öffentlichen Geldern und zu einem geringen Teil aus Einnahmen aus Vorträgen und Seminaren. Konsument_innen und deren Angehörigen kann durch diese Form der Finanzierung kostenlose Beratung und Behandlung geboten werden. Spenden kommen Klient_innen, etwa in Form von Lebensmittelgutscheinen, zugute.

1.2. Prozesse - Organigramm



1.3. Die Standorte des Dialog

Der Dialog arbeitet an insgesamt fünf Standorten in Wien:

- d: An drei Standorten der „Individuellen Suchthilfe“, die auch selbstständige Ambulatorien nach dem Krankenanstaltengesetz (KAG) sind, steht die Betreuung von Personen mit einem Suchtproblem sowie deren Angehörigen im Vordergrund, nämlich:
 - d: 1030 Wien, Modecenterstraße 14/4 (ISM); Versorgung der Bezirke 1, 3, 6 – 9, 11 und 15 – 19, Schwerpunkt: Familienberatungsstelle
 - d: 1220 Wien, Puchgasse 1 (ISN); Versorgung der Bezirke 2, 20, 21 und 22, Schwerpunkt: Jugendliche, Kokainist_innen
 - d: 1100 Wien, Gudrunstraße 184 (ISG); Versorgung der Bezirke 4, 5, 10, 12, 13, 14 und 23 Schwerpunkt: Jugendliche
- d: Suchtprävention und Früherkennung (SPF) ist die Hauptaufgabe des fünften Standortes, der in 1010 Wien, Hegelgasse 8/13 untergebracht ist.
- d: Im Rahmen von Dialog Mobil (DIM) werden Klient_innen in Kooperation mit anderen Einrichtungen extern von Ärzt_innen, Sozialarbeiter_innen und Psycholog_innen des Dialog betreut, etwa in Polizeianhaltezentren oder Justizanstalten. Zudem werden telemedizinische Angebote durch diesen Standort abgedeckt.

An allen Standorten mit Klient_innenkontakt sind multiprofessionelle Teams beschäftigt, die sich aus Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen, Fachärzt_innen für Psychiatrie, Allgemeinmediziner_innen, Psychotherapeut_innen, Sozialpädagog_innen, Bürofachkräften etc. zusammensetzen.

Die Geschäftsführung, die fachlichen Leitungen sowie die Administration (Personal, Rechnungswesen und Controlling, Buchhaltung, Datenteam inkl. Datenschutzbeauftragte_r) sind in der Hegelgasse angesiedelt.

2. Vision, Mission, Werte, Leitsätze

2.1. Vision

Suchtkranke führen ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft. Diese wiederum anerkennt dieses selbstbestimmte Leben und nimmt auch die Potenziale, Qualitäten und Fähigkeiten von Suchtkranken wahr.

2.2. Mission

Als professionelle Einrichtung sind wir Ansprechpartner_innen, Interessensvertreter_innen und Begleiter_innen unserer Klient_innen auf dem Weg zu einer höheren Lebensqualität.

2.3. Werte

Die bestimmenden Werte des Dialog lauten:

- d: Wertschätzend: Wir begegnen unseren Klient_innen, Kund_innen und Fördergeber_innen mit Respekt und treten mit ihnen in einen offenen, interessierten Dialog. Dieser Anspruch gilt selbstverständlich uneingeschränkt auch innerhalb des Dialog.
- d: Humanistisch – akzeptierende Grundhaltung: Der Mensch und seine spezifischen Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt unseres beruflichen Handelns. Eigenverantwortung und Selbstbestimmung sind uns übergeordnete Ziele. Wir wenden uns zuerst jenen Menschen zu, die unserer Unterstützung am dringendsten bedürfen.
- d: Professionell: Wir garantieren unseren Klient_innen und Fördergeber_innen das Arbeiten nach geltenden Standards und investieren in Weiterbildung und Weiterentwicklung unserer Mitarbeiter_innen.
- d: Innovativ: Wir fördern neue Ideen und berücksichtigen gesellschaftliche Entwicklungen und neue Erkenntnisse in unserer Arbeit. Wir nehmen Veränderungen unseres Umfeldes und bei unseren Zielgruppen frühzeitig wahr und entwickeln zukunftsorientierte und nachhaltige Lösungen.

2.4. Unser Selbstverständnis

Durch den umfassenden Kompetenzaufbau seit der Gründung des Dialog entwickelte sich ein entsprechendes Selbstverständnis. Unsere Kernkompetenzen sind:

- d: die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker und suchtgefährdeter Personen und Angehöriger in einem ambulanten Setting durch multiprofessionelle Teams,
- d: die Unterstützung suchtkranker Personen auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben, insbesondere durch die Reintegration auf den Arbeitsmarkt,
- d: die Beratung und Schulung von Multiplikator_innen zum Thema Suchtprävention und Früherkennung,
- d: die Beratung von und Zusammenarbeit mit all jenen, die in ihrem Arbeitsfeld mit Sucht befasst sind,
- d: die Kooperation mit anderen Einrichtungen, um möglichst effektive integrierte Behandlungsprozesse für unsere Klient_innen zu gewährleisten.

Die Arbeit des Dialog ist gekennzeichnet durch

- d: den offenen Zugang zu unseren Angeboten für alle Konsument_innen, Angehörige und interessierte Personen und die individuelle Arbeit mit ihnen. Ethnische Herkunft, Muttersprache, Staatsbürgerschaft, Religion, Geschlecht, sexuelle Orientierung oder Alter werden als mögliche Ressource in der Betreuung gesehen,
- d: die gemeinsame Arbeit im multiprofessionellen Team,
- d: die Einbindung von Rückmeldungen von Klient_innen, des Feedbacks von Auftraggeber_innen sowie der Ideen von Mitarbeiter_innen zur ständigen Verbesserung und Weiterentwicklung unserer Arbeit und unserer Angebote,
- d: die professionelle und fachlich fundierte Öffentlichkeitsarbeit und das Setzen von Kommunikationsmaßnahmen, welche die Expert_innenrolle des Dialog und der Mitarbeiter_innen unterstreichen.

Unsere Haltungen und Handlungen sind geprägt durch

- d: die Orientierung an den Bedürfnissen der Zielgruppen in der medizinischen, sozialen, psychologischen oder therapeutischen Arbeit,
- d: die Befähigung zur oder die Stärkung der Selbstbestimmung als grundsätzliches Ziel jeder Intervention,
- d: die Verschwiegenheit und den verantwortungsvollen Umgang mit uns anvertrauten Informationen,
- d: ein partizipatives und lösungsorientiertes Leitungsverständnis,
- d: das Bekenntnis zu überprüfbarer Qualität in allen Bereichen unserer Arbeit mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung,

- d: den verantwortungsbewussten und transparenten Umgang mit uns zur Verfügung gestellten Mitteln.

3. Qualitätspolitik

3.1. Grundsätze der Qualitätspolitik des Dialog

Der Dialog arbeitet seit seiner Gründung kontinuierlich an der Weiterentwicklung seiner Angebote. Die Arbeit in interdisziplinären Teams, regelmäßige berufliche Weiterbildung, Arbeit unter Supervision, strukturierte Weiterentwicklung von Zielen und Strategien und andere Maßnahmen der Qualitätssicherung sind für uns im Lauf der Jahre zur Selbstverständlichkeit geworden.

Durch den Beschluss, alle Aktivitäten im Rahmen von Qualitätsmanagement entsprechend der Europäischen Norm EN ISO 9001:2000 (und in Folge 9001:2015) zu systematisieren, wurden diese und andere Standards und Abläufe in Form von Prozessen verschriftlicht und sind intern einsehbar.

Ausgehend von den Leitsätzen ergeben sich folgende Grundlagen des Qualitätsmanagementsystems (QMS):

Das QMS des Dialog hat alle relevanten Interessensträger_innen zu berücksichtigen, im Detail:

- d: unsere Klient_innen und Kund_innen als Leistungsempfänger_innen,
- d: unsere Klient_innen und Kund_innen als Auftraggeber_innen (beinhaltet auch unsere Fördergeber_innen),
- d: die operativen, administrativen und leitenden Mitarbeiter_innen als grundlegenden Qualitätsfaktor und Leistungserbringer_innen
- d: die Kooperationspartner_innen, insbesondere für die Klient_innen und Kund_innen wesentliche Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems, aber auch Lieferant_innen im Sinne von Leistungsermöglicher_innen
- d: die Gesellschaft, definiert durch Fachöffentlichkeit, regionale Öffentlichkeit und allgemeine Öffentlichkeit
- d: sowie die Gesamtorganisation, vertreten durch den Vereinsvorstand als Eigentümerversorger und die Geschäftsführung.

Die Produktqualität, also die Qualität der Leistungen für unsere Klient_innen und Kund_innen, hat höchste Priorität. So wird gewährleistet, dass die Arbeit für Klient_innen und Kund_innen auf deren Bedarf ausgerichtet ist und auf hohem fachlichen Niveau erfolgt. Im Sinne von Professionalität und Verantwortung für öffentliche Mittel ist weiters auf Prozessqualität zu achten. So werden Effizienz, Nachvollziehbarkeit und Sparsamkeit gewährleistet.

Das Qualitätsmanagementsystem zielt auf die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Organisation ab. Für alle Leitungspersonen zählt die Mitarbeit am QMS zu den Kernaufgaben.

Besonderes Augenmerk wird auf die Einbeziehung der Mitarbeiter_innen gelegt. Nicht nur soll der Nutzen des Qualitätsmanagementsystems durch Transparenz für alle im Alltag spürbar sein, es werden darüber hinaus Maßnahmen gesetzt, Mitarbeiter_innen konkret in die Entwicklung zu integrieren. Dies geschieht zum Beispiel durch die Einsetzung von Prozessbeauftragten, durch regelmäßige Information zu Themen des Qualitätsmanagements, durch die Ausbildung von internen Auditor_innen, durch Besuche des Qualitätsbeauftragten in den Teams oder durch die Vermittlung und Bewerbung von QM-Tools. Zudem sichert der Prozess Entwicklung und Innovation, dass Mitarbeiter_innen ohne großen Aufwand Ideen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Angebote einbringen können.

3.2. Geltungsbereich des Qualitätsmanagementsystems

Das Qualitätsmanagementsystem gilt an allen Standorten über alle Bereiche und Prozesse. In den Prozessbeschreibungen, Standards und Leitlinien sind ergänzend zu diesem Handbuch alle Tätigkeitsbereich erfasst. Bei der Auswahl von externen Dienstleister_innen legen wir nicht nur Wert auf die qualitativ hochwertige Leistung (siehe Lieferant_innenbewertung), sondern auch auf eine größtmögliche Übereinstimmung mit unseren Werten. Externe Dienstleistungen betreffen vor allem:

- d: Betriebsärztliche Tätigkeiten
- d: Hygienebeauftragte
- d: Supervision und Coaching
- d: Externe Referent_innen für Veranstaltungen
- d: Labor (insbesondere für Harntests)
- d: Personalverrechnung
- d: Zusammenarbeit im Rahmen von Qualitätsmanagement (externe Auditor_innen)
- d: Reinigungs- und Instandhaltungsarbeiten
- d: Finanzbuchhaltung
- d: Steuerberatung
- d: Ergebnisprüfung
- d: Videodolmetsch (SAD)
- d: Audits
- d: Punktuelle Aufträge (Druckereien, Grafikbüros etc.)

3.3. Leitungsprozess

Die Strategie des Dialog wird von der Geschäftsführung erarbeitet und in Abstimmung mit dem Vorstand (als Eigentümervertreter) festgelegt. Die Leitung operationalisiert die Strategie, leitet Ziele ab und verfolgt deren Umsetzung anhand messbarer Entwicklungen. Zum Leitungsteam gehören die Geschäftsführer_in, deren Stellvertreter_in, die wirtschaftliche Leiter_in, die ärztliche und psychosoziale Leiter_in, die Leiter_in vom Qualitätsmanagement, die Hausleiter_innen, die ärztlichen Leiter_innen der Standorte sowie die

Prozessverantwortlichen. Die Steuerung erfolgt nach dem PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act). Im Leitungsprozess sind der Zielfindungs- und der Budgetierungsprozess inkludiert. Die Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführung und Eigentümervertretung ist im Gesellschaftsvertrag und der Geschäftsordnung geregelt.

3.4. Klient_innen- und Kund_innenprozess

Der Dialog verfügt über einen Schlüsselprozess, der sämtliche Tätigkeiten umfasst, die unseren Klient_innen und Kund_innen zugute kommen, also die Beratung, die Abklärung, die psychosoziale Betreuung, die medizinische Behandlung, Gruppen- und Kursangebote sowie Präventions- und Weiterbildungsveranstaltungen. Dieser Klient_innen- und Kund_innenprozess beschreibt, wie Interessent_innen zu uns kommen, wie die Entscheidung über die Aufnahme in einzelne Angebote erfolgt, wie diese ablaufen und wie das Ende eines Angebots definiert werden kann.

3.5. Unterstützungsprozesse

Folgende Bereiche werden im Rahmen des Qualitätsmanagements als unterstützende Prozesse definiert und dargestellt:

3.5.1. Personalmanagement

Der Prozess Personalmanagement beschreibt das Prozedere der Auswahl, Aufnahme und Einschulung von Mitarbeiter_innen. Das Feld Weiterbildungen wird ebenso dargestellt wie die Mitarbeiter_innengespräche. Auch das Vorgehen bei Beendigung eines Dienstverhältnisses findet sich in diesem Prozess. Neben der Erfassung aller Belange von Angestellten, freien Dienstnehmer_innen und Zivildienstleistenden im Dialog wird auch der Ablauf eines Praktikums beschrieben.

3.5.2. Entwicklung und Innovation

Im Prozess Entwicklung und Innovation geht es um die Möglichkeiten, unkompliziert Ideen zu äußern, zu bewerten und gegebenenfalls umzusetzen. Zudem werden der Umgang mit Projekten geregelt und die Kommunikation über Entwicklungen über die Häuser hinweg sichergestellt.

3.5.3. Daten

Der Prozess Daten liefert die Grundlage für den Umgang mit Informationen von und über unsere Klient_innen, Kund_innen und Mitarbeiter_innen. Dabei werden auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen (Datenschutz) sowie interner Vereinbarungen Regeln definiert sowie das Prozedere beim Erstellen von Statistiken und sensiblen Dokumenten dargestellt.

3.5.4. IT/Netzwerk

Der IT-Prozess richtet sich einerseits an User_innen der EDV im Dialog, andererseits an IT-Netzwerkverantwortliche. Somit werden nicht nur die Grundsätze bei der Benützung transportiert, sondern auch technische Prozesse für die Sicherheit, Wartung, Instandhaltung und Fehlerkorrektur aufgezeigt.

3.5.5. Beschaffung

Im Prozess Beschaffung findet sich der Ablauf bei Bestellungen und Einkäufen in Abstimmung mit den Förderbestimmungen wieder. Die Auswahl und Bewertung der Lieferant_innen wird ebenso beschrieben wie der Bereich der Instandhaltung.

3.5.6. Audits

Im Prozess Audits werden die Planung, die Organisation, die Durchführung und die Ergebnissicherung von externen sowie internen Audits im Dialog beschrieben.

4. Kommunikation

Sowohl die interne als auch die externe Kommunikation sind im Dialog klar geregelt. Gerade in einem sensiblen Bereich wie Sucht und Drogen in seiner politischen und sozialen Dimension sind klare Regelungen notwendig, die Positionierung in der Öffentlichkeit obliegt der Leitung. Die Weitergabe von Daten über unsere Klient_innen ist im Prozess Daten geregelt, die Nutzung digitaler Medien im Arbeitsalltag (Internet etc.) im Prozess IT/Netzwerk.

4.1. Kommunikation nach außen

Die externe Kommunikation findet auf unterschiedlichen Ebenen statt:

Schriftliche Informationen über den Dialog und seine Aktivitäten werden nach Absprache mit der zuständigen Leitungsperson, in letzter Instanz jedoch von der Geschäftsführung, vor der Veröffentlichung freigegeben. Dies gilt insbesondere für Berichte an Auftraggeber_innen oder andere öffentliche Stellen sowie für Pressekontakte.

Mündliche Informationsweitergabe erfolgt nach Absprache in unterschiedlichen (Vernetzungs-)Foren, Austauschtreffen und themenspezifischen Besprechungen / Arbeitskreisen, in die Mitarbeiter_innen auf Grund ihrer Funktion entsandt werden. Vorab wird geklärt, welche Inhalte thematisiert werden. Interviews werden nur in Absprache mit der Geschäftsführung gegeben, wobei die betreffende Mitarbeiter_in klar zwischen den Positionen des Dialog und eigenen Ansichten differenzieren muss.

4.1.1. Homepage

Eine besondere Form der Kommunikation stellt die Homepage dar, die vom Team „Kommunikationsplattform“ (KPF) betrieben wird. Dessen Leitung wird von der Geschäftsführung wahrgenommen. Es sorgt für die regelmäßige Wartung der Homepage, Artikel von Mitarbeiter_innen werden vorab von der Geschäftsführung freigegeben.

4.2. Interne Kommunikation

Die interne Kommunikation erfolgt in unterschiedlichen fixen Gremien und variablen Arbeitssitzungen:

- d: Die Generalversammlung findet jährlich statt. Alle drei Jahre wählen die Mitglieder des Vereins den Vorstand. Die Aufgaben der Generalversammlung sind in den Statuten festgelegt.
- d: In den vierteljährlich stattfindenden Eigentümerbesprechungen informiert die Geschäftsführung mit Unterstützung anderer Leitungspersonen den Vorstand über die Aktivitäten der gGmbH. Zudem werden hier strategische Weichen unter Berücksichtigung möglicher Risiken gestellt.
- d: Zur operativen Steuerung des Dialog finden vierzehntägig Besprechungen der Steuerungsgruppe (SG), in der neben der Geschäftsführer_in, deren Stellvertreter_in, der wirtschaftlichen Leiter_in, der ärztlichen und dem psychosozialen Leiter_in und der Leiter_in vom Qualitätsmanagement auch die Prozessverantwortlichen, Hausleiter_innen und die ärztliche Standortleiter_in vertreten sind, statt. Fünfmal im Jahr werden Steuerungsgruppen erweitert, um den aktuellen Stand von vereinbarten Entwicklungen zu überprüfen bzw. zukünftige Angebote und Maßnahmen zu planen. Darüber hinaus können themenspezifische Besprechungen einberufen werden, zu denen die dafür notwendigen Personen eingeladen werden.
- d: In den Hausteams, die wöchentlich bis einmal im Monat stattfinden, werden Klient_innen und Organisatorisches besprochen. Die Hausleiter_in fungiert hier als Schnittstelle der Kommunikation zwischen Geschäftsführung und Mitarbeiter_innen.
- d: Das standardisierte Mitarbeiter_innengespräch findet mindestens einmal jährlich zwischen Mitarbeiter_in und direkter Vorgesetzten statt. Unter anderem wird hier der Entwicklungsplan der jeweiligen Mitarbeiter_in besprochen.
- d: Supervision und Intervention für die Fallarbeit sind fixer und verpflichtender Standard in der Klient_innen- und Kund_innenarbeit.
- d: In anderen Kommunikationsforen, wie dem Fachforum, inhaltlichen Arbeitsgruppen, dem Prozessteam etc. finden sich Mitarbeiter_innen mit und ohne Leitungsfunktion.
- d: Dialog im dialog, das viermal im Jahr stattfindet, dient zum direkten Austausch zwischen Geschäftsführung, den fachlichen Leiter_innen und operativen Mitarbeiter_innen.
- d: Zusätzlich findet einmal jährlich eine mehrtägige standortübergreifende Klausur statt, die zur Abstimmung nach innen ebenso dient wie zur Wissensvermittlung zu arbeitsbezogenen Themen. Häuserklausuren finden in unregelmäßigen Abständen statt.

4.2.1. dialog:inside

Eine besondere Form der internen Kommunikation stellt dialog:inside (d:i), das Intranet, dar. Jede Mitarbeiter_in hat die Möglichkeit, Artikel oder Kommentare zu verfassen und über dieses Medium zu veröffentlichen. Um den Informationsfluss zu gewährleisten, sind alle Mitarbeiter_innen verpflichtet, sich regelmäßig und selbstständig mit den Inhalten von dialog:inside vertraut zu machen. Die Verantwortung für d:i liegt beim KPF-Team.

5. Dokumentenlenkung

Dokumente im Dialog sind insofern gelenkt, als die Urheberschaft, der Erstellungszeitpunkt sowie die Aktualität bestmöglich nachvollziehbar gemacht werden. Der Umgang mit elektronischen Dokumenten sowie mit Daten von Klient_innen in elektronischer Form sowie auf Karteikarten ist im Prozess Daten geregelt, ebenso der Umgang mit von Klient_innen beigebrachten externen Dokumenten. Im Sinne des Schutzes des Eigentums werden keine Originaldokumente von Klient_innen aufbewahrt, sondern nur Kopien / Scans. Weiters werden alle Vorkehrungen im Sinne des erforderlichen Datenschutzes (insbesondere der Datenschutzgrundverordnung vom Mai 2018) vom Dialog getroffen.

5.1. Erstellung von Dokumenten

Jede Mitarbeiter_in im Dialog ist berechtigt, Dokumente zu erstellen. Entsprechende Dokumentenvorlagen sind im Dokumentationssystem bzw. auf dem Terminal Server zu finden.

Dokumente, die zur internen Verwendung gedacht sind, weisen den Namen der Ersteller_in und das Erstelldatum auf. Dazu zählen etwa Protokolle.

Dokumente, die in Form von Arbeitsmaterialien Kund_innen und Klient_innen zur Verfügung gestellt werden, sind mit dem Namen der Ersteller_in und dem Erstelldatum versehen. Zudem ist darauf zu achten, dass das Logo des Dialog sowie die Logos etwaiger Geldgeber_innen aufscheinen. Dazu zählen etwa Briefe an Klient_innen oder Bestätigungen.

5.2. Prozessdokumentation

Sämtliche unter Punkt 3 angeführten Prozesse sind in einer Prozessbeschreibung dargestellt, die sich mit Versionsnummer in der jeweils aktuellen Version auf dem Terminal Server befinden. Bei den mitgeltenden Unterlagen unterscheiden wir:

- d: Standards: Diese stellen Vereinbarungen zu übergeordneten Themen unserer Arbeit dar, die über eine konkrete Situation hinausgehen. So wird etwa das Thema Gender Mainstreaming dargestellt.

- d: Leitlinien: Leitlinien legen Regeln für bestimmte Arbeitsbereiche fest und sind verbindlich einzuhalten. So werden zum Beispiel die Abgabe von Benzodiazepinen oder der Umgang mit gerichtlichen Weisungen geregelt.
- d: Helpsheets: Um den Umgang mit ganz konkreten Situationen zu erleichtern und den Mitarbeiter_innen Hilfestellungen zu geben, existieren Helpsheets. Diese zeigen Vorgehensweisen bei konkreten Problemen auf, etwa was zu tun ist, wenn der PC nicht funktioniert oder wie eine Vermittlung zu einer kooperierenden stationären Einrichtung erfolgt.

6. Fehlermanagement

Der Dialog bekennt sich zu einem aktiven Fehlermanagement, das dem Vermeiden von Fehlern gegenüber der Fehlerbehebung den Vorzug gibt. Das bedeutet, dass bei allen Aktivitäten und Arbeitsschritten, die neu implementiert werden, das Fehlerrisiko mitbedacht und nach Möglichkeit minimiert wird.

Wenn trotz aller präventiven Maßnahmen Fehler passieren, so ist die Fehlerbehebung mit der Auseinandersetzung mit den Fehlerursachen gekoppelt. Grundsätzlich gilt: Naming statt Blaming. Das heißt: Die Fehlerbehebung wird durch die betroffenen Mitarbeiter_innen und deren direkte Vorgesetzte vorgenommen. Die Reflexion zur Fehlervermeidung wird von der einzelnen Mitarbeiter_in entkoppelt und passiert entweder im Gespräch mit der Mitarbeiter_in (z.B. Fehler auf Grund von Unwissenheit), im Hausteam (z.B. Handhabung einer hausinternen Vereinbarung) oder in der SG (z. B Fehler, der auch in anderen Häusern auftreten könnte oder zu einer Veränderung des Prozesses führen sollte). Dadurch soll eine offene Diskussion über Fehler erleichtert werden. Die Beseitigung von Fehlerursachen geht mit der Fehlerprävention einher.

Da der Dialog in einem sehr sensiblen Feld tätig ist, in dem auch Personen zu Schaden kommen können, existiert eine Haftpflichtversicherung. Zudem ist die Frage der Haftung durch unterschiedliche Gesetze (z.B. Ärzt_innengesetz) geregelt.

Fahrlässiges Handeln oder bewusstes Fehlverhalten von Mitarbeiter_innen wird nicht als Fehler gewertet. Das Vorgehen in diesem Fall wird in der entsprechenden Leitlinie zum Prozess Personalmanagement geregelt.

7. Risikomanagement

Da der Dialog in einem gesellschaftspolitisch sensiblen Bereich tätig ist und zudem hauptsächlich von unterschiedlichen öffentlichen Auftraggebern finanziert wird, sind Positionierungen und Innovationen immer im Kontext der Öffentlichkeit zu sehen. Zudem verstehen wir uns als Lobbyist_innen für unsere Zielgruppe, die von Veränderungen zumeist direkt betroffen ist.

Das Risikomanagement berücksichtigt daher die Auswirkungen von Aktivitäten auf die Klient_innen / Kund_innen, Mitarbeiter_innen, Auftraggeber_innen und die Öffentlichkeit. Einer Bewertung werden sowohl Neuerungen, die von außen kommen, unterzogen (etwa

neue gesetzliche Bestimmungen, Veränderungen bei den Auftraggeber_innen) als auch laufende Angebote (z.B. durch Controlling oder die Veröffentlichung der Entwicklung der Klient_innenzahlen). Bei Projekten gilt es, auf Basis einer Ressourcen- und Risikoeinschätzung eine Entscheidung über die Dauer der Erprobungsphase, die Messgrößen und die Umsetzung zu treffen.

Finanzielle Risiken werden durch eine enge Verzahnung der Bereiche Daten, Controlling, Geschäftsführung und Umsetzungsverantwortlichen evaluiert und minimiert. Konkret werden die Hausleiter_innen laufend über Klient_innen- und somit Budgetzahlen informiert.

Notwendige Korrekturmaßnahmen werden in den entsprechenden Steuerungsgruppen besprochen. In den Vorstandssitzungen werden quartalsweise Soll- und Ist-Zahlen verglichen und gegebenenfalls strategische Änderungen beschlossen.

In einer Risikolandkarte werden die bedeutendsten Risiken aufgelistet und bewertet.

Maßnahmen, um diesen zu begegnen, werden laufend in der SG überprüft. Neue Risiken werden in der Landkarte ergänzt.

8. Kontinuierliche Verbesserung

Der Dialog ist an einer kontinuierlichen Verbesserung seiner Angebote und seiner Prozesse im Sinne der Klient_innen und Kund_innen interessiert. Durch die Festschreibung der Innovation als Wert ist das Streben nach Verbesserung auf strategischer Ebene verankert. Folgende Instrumente dienen im Besonderen zur Optimierung der Arbeit:

- d: Feedback: wird sowohl von Klient_innen, Kund_innen und Auftraggeber_innen als auch von Mitarbeiter_innen in strukturierter Form eingeholt und ist eine wichtige Messgröße fürs Qualitätsmanagement an sich.
- d: Beschwerdemanagement: existiert häuserübergreifend und gibt Hinweise auf konkreten Verbesserungsbedarf.
- d: Interne und externe Audits: eröffnen die Möglichkeit, Bestehendes kritisch zu hinterfragen, einen anderen Blickwinkel zuzulassen und Anregungen in strukturierter Form aufzunehmen und umzusetzen.
- d: Prozess Entwicklung und Innovation: ermutigt Mitarbeiter_innen, rasch und unkompliziert Ideen zu äußern (Ideenpool).
- d: Prozessbeauftragte: sammeln vor Ort Informationen über Veränderungen in der alltäglichen Arbeit und sorgen für den kontinuierlichen Austausch über Entwicklungen an den Standorten.

Entwicklungen werden dokumentiert und nachvollziehbar dargestellt. Besonderer Wert wird dabei auf eine häuser- und prozessübergreifende Kommunikation von Veränderungen gelegt. Auch Ideen, die nicht sofort umsetzbar sind, werden gespeichert, um Ergebnisse von Vorarbeiten zu einem anderen Zeitpunkt abrufbar zu haben. Kontinuierliche Verbesserung ist somit nicht ein einzelner Prozess, vielmehr drückt sich darin die Haltung des gesamten Dialog aus.