



Qualitätsrichtlinien GR / SODK Ost+ für Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung (invalide Personen gemäss IFEG)

Inhalt

1.	Sinn und Zweck der Qualitätsrichtlinien	2
2.	Anwendung der Qualitätsrichtlinien.....	2
3.	Gesetzliche Grundlage	2
4.	Definitionen.....	3
5.	Übersicht über die Inhalte der Qualitätsrichtlinien.....	3
6.	Qualitätsrichtlinien	4

1. Sinn und Zweck der Qualitätsrichtlinien

Die Mitgliederkantone Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen, Schaffhausen und Thurgau der Sozialdirektorenkonferenz Ostschweiz (SODK Ost) sowie der Kanton Zürich (SODK Ost+) bezwecken mit den vorliegenden Qualitätsrichtlinien die Basis zu legen, um

- den Schutz der Persönlichkeit und der Unversehrtheit der Klient/innen zu gewährleisten,
- die Selbstbestimmung und Autonomie der Klient/innen zu fördern
- sowie die Leistungserbringung auf die Zufriedenheit und Lebensqualität der Klient/innen auszurichten.

Die hier festgelegten Qualitätsstandards und -indikatoren basieren auf den gemeinsamen und verpflichtenden Qualitätsgrundsätzen der SODK Ost+ und bilden den Konsens dieser Kantone.

Die Kantone sind gemeinsam dafür verantwortlich, diese Qualitätsrichtlinien mindestens alle sechs Jahre zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen (im Sinne von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung).

Es steht den Kantonen frei, die vorliegenden Qualitätsrichtlinien sinngemäss für die rechtliche Verankerung umzuformulieren oder durch weitere Indikatoren zu ergänzen, insbesondere auf der Ebene des Leistungsvertrages. Die Konferenz der Amtsleiter und Amtsleiterinnen der SODK Ost+ ist zuständig für die Sammlung und Überwachung der Anpassungen und Umformulierungen in den Kantonen sowie für die periodische Überprüfung und die Formulierung von Anpassungsvorschlägen der Qualitätsrichtlinien. Die Kantone sind verpflichtet, Änderungen und Anpassungen an die Konferenz der Amtsleiterinnen und Amtsleiter zu kommunizieren.

2. Anwendung der Qualitätsrichtlinien

Es wird vorausgesetzt, dass schriftliche Grundlagen der Einrichtungen, welche die Organisation, Führung, Finanzierung oder Leistungen beschreiben, auch entsprechend angewendet werden. Die in diesem Dokument festgehaltenen Qualitätsrichtlinien für Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung umfassen Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren. Diese beinhalten Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ergebnisbezogene Qualitätsstandards und -indikatoren in diesem Dokument sind: Selbstbestimmung und Gewährleistung der Privat- und Intimsphäre, Zielorientierung sowie Vernetzung. Überdies wird bei allen Struktur- und Prozessindikatoren davon ausgegangen, dass sie umgesetzt werden müssen und damit die erwünschte Wirkung erzielen sollen, bspw. dass die Klient/innen ausgewogen ernährt sind. Alle Qualitätsvorgaben verfolgen das Ziel der Zufriedenheit und der Lebensqualität der Klient/innen im Wohnen sowie in der Tagesstruktur.

Alle Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung, welche über eine Betriebsbewilligung verfügen, haben diese Qualitätsrichtlinien unabhängig davon zu erfüllen, ob sie über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem verfügen oder nicht.

Rechtliche Bestimmungen zum Erwachsenenschutz und zum Datenschutz sowie Vorschriften von Baubehörden, Feuerpolizei, Lebensmittelkontrolle, etc. sind von den Einrichtungen einzuhalten und sind zwecks Vermeidung von Doppelregelungen nicht Teil dieser Empfehlungen.

3. Gesetzliche Grundlage

Art. 5, 15 und 32 des Gesetz zur sozialen und beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung (Behindertenintegrationsgesetz, BIG; BR 440.100)

Art. 2 - 8 der Verordnung zur sozialen und beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung (Behindertenintegrationsverordnung, BIV; BR 440.100)

4. Definitionen

Die folgenden in den Qualitätsrichtlinien verwendeten Bezeichnungen bedürfen für die Verständlichkeit einer Erklärung:

- Mitarbeitende = Angestellte, Personal, wie zum Beispiel Gruppenleiter/innen und Betreuer/innen
- Klient/innen = Bewohner/innen, Mitarbeiter/innen mit Behinderung, betreute, Menschen mit Behinderung
- Tagesstruktur = Tätigkeit tagsüber mit und ohne Arbeitsvertrag (ehemalige Bezeichnungen: Beschäftigungs-, Werk- und Tagesstätten)

5. Übersicht über die Inhalte der Qualitätsrichtlinien

Ind Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?
Themenbereich Grundlagen	
1	Es besteht ein Leitbild.
2	Es bestehen Grundlagen, welche die strategische Führung und Organisation beschreiben.
3	Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben. <ul style="list-style-type: none"> - Aufbau- und Ablauforganisation - Vernetzung - Qualitätssicherung und -entwicklung - Personalmanagement - Lohnsystem
4	Es bestehen Grundlagen, welche die Finanzierung beschreiben.
5	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben. <ul style="list-style-type: none"> - Betreuung und Begleitung - Tagesstruktur - Freiheitsbeschränkende Massnahmen - Sicherheit - Ernährung - Gesundheitsversorgung - Hygiene und Raumpflege
Themenbereich Organisation und Infrastruktur	
6	Bauten, Ausstattung inkl. Einrichtungen sind zweckmässig und klientengerecht.
Themenbereich Personal und Führung	
7	Die Leitung ist fachlich und persönlich geeignet für die Führung der Einrichtung.
8	Das Personal ist fachlich und persönlich geeignet für seine Tätigkeiten und entspricht in der Anzahl dem Betreuungsbedarf.
Themenbereich Klient/innen und Fachlichkeit	
9	Die Rechte und Pflichten der Klient/innen sind schriftlich festgehalten.
10	Die seelische, geistige und körperliche Integrität der Klient/innen ist geschützt.
11	Das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Privat- und Intimsphäre der Klient/innen sind gewahrt.
12	Die Aufnahme-, Übertritts- und Austrittsverfahren sind transparent und nachvollziehbar geregelt.
13	Es wird mit Klient/innen zielorientiert gearbeitet und die Zielorientierung ist schriftlich nachvollziehbar.
14	Die Angehörigen und/oder gesetzliche Vertretung sind angemessen einbezogen und ihre Interessen ausreichend berücksichtigt.

6. Qualitätsrichtlinien

Indikator Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Basisqualität Leitfrage: Welche Qualität muss erfüllt sein, um die staatliche Schutzpflicht bestmöglich wahrnehmen zu können?
Grundlagen		
1	Es besteht ein Leitbild.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das Leitbild liegt schriftlich vor und beschreibt: <ol style="list-style-type: none"> a. den Auftrag der Einrichtung (Mission) b. das Tätigkeitsgebiet der Einrichtung c. die Grundhaltungen, das Menschenbild und die obersten Ziele, nach denen sich das Handeln aller Beteiligten zu richten hat. 2. Das Leitbild ist datiert und seine Überprüfung terminiert. 3. Die Inhalte des Leitbilds sind allen Mitarbeitenden bekannt. 4. Die Konzepte der Einrichtung sind aus dem Leitbild abgeleitet 5. Das Leitbild wird in der Strategie, den Zielen und Massnahmen umgesetzt.
2	Es bestehen Grundlagen, welche die strategische Führung und Organisation beschreiben. ¹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rechtsform und Organisation der Einrichtung sind geregelt. 2. Es bestehen eine Stiftungsurkunde oder Statuten. 3. Es besteht ein Eintrag im Handelsregister. 4. Die strategisch-operative Trennung ist personell und organisatorisch gewährleistet. Es liegt ein Organigramm vor, aus welchem diese strategisch-operative Trennung hervorgeht. 5. Die Gewaltentrennung erfüllt folgende Bedingungen: <ol style="list-style-type: none"> a. Der/die Präsident/Präsidentin und die operative Leitung der Einrichtung dürfen nicht verwandtschaftlich (1. oder 2. Grad), persönlich und/oder in enger gemeinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden sein. b. Das strategische Gremium setzt sich aus mindestens drei gleichberechtigten Personen zusammen, wobei maximal zwei Mitglieder verwandtschaftlich und/oder in enger gemeinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden sein dürfen; ist eine solche Beziehung vorliegend, so setzt sich das Organ aus mindestens fünf gleichberechtigten Mitgliedern zusammen. c. Die operative Leitung, deren Stellvertretung und die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung dürfen kein Stimmrecht im strategisch leitenden Organ haben. 6. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der strategischen Führung sind festgehalten, insbesondere deren Unabhängigkeit (Pflichtenhefte etc.). Die Vorstandsmitglieder der Trägerschaft können ihre Erfahrungen in ihrer Zuständigkeit nachweisen. 7. Die Mitglieder des strategischen Gremiums und der internen Aufsicht sind namentlich bekannt. 8. Die strategische Ebene stellt die interne Aufsicht sicher. Die interne Aufsicht: <ol style="list-style-type: none"> a. erteilt Aufgaben und Kompetenzen und stellt die Kommunikation im Betrieb sicher, so dass die operative Leitung die definierten Leistungen in definierter Qualität und Wirtschaftlichkeit erbringt. b. gewährleistet die periodische Überprüfung der Dienstleistungen. c. verfasst jährlich einen Bericht zu ihrer Tätigkeit. 9. Das Beschwerdeverfahren ist geregelt und den Klient/innen und Angehörigen bekannt. Eine in die direkte Betriebsführung nicht involvierte Beschwerdeinstanz ist bestimmt. 10. Alle Akteursgruppen (Klient/innen, Angehörige, gesetzliche Vertretung, Mitarbeitende, operative und strategische Führung, ev. weitere) wissen, wo sie im Konfliktfall Beschwerde einlegen können.

¹ Bei eingeschränkten Betreuungsangeboten können die organisatorischen Anforderungen reduziert werden

Indikator Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Basisqualität Leitfrage: Welche Qualität muss erfüllt sein, um die staatliche Schutzpflicht bestmöglich wahrnehmen zu können?
3a	Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben.	<p><i>Aufbau- und Ablauforganisation</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Organisation einer Einrichtung richtet sich nach dem Betreuungsbedarf der aufzunehmenden Personen. 2. Die Einrichtung verfügt über eine klare Aufbau- und Ablaufstruktur mit klaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten (Organigramm, Pflichtenhefte). 3. Es besteht ein aktuelles und klar formuliertes Organisations- resp. Qualitätshandbuch, welches die notwendigen Grundlagen, Konzepte, Regelungen, Vorlagen und Vertragsmuster mit Klient/innen und Mitarbeitenden einer Einrichtung enthält. 4. Der Datenschutz ist gewährleistet.
3b	Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben.	<p><i>Vernetzung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einrichtung arbeitet vernetzt und strebt die Zusammenarbeit mit betriebsrelevanten Aussenstellen an.
3c	Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben.	<p><i>Qualitätssicherung und -entwicklung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einrichtung gewährleistet sowohl die struktur- wie auch die prozessorientierte Qualitätssicherung und -entwicklung und setzt sich mit Ergebnissen und Wirkungen auseinander: <ol style="list-style-type: none"> a. Die Leitung stellt sicher, dass die Qualität der Dienstleistungen und der Einrichtung sowie die schriftlich-konzeptionellen Grundlagen regelmässig überprüft werden und nimmt entsprechende Verbesserungen vor. b. Das QM regelt die periodische Beurteilung der erbrachten Dienstleistungen und der Einrichtung (mind. einmal jährlich), verfügt über die dazu notwendigen Instrumente und Regelungen und beschreibt auch das Vorgehen bei festgestellten Verbesserungsfeldern. c. Die Entwicklungen sind in geeigneter Form nachgewiesen. d. Die Zufriedenheit bzw. Lebensqualität der Klient/innen ist regelmässig erhoben und die Ergebnisse sowie diesbezügliche Massnahmen sind dokumentiert.
3d	Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben.	<p><i>Personalmanagement</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jede/r Mitarbeiter/in hat einen rechtsgültigen Arbeitsvertrag. 2. Die pro Funktion bestehenden Kompetenzen und Verantwortungsbereiche sind dokumentiert und den Mitarbeitenden bekannt (Stellenbeschreibung/Pflichtenheft). 3. Die Mitarbeitenden arbeiten entsprechend den mit ihrer Funktion verbundenen Kompetenzen und Verantwortungsbereichen. 4. Form und Häufigkeit der Beurteilungs- und Fördergespräche sind festgehalten. 5. Die Mitarbeitenden werden (intern oder extern) regelmässig weitergebildet. Die Personalaus-, Weiter- und Fortbildung ist zielgerichtet, zeitgemäss und leitbildbezogen.
3e	Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben.	<p><i>Lohnsystem Personal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es existiert ein für den Kanton transparentes Lohnsystem. <p><i>Lohnsystem Klient/Innen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeitsleistungen der Mitarbeitenden mit Behinderung werden entlohnt. 2. Die Mitarbeitenden mit Behinderung werden aufgrund transparenter Kriterien entlohnt.
4	Es bestehen Grundlagen, welche die Finanzierung beschreiben.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Grundlagen geben Auskunft über: <ol style="list-style-type: none"> a. die finanzielle Situation (Erfolgsrechnung und Bilanz) b. die prognostizierten finanziellen und betrieblichen Entwicklungen (Budget und 3-Jahres-Finanzplan). 2. Diese Grundlagen belegen die finanziell gesicherte Situation der Einrichtung und

Indikator Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Basisqualität Leitfrage: Welche Qualität muss erfüllt sein, um die staatliche Schutzpflicht bestmöglich wahrnehmen zu können?
		<p>sind offen ausgewiesen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Die Einrichtung führt ihren Betrieb wirtschaftlich und nach einer auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen basierenden einheitlichen Rechnungslegung. 4. Es ist eine unabhängige Revisionsstelle bestimmt, welche die Jahresrechnung prüft. 5. Die Kostenbeteiligung der Klient/innen (Taxe und Hilflosenentschädigung) und /oder allfällige weitere Kostenbeteiligungen sind geregelt.
5a	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	<p><i>Betreuung und Begleitung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die schriftlichen Grundlagen zur Betreuung und Begleitung geben Auskunft darüber, woran sich die Betreuungs- und Begleitungsarbeit fachlich und methodisch orientieren. 2. Das Betreuungsangebot einer Einrichtung richtet sich nach dem spezifischen Betreuungsbedarf der aufzunehmenden Personen. Das Wohlbefinden und die Lebensqualität stehen dabei im Zentrum der Betreuungsleistung. 3. Die schriftlichen Grundlagen geben Auskunft über die folgenden Punkte: <ol style="list-style-type: none"> a. Zielgruppen (Alter, Geschlecht, Behinderung, etc.) b. Geschichte der Einrichtung c. Leistungen im Wohnen und in der Tagesstruktur d. Aussenbeziehungen e. Stellenplan differenziert nach Fachbereichen f. Personaleinsatzplan pro Angebot g. Grundsätze der Entwicklungsplanung h. Selbstbestimmung und Autonomie der Klient/innen (Rechte und Pflichten) / Förderung der Selbstständigkeit der Klient/innen i. Einbezug von Angehörigen bzw. der gesetzlichen Vertretung j. Anzahl und Art der verfügbaren Plätze und Standorte k. Aufnahme- und Austrittsverfahren l. Interne Übertrittsverfahren m. Organisation von behinderungsbedingt notwendigen Fahrten (Tagesstruktur) n. Tagesablauf (Tagesstruktur etc.) pro Angebot o. Zusammenarbeit und Austausch mit externer Tagesstruktur p. Öffnungs- und Betriebstage pro Angebot q. Entwicklungsabsichten/ Zukunftsperspektiven r. Taxordnung als Beilage
5b	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	<p><i>Tagesstruktur</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Für alle Klient/innen in Wohnangeboten besteht ein internes oder externes Tagesstrukturangebot. 2. Dieses interne oder externe Tagesstrukturangebot ist möglichst abwechslungsreich und berücksichtigt die individuellen Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten der Klient/innen.
5c	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	<p><i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht ein Konzept zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen (Zwangsmassnahmen) unter Beachtung der Bestimmungen des Erwachsenenschutzrechts (ZGB) und des Strafrechts (StGB). 2. Die freiheitsbeschränkenden Massnahmen sind individuell dokumentiert.
5d	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	<p><i>Sicherheit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht ein Dispositiv für aussergewöhnliche Lagen und Vorfälle.
5e	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	<p><i>Ernährung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es bestehen Grundlagen, welche den Umgang mit Nahrungsmitteln beschreiben. 2. Die Kriterien für das Ernährungsangebot sind festgehalten. Individuelle Bedürfnisse werden angemessen berücksichtigt. 3. Das Verpflegungsangebot ist vielseitig und ausgewogen und berücksichtigt dabei

Indikator Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Basisqualität Leitfrage: Welche Qualität muss erfüllt sein, um die staatliche Schutzpflicht bestmöglich wahrnehmen zu können?
		Aspekte der Gesundheitsvorsorge, die Bedürfnisse der Klient/innen, die Anforderung an Diäten sowie die finanziellen Möglichkeiten.
5f	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	<p><i>Gesundheitsversorgung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es bestehen schriftliche Grundlagen zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge (Prävention). 2. Die schriftlichen Grundlagen zur Gesundheitsversorgung geben Auskunft über die Detailregelungen sowie das Vorgehen und die personellen Anforderungen: <ol style="list-style-type: none"> a. Somatische, psycho-soziale und gesundheitsfördernde Ziele und Massnahmen b. Apotheke c. Sicherheit der Medikamentenbewirtschaftung d. Zusammenarbeit mit Ärzt/innen und Therapeut/innen e. Zusammenarbeit mit psychiatrischen Versorgern (bei Einrichtungen für psychisch Behinderte) 3. Die ärztliche Betreuung ist zu jeder Zeit gewährleistet. 4. Für die Klient/innen ist die freie Arztwahl gewährleistet. 5. Die Einhaltung der Vorgaben ist dokumentiert. 6. Die für medikamentenbezogene notwendige Sicherheit ist gewährleistet und belegt. 7. Es besteht ein Notfalldispositiv für Unfälle und akute Krankheiten.
5g	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	<p><i>Hygiene und Raumpflege</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einrichtung verfügt über ein Hygienekonzept und einen Reinigungsplan. 2. Die Infrastruktur insgesamt sowie die Räume der Einrichtung sind sauber, gepflegt und in ordentlichem Zustand.
	Organisation und Infrastruktur	
6	Bauten, Ausstattung inkl. Einrichtungen sind zweckmässig und klientengerecht.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jede Einrichtung verfügt über Einzelzimmer, Gemeinschaftsräume und zeit- sowie zweckgemässe Nassbereiche. 2. Für jede/r Klient/in steht ein Einzelzimmer zur Verfügung, Ausnahmen sind konzeptionell zu begründen. 3. Jeder Klient, jede Klientin hat die Möglichkeit, ihr/sein Zimmer individuell zu gestalten. 4. Angaben über Gebäude sowie Verwendung der Räumlichkeiten liegen vor und entsprechen den konzeptionellen Grundlagen. 5. Die notwendigen behinderungsspezifischen Vorkehrungen wurden getroffen und die angemessenen Hilfsmittel sind installiert. 6. Einrichtungen mit Tagesstruktur verfügen über zusätzliche und den Tätigkeiten angemessene Räume. 7. Die kantonalen Vorgaben bezüglich Raum und Infrastruktur sind eingehalten (z.B. kantonales Riehtraumprogramm).
	Personal und Führung	
7	Die Leitung ist fachlich und persönlich geeignet für die Führung der Einrichtung.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das operative Leitungsgremium muss über folgende Ausbildungen verfügen: <ol style="list-style-type: none"> a. Grundausbildung im Bereich Betreuung oder Pflege (eidgenössisch anerkannter Ausbildungsabschluss); bei Grundausbildung im Bereich Pflege zusätzlich agogische oder sozialpsychiatrische Weiterbildung; b. Fachkompetenzen in den Bereichen Finanzen, Personal, Infrastruktur, Kommunikation, Recht sowie über Sozial- und Führungskompetenz. Das Niveau der genannten Weiterbildungen entspricht in der Regel dem aktuellen Ausbildungsniveau Institutionsleiter gemäss Curaviva bzw. Agogis. 2. Wird die Geschäftsleitung bzw. Einrichtungsleitung von mehreren Personen wahrgenommen, können die fachliche Zuständigkeit und die entsprechenden Kompetenzen auf diese verteilt sein, wobei die einzelnen Personen, die für die

Indikator Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Basisqualität Leitfrage: Welche Qualität muss erfüllt sein, um die staatliche Schutzpflicht bestmöglich wahrnehmen zu können?
		<p>Fachbereiche verantwortlich sind, bezeichnet werden müssen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Die Qualifikation und Eignung der obersten Leitungspersonen ist mittels Lebenslauf, Ausbildungsnachweisen, einwandfreien Referenzen sowie Strafregisterauszug nachgewiesen. 4. Eine neue Leitungsperson unterzeichnet vor ihrer Anstellung eine Erklärung, dass zur Zeit kein gerichtliches oder polizeiliches Untersuchungsverfahren gegen sie läuft resp. gibt Auskunft über den Gegenstand des Verfahrens 5. Die Stellvertretung ist geregelt, die/der Stellvertreter/in ist fachlich und persönlich für die damit verbundenen Aufgaben geeignet.
8	Das Personal ist fachlich und persönlich geeignet für seine Tätigkeiten und entspricht in der Anzahl dem Betreuungsbedarf.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Qualifikation und Eignung der Mitarbeitenden in der Betreuung ist mittels Lebenslauf, Ausbildungsnachweise, Referenzen, Strafregisterauszug nachgewiesen. 2. Der/die Mitarbeiter/in unterzeichnet vor seiner/ ihrer Anstellung eine Erklärung, dass zurzeit kein gerichtliches oder polizeiliches Untersuchungsverfahren gegen sie/ihn läuft resp. gibt Auskunft über den Gegenstand des Verfahrens. 3. Alle Mitarbeitenden sind in die Fort- und Weiterbildung einbezogen. 4. Die Einrichtung verfügt über das nötige Fachpersonal, um den Bedürfnissen der betroffenen Personen zu entsprechen: mindestens die Hälfte der Betreuungspersonen verfügt über einen eidgenössisch anerkannten Ausbildungsabschluss im Sozial- oder Gesundheitsbereich oder einen interkantonal anerkannten Ausbildungsabschluss im Betreuungsbereich oder für Werkstätten eine Weiterbildung in den genannten Bereichen. In Einrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung muss die Mehrheit der rein pflegerisch grundausgebildeten Mitarbeitenden Weiterbildungen im agogischen oder sozialpsychiatrischen Bereich absolviert haben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich in Aus- oder Weiterbildung befinden, werden angerechnet. Für ausländische Abschlüsse ist eine Äquivalenz zu schweizerischen Abschlüssen zu belegen.
	Klient/innen und Fachlichkeit	
9	Die Rechte und Pflichten der Klient/innen sind schriftlich festgehalten.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Rechte und Pflichten der Klient/innen sind in Verträgen und Reglementen festgehalten. 2. Es besteht für jede/n Klient/in ein Aufenthaltsvertrag/eine Aufenthaltsvereinbarung mit entsprechenden Fristen zur Auflösung des Vertrages (Muster vorliegend). 3. Für Klient/innen, die nicht in der Lage sind, sich für die Durchsetzung ihrer Rechte aktiv einzusetzen, sind geeignete Vorkehrungen (Personen mit Vertretungsrecht gemäss Erwachsenenschutzrecht) zu treffen. 4. Die Art und Weise der Information an die Klient/innen erfolgt klientengerecht. 5. Die Einrichtung informiert die Klient/innen und ihre gesetzlichen Vertreter/innen über ihre Rechte und Pflichten schriftlich. 6. Die Partizipation der Klient/innen an der Gestaltung ihrer Lebensbereiche ist gewährleistet. 7. Die Einrichtung ermöglicht den Klient/innen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und unterstützt sie in der Nutzung externer Angebote.
10	Die seelische, geistige und körperliche Integrität der Klient/innen ist geschützt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Formen von Gewalt, auch sexuelle Übergriffe, von Mitarbeitenden und Klient/innen werden nicht toleriert; die Einrichtung ergreift die notwendigen präventiven Massnahmen und legt das Vorgehen und die Dokumentationsform bei Übergriffen oder entsprechendem Verdacht fest. 2. Die Einrichtung setzt sich regelmässig mit den Haltungen und Anforderungen an einen respektvollen Umgang mit Menschen mit Behinderung auseinander und installiert konkrete Massnahmen. 3. Die Mitarbeitenden werden in respektbezogenen und missbrauchsverhindernden Arbeitsweisen regelmässig geschult. 4. Die Klient/innen sind durch Schulungen und Anleitungen befähigt, Situationen von Übergriffen zu schildern.

Indikator Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Basisqualität Leitfrage: Welche Qualität muss erfüllt sein, um die staatliche Schutzpflicht bestmöglich wahrnehmen zu können?
		5. Die Integrität aller Beteiligten ist geschützt.
11	Das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Privat- und Intimsphäre der Klient/innen sind gewahrt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung ist unterstützt und gefördert sowie periodisch reflektiert. <ol style="list-style-type: none"> a. Der/die Klient/in verfügt bei der Gestaltung des Lebens über Wahlmöglichkeiten und kann in erster Linie über sich selber bestimmen. b. Bei Krankheit und Tod der Klient/innen gehen die Mitarbeitenden bestmöglich auf deren Wünsche ein (z.B. betr. kulturellen/religiösen Aspekten). 2. Der/die Klient/in ist in seiner/ihrer Selbstachtung unterstützt. 3. Klient/innen verfügen selbständig über einen monatlichen Geldbetrag für persönliche Auslagen. 4. Die Einrichtung gestaltet den Alltag begegnungsfördernd und schafft spezielle Anlässe, welche die Verbundenheit unter den Klient/innen stärken unter gleichzeitiger Respektierung der Autonomie der Klient/innen. 5. Die Einrichtung hat eine klare, offen kommunizierte Haltung zu Fragen der Sexualität. Partnerschaftliche Beziehungen der Menschen mit einer Behinderung und ihr Bedürfnis nach Sexualität werden respektiert. und die erforderlichen Hilfestellungen bei Fragen und Problemen angeboten.
12	Die Aufnahme-, Übertritts- und Austrittsverfahren sind transparent und nachvollziehbar geregelt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht ein klarer Kriterienkatalog für die Aufnahme und den Ausschluss. Das Aufnahme- und Austrittsverfahren sowie das interne Übertrittsverfahren sind beschrieben. 2. Die Klient/innen und Angehörigen resp. gesetzlichen Vertreter/innen sind darüber informiert. 3. Die Verpflichtung, vor dem Austritt eine geeignete Anschlusslösung vorzuschlagen, wird wahrgenommen.
13	Es wird mit Klient/innen zielorientiert gearbeitet und die Zielorientierung ist schriftlich nachvollziehbar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einrichtung berücksichtigt im Wohnen und in der Tagesstruktur die Ressourcen, Möglichkeiten und Bedürfnisse der Klient/innen bei der zielorientierten Planung im Hinblick auf eine möglichst hohe Selbständigkeit. 2. Es besteht eine individuelle Entwicklungsplanung mit individuellen Zielen und dazugehörigen Massnahmen, welche umgesetzt und regelmässig überprüft werden. Die Überprüfungsperiode ist festgelegt. 3. Die Ziele, Massnahmen und Überprüfung sind nachvollziehbar dokumentiert und die Dokumentation ist aktuell. 4. Es besteht ein Entwicklungskonzept. 5. Korrekturen in der Dokumentation sind nachvollziehbar/ nicht möglich. 6. Die Dokumentation ist aktuell und enthält alle notwendigen Elemente. 7. Aus der Dokumentation wird die Leistungserbringung ersichtlich und ist der Betreuungsprozess nachvollziehbar. 8. Die Klientendokumentation kann jederzeit vom Kanton/der Aufsicht eingesehen resp. Teile davon diesem/dieser zur Einsicht zugestellt werden. 9. Der Kanton/die Aufsicht kann jederzeit einen Standortbericht verlangen.
14	Die gesetzliche Vertretung und die Angehörigen sind einbezogen und ihre Interessen ausreichend berücksichtigt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Angehörigen und die gesetzlichen Vertreter/innen wissen, wer ihre Ansprechpersonen sind. 2. Die gesetzlichen Vertreter/innen und die Angehörigen sind über ihre Rechte und Pflichten informiert. 3. Nehmen die Angehörigen nicht gleichzeitig die gesetzliche Vertretung wahr, so sind deren Rechte und Pflichten gesondert zu regeln. 4. Die Einrichtung steht im Austausch mit den Angehörigen sowie den gesetzlichen Vertreter/innen der Klient/innen und informiert sie regelmässig über personelle, strukturelle und konzeptionelle Veränderungen der Einrichtung.