

Richtlinien zur Basisqualität

Qualitätsvorgaben und deren Überprüfung in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Appenzell Ausserrhoden

Januar 2015



Impressum

Kanton Appenzell Ausserrhoden
Departement für Gesundheit
Amt für Soziale Einrichtungen
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

www.ar.ch/soziales



Inhalt

1. Ausgangslage und rechtliche Grundlagen	1
2. Einleitung	2
3. Qualitätsstandards und -indikatoren	3
4. Aufgaben bei der Qualitätsprüfung im Überblick	12
4.1 Die Verantwortungs- bzw. Aufsichtsebenen im Überblick	13
4.1.1 Individuelle Aufsicht: Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen, allenfalls die gesetzlichen Vertretungen	13
4.1.2 Fachspezifische Aufsicht: Personal und Geschäftsleitung der Einrichtung	13
4.1.3 Interne Aufsicht: Oberstes Leitungsorgan	14
4.1.4 Behördliche Aufsicht: Amt für Soziale Einrichtungen	14
4.2 Grundsätze beim Zusammenwirken der Aufsichtsebenen	14
5. Vor Betrieb einer Einrichtung: Das Betriebsbewilligungsverfahren	15
6. Aufgaben der Einrichtung	16
6.1 Kurz und knapp	16
6.2 Qualitätsmanagement	16
6.3 Periodische Selbstbewertung und Berichterstattung	16
6.4 Meldung von Veränderungen	16
6.5 Besondere Vorkommnisse	17
7. Aufgaben des Amts für Soziale Einrichtungen	18
7.1 Kurz und knapp	18
7.2 Aufsichtsrechtliche Hinweise	18
7.3 Angemeldete Aufsichtsbesuche	18
7.4 Unangemeldete Kontrollbesuche	19
7.5 Strafrechtliche Verfahren	19
8. Vollzugsbeginn	20
9. Anhang	21
9.1 Fachpersonal im Bereich Betreuung	23
9.1.1 Anrechenbarkeit	23
9.1.2 Anerkannte, anrechenbare Berufsabschlüsse	24
9.1.3 Quote und Grade-Mix	25
9.2 Kantonale Erfordernisse an das Qualitätsmanagement (QM)	26

1. Ausgangslage und rechtliche Grundlagen

Der Kanton hat im Bereich der Qualitätssicherung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung einen doppelten Auftrag:

- **Schutzauftrag:** Der Kanton hat gegenüber Menschen mit Behinderung, welche in spezialisierten Einrichtungen betreut und/oder beschäftigt werden,¹ eine Schutzpflicht. Der Schutz der Persönlichkeit und Unversehrtheit ist in vielen Tätigkeitsbereichen der Einrichtungen von Belang, beispielsweise der Schutz der Intimsphäre in kollektiven Wohnformen durch infrastrukturelle Vorkehrungen; die Prävention sexueller Übergriffe; der Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen; die fachliche und persönliche Eignung von Mitarbeitenden. Die staatliche Bewilligung und Aufsicht soll dazu beitragen, das Wohl und den Schutz von Menschen mit Behinderung in spezialisierten Einrichtungen zu gewährleisten.
- **Sicherstellungsauftrag:** Bei Wohnangeboten sowie Werk-, Tages- und Beschäftigungsstätten für Menschen mit Behinderung hat der Kanton den Auftrag, die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Leistungsangebots zu gewährleisten. Die Steuerung der Angebote erfolgt nach den Kriterien Bedarf, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Bei der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG; SR 831.26) pflegen die Ostschweizer Kantone im Rahmen der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK Ost)² eine intensive Zusammenarbeit. Zur Wahrnehmung der genannten staatlichen Aufträge haben die SODK-Ost und der Kanton Zürich Qualitätsrichtlinien im Sinne von Mindeststandards für die Bewilligung und die Anerkennung von Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung verabschiedet, die in der Deutschschweiz verbreitet Anwendung finden.

Die Qualitätsstandards der SODK-Ost und des Kantons Zürich von 2011 sowie die Richtlinien zur Basisqualität des Kantons St.Gallen vom 1. März 2013 bilden die Grundlage für die vorliegenden Richtlinien.

¹ Teilweise wird anstelle Menschen mit Behinderung die Bezeichnung Klienten verwendet.

² SODK-Ost: Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen, Schaffhausen und Thurgau.

Die genannten Modelle wurden für Appenzell Ausserrhoden ergänzt und konkretisiert unter Mitwirkung von drei Vertretern von INSOS Appenzell Ausserrhoden: Markus Notter, Christian Frehner und Sebastian Reetz.

Das Departement Gesundheit erlässt die vorliegenden Richtlinien zur Basisqualität in Ausführung folgender Rechtsgrundlagen:

- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB; SR 210);
- Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen vom 6. Oktober 2006 (IFEG; SR 831.26);
- Gesundheitsgesetz vom 25. November 2007 (GG; bGS 811.1);
- Gesetz über die Kantonsbeiträge an Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen vom 24. September 2007 (KFEG; bGS 852.6);
- Verordnung zum Gesetz über die Kantonsbeiträge an Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen vom 18. Dezember 2007 (bGS 852.61);
- Konzept des Kantons Appenzell Ausserrhoden zur Förderung der Eingliederung invalider Personen gemäss Art. 10 IFEG vom 30. März 2010.

2. Einleitung

Lebensqualität von Menschen mit Behinderung, die in spezialisierten Einrichtungen wohnen und arbeiten, entsteht nicht allein durch Grundlagen und Konzepte. Die Verantwortlichen und Mitarbeitenden von Einrichtungen und Trägerschaften sowie des Amtes für Soziale Einrichtungen bemühen sich um Qualität. Was zu einer hohen Zufriedenheit von Menschen mit Behinderung, die in sozialen Einrichtungen leben und arbeiten, führt, ist nicht immer eindeutig. Wie bemisst sich die Selbstbestimmung der betreuten Menschen mit Behinderung? Woran ist erkennbar, dass die Persönlichkeit und die Unversehrtheit von Menschen mit Behinderung geschützt sind? Wann sind sie es nicht? Darauf Antworten zu finden ist nicht einfach.

Dadurch, dass Menschen mit Behinderung in Einrichtungen auf dauerhafte oder länger dauernde spezialisierte Betreuung angewiesen sind, entstehen erhebliche Abhängigkeitsverhältnisse. Deshalb haben neben dem Leitungs- und Betreuungspersonal auch die Trägerschaften und der Staat ihren Beitrag zu leisten, damit das Wohl und der Schutz von Menschen mit Behinderung in spezialisierten Einrichtungen gewährleistet sind. Diese Richtlinien definieren dazu einen allgemeinen Rahmen. Innerhalb dieses Rahmens wird viel Arbeit geleistet, vor Ort und von vielen verschiedenen Menschen.

Der übergeordnete Rahmen schafft gleiche Bedingungen für die verschiedenen bestehenden Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Er gilt auch für jene Einrichtungen, die in Zukunft Menschen mit Behinderung betreuen und pflegen und deshalb um eine Betriebsbewilligung in Appenzell Ausserrhoden ersuchen wollen.

Qualität ist mehrheitlich nicht messbar. Das Bemühen um Qualität ist aber überprüfbar. Es ist notwendig, diese Prüfung nicht dem Zufall zu überlassen, sondern sie auf allen Ebenen in die Prozesse und die Zusammenarbeit zu implementieren: in die Zusammenarbeit von Leitungspersonen der Einrichtungen mit ihren Trägerschaften, von Trägerschaften mit dem Amt für Soziale Einrichtungen.

Qualität und deren Prüfung können nicht an eine einzige Stelle delegiert werden. Die vorliegenden Richtlinien umfassen deshalb Aufgaben der Einrichtungen mit ihren Trägerschaften und auch Aufgaben des Amtes für Soziale Einrichtungen. Damit wird deutlich, dass für die Erreichung der Basisqualität

in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Appenzell Ausserrhoden ein Miteinander gefordert ist, indem jede Ebene Aufgaben und Verantwortung wahrnimmt mit dem Ziel, eine hohe Zufriedenheit und Lebensqualität sowie die Unversehrtheit für und von Menschen mit Behinderung in spezialisierten Einrichtungen zu gewährleisten.

Das tägliche Engagement lässt sich nicht in staatlichen Vorgaben darstellen, ist aber unabdingbar für eine hohe Qualität zugunsten der Menschen, die in sozialen Einrichtungen leben und arbeiten. In diesem Sinn definieren die Richtlinien zur Basisqualität einen allgemeinen Rahmen.

3. Qualitätsstandards und -indikatoren

Die Mitgliederkantone der SODK Ost und der Kanton Zürich haben, ausgehend von ihrem bundesrechtlichen Auftrag, gemeinsam Qualitätsvorgaben, die sogenannte Basisqualität, erarbeitet. Die Basisqualität ist zu erfüllen, wenn eine Organisation eine Einrichtung für erwachsene Menschen mit Behinderung betreiben will. Erst mit Erfüllung der Basisqualität kann eine Betriebsbewilligung durch den Standortkanton erteilt werden. Innerhalb der Ostschweiz und im Kanton Zürich gelten demnach weitgehend dieselben Vorgaben für die Einrichtungen.

Die Basisqualität ist kein punktueller Zustand, sondern sie ist fortlaufend sicherzustellen. Die Vorgaben sind demnach auch nach Erteilung der Betriebsbewilligung zu erfüllen.

Die Basisqualität ist in vier Themenbereiche gegliedert: **Grundlagen; Infrastruktur; Leitung und Personal; Klienten**. Sie besteht aus 14 Qualitätsstandards und zugeordneten Qualitätsindikatoren, welche die Standards spezifizieren und überprüfbar machen.

Die in der Ostschweiz und im Kanton Zürich geltende Basisqualität konkretisiert die in Appenzell Ausserrhoden geltenden Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung nach Art. 49 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes sowie Art. 2 ff. der Heimverordnung. Jeder Kanton ist frei, die Ostschweizer Vorgaben zu ergänzen und allenfalls terminologisch anzupassen. Der Kerngehalt bleibt in der Ostschweiz und im Kanton Zürich aber derselbe. Die Vorgaben werden in Abstimmung mit der SODK Ost und dem Branchenverband INSOS Appenzell Ausserrhoden periodisch überprüft und angepasst.

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
---	--

Themenbereich Grundlagen

- | | |
|---|---|
| <p>1 Es besteht ein Leitbild.</p> | <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 der Einrichtung 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. 6. Das Leitbild entspricht den aktuellen fachlichen Standards. |
| <p>2 Es bestehen Grundlagen, welche die strategische Führung und Organisation sowie die Aufgaben der internen Aufsicht beschreiben.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rechtsform und Organisation der Einrichtung sind geregelt. 2. Es bestehen entweder eine Stiftungsurkunde oder Statuten. 3. Es besteht ein Eintrag im Handelsregister des Kantons AR. 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 Präsident oder die Präsidentin und die Geschäftsleitung der Einrichtung sind nicht verwandtschaftlich (1. oder 2. Grad), persönlich und/oder in enger gemeinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden. b. Das oberste Leitungsorgan setzt sich aus wenigstens fünf gleichberechtigten Personen zusammen, wobei höchstens zwei Mitglieder verwandtschaftlich und/oder in enger gemeinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden sein dürfen. Besteht eine solche Beziehung, so setzt sich das Organ aus wenigstens sieben gleichberechtigten Mitgliedern zusammen. c. Die Geschäftsleitung, deren Stellvertretung und die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung haben im obersten Leitungsorgan kein Stimmrecht. 6. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der strategischen Führung sind festgehalten, insbesondere deren Unabhängigkeit (Pflichtenhefte usw). 7. Die Mitglieder des obersten Leitungsorgans sind fachlich geeignet für ihre Aufgabenerfüllung. Im obersten Leitungsorgan ist Fachwissen in den Bereichen Führung und Finanzen sowie Gesundheit und Soziales gewährleistet. 8. Die Mitglieder des obersten Leitungsorgans sind öffentlich namentlich bekannt. 9. Das oberste Leitungsorgan ist verantwortlich für die Realisierung des Zwecks der Einrichtung und der damit verbundenen Aufgaben; u.a. stellt es die interne Aufsicht sicher. 10. Zur internen Aufsicht gehören die folgenden Aufgaben: <ol style="list-style-type: none"> a. Prüfung, ob die Einrichtung die Vorgaben zur Basisqualität erfüllt; b. Bewertung der Ergebnisse der Qualitätsbeurteilung und Entscheid über Schlussfolgerungen; c. Periodische Berichterstattung an das Amt für Soziale Einrichtungen über die Erfüllung der Basisqualität. 11. Das Beschwerdeverfahren ist geregelt sowie den Klienten und deren Angehörigen bekannt. |

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen	
	<p>12. Es besteht eine von der Geschäftsleitung unabhängige Beschwerdestelle.</p> <p>13. Alle Beteiligten (Klienten und ggf. deren gesetzliche Vertretung sowie Angehörige, Mitarbeitende, operative und strategische Führung, evtl. weitere) wissen, wo sie im Konfliktfall Beschwerde einlegen können.</p>
<p>3. Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben.</p>	
<p>3a Aufbau- und Ablauforganisation</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) sowie über eine geregelte interne Kommunikation. 3. Es besteht ein aktuelles und klar formuliertes Organisations- bzw. Qualitätshandbuch bzw. -system, das die notwendigen Grundlagen, Konzepte, Regelungen, Vorlagen und Vertragsmuster mit Klienten und Mitarbeitenden einer Einrichtung enthält. 4. Der Datenschutz ist nach Massgabe des Datenschutzgesetzes gewährleistet.
<p>3b Vernetzung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einrichtung arbeitet vernetzt und strebt die Zusammenarbeit mit betriebsrelevanten Aussenstellen an.
<p>3c Qualitätssicherung und -entwicklung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einrichtung gewährleistet die Qualitätssicherung und -entwicklung: <ol style="list-style-type: none"> a. Die Geschäftsleitung stellt sicher, dass die Qualität der Dienstleistungen und der Einrichtung regelmässig überprüft wird, und nimmt entsprechende Verbesserungen vor. b. Das Qualitätsmanagement (QM) regelt die periodische Beurteilung der erbrachten Dienstleistungen und der Einrichtung (wenigstens 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 Klienten wird regelmässig erhoben, und die Ergebnisse sowie diesbezügliche Massnahmen sind dokumentiert.
<p>3d Personalmanagement</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter hat einen rechtsgültigen Arbeitsvertrag. 2. Die je nach Funktion bestehenden Kompetenzen und Verantwortungsbereiche sind dokumentiert und den Mitarbeitenden bekannt (Stellenbeschreibungen, Pflichtenheft). 3. Die Mitarbeitenden arbeiten entsprechend den mit ihrer Funktion verbundenen Kompetenzen und Verantwortungsbereichen. 4. Form und Häufigkeit der Beurteilungs- und/oder Fördergespräche sind festgehalten.

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen	
	5. Die Mitarbeitenden werden (intern oder extern) regelmässig weitergebildet. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals ist zielgerichtet, zeitgemäss und leitbildbezogen.
3e Lohnsystem Klienten	1. Beschäftigungen in Tagesstrukturen mit Arbeitsvertrag werden aufgrund transparenter und nachvollziehbarer 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). 2. Diese Grundlagen belegen die finanziell gesicherte Situation der Einrichtung und sind transparent ausgewiesen. 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, auch wenn ein Opting-Out (Verzicht auf einen Eintrag der Revisionsstelle im Handelsregister) erfolgt ist. 5. Die Kostenbeteiligung der Klienten (Pensionstaxe und Hilflosenentschädigung) und/oder allfällige weitere Kostenbeteiligungen sind geregelt.
5 Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	
5a Betreuung und Begleitung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die schriftlichen Grundlagen zur Betreuung und Begleitung in der Arbeit geben Auskunft darüber, woran sich die Betreuungs- und Begleitungsarbeit fachlich und methodisch orientieren. 2. Das Betreuungsangebot der Einrichtung richtet sich nach dem spezifischen Betreuungsbedarf der Klienten. Das Wohlbefinden und die Lebensqualität sowie die grösstmögliche Teilhabe in allen Lebensbereichen 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 usw.); b. Geschichte der Einrichtung; c. Leistungen im Wohnen und in der Tagesstruktur; d. Aussenbeziehungen (vgl. QS 3b); e. Stellenplan differenziert nach Fachbereichen (vgl. QS 8); f. Personaleinsatzplan je Angebot (vgl. QS 8); g. Grundsätze der Entwicklungsplanung; h. Selbstbestimmung und Autonomie der Klienten (Rechte und Pflichten), Förderung der Selbstständigkeit der Klienten (vgl. QS 9 bis QS 11); i. Einbezug von Angehörigen bzw. der gesetzlichen Vertretung (vgl. QS 14); j. Anzahl und Art der verfügbaren Plätze und Standorte; k. Aufnahme- und Austrittsverfahren (vgl. QS 12); l. Interne Übertrittsverfahren (vgl. QS 12);

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen	
	<ul style="list-style-type: none"> m. Organisation von behinderungsbedingt notwendigen Fahrten (Tagesstruktur); n. Tagesablauf je Angebot; o. Zusammenarbeit und Austausch mit externer Tagesstruktur; p. Öffnungszeiten und Betriebstage je Angebot; q. Betreuungsangebot je Leistungsbereich (Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten, Pflege usw.); r. Entwicklungsabsichten bzw. Zukunftsperspektiven; s. Taxordnung.
5b Tagesstruktur	<ul style="list-style-type: none"> 1. Für alle Klienten in stationären Wohnangeboten besteht ein internes oder externes Tagesstrukturangebot. 2. Dieses interne oder das externe Tagesstrukturangebot ist möglichst abwechslungsreich und berücksichtigt die individuellen Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten der Klienten.
5c Freiheitsbeschränkende Massnahmen³	<ul style="list-style-type: none"> 1. Es besteht ein Konzept zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen unter Beachtung der Bestimmungen des Erwachsenenschutzrechts (ZGB) und des Strafrechts (StGB). 2. Die freiheitsbeschränkenden Massnahmen sind individuell dokumentiert.
5d Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> 1. Es besteht ein Dispositiv für aussergewöhnliche Lagen und Vorfälle (z.B. Notfallkonzept und/oder Krisenmanual).
5e Ernährung	<ul 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 Aspekte der Gesundheitsvorsorge, die Bedürfnisse der Klienten sowie die Anforderungen an Diäten.
5f Gesundheitsversorgung	<ul 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: <ul style="list-style-type: none"> a. somatische, psycho-soziale und gesundheitsfördernde Ziele und Massnahmen; b. Apotheke; c. Sicherheit der Medikamentenbewirtschaftung; d. Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten;

³ Dieser Begriff umfasst die Rechtsbegriffe «Medizinische Behandlung ohne Zustimmung» nach Art. 434 ZGB und «Bewegungseinschränkende Massnahmen» nach Art. 383 ff. ZGB.

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
---	--

Themenbereich Grundlagen

- e. Zusammenarbeit mit psychiatrischen Versorgern (bei Einrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung).
- 3. Die ärztliche Betreuung ist zu jeder Zeit gewährleistet.
- 4. Für die Klienten ist die freie Arztwahl gewährleistet.
- 5. Die Einhaltung der Vorgaben ist dokumentiert.
- 6. Die medikamentenbezogene notwendige Sicherheit ist gewährleistet und belegt.
- 7. Es besteht ein Notfalldispositiv bei Unfällen und akuten Krankheiten.

5g Hygiene und Raumpflege

- 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.

Themenbereich Infrastruktur

6 Bauten, Ausstattung einschliesslich Einrichtungen sind zweckmässig und klientengerecht.

- 1. Jede Einrichtung verfügt über Einzelzimmer, Gemeinschaftsräume sowie zeit- und zweckgemässe Nassbereiche.
- 2. Für jede Klientin und jeden Klienten steht ein Einzelzimmer zur Verfügung, Ausnahmen sind konzeptionell begründet.
- 3. Jede Klientin und jeder Klient hat die Möglichkeit, ihr bzw. sein Zimmer individuell zu gestalten.
- 4. Angaben über Gebäude sowie Nutzung 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 werden eingehalten.

Themenbereich Leitung und Personal

7 Die Leitung ist fachlich und persönlich geeignet für die Führung der Einrichtung.

- 1. Die Geschäftsleitung verfügt über eine eidgenössisch anerkannte Ausbildung auf Tertiärstufe im Gesundheits- und/oder Sozialbereich sowie über eine ausgewiesene und der Funktion und Grösse der Einrichtung angemessene Weiterbildung im Führungs- und Finanzbereich.
- 2. Wird die Geschäftsleitung von mehreren Personen wahrgenommen, können die fachliche Zuständigkeit und die entsprechenden Kompetenzen auf diese verteilt sein, wobei die einzelnen Personen, die für die Fachbereiche verantwortlich sind, bezeichnet werden müssen.
- 3. Die Qualifikation und Eignung der Geschäftsleitung ist mittels Lebenslauf, Ausbildungsnachweisen, einwandfreien Referenzen sowie Straf- und Betreibungsregisterauszug nachgewiesen.
- 4. Eine neue Leitungsperson (Geschäftsleitung) unterzeichnet vor ihrer Anstellung eine Erklärung, dass zurzeit kein gerichtliches oder polizeiliches Untersuchungsverfahren gegen sie läuft, bzw. gibt Auskunft über den Gegenstand des Verfahrens.

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Leitung und Personal	

5. Die Stellvertretung ist geregelt, die Stellvertreterin oder der Stellvertreter 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, Ausbildungsnachweisen, Referenzen und Strafregisterauszug nachgewiesen. 2. Die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter unterzeichnet vor ihrer bzw. seiner Anstellung eine Erklärung, dass zurzeit kein gerichtliches oder polizeiliches Untersuchungsverfahren gegen sie bzw. ihn läuft, bzw. gibt Auskunft über den Gegenstand des Verfahrens. 3. Die Einrichtung ermöglicht systematisch permanente Weiterbildungen und Personalentwicklung. Alle Mitarbeitenden, mit und ohne direkten Betreuungsauftrag, sind in die Fort- und Weiterbildung einbezogen. 4. Die Einrichtung verfügt über das nötige Fachpersonal, um den Bedürfnissen der betroffenen Personen zu entsprechen. 5. Die Bestimmungen im Anhang der Richtlinien zur Basisqualität betreffend Fachpersonal in den Bereichen Stationäres Wohnen und Tagesstruktur (mit und ohne Lohn) werden erfüllt. 6. Die Einrichtung bietet eine im Verhältnis zur Betriebsgrösse angemessene Zahl an Ausbildungsplätzen an.
---	---

Themenbereich Klienten	
-------------------------------	--

9 Die Rechte und Pflichten der Klienten sind schriftlich festgehalten.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Rechte und Pflichten der Klienten sind in Verträgen und Reglementen festgehalten. 2. Es besteht für jede Klientin und jeden Klienten ein Betreuungsvertrag gemäss Erwachsenenschutzrecht (Art. 382 ZGB; Muster vorliegend). 3. Für Klienten, 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 Klienten erfolgt deren Möglichkeiten entsprechend. 5. Die Einrichtung informiert die Klienten und deren gesetzliche Vertretungen über ihre Rechte und Pflichten schriftlich. 6. Die Partizipation der Klienten an der Gestaltung ihrer Lebensbereiche ist gewährleistet. 7. Die Einrichtung ermöglicht den Klienten die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und unterstützt sie in der Nutzung externer Angebote.
10 Die seelische, geistige und körperliche Integrität der Klienten ist geschützt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Formen von Gewalt, auch sexuelle Übergriffe, von Mitarbeitenden und Klienten werden nicht toleriert. Die Einrichtung ergreift die notwendigen präventiven Massnahmen und legt das Vorgehen 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.

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Klienten	
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Die Mitarbeitenden werden in respektbezogenen und missbrauchsverhindernden Arbeitsweisen regelmässig geschult. 4. Die Klienten sind durch Schulungen und Anleitungen befähigt, Situationen von Übergriffen zu schildern. 5. Die Integrität aller Beteiligten ist geschützt.
11 Das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Privat- und Intimsphäre der Klienten sind gewahrt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Autonomie und die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung werden unterstützt und gefördert sowie periodisch reflektiert: <ol style="list-style-type: none"> a. Die Klientin bzw. der Klient verfügt bei der Gestaltung der Lebenssituation über Wahlmöglichkeiten und kann in erster Linie über sich selber bestimmen. b. Bei Krankheit und Tod von Klienten gehen die Mitarbeitenden bestmöglich auf deren Wünsche ein (z.B. betreffend kulturelle bzw. religiöse Aspekte). 2. Die Klientin bzw. der Klient wird in ihrer bzw. seiner Selbstachtung unterstützt. 3. Klienten verfügen selbstständig über einen monatlichen Geldbetrag für persönliche Auslagen. 4. Die Einrichtung gestaltet den Alltag begegnungsfördernd und schafft spezielle Anlässe, welche die Verbundenheit unter den Klienten stärken – unter gleichzeitiger Respektierung der Autonomie der Klienten. 5. Partnerschaftliche Beziehungen der Menschen mit 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 das Aufnahme- und Austrittsverfahren sowie für das interne Übertrittsverfahren. 2. Die Klienten und die Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertretungen sind darüber informiert. 3. Der Aufenthalt in der Einrichtung ist mittels Aufenthaltsvereinbarungen und Arbeitsverträgen mit entsprechenden Fristen zur Auflösung des Vertrages geregelt. 4. Die Verpflichtung, vor dem Austritt eine geeignete Anschlusslösung vorzuschlagen, wird wahrgenommen. Ausnahmen sind zu begründen.
13 Es wird mit den Klienten zielorientiert gearbeitet, und die Zielorientierung ist nachvollziehbar dokumentiert.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einrichtung berücksichtigt im Wohnen und in der Tagesstruktur die Ressourcen, Möglichkeiten und Bedürfnisse der Klienten bei der zielorientierten Planung im Hinblick auf eine möglichst hohe Selbstständigkeit. 2. Es besteht eine individuelle Entwicklungsplanung mit individuellen Zielen und dazugehörigen Massnahmen, die umgesetzt und regelmässig überprüft werden. Die Überprüfungsperiode ist festgelegt. 3. Die Ziele und Massnahmen sowie deren Überprüfung sind nachvollziehbar dokumentiert. 4. Es besteht ein Entwicklungskonzept. 5. Korrekturen in der Dokumentation sind nicht möglich, bzw. wenn sie dringlich sind, nachvollziehbar dargestellt. Die Dokumentation kann jederzeit vom Kanton bzw. von der behördlichen Aufsicht eingesehen bzw. Teile davon diesem bzw. dieser zur Einsicht zugestellt werden.

Nr. Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Klienten	

6. Der Kanton bzw. die behördliche Aufsicht kann jederzeit einen Standortbericht verlangen.

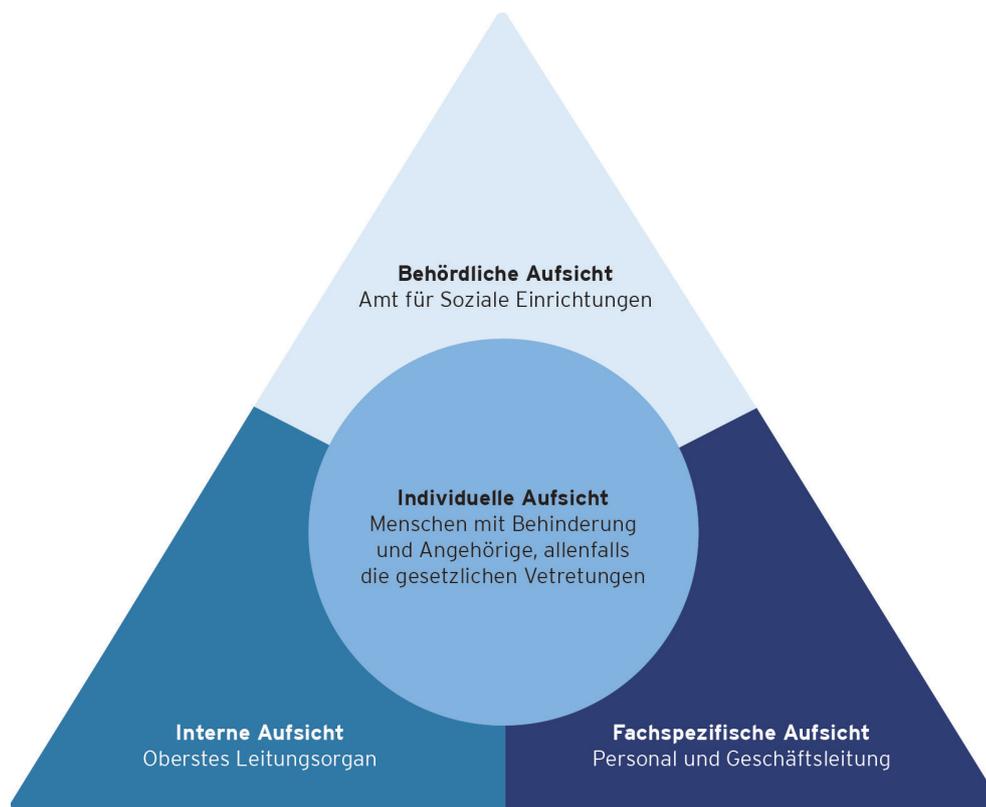
<p>14 Die gesetzliche Vertretung und die Angehörigen sind angemessen einbezogen und ihre Interessen ausreichend berücksichtigt.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Angehörigen und die gesetzlichen Vertretungen wissen, wer ihre Ansprechpersonen sind. 2. Die gesetzlichen Vertretungen und die 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 geregelt. 4. Die Einrichtung steht im Austausch mit den Angehörigen sowie den gesetzlichen Vertretungen der Klienten und informiert diese regelmässig über personelle, strukturelle und konzeptionelle Veränderungen der Einrichtung.
---	---

4. Aufgaben bei der Qualitätsprüfung im Überblick

Die Prüfung, ob und wie die Betreuungs- und Lebensqualität sowie die grösstmögliche Teilhabe in allen Lebensbereichen der Klientinnen und Klienten sichergestellt sind, ist auch Aufsichtsarbeit. Aufsicht, also Prüfung, kann aber nicht allein an staatliche Stellen delegiert werden. Sie ist vielmehr das Zusammenwirken von verschiedenen Beteiligten unter Einsatz unterschiedlicher Instrumente mit dem Ziel, das Wohl und den Schutz von Menschen mit Behinderung, die auf Unterstützung angewiesen sind, zu gewährleisten. Aufgabe der Verantwortlichen der verschiedenen Aufsichtsebenen ist es, sich für die Lebensqualität in der Einrichtung einzusetzen, allfällige Mängel zu erkennen und, wenn nötig, unverzüglich zu handeln. Einrichtungen und Kanton müssen Mängel und Missstände thematisieren und die Behebung konkret angehen. Dazu sind Fachlichkeit, Reflexion und gemeinsames Abwägen notwendig. Definierte Abläufe erleichtern es den Verantwortlichen in den Einrichtungen und im Amt für Soziale Einrichtungen, der Situation angemessene Entscheide zu treffen.

Mit zunehmender Nähe zu den Klienten steigen die Verantwortung und die Möglichkeiten, konkrete, griffige Massnahmen zugunsten einer guten Lebens- und Betreuungsqualität umzusetzen. Die behördliche Aufsicht wirkt übergeordnet und handelt in der Regel indirekt. Sie nimmt den Verantwortlichen in den Einrichtungen die Entscheide nur dann ab, wenn kantonale Vorgaben nicht erfüllt sind. Die Umsetzung von Massnahmen liegt stets in den Händen der strategischen und operativen Führung der Einrichtungen. Bei gravierenden Mängeln muss der Kanton, um die betreuten Menschen mit Behinderung verzögerungsfrei zu schützen, als einschneidendste Massnahme die Betriebsbewilligung entziehen oder, wenn Gefahr im Verzug ist, die verzögerungsfreie Schliessung der Einrichtung anordnen. Dennoch verbleibt auch dann die Umsetzung in der Verantwortung der Einrichtung.

4.1 Die Verantwortungs- bzw. Aufsichtsebenen im Überblick



4.1.1 Individuelle Aufsicht: Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen, allenfalls die gesetzlichen Vertretungen

Urteilsfähige Menschen mit Behinderung nehmen ihre Rechte und Pflichten selbstständig wahr. Dabei werden sie üblicherweise auch von Angehörigen unterstützt.

Im Fall einer gesetzlichen Vertretung eines betreuten Menschen mit Behinderung wahrt diese dessen Rechte und stellt den Schutz in der gewählten Einrichtung sicher. Bevor ein Mensch mit Behinderung in eine Einrichtung eintritt, klärt er oder seine gesetzliche Vertretung die Eignung der Einrichtung ab. Eine umfassende und transparente Darstellung der Leistungen der Einrichtung ist dafür notwendig. Auf dieser Basis kann geklärt werden, ob das Leistungsangebot der Einrichtung den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Behinderung im Grundsatz entspricht. Nach Eintritt überwacht und begleitet die gesetzliche Vertretung die institutionelle Betreuungssituation.

4.1.2 Fachspezifische Aufsicht: Personal und Geschäftsleitung der Einrichtung

Die Geschäftsleitung der Einrichtung ist verantwortlich für die gesamte operative Führung, d.h. für eine gezielte und fachlich fundierte Leistungserbringung sowie für deren Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Sie sorgt für Planung, Koordination, Umsetzung und Evaluation der Qualitätsvorgaben sowie der vereinbarten Leistungen und stellt in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden die Betreuungsqualität sowie das Wohlergehen der Klienten sicher. Die Umsetzung erfolgt durch die Mitarbeitenden in den Einrichtungen. Die Mitarbeitenden unterstützen die Leitungspersonen zudem in der Reflexion und der Prüfung der Ziele. Sie erkennen aus ihrer Optik sowohl Chancen als auch Probleme in der Betreuung und der Umsetzung der Ziele in der alltäglichen Betreuungsarbeit.

Die Geschäftsleitung der Einrichtung ist verantwortlich für das frühzeitige Erkennen des Handlungsbedarfs innerhalb der Einrichtung und für deren Bearbeitung. Sie informiert das oberste Leitungsorgan im Rahmen eines einrichtungsinternen Verfahrens über Ergebnisse, Fortschritte und Problemstellungen der Betreuungsleistung im Allgemeinen sowie über besondere Vorkommnisse.

4.1.3 Interne Aufsicht: Oberstes Leitungsorgan

Das oberste Leitungsorgan⁴ ist verantwortlich für die strategische Ebene und damit für die Realisierung des von der Trägerschaft bestimmten Zwecks der Einrichtung und der vereinbarten Ziele. Es trägt die Gesamtverantwortung und sorgt für das Funktionieren der Einrichtung, insbesondere für die Umsetzung und Überprüfung der kantonalen Qualitätsstandards und der eigenen Qualitätsbestimmungen. Das oberste Leitungsorgan kontrolliert die Geschäftsleitung der Einrichtung bezüglich betreuereischer, struktureller, betrieblicher, personeller und finanzieller Belange und erstattet dem Amt für Soziale Einrichtungen Bericht über Ergebnisse, Problemstellungen im Allgemeinen und über besondere Vorkommnisse.

4.1.4 Behördliche Aufsicht: Amt für Soziale Einrichtungen

Im Prozess des kantonalen Bewilligungs- und Aufsichtsverfahrens wird geprüft, ob die Voraussetzungen für die Erteilung bzw. die Aufrechterhaltung der Betriebsbewilligung erfüllt sind und die damit verbundenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden. Die zuständigen Fachmitarbeitenden des Amtes für Soziale Einrichtungen verschaffen sich einen Eindruck darüber, wie sich die Einrichtung organisiert und nach welchen Grundsätzen sie das Wohlergehen der Menschen mit Behinderung gewährleistet. Diese Überprüfung geschieht auf Basis der Selbst- und Fremdevaluation der Einrichtung im Rahmen ihres Qualitätsmanagements, im Gespräch und aufgrund angemeldeter oder unangemeldeter Kontrollbesuche.

4.2 Grundsätze beim Zusammenwirken der Aufsichtsebenen

Die verschiedenen Funktionen der Aufsicht sind abhängig voneinander bzw. stützen sich je aufeinander ab. Die verschiedenen Ebenen zeigen auch auf, dass unterschiedliche Perspektiven auf dieselbe Fragestellung bestehen. Aus den unterschiedlichen Perspektiven und Aufgaben ergeben sich auch unterschiedliche Verantwortungen. Es ist deshalb besonders darauf zu achten, dass die Verantwortung nicht weiterdelegiert wird (Verantwortungsdiffusion), sondern jede Ebene die ihre wahrnimmt bzw. wahrnehmen kann.

Der Zusammenarbeit zwischen den Aufsichtsebenen kommt für die Qualitätssicherung also besondere Bedeutung zu. Bereits ein gutes und klares Zusammenwirken fördert Qualität. Das Amt für Soziale Einrichtungen richtet die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung nach folgenden Grundsätzen aus:

- Das Amt für Soziale Einrichtungen strebt mit den Einrichtungen eine Zusammenarbeit an, die von gegenseitigem Vertrauen und transparenter Kommunikation mit stetigem Blick auf das Wohl der Menschen mit Behinderung geprägt ist.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Amt für Soziale Einrichtungen und der strategischen und operativen Führung der Einrichtung ist partnerschaftlich: Die Aufsichtsebenen teilen das gemeinsame Anliegen, die Basisqualität zu gewährleisten.
- Das Vorgehen des Amtes für Soziale Einrichtungen bei der Qualitätsprüfung ist festgelegt und gegenüber den Leistungserbringenden transparent.
- Die Kriterien und Ergebnisse der Beurteilung werden gegenüber den Einrichtungen nachvollziehbar erläutert, sind entwicklungsorientiert formuliert und dienen der Qualitätsentwicklung in der Einrichtung.
- Das Amt für Soziale Einrichtungen handelt bei der Ausübung seiner Aufsichtspflicht hoheitlich.

⁴ Als oberstes Leitungsorgan wird jenes Organ einer Trägerschaft (z.B. Verein, Stiftung) bezeichnet, das für diese rechtskräftig handelt (z.B. Vorstand, Stiftungsrat).

5. Vor Betrieb einer Einrichtung: Das Betriebsbewilligungsverfahren

Im Bewilligungsverfahren prüft das Amt für Soziale Einrichtungen das Vorhaben, eine Einrichtung zu betreiben, bevor der Betrieb aufgenommen wird. Es prüft also vorgängig die Vereinbarkeit mit den gesetzlichen Vorgaben. Das Bewilligungsverfahren erfüllt somit eine präventive Aufsichtsfunktion. Das Betriebsbewilligungsverfahren ist aus der Perspektive des Amtes für Soziale Einrichtungen demnach immer die erste Phase behördlicher Aufsicht. Die Aufsicht setzt nicht erst während des laufenden Betriebs (begleitende Aufsicht), sondern bereits im Vorfeld ein. Mit der Betriebsbewilligung wird einer Trägerschaft die Berechtigung erteilt, in ihrer Einrichtung eine bestimmte Anzahl Menschen mit Behinderung dauerhaft oder vorübergehend aufzunehmen und zu betreuen.

Die Erteilung einer Betriebsbewilligung für eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung in Appenzell Ausserrhoden richtet sich im Grundsatz nach dem Gesundheitsgesetz und verlangt insbesondere, dass:

- a. ein Leitbild über die Ziele der Einrichtung vorliegt;
- b. die Einrichtung über konzeptionelle Grundlagen betreffend Leistungen sowie Führung und Organisation verfügt, welche:
 - auf die Sicherstellung des Wohls der betreuten Personen ausgerichtet sind;
 - die Qualitätsentwicklung und -sicherung unterstützen;
- c. Leitung und Personal persönlich und fachlich geeignet sind;
- d. die Zahl der Mitarbeitenden den Anforderungen der Betreuung entspricht;
- e. Bauten und Ausstattung zweckmässig sind und den Bedürfnissen der betreuten Personen entsprechen;
- f. der Betrieb wirtschaftlich gesichert erscheint;
- g. die interne Aufsicht sichergestellt ist.

Die Qualitätsstandards gemäss Ziff. 3 dieser Richtlinien sind massgebend, um die Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen darzulegen (Aufgabe der Organisation, die eine Einrichtung betreiben will) und dies zu verifizieren (Aufgabe des Amtes für Soziale Einrichtungen). Die aufgeführten Qualitätsindikatoren geben Anhaltspunkte dafür, ob die jeweilige Voraussetzung erfüllt ist.

Grundlage der Überprüfung bilden in erster Linie folgende, mit dem Gesuch um Erteilung einer Betriebsbewilligung einzureichenden Unterlagen:

- a. Statuten oder Stiftungsurkunde der Trägerschaft sowie Auszug aus dem Handelsregister;
- b. Leitbild;
- c. Betriebskonzept,⁵ das die Einhaltung der Basisqualität sicherstellt;
- d. Anzahl der angebotenen Plätze;
- e. Muster des Betreuungsvertrags, der die Rechte und Pflichten der betreuten Personen festhält;
- f. Personalien der Mitglieder des obersten Leitungsorgans sowie Angaben zu deren Entschädigung und zur Spesenausrichtung;
- g. Angaben über die interne Organisation sowie Personalien und Qualifikation der Geschäftsleitung, insbesondere Lebenslauf, Ausbildungsnachweise und Strafregisterauszug;
- h. Stellenplan, Musterarbeitsvertrag, Name und Qualifikation der Mitarbeitenden;
- i. Angaben über Gebäude und Ausstattung sowie Verwendung der Räumlichkeiten;
- j. Nachweis über Massnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung;
- k. Angaben über die interne Aufsicht und deren Unabhängigkeit sowie fachliche Eignung;
- l. Voranschlag und Finanzplan für die nächsten drei Jahre;
- m. Angaben zur Revisionsstelle.

Das Amt für Soziale Einrichtungen prüft die mit dem Gesuch eingereichten schriftlichen Nachweise der Trägerschaft und anderer Amtsstellen, aber auch vor Ort und im Gespräch mit der gesuchstellenden Trägerschaft.

⁵ Als Betriebskonzept wird die Gesamtkonzeption der Einrichtung bezeichnet. Es beschreibt und regelt den Auftrag und besteht aus den Elementen Leistungskonzept sowie Führungs- und Organisationskonzept. Feinkonzepte oder Prozessbeschreibungen orientieren sich am Betriebskonzept und konkretisieren das Vorgehen in der Umsetzung, sind jedoch nicht Bestandteile des Betriebskonzepts.

6. Aufgaben der Einrichtung

6.1 Kurz und knapp

Die Geschäftsleitung (fachspezifische Aufsicht) sorgt für die Implementierung und Umsetzung der Qualitätsvorgaben und prüft kontinuierlich, ob und wie sie umgesetzt werden. Sie führt periodisch eine Selbstbewertung aller Qualitätsstandards und -indikatoren gemäss Ziff. 3 dieser Richtlinien zuhanden des Amtes für Soziale Einrichtungen durch. Die Geschäftsleitung oder das oberste Leitungsorgan informiert das Amt für Soziale Einrichtungen über meldepflichtige Veränderungen sowie besondere Vorkommnisse.

6.2 Qualitätsmanagement

Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Erbringung der Basisqualität bei der Einrichtung, wobei die strategische Ebene in den Regelkreis einzubeziehen ist. Es steht den Einrichtungen frei, ihr Qualitätsmanagementsystem (nachfolgend QMS) zu bestimmen. Qualitätsmanagement (nachfolgend QM) bedeutet die Implementierung der Qualitätsbelange in die Managementprozesse einer Einrichtung. QM ist deshalb Teil der strategischen und operativen Führung. Konkret werden unter QM alle organisatorischen Massnahmen zur Umsetzung, Prüfung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards zusammengefasst. QM ist demnach kontinuierlich und nicht punktuell. Es umfasst eine systematisierte Sorge um die Leistungsqualität einer Einrichtung im folgenden Regelkreis:

- Definition von Qualitätsstandards (Basis: kantonale Standards);
- Planung und Umsetzung der Standards (Strukturen, Prozesse);
- Überprüfung (Controlling, Evaluation usw.);
- Weiterentwicklung.

Es besteht keine Vorgabe für eine spezielle Zertifizierung von QM-Systemen. Allerdings müssen die Einrichtungen zumindest die Qualitätsstandards und -indikatoren nach Ziff. 3 dieser Richtlinien in ihr QM-System implementieren. Ergänzend sind die nachfolgenden weiteren Aufgaben zu beachten bzw. sinnvollerweise in ein QM-System zu übertragen (periodische Selbstbewertung sowie Meldung besonderer Vorkommnisse und Meldung von bewilligungsrelevanten Veränderungen).

6.3 Periodische Selbstbewertung und Berichterstattung

Zur Überprüfung und Sicherstellung der Basisqualität ist eine periodische Selbstbeurteilung aller Qualitätskriterien und eine Berichterstattung an das Amt für Soziale Einrichtungen erforderlich (in der Regel alle drei Jahre). In einem durch die Einrichtung bestimmten Verfahren beurteilt sie, ob die Qualitätsstandards und -indikatoren gemäss Ziff. 3 erfüllt, teilweise erfüllt oder nicht erfüllt sind. Wenn der Standard nicht vollständig erfüllt wird, ist im Bericht an das Amt für Soziale Einrichtungen anzumerken, ob und wenn ja, welche Massnahmen zur Herstellung des Soll-Zustands eingeleitet worden sind.

Die periodische Selbstbewertung und Berichterstattung dient einer systematischen Qualitätssicherung und -weiterentwicklung. Gegenüber dem Amt für Soziale Einrichtungen als staatliche Aufsichtsbehörde erbringen das oberste Leitungsorgan und die Geschäftsleitung den Nachweis über die Qualitätssicherungsprozesse und die Einhaltung der kantonalen Standards. Mit der Berichterstattung bestätigt das oberste Leitungsorgan als internes Aufsichtsorgan somit neben der Erfüllung der Betriebsbewilligungsvoraussetzungen auch, dass sie die Überprüfung vorgenommen hat. Ein entsprechendes Formular wird durch das Amt für Soziale Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Die Terminvorgabe erfolgt durch das Amt für Soziale Einrichtungen.

6.4 Meldung von Veränderungen

Zusätzlich zur periodischen Berichterstattung an das Amt für Soziale Einrichtungen meldet die Trägerschaft dem Amt für Soziale Einrichtungen unaufgefordert:

- a. Änderungen bei der Trägerschaft, den Mitgliedern des obersten Leistungsorgans und der Geschäftsleitung;
- b. Änderungen im Leitbild oder des Betriebskonzepts;
- c. Besondere Vorkommnisse, die negative Auswirkungen auf die betreuten Personen oder den Betrieb haben können.

Dies ist notwendig, da diese Änderungen die Betriebsbewilligung tangieren und aus rechtlichen Gründen eine Anpassung zu prüfen ist. Ändert sich die Rechtsform, wird dies mit den entsprechenden rechtsverbindlichen Unterlagen (Handelsregister-

auszug, Stiftungsurkunde oder Statutenänderungen) belegt. Die Trägerschaft informiert auch schriftlich über personelle Wechsel in der strategischen und operativen Führung.

6.5 Besondere Vorkommnisse

Auch grösstmögliche Sorgfalt bei der Qualitätssicherung vermag nicht gänzlich zu verhindern, dass sich in Einrichtungen besondere Vorkommnisse zutragen. Besondere Vorkommnisse sind Ereignisse, die eine ausserordentliche Situation in der Einrichtung darstellen und mögliche negative Auswirkungen auf die Klienten oder den Betrieb haben können, wie beispielsweise Suizide, Brände, ansteckende Krankheiten, sexuelle Ausbeutung und andere Grenzverletzungen, Freistellung von Personal oder sofortige Auflösung eines Betreuungsverhältnisses. Wer welche Kompetenzen in der Einrichtung hat und wie besondere Ereignisse bearbeitet werden, ist in der Konzeption der Einrichtung geregelt. Allerdings gibt es auch Vorkommnisse, auf die sich eine Einrichtung konzeptionell nicht vorbereiten kann. Generelle Kompetenz- und Kommunikationsregelungen sowie ein sorgsames Krisenmanagement, das auch kommunikativen Aspekten besonders Rechnung trägt, erleichtern die Bearbeitung von seltenen und besonderen Vorkommnissen.

Zur Kommunikation gehört auch die unaufgeforderte und verzögerungsfreie Meldung des Vorkommnisses an das Amt für Soziale Einrichtungen durch die Trägerschaft. Dabei ist dem Amt für Soziale Einrichtungen mitzuteilen, was konkret geschehen ist: Wer ist wie betroffen? Was haben die Verantwortlichen bereits unternommen? Was ist noch geplant? Sind Angehörige und/oder gesetzliche Vertretungen informiert worden?

Das Amt für Soziale Einrichtungen begleitet und berät die Verantwortlichen in den Einrichtungen. Zudem können weitere Absprachen erfolgen (z.B. Medienarbeit). Das Amt für Soziale Einrichtungen beurteilt in seiner Aufsichtsfunktion zusätzlich, ob und wie die strategische und die operative Führung der Einrichtung das Ereignis bearbeiten und ob aufsichtsrechtliche Massnahmen notwendig sind bzw. erscheinen.

7. Aufgaben des Amtes für Soziale Einrichtungen

7.1 Kurz und knapp

Das Amt für Soziale Einrichtungen (behördliche Aufsicht) prüft periodisch, ob die Bewilligungsvoraussetzungen bzw. die Qualitätsstandards erfüllt sind und die damit verbundenen Auflagen und Bedingungen eingehalten werden. Die Selbstbewertung der Einrichtung ist Basis für die Fremdbewertung durch das Amt für Soziale Einrichtungen. Gespräche, Aufsichtsbesuche sowie die Bearbeitung von besonderen Vorkommnissen und aufsichtsrechtlichen Hinweisen wirken ergänzend. Ergebnis sind auch hier kurze Berichte und, falls notwendig, Vereinbarungen oder Anweisungen zur Behebung von Mängeln mittels Verfügung. Falls notwendig, informiert das Amt für Soziale Einrichtungen die betroffenen Menschen mit Behinderung und/oder deren gesetzliche Vertretung, wenn deren Wohl und Schutz gefährdet sind bzw. erscheinen.

7.2 Aufsichtsrechtliche Hinweise

Das Amt für Soziale Einrichtungen hat alle Informationen, die auf negative Auswirkungen für die Klienten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung schliessen lassen, als aufsichtsrechtliche Hinweise zu werten. Jeder Hinweis wird dazu vorab auf Zuständigkeit, Gehalt und Dringlichkeit hin geprüft. Das Amt für Soziale Einrichtungen entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob es tätig werden muss und ob Massnahmen (in Form einer Verfügung) notwendig sind. Der aufsichtsrechtliche Hinweis oder die Anzeige lösen somit nicht zwingend ein förmliches Aufsichtsverfahren aus.

Zur Prüfung des Hinweises werden das oberste Leitungsorgan und/oder die Geschäftsleitung zur schriftlichen Stellungnahme eingeladen. Dabei können der Aufsichtsbehörde folgende Fragestellungen Aufschluss über die Ereignisse geben:

- Wie hat sich der geschilderte Vorfall aus Sicht der Einrichtung zugetragen?
- Wie wurde das Vorkommnis in der Einrichtung aufgearbeitet?
- Welche Massnahmen wurden im dargelegten Fall ergriffen?
- Welche generellen Schlussfolgerungen bezüglich der Betreuung und deren Qualität wurden aus den Vorfällen abgeleitet und in den konzeptionellen Grundlagen festgehalten?

Alle aufsichtsrechtlichen Hinweise und die daran anschliessenden Verfahren des Amtes für Soziale Einrichtungen werden durch dieses dokumentiert. Sind der Schutz und das Wohl der Klienten gefährdet oder bestehen Mängel in der Betriebsführung, werden entsprechende Massnahmen vereinbart oder angeordnet bzw. die Behebung der Mängel verfügt.

Im Unterschied zur Beschwerde nach dem Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; bGS 143.1) ist der aufsichtsrechtliche Hinweis kein förmliches Rechtsmittel und dient nicht der Anfechtung eines behördlichen Entscheids (i.d.R. eine Verfügung). Der aufsichtsrechtliche Hinweis kann im Verwaltungsverfahren als Rechtsbehelf bezeichnet werden, um die Aufsichtsinstanz dazu anzuhalten, in Ausübung ihrer Aufsichtsrechte und -pflichten die administrativ unterstellte Behörde oder Private, die unter einer staatlichen Aufsicht stehen, zu einem bestimmten Verhalten zu veranlassen. Die meldende bzw. anzeigende Person hat dabei keinen Erledigungs- oder Rechtsschutzanspruch.

Das Amt für Soziale Einrichtungen hat die Pflicht, meldende Personen darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit einer strafrechtlichen Anzeige besteht, falls sie Vorkommnisse mit strafrechtlicher Relevanz melden. Falls die Person davon keinen Gebrauch machen will, muss das Amt für Soziale Einrichtungen sie darüber informieren, dass nach Kenntnisnahme und Abklärung des Sachverhalts unter Umständen eine Anzeigepflicht seitens der Aufsichtsbehörde besteht.

7.3 Angemeldete Aufsichtsbesuche

Das Amt für Soziale Einrichtungen führt wenigstens alle drei Jahre einen angemeldeten, strukturierten und vorbereiteten Aufsichtsbesuch zu ausgewählten Qualitätsthemen durch. Ziel des Besuchs ist es, sich neben schriftlichen Unterlagen auch vor Ort einen Eindruck über die Umsetzung der Basisqualität zu verschaffen. Die Basisqualität wird also aufgrund der Qualitätsstandards und -indikatoren überprüft. Dafür werden je Aufsichtsbesuch Schwerpunktthemen und die dazu zu überprüfenden Bereiche definiert. Das Amt für Soziale Einrichtungen informiert die Einrichtung frühzeitig darüber und stellt ihr vorgängig den detaillierten Ablaufplan des Aufsichtsbesuchs zu.

Der Aufsichtsbesuch kann beispielsweise eine Aktenanalyse, Interviews und eine Besichtigung des Betriebs umfassen. In der Regel gehören Gesprä-

che mit Klienten und/oder Mitarbeitenden dazu. Der Aufsichtsbesuch dauert in der Regel zwischen einem halben bis zu einem ganzen Tag. Das Amt für Soziale Einrichtungen gibt am Ende des Besuchs eine erste mündliche Rückmeldung an die Geschäftsleitung. Das Amt für Soziale Einrichtungen bestätigt der Trägerschaft in der Folge den Besuch und allfällige Vereinbarungen zum Entwicklungsbedarf schriftlich (Ergebnisbericht). Der Ergebnisbericht dient der Einrichtung als Basis für die Qualitätssicherung und -entwicklung.

Stellt das Amt für Soziale Einrichtungen erhebliche Mängel fest, ordnet es deren Behebung mittels Verfügung an. Diese wird der Trägerschaft und der Geschäftsleitung einer Einrichtung in der Regel im Gespräch erläutert, stets zum rechtlichen Gehör zugestellt und anschliessend mit Rechtsmittelbelehrung eröffnet.

7.4 Unangemeldete Kontrollbesuche

Ein unangemeldeter Kontrollbesuch erfolgt, wenn aufgrund eines aufsichtsrechtlichen Hinweises eine erhebliche Gefährdung des Wohls der betreuten Personen vermutet wird oder wiederkehrend aufsichtsrechtliche Hinweise eingehen. Das Amt für Soziale Einrichtungen kontrolliert unangemeldet vor Ort, wenn die aufgeworfenen Fragen nicht anders geprüft werden können. Die Instrumente beim Besuch (Besichtigung der Einrichtung, Akteneinsicht, Gespräche, Interviews) müssen der jeweiligen Fragestellung angepasst sein.

Das Amt für Soziale Einrichtungen bestätigt der Trägerschaft, wie bei angemeldeten Aufsichtsbesuchen, den Besuch und allfällige Vereinbarungen zum Entwicklungsbedarf schriftlich (Ergebnisbericht). Der Ergebnisbericht dient der Einrichtung ebenfalls als Basis für die Qualitätssicherung und -entwicklung.

Stellt das Amt für Soziale Einrichtungen erhebliche Mängel fest, ordnet es deren Behebung mittels Verfügung an. Diese wird der Trägerschaft und der Geschäftsleitung einer Einrichtung in der Regel im Gespräch erläutert, stets zum rechtlichen Gehör zugestellt und anschliessend mit Rechtsmittelbelehrung eröffnet.

7.5 Strafrechtliche Verfahren

Auch grösstmögliche Sorgfalt bei der Qualitätssicherung vermag nicht gänzlich zu verhindern, dass sich in Einrichtungen Vorfälle mit strafrechtlicher Relevanz zutragen. Dann liegt die Aufklärung des Sachverhalts nicht mehr in der Kompetenz des Amtes für Soziale Einrichtungen als Aufsichtsbehörde, sondern bei den Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staats- und Jugendanwaltschaft), die für die Untersuchung zuständig sind.

Erhält das Amt für Soziale Einrichtungen Kenntnis von einer von Amtes wegen zu verfolgenden strafbaren Handlung (nur Official-, keine Antragsdelikte), ist es stets berechtigt, Anzeige zu erstatten. Bei der Prüfung, ob Anzeige zu erstatten ist, hat das Amt für Soziale Einrichtungen die Opferinteressen besonders zu würdigen.

Für Behörden und Mitarbeitende des Kantons gilt nach Art. 79 des Justizgesetzes eine Anzeigepflicht bei Kenntnis einer schwerwiegenden strafbaren Handlung. Besteht eine Anzeigepflicht nach Art. 79 des Justizgesetzes, besteht für das Amt für Soziale Einrichtungen kein Ermessensspielraum. Das Amt für Soziale Einrichtungen und/oder seine einzelnen Mitarbeitenden sind zur Anzeige verpflichtet.

Sobald durch die Aufsichtsbehörde der Staatsanwaltschaft das Vorkommnis angezeigt worden ist, liegen weitere Abklärungen in Bezug auf den Einzelfall nicht mehr in der Zuständigkeit des Amtes für Soziale Einrichtungen, sondern in der alleinigen Zuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden.

Das aufsichtsrechtliche Verfahren ist für das Amt für Soziale Einrichtungen aufgrund Zuständigkeit der Strafverfolgungsbehörden nicht abgeschlossen, sondern läuft parallel zum Strafverfahren so lange weiter, bis die aufsichtsrechtlichen Fragen geklärt sind, auch im Hinblick auf die Verhinderung solcher Fälle in der Zukunft (z.B. Notwendigkeit konzeptioneller Anpassungen oder Optimierung der internen Aufsicht).

8. Vollzugsbeginn

Diese Richtlinien treten am 1. Januar 2015 in Vollzug.

Departement Gesundheit
Der Vorsteher:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Weishaupt', written in a cursive style.

Dr. Matthias Weishaupt
Regierungsrat

9. Anhang

The background of the page is an abstract composition of overlapping, semi-transparent geometric shapes, primarily triangles and polygons. The color palette is dominated by various shades of blue, ranging from light, airy blues to deep, rich teals and dark blues. Interspersed among these are white and very light blue shapes, creating a layered, crystalline effect. The overall impression is one of modern, clean design with a sense of depth and movement.

9.1 Fachpersonal im Bereich Betreuung

9.1.1 Anrechenbarkeit

Für die Erteilung der Betriebsbewilligung gelten die nachfolgenden Mindestanforderungen betreffend Fachpersonal im Bereich Betreuung.

Anrechenbar sind alle beruflichen Ausbildungsabschlüsse gemäss nachstehender Liste, die als eidgenössisch anerkannte Ausbildungsabschlüsse gelten:

- Abschlüsse der beruflichen Grundbildung gemäss Art. 17 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Berufsbildung vom 13. Dezember 2002 (BBG; SR 412.10);
- Abschlüsse der Höheren Berufsbildung gemäss Art. 27 BBG;
- Abschlüsse gemäss Bundesgesetz über die Fachhochschulen vom 6. Oktober 1995 (FHSG; SR 414.71);
- Abschlüsse an einer schweizerischen Universität.

Abschlüsse nach altrechtlicher Berufsbildungs- und Hochschulsystematik, die als gleichwertig zu den unten aufgeführten neurechtlichen Abschlüssen gelten, sind im gleichen Umfang an die Mindestquote anzurechnen und im Grade-Mix zu berücksichtigen.

Für [ausländische Abschlüsse](#) ist eine Äquivalenz zu schweizerischen Abschlüssen zu belegen.⁶

Eine [Weiterbildung für das Betreuungspersonal in Tagesstrukturangeboten mit Lohn](#) gilt dann als anrechenbar, wenn die Mitarbeitenden einen anerkannten Berufsabschluss in ihrem angestammten Berufsfeld, wenigstens eine dreijährige Berufserfahrung im Bereich Betreuung und Begleitung von Menschen mit Behinderung sowie wenigstens 30 Tage Weiter- bzw. Fortbildung im Sozialbereich vorweisen.

Personalmitarbeitende in Ausbildung werden wie folgt zu 100 Prozent gemäss Stellenpensum angerechnet:

- Personen in Ausbildung oder Weiterbildung der höheren Berufsbildung; Personen in Ausbildung oder Nachdiplomstudien auf Fachhochschul- oder Universitätsstufe;
- Personen in Ausbildung der beruflichen Grundbildung.

Als nicht anrechenbar gelten Attest-Ausbildungen.

⁶ Je nach Beruf sind in der Schweiz verschiedene Behörden oder Institutionen für die Anerkennung von ausländischen Abschlüssen zuständig. Auskunft erteilt Ihnen das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI in Bern (www.sbf.admin.ch/diploma).

9.1.2 Anerkannte, anrechenbare Berufsabschlüsse

Zu den anerkannten und somit anrechenbaren Berufsabschlüssen gehören die folgenden Abschlüsse (Stand 2014, wird regelmässig aktualisiert):

Stufe	Abschlüsse						
Berufliche Grundbildung	<ul style="list-style-type: none"> · Fachmann/Fachfrau Betreuung mit eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ) · Fachmann/Fachfrau Gesundheit mit eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ) 						
Höhere Berufsbildung	<table border="0"> <tr> <td>Berufsprüfung</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> · Teamleiter/Teamleiterin in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen mit eidg. Fachausweis · Sozialbegleiter/Sozialbegleiterin mit eidg. Fachausweis </td> </tr> <tr> <td>Höhere Fachprüfung</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> · Dipl. Institutionsleiter/Institutionsleiterin · Dipl. Arbeitsagoge/Arbeitsagogin · Dipl. Kunsttherapeut/Kunsttherapeutin </td> </tr> <tr> <td>Höhere Fachschule</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> · Dipl. sozialpädagogischer Werkstatteleiter/sozialpädagogische Werkstatteleiterin · Dipl. Sozialpädagoge/Sozialpädagogin · Dipl. Kindererzieher/Kindererzieherin · Dipl. Gemeinwesenarbeiter/Gemeinwesenarbeiterin · Dipl. Pflegefachmann/Pflegefachfrau · Dipl. Aktivierungsfachmann/Aktivierungsfachfrau · Dipl. Werklehrer/Werklehrerin </td> </tr> </table>	Berufsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> · Teamleiter/Teamleiterin in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen mit eidg. Fachausweis · Sozialbegleiter/Sozialbegleiterin mit eidg. Fachausweis 	Höhere Fachprüfung	<ul style="list-style-type: none"> · Dipl. Institutionsleiter/Institutionsleiterin · Dipl. Arbeitsagoge/Arbeitsagogin · Dipl. Kunsttherapeut/Kunsttherapeutin 	Höhere Fachschule	<ul style="list-style-type: none"> · Dipl. sozialpädagogischer Werkstatteleiter/sozialpädagogische Werkstatteleiterin · Dipl. Sozialpädagoge/Sozialpädagogin · Dipl. Kindererzieher/Kindererzieherin · Dipl. Gemeinwesenarbeiter/Gemeinwesenarbeiterin · Dipl. Pflegefachmann/Pflegefachfrau · Dipl. Aktivierungsfachmann/Aktivierungsfachfrau · Dipl. Werklehrer/Werklehrerin
Berufsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> · Teamleiter/Teamleiterin in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen mit eidg. Fachausweis · Sozialbegleiter/Sozialbegleiterin mit eidg. Fachausweis 						
Höhere Fachprüfung	<ul style="list-style-type: none"> · Dipl. Institutionsleiter/Institutionsleiterin · Dipl. Arbeitsagoge/Arbeitsagogin · Dipl. Kunsttherapeut/Kunsttherapeutin 						
Höhere Fachschule	<ul style="list-style-type: none"> · Dipl. sozialpädagogischer Werkstatteleiter/sozialpädagogische Werkstatteleiterin · Dipl. Sozialpädagoge/Sozialpädagogin · Dipl. Kindererzieher/Kindererzieherin · Dipl. Gemeinwesenarbeiter/Gemeinwesenarbeiterin · Dipl. Pflegefachmann/Pflegefachfrau · Dipl. Aktivierungsfachmann/Aktivierungsfachfrau · Dipl. Werklehrer/Werklehrerin 						
Hochschulabschlüsse	<table border="0"> <tr> <td>Fachhochschule (Bachelor- oder Masterstudiengang)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> · Studiengang in Sozialpädagogik · Studiengang in Pflege · Studiengang in Physiotherapie · Studiengang in Heilpädagogik · Studiengang in Ergotherapie · Studiengang in Sozialarbeit · Studiengang in angewandter Psychologie · Studiengang in Pädagogik (Studiengang zur Lehrerin bzw. zum Lehrer) </td> </tr> <tr> <td>Universität (Bachelor- oder Masterstudiengang)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> · Studiengang in Sozialarbeit und Sozialpolitik · Studiengang in Soziologie · Studiengang in Sozialwissenschaften · Studiengang in Heilpädagogik · Studiengang in Sonderpädagogik · Studiengang in Psychologie </td> </tr> </table>	Fachhochschule (Bachelor- oder Masterstudiengang)	<ul style="list-style-type: none"> · Studiengang in Sozialpädagogik · Studiengang in Pflege · Studiengang in Physiotherapie · Studiengang in Heilpädagogik · Studiengang in Ergotherapie · Studiengang in Sozialarbeit · Studiengang in angewandter Psychologie · Studiengang in Pädagogik (Studiengang zur Lehrerin bzw. zum Lehrer) 	Universität (Bachelor- oder Masterstudiengang)	<ul style="list-style-type: none"> · Studiengang in Sozialarbeit und Sozialpolitik · Studiengang in Soziologie · Studiengang in Sozialwissenschaften · Studiengang in Heilpädagogik · Studiengang in Sonderpädagogik · Studiengang in Psychologie 		
Fachhochschule (Bachelor- oder Masterstudiengang)	<ul style="list-style-type: none"> · Studiengang in Sozialpädagogik · Studiengang in Pflege · Studiengang in Physiotherapie · Studiengang in Heilpädagogik · Studiengang in Ergotherapie · Studiengang in Sozialarbeit · Studiengang in angewandter Psychologie · Studiengang in Pädagogik (Studiengang zur Lehrerin bzw. zum Lehrer) 						
Universität (Bachelor- oder Masterstudiengang)	<ul style="list-style-type: none"> · Studiengang in Sozialarbeit und Sozialpolitik · Studiengang in Soziologie · Studiengang in Sozialwissenschaften · Studiengang in Heilpädagogik · Studiengang in Sonderpädagogik · Studiengang in Psychologie 						

9.1.3 Quote und Grade-Mix

Tagesstruktur mit Lohn

Quote

In Tagesstrukturangeboten mit Lohn verfügen **mindestens 65 %** der Betreuungspersonen über einen eidgenössisch anerkannten Ausbildungsabschluss im Sozial- oder Gesundheitsbereich oder eine Weiterbildung in diesem Bereich.

Grade-Mix

30 % ausgebildetes Fachpersonal gemäss Ziff. 9.1.2.

35 % Personal in Ausbildung (oder Personal mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung im Bereich der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Behinderung sowie 30 Tage Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich).

20 % Personal mit Nachqualifikation für anerkannten Ausbildungsabschluss gemäss Ziff. 9.1.2 innerhalb von fünf Jahren.

15 % freie Quote.

Stationäre Wohnangebote und Tagesstruktur ohne Lohn

Quote

In stationären Wohnangeboten und Tagesstrukturen ohne Lohn verfügen **mindestens 65 %** der Betreuungspersonen über einen eidgenössisch anerkannten Ausbildungsabschluss im Sozial- oder Gesundheitsbereich.

Grade-Mix

45 % ausgebildetes Fachpersonal, wenigstens Sekundarstufe II, gemäss Ziff. 9.1.2, oder Personal in einer entsprechenden Ausbildung.

20 % des Personals verfügt über eine abgeschlossene Tertiärausbildung oder ist in einer entsprechenden Ausbildung. Die Verteilung der Mitarbeitenden mit einer Tertiärausbildung auf die Betreuungseinheiten ist angemessen.

20 % Personal mit Nachqualifikation für anerkannten Ausbildungsabschluss gemäss Ziff. 9.1.2 innerhalb von fünf Jahren.

15 % freie Quote.

Das Amt für Soziale Einrichtungen hat bei der Bewilligungserteilung zu beurteilen, ob das Personal fachlich geeignet ist und die Zahl der Mitarbeitenden den Anforderungen der Betreuung entspricht. Die oben definierten Werte stellen dazu die Mindestanforderungen dar. Es ist jedoch im Einzelfall zu prüfen, wie weit Zielgruppe, Leistungsangebot und -ziele einerseits sowie Qualifikation der Mitarbeitenden andererseits aufeinander abgestimmt und angemessen sind.

9.2 Kantonale Erfordernisse an das Qualitätsmanagement (QM)

Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Erbringung der Basisqualität bei der Einrichtung, wobei die strategische Ebene (interne Aufsicht) in den Regelkreis einzubeziehen ist. Es steht den Einrichtungen frei, ihr Qualitätsmanagementsystem (QMS) zu bestimmen. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden setzt für die Betriebsbewilligung sowie die Anerkennung nicht voraus, dass das QMS von akkreditierten Zertifizierungsstellen zertifiziert wird.

Die minimalen Erfordernisse an die Qualitätssicherung und -entwicklung sind mit Nachweis der Qualitätsindikatoren gemäss Ziff. 3 erfüllt.

Bei Vorliegen eines zertifizierten QMS wird die Erfüllung des Qualitätsstandards 3c nicht durch die behördliche Aufsicht geprüft.

Es bestehen verschiedene Varianten von QM und QMS in sozialen Einrichtungen und Angeboten. Am häufigsten eingesetzt sind:⁷

- QM «Marke Eigenbau»;
- QM durch Evaluation, Selbstevaluation, Controlling;
- QM durch Organisations- und Personalentwicklung;
- QM in Anlehnung an ISO 9000-Familie;
- QM in Orientierung an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität;
- QM im Sinn von Total-Quality-Management (TQM);
- QM durch geeignete Mischformen verschiedener Ansätze;
- QM mittels zertifiziertem, vorgegebenem QM-System.

Es werden drei Vorgehensweisen zur Qualitätssicherung in Organisationen unterschieden:

Qualitätsmanagementsysteme mit SAS-Akkreditierung

Ein systematisches Prüfungsvorgehen mit abschliessender Zertifizierung, das von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle als ein den internationalen Normen entsprechendes Managementsystem anerkannt ist. Es wird ein Zertifikat erteilt.

Qualitäts-Labels ohne SAS-Akkreditierung

Ein systematisches (externes) Prüfungsvorgehen mit abschliessendem Label, das von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle jedoch nicht anerkannt ist. Es wird ein Zertifikat erteilt.

Unterstützende Verfahren zur Entwicklung und Überprüfung der Qualitätssicherung der «Marke Eigenbau»

Vorgehensweisen, welche die Organisation beim Aufbau bzw. bei der Optimierung ihres eigenen QM unterstützen. Diese werden ohne Zertifikat bzw. Label abgeschlossen und sind nicht von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle anerkannt.

⁷ socialdesign ag, Qualitätsmanagementsysteme und Qualitäts-Labels für den Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich, Bern, 30. Juli 2012