

Richtlinien zur Basisqualität

Vorgaben zur Qualität und deren Überprüfung in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Appenzell Ausserrhoden

Januar 2025



Impressum

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



www.ar.ch/soziales

Inhalt

1	Ausgangslage	1
2	Rechtliche Grundlagen	3
3	Einleitung	4
4	Qualitätsstandards und -indikatoren	5
5	Aufgaben bei der Qualitätsprüfung im Überblick	20
5.1	Die Verantwortungs- bzw. Aufsichtsebenen.....	21
5.1.1	Individuelle Aufsicht: Menschen mit Behinderung oder ihre Angehörigen, allenfalls die gesetzlichen Vertretungen	21
5.1.2	Fachspezifische Aufsicht: Personal und Leitung der Einrichtung	21
5.1.3	Interne Aufsicht: oberstes Leitungsorgan	22
5.1.4	Behördliche Aufsicht: Amt für Soziales	22
5.2	Grundsätze beim Zusammenwirken der Aufsichtsebenen.....	22
6	Das Betriebsbewilligungsverfahren	24
6.1	Betriebsbewilligung	24
6.2	Voraussetzungen für eine Betriebsbewilligung	24
6.3	Einzureichende Unterlagen	24
6.4	Anerkennung als Leistungserbringer.....	25
7	Aufgaben der Einrichtung	26
7.1	Kurz und knapp	26
7.2	Qualitätsmanagement	26
7.3	Periodische Selbstbewertung und Berichterstattung.....	26
7.4	Meldung von Veränderungen	27
7.5	Meldung besonderer Vorkommnisse.....	27
8	Aufgaben des Amtes für Soziales	28
8.1	Kurz und knapp	28
8.2	Besondere Vorkommnisse	28
8.3	Aufsichtsrechtliche Hinweise.....	28
8.4	Angemeldete Aufsichtsbesuche	29
8.5	Unangemeldete Kontrollbesuche	29
8.6	Anzeigerecht und Anzeigepflicht bei strafrechtlichen Verfahren	30
9	Vollzugsbeginn	31

10	Anhang	32
10.1	Fachpersonal im Bereich Betreuung	34
10.1.1	Anrechenbarkeit.....	34
10.1.2	Anerkannte, anrechenbare Berufsabschlüsse	35
10.1.3	Quote und Grade-Mix	37
10.2	Kantonale Erfordernisse an das Qualitätsmanagement (QM).....	38

1 Ausgangslage

Der Kanton muss die Qualität in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sichern. Dabei hat er einen doppelten Auftrag:

1. Schutzauftrag: Menschen mit Behinderung¹ haben das Recht auf Schutz der Persönlichkeit und Unversehrtheit, also Schutz vor Gewalt gegen Körper und Seele. Der Kanton muss dieses Recht sicherstellen, da er eine Schutzpflicht hat gegenüber Menschen mit Behinderung. Die Schutzpflicht spielt im Alltag in einer spezialisierten Einrichtung für Menschen mit Behinderung in vielen Bereichen eine Rolle. Die Einrichtung muss zum Beispiel durch infrastrukturelle Vorkehrungen die Intimsphäre von Menschen mit Behinderung schützen, die in einer Wohngruppe leben. Wichtig ist auch die Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen. Ebenfalls wichtig ist der Umgang mit Massnahmen, welche die Freiheit beschränken. Die Schutzpflicht umfasst aber auch die fachliche und persönliche Eignung von Mitarbeitenden. Der Betrieb einer spezialisierten Einrichtung erfordert eine Bewilligung vom Kanton. Sie unterstehen zudem der Aufsicht des Kantons. Mit der Bewilligung und der Aufsicht will der Kanton das Wohl und den Schutz von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen gewähren.

2. Gewährleistungsauftrag: Der Kanton muss dafür sorgen, dass genügend bedarfsgerechte Angebote in den Bereichen Wohnen, begleiteter Arbeit und in der betreuten Tagesgestaltung für Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen. Er steuert die Angebote nach den Kriterien Bedarf, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Diese Richtlinien beschreiben die Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebsbewilligung nach dem Gesundheitsgesetz und der Verordnung über die Heimaufsicht sowie die qualitativen Voraussetzungen für die Anerkennung als Leistungserbringer nach dem Gesetz zur Finanzierung von Leistungsangeboten für Menschen mit Behinderung (erweiterte Qualitätsanforderungen). Die vorliegenden Richtlinien sind deshalb in zwei Qualitätsebenen unterteilt:

Basisqualität: Sie umfasst Vorgaben zur Qualität der Dienstleistung. Die Leitfrage lautet: Welche Qualität muss die Einrichtung erfüllen, um den Schutz und das Wohl der Leistungsnutzenden, die Umsetzung der fachlichen Standards und der UNO-Behindertenrechtskonvention (UNO-BRK) zu gewährleisten?

Erweiterte Qualität: Hier geht es um die Beitragsanerkennung. Die Leitfrage lautet: Welche Qualität muss die Einrichtung erfüllen, um eine kantonale Beitragsanerkennung zu erhalten und eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton abzuschliessen?

Die Ostschweizer Kantone und der Kanton Zürich arbeiten im Rahmen der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren der Ostschweizer Kantone (SODK Ost)² bei der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG; SR 831.26) intensiv zusammen. Die SODK-Ost und der Kanton Zürich bestimmten 2011 Qualitätsrichtlinien, um den Schutz- und Gewährleistungsauftrag zu erfüllen. Die Qualitätsrichtlinien sind

¹ Wir schreiben manchmal anstelle von Menschen mit Behinderung «Leistungsnutzende».

² Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen, Schaffhausen und Thurgau.

Mindeststandards für die Bewilligung und die Anerkennung von Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung. Viele Kantone in der ganzen Schweiz setzen die Richtlinien ein.

Die SODK Ost und der Kanton Zürich haben die Richtlinien überarbeitet. Dabei haben sie die fortlaufenden Entwicklungen im Bereich Behinderung und im Qualitätsmanagement sowie die Erfahrungen bei der Anwendung in den Kantonen berücksichtigt. Zugleich haben sie die Anforderungen an die Leistungserbringenden präziser und nachvollziehbarer formuliert und der Praxis entsprechend angepasst. Zudem beschreiben die Richtlinien die Anforderungen aus der UNO-BRK und aktuellen fachlichen Grundlagen genauer. Weitere Kantone, kantonale Verbände und Selbstvertretende konnten sich einbringen, damit die Richtlinien die vielfältigen Bedürfnisse und fachlichen Bedingungen berücksichtigen. Die Richtlinien wurden am 22. September 2023 durch die Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren der SODK Ost und des Kantons Zürich genehmigt.

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hat die Richtlinien zur Basisqualität ergänzt und präzisiert. Dabei haben fünf Vertretende von INSOS Appenzell Ausserrhoden mitgewirkt.

Neben den Vorgaben zur Qualität werden in den vorliegenden Richtlinien auch deren Überprüfung in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Appenzell Ausserrhoden beschrieben.

2 Rechtliche Grundlagen

Das Amt für Soziales erlässt die vorliegenden Richtlinien zur Basisqualität gemäss folgender Gesetze, Verordnungen, Vereinbarungen und Richtlinien:

- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB; SR 210);
- Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG; SR 831.26);
- Gesundheitsgesetz (bGS 811.1);
- Verordnung über die Heimaufsicht (Heimverordnung; bGS 811.14);
- Gesetz zur Finanzierung von Leistungsangeboten für Menschen mit Behinderung (Behindertenfinanzierungsgesetz, BeFiG; bGS 852.6);
- Verordnung zur Finanzierung von Leistungsangeboten für Menschen mit Behinderung (Behindertenfinanzierungsverordnung, BeFiV; bGS 852.61);
- Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen IVSE (IVSE; bGS 852.5);
- Verordnung zur Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (bGS 852.51);
- Rahmenrichtlinien zu den Qualitätsanforderungen gemäss IVSE;
- Justizgesetz (bGS 145.31);
- Bundesgesetz über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG; SR 412.10);
- Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV; SR 412.101);
- Bundesgesetz über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz, FHSG; SR 414.71).

Weitere rechtliche Bestimmungen (z. B. Datenschutz, Feuerpolizei, Arbeitsrecht, Arbeitssicherheit, Lebensmittelkontrolle, Gewerbeordnung, Kantonsapotheke) sind in Spezialgesetzen geregelt. Die Einrichtungen müssen auch die Spezialgesetze einhalten. Um Doppelregelungen zu vermeiden, gehen diese Richtlinien nicht auf die Spezialgesetze ein. Es ist nicht die Aufgabe des Amtes für Soziales zu prüfen, ob die Einrichtungen die Spezialgesetze einhalten.

3 Einleitung

Lebensqualität von Menschen mit Behinderung, die in spezialisierten Einrichtungen wohnen und arbeiten, entsteht nicht allein durch Grundlagen und Konzepte. Die Verantwortlichen und Mitarbeitenden der Einrichtungen und Trägerschaften sowie des Amtes für Soziales 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 lässt sich die Selbstbestimmung der betreuten Menschen mit Behinderung messen? Woran ist erkennbar, dass Menschen mit Behinderung vor Gewalt gegen Körper und Seele geschützt sind? Wann sind sie es nicht? Darauf Antworten zu finden, ist nicht einfach.

Menschen mit Behinderung in Einrichtungen brauchen eine längere Zeit oder für immer eine spezialisierte Betreuung. Dadurch entstehen starke Abhängigkeitsverhältnisse. Neben dem Leitungs- und Betreuungspersonal müssen auch die Trägerschaften und der Staat dafür sorgen, dass das Wohl und der Schutz von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen gewährleistet sind. Diese Richtlinien definieren dazu einen allgemeinen Rahmen. Innerhalb dieses Rahmens leisten verschiedene Menschen viel Arbeit in und ausserhalb der Einrichtungen.

Die Richtlinien schaffen gleiche Bedingungen für die bestehenden Einrichtungen. Sie gelten auch für jene Einrichtungen, die in Zukunft Menschen mit Behinderung betreuen und pflegen und eine Betriebsbewilligung in Appenzell Ausserrhoden beantragen wollen.

Qualität ist meistens nicht direkt messbar. Das Bemühen um Qualität kann man hingegen überprüfen. Aber nicht der Zufall darf die Prüfung steuern. Sie muss vielmehr auf allen Ebenen fester Teil der Prozesse und Zusammenarbeit sein: bei der Zusammenarbeit von Leitungspersonen der Einrichtungen

mit ihren Trägerschaften, von Trägerschaften mit dem Amt für Soziales.

Die Beteiligten können die Qualität und ihre Prüfung nicht an eine einzige Stelle delegieren. Diese Richtlinien enthalten deshalb Aufgaben der Einrichtungen mit ihren Trägerschaften sowie Aufgaben des Amtes für Soziales. Es braucht ein Miteinander, um die Basisqualität in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Appenzell Ausserrhoden zu erreichen. Dazu muss jede Ebene Aufgaben und Verantwortung übernehmen. Das Ziel ist: eine hohe Zufriedenheit und Lebensqualität sowie der Schutz vor Gewalt gegen Körper und Seele für Menschen mit Behinderung in spezialisierten Einrichtungen.

Das tägliche Engagement lässt sich nicht in Vorgaben des Kantons darstellen. Es ist jedoch absolut nötig für eine hohe Qualität der Angebote in spezialisierten Einrichtungen. Diese Richtlinien zur Basisqualität definieren deshalb einen allgemeinen Rahmen.

4 Qualitätsstandards und -indikatoren

Die Mitgliederkantone der SODK Ost und der Kanton Zürich haben gemeinsam Qualitätsvorgaben erarbeitet. Will eine Organisation eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung betreiben oder als Leistungserbringer gemäss IFEG und BeFiG anerkannt sein, dann muss sie diese Qualitätsvorgaben erfüllen.

Die Basisqualität ist kein Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Einrichtung muss sie jederzeit sicherstellen.

Die Basisqualität ist in vier Themenbereiche gegliedert: **Grundlagen; Organisation und Infrastruktur; Leitung und Personal; Leistungsnutzende und Fachlichkeit.** Sie hat 14 Qualitätsstandards. Zu jedem Standard gehören mehrere Qualitätsindikatoren. Die Indikatoren sind Vorgaben, was eine Einrichtung tun muss. Sie machen den Standard überprüfbar.

Die Richtlinien zur Basisqualität beschreiben die Voraussetzungen genauer, die eine Einrichtung für eine Betriebsbewilligung erfüllen muss. In Appenzell Ausserrhoden sind die Voraussetzungen in Art. 49 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes sowie Art. 2 ff. der Heimverordnung geregelt. Zudem gelten die qualitativen Voraussetzungen für die Anerkennung gemäss Behindertenfinanzierungsgesetz.

Wir verwenden in den vorliegenden Richtlinien folgende Begriffe:

· **Mitarbeitende** = Angestellte, Personal, Fachmitarbeitende, wie zum Beispiel Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter sowie Betreuerinnen und Betreuer;

- **Leistungsnutzende:** z. B. Klientinnen und Klienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeitende mit Behinderung, Betreute, Menschen mit Behinderung;
- **Leistungserbringende** (in seltenen Fällen «Organisation»): z. B. Einrichtungen, Institutionen;
- **Begleitete Arbeit** = mit Arbeitsvertrag und Lohnbeschäftigung;
- **Betreute Tagesgestaltung** = ohne Arbeitsvertrag und Lohnbeschäftigung.

Abkürzungsverzeichnis

UNO-BRK	UNO-Behindertenrechtskonvention
IBB	Individueller Betreuungsbedarf
IFEG	Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OR	Obligationenrecht
Q	Qualität
SODK Ost+ZH	Konferenz der Sozialdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und des Kantons Zürich

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich 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 des Leistungserbringenden (Mission); b. das Tätigkeitsgebiet des Leistungserbringenden; c. die Grundhaltungen, das Menschenbild und die obersten Ziele, nach denen sich das Handeln aller Beteiligten des Leistungserbringenden richten muss. 2. Das Leitbild entspricht den Grundsätzen der UNO-BRK und den aktuellen fachlichen Standards. 3. Das Leitbild ist datiert und seine Überprüfung terminiert. 4. Die Inhalte des Leitbilds sind allen Mitarbeitenden und Leistungsnutzenden bekannt. 5. Die Konzepte des Leistungserbringenden sind aus dem Leitbild abgeleitet. 6. Das Leitbild wird in der Strategie, den Zielen und Massnahmen umgesetzt.
2	Es bestehen Grundlagen, welche die strategische Leitung und Organisation sowie die Aufgaben der internen Aufsicht beschreiben.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rechtsform und Organisation des Leistungserbringenden sind geregelt. 2. Es bestehen eine Stiftungsurkunde oder Statuten. 3. Es besteht ein Eintrag im Handelsregister des Kantons Appenzell Ausserrhoden. 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. Es ist zu gewährleisten, dass das strategische Gremium jenseits von Einzelinteressen funktionsfähig ist. b. Die Mitglieder des strategischen Gremiums und die operative Leitung des Leistungserbringenden sind nicht verwandtschaftlich (1. oder 2. Grades), persönlich und/oder in enger gemeinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden. c. Das strategische Gremium setzt sich aus mindestens fünf gleichberechtigten Personen zusammen. Höchstens zwei Mitglieder dürfen dabei verwandtschaftlich (1. oder 2. Grades), persönlich und/oder in enger gemeinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden sein. Besteht eine solche Beziehung, so setzt sich das Organ aus mindestens sieben gleichberechtigten Mitgliedern zusammen. d. Die operative Leitung, deren Stellvertretung und die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Leistungserbringenden haben kein Stimmrecht im strategischen Gremium. e. Die operative Leitung nimmt in der Regel eine informierende und beratende Funktion innerhalb des strategischen Gremiums wahr. 6. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der strategischen Leitung sind festgehalten, insbesondere deren Unabhängigkeit (z. B. Pflichtenhefte, Funktionsbeschreibung). 7. Die Mitglieder des strategischen Gremiums und der internen Aufsicht sind öffentlich namentlich bekannt.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen		
		<p>8. Die strategische Ebene stellt die interne Aufsicht sicher und ist verantwortlich dafür, dass die gesetzlichen, reglementarischen und vertraglichen Anforderungen des zuständigen kantonalen Amtes und allfällige Auflagen in der Bewilligung in Abstimmung oder in Zusammenarbeit mit der operativen Leitung eingehalten werden.</p> <p>9. Leistungsnutzende können im strategischen Gremium themenorientiert und beratend Einsitz nehmen.</p> <p>10. Das interne Beschwerdeverfahren für Leistungsnutzende, Mitarbeitende und gesetzliche Vertretungen ist über die Instanzen der operativen und strategischen Ebene schriftlich geregelt und für alle zugänglich.</p> <p>11. Es besteht eine von der operativen und strategischen Führung unabhängige externe Beschwerdeinstanz für Leistungsnutzende, Mitarbeitende und gesetzliche Vertretungen. Diese ist allen Beteiligten (Leistungsnutzenden, gesetzliche Vertretungen, Mitarbeitenden, operativer und strategischer Leitung, evtl. weiteren) bekannt.</p> <p>12. Zur internen Aufsicht gehören folgende Aufgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Prüfung, ob der Leistungserbringer die Vorgaben zur Basisqualität erfüllt; b. Bewertung der Ergebnisse der Qualitätsbeurteilung und Entscheid über Schlussfolgerungen; c. Periodische Berichterstattung an das Amt für Soziales über die Erfüllung der Basisqualität. <p>13. Die Mitglieder des strategischen Gremiums sind fachlich geeignet für ihre Aufgabenerfüllung. Im obersten Leitungsorgan ist Fachwissen in den Bereichen Führung und Finanzen sowie Gesundheit und/oder Soziales gewährleistet.</p>
Erweiterte Qualitätsindikatoren für die Anerkennung		
Was muss die Einrichtung zusätzlich erfüllen für die Anerkennung?		
		<p>14. Die Trägerschaft eines Leistungserbringenden muss die Rechtsform einer Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen oder privaten Rechts haben und einen gemeinnützigen Zweck verfolgen.</p> <p>15. Allfällige Entschädigungen an die Mitglieder der strategischen Leitung müssen zusammen mit den entrichteten Spesen in der Erfolgsrechnung oder in einem Anhang hierzu separat ausgewiesen werden. Allfällige Entschädigungen an das Präsidium müssen individuell ausgewiesen werden.</p> <p>16. Aufträge gegen Entschädigung können Mitgliedern der strategischen Leitung im Ausnahmefall für zeitlich, inhaltlich und finanziell beschränkte Projekte zugunsten des Leistungserbringenden erteilt werden, wenn Gründe dafür vorliegen, keine externen Anbieter beizuziehen. Bei Entscheiden dieser Projekte betreffend müssen sie in den Ausstand treten. Die Entschädigung darf maximal den marktüblichen Tarif betragen.</p>

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen		
3	Es bestehen Grundlagen, welche die operative Leitung und Organisation beschreiben.	
3a	Aufbau- und Ablauforganisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Organisation eines Leistungserbringenden richtet sich nach dem Begleitungs- und Betreuungsbedarf und den Rechten der Leistungsnutzenden. 2. Der Leistungserbringende verfügt über ein Betriebskonzept mit klarer Aufbau- und Ablaufstruktur inkl. definierten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten (z. B. Organigramm, Stellenbeschreibung, Pflichtenhefte) sowie über eine geregelte interne Kommunikation. 3. Es besteht ein aktuelles und klar formuliertes Qualitätsmanagement, welches die notwendigen Grundlagen, Konzepte, Prozesse, Regelungen, Vorlagen und Vertragsmuster mit Leistungsnutzenden und Mitarbeitenden enthält. 4. Der Datenschutz ist nach Massgabe des eidgenössischen und kantonalen Datenschutzgesetzes gewährleistet. 5. Die Dokumentenablage und Archivierung sind geregelt.
3b	Vernetzung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Leistungserbringende arbeitet vernetzt und strebt die Zusammenarbeit mit betriebsrelevanten Aussenstellen an, auch um die Durchlässigkeit für die Leistungsnutzenden zu erhöhen. 2. Kompetenzen, Zuständigkeiten und Fallführung zwischen den individuellen Stellen sind bei gemeinsamer Fallführung geklärt und dokumentiert. 3. Der Leistungserbringende macht sein Angebot in angemessener Form bekannt.
3c	Qualitätssicherung und -entwicklung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Leistungserbringende gewährleistet sowohl die strukturelle als auch die prozessorientierte Qualitätssicherung und -entwicklung und setzt sich mit Ergebnissen und Wirkungen auseinander: <ol style="list-style-type: none"> a. Die operative Leitung stellt sicher, dass die Qualität der Dienstleistungen sowie die schriftlich-konzeptionellen Grundlagen des Leistungserbringenden regelmässig überprüft werden und sie nimmt entsprechende Verbesserungen laufend (kontinuierlicher Verbesserungsprozess) vor. b. Das Qualitätsmanagement (QM) regelt die periodische Beurteilung der erbrachten Dienstleistungen und des Leistungserbringenden (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.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen		
		<p>d. Die Zufriedenheit der Leistungsnutzenden und Mitarbeitenden wird regelmässig erhoben, ausgewertet und die Ergebnisse sowie diesbezügliche Massnahmen sind dokumentiert. Das strategische Gremium wird über die entsprechenden Ergebnisse und Massnahmen in angemessener Weise informiert.</p>
3d	Personalmanagement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Mitarbeitenden haben einen rechtsgültigen Arbeitsvertrag. 2. Die je Funktion bestehenden Aufgaben, 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 Mitarbeitendengespräche sind festgehalten. Mitarbeitendengespräche sind im Personaldossier dokumentiert. 5. Ein Personalreglement dokumentiert die geltenden Vorschriften und Regeln im Betrieb. 6. Die Mitarbeitenden bilden sich (intern oder extern) regelmässig weiter. Die Personalaus-, Weiter- und Fortbildung ist zielgerichtet, zeitgemäss und leitbildbezogen. 7. Alle Mitarbeitenden verfügen über Möglichkeiten der Mitsprache (Teamsitzungen, u. a. Gefässe).
3e	Lohnsystem Personal und Leistungsnutzende	<p><i>Lohnsystem Leistungsnutzende</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen der Leistungsnutzenden in der begleiteten Arbeit (d. h. mit Arbeitsvertrag) werden gemäss transparenten und nachvollziehbaren Kriterien entlohnt. Die Kriterien sind den Leistungsnutzenden bekannt. <p>Erweiterte Qualitätsindikatoren für die Anerkennung Was muss die Einrichtung zusätzlich erfüllen für die Anerkennung?</p> <p><i>Lohnsystem Personal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Es existiert ein gegenüber dem Kanton transparentes Lohnsystem. 3. Die Entlohnung orientiert sich an den kantonalen Anstellungsbedingungen.
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 wirtschaftlich gesicherte Situation des Leistungserbringenden und sind transparent ausgewiesen. 3. Der Leistungserbringende führt den Betrieb wirtschaftlich und nach einer auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen basierenden einheitlichen Rechnungslegung.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen		
		<p>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.</p> <p>5. Die Kostenbeteiligung der Leistungsnutzenden (Pensionstaxe und Hilflosenentschädigung) und/oder allfällige weitere Kostenbeteiligungen sind geregelt und den Leistungsnutzenden oder der gesetzlichen Vertretung bekannt.</p> <p>6. Der Versicherungsschutz der Leistungsnutzenden (z. B. Betriebshaftpflicht, Haftpflicht der Leistungsnutzenden oder Unfallversicherung) ist geregelt.</p> <p>Erweiterte Qualitätsindikatoren für die Anerkennung Was muss die Einrichtung zusätzlich erfüllen für die Anerkennung?</p> <p>7. Die Leistungserbringenden erfüllen die vom Kanton vorgegebenen Grundsätze der Finanzierung.</p> <p>8. Die IVSE-Richtlinien zur Leistungsabgeltung und zur Kostenrechnung sowie die jeweils aktuellen, ergänzenden kantonalen Richtlinien zu Rechnungslegung, Kostenrechnung, Investitionsbeiträgen, Einstufungssystemen, Taxgestaltung etc. werden eingehalten.</p> <p>9. Die Jahresrechnungen liegen entsprechend dem Artiset-Kontenrahmen termingerecht und revidiert vor. Mindestens einmal jährlich erfolgt eine Einstufung des individuellen Betreuungsbedarfs der Leistungsnutzenden gemäss den IBB-Richtlinien. Die IBB-Einstufung bildet die Basis für die Pauschalabgeltung je Stufe.</p> <p>10. Die Betriebsbeiträge werden gemäss Leistungsvereinbarung abgerechnet.</p> <p>11. Der Leistungserbringende führt den Betrieb wirtschaftlich. Basis ist das betriebswirtschaftliche Lizenzpaket, Kontenrahmen für soziale Einrichtungen nach IVSE der Artiset inklusive Anlagebuchhaltung.</p>
5	Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.	
5a	Begleitung und Betreuung	<p>1. Die schriftlichen Grundlagen zur Begleitung und Betreuung (z. B. Begleitungs- und Betreuungskonzepte) geben Auskunft darüber, woran sich die Begleitungs- und Betreuungsarbeit fachlich und methodisch orientieren. Sie werden regelmässig überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.</p> <p>2. Das Begleitungs- und Betreuungsangebot des Leistungserbringenden richtet sich nach dem spezifischen Begleitungs- und Betreuungsbedarf und den Rechten der Leistungsnutzenden. Lebensqualität und Schutz in Abwägung zur grösstmöglichen Teilhabe in allen Lebensbereichen stehen dabei im Zentrum der Begleitungs- und Betreuungsleistung.</p>

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen		
		<p>3. Die schriftlichen Grundlagen geben Auskunft über die folgenden Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Zielgruppen (z. B. Alter, Geschlecht, Behinderung); b. Geschichte des Leistungserbringenden; c. Leistungen im Wohnen, in der begleiteten Arbeit und in der betreuten Tagesgestaltung; d. Aussenbeziehungen (vgl. QS 3b); e. Stellenplan differenziert nach Fachbereichen (vgl. QS 8); f. Personaleinsatzplan je Angebot (vgl. QS 8); g. Grundsätze der agogischen Begleitung (z. B. Teilhabe-, Entwicklungs- oder Zukunftsplanung); h. Selbstbestimmung und Autonomie der Leistungsnutzenden (Rechte und Pflichten) / Förderung der Selbstständigkeit der Leistungsnutzenden (vgl. QS 9 bis QS 11); i. Einbezug der gesetzlichen Vertretung, Einbezug von Angehörigen in Absprache bzw. auf Wunsch der Leistungsnutzenden (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); m. Organisation von behinderungsbedingt notwendigen Fahrten (begleitete Arbeit und betreute Tagesgestaltung); n. Tagesablauf (z. B. begleitete Arbeit und betreute Tagesgestaltung) je Angebot; o. Zusammenarbeit und Austausch mit externer begleiteter Arbeit und betreuter Tagesgestaltung; p. Öffnungszeiten und Betriebstage je Angebot; q. Betreuungs- und Begleitungsangebot (z. B. Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten, Pflege) je Leistungsbereich (Wohnen, begleitete Arbeit und betreute Tagesgestaltung); r. Entwicklungsabsichten / Zukunftsperspektiven; s. Taxordnung als Beilage; t. Fachliche Grundlagen, die für die begleitete Zielgruppe relevant sind (z. B. Alters- und Demenzkonzepte, Gestalten von Übergängen in andere Angebote).
5b	Begleitete Arbeit und betreute Tagesgestaltung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das interne oder externe Angebot für begleitete Arbeit und/oder betreute Tagesgestaltung ist bedarfsgerecht sichergestellt und berücksichtigt die individuellen Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten der Leistungsnutzenden. 2. Die Zusammenarbeit zwischen Wohnen, begleiteter Arbeit und/oder betreuter Tagesgestaltung ist unter Wahrung der Privatsphäre der Leistungsnutzenden geregelt.
5c	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	<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).

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Grundlagen		
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Die Zuständigkeit und der Ablauf sowie die Kriterien für den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen (bewegungseinschränkenden Massnahmen, medizinische Massnahmen) sind definiert, individuell dokumentiert, gesetzeskonform und werden regelmässig überprüft. 3. Die aktuellen Empfehlungen und Erkenntnisse betreffend fürsorgerischer Unterbringung bzw. freiheitsbeschränkender Massnahmen sind bekannt und berücksichtigt³.
5d	Sicherheit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es besteht ein Konzept für Notfälle mit unmittelbarem Handlungsbedarf (wie Brand, Naturkatastrophen, Unfälle, Epidemien und Pandemien, Mangellage Energie). 2. Es besteht eine Risikoanalyse, in der relevante Krisen- und Gefahrensituationen sowie potenzielle Auswirkungen beschrieben und entsprechende Massnahmen zur Risikobewältigung vorgesehen sind. 3. Die Mitarbeitenden sind im Umgang mit Notfällen geschult.
5e	Ernährung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es bestehen schriftliche Grundlagen, die das Ernährungsangebot und den Umgang mit Nahrungsmitteln beschreiben. 2. Das Verpflegungsangebot ist vielseitig und ausgewogen und berücksichtigt dabei Aspekte der Gesundheitsvorsorge, die Bedürfnisse der Leistungsnutzenden und die Anforderung an medizinisch indizierte Diäten.
5f	Gesundheitsversorgung	<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 Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten; e. Zusammenarbeit mit psychiatrischen Versorgerinnen und Versorgern (insb. bei Leistungserbringenden für Menschen mit psychischer Behinderung). 3. Die Sorgfalt bei pflegerischen und medizinischen Abläufen ist gewährleistet. 4. Es wird sichergestellt, dass pflegerische und medizinische Massnahmen nur von ausreichend qualifiziertem oder nachweislich ausreichend geschultem Personal durchgeführt werden. 5. Für die Leistungsnutzenden ist die freie Arztwahl gemäss KVG gewährleistet. 6. Die ärztliche Beratung des Leistungserbringenden bei medizinischen Fragestellungen (z. B. Heimbärztin oder -arzt) ist sichergestellt.

³ Dazu zählen unter anderem die Empfehlungen der NKVF: <https://www.nkvf.admin.ch/nkvf/de/home/die-nkvf.html>.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Organisation und Infrastruktur		
		<ol style="list-style-type: none"> 7. Die notwendige Sicherheit in Bezug auf Medikamente ist gewährleistet und belegt. 8. Die medizinischen Leistungen sind dokumentiert. Die Dokumentation belegt die Einhaltung der Vorgaben. 9. Es besteht ein Notfalldispositiv für Unfälle und akute Krankheiten sowie für psychiatrische Notfälle und fürsorgliche Unterbringung.
5g	Hygiene und Raumpflege	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Leistungserbringende verfügt über ein Hygienekonzept und einen Reinigungsplan. 2. Die Infrastruktur insgesamt sowie die Räume des Leistungserbringenden sind sauber, gepflegt und in ordentlichem Zustand. 3. Individuelle Bedürfnisse von Leistungsnutzenden bzgl. Ordnung werden soweit möglich berücksichtigt.
6	Bauten und Ausstattung sind zweckmässig und adressatinnen- und adressatengerecht.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jeder Leistungserbringende verfügt über Einzelzimmer, Gemeinschaftsräume und zeit- sowie zweckgemässe Nassbereiche. 2. Für alle Leistungsnutzenden steht ein Einzelzimmer zur Verfügung. Aufgrund eines individuellen Bedarfs oder einer Notsituation können Ausnahmen vom Kanton bewilligt werden. 3. Alle Leistungsnutzenden haben die Möglichkeit, ihre Zimmer individuell zu gestalten. 4. Angaben über Gebäude sowie Nutzung der Räumlichkeiten liegen vor und entsprechen den konzeptionellen Grundlagen. 5. Die notwendigen behinderungsspezifischen Vorkehrungen sind getroffen und die angemessenen Hilfsmittel sind eingerichtet und verfügbar. 6. Die Wartung von sicherheitsrelevanten technischen und medizinischen Geräten ist sichergestellt. 7. Leistungserbringende mit begleiteter Arbeit und betreuter Tagesgestaltung verfügen über zusätzliche und den Tätigkeiten angemessene Räume. 8. Die kantonalen Vorgaben bezüglich Raum und Infrastruktur sind eingehalten.
Themenbereich Leitung und Personal		
7	Die Leitung ist fachlich und persönlich geeignet für die Führung der Organisation.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die operative Leitung verfügt mindestens über eine eidgenössisch anerkannte Ausbildung im Gesundheits- und/oder Sozialbereich auf Tertiärstufe sowie über eine ausgewiesene und der Funktion und der Grösse der Organisation angemessene Weiterbildung im Führungs- und Finanzbereich. 2. Wird die operative Leitung 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 operativen Leitung ist mittels Lebenslauf, Ausbildungsnachweisen, einwandfreien Referenzen sowie Strafregisterauszug (Privat- und Sonderprivatauszug) und Betreibungsregisterauszug nachgewiesen.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Leitung und Personal		
		<ol style="list-style-type: none"> 4. Eine neue Leitungsperson unterzeichnet vor ihrer Anstellung eine Erklärung, dass zurzeit kein gerichtliches oder polizeiliches Untersuchungsverfahren gegen sie läuft resp. gibt Auskunft über den Gegenstand des Verfahrens. Die Leitungsperson verpflichtet sich, ein während der Anstellung eröffnetes Untersuchungsverfahren der vorgesetzten Person zu melden. 5. Die Stellvertretung ist geregelt, sie 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 Begleitung und Betreuung ist mittels Lebenslauf, Ausbildungsnachweise, Referenzen und Strafregisterauszug (Privat- und Sonderprivatauszug) nachgewiesen. 2. Alle Mitarbeitenden unterzeichnen vor der Anstellung eine Erklärung, dass zurzeit kein gerichtliches oder polizeiliches Untersuchungsverfahren gegen die betreffende Person läuft resp. gibt Auskunft über den Gegenstand des Verfahrens. Zudem informiert er/sie die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber, sobald er/sie während seiner/ihrer Anstellung in ein Verfahren involviert ist. 3. Alle Mitarbeitenden kennen und verstehen die Leitwerte der UNO-BRK und werden darin regelmässig geschult. 4. Der Leistungserbringende verfügt über das nötige Fachpersonal, um den Bedürfnissen der Leistungsnutzenden zu entsprechen. 5. Für (Vor-)Praktikantinnen und (Vor-)Praktikanten, Freiwillige, Zivildienstleistende etc. existiert ein Konzept, welches die Sicherstellung der nötigen fachlichen Begleitung im Arbeitsalltag jederzeit gewährleistet. Es ist geklärt, welche Kompetenzen diese Personen haben und in welchen Arbeitsfeldern sie tätig sind. 6. Die Bestimmungen im Anhang der Richtlinien zur Basisqualität betreffend Fachpersonal zur Quote und zur Ausbildung des Fachpersonals in den Bereichen Wohnen, begleitete Arbeit und betreute Tagesgestaltung werden erfüllt. <p data-bbox="742 1570 1505 1644">Erweiterte Qualitätsindikatoren für die Anerkennung Was muss die Einrichtung zusätzlich erfüllen für die Anerkennung?</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Supervision und Praxisberatung werden angeboten und genutzt. 8. Die Einrichtung bietet eine im Verhältnis zur Betriebsgrösse angemessene Zahl an Ausbildungsplätzen an.
Themenbereich Leistungsnutzende und Fachlichkeit		
9	Die Wahrnehmung der Rechte und Pflichten der Leistungsnutzenden ist gewährleistet.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Rechte und Pflichten der Leistungsnutzenden sind in Verträgen und Reglementen festgehalten. Die Rechte und Pflichten sowie die für die Leistungsnutzenden relevanten Konzepte müssen diesen in geeigneter Form zugänglich gemacht werden (z. B. in unterstützter Kommunikation, einfacher oder Leichter Sprache).

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Leistungsnutzende und Fachlichkeit		
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Es besteht für alle Leistungsnutzenden ein Betreuungsvertrag gemäss Erwachsenenschutzrecht (Art. 382 ZGB; Muster vorliegend) bzw. ein Arbeitsvertrag nach OR (begleitete Arbeit). 3. Der Leistungserbringende trifft geeignete Massnahmen zur Verhinderung von Diskriminierung (mit besonderem Augenmerk auf Mehrfachdiskriminierung, z. B. von Frauen mit Behinderung) und gewährleistet, dass alle Leistungsnutzenden ihre Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt wahrnehmen können. 4. Für Leistungsnutzende, die nicht in der Lage sind, sich für die Durchsetzung ihrer Rechte aktiv einzusetzen, sind geeignete Vorkehrungen getroffen (z. B. Personen mit Vertretungsrecht gemäss Erwachsenenschutzrecht). 5. Informationen, welche die Leistungsnutzenden betreffen, sind zugänglich und adressatinnen- und adressatengerecht (ggf. in einfacher oder Leichter Sprache, unterstützter Kommunikation). Geeignete Unterstützungsformen werden angewendet. Leistungsnutzende erhalten Zugang zu ihren Akten und persönlichen Daten und werden adressatinnen- und adressatengerecht über deren Inhalt informiert. 6. Der Leistungserbringende stellt sicher, dass die Leistungsnutzenden die notwendigen Ressourcen für soziale Teilhabe zur Verfügung haben (Transportmöglichkeit, Begleitung, Zugang zu eigenem Geld). 7. Wohnen und Arbeiten: Die Leistungsnutzenden werden regelmässig in verständlicher Form über ambulante Wohn- bzw. über alternative Arbeitsformen informiert. Bei Bedarf werden Massnahmen zur Unterstützung des Übergangs umgesetzt. 8. Der Leistungserbringende ermöglicht den Leistungsnutzenden die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und unterstützt sie in der Nutzung externer und möglichst inklusiver Angebote. Grundsätzlich werden externe und inklusive Angebote gegenüber institutionsinternen Angeboten nach Möglichkeit priorisiert behandelt. <ol style="list-style-type: none"> a. Öffentliches Leben: Die für die Allgemeinheit bestimmten Informationen (z. B. soziale und digitale Medien, TV, Radio, Zeitungen) werden den Leistungsnutzenden rechtzeitig und sofern möglich in zugänglichen Formaten und Technologien zur Verfügung gestellt, um eine unabhängige Meinungsbildung zu ermöglichen. Sie werden gemäss ihren Bedürfnissen befähigt, am öffentlichen Leben teilhaben zu können (z. B. Versammlungen, Demonstrationen) und ihre politischen Rechte aktiv wahrzunehmen (z. B. Wahlen, Abstimmungen). b. Freizeit, Kultur und Sport: Die Leistungserbringenden unterstützen die Teilhabe der Leistungsnutzenden am kulturellen Leben sowie an externen Erholungs-, Freizeit- und Sportangeboten. c. Bildung: Der Zugang zu inklusiven externen Bildungsangeboten wird ermöglicht.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Leistungsnutzende und Fachlichkeit		
		<p>9. Die interne Teilnahme und Teilhabe der Leistungsnutzenden an der Gestaltung ihrer Lebensbereiche ist gewährleistet.</p> <p>a. Leben in der Organisation: Die Leistungsnutzenden werden intern bei den sie betreffenden Themen einbezogen. Es bestehen dafür niederschwellige Mitbestimmungsverfahren (z. B. Abstimmungen, Sitzungs- und Austauschgespräche).</p> <p>b. Freizeit, Kultur und Sport: Die Leistungserbringenden stellen sicher, dass die Leistungsnutzenden angemessen und bedarfsgerecht am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport teilhaben können. Dazu treffen sie erforderliche Massnahmen.</p> <p>c. Bildung: Der Leistungserbringende bietet bedarfs- und erwachsenengerechte Bildungsangebote an. Der Zugang zu den internen Bildungsangeboten ist sichergestellt.</p>
10	Die persönliche Integrität der Leistungsnutzenden ist geschützt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die psychische, geistige und körperliche Integrität der Leistungsnutzenden und aller Beteiligten ist geschützt. 2. Alle Formen von Gewalt, Ausbeutung oder sexuellen Übergriffen von Mitarbeitenden und Leistungsnutzenden oder Drittparteien werden nicht toleriert. Es bestehen schriftliche konzeptionelle Grundlagen zur Prävention. 3. Der Leistungserbringende legt das Vorgehen bei Übergriffen oder entsprechendem Verdacht fest. Vorfälle sind dokumentiert und die Nachsorge ist sichergestellt. 4. Die Leistungsnutzenden sind durch adressatinnen- und adressatengerechte Schulungen und Anleitungen befähigt, Situationen von Übergriffen und Verletzungen der persönlichen Integrität abzuwehren und zu schildern. 5. Der Leistungserbringende setzt sich regelmässig mit den Haltungen und Anforderungen an einen respektvollen Umgang mit Menschen mit Behinderung auseinander und installiert konkrete Massnahmen. 6. Die Mitarbeitenden werden in respektbezogenen und missbrauchsverhindernden Arbeitsweisen regelmässig geschult und lernen, Missbrauchsvorfälle zu erkennen und korrekt zu melden. 7. Es bestehen schriftliche Grundlagen zur Suizidprävention (unter Berücksichtigung der Prävalenz der Suizide/Suizidversuche innerhalb der Organisation). Der Leistungserbringende ergreift die notwendigen präventiven Massnahmen. 8. Der Zugang zu externen Fachstellen und Beratungsangeboten ist sichergestellt (z. B. Opferhilfe, Peerberatung). 9. Die Leistungserbringenden verfügen über eine institutionsinterne Meldestelle, an die sich gewaltbetroffene Personen (Leistungsnutzende, Mitarbeitende) wenden können. Dabei ist sicherzustellen, dass die Meldestelle über die nötige Unabhängigkeit, die nötigen Ressourcen und fachlichen Grundlagen verfügt.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Leistungsnutzende und Fachlichkeit		
11	Das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Privat- und Intimsphäre der Leistungsnutzenden sind gewahrt.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung sind unterstützt und gefördert sowie periodisch reflektiert. <ol style="list-style-type: none"> a. Die Leistungsnutzenden verfügen bei der Gestaltung des Lebens über Wahlmöglichkeiten und können in erster Linie über sich selbst bestimmen. b. Die Leistungsnutzenden sind befähigt, die Autonomie, Selbst- und Mitbestimmung möglichst aktiv wahrzunehmen. Der Leistungserbringende ergreift die dazu notwendigen Massnahmen. c. Bei Bedarf wird der Zugang der Leistungsnutzenden zu individuellen Unterstützungs- und Assistenzleistungen gefördert. d. Bei Krankheit, beim Sterbeprozess und Tod von Leistungsnutzenden gehen die Mitarbeitenden bestmöglich auf deren Wünsche ein (z. B. Palliative Care, kulturelle/religiöse Aspekte). 2. Der Leistungserbringende strebt danach, den Leistungsnutzenden die freie Wahl der internen Ansprechperson zu gewährleisten und erfragt zumindest jährlich proaktiv bei den Leistungsnutzenden die Passung. 3. Die Leistungsnutzenden sind in ihrer Selbstachtung unterstützt. 4. Der Leistungserbringende stellt sicher, dass der zustehende persönliche Geldbetrag den Leistungsnutzenden zur Verfügung steht. 5. Der Leistungserbringende gestaltet den Alltag begegnungsfördernd und schafft spezielle Anlässe, welche die Verbundenheit unter den Leistungsnutzenden stärken unter gleichzeitiger Respektierung der Autonomie der Leistungsnutzenden. 6. Die Mitarbeitenden achten das Recht auf Privatsphäre der Leistungsnutzenden. Der Leistungserbringende stellt sicher, dass die Privatsphäre in den Begleitungs-, Betreuungs- und Pflegeprozessen sowie in deren Dokumentation gewahrt wird. Der Leistungserbringende gewährleistet die Trennung zwischen Privat- und Arbeitsbereich bzw. Wohnen, begleiteter Arbeit und betreuter Tagesgestaltung (konzeptionell begründete Ausnahmen sind zulässig, z. B. bei integrierter betreuter Tagesgestaltung). 7. Der Leistungserbringende verfügt über transparente konzeptionelle Grundlagen zu Fragen der Sexualität. 8. Partnerschaftliche Beziehungen der Leistungsnutzenden und ihr Bedürfnis nach Sexualität werden respektiert und die fachliche Unterstützung bei Fragestellungen, Bedürfnissen und Problemen angeboten. Leistungsnutzende sind frei, ihre sexuelle Orientierung und ihre Geschlechtsidentität auszuleben. 9. Die Leistungsnutzenden kennen ihr Recht, eine Ehe einzugehen oder eine Familie zu gründen. Bei Bedarf wird fachliche Unterstützung angeboten.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Leistungsnutzende und Fachlichkeit		
		10. Der Zugang zu externen Fachstellen und Beratungsangeboten ist sichergestellt (z. B. Familienplanung, Peerberatung, Rechtsschutz).
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, die Nichtaufnahme und die Kündigung. Das Aufnahme- und Austrittsverfahren sowie das interne Übertrittsverfahren sind transparent beschrieben. 2. Der Leistungserbringende stellt sicher, dass die Leistungsnutzenden auf Übergänge vorbereitet sind und die Zukunft (bei Bedarf) lebensphasenorientiert geplant ist (z. B. Zukunftsplanung, Veränderungsmöglichkeiten nutzen, Übergang ins Alter). 3. Leistungsnutzende werden befähigt, sich an der Planung und Durchführung des Ein-/Aus-/Übertritts zu beteiligen. 4. Die Verpflichtung, vor dem Austritt eine geeignete und realisierbare Anschlusslösung vorzuschlagen, wird wahrgenommen und ist den Leistungsnutzenden und den gesetzlichen Vertretungen bekannt.
13	Es wird mit den Leistungsnutzenden zielorientiert gearbeitet und die Zielorientierung ist schriftlich nachvollziehbar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Leistungserbringende berücksichtigt im Wohnen, in der begleiteten Arbeit und in der betreuten Tagesgestaltung die Ressourcen, Möglichkeiten und Bedürfnisse der Leistungsnutzenden bei der zielorientierten Planung im Hinblick auf eine möglichst hohe Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe. 2. Es besteht eine individuelle Planung (z. B. Entwicklungsplanung, Zukunftsplanung, Teilhabepaltung) mit individuellen Zielen und dazugehörigen Massnahmen, die umgesetzt und regelmässig überprüft werden. Die Überprüfungsperiode ist festgelegt. 3. Die Ziele, Massnahmen und Überprüfung sind nachvollziehbar dokumentiert und die Dokumentation ist aktuell. 4. Löschungen und Korrekturen in der Dokumentation sind nicht möglich bzw. falls dringlich notwendig, nachvollziehbar dargestellt. 5. Die Dokumentation ist aktuell und enthält alle notwendigen Elemente. 6. Aus der Dokumentation wird die Leistungserbringung ersichtlich und ist der Begleitungsprozess nachvollziehbar. 7. Die Dokumentation über die Leistungsnutzenden kann jederzeit vom Kanton bzw. der behördlichen Aufsicht eingesehen werden. 8. Der Kanton bzw. die behördliche Aufsicht kann jederzeit einen Standortbericht verlangen.

Nr.	Qualitätsstandards Wann hat die Leistung Qualität?	Qualitätsindikatoren Woran erkennt man, dass der Qualitätsstandard erfüllt ist?
Themenbereich Leistungsnutzende und Fachlichkeit		
		<p data-bbox="742 548 1506 622">Erweiterte Qualitätsindikatoren für die Anerkennung Was muss die Einrichtung zusätzlich erfüllen für die Anerkennung?</p> <p data-bbox="742 633 1506 779">9. Die Dokumentation über die Leistungsnutzenden gewährleistet die Nachvollziehbarkeit der Bedarfseinstufungen gemäss kantonalen Vorgaben. 10. Der Prozessverlauf der Bedarfseinstufung ist systematisch dokumentiert.</p>
14	Die gesetzliche Vertretung und die Angehörigen sind angemessen einbezogen und ihre Anliegen ausreichend berücksichtigt.	<p data-bbox="742 795 1005 824"><i>Gesetzliche Vertretung</i></p> <p data-bbox="742 828 1506 1086">1. Die gesetzliche Vertretung weiss, wer ihre Ansprechpersonen sind. 2. Die Leistungsnutzenden kennen ihre gesetzlichen Vertretungen und werden vom Leistungserbringenden bei Bedarf in der Kontaktaufnahme unterstützt. 3. Der Leistungserbringende steht im Austausch mit den gesetzlichen Vertretungen der Leistungsnutzenden und informiert diese regelmässig über personelle, strukturelle und konzeptionelle Veränderungen.</p> <p data-bbox="742 1115 874 1144"><i>Angehörige</i></p> <p data-bbox="742 1149 1506 1406">4. Nehmen die Angehörigen nicht gleichzeitig die gesetzliche Vertretung wahr, so sind deren Rechte und Pflichten gesondert geregelt. 5. Bei Bedarf der Leistungsnutzenden werden diese bei Kontakt und Pflege des Netzwerkes unterstützt. 6. Der Leistungserbringende steht mit Einverständnis der Leistungsnutzenden im Austausch mit den Angehörigen der Leistungsnutzenden und informiert diese regelmässig über personelle, strukturelle und konzeptionelle Veränderungen.</p>

5 Aufgaben bei der Qualitätsprüfung im Überblick

Zur Aufsichtsarbeit gehört die Prüfung, ob und wie die Betreuungs- und Lebensqualität der Leistungsnutzenden sowie die grösstmögliche Teilhabe in allen Lebensbereichen und die Umsetzung der UNO-BRK sichergestellt sind. Die Aufsicht sollte nicht eine staatliche Stelle allein übernehmen. Sie ist vielmehr das Zusammenwirken von verschiedenen Beteiligten. Sie setzen dabei unterschiedliche Instrumente ein mit dem Ziel, das Wohl und den Schutz von Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Aufgabe der Verantwortlichen der verschiedenen Aufsichtsebenen ist es, sich für die Lebensqualität in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung einzusetzen, allfällige Mängel zu erkennen und wenn nötig unverzüglich zu handeln. Die Einrichtungen und das Amt für Soziales müssen Mängel und Missstände ansprechen und sie beheben. Dazu braucht es Fachlichkeit, Reflexion und gemeinsames Abwägen. Definierte Abläufe machen es für die Verantwortlichen in den Einrichtungen und im Amt für Soziales einfacher, in der Situation angemessen zu entscheiden.

Je mehr die Nähe zu den Leistungsnutzenden zunimmt, desto mehr steigen die Verantwortung und die Möglichkeiten der Einrichtungen, konkrete und greifbare Massnahmen zugunsten einer guten 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. Es ist immer die Aufgabe der strategischen und operativen Führung der Einrichtung, die Massnahmen umzusetzen.

Bei gravierenden Mängeln muss das Amt für Soziales als schärfste Massnahme die Betriebsbewilligung entziehen. Wenn Gefahr besteht, muss das Amt für Soziales die verzögerungsfreie Schliessung der Einrichtung anordnen. Die Umsetzung der Massnahmen liegt auch in diesem Fall in der Verantwortung der Einrichtung.

5.1 Die Verantwortungs- bzw. Aufsichtsebenen



5.1.1 Individuelle Aufsicht: Menschen mit Behinderung oder ihre Angehörigen, allenfalls die gesetzlichen Vertretungen

Urteilsfähige Menschen mit Behinderung nehmen ihre Rechte und Pflichten selbstständig wahr. Angehörige unterstützen sie in der Regel dabei.

Hat eine Person mit Behinderung eine gesetzliche Vertretung, dann nimmt sie die Rechte wahr und stellt den Schutz in der gewählten Einrichtung sicher. Bevor eine Person mit Behinderung in eine Einrichtung eintritt, klärt sie oder die gesetzliche Vertretung ab, ob sich die Einrichtung eignet. Die Einrichtung muss deshalb ihre Leistungen umfassend und transparent darstellen. Nur so kann die Person mit Behinderung oder die gesetzliche Vertretung entscheiden, ob das Leistungsangebot den individuellen Bedürfnissen entspricht. Die gesetzliche Vertretung überwacht und begleitet nach dem Eintritt die Betreuung der Person mit Behinderung.

5.1.2 Fachspezifische Aufsicht: Personal und Leitung der Einrichtung

Die Leitung der Einrichtung ist verantwortlich für die gesamte operative Führung. Das bedeutet: Sie muss ein gezieltes und fachlich gutes Leistungsangebot bereitstellen und für dessen Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sorgen. Sie sorgt auch für die Planung, Koordination, Umsetzung und Evaluation der Qualitätsvorgaben und der vereinbarten Leistungen. Sie sichert in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden die Betreuungsqualität und das Wohlergehen der Leistungsnutzenden. Zudem setzt sie sich ein für eine angemessene Mitwirkung der Menschen mit Behinderung. Zuständig für die Umsetzung sind die Mitarbeitenden in den Einrichtungen. Sie unterstützen zudem die Leitungspersonen in der Reflexion und der Überprüfung 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 Leitung ist dafür verantwortlich, Handlungsbedarf innerhalb der Einrichtung früh zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Sie informiert das oberste Leitungsorgan gemäss dem einrichtungsinternen Verfahren über Ergebnisse, Fortschritte und Probleme bei der Betreuung im Allgemeinen und über besondere Vorkommnisse.

Die Leitung informiert in Absprache mit dem obersten Leitungsorgan das Amt für Soziales über Probleme im Allgemeinen und über besondere Vorkommnisse.

5.1.3 Interne Aufsicht: oberstes Leitungsorgan

Das oberste Leitungsorgan⁴ ist verantwortlich für die strategische Ebene und trägt die Gesamtverantwortung. Das oberste Leitungsorgan

- muss den von der Trägerschaft bestimmten Zweck der Einrichtung und die vereinbarten Ziele realisieren.
- sorgt für das Funktionieren der Einrichtung, insbesondere für die Umsetzung und Überprüfung der kantonalen Qualitätsstandards und der eigenen Qualitätsbestimmungen.
- kontrolliert die Leitung in Bezug auf betreuerrische, strukturelle, betriebliche, personelle und finanzielle Belange.
- erstattet dem Amt für Soziales Bericht über die regelmässige Selbstbewertung aller Qualitätskriterien, Probleme im Allgemeinen und besondere Vorkommnisse. Es sei denn, die Leitung hat diese bereits gemeldet.

5.1.4 Behördliche Aufsicht: Amt für Soziales

Das Amt für Soziales prüft in den Bewilligungs- und Aufsichtsverfahren, ob die Einrichtung alle Voraussetzungen für eine Betriebsbewilligung erfüllt und ob sie alle Auflagen und Bedingungen einhält. Nur dann erteilt oder verlängert das Amt für Soziales die Bewilligung. Die Fachmitarbeitenden des Amtes für Soziales prüfen, wie sich die Einrichtung organisiert und nach welchen Grundsätzen sie das Wohlergehen der Menschen mit Behinderung gewährleistet. Sie tun das anhand der Selbst- und Fremdevaluation der Einrichtung, aufgrund von Gesprächen und angemeldeten Aufsichtsbesuchen sowie mit unangemeldeten Kontrollbesuchen.

5.2 Grundsätze beim Zusammenwirken der Aufsichtsebenen

Jede Aufsichtsebene hat bestimmte Funktionen. Die verschiedenen Funktionen sind abhängig voneinander bzw. stützen sich aufeinander ab. Die vier Ebenen zeigen auch, dass es unterschiedliche Perspektiven auf dieselben Fragen gibt. Aus den verschiedenen Perspektiven und Aufgaben ergeben sich unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Es ist deshalb besonders darauf zu achten, dass die Verantwortung nicht delegiert wird, sondern jede Ebene diese wahrnimmt.

Die Zusammenarbeit zwischen den Aufsichtsebenen ist für die Qualitätssicherung wichtig. Bereits ein gutes und klares Zusammenwirken fördert die Qualität. Das Amt für Soziales folgt bei der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen folgenden Grundsätzen:

⁴ Das oberste Leitungsorgan ist das Organ einer Trägerschaft (z. B. Verein, Stiftung), das für die Trägerschaft rechtskräftig handelt (z. B. Vorstand, Stiftungsrat).

- Das Amt für Soziales strebt eine Zusammenarbeit an, die von gegenseitigem Vertrauen und transparenter Kommunikation geprägt ist. Der Fokus liegt stets auf dem Wohl der Menschen mit Behinderung.
- Die Zusammenarbeit zwischen dem Amt für Soziales und der strategischen und operativen Führung der Einrichtung ist partnerschaftlich. Die Aufsichtsebenen haben ein gemeinsames Ziel: die Basisqualität zu gewährleisten.
- Das Amt für Soziales folgt bei der Qualitätsprüfung einem festgelegten und für alle transparenten Prozess.
- Das Amt für Soziales erklärt die Kriterien und Ergebnisse der Beurteilung gegenüber den Einrichtungen nachvollziehbar und formuliert sie mit Blick auf eine Weiterentwicklung. Die Kriterien und Ergebnisse dienen der Einrichtung zur Qualitätsentwicklung.
- Das Amt für Soziales handelt bei der Ausübung seiner Aufsichtspflicht nötigenfalls hoheitlich. Das bedeutet: Es ordnet Massnahmen auf Basis der Rechtsgrundlagen an.

6 Das Betriebsbewilligungsverfahren

6.1 Betriebsbewilligung

Das Amt für Soziales prüft im Bewilligungsverfahren das Vorhaben, eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung zu betreiben. Dies geschieht, bevor die Einrichtung ihren Betrieb aufnimmt. Es prüft also vorher, ob die gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind. Das Bewilligungsverfahren hat somit eine präventive Aufsichtsfunktion. Es ist aus Sicht des Amtes für Soziales immer die erste Phase der behördlichen Aufsicht. Die Aufsicht setzt nicht erst während des laufenden Betriebs ein (begleitende Aufsicht), sondern schon vorher. Mit der Betriebsbewilligung erhält eine Trägerschaft die Berechtigung, in ihrer Einrichtung eine bestimmte Anzahl Menschen mit Behinderung für immer oder für eine bestimmte Zeit aufzunehmen und zu betreuen.

6.2 Voraussetzungen für eine Betriebsbewilligung

Das Gesundheitsgesetz regelt, welche Voraussetzungen eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung in Appenzell Ausserrhoden für eine Betriebsbewilligung erfüllen muss. Es verlangt insbesondere, dass

- a) es ein Leitbild gibt. Das Leitbild beschreibt den Auftrag (Mission), das Tätigkeitsgebiet, die Grundhaltung, das Menschenbild und die obersten Ziele;
- b) die Einrichtung konzeptionelle Grundlagen hat. Diese Grundlagen zielen darauf, das Wohl der Menschen mit Behinderung sicherzustellen, die Mitwirkungsrechte zu garantieren und die Qualitätssicherung und -entwicklung zu unterstützen;
- c) Leitung und Personal sich persönlich und fachlich für ihre Aufgaben eignen;
- d) es genug Mitarbeitende für die Leistungsnutzen gibt und die Mitarbeitendenzahl Anforderungen der Betreuung entspricht;
- e) die Einrichtung eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung garantiert;
- f) die Bauten, Räume und ihre Ausstattung zweckmässig sind und den Bedürfnissen der Leistungsnutzenden entsprechen;
- g) die Gebäudeassekuranz Appenzell Ausserrhoden bestätigt hat, dass die Einrichtung die Anforderungen an den Brandschutz erfüllt;
- h) der Betrieb wirtschaftlich gesichert erscheint;
- i) die Einrichtung eine Betriebshaftpflichtversicherung hat und eine angemessene Haftpflichtversicherung der Leistungsnutzenden garantiert ist, wenn sie nicht bereits anderweitig versichert sind;
- j) die interne Aufsicht sichergestellt ist.

Die Qualitätsstandards gemäss Kapitel 4 der Richtlinien sind massgebend – soweit die Einrichtung sie vor der Betriebsaufnahme erfüllen kann. Die Trägerschaft der Einrichtung muss anhand der Qualitätsstandards darlegen, wie sie die Bewilligungsvoraussetzungen erfüllt. Das Amt für Soziales hat die Aufgabe, dies zu überprüfen. Die aufgeführten Kriterien zeigen, ob die jeweilige Voraussetzung erfüllt ist.

6.3 Einzuzureichende Unterlagen

Die Trägerschaft muss mit dem Gesuch um eine Betriebsbewilligung verschiedene Unterlagen einreichen. Sie sind die Grundlage der Überprüfung. Folgende Unterlagen sind nötig:

- a) Statuten oder Stiftungsurkunde der Trägerschaft sowie ein Auszug aus dem Handelsregister;
- b) Leitbild;

- c) Betriebskonzept⁵, das sicherstellt, die Basisqualität einzuhalten;
- d) geplantes Platzangebot;
- e) Muster des Betreuungsvertrags gemäss Erwachsenenschutzrecht bzw. Arbeitsvertrag nach OR, der die Rechte und Pflichten der Leistungsnutzenden festhält;
- f) Personalien der Mitglieder des obersten Leitungsorgans sowie Angaben zu ihrer Entschädigung und Spesen;
- g) Angaben über die interne Organisation sowie Personalien und Qualifikation der Leitung, insbesondere Lebenslauf, Ausbildungsnachweise sowie Privat- und Sonderprivatauszug aus dem Schweizerischen Strafregister;
- h) Stellenplan, Musterarbeitsvertrag, Name und Qualifikation der Mitarbeitenden;
- i) Angaben über das Gebäude, insbesondere Ausstattung und Verwendung der Räume;
- j) Bestätigung der Gebäudeassekuranz Appenzell Ausserrhoden über die Erfüllung der Anforderungen des Brandschutzes;
- k) Nachweis über Massnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung;
- l) Angaben über die interne Aufsicht und ihre Unabhängigkeit sowie fachliche Eignung;
- m) Vorschlag und Finanzplan für die nächsten drei Jahre;
- n) Nachweis über eine Betriebshaftpflichtversicherung sowie eine angemessene Haftpflichtversicherung für die Leistungsnutzenden, wenn sie nicht bereits anderweitig versichert sind;
- o) Angaben zur Revisionsstelle.

Das Amt für Soziales prüft die eingereichten Unterlagen. Dies geschieht teilweise vor Ort und im Gespräch mit der Trägerschaft.

6.4 Anerkennung als Leistungserbringer

Der Kanton beteiligt sich gemäss BeFiG mit Beiträgen an den Kosten für die Betreuung von Menschen mit Behinderung in Wohnheimen, Werkstätten und Tagesstätten für Erwachsene. Beitragsberechtigt sind Einrichtungen, die eine kantonale Anerkennung als Leistungserbringer haben. Appenzell Ausserrhoden anerkennt Leistungserbringende, wenn diese unter anderem:

- a) eine Betriebsbewilligung nach Art. 49 des Gesundheitsgesetzes haben;
- b) die Voraussetzungen nach Art. 5 IFEG erfüllen;
- c) Leistungen erbringen, die der kantonalen Angebotsplanung entsprechen. Wenn die Leistungen nicht mehr dem kantonalen Bedarf entsprechen, kann das Amt für Soziales mit der Einrichtung Massnahmen zur Weiterentwicklung von Leistungen vereinbaren. Oder die Einrichtung muss die Kapazität anpassen. Letztlich kann das Amt für Soziales auch die Anerkennung entziehen.

Die Leistungserbringenden mit Anerkennung müssen die in den Qualitätsstandards definierten Bedingungen kumulativ erfüllen. Das Amt für Soziales setzt voraus, dass die Leistungserbringenden schriftliche Grundlagen zur Organisation, Leitung, Finanzierung oder Leistungen entsprechend anwenden. Die Leistungserbringenden müssen zudem weitere rechtliche Bestimmungen einhalten.

⁵ Das Betriebskonzept ist die Gesamtkonzeption der Einrichtung. Es beschreibt und regelt den Auftrag und besteht aus den Elementen Leistungskonzept sowie Führungs- und Or-

ganisationskonzept. Feinkonzepte oder Prozessbeschreibungen orientieren sich am Betriebskonzept. Sie beschreiben das Vorgehen in der Umsetzung genauer, sind jedoch nicht Bestandteil des Betriebskonzepts.

7 Aufgaben der Einrichtung

7.1 Kurz und knapp

Die Leitung (fachspezifische Aufsicht) sorgt für die Implementierung und Umsetzung der Qualitätsvorgaben. Sie prüft fortlaufend, ob und wie die Einrichtung sie umsetzt. Sie führt regelmässig eine Selbstbewertung aller Qualitätsstandards und -indikatoren gemäss Kapitel 4 dieser Richtlinien zuhanden des Amtes für Soziales durch. Die Leitung informiert in Absprache mit dem obersten Leitungsorgan das Amt für Soziales über meldepflichtige Veränderungen und besondere Vorkommnisse.

7.2 Qualitätsmanagement

Grundsätzlich trägt die Einrichtung die Verantwortung, die Basisqualität zu erbringen. Sie muss die strategische Ebene in den Regelkreis einbeziehen. Dieser umfasst die Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung.

Qualitätsmanagement (nachfolgend QM) bedeutet die Implementierung der Qualitätsbelange in die Managementprozesse einer Einrichtung. QM ist deshalb Teil der strategischen und operativen Führung. Konkret gehören zum QM alle organisatorischen Massnahmen zur Umsetzung, Prüfung und Weiterentwicklung von Leistungsanforderungen. QM ist demnach fortlaufend und nicht punktuell. Es umfasst eine systematisierte Sorge um die Leistungsqualität einer Einrichtung wie folgt:

- Anforderungen und Kriterien (Basis: kantonale Qualitätsstandards) definieren;
- Anforderungen (Strukturen, Prozesse) planen und umsetzen;
- überprüfen (Controlling, Evaluation usw.);
- weiterentwickeln.

Die Einrichtung kann ihr Qualitätsmanagementsystem (QM-System) selbst bestimmen. Es gibt keine Vorgaben für eine Zertifizierung.

Die Einrichtung muss jedoch die Qualitätsstandards und -indikatoren gemäss Kapitel 4 dieser Richtlinien in ein QM-System implementieren. Zudem muss sie die nachfolgenden Aufgaben ins QM-System übertragen: periodische Selbstbewertung, Meldung besonderer Vorkommnisse und von bewilligungsrelevante Veränderungen.

7.3 Periodische Selbstbewertung und Berichterstattung

Das Amt für Soziales überprüft, ob die Einrichtung die Basisqualität sicherstellt. Dazu muss die Einrichtung regelmässig eine Selbstbewertung aller Qualitätskriterien durchführen. In der Regel findet die Überprüfung alle drei Jahre statt. Die Einrichtung beurteilt in einem von ihr bestimmten Verfahren, ob sie die Qualitätsstandards und -indikatoren gemäss Kapitel 4 erfüllt, teilweise erfüllt oder nicht erfüllt. Wenn sie den Standard nicht vollständig erfüllt, schreibt sie im Bericht an das Amt für Soziales, ob und wenn ja, welche Massnahmen sie eingeleitet hat, um den Standard ganz zu erfüllen.

Die regelmässige Selbstbewertung und Berichterstattung dient einer systematischen Qualitätssicherung und -weiterentwicklung. Das oberste Leitungsorgan und die operative Leitung weisen gegenüber dem Amt für Soziales als staatliche Aufsichtsbehörde die Qualitätssicherungsprozesse und die Einhaltung der kantonalen Anforderungen nach. Mit der Selbstbewertung bestätigen das oberste Leitungsorgan als internes Aufsichtsorgan und die operative Leitung, dass sie die Qualität überprüft haben. Dazu gibt es ein Formular des Amtes für Soziales. Das

Amt für Soziales bestimmt den Termin für den Nachweis.

7.4 Meldung von Veränderungen

Die Trägerschaft meldet dem Amt zudem laufend und ohne Aufforderung bewilligungsrelevante Veränderungen (siehe Kapitel 6).

Dies ist notwendig, da diese Änderungen die Betriebsbewilligung betreffen. Das Amt für Soziales muss per Gesetz prüfen, ob eine Anpassung der Bewilligung nötig ist.

7.5 Meldung besonderer Vorkommnisse

Besondere Vorkommnisse können trotz sorgfältiger Qualitätssicherung geschehen. Besondere Vorkommnisse sind Ereignisse, die eine ausserordentliche Situation in der Einrichtung darstellen und sich negativ auf Leistungsnutzende oder den Betrieb auswirken können. Dazu gehören etwa Suizide, Brände, ansteckende Krankheiten, sexuelle Übergriffe und andere Grenzverletzungen, betriebswirtschaftliche Probleme, Mängelfeststellung und/oder Auflagen anderer Behörden (z. B. Baubehörden, Lebensmittelinspektorat), Freistellungen von Personal oder sofortige Auflösungen von Betreuungsverhältnissen. Die konzeptionellen Grundlagen regeln, wer welche Kompetenzen in der Einrichtung hat und wie das Vorgehen bei besonderen Ereignissen ist.

Allerdings gibt es Vorkommnisse, auf die sich eine Einrichtung nicht mit einem Konzept vorbereiten kann. Generelle Kompetenz- und Kommunikationsregeln und ein sorgsames Krisenmanagement mit Fokus auf eine gute Kommunikation hilft, bei besonderen Vorkommnissen zu handeln.

Zur Kommunikation gehört auch, dass die Trägerschaft ein besonderes Vorkommnis sofort, schriftlich und ohne Aufforderung dem Amt für Soziales meldet. Die Trägerschaft muss melden:

- Was ist konkret geschehen?
- Wer ist wie betroffen?
- Was haben die Verantwortlichen bereits unternommen?
- Was ist noch geplant?
- Wurde die gesetzliche Vertretung informiert?
- Wurden je nach Situation die Angehörigen informiert?

8 Aufgaben des Amtes für Soziales

8.1 Kurz und knapp

Das Amt für Soziales prüft periodisch, ob die Einrichtungen die Bewilligungsvoraussetzungen bzw. die Qualitätsstandards und -indikatoren gemäss Kapitel 4 dieser Richtlinien erfüllen und die damit verbundenen Auflagen und Bedingungen einhalten (behördliche Aufsicht). Die Selbstbewertung der Einrichtung ist die Basis für die Fremdbewertung durch das Amt für Soziales. Hinzu kommen Gespräche, Aufsichtsbesuche sowie die Bearbeitung von besonderen Vorkommnissen und aufsichtsrechtlichen Hinweisen. Das Amt für Soziales hält die Ergebnisse in einem Bericht fest. Wenn nötig, vereinbart oder verfügt das Amt für Soziales, welche Mängel die Einrichtung beheben soll. Zudem informiert das Amt für Soziales die betroffenen Personen und ihre gesetzlichen Vertretungen, wenn das Wohl und der Schutz der Betroffenen gefährdet erscheinen.

8.2 Besondere Vorkommnisse

Das Amt für Soziales begleitet und berät die Verantwortlichen in den Einrichtungen bei besonderen Vorkommnissen. Zudem kann das Amt für Soziales mit der Einrichtung weitere Themen absprechen, z. B. Medienarbeit. Das Amt für Soziales muss gemäss der Aufsichtsfunktion beurteilen, ob und wie die strategische und die operative Führung der Einrichtung das Ereignis bearbeiten sollen und ob es aufsichtsrechtliche Massnahmen braucht. Folgende Fragen sind bei einer Beurteilung wichtig:

- Was ist passiert?
- Reichen die eingeleiteten Massnahmen? Sind sie angemessen?
- Beeinflusst das Vorkommnis die Betriebsbewilligung?
- Ist es möglicherweise eine Straftat?
- Ist die Kommunikation korrekt in Bezug auf die Situation?

Gemäss Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz (OrG; bGS 142.12) besteht eine Schweigepflicht für kantonale Angestellten und Dritte, die eine Aufgabe auf Anfrage übernehmen oder wegen Amtes erfüllen.

8.3 Aufsichtsrechtliche Hinweise

Deuten Informationen auf negative Auswirkungen für die Leistungsnutzenden in Einrichtungen, muss das Amt für Soziales diese Informationen als aufsichtsrechtliche Hinweise behandeln. Es prüft jeden Hinweis vorab in Bezug auf die Zuständigkeit, den Inhalt und die Dringlichkeit. Das Amt für Soziales entscheidet nach Ermessen, ob es tätig werden muss und ob Massnahmen notwendig sind. Die Entscheidung stützt es auf die rechtlichen Vorgaben. Der aufsichtsrechtliche Hinweis oder die Anzeige lösen somit nicht zwingend ein formelles Aufsichtsverfahren aus.

Das Amt für Soziales prüft den Hinweis, indem es das oberste Leitungsorgan und/oder die Leitung zur schriftlichen Stellungnahme einlädt oder persönlich befragt. Folgende Fragen helfen, den Hinweis zu beurteilen:

- Wie hat sich das geschilderte Vorkommnis aus Sicht der Einrichtung zugetragen?
- Wie hat die Einrichtung das Vorkommnis aufgearbeitet?
- Welche Massnahmen hat die Einrichtung ergriffen?
- Welche generellen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Betreuung und ihre Qualität hat die Einrichtung aus dem Vorkommnis abgeleitet? Wie hat sie diese in den konzeptionellen Grundlagen festgehalten?

Das Amt für Soziales dokumentiert alle aufsichtsrechtlichen Hinweise und die daraus folgenden Verfahren. Sind der Schutz und das Wohl der Leistungsnutzenden gefährdet oder bestehen Mängel in der Betriebsführung, vereinbart oder ordnet das Amt für Soziales entsprechende Massnahmen an bzw. verfügt die Behebung der Mängel.

Die Aufsichtsbeschwerde gemäss dem Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; bGS 143.1) ist anders als die ordentlichen Rechtsmittel nur ein Rechtsbefehl, in der Regel eine Verfügung. Die Aufsichtsbeschwerde dient dazu, dass das Amt für Soziales prüft, ob es einschreiten soll gegen eine unterstellte Behörde oder Private, die unter einer staatlichen Aufsicht stehen. Wer die Aufsichtsbeschwerde einreicht, hat keine Parteirechte. Sie oder er kann aber verlangen, dass sie oder er Auskunft erhält, ob das Amt für Soziales die Beschwerde erledigt hat (Art. 43 Abs. 2 VRPG).

Das Amt für Soziales muss die Person, die eine Aufsichtsbeschwerde einreicht, darüber informieren, dass sie eine Strafanzeige machen kann, wenn das Vorkommnis strafrechtlich relevant ist. Möchte die Person keine Strafanzeige machen, muss das Amt für Soziales sie darüber informieren, dass allenfalls das Amt für Soziales eine Strafanzeige machen muss, nachdem es den Sachverhalt abgeklärt hat.

8.4 Angemeldete Aufsichtsbesuche

Das Amt für Soziales führt mindestens alle drei Jahre einen angemeldeten, strukturierten und vorbereiteten Aufsichtsbesuch durch. Ziel des Besuchs ist, sich vor Ort einen Eindruck über die Umsetzung der Basisqualität zu verschaffen. Das Amt für Soziales überprüft die Basisqualität aufgrund der Qualitätsstandards und -indikatoren gemäss Kapitel 4 dieser Richtlinien. Das Amt für Soziales kann bei der

Leitung die Selbstbewertung sowie Konzepte und weitere Dokumente im Voraus anfordern. Je Aufsichtsbesuch kann das Amt für Soziales mit der Leitung Schwerpunktthemen und die dazu zu überprüfenden Bereiche definieren.

Das Amt für Soziales informiert die Einrichtung frühzeitig über den Aufsichtsbesuch und schickt vorher den detaillierten Ablaufplan. Der Aufsichtsbesuch kann z. B. eine Aktenanalyse, Interviews und eine Besichtigung der Einrichtung umfassen. In der Regel gehören Gespräche mit den Leistungsnutzenden und/oder Mitarbeitenden dazu. Der Aufsichtsbesuch dauert in der Regel zwischen einem halben bis zu einem ganzen Tag. Das Amt für Soziales gibt der operativen Leitung am Ende des Besuchs eine erste mündliche Rückmeldung. Danach schickt das Amt für Soziales der Leitung und der Trägerschaft den Ergebnisbericht mit Empfehlungen zum Entwicklungsbedarf sowie mit allfälligen umzusetzenden Massnahmen. Der Ergebnisbericht dient der Einrichtung als Basis für die Qualitätssicherung und -entwicklung.

Stellt das Amt für Soziales erhebliche Mängel fest, ordnet es mittels Verfügung an, sie zu beheben. Zuvor erklärt das Amt für Soziales der Trägerschaft und der Leitung in der Regel im Gespräch die Anordnung, die es aussprechen will. Die Trägerschaft und die Leitung können sich zur Anordnung äussern (rechtliches Gehör). Erst danach eröffnet das Amt für Soziales die Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

8.5 Unangemeldete Kontrollbesuche

Das Amt für Soziales macht einen unangemeldeten Kontrollbesuch, wenn es einen aufsichtsrechtlichen Hinweis erhalten hat und dieser auf eine Gefährdung des Wohls der betreuten Personen deutet.

Das Amt für Soziales kontrolliert unangemeldet vor Ort, wenn es die gestellten Fragen nicht anders prüfen kann. Das Amt für Soziales muss die Instrumente beim Besuch – Besichtigung der Einrichtung, Akteneinsicht, Gespräche, Interviews – der jeweiligen Frage anpassen.

Das Amt für Soziales bestätigt der Trägerschaft danach schriftlich den Besuch und allfällige Vereinbarungen zum Entwicklungsbedarf (Ergebnisbericht). Der Ergebnisbericht dient der Einrichtung als Basis für die Qualitätssicherung und -entwicklung.

Stellt das Amt für Soziales erhebliche Mängel fest, ordnet es mittels Verfügung an, sie zu beheben. Zuvor erklärt das Amt für Soziales der Trägerschaft und der Leitung in der Regel im Gespräch die Anordnung, die es aussprechen will. Die Trägerschaft und die Leitung können sich zur Anordnung äussern (rechtliches Gehör). Erst danach eröffnet das Amt für Soziales die Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

8.6 Anzeigerecht und Anzeigepflicht bei strafrechtlichen Verfahren

Vorfälle mit strafrechtlicher Relevanz können trotz sorgfältiger Qualitätssicherung geschehen. Dann ist nicht mehr das Amt für Soziales zuständig, sondern die Strafverfolgungsbehörden – Polizei, Staats- und Jugendanwaltschaft. Sie übernehmen die Untersuchung.

Erfährt das Amt für Soziales von einem Officialdelikt, dann kann es gemäss Art. 79 Abs. 1 Justizgesetz (bGS 145.31) eine Anzeige an die Staatsanwaltschaft machen (Anzeigerecht). Ein Officialdelikt ist eine Straftat, welche die Strafbehörde von Amtes wegen verfolgen muss. Prüft das Amt für Soziales eine Anzeige, dann muss es die Opferinteressen besonderes berücksichtigen.

Bei schweren Straftaten hat das Amt für Soziales gemäss Justizgesetz eine Anzeigepflicht (vgl. Art. 79 Abs. 2 Justizgesetz). Dann kann das Amt für Soziales nicht mehr selbst entscheiden, ob es eine Anzeige machen soll. Das Amt oder seine Mitarbeitenden müssen vielmehr eine Anzeige machen.

Sobald das Amt für Soziales der Staatsanwaltschaft das Vorkommnis angezeigt hat, ist es nicht mehr zuständig für weitere Abklärungen in Bezug auf den Einzelfall. Zuständig sind dann die Strafverfolgungsbehörden.

Das aufsichtsrechtliche Verfahren läuft parallel zum Strafverfahren weiter, bis das Amt für Soziales die aufsichtsrechtlichen Fragen geklärt hat. Dies auch deshalb, damit solche Fälle in Zukunft verhindert werden können. Zum Beispiel braucht es konzeptionelle Anpassungen oder die Einrichtung muss die interne Aufsicht optimieren.

9 Vollzugsbeginn


Diese Richtlinien treten am 1. Januar 2025 in Kraft.

Amt für Soziales



Andreas Tinner
Amtsleiter

10 Anhang

The background of the page is an abstract composition of overlapping, semi-transparent geometric shapes in various shades of blue, ranging from light sky blue to deep navy blue. The shapes are irregular polygons and triangles, creating a layered, crystalline effect. The overall impression is modern and clean.

10.1 Fachpersonal im Bereich Betreuung

10.1.1 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 (3-4 Jahre Grundausbildung) des Berufsbildungsgesetzes;
- Abschlüsse der Höheren Berufsbildung gemäss Art. 27 des Berufsbildungsgesetzes;
- Abschlüsse gemäss Fachhochschulgesetz;
- 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 belegen⁶.

Eine Weiterbildung für das Betreuungspersonal in Tagesstrukturangeboten mit Lohnbeschäftigung / begleitete Arbeit gilt dann als anrechenbar, wenn die Mitarbeitenden einen anerkannten Berufsabschluss in ihrem angestammten Berufsfeld, mindestens eine dreijährige Berufserfahrung im Bereich Betreuung und Begleitung von Menschen mit Behinderung sowie mindestens 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 Ab-

schlüssen zuständig. Auskunft erteilt Ihnen das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI in Bern (www.sbfi.admin.ch/diploma).

10.1.2 Anerkannte, anrechenbare Berufsabschlüsse

Zu den anerkannten und somit anrechenbaren Berufsabschlüssen gehören die folgenden Abschlüsse (Stand 2024):

Stufe		Abschlüsse
Berufliche Grundbildung (Sekundarstufe II)		<ul style="list-style-type: none"> · Fachfrau/Fachmann Betreuung mit eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ) · Fachfrau/Fachmann Gesundheit mit eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ)
Höhere Berufsbildung (Tertiärstufe)	Berufsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> · Teamleiterin/Teamleiter in sozialen und sozialmedizinischen Institutionen mit eidg. Fachausweis · Sozialbegleiterin/Sozialbegleiter mit eidg. Fachausweis · Arbeitsagogin/Arbeitsagoge mit eidg. Fachausweis · Spezialistin/Spezialist für die Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigung mit eidg. Fachausweis · Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege und -betreuung mit eidg. Fachausweis · Fachfrau/Fachmann in psychiatrischer Pflege und Betreuung mit eidg. Fachausweis
	Höhere Fachprüfung	<ul style="list-style-type: none"> · Dipl. Institutionsleiterin/Institutionsleiter · Dipl. Kunsttherapeutin/Kunsttherapeut · Dipl. Fachfrau/dipl. Fachmann für Alltagsgestaltung und Aktivierung
	Höhere Fachschule	<ul style="list-style-type: none"> · Dipl. sozialpädagogische Werkstattleiterin/sozialpädagogischer Werkstattleiter · Dipl. Sozialpädagogin/Sozialpädagoge · Dipl. Kindererzieherin/Kindererzieher · Dipl. Gemeinwesenarbeiterin/Gemeinwesenarbeiter · Dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann · Dipl. Aktivierungsfachfrau/Aktivierungsfachmann · Dipl. Werklehrerin/Werklehrer

Hochschulabschlüsse (Tertiärstufe)	Fachhochschule (Bachelor- oder Masterstudien- gang)	<ul style="list-style-type: none"> · Studiengang in Sozialpädagogik · Studiengang in Physiotherapie · Studiengang in Heilpädagogik · Studiengang in Ergotherapie · Studiengang in Sozialarbeit · Studiengang in angewandter Psychologie · Studiengang in Pädagogik (Studiengang Lehrer/in)
	Universität (Bachelor- oder Masterstudien- gang)	<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

Abschlüsse nach altrechtlicher Berufsbildungs- und Hochschulsystematik (Stand 2024):

Stufe	Abschlüsse	
Höhere Berufsbildung (Tertiärstufe)	Höhere Fachprüfung	<ul style="list-style-type: none"> · Dipl. Arbeitsagogen/Arbeitsagoge
	Höhere Fachschule	<ul style="list-style-type: none"> · Pflegefachfrau/Pflegefachmann DN I
Hochschulabschlüsse (Tertiärstufe)	Fachhochschule (Bachelor- oder Masterstudien- gang)	<ul style="list-style-type: none"> · Pflegefachfrau/Pflegefachmann DN II

10.1.3 Quote und Grade-Mix

Tagesstruktur mit Lohnbeschäftigung / begleitete Arbeit

Quote	Es haben mindestens 65 % der Betreuungspersonen einen eidgenössisch anerkannten Ausbildungsabschluss im Sozial- oder Gesundheitsbereich oder eine Weiterbildung in diesem Bereich.
Grade-Mix	30 % ausgebildetes Fachpersonal gemäss Kapitel 10.1.2. 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). 35 % übriges Betreuungspersonal

Stationäre Wohnangebote und Tagesstruktur ohne Lohnbeschäftigung / betreute Tagesgestaltung

Quote	Es haben mindestens 65 % der Betreuungspersonen einen eidgenössisch anerkannten Ausbildungsabschluss im Sozial- oder Gesundheitsbereich.
Grade-Mix	50 % ausgebildetes Fachpersonal (mindestens Stufe EFZ) gemäss Kapitel 10.1.2 oder Personal in einer entsprechenden Ausbildung. 15 % des Personals haben eine abgeschlossene Tertiärausbildung oder sind in einer entsprechenden Ausbildung. Die Verteilung der Mitarbeitenden mit einer Tertiärausbildung auf die Betreuungseinheiten ist angemessen. 35 % übriges Betreuungspersonal

Das Amt für Soziales muss bei der Bewilligungserteilung 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. Das Amt für Soziales muss jedoch im Einzelfall prüfen, wie weit Zielgruppe, Leistungsangebot und -ziele einerseits sowie Qualifikation der Mitarbeitenden andererseits aufeinander abgestimmt und angemessen sind.

10.2 Kantonale Erfordernisse an das Qualitätsmanagement (QM)

Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Erbringung der Basisqualität bei der Einrichtung. Dabei muss sie die strategische Ebene (interne Aufsicht) in den Regelkreis einbeziehen. Die Einrichtungen können ihr Qualitätsmanagementsystem (QMS) selbst bestimmen. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden setzt für die Betriebsbewilligung sowie die Anerkennung nicht voraus, dass eine akkreditierte Zertifizierungsstelle das QMS zertifiziert.

Die minimalen Anforderungen an die Qualitätssicherung und -entwicklung sind mit Nachweis der Qualitätsindikatoren gemäss Kapitel 4 dieser Richtlinie erfüllt.

Arbeitet die Einrichtung mit einem zertifizierten QMS, dann prüft das Amt für Soziales nicht, ob die Einrichtung den Qualitätsstandards 3c erfüllt.

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 (2020), Qualitätsmanagementsysteme und Qualitäts-Labels für den Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich, Bern.