# Checkliste «Qualitätsstandards und Indikatoren» gemäss den Richtlinien zur Basisqualität vom 1. März 2013

| **Nr.** | **Qualitätsstandards und Indikatoren** | **erfüllt** | **nicht erfüllt** | **teilweise erfüllt** | **Nachweis** | **Bemerkungen** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Themenbereich Grundlagen |  |  |  |  |  |
| 1. **1** | **Es besteht ein Leitbild.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Das Leitbild liegt schriftlich vor und beschreibt:      1. den Auftrag der Einrichtung (Mission);      2. das Tätigkeitsgebiet der Einrichtung;      3. die Grundhaltungen, das Menschenbild und die obersten Ziele, nach denen sich das Handeln aller Beteiligten zu richten hat. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Das Leitbild ist datiert und seine Überprüfung terminiert. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Inhalte des Leitbilds sind allen Mitarbeitenden bekannt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Konzepte der Einrichtung sind aus dem Leitbild abgeleitet. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Das Leitbild wird in der Strategie, den Zielen und Massnahmen umgesetzt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Das Leitbild entspricht den Leitsätzen der Politik für Menschen mit Behinderung im Kanton St.Gallen sowie den aktuellen fachlichen Standards. |  |  |  |  |  |
| 1. **2** | **Es bestehen Grundlagen, welche die strategische Führung und Organisation sowie die Aufgaben der internen Aufsicht beschreiben.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Rechtsform und Organisation der Einrichtung sind geregelt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es bestehen eine Stiftungsurkunde oder Statuten. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht ein Eintrag im Handelsregister. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die strategisch-operative Trennung ist personell und organisatorisch gewährleistet. Es liegt ein Organigramm vor, aus welchem diese strategisch-operative Trennung hervorgeht. Die Einrichtung bezeichnet bei nicht vorliegender strategisch-operativer Trennung ein externes Aufsichtsgremium, das aus wenigstens zwei Personen besteht. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Gewaltentrennung erfüllt folgende Bedingungen:      1. Der Präsident oder die Präsidentin und die operative Leitung der Einrichtung sind nicht verwandtschaftlich (1. oder 2. Grad), persönlich und/oder in enger ge­meinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden.      2. Das oberste Leitungsorgan setzt sich aus wenigstens fünf gleichberechtigten Personen zusammen, wobei höchstens zwei Mitglieder verwandtschaftlich und/oder in enger gemeinsamer Geschäftsbeziehung miteinander verbunden sind. Besteht eine solche Beziehung, so setzt sich das Organ aus wenigstens sieben gleichberechtigten Mitgliedern zusammen.      3. Die Geschäftsleitung, deren Stellvertretung und die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung haben im obersten Leitungsorgan kein Stimmrecht. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der strategischen Führung sind festgehalten, insbesondere deren Unabhängigkeit (Pflichtenhefte usw.). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Mitglieder des obersten Leitungsorgans sind fachlich geeignet für ihre Aufgabenerfüllung. Im obersten Leitungsorgan ist Fachwissen in den Bereichen Führung, Finanzen und Psycho-Soziales gewährleistet. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Mitglieder des obersten Leitungsorgans sind öffentlich namentlich bekannt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. 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. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Zur internen Aufsicht gehören die folgenden Auf­gaben:      1. Prüfung, ob die Einrichtung die Vorgaben der Richtlinien zur Basisqualität erfüllt;      2. Bewertung der Ergebnisse der Qualitätsbeurteilung und Entscheid über Schlussfolgerungen;      3. jährliche Berichterstattung an das Amt für Soziales über die Erfüllung der Basisqualität. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Das Beschwerdeverfahren ist geregelt und den Leistungsnutzenden und Angehörigen bekannt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht eine von der Geschäftsleitung unabhängige Beschwerdestelle. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Alle Beteiligten (Leistungsnutzende, Angehörige, Mitarbeitende, operative und strategische Führung, evtl. weitere) wissen, wo sie im Konfliktfall Beschwerde einlegen können. |  |  |  |  |  |
| 1. **3** | **Es bestehen Grundlagen, welche die operative Führung und Organisation beschreiben.** |  |  |  |  |  |
| 1. **3a** | **Aufbau- und Ablauforganisation** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Organisation einer Einrichtung richtet sich nach dem Betreuungsbedarf der aufzunehmenden Personen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung verfügt über eine klare Aufbau- und Ablaufstruktur mit klaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten (Organigramm, Pflichtenhefte) sowie über eine geregelte interne Kommunikation. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht ein aktuelles und klar formuliertes Organisations- bzw. Qualitätshandbuch, das die notwendigen Grundlagen, Konzepte, Regelungen, Vorlagen und Vertragsmuster mit Leistungsnutzenden und Mitarbeitenden einer Einrichtung enthält. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Der Datenschutz ist nach Massgabe des Datenschutzgesetzes vom 20. Januar 2009 (sGS 142.1) gewährleistet. |  |  |  |  |  |
| 1. **3b** | **Vernetzung** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung arbeitet vernetzt und strebt die Zusammenarbeit mit betriebsrelevanten Aussenstellen an. |  |  |  |  |  |
| 1. **3c** | **Qualitätssicherung und -entwicklung** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung gewährleistet die Qualitätssicherung und -entwicklung:      1. Die Leitung stellt sicher, dass die Qualität der Dienstleistungen und der Einrichtung regelmässig überprüft wird und nimmt entsprechende Verbesserungen vor.      2. 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.      3. Die Entwicklungen sind in geeigneter Form nachgewiesen.      4. Die Zufriedenheit bzw. Lebensqualität der Leistungsnutzenden wird regelmässig erhoben und die Ergebnisse sowie diesbezügliche Massnahmen sind dokumentiert. |  |  |  |  |  |
| 1. **3d** | **Personalmanagement** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter hat einen rechtsgültigen Arbeitsvertrag. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die je Funktion bestehenden Kompetenzen und Verantwortungsbereiche sind dokumentiert und den Mitarbeitenden bekannt (Stellenbeschriebe, Pflichtenheft). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Mitarbeitenden arbeiten entsprechend den mit ihrer Funktion verbundenen Kompetenzen und Verantwortungsbereichen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Form und Häufigkeit der Beurteilungs- und Förder­gespräche sind festgehalten. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Mitarbeitenden werden (intern oder extern) regelmässig weitergebildet. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals ist zielgerichtet, zeitgemäss und leitbildbezogen. |  |  |  |  |  |
| 1. **3e** | **Lohnsystem Leistungsnutzende** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Beschäftigungen in Tagesstrukturen mit Arbeitsvertrag werden entlöhnt. |  |  |  |  |  |
| 1. **4** | **Es bestehen Grundlagen, welche die Finanzierung beschreiben.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Grundlagen geben Auskunft über:      1. die finanzielle Situation (Erfolgsrechnung und Bilanz);      2. die prognostizierten finanziellen und betrieblichen Entwicklungen (Budget). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Diese Grundlagen belegen die wirtschaftlich gesicherte Situation der Einrichtung und sind transparent ausge­wiesen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung führt ihren Betrieb wirtschaftlich und nach einer auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen basierenden einheitlichen Rechnungslegung. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. 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. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Kostenbeteiligung der Leistungsnutzenden (Pensionstaxe und Hilflosenentschädigung) und/oder all­fällige weitere Kostenbeteiligungen sind geregelt. |  |  |  |  |  |
| 1. **5** | **Es bestehen Grundlagen, welche die Leistungen beschreiben.** |  |  |  |  |  |
| 1. **5a** | **Betreuung und Begleitung** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die schriftlichen Grundlagen zur Betreuung und Begleitung in der Arbeit geben Auskunft darüber, woran sich die Betreuungs- und Begleitungsarbeit fachlich und methodisch orientieren. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Das Betreuungsangebot der Einrichtung richtet sich nach dem spezifischen Betreuungsbedarf der aufzunehmenden Personen. Das Wohlbefinden und die Lebensqualität stehen dabei im Zentrum der Betreuungsleistung. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die schriftlichen Grundlagen geben Auskunft über die folgenden Punkte:      1. Zielgruppen (Alter, Geschlecht, Behinderung usw.);      2. Geschichte der Einrichtung;      3. Leistungen im stationären Wohnangebot und in der Tagesstruktur;      4. Aussenbeziehungen (vgl. QS 3b);      5. Stellenplan differenziert nach Fachbereichen (vgl. QS 8);      6. Personaleinsatzplan je Angebot (vgl. QS 8);      7. Grundsätze der Entwicklungsplanung;      8. Selbstbestimmung und Autonomie der Leistungsnutzenden (Rechte und Pflichten), Förderung der Selbständigkeit der Leistungsnutzenden (vgl. QS 9 bis QS 11);      9. Einbezug von Angehörigen bzw. der gesetzlichen Vertretung (vgl. QS 14);      10. Anzahl und Art der verfügbaren Plätze und Stand­orte;      11. Aufnahme- und Austrittsverfahren (vgl. QS 12);      12. interne Übertrittsverfahren (vgl. QS 12);      13. Organisation von behinderungsbedingt notwendigen Fahrten (Tagesstruktur);      14. Tagesablauf je Angebot;      15. Zusammenarbeit und Austausch mit externer Tagesstruktur;      16. Öffnungs- und Betriebstage je Angebot;      17. Betreuungsangebot je Leistungsbereich (Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten, Pflege usw.);      18. Entwicklungsabsichten bzw. Zukunftsperspektiven;      19. Taxordnung. |  |  |  |  |  |
| 1. **5b** | **Tagesstruktur** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Für alle Leistungsnutzenden in stationären Wohn­angeboten besteht ein internes oder externes Tagesstrukturangebot. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Dieses interne oder externe Tagesstrukturangebot ist möglichst abwechslungsreich und berücksichtigt die individuellen Fähigkeiten sowie Entwicklungsmöglichkeiten der Leistungsnutzenden. |  |  |  |  |  |
| 1. **5c** | **Freiheitsbeschränkende Massnahmen nach ZGB vom 1. Januar 2013[[1]](#footnote-1)** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht ein Konzept zu freiheitsbeschränkenden Massnahmen unter Beachtung der Bestimmungen des Erwachsenenschutzrechts (ZGB) und des Strafrechts (StGB). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die freiheitsbeschränkenden Massnahmen sind individuell dokumentiert. |  |  |  |  |  |
| 1. **5d** | **Sicherheit** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht ein Dispositiv für aussergewöhnliche Lagen und Vorfälle. |  |  |  |  |  |
| 1. **5e** | **Ernährung** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es bestehen Grundlagen, welche den Umgang mit Nahrungsmitteln beschreiben. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Kriterien für das Ernährungsangebot sind festgehalten. Individuelle Bedürfnisse werden angemessen berücksichtigt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Das Verpflegungsangebot ist vielseitig und ausge­wogen und berücksichtigt dabei Aspekte der Gesundheitsvorsorge, die Bedürfnisse der Leistungsnutzenden sowie die Anforderung an Diäten. |  |  |  |  |  |
| 1. **5f** | **Gesundheitsversorgung** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es bestehen schriftliche Grundlagen zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge (Prävention). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die schriftlichen Grundlagen zur Gesundheitsversorgung geben Auskunft über die Detailregelungen sowie das Vorgehen und die personellen Anforderungen:      1. somatische, psycho-soziale und gesundheitsfördernde Ziele und Massnahmen;      2. Apotheke;      3. Sicherheit der Medikamentenbewirtschaftung;      4. Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten;      5. Zusammenarbeit mit psychiatrischen Versorgern (bei Einrichtungen für Menschen mit psychischer Behinderung). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die ärztliche Betreuung ist zu jeder Zeit gewährleistet. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Für die Leistungsnutzenden ist die freie Arztwahl gewährleistet. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einhaltung der Vorgaben ist dokumentiert. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die notwendige medikamentenbezogene Sicherheit ist gewährleistet und belegt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht ein Notfalldispositiv für Unfälle und akute Krankheiten. |  |  |  |  |  |
| 1. **5g** | **Hygiene und Raumpflege** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung verfügt über ein Hygienekonzept und einen Reinigungsplan. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Infrastruktur insgesamt sowie die Räume der Einrichtung sind sauber, gepflegt und in ordentlichem Zustand. |  |  |  |  |  |
|  | Themenbereich Infrastruktur |  |  |  |  |  |
| 1. **6** | **Bauten, Ausstattung einschliesslich Einrichtungen sind zweckmässig und klientengerecht.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung verfügt über Einzelzimmer, Gemeinschaftsräume sowie zeit- und zweckgemässe Nassbereiche. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Für jede Leistungsnutzende und jeden Leistungsnutzenden steht ein Einzelzimmer zur Verfügung, Ausnahmen sind konzeptionell begründet. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Jede und jeder Leistungsnutzende hat die Möglichkeit, ihr bzw. sein Zimmer individuell zu gestalten. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Angaben über Gebäude sowie Verwendung der Räumlichkeiten liegen vor und entsprechen den konzeptionellen Grundlagen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die notwendigen behinderungsspezifischen Vorkehrungen wurden getroffen, und die angemessenen Hilfsmittel sind installiert. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Einrichtungen mit Tagesstruktur verfügen über zusätzliche und den Tätigkeiten angemessene Räume. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die kantonalen Vorgaben bezüglich Raum und Infrastruktur sind eingehalten. |  |  |  |  |  |
|  | Themenbereich Leitung und Personal |  |  |  |  |  |
| 1. **7** | **Die Leitung ist fachlich und persönlich geeignet für die Führung der Einrichtung.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Leitung 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. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. 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. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Qualifikation und Eignung der obersten Leitungspersonen ist mittels Lebenslauf, Ausbildungsnach­weisen, einwand­freien Referenzen sowie Straf- und Betreibungsregisterauszug nachgewiesen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Eine neue Leitungsperson unterzeichnet vor ihrer Anstellung eine Erklärung, dass zurzeit kein gerichtliches oder polizeiliches Untersuchungsverfahren gegen sie läuft bzw. gibt Auskunft über den Gegenstand des Verfahrens. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Stellvertretung ist geregelt, die Stellvertreterin oder der Stellvertreter ist fachlich und persönlich für die damit verbundenen Aufgaben geeignet. |  |  |  |  |  |
| 1. **8** | **Das Personal ist fachlich und persönlich geeignet für seine Tätigkeiten und entspricht in der Anzahl dem Betreuungsbedarf.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Qualifikation und Eignung der Mitarbeitenden in der Betreuung ist mittels Lebenslauf, Ausbildungsnachweis, Referenzen und Strafregisterauszug nachgewiesen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. 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. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung ermöglicht systematisch permanente Weiterbildungen und Personalentwicklung. Alle Mit­arbeitenden sind in die Fort- und Weiterbildung einbe­zogen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung verfügt über das nötige Fachpersonal, um den Bedürfnissen der betroffenen Personen zu entsprechen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Bestimmungen im Anhang der Richtlinien zur Basisqualität betr. Fachpersonal in den Bereichen Stationäres Wohnen und Tagesstruktur (mit und ohne Lohn) werden erfüllt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung verfügt über ein abteilungsspezifisches Qualifikationsportfolio sowie über Qualifikationsportfolios je Funktion. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. In der Einrichtung sind innerhalb von fünf Jahren alle Mitarbeitenden, welche die Anforderungen gemäss Qualifikationsportfolio der Abteilung oder der Funktion nicht erfüllen, nachqualifiziert. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung bietet Ausbildungsplätze an. |  |  |  |  |  |
|  | Themenbereich Leistungsnutzende |  |  |  |  |  |
| 1. **9** | **Die Rechte und Pflichten der Leistungsnutzenden sind schriftlich festgehalten.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Rechte und Pflichten der Leistungsnutzenden sind in Verträgen und Reglementen festgehalten. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht für jede Leistungsnutzende und jeden Leistungsnutzenden ein Betreuungsvertrag gemäss Erwachsenenschutzrecht (Art. 382 ZGB; Muster vorliegend). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Für Leistungsnutzende, die nicht in der Lage sind, sich für die Durchsetzung ihrer Rechte aktiv einzusetzen, sind geeignete Vorkehrungen (Personen mit Vertretungsrecht gemäss Erwach­se­nenschutzrecht) zu treffen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Art und Weise der Information an die Leistungsnutzenden erfolgt klientengerecht. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung informiert die Leistungsnutzenden und ihre gesetzlichen Vertretungen über ihre Rechte und Pflichten schriftlich. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Partizipation der Leistungsnutzenden an der Gestaltung ihrer Lebensbereiche ist gewährleistet. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung ermöglicht den Leistungsnutzenden die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und unterstützt sie in der Nutzung exte­ner Angebote. |  |  |  |  |  |
| 1. **10** | **Die seelische, geistige und körperliche Integrität der Leistungsnutzenden ist geschützt.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Alle Formen von Gewalt, auch sexuelle Übergriffe, von Mitarbeitenden und Leistungsnutzenden werden nicht toleriert. Die Ein­richtung ergreift die notwendigen präventiven Massnahmen und legt das Vorgehen bei Übergriffen oder entsprechendem Verdacht fest. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung setzt sich regelmässig mit den Haltungen und Anforderungen an einen respektvollen Umgang mit Menschen mit Behinderung auseinander und installiert konkrete Massnahmen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Mitarbeitenden werden in respektbezogenen und missbrauchsverhindernden Arbeitsweisen regelmässig geschult. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Leistungsnutzenden sind durch Schulungen und Anleitungen befähigt, Situationen von Übergriffen zu schildern. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Integrität aller Beteiligten ist geschützt. |  |  |  |  |  |
| 1. **11** | **Das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Privat- und Intimsphäre der Leistungsnutzenden sind gewahrt.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung werden unterstützt und gefördert sowie periodisch reflektiert.      1. Die bzw. der Leistungsnutzende verfügt bei der Gestaltung der Lebenssituation über Wahlmöglichkeiten und kann in erster Linie über sich selber bestimmen.      2. Bei Krankheit und Tod der Leistungsnutzenden gehen die Mitarbeitenden bestmöglich auf deren Wünsche ein (z.B. betreffend kulturelle bzw. religiöse Aspekte). |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die bzw. der Leistungsnutzende wird in ihrer bzw. seiner Selbstachtung unterstützt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Leistungsnutzende verfügen selbständig über einen monatlichen Geldbetrag für persönliche Auslagen. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung gestaltet den Alltag begegnungsfördernd und schafft spezielle Anlässe, welche die Verbundenheit unter den Leistungsnutzenden stärken unter gleichzeitiger Respektierung der Autonomie der Leistungsnutzenden. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Partnerschaftliche Beziehungen der Menschen mit Behinderung und ihr Bedürfnis nach Sexualität werden respektiert und die erforderlichen Hilfestellungen bei Fragen und Problemen angeboten. |  |  |  |  |  |
| 1. **12** | **Die Aufnahme-, Übertritts- und Austrittsverfahren sind transparent und nachvollziehbar geregelt.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht ein klarer Kriterienkatalog für das Aufnahme- und Austrittsverfahren sowie für das interne Übertrittsverfahren. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Leistungsnutzenden und Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertretungen sind darüber informiert. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Der Aufenthalt in der Einrichtung ist mittels Aufenthaltsvereinbarungen und Arbeitsverträgen mit entsprechenden Fristen zur Auflösung des Vertrags geregelt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Verpflichtung, vor dem Austritt eine geeignete Anschlusslösung vorzuschlagen, wird wahrgenommen. |  |  |  |  |  |
| 1. **13** | **Es wird mit Leistungsnutzenden zielorientiert gearbeitet und die Zielorientierung ist nachvollziehbar dokumentiert.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung berücksichtigt im Wohnen und in der Tagesstruktur die Ressourcen, Möglichkeiten und Bedürfnisse der Leistungsnutzenden bei der zielorientierten Planung im Hinblick auf eine möglichst hohe Selbständigkeit. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht eine individuelle Entwicklungsplanung mit individuellen Zielen und dazugehörenden Massnahmen, die umgesetzt und regelmässig überprüft werden. Die Überprüfungsperiode ist festgelegt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Ziele und Massnahmen sowie deren Überprüfung sind nachvollziehbar dokumentiert. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Es besteht ein Entwicklungskonzept. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Korrekturen in der Dokumentation sind nachvollziehbar bzw. nicht möglich. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Klientendokumentation kann jederzeit vom Kanton bzw. von der behördlichen Aufsicht eingesehen bzw. Teile davon diesem bzw. dieser zur Einsicht zugestellt werden. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Der Kanton bzw. die behördliche Aufsicht kann jederzeit einen Standortbericht verlangen. |  |  |  |  |  |
| 1. **14** | **Die gesetzliche Vertretung und die Angehörigen sind angemessen einbezo­gen und ihre Interessen ausreichend berücksichtigt.** |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Angehörigen und die gesetzlichen Vertretungen wissen, wer ihre Ansprechpersonen sind. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die gesetzlichen Vertretungen und die Angehörigen sind über ihre Rechte und Pflichten informiert. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Nehmen die Angehörigen nicht gleichzeitig die gesetzliche Vertretung wahr, so sind deren Rechte und Pflichten gesondert geregelt. |  |  |  |  |  |
|  | * 1. Die Einrichtung steht im Austausch mit den Angehörigen sowie den gesetzlichen Vertretungen der Leistungsnutzenden und informiert diese regelmässig über personelle, strukturelle und konzeptionelle Veränderungen der Einrichtung. |  |  |  |  |  |

1. Dieser Begriff umfasst die Rechtsbegriffe «medizinische Behandlung ohne Zustimmung» nach Art. 434 ZGB und «bewegungseinschränkende Massnahme» nach Art. 383ff. ZGB. [↑](#footnote-ref-1)