

Inhaltsverzeichnis

- Einleitung
- Vorwort zur 3. Auflage
- 1. Grundlagen, Führung und Organisation
- 2. Pflege und Betreuung
- 3. Alltagsgestaltung und Aktivierung
- 4. Ärztlicher Dienst
- 5. Freiheit und freiheitsbeschränkende Massnahmen
- 6. Sterbebegleitung und Todesfall
- 7. Essen und Trinken
- 8. Hauswirtschaft
- 9. Sicherheit
- 10. Bauliche Voraussetzungen

Impressum

Copyright © 2006

3. Auflage Januar 2006

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet.

Herausgeber:

- BAP Verband gemeinnütziger Baselbieter Alters- und Pflegeheime
- VBLG Verband Basellandschaftlicher Gemeinden
- VAP Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime
- Gesundheitsdept. Kanton Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung, Abt. Langzeitpflege
- GSA Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime
- Departement des Innern Kanton Solothurn, Amt für soziale Sicherheit

Kontaktadresse:

Stephan Zbinden, APH Ergolz, 4466 Ormalingen, stephan.zbinden@aph-ergolz.ch

Steuerungsgruppe BL/BS/SO

«Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen»:

Die nachfolgenden Personen haben bei der Erarbeitung der dritten Auflage mitgewirkt:

- *Bloch Claudia*, Dipl. Gerontologin SAG HF, Fachbereichsleiterin Aufsicht und Qualität, Abt. Langzeitpflege, Gesundheitsdepartement BS
- *Diepolder Gertrud*, Dipl. Pflegewirtin FH, Qualitätsbeauftragte, Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime
- *Egloff Stephan*, Heimleiter, Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime
- *Fasnacht René*, Leiter Abteilung Langzeitpflege, Gesundheitsdepartement BS
- *Friedli Kurt*, Heimleiter, Kantonsrat, Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime
- *Roche Claudia*, Geschäftsführerin VAP, Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime
- *Ryser Katharina*, lic.iur., Amt für soziale Sicherheit, Departement des Innern SO
- *Studer Ursula*, Gemeinderätin, Verband Basellandschaftlicher Gemeinden
- *Tschopp Hanspeter*, Heimleiter, Verband gemeinnütziger Baselbieter Alters- und Pflegeheime
- *Thüring Georges*, Unternehmer, Landrat, Verband Basellandschaftlicher Gemeinden
- *Zbinden Stephan*, Dipl. Spitalexperte, Heimleiter, Verband gemeinnütziger Baselbieter Alters- und Pflegeheime

1. AUSGANGSLAGE

Die Leistungs- und Qualitätsansprüche an die Alters- und Pflegeheime steigen laufend. Die durchschnittliche Pflegebedürftigkeit der Heimbewohnerinnen¹ nimmt weiter zu und ebenso steigen die Erwartungen der Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen. Für den Pflegebereich verlangt das KVG eine Qualitätssicherung (KVG Art. 58 / KVV Art. 77).

Qualität wollen alle. Was aber konkret unter Qualität in einem Alters- und Pflegeheim verstanden wird, da gehen die Meinungen weit auseinander:

- Welche Ansprüche sind gerechtfertigt?
- Was soll für alle Heime gelten, was ist heimspezifisch?
- Wie soll gemessen werden?
- Wer gibt was vor?
- Was soll der Konkurrenz überlassen werden?

Qualität kostet Geld. Qualität ist zuerst eine Investition in Form von Geld, Zeit und Energie. Der Rückfluss oder ein Mehrwert erfolgt in einem späteren Zeitpunkt in Form von Einsparungen (z.B. bessere Arbeitsprozesse) oder durch Verhinderung von Folgekosten (geht vom Imageschaden bis zu Haftpflichtprozessen). Dazu kommt noch als wichtiger Punkt der immaterielle Nutzen in Form von höherer Lebensqualität für die Bewohnerinnen. Leistungsangebot und Qualitätsstandard müssen aber auch zahlbar sein, insbesondere da wir uns in einem Bereich befinden, in den in grossem Ausmass Mittel der öffentlichen Hand und der sozialen Krankenversicherung fliessen.

Die Möglichkeiten für eine freie Heimwahl oder einen späteren Heimwechsel sind aus vielen Gründen de facto eingeschränkt. Es kann sich im Pflegeheimbereich kein echter Markt entwickeln. Zudem können oder wollen sich Heimbewohnerinnen oft bei Missständen nicht wehren. Deshalb haben sie ein erhöhtes Schutzbedürfnis.

Der grösste Teil der Heime wird von privatrechtlichen Trägerschaften (Vereine, Stiftungen, Einzelpersonen) geführt. Die direkte Führung von Heimen durch staatliche oder kommunale Instanzen ist die Ausnahme. Gemeinden erteilen in der Regel Leistungsaufträge an die Heimträger. Deshalb muss sich das Qualitätsmanagement (als Sammelbegriff für Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung) diesen Strukturen anpassen. Der Kanton und die Gemeinde haben eine Aufsichtspflicht. Zudem treten Kanton und Gemeinden als Auftraggeber einer Dienstleistung auf, deren «Lieferung» sie in Umfang und Qualität überprüfen müssen.

¹ Da mehr als 2/3 der Heimbewohner/-innen und mehr als 3/4 des Personals weiblichen Geschlechts sind, wird nachfolgend zum flüssigeren Lesen immer die weibliche Form verwendet.

Andererseits haben die Betreiber der Heime eine Selbstverantwortung und ein Eigeninteresse in der Qualitätssicherung und Qualitätsweiterentwicklung, da davon die Existenz des Betriebes abhängt. Das Qualitätsmanagement in der Langzeitpflege soll diese gemeinsame Verantwortung widerspiegeln. Wir haben deshalb die Frage gestellt, welcher Teil aufsichtsrechtlich kontrolliert werden soll und welche Aufgaben den Trägerschaften zufallen.

2. QUALITÄTSMANAGEMENT: PFLICHT UND KÜR

Pflicht

Der dem vorliegenden Konzept zu Grunde liegende Gedanke war, **Standards** sowohl in Bezug auf das Leistungsangebot als auch auf die Qualität der Dienstleistung **zu formulieren, die alle Heime mindestens erbringen müssen**.

Das Niveau der einzelnen Standards wird in der Regel so angesetzt, dass 80% der Heime den betreffenden Standard ohne ausserordentliche Anstrengungen erreichen resp. bereits heute erfüllen (80/20-Regel). Weiter geht es darum, dasjenige Niveau zu definieren, das nicht nur von den Aufsichtsbehörden durchgesetzt, sondern auch von den Kostenträgern anerkannt (= bezahlt) wird. Die Standards in Bezug auf Angebot und Qualität müssen sowohl aufsichtsrechtlichen Anforderungen als auch dem Konsumentenschutz und der Verantwortung der Kostenträger genügen.

Erreicht ein Leistungserbringer trotz Mahnung die Standards nicht (mehr), wird ihm die Zulassung als Heimbetreiber entzogen.

Es werden nachfolgend die Begriffe **Grundangebot** für die Standards des Leistungsangebotes und **Basisqualität** für die Qualitätsstandards der Dienstleistung verwendet.

Kür

Das Konzept geht weiter davon aus, dass sich der Grossteil der Heime nicht mit dem Standardniveau begnügen wird, sondern darüber hinaus noch besondere Anstrengungen unternehmen wollen. Die Leistungserbringer werden Qualitätsförderung betreiben, um in einzelnen Bereichen über das Niveau des Grundangebotes und der Basisqualität hinauszugelangen. Einzelne Heime werden sich beispielsweise bei der Zimmerqualität, andere bei der Gastronomie und Dritte bei der Alltagsgestaltung besonders zu profilieren versuchen.

Was, aber nicht wie

Es ist nicht sinnvoll, den Leistungserbringern eine bestimmte Methode zur Zielerreichung vorzuschreiben. Dies ist Aufgabe der Betriebsführung. Hingegen könnten für Heime, die ein extern

entwickeltes Qualitätsentwicklungsmodell einsetzen möchten, von den Heimverbänden prozessorientierte Modelle empfohlen werden. Diese sollten in Richtung des Modells der Europäischen Föderation für Qualitätsmanagement (EFQM)² gehen, das im öffentlichen Dienstleistungsbereich immer mehr Anerkennung findet.

3. GRUNDANGEBOT

Die Bewohnerin soll klar wissen, was sie für ein Angebot erwarten darf und was in den Taxen «inbegriffen» ist resp. separat bezahlt werden muss (Leistungsschutz).

Das Grundangebot ist Bestandteil des Leistungsauftrages. Das Grundangebot kann je nach Typus oder Spezialisierung der Institution differieren, es ist aber immer im Rahmen des Leistungsauftrages und der Betriebsbewilligung zu definieren. Im Immobilienbereich können für bestehende Einrichtungen **Ausnahmeregelungen dauernd** oder **Übergangsregelungen befristet** in der Betriebsbewilligung getroffen werden. Ausnahme- resp. Übergangsregelungen bedürfen sorgfältiger Abklärung und Absprache.

4. BASISQUALITÄT

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Die Anforderungen an die Basisqualität sind nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgebaut. Dieses von Avedis Donabedian veröffentlichte Modell³ ist insbesondere im Gesundheitswesen gut bekannt, was die praktische Arbeit mit diesem Instrument erleichtern dürfte.

Strukturqualität ist das Vorhandensein der Infrastruktur, der Rahmenbedingungen, der Hilfsmittel und der personellen Ressourcen.

Prozessqualität ist das Zusammenwirken von Menschen, Material/Maschinen, Methoden (Verfahren) in einer Folge von Tätigkeiten und in einem System von Regelkreisen, ausgerichtet auf die Erbringung einer definierten Leistung.

Ergebnisqualität ist die Feststellung der Resultate: Vergleich von Ist- mit Soll-Werten; Resultate können gezählt/gemessen werden oder Fragen mit JA oder NEIN beantwortet werden.

Überprüft werden im Rahmen der Basisqualität jedoch nur Struktur- und Ergebnisqualität. Die

Angaben zur «Prozessqualität» sind lediglich ein möglicher Weg zur Ergebnisqualität.

Präzise Formulierungen erforderlich

Die Resultate sollen mit JA oder NEIN, mit VORHANDEN oder NICHT VORHANDEN, ERFÜLLT oder NICHT ERFÜLLT beantwortet werden können. Der Ermessensspielraum bei der Resultatfeststellung soll so klein wie möglich sein. Die Auswahl der Fragestellung und die Formulierungen haben sich dieser Bedingung anzupassen. Deshalb sollen Ausdrücke wie «transparent» oder «zweckmässig» vermieden werden; sie enthalten zu viel Ermessensfreiraum.

5. VERSCHIEDENE DIMENSIONEN DER QUALITÄT

Als Einschränkung muss erwähnt werden, dass mit dem oben dargestellten System von Grundangebot und Basisqualität nicht alle Dimensionen der Qualität gleichwertig berücksichtigt werden können. Insbesondere ist die **zwischenmenschliche Dimension** schwer definier- und messbar. Nur einige wenige Punkte (wie Mitbestimmung, Einbezug in den Pflege- und Betreuungsprozess usw.) können im Rahmen der Basisqualität (Pflichtbereich) berücksichtigt werden. Die **Komfortdimension** erscheint sowohl im Pflichtbereich (Grundangebot) als auch im Kürbereich. Die **fachtechnische Dimension** steht im Vordergrund und manifestiert sich hauptsächlich in der Basisqualität.

6. GELTUNGSBEREICH

Wir verwenden nachfolgend den Begriff «Heim» als Sammelbegriff für Institutionen der Langzeitpflege mit unterschiedlichsten Bezeichnungen wie Alters- und Pflegeheim, Pflegeheim, Pflegezentrum, Alterszentrum, Pflegewohnheim, Pflegewohngruppe. Heime, die keine Pflege anbieten, können mit diesem Instrument nur partiell beurteilt werden.

Dezember 2005

² The EFQM-Excellence Model; Public and Voluntary Sector; European Foundation for Quality Management, Brussels, <http://www.efqm.org>

³ 1966, Evaluating the quality of medical care

QUALITÄT, EIN STETER PROZESS

Das Bemühen um bessere Qualität ist ein steter Prozess. Deshalb war es schon beim Erscheinen der ersten Auflagen unter den Herausgebern vereinbart, dass die Erfahrungen mit «*Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen*» ausgewertet und nach drei Jahren eine überarbeitete Auflage herausgegeben werden soll. Zu diesem Zweck wurden Rückmeldungen der Heime und der Aufsichtsstellen systematisch gesammelt.

Die von den Herausgebern eingesetzte *Steuerungsgruppe* hat in rund einem Dutzend halb- oder ganztägigen Redaktionssitzungen die Erfahrungen ausgewertet und die einzelnen Kapitel einer gründlichen Überprüfung unterzogen. Dabei stand immer wieder die Frage nach der Notwendigkeit einer Anforderung unter dem Aspekt der *Basisqualität* zur Diskussion. Viele Anregungen nach zusätzlichen Anforderungen mussten abgelehnt werden, da sie zwar wünschbar sind, aber über eine Basisqualität hinausgehen. Ebenso intensiv wurde um präzisere Formulierungen gerungen.

BREITE ANERKENNUNG

Wir freuen uns, dass die zweite Auflage schnell eine über die Region Nordwestschweiz hinausgehende Anerkennung gefunden hat. So hat beispielsweise die verbandsinterne Diskussion im Heimverband CuraViva dazu geführt, dass nun CuraViva seinen Mitgliedern empfiehlt, «*Grundangebot und Basisqualität*» als Grundlage für ihre Qualitätsanstrengungen im Pflegeheim einzusetzen.

Die von CuraViva durchgeführten Seminare zum Thema Qualität im Pflegeheim haben ein erfreulich grosses Interesse bei Gemeindevertretungen gefunden. Überall dort, wo eine öffentliche Aufgabe an privatrechtliche Träger übergeben wird, und dies trifft für das Gros der Pflegeheime zu, braucht es eine klare Regulierung zur Wahrung öffentlicher Interessen. Wir stellen fest, dass sich immer mehr Gemeinden und Kantone dessen bewusst werden.

EIN HILFSMITTEL FÜR PRAKTIKERINNEN UND PRAKTIKER

Auch die dritte Auflage will nicht mehr als ein Hilfsmittel für Praktikerinnen und Praktiker sein. Sie erhebt weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Wissenschaftlichkeit. Die zehn Kapitel sind viel mehr ein Gerüst, eine Auslegeordnung für die Arbeit an der Heimqualität. Darüber hinaus ist die in den Kapiteln dargestellte Ergebnisqualität zugleich eine Checkliste, die sowohl für die heiminterne Selbstkontrolle als auch für Kontrolle durch Externe (Kontrolle im Auftrag von Gemeinde oder Kanton) eingesetzt werden kann.

WAS IST NEU?

Im Grundlagenkapitel (1.) wurde das Vorgehen bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit einer Bewohnerin detaillierter dargestellt. Wir haben uns dabei auf die neuen Grundlagen der Schweiz. Medizinischen Akademie abgestützt. Bei der heiminternen Qualitätssicherung wird neu ein Fehlermeldesystem gefordert. Fehlermeldesysteme suchen nicht nach Schuldigen, sondern nach Ursachen von Fehlern. Damit sollen Lernprozesse angeregt werden.

Aufgrund der neuen Ausbildungsgrundlagen für die Pflegeberufe wurde es im Kapitel «Pflegerufe und Betreuung» (2.) notwendig, Kompetenzen und Verantwortung im Pflegealltag in einem zusätzlichen Anhang darzustellen. Weiter wurde neu die Möglichkeit geschaffen, die Fachverantwortung für die Pflege von der Führungsverantwortung zu trennen. Damit soll den Heimen die Option eröffnet werden, qualifiziertes Personal zu erhalten oder neu anzustellen, das keine Führungsaufgaben übernehmen kann oder will.

Im Heim soll sich der Alltag für die Bewohnerin soweit wie möglich an ihren bisherigen Lebensgewohnheiten orientieren. Wir haben deshalb das dritte Kapitel in «Alltagsgestaltung und Aktivierung» umbenannt, um eine Schwerpunktverschiebung zu signalisieren. Nicht isolierte Aktivierung, sondern möglichst viele in den Heimalltag eingebettete Aktivitäten sind gefordert. Die beruflichen Voraussetzungen für die Fachverantwortliche der Alltagsgestaltung wurden offener gefasst, um ein breiteres Rekrutierungsfeld zu erhalten.

Das bisherige Kapitel «Hygiene» wurde mit dem Kapitel «Sicherheit» (9.) zusammengelegt. Dafür wurde neu ein spezielles Kapitel «Hauswirtschaft» (8.) geschaffen, um die Wichtigkeit dieses Bereiches für die Lebensqualität im Heim hervorzuheben.

DANK

Der Dank geht an alle, die an der Realisierung dieses Gemeinschaftswerkes mitgewirkt haben. Angefangen bei denjenigen, welche die bisherige Version auf Herz und Nieren getestet haben. Weiter ganz speziell an die Mitglieder der Steuerungsgruppe, die mit grosser Fachkenntnis, aber auch mit viel Engagement und Geduld die Überarbeitung möglich gemacht haben.

Qualität ist ein steter Prozess. Deshalb wird auch diese Auflage in etwa drei Jahren wieder überprüft werden müssen. Die Herausgeber sind für jede Anregung dankbar.

*René Fasnacht, Leiter Steuerungsgruppe
Januar 2006*

A. Grundangebot

1. ALLGEMEINER LEISTUNGSUMFANG

Das Heim gewährleistet Wohnen, Verpflegung, Betreuung und Pflege von Betagten, die aus somatischen, psychischen oder sozialen Gründen nicht mehr in ihrer angestammten Umgebung bleiben können, aber keine Spitalstruktur aus medizinischen Gründen benötigen. Das Heim verpflichtet sich, Bewohnerinnen nach einem vorübergehenden Spitalaufenthalt wieder aufzunehmen. Bewohnerinnen werden bis zum Ableben im Heim betreut und dort im Sterben begleitet.

2. GRUNDLAGEN FÜR VERANTWORTLICHES HANDELN¹ IN BEZUG AUF BEWOHNERINNEN

Recht auf Würde und Achtung

- Bewohnerinnen mit unterschiedlichsten Charaktereigenschaften, Fähigkeiten und Krankheitsbildern haben die gleichen Anrechte auf Wertschätzung und auf optimale Lebensqualität.
- Zur Würde der Bewohnerinnen gehört auch die Respektierung des Privatbereichs und der Intimsphäre.
- Die Bewohnerinnen können selbstverständlich ihre bürgerlichen Rechte ausüben.

Recht auf Selbstbestimmung

- Bewohnerinnen werden unterstützt, ihre bisherigen Lebensgewohnheiten – wenn irgend möglich – weiterzuführen.
- Bewohnerinnen haben das Recht, Dienstleistungen, Behandlungen und Medikationen abzulehnen, nachdem sie über die Konsequenzen informiert wurden. Bei Verständnisproblemen können sie jederzeit Entscheidungshelfer beiziehen.
- Bewohnerinnen werden zu Entscheidungen, die sie betreffen, beigezogen. Heimräte sind mögliche Formen, in denen gemeinsame Entscheide vorbereitet und verwirklicht werden.
- Das Recht auf Selbstbestimmung endet dort, wo das Recht auf Freiheit anderer Menschen im Heim oder ausserhalb des Heims eingeschränkt würde.

Recht auf Information

- Bewohnerinnen und Bezugspersonen werden über alle Vorkommnisse, die sie betreffen,

¹ Auszug aus Broschüre «Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen», Copyright und Vertrieb: CuraViva – Verband Heime und Institutionen Schweiz. Abdruck mit Genehmigung von CuraViva.

rechtzeitig informiert. Das betrifft auch rechtzeitige und verständliche Information über finanzielle Fragen wie Änderung von Tarifen oder Pflegestufen, über Extraleistungen und über einschränkende Massnahmen.

- Bewohnerinnen werden auf die Konsequenzen ihres Verhaltens, das Empfehlungen im Heim widerspricht, hingewiesen.
- Jede Bewohnerin kennt die Zuständigkeit der für sie wichtigen Personen im Heim.
- Jede Bewohnerin weiss, auf welchem Weg sie sich über Dinge beschweren kann, die ihren Wünschen nicht entsprechen.

Recht auf Gleichbehandlung

- Bewohnerinnen aus fremden Kulturen können ihre Traditionen, Werte und Weltanschauungen in gleicher Weise verwirklichen wie Schweizerinnen. Auch vielleicht unverständlich erscheinende Ziele von Personen werden geachtet und berücksichtigt.
- Bewohnerinnen mit geringeren finanziellen Möglichkeiten erfahren in gleicher Weise Betreuung und Pflege wie Personen in guten materiellen Verhältnissen.
- Das Recht auf Gleichbehandlung schliesst den individualisierenden Umgang mit jeder Bewohnerin nicht aus.

Recht auf Sicherheit

- Abhängigkeitsverhältnisse werden nicht ausgenützt. Kein Mensch im Heim muss mit seelischer, körperlicher oder geistiger Misshandlung rechnen.
- Alle Bewohnerinnen werden durch entsprechende Vorkehrungen vor körperlichem Schaden geschützt.
- Wenn die Sicherheitsbedürfnisse einer Bewohnerin mit anderen Zielsetzungen in Konflikt stehen, ist mit allen Beteiligten das Gespräch zu suchen und eine Lösung anzustreben, wobei der Wille dieser Person (bzw. ihr mutmasslicher Wille) massgebend ist. Wenn sich das Recht auf Sicherheit und das Recht auf Selbstbestimmung widersprechen, können nach Absprache zwischen den Beteiligten die Bewohnerinnen grössere begründete Risiken eingehen.
- Der Datenschutz und das Bedürfnis der Bewohnerinnen nach vertraulicher Behandlung ihrer Angelegenheiten werden geachtet.

Recht auf Wachstum der Persönlichkeit

- Die Lebensbedingungen sind im Heim so gestaltet, dass für die Bewohnerinnen eine förderliche Entwicklung erfolgen kann hinsichtlich ihrer körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Interessen. Dabei wird eine ganzheitliche Förderung angestrebt.

- Bewohnerinnen werden unterstützt, wenn sie unzumutbare Forderungen zurückweisen.
- Da eine Überbetreuung die Erhaltung eigener Fähigkeiten behindert, werden nicht mehr Dienstleistungen als nötig angeboten. Bezugspersonen werden über diese Heimpolitik informiert.

Recht auf Ansehen

- Alle Personen im Heim tragen dazu bei, dass die Interessen der Menschen im Heim in der Gesamtgesellschaft gesehen und beachtet werden.
- Sie gehen verantwortungsbewusst mit den finanziellen Mitteln und der Umwelt um.
- Sie achten darauf, dass Medien und Öffentlichkeit objektiv über Ereignisse im Heim informiert werden.

3. ENTSCHEIDUNGSFÄHIGKEIT DER BEWOHNERIN²

Autonomie und Menschenwürde

- Eingeschränkte Autonomiefähigkeiten der Bewohnerin heben den Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und der Autonomie nicht auf.
- Deshalb sind verbindliche Strukturen erforderlich, die einen Entscheidungsprozess unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Würde der Bewohnerin ermöglichen.

Patientenverfügung

- Jede Bewohnerin kann im Voraus Bestimmungen verfassen im Hinblick auf die medizinische Behandlung und Pflege, die sie zu erhalten wünscht oder ablehnt, falls sie nicht mehr urteilsfähig wäre. Falls die Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit gegeben sind, können solche Patientenverfügungen von ihrer Verfasserin jederzeit geändert oder aufgehoben werden.

Entscheidungsprozess

- Im Rahmen des Eintrittsprozesses vergewissert sich das Heim, ob die Bewohnerin für den Fall der Urteilsunfähigkeit eine „Bevollmächtigte“ bezeichnet hat, die ihre Interessen in administrativen (inkl. finanziellen) Angelegenheiten wahrnehmen kann sowie eine „bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten“ (Vertrauensperson), welche an ihrer Stelle über die zu erteilende Behandlung und Pflege zu entscheiden hat. Die beiden Funktionen können von der gleichen Person oder von zwei verschiedenen Personen wahrgenommen werden.

² Sinngemässer Auszug aus „Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen“. Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Mai 2004

- Würde(n) keine Vertrauensperson(en) bezeichnet, rät das Heim der Bewohnerin, Personen ihrer Wahl eine solche Vollmacht zu erteilen; allenfalls unterstützt das Heim die Bewohnerin bei der Suche nach geeigneten Personen. Das Heim stellt sicher, dass Ärztinnen, Pflegepersonal und Therapeutinnen über das Vorhandensein einer Vertrauensperson informiert sind.
- Bei Urteilsunfähigkeit der Bewohnerin im Hinblick auf eine Entscheidung klärt das Pflegepersonal ab, ob sie eine Patientenverfügung verfasst hat, ob sie eine Vertrauensperson bezeichnet hat und / oder ob eine gesetzliche Vertreterin bezeichnet ist.
- Patientenverfügungen sind zu befolgen, solange keine konkreten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie dem derzeitigen Willen der betreffenden Person nicht mehr entsprechen. Falls keine Patientenverfügung oder wenn begründete Zweifel darüber bestehen, ob die Willensäußerung noch gültig ist, muss in jedem Fall die Zustimmung der Vertrauensperson bzw. der gesetzlichen Vertreterin eingeholt werden.
- Jeder Entscheid soll sich am mutmasslichen Willen der Bewohnerin orientieren und in ihrem besten Interesse getroffen werden. Falls der Entscheid der Vertrauensperson oder der gesetzlichen Vertreterin dem mutmasslichen Willen der Bewohnerin zu widersprechen scheint, ist die Vormundschaftsbehörde zu kontaktieren.
- Gibt es bei fehlender Patientenverfügung weder Vertrauensperson noch gesetzliche Vertreterin, oder ist in einer Notfallsituation eine Rückfrage nicht möglich, haben die Ärztin, die Pflegenden und Therapeutinnen ihre Entscheide im interdisziplinären Austausch, gemäss den objektiven Interessen und dem mutmasslichen Willen der Bewohnerin zu treffen – dies unter der Voraussetzung, dass keine anderslautenden kantonalen Vorschriften bestehen. Das soziale Umfeld (Lebenspartner, Verwandte und enge Bezugspersonen) ist wenn immer möglich in diesen Entscheidungsprozess einzubeziehen.

4. ANFORDERUNGEN AN VERTRAG MIT BEWOHNERIN

- Allgemeine Vertragsbedingungen werden vor Vertragsabschluss potenziellen Bewohnerinnen bekannt gemacht.
- Zeitlich unbefristeter, schriftlicher Vertrag mit Kündigungsfrist. Klare Regelung bei Austritt (Kündigung, Tod).
- Zimmer in der angebotenen Kategorie (Einerzimmer, Zweierzimmer).
- Im Vertrag sind die Kostenkomponenten übersichtlich auszuweisen.

- Regelungen bei Abwesenheit und Leerstand. Zimmerpreis und Grundtaxe müssen geregelt sein (Reservationstaxe für Zimmer bei Urlaub oder Spitalaufenthalt). Der Pflegezuschlag entfällt bei Urlaub, Spitalaufenthalt oder Tod.
- Regelung betreffend Depotleistung resp. Abtretung von Sozialversicherungsleistungen oder anderer Garantieleistung.
- Wasser, Energie, Heizung und Kehrrichtabfuhr sind im Zimmerpreis inbegriffen. Sperrgutabfuhr bei Zimmerräumung wird separat belastet.
- Die Bewohnerinnen haben die Möglichkeit, ihr Zimmer mit eigenen Möbeln und Bildern zu möblieren.
- Die Bewohnerinnen haben in der Regel eigene Zimmer- und Hausschlüssel.
- Die Bewohnerinnen können sämtliche Gemeinschaftsräume und -einrichtungen mitbenutzen.
- Regelungen betreffend (externe) Beihilfe zur Selbsttötung im Heim sind im Vertrag zwischen Bewohnerin und Heim festgehalten.
- Das Heim unterstützt die zukünftige Bewohnerin bzw. ihre Angehörigen in Fragen der Finanzierung des Heimaufenthaltes.

B. Basisqualität

1. HEIMTRÄGERSCHAFT

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Heimträgerschaft (Einzelperson, Verein, Stiftung usw.) ist im Handelsregister eingetragen. - Die verantwortliche/n Vertreterin/nen der Trägerschaft ist/sind bekannt. - Das Heim verfügt über: <ul style="list-style-type: none"> • eine Zweckbestimmung, • eine Aufbauorganisation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die verantwortliche/n Vertreterin/nen der Heimträgerschaft lässt/lassen sich ausreichend über den Geschäftsverlauf informieren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitglieder der Aufsichtsorgane und der Kontrollstelle sind namentlich bekannt. - Der Verantwortungsbereich der Mitglieder der Aufsichtsorgane sowie der Kontrollstelle sind schriftlich festgelegt. - Ein regelmässiger Informationsaustausch zwischen Geschäftsführung und Aufsichtsgremium ist belegt. - Es liegt ein aktuelles Organigramm vor.

2. HEIMLEITBILD

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim verfügt über ein Heimleitbild. Das Heimleitbild stützt sich auf die «Grundlagen für verantwortungsvolles Handeln» (s. Grundangebot). Das Heimleitbild beinhaltet insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkte des Dienstleistungsangebotes • ethische Leitlinien inkl. der angestrebten Haltung gegenüber Bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen und Öffentlichkeit • Einbezug der Bewohnerinnen und ihrer Angehörigen • Zielsetzungen zur Qualitätssicherung und -verbesserung 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Umsetzung des Leitbildes wird geplant und sichergestellt. - Das Leitbild wird regelmässig evaluiert. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Heimleitbild ist gültig und nicht älter als fünf Jahre. - Für die Umsetzung des Heimleitbildes ist eine Planung vorhanden. - Mitarbeiterinnen mit Führungsaufgaben kennen das Heimleitbild.

3. FÜHRUNG

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Es ist bekannt, wer für die Führung der Gesamtorganisation und der einzelnen Organisationseinheiten verantwortlich ist. Die Stellvertretung ist geregelt. - Für jede Funktion im Heim sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung geregelt. - Die aktuellen und gültigen Weisungen und Reglemente sind in einem Handbuch zusammengefasst. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtorganisation und alle Organisationseinheiten arbeiten mit Zielsetzungen. - Es finden regelmässige Teamsitzungen statt. - Das Handbuch wird regelmässig aktualisiert. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die mit der Führung beauftragten Personen sind im Organigramm namentlich aufgeführt. - Die Stellvertretung ist geregelt. - Alle Mitarbeiterinnen kennen ihre direkte Vorgesetzte sowie deren nächste Vorgesetzte. - Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der Mitarbeiterinnen sind schriftlich festgelegt.

<ul style="list-style-type: none"> - Gesamtorganisation und alle Organisationseinheiten verfügen über Zielsetzungen. - Die Anstellungsbedingungen sind für alle Mitarbeiterinnen geregelt. 		<ul style="list-style-type: none"> - Das Erreichen / Nichterreichen der Ziele der Organisationseinheiten wird einmal im Jahr schriftlich festgehalten. - Ein aktuelles Organisationshandbuch liegt jeder Mitarbeiterin zur Einsicht auf. - Mindestens einmal im Jahr findet ein dokumentiertes Mitarbeiterinnen-Gespräch mit der vorgesetzten Stelle statt. - Jede Mitarbeiterin besitzt einen schriftlichen Arbeitsvertrag.
--	--	--

4. HEIMLEITERIN

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim wird von einer Heimleiterin als Gesamtverantwortliche geleitet. - Die Heimleiterin weist sich über eine der folgenden Qualifikationen aus: <ul style="list-style-type: none"> • Diplom Eidg. Höhere Fachprüfung für Heimleiterinnen • Diplom Eidg. Höhere Fachprüfung im Gastgewerbe • Abschluss der berufsbegleitenden Heimleiterausbildung (schweizerische Heimverbände oder Tertianum ZfP / Eurodir) • Abgeschlossene dreijährige Ausbildung in einem kaufmännischen, sozialen, pflegerischen Beruf, kombiniert mit dem Abschluss der berufsbegleitenden Heimleiterausbildung innert dreier Jahre nach Stellenantritt • gleichwertige Ausbildung in Führung und Organisation - Die Heimleiterin weist mindestens zwei Jahre Führungserfahrung auf. - Die Ausübung der Heimleitung und der Pflegefachverantwortlichen in Personalunion ist nicht möglich. Für Kleinheime – max. 25 Heimplätze – oder Wohngruppen können Ausnahmen bewilligt werden. Weitere Ausnahmen sind bewilligungspflichtig. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Heimleiterin schafft die nötigen Voraussetzungen für die Mitarbeiterinnen, um die Zielsetzungen des Heimes zu erreichen. Sie setzt den Mitarbeiterinnen Ziele und überprüft deren Erreichung. - Die Heimleiterin setzt sich kontinuierlich mit Altersfragen auseinander. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die geforderte Fachausbildung ist abgeschlossen oder im Gange, die Bescheinigungen liegen vor. - Die Heimleiterin gibt Auskunft über die schriftlich festgelegten Jahresziele, die eingeschlagenen Wege zur Zielerreichung und über die Zielerreichung des Vorjahres.

5. ARBEITS-/EINSATZPLAN DES PERSONALS

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim legt aufgrund der kantonalen Richtwerte die Soll-Stellendotation – bezogen auf die Anzahl Bewohnerinnen sowie deren Betreuungs- und Pflegeintensität – fest. - Die Arbeitsplanung richtet sich nach dem aktuellen Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen sowie nach dem Schwierigkeitsgrad der Pflege. - Die Arbeitszeiten richten sich nach dem Bedarf der Bewohnerinnen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die aktuelle Pflegesituation und die erforderliche Personalqualifikation werden in der Arbeitsplanung berücksichtigt. - Die Mitarbeiterinnen beobachten die Gewohnheiten der Bewohnerinnen und machen Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsplanung und der Arbeitsabläufe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Soll-Stellenplan liegt vor. - Die Arbeitsplanung richtet sich nach den aktuellen Erfordernissen der Bewohnerinnen. - Der effektive Personaleinsatz in der Pflege und Betreuung unterschreitet den kantonalen Richtwert im Durchschnitt der letzten drei Monate um nicht mehr als 10%; kurzfristig (d.h. bis zwei Wochen) um nicht mehr als 20%. - Die Präsenz von Personal mit Fachausbildung in Pflege und Betreuung (mindestens Sekundarstufe II) ist im Haus während 24 Stunden gewährleistet.

6. FORT- UND WEITERBILDUNG

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim verfügt über ein aktuelles Fort- und Weiterbildungskonzept für das gesamte Personal, wobei der Führungsweiterbildung besondere Beachtung zukommt. - Das Heim verfügt über Jahresziele in der Fort- und Weiterbildung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen besuchen regelmässig Fort- und Weiterbildungen. - Die Mitarbeiterinnen setzen die erworbenen Kenntnisse in der praktischen Arbeit um. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Mitarbeiterinnen sind in das Fort- und Weiterbildungskonzept einbezogen. - Schulungsnachweise liegen vor.

7. RECHNUNGSWESEN

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim führt die Kostenrechnung gemäss der bundesrätlichen «Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)». 		<ul style="list-style-type: none"> - Die Kostenrechnung entspricht der VKL. - Die Kalkulationsgrundlagen für die Preisgestaltung sind nachvollziehbar. - Die Kostenrechnung kann mit anderen Heimen verglichen werden.

8. EIGENE QUALITÄTSSICHERUNG

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim führt eine systematische Selbstkontrolle mindestens einmal alle drei Jahre durch (Überprüfung durch eigenes Personal oder unter Beizug externer Fachpersonen). - Das Heim verfügt über ein System zur Meldung und Behebung von Fehlern. - Das Heim verfügt über ein System zur Einreichung und Bearbeitung von Verbesserungsvorschlägen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Überprüfung der Qualität erfolgt systematisch. - Fehlermeldungen und Verbesserungsvorschläge werden systematisch bearbeitet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Ergebnis der Überprüfung und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen liegen vor. - Die letzte systematische Selbstüberprüfung liegt nicht mehr als drei Jahre zurück. - Die Bearbeitung von Fehlermeldungen und Verbesserungsvorschlägen ist dokumentiert.

9. EINHALTUNG ÜBERGEORDNETER GESETZE UND VERORDNUNGEN

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Alle relevanten Gesetze und Verordnungen werden als Strukturqualitätsmerkmale vorausgesetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die mit der Führung beauftragten Mitarbeiterinnen orientieren sich regelmässig über Änderungen und Neuerungen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemein verbindliche Gesetze und Verordnungen sind bei den zuständigen Stellen vorhanden und bekannt.

A. Grundangebot

1. PFLEGE (PFLEGEZUSCHLAG IM AUSMASS DER ERFORDERLICHEN PFLEGE GEMÄSS BEDARFSABKLÄRUNGSSYSTEM)

Es wird von grösstmöglicher Selbstpflege ausgegangen. Die Leistungen des Heimes beschränken sich auf ergänzende Hilfe und Pflege gemäss individueller Bedarfsabklärung.

Das Grundangebot an Pflege ist im nachfolgend zitierten Art. 7, Abs. 2, der «Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)»¹ umschrieben. Das Heim sorgt für Bereitstellung und Durchführung der erforderlichen Massnahmen:

«a. Massnahmen der Abklärung und Beratung:

1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt (Ärztin) und Patient (Patientin),
2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen;

b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:

1. Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O2-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
7. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,
8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,

10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen;

c. Massnahmen der Grundpflege:

1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,
2. psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege.»

2. BETREUUNG

- Die Eintrittsphase einer neuen Bewohnerin ins Pflegeheim ist zu planen und individuell zu begleiten.
- Die Bewohnerinnen haben Anspruch auf eine Betreuung, die den täglich wechselnden Erfordernissen angepasst ist. Dabei ist die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen zu berücksichtigen.

3. MOBILITÄTSHILFSMITTEL

- Das Heim verfügt über Stöcke, Rollatoren, Gehböckli und Rollstühle zum temporären Gebrauch durch die Bewohnerinnen. Diese sind in der Tagestaxe inbegriffen. Spezialanfertigungen können separat verrechnet werden.

4. ALLGEMEINE HILFSMITTEL

- Hilfsmittel sind in der Tagestaxe eingeschlossen. Persönliche Spezialanfertigungen für eine Bewohnerin können hingegen zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

5. MITTEL UND GEGENSTÄNDE

- Inkontinenzhilfen gemäss Kap. 7 / Ziff. 15 der Mittel- und Gegenstände-Liste (MIGeL) sind in der Tagestaxe eingeschlossen. Alle übrigen Mittel und Gegenstände können – sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt – in Rechnung gestellt werden².

¹ SR 832.11.31

² Anderslautende kantonale KVG-Tarifverträge vorbehalten

B. Basisqualität

1. PFLEGE- UND BETREUUNGSKONZEPT (PBK)

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das PBK orientiert sich am Heimleitbild und beinhaltet insbesondere klare Aussagen zur: <ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsabklärung mit einem anerkannten Instrument • Anwendung anerkannter Pflegemodelle • Pflege und Betreuung von BewohnerInnen mit demenzen und psychiatrischen Krankheitsbildern • Regelung des Informations- und Rapportwesens - Heime mit Spezialabteilungen oder mit psychogeriatrischen Wohngruppen verfügen über MitarbeiterInnen in der Pflege und Betreuung mit den entsprechenden fachspezifischen Kenntnissen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die MitarbeiterInnen richten ihre Tätigkeit nach dem PBK des Heimes aus. - Bei der Durchführung der Pflege und Betreuung arbeiten die MitarbeiterInnen nach den Prinzipien des Pflegeprozesses. - Die MitarbeiterInnen informieren und besprechen sich an den Rapporten, betreffend der aktuellen Pflegesituation. - Die MitarbeiterInnen pflegen und betreuen nach dem spezifischen PBK für gerontopsychiatrische Erkrankungen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das PBK liegt vor. - Die MitarbeiterInnen arbeiten gemäss dem PBK. - Für jede Bewohnerin sind individuelle Zielsetzungen formuliert, die auf dem PBK basieren. - Die MitarbeiterInnen sind entsprechend ihrem spezialisierten Auftrag geschult (Schulungsnachweis). - Das Personal kann seine Handlungsweise erläutern. - Die BewohnerInnen sagen aus, dass ihre Anliegen ernst genommen werden, sie sich in ihrer Eigenständigkeit unterstützt und gut betreut fühlen.

2. BEDARFSABKLÄRUNGSINSTRUMENT (BAI)

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>A. Heime mit System BESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als BAI wird das System BESA angewendet. - Die Zuständigkeit für die einzelnen Prozessschritte ist geregelt. <p>B. Heime mit System RAI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als BAI wird das System RAI angewendet. - Das Heim arbeitet mit der individuellen Abklärungszusammenfassung. - Das Heim bearbeitet jährlich mindestens einen RAI-Qualitätsindikator. 	<p>A. Heime mit System BESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die MitarbeiterInnen führen die Eintritts-, die Zwischen- und die Vollerhebung systemisch mit den dazu vorgesehenen Instrumenten durch. <p>B. Heime mit System RAI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die involvierten MitarbeiterInnen tragen ihre Beobachtungen zum MDS bei und berücksichtigen signifikante Statusveränderungen. - Die Abklärungszusammenfassung wird im Team besprochen. Die Kernprobleme werden festgelegt und in der Pflegeplanung bearbeitet. - Die MitarbeiterInnen sind entsprechend ihren Aufgaben und Funktionen in die Bearbeitung des Qualitätsindikators einbezogen. 	<p>A. Heime mit System BESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die BESA-Fälligkeitsliste sowie die Chronologische Liste liegen vor. - Zielvereinbarungen sind unterzeichnet. - Die Pflegemassnahmen sind dokumentiert. <p>B. Heime mit System RAI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Pflegebedarfsabklärungen erfolgen zeit- und sachgerecht. Signifikante Statusveränderungen sind berücksichtigt. Die aktuelle Abklärungszusammenfassung liegt vor. - Die Kernprobleme der Abklärungszusammenfassung sind in der Pflegeplanung berücksichtigt. Ziele und Massnahmen sind aktuell. - Es wird jährlich mindestens ein RAI-Qualitätsindikator bearbeitet. Der Prozess und das Ergebnis sind schriftlich dokumentiert. Daraus folgende Massnahmen sind eingeleitet.

3. PFLEGE- UND BETREUNGSDOKUMENTATION (DOKUMENTATION)

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Für jede Bewohnerin wird eine Dokumentation geführt. Sie umfasst insbesondere folgende aktuelle Unterlagen: <ul style="list-style-type: none"> • Personalien, Angehörigen-adressen, Diagnose, Medikation • laufender Pflegebericht • ärztliches Verordnungsblatt • Biografie • Unterlagen der periodischen Bedarfsabklärung • Patientenverfügung • Pflegeplanung mit: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeanamnese - Beschreibung der Ressourcen und Defizite auf der Basis des Pflegemodells - den daraus resultierenden Zielen - den aus den Zielen resultierenden Pflege- und Betreuungsmassnahmen - der Überprüfung, ob die Pflegeziele erreicht sind - periodische Überprüfung und Anpassung der Pflegeplanung - Änderungen in der Dokumentation enthalten Datum, Visum und dürfen nicht mit Bleistift oder Tippex ausgeführt werden. - Die Dokumentation untersteht dem Datenschutz und muss in einem abschliessbaren Raum und nicht offen zugänglich aufbewahrt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Pflegepersonal führt die Dokumentation sachgerecht und kontinuierlich. - Das Pflegepersonal berücksichtigt die Pflegeziele in der täglichen Arbeit. - Die Pflegeziele werden dem veränderten Bedarf der Bewohnerin angepasst. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Dokumentation ist aktuell und enthält alle notwendigen Elemente. - Die Dokumentation gibt Auskunft über die geleisteten Tätigkeiten. - Die Dokumentation ist inhaltlich verständlich. - Die Dokumentation enthält handlungsweisende Informationen. - Der Prozessverlauf ist systematisch dokumentiert. - Aus der Dokumentation ist die Leistungserbringung ersichtlich und der Pflegeprozess nachvollziehbar. - Korrekturen in der Dokumentation sind dokumentenecht und nachvollziehbar. - Die Dokumentation ist so geschützt aufbewahrt, dass Nichtberechtigte keinen Zugang haben.

4. FACHVERANTWORTLICHE PFLEGE UND BETREUUNG

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Fach- und Führungsverantwortung für den Bereich Pflege und Betreuung können in Personalunion wahrgenommen werden, müssen aber nicht. - Das Heim setzt eine Pflegefachverantwortliche ein. Sie trägt die Verantwortung für die sachgerechte Pflege und Betreuung. - Die Pflegefachverantwortliche muss eine der Heimgrösse angemessene Arbeitszeit einsetzen (mindestens 40 Stellenprozent für kleine Heime). 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Pflegefachverantwortliche sichert die fachliche Pflege und Betreuung und unterstützt die Pflegenden in der Zielerreichung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim verfügt über eine Pflegefachverantwortliche. - Die Wahrnehmung der Fachaufgaben ist nachvollziehbar bzw. dokumentiert.

<ul style="list-style-type: none"> - Die Pflegefachverantwortliche verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung in Pflege und Betreuung der Tertiärstufe (siehe Ziff. 7). - Die Pflegefachverantwortliche weist sich über nachstehende Qualifikationen aus: <ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren im Altersbereich in den letzten fünf Jahren • Führungserfahrung (z.B. als Stationsleiterin oder Gruppenleiterin) von mindestens zwei Jahren • sehr gute mündliche und gute schriftliche Ausdrucksfähigkeit in der deutschen Sprache 		<ul style="list-style-type: none"> - Das Diplom bzw. der Fachausweis und die Nachweise über Berufs- und Führungserfahrung liegen vor.
--	--	--

5. MITARBEITERINNEN IN DER PFLEGE UND BETREUUNG¹

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p><i>A. Personal mit Führungsaufgaben</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Heim setzt mindestens eine Mitarbeiterin für die Führung des Bereiches Pflege und Betreuung ein. - Mitarbeiterinnen mit Führungsverantwortung verfügen mindestens über eine abgeschlossene Ausbildung in Pflege und Betreuung der Sekundarstufe II mit Eidg. Fähigkeitszeugnis (siehe Ziff. 7). - Mitarbeiterinnen mit Führungsverantwortung weisen sich über nachstehende Qualifikationen aus: <ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren im Altersbereich in den letzten fünf Jahren • Weiterbildung in Führung mit Abschluss (kann innert zweier Jahre nach Stellenantritt nachgeholt werden) • gute mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit in der deutschen Sprache 	<p><i>A. Personal mit Führungsaufgaben</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Führenden leiten und unterstützen ihr Team im Alltag. Sie stellen sicher, dass das Team nach dem PBK arbeitet. - Die Führenden gewährleisten eine fachlich kompetente Pflege und Betreuung in ihrem Bereich. 	<p><i>A. Personal mit Führungsaufgaben</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Wahrnehmung der Führungsaufgaben ist nachvollziehbar bzw. dokumentiert. - Die Berufsdiplome bzw. die Fähigkeitsausweise sowie der Nachweis über Berufserfahrung liegen vor. - Die Weiterbildung in Führung ist abgeschlossen oder im Gange.
<p><i>B. Personal mit pflegerischer Alleinverantwortung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung in Pflege und 	<p><i>B. Personal mit pflegerischer Alleinverantwortung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen leiten das Personal an und tragen Verantwortung. 	<p><i>B. Personal mit pflegerischer Alleinverantwortung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Berufsdiplome liegen vor.

¹ Angaben zum Soll-Stellenplan siehe Kapitel 1; Basisqualität, Ziff. 5 Arbeits- und Einsatzplan des Personals

<p>Betreuung der Tertiärstufe (siehe Ziff. 7).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Personal weist sich über nachstehende Qualifikationen aus: <ul style="list-style-type: none"> • Gute mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit in deutscher Sprache <p><i>C. Personal für selbständige Pflege</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Personal verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung in Pflege und Betreuung der Sekundarstufe II mit Eidg. Fähigkeitszeugnis (siehe Ziff. 7). - Das Personal weist sich über nachstehende Qualifikationen aus: <ul style="list-style-type: none"> • Gute mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit in deutscher Sprache <p><i>D. Assistenzpersonal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen verfügen mindestens über einen SRK-Grundkurs mit Abschluss oder über einen gleichwertigen Abschluss mit mindestens 120 Stunden Ausbildungsdauer (siehe Ziff. 7). - Die Pflegehilfe weist sich über nachstehende Qualifikationen aus: <ul style="list-style-type: none"> • gute mündliche Ausdrucksfähigkeit in deutscher Sprache. Fähigkeit zum Lesen und Verstehen der fachtechnischen Weisungen • Fähigkeit, korrekte Einträge in den Pflegebericht zu machen 	<p><i>C. Personal für selbständige Pflege</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen pflegen und betreuen im Auftrag. <p><i>D. Assistenzpersonal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen pflegen und betreuen im Auftrag. - Die Mitarbeiterinnen werden vom Personal mit Fachausbildung unterstützt und überwacht. 	<p><i>C. Personal für selbständige Pflege</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Fähigkeitsausweise liegen vor. <p><i>D. Assistenzpersonal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Kursabschlüsse liegen vor. Nachzuholende Weiterbildungen sind im Gange.
--	--	---

6. MEDIKAMENTENVERWALTUNG

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim verfügt über ein Konzept betreffend der Medikamentenverwaltung und Medikamentenhandhabung. Insbesondere müssen geregelt sein: <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortlichkeit und interne Kontrolle • Lagerung der Medikamente inkl. Betäubungsmittel • Bestellung und Bereitstellung der Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Medikamentenkonzept aus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Medikamentenkonzept liegt vor. - Die Mitarbeiterinnen arbeiten gemäss dem Medikamentenkonzept. - Die interne und die externe Kontrolle erfolgt zeitgerecht.

<ul style="list-style-type: none"> • Abgeben der Medikamente an die Bewohnerinnen • Umgang mit Reservemedikamenten • Entsorgung nicht gebrauchter Medikamente • Jährliche externe Kontrolle durch eidg. dipl. Apothekerin <ul style="list-style-type: none"> - Alle Tätigkeiten der Medikamentenverwaltung dürfen nur durch Personal mit mindestens Ausbildung der Sekundarstufe II ausgeführt werden. - Sofern das Heim über allgemeine Betäubungsmittel verfügt (Notfallmedikamente), ist eine Bewilligung zur Lagerung von Betäubungsmitteln erforderlich. 		<ul style="list-style-type: none"> - Der letzte Prüfbericht der externen Apothekerin liegt vor. - Alle Tätigkeiten der Medikamentenverwaltung werden nur durch Personal mit mindestens Ausbildung der Sekundarstufe II ausgeführt. - Sofern das Heim über allgemeine Betäubungsmittel verfügt (Notfallmedikamente), liegt eine Bewilligung zur Lagerung von Betäubungsmitteln vor.
---	--	---

7. ANHANG

BERUFLICHE KOMPETENZSTUFEN IN DER BETREUUNG UND PFLEGE

Mitarbeiterinnen mit Ausbildungen der Tertiärstufe

- Mitarbeiterinnen mit einer abgeschlossenen Ausbildung der Tertiärstufe sind befähigt, die pflegerische Alleinverantwortung im Rahmen ihrer Kompetenzen wahrzunehmen. Dazu gehören die Fähigkeiten, die Verantwortung für den Pflegeprozess und das Case Management wahrzunehmen, in komplexen Situationen zu entscheiden und selbständig einzugreifen.
- Wenn sie pflegerische Handlungen delegieren, gewährleisten sie die nötige Überwachung und tragen für ihre Entscheidungen und ihre Handlungen die Verantwortung.
- Sie haben eine mindestens dreijährige Ausbildung mit Diplom abgeschlossen. Zur Tertiärstufe zählen DN I mit Zusatzqualifikation (z.B. Höfa), DN II. AKP, PSYKP, KWS, dipl. Pflegefachfrau HF. Weitere Ausbildungen und ausländische Diplome werden angerechnet, wenn sie vom SRK anerkannt und registriert sind.

Mitarbeiterinnen mit Ausbildungen der Sekundarstufe II

- Mitarbeiterinnen mit einer abgeschlossenen Ausbildung der Sekundarstufe II sind befähigt, Betreuung und Pflege (planbare Situationen, Standardsituationen) selbständig auszuführen, im Rahmen ihrer Kompetenz und im Auftrag von Mitarbeiterinnen mit einer Tertiärstufenausbildung.
- Sie verfügen über eine mindestens zweijährige Ausbildung, in der sie sich in mindestens 250 Lektionen mit der Theorie der Krankenpflege auseinandergesetzt haben. Zu Ausbildungen der Sekundarstufe II zählen DN I ohne Zusatzqualifikation, FASRK, Betagtenbetreuerin, dipl. Hauspflegerin, Kinderpflegerin, FAGE und Soziale Lehre. Weitere Ausbildungen und Fähigkeitsausweise werden angerechnet, wenn sie vom SRK anerkannt und registriert sind.

Mitarbeiterinnen mit Ausbildungen der Assistenzstufe

- Mitarbeiterinnen der Assistenzstufe verfügen mindestens über einen abgeschlossenen SRK-Grundkurs. Der Grundkurs mit Abschluss kann innerhalb eines Jahres nach Stellenantritt nachgeholt werden.
- Praktikantinnen können zum Pflegeassistentenpersonal gerechnet werden, wenn sie über einen SRK-Grundkurs verfügen.

A. Grundangebot

- Abklärung des Bedarfs der Bewohnerin oder von Bewohnergruppen zur Erhaltung und Verbesserung der individuellen Lebensqualität sowie zur Erhaltung und Förderung der individuellen Selbstständigkeit.
- Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Pflege- und Betreuungspersonal.
- Durchführung und Evaluation der erforderlichen Aktivierung.
- Integration neuer Heimbewohnerinnen in eine bestehende Gruppe.
- Einzelbegleitung einer Heimbewohnerin in einer speziellen Phase ihres Heimalltags.
- Einzelmassnahmen bei einer Heimbewohnerin zur Wiedererlangung bestimmter Fähigkeiten.
- Projekte zur Förderung der Sozialkontakte nach innen und aussen.
- Seelsorgeangebot.
- Organisation kultureller und gesellschaftlicher Anlässe, die allen Heimbewohnerinnen offen stehen (u.a. Feste im Jahreszeitablauf).
- Möglichkeit zum Gottesdienstbesuch.

B. Basisqualität

1. KONZEPT ALLTAGSGESTALTUNG UND AKTIVIERUNG (A+A-KONZEPT)

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das A+A-Konzept orientiert sich am Heimleitbild und beinhaltet insbesondere folgende Angaben: <ul style="list-style-type: none"> • Ziel und Inhalt der Alltagsgestaltung, der Gruppenangebote, der Einzelangebote, der Anlässe und der Feste • Abklärung des individuellen Bedarfs an Hilfe zur Alltagsgestaltung und an Aktivierung • Dokumentation des individuellen Aktivierungsprozesses (Ziel, Massnahmen, und Zielerreichung) • Betreuung/Führung und Schulung freiwilliger Helferinnen (sofern vorhanden) • interdisziplinärer Informationsaustausch und Zielvereinbarung. • Koordination der Anlässe • Mitsprachemöglichkeit für Bewohnerinnen 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterinnen und freiwillige Helferinnen richten ihre Tätigkeit nach dem A+A-Konzept des Heimes aus. - Die Abklärung des individuellen Bedarfes erfolgt aufgrund der individuellen Ressourcen. - Die Mitarbeiterinnen pflegen regelmässigen interdisziplinären Informationsaustausch und fangen Veränderungen auf. - Die Mitarbeiterinnen passen das Angebot dem individuellen Bedarf der Bewohnerinnen an. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das A+A-Konzept liegt vor. - Die Mitarbeiterinnen und freiwilligen Helferinnen arbeiten gemäss dem A+A-Konzept des Heimes. - Die Bewohnerinnen kennen das A+A-Angebot. - Die Bewohnerinnen haben regelmässig die Möglichkeit zur Teilnahme an A+A-Angeboten und an den Heimaktivitäten. - Der Wochenplan ist im ganzen Haus gut einsehbar. - Es gibt spezielle Angebote für einzelne Bewohnergruppen (z.B. Männer). - Die Bewohnerinnen sagen aus, dass ihre Anliegen ernst genommen werden und sie sich in ihrer Eigenständigkeit unterstützt fühlen. - Die Bewohnerinnen haben regelmässige Gelegenheit zur Mitsprache. - Regelungen betreffend dem interdisziplinären Informationsaustausch sind schriftlich festgehalten. - Die individuelle Bedarfsabklärung ist dokumentiert. - Die individuelle Aktivierungsdokumentation ist aktuell und wird entsprechend den Anforderungen von den verantwortlichen Personen geführt.

2. FACHVERANTWORTLICHE FÜR DEN BEREICH A+A

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim verfügt über eine Fachverantwortliche für den Bereich Alltagsgestaltung und Aktivierung. Sie muss eine der Heimgrösse angemessene Arbeitszeit für die Alltagsgestaltung und Aktivierung sowie die Teamleitung einsetzen (mindestens 40 Stellenprozente für ein kleines Heim). - Die Fachverantwortliche weist sich über nachstehende Qualifikationen aus: <ul style="list-style-type: none"> • abgeschlossene Berufsausbildung auf der Sekundarstufe II • Berufserfahrung von zwei Jahren im Altersbereich in den letzten fünf Jahren • sehr gute mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit in deutscher Sprache - Die Fachverantwortliche verfügt über abgeschlossene Zusatzausbildungen in: <ul style="list-style-type: none"> • Alltagsgestaltung und Aktivierung (250 Stunden) • Führung und Organisation (80 Stunden) 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Fachverantwortliche schafft die nötigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, um das A+A-Konzept umzusetzen. Sie unterstützt die Mitarbeiterinnen und freiwilligen Helferinnen in der Zielerreichung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Wahrnehmung der Führungs- und Koordinationsaufgaben ist dokumentiert. - Die Ausbildungsnachweise liegen vor.

A. Grundangebot

- Die Bewohnerinnen haben freie Arztwahl unter denjenigen Ärztinnen, die der Zusammenarbeitsvereinbarung mit dem Heim zur Qualitätssicherung beigetreten sind bzw. beitreten.
- Das Heim kann auf psychiatrische Konsiliardienste zugreifen.

B. Basisqualität

1. FREIE ARZTWAHL

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Bewohnerinnen oder deren gesetzliche Vertreter werden vor Eintritt auf die Regelung der Arztwahl aufmerksam gemacht und wählen dementsprechend ihre Ärztin aus. 		<ul style="list-style-type: none"> - Die Information der Bewohnerinnen betr. Arztwahl beim Eintritt ist dokumentiert.

2. ZUSAMMENARBEITSREGELUNG MIT DEN IM PFLEGEHEIM TÄTIGEN ÄRZTINNEN

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim verfügt über eine Zusammenarbeitsregelung mit den im Heim tätigen Ärztinnen zum Zwecke der Qualitätssicherung auf der Basis der Richtlinien der SAMW¹. Sie umfasst mindestens folgende Punkte: <ul style="list-style-type: none"> • Ernennung der ärztlichen Kontaktperson • Aufgaben der ärztlichen Kontaktperson, insbesondere die Leitung periodischer Qualitätszirkel und als Ansprechperson bei Differenzen zwischen Ärztinnen und Heim • Regelung der ärztlichen Stellvertretungen • Mitwirkung bei der Bedarfsabklärung • Abläufe bei der schriftlichen Bestätigung der mündlichen / telefonischen Verordnungen • Abläufe bei Eintragungen in die individuelle Pflegedokumentation der Heimbewohnerinnen • Zusammenarbeit mit dem psychiatrischen Konsiliardienst • Regelungen und Abläufe bei Notfällen • Vorgehen bei Differenzen zwischen Heimleitung, Pflegepersonal und im Heim tätiger Ärzteschaft resp. einzelnen Ärztinnen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ärztinnen und Pflegepersonal handeln und kommunizieren entsprechend den vereinbarten Regeln. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitwirkung der im Heim tätigen Ärztinnen bei der Qualitätssicherung ist dokumentiert. - Die ärztlichen Verordnungen liegen schriftlich und von der Ärztin unterschrieben vor (als Eintrag in Pflegedokumentation oder als Faxbestätigung mündlicher Weisungen). - Betäubungsmittel-Verordnungen sind nicht älter als drei Monate. - Die Ärztin oder ihre Stellvertreterin ist während 24 Stunden erreichbar.

¹ Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen; Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel

3. PSYCHIATRISCHER KONSILIARDIENST

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Heim kann auf psychiatrische Konsiliardienste zugreifen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Spezielles Fachwissen wird in die Behandlung, Pflege, Betreuung und Aktivierung einbezogen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakte zu Konsiliarärztinnen sind in der Pflegedokumentation dokumentiert. - Die Konsiliarärztinnen sind in die Zusammenarbeit zwischen Heim und Ärztinnen eingebunden.

A. Grundangebot

- Der Bewohnerin wird die grösstmögliche Freiheit bewahrt.
- In jeder Situation wird die angemessene Sicherheit für die Bewohnerin ermöglicht.
- Die Primär- und Sekundärfolgen einschränkender Massnahmen werden im Rahmen der Sorgfaltspflicht reduziert.
- Der (mutmassliche) Wille der betroffenen Bewohnerin ist immer massgebend.

B. Basisqualität

1. KONZEPT BETREFFEND EINSATZ VON FREIHEITSBESCHRÄNKENDEN MASSNAHMEN

<i>Strukturqualität</i>	<i>Prozessqualität</i>	<i>Ergebnisqualität</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Das «Konzept betreffend Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen» orientiert sich am Heimleitbild sowie an der Broschüre der SGG/SSG «Freiheit und Sicherheit»¹. - Jede freiheitsbeschränkende Massnahme wird periodisch hinterfragt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Konzept „freiheitsbeschränkende Massnahmen“ des Heimes aus. - Freiheit, Lebensqualität einerseits und Gefahren andererseits werden sorgfältig gegeneinander abgewogen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept liegt vor. - Die Mitarbeiterinnen arbeiten gemäss dem Konzept des Heimes. - Jede freiheitsbeschränkende Massnahme wird periodisch hinterfragt. - Freiheitsbeschränkende Massnahmen sind dokumentiert. - Die Mitarbeiterinnen können freiheitsbeschränkende Massnahmen erklären und begründen. - Bewohnerinnen und Angehörige sind in die Entscheidungsfindung einbezogen. Ausnahmen sind schriftlich begründet und dokumentiert.

¹ «Freiheit und Sicherheit». Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Behandlung und Pflege betagter Personen. Herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SGG) und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG). Januar 1999.

A. Grundangebot

- Das Heim begleitet die Bewohnerin in würdiger Weise bis in den Tod (Angebot der Sterbebegleitung). Dabei werden die Wünsche der Bewohnerin weitmöglichst berücksichtigt.
- Die Bewohnerinnen werden ermutigt, ihre spirituellen und religiösen Bedürfnisse zu äussern.
- Die Sterbende kann ungestört und an einem geeigneten Ort von ihren Nächsten Abschied nehmen.
- Die Sterbende hat Anspruch auf spirituellen Beistand ihrer Wahl.
- Das Heim schafft einen Rahmen, der Abschiedsrituale und -riten für alle Beteiligten sicherstellt.

B. Basisqualität

1. KONZEPT STERBEBEGLEITUNG UND TODESFALL

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept «Sterbebegleitung und Todesfall» orientiert sich am Heimleitbild. Es beinhaltet insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> • ethische Gedanken und Zielsetzungen des Heimes • Begleit- und Betreuungsgrundsätze für die Verantwortlichen bzw. für die Pflegenden • den Einbezug der Angehörigen • Regelungen betreffend (externe) Beihilfe zur Selbsttötung (u.a. Grundsatzentscheid, Schutz der übrigen Bewohnerinnen sowie der eigenen Mitarbeiterinnen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Konzept «Sterbebegleitung und Todesfall» des Heimes aus. - Die Mitarbeiterinnen nehmen Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnerinnen in Bezug auf Sterben und Tod auf. - Die Angehörigen sind in den Prozess eingebunden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept liegt vor. - Die Mitarbeiterinnen arbeiten gemäss dem Konzept des Heimes.

A. Grundangebot

1. VOLLPENSION

- drei Mahlzeiten, davon mindestens eine warm, inkl. genügend nichtalkoholischer Getränke.
- volles Spektrum von Diätkost, Zwischenmahlzeiten für Diabetikerinnen.
- bei Bedarf angepasste Kostformen (z.B. pürierte Kost).
- Tee und Mineralwasser zwischen den Mahlzeiten.

B. Basisqualität

1. KONZEPT ESSEN UND TRINKEN

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept «Essen und Trinken» orientiert sich am Heimleitbild und beinhaltet insbesondere nachstehende Aussagen über bzw. wie: <ul style="list-style-type: none"> • das angestrebte Niveau des Essens, der Präsentation, des Service und der Essräumlichkeiten • der Individualität der Heimbewohnerinnen in Bezug auf Essen und Trinken Rechnung getragen wird • die Mitwirkungsmöglichkeit für Heimbewohnerinnen und Pflege- bzw. Betreuungspersonal bei der Menüplanung • die Zusammenarbeit zwischen Pflege/Betreuung und Küche und über die Verantwortung für den Service im Speisesaal, auf den Abteilungen und im Zimmer • der Tagesstruktur der Bewohnerinnen angepasste Essenszeiten • die Grundsätze der individuellen Hilfe beim Essen • die selbstständige Essenseinnahme durch die Bewohnerinnen gefördert wird, nötigenfalls unter Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln. • eine Auswahlmöglichkeit (zwei Menüs oder Möglichkeit für Spezialwünsche) sichergestellt ist • die erforderlichen Diäten gewährleistet werden • die erforderlichen Kostformen individuell erkannt und zur Anwendung kommen • den individuellen Essensmengen Rechnung getragen wird • die bewohnergerechte Flüssigkeitsaufnahme sichergestellt wird • eine Mangelernährung verhindert wird • die Grundsätze der bedürfnisorientierten Menüplanung (abwechslungsreich, ausgewogen, saisonal angepasst) sichergestellt werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Konzept «Essen und Trinken» des Heimes aus. - Das Umfeld des Essens erfährt eine bewusste Gestaltung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept liegt vor. - Die Mitarbeiterinnen arbeiten gemäss dem Konzept des Heimes. - Die Esskultur entspricht dem angestrebten Niveau. - Die Bewohnerinnen freuen sich aufs Essen. Die Bewohnerinnen sagen aus, dass das Essen schmackhaft ist und ihren Wünschen entspricht. - Die Mitwirkung der Bewohnerinnen und der Mitarbeiterinnen bei der Menügestaltung und der Serviceorganisation ist organisiert. - Die Aufgaben bei der Essensverteilung und der individuellen Hilfe beim Essen sind klar geregelt. - Die selbstständige Essenseinnahme durch die Bewohnerinnen wird gefördert, nötigenfalls unter Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln. - Es gibt mindestens eine Alternative zum Tagesmenü. - Die Bewohnerinnen erhalten die erforderlichen Diäten. - Die Kostformen sind individuell bewohnerrinnengerecht. - Es gibt eine Möglichkeit zum Nachservice. - Es steht genügend Zeit für die Essensverteilung, individuell angepasste Zeit für die Essenseinnahme sowie für das Abräumen zur Verfügung. - Der Menüplan ist über einen Zeitraum von vier Wochen abwechslungsreich, ausgewogen und saisonal angepasst.

<ul style="list-style-type: none"> • die Zumutbarkeit von Bewohnerinnen im Speisesaal (z.B. bei ästhetischen Schwierigkeiten). • das Angebot für Zwischenverpflegung sichergestellt wird - Das Heim bezeichnet eine verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Essen und Trinken (Personalunion möglich). 		<ul style="list-style-type: none"> - Die Bewohnerinnen haben eine Möglichkeit zur Zwischenverpflegung. - Das Heim verfügt über eine verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Essen und Trinken.
---	--	--

2. KÜCHENFACHPERSONAL

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Küchenfachverantwortliche verfügt über folgende Qualifikation: <ul style="list-style-type: none"> • abgeschlossene Berufslehre als Koch mit eidg. Fähigkeitsausweis • mindestens zwei Jahre Berufserfahrung - Die Fachkompetenz für Diäten ist sichergestellt (z.B. durch Beizug von Diätkoch, Spitalköchin, Ernährungsberaterin). 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Küchenfachverantwortliche und ihre Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Konzept Essen und Trinken aus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Fähigkeitsausweis und der Nachweis der Berufserfahrung liegen vor. - Die Verfügbarkeit der Fachkompetenz für Diäten wird nachgewiesen.

A. Grundangebot

1. REINIGUNG UND WÄSCHE

- Tägliche Zimmerbesorgung (Betten sowie Zimmer aufräumen).
- Tägliche Reinigung auf Sicht der Nasszelle.
- Wöchentliche Zimmer- und Nasszellenreinigung.
- Besorgung der Bett-, Tücher- (Frottee und Handtücher) und Leibwäsche.

B. Basisqualität

1. KONZEPT HAUSWIRTSCHAFT

<i>Strukturqualität</i>	<i>Prozessqualität</i>	<i>Ergebnisqualität</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept „Hauswirtschaft“ orientiert sich am Heimleitbild und beinhaltet insbesondere nachstehende Aussagen: <ul style="list-style-type: none"> • über das Angebot von hauswirtschaftlichen Leistungen. • über das angestrebte Niveau der hauswirtschaftlichen Leistungen. • wie die individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden berücksichtigt werden. • wie die Privat- und Intimsphäre sichergestellt wird. • wie die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Bereichen geregelt ist. - Das Heim bezeichnet eine verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Hauswirtschaft (Personalunion möglich). 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Konzept «Hauswirtschaft» des Heimes aus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept liegt vor. - Die Mitarbeiterinnen arbeiten gemäss dem Konzept des Heimes. - Die erbrachten Leistungen entsprechen dem angestrebten Niveau. - Das Heim verfügt über eine verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Hauswirtschaft.

A. Grundangebot¹

- Alle Bewohnerinnen werden durch entsprechende Vorkehrungen vor körperlichem Schaden geschützt.
- Wenn die Sicherheitsbedürfnisse einer Bewohnerin mit anderen Zielsetzungen in Konflikt stehen, ist mit allen Beteiligten das Gespräch zu suchen und eine Lösung anzustreben, wobei der Wille dieser Person (bzw. ihr mutmasslicher Wille) massgebend ist.
- Wenn sich das Recht auf Sicherheit und das Recht auf Selbstbestimmung widersprechen, können nach Absprache zwischen den Beteiligten die Bewohnerinnen grössere begründete Risiken eingehen.

¹ Auszug aus Broschüre «Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen», Copyright und Vertrieb: CuraViva – Verband Heime und Institutionen Schweiz. Abdruck mit Genehmigung von CuraViva.

B. Basisqualität**1. SICHERHEITSKONZEPT**

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Sicherheitskonzept orientiert sich am Heimleitbild und beinhaltet insbesondere Angaben bzw. Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • betr. Zutrittsregeln (Zutritt für Fremde, Schliesskonzept) • bei vermissten Bewohnerinnen • betr. Schnittstellen zu externen Ereignisdiensten (Polizei, Feuerwehr, Sanität usw.) • betr. Evakuationsplan (Sammelplatz für Bewohnerinnen resp. Personal) • bei Ausfall der technischen Anlagen (Elektro-, Wasser-, Heizungs-, Rufanlage, Küche usw.) • bei Luftverschmutzung (Abschaltung der Lüftung) • zur Einhaltung der Brandschutzvorschriften • bei Feuer • bei Wasserschäden • bei Sirenenalarm • bei Massenerkrankung der Bewohnerinnen • bei Massenerkrankung des Personals • bei Unfällen im Betrieb mit Personenschäden • bei Verdacht auf Diebstahl • bei Einbruch und Bedrohung • zur Information der Behörden und der Öffentlichkeit • zum Umgang mit gefährlichen Stoffen • zur Verhinderung eines Datenverlustes - Das Heim bezeichnet eine für die Sicherheit verantwortliche Mitarbeiterin (Personalunion möglich). - Das Heim verfügt über ein analoges Notfalltelefon, das unabhängig von der internen Telefonzentrale funktioniert. - Kalt- und Warmwasser werden mindestens alle zwei Jahre auf Legionella untersucht. 	<ul style="list-style-type: none"> - die Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Sicherheitskonzept des Heimes aus. - Der Zielkonflikt zwischen Sicherheit und individueller Freiheit wird vom Personal erkannt und immer wieder neu ausgetragen. Es wird kontinuierlich nach Verbesserungen gesucht und diese werden im Heimalltag umgesetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> - das Konzept liegt vor. - Das Personal kennt die Massnahmen resp. Schnittstellen des Sicherheitskonzeptes betreffend: <ul style="list-style-type: none"> • Zutrittsregeln • Evakuationsplan und Sammelstellen • Luftverschmutzung • Feuer • Sirenenalarm - Neu eintretende Mitarbeiterinnen werden im Brandschutz praktisch und vor Ort in der ersten Woche nach Eintritt geschult. - Neu eintretende Mitarbeiterinnen werden in den übrigen Sicherheitsbelangen in den ersten drei Monaten nach Eintritt geschult. - Nachweis, dass der Brandalarm mindestens jedes halbe Jahr ausgelöst wurde. - Die Notfallorganisation und die Alarmpläne liegen vor. Die zuständigen Mitarbeiterinnen haben Zugriff zu ihnen. - Allfällige Mängel aus dem letzten Brandschutz-Audit sind behoben. Darüber liegt ein Bericht vor. - Der Prüfbericht betr. Legionella liegt vor. - Die Sicherheitsdatenblätter für gefährliche Stoffe liegen vor. - Das Heim verfügt über eine für den Bereich Sicherheit verantwortliche Mitarbeiterin.

2. HYGIENE

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Das Hygienekonzept orientiert sich am Heimleitbild und beinhaltet insbesondere Angaben: <ul style="list-style-type: none"> • über Schutz- / Präventionsmassnahmen für das Personal • über Händehygiene, Händewaschen, Händedesinfektion, Hautpflege • über die Selbstkontrollen (Selbstkontrolle mindestens einmal pro Jahr; wie wird kontrolliert) • zur Reinigung des Gebäudes • zur Reinigung und Desinfektion von Materialien und Instrumenten - Das Heim bezeichnet eine verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Hygiene (Personalunion möglich). 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Mitarbeiterinnen richten ihre Tätigkeit nach dem Hygienekonzept des Heimes aus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Konzept liegt vor. - Die Mitarbeiterinnen arbeiten gemäss dem Hygienekonzept des Heimes. - Die Selbstkontrolle ist dokumentiert. - Allfällige Mängel aus der letzten Lebensmittel-Kontrolle sind behoben. Darüber liegt ein Bericht vor. - Das Heim verfügt über eine verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Hygiene.

A. Grundangebot

1. ANFORDERUNGEN AN ZIMMER, ALLGEMEINE RÄUME UND GEBÄUDE IN PFLEGEHEIMEN UND PFLEGESTATIONEN

- Zimmergrösse ohne Vorplatz und Nasszelle:
 - Einbettzimmer 16 m²
 - Zweibettzimmer 24 m² sowie Möglichkeit zur Abtrennung
 - pro Zimmer eine behindertengerechte Nasszelle mit Dusche oder Bad und WC, Notruf
 - jeder Heimplatz verfügt als Grundausrüstung über ein motorisch verstellbares Pflegebett
 - Notrufsystem pro Bett
 - Radio, Fernseh- und Telefonanschluss pro Zimmer
 - Zimmer sind beschriftet und abschliessbar. BewohnerInnen haben einen eigenen Briefkasten
 - geeignete Möglichkeiten für individuelle Einschliessung von Wertsachen der BewohnerInnen
 - Aufenthalts- und Essräume zusammen mind. 3 m² pro Bett
 - Mehrzweckraum für Feiern, Konzerte, Gottesdienste usw., in dem alle BewohnerInnen Platz haben
 - Aktivierungsräumlichkeiten (zusätzlich zu Aufenthalts- und Essraum)
 - Das Heim verfügt über bauliche oder gestalterische Orientierungshilfen
 - Nichtraucher- und Raucherzonen
 - Kiosk/Café/Automat zur Zwischenverpflegung
 - Abguss (pro Stockwerk oder 20 Betten ein Abguss mit Topfmaschine)
 - ein Stations-/Arbeitsbüro pro Organisationseinheit (Pflegestation usw.)
 - abschliessbarer Medikamentenkasten mit Separandum sowie Medikamentenkühlschrank pro 30 Betten ein Pflegebad, jedoch mindestens eines
 - Personalaufenthaltsraum
 - getrennte Personalgarderoben mit Toiletten und Waschgelegenheit
 - Geräte-/Materialräume (pro Stockwerk ein Raum)
 - Besprechungsraum (Sitzungszimmer)
 - Das Heim ist behindertengerecht gemäss dem Merkblatt 7/95 «Rollstuhlgängigkeit bei Sonderbauten (erhöhte Anforderungen gegenüber der Norm SN 521 500)».
- Herausgeber: Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, Kernstrasse 57, 8004 Zürich (info@hindernisfrei-bauen.ch).

2. BAULICHE VORAUSSETZUNGEN FÜR PFLEGEWOHNGRUPPEN MIT VORWIEGEND DEMENZKRANKEN BEWOHNERINNEN

- Maximal 10 BewohnerInnen pro Gruppe
- Insgesamt mindestens 25 m² Nettogröße pro Bewohnerin:
 - Einbett-Zimmer oder Zweibett-Zimmer
 - Rückzugsmöglichkeiten / Nischen
 - Mindestens zwei Sozialräume (z.B. gemeinsames Wohnzimmer sowie Wohnküche mit Platz zum Essen)
 - Flurfläche zum Wandern
 - Hauswirtschafts- / Multifunktionsraum
 - Badezimmer mit Pflegehilfseinrichtungen / WC / Dusche
 - Mindestens ein rollstuhlgängiges WC pro 5 BewohnerInnen
- Garten oder grosse Terrasse / Balkon
- Barrierefreiheit:
 - treppenloser Zugang bzw. Lift,
 - keine Treppen, Stufen, Schwellen innerhalb der Wohnung
 - durchwegs rollstuhlgängig
- helle Räume (mind. 500 Lux)
- Lichtquellen für die Nacht
- Abschliessbare Ausgänge (Fenster und Türen), unauffällige Sicherheitsmassnahmen (keine Fenstergitter)
- nicht spiegelnde Bodenbeläge
- Keine Glastüren
- Küchengeräte mit spezieller Sicherung
- Notrufsystem
- Keine giftigen Pflanzen in Innen- und Aussenräumen
- Mischbatterien mit Temperaturbegrenzung

3. AUSNAHME- UND ÜBERGANGSREGELN

Für bestehende Einrichtungen können **Ausnahmeregelungen dauernd** oder **Übergangsregelungen befristet** in der Betriebsbewilligung getroffen werden. Ausnahme- resp. Übergangsregelungen bedürfen sorgfältiger Abklärung und Absprache.

B. Basisqualität

Es sind keine weiteren Angaben notwendig.