

Prüffragenkatalog - Prüfbereich B - Eingliederungshilfe

Inhaltsverzeichnis:

<u>Abkürzungsverzeichnis zu den Prüffragenkatalogen</u>	.	.	S. 3
<u>Deckblatt – Strukturdatenerhebung</u>	.	.	S. 6
<u>Hauptkategorie I</u>	.	.	S. 13
Gestaltung und Zustand der Einrichtung, Wohnen, Verpflegung			
Kapitel 1	.	.	S. 14
Begehung der Einrichtung (Gestaltung, Sauberkeit, Aushänge/ Informationen)			
Kapitel 2	.	.	S. 29
Hauswirtschaftliche Versorgung und Verpflegung			
<u>Hauptkategorie II</u>	.	.	S. 38
Grundlagen der Leistungserbringung (Pflege und Betreuung)			
Kapitel 3	.	.	S. 39
Ärztliche und gesundheitliche Versorgung, Arzneimittel (Umgang mit Medikamenten)			
Kapitel 4	.	.	S. 51
Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)			
<u>Hauptkategorie III</u>	.	.	S. 56
Nachweis der Leistungserbringung (Bewohnerdokumentation)			
Kapitel 5	.	.	S. 57
Bewohnerdokumentation Allgemein			
Kapitel 6	.	.	S. 65
Bewohnerdokumentation bewohnerbezogene Prüfung			
<u>Hauptkategorie IV</u>	.	.	S. 76
Bewohnerrechte			
Kapitel 7	.	.	S. 77
Vertragswesen			

noch Hauptkategorie IV

Kapitel 8	.	.	.	.	.	.	.	S. 80
Mitsprache- und Einsichtsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner								
Kapitel 9	.	.	.	.	.	.	.	S. 85
Beschwerdemanagement/ Vorschlagswesen/ Zufriedenheitsbefragung								
Kapitel 10	.	.	.	.	.	.	.	S. 89
Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner/ Gespräch mit der Bewohnervertretung								

Hauptkategorie V S. 94

Konzeptionelle Grundlagen der Leistungserbringung

Kapitel 11	.	.	.	.	.	.	.	S. 95
Einrichtungskonzept								
Kapitel 12	.	.	.	.	.	.	.	S. 101
Hygiene- und Notfallregelungen								

Hauptkategorie VI S. 104

Sonstige Pflichten der Leistungserbringung

Kapitel 13	.	.	.	.	.	.	.	S. 105
Aufzeichnungspflichten zur Verwaltung der für die Bewohnerinnen und Bewohner verwalteten Gelder und Wertsachen								
Kapitel 14	.	.	.	.	.	.	.	S. 110
Geld- und geldwerte Leistungen an Leistungserbringer und eingesetzte Personen								

Hauptkategorie VII S. 112

Personal

Kapitel 15	.	.	.	.	.	.	.	S. 113
Personalausstattung								
Kapitel 16	.	.	.	.	.	.	.	S. 119
Dienstplangestaltung								
Kapitel 17	.	.	.	.	.	.	.	S. 126
Einarbeitung, Fort- und Weiterbildung								

Abkürzungsverzeichnis zu den Prüffragenkatalogen (Anlagen 1 und 2 der Prüfrichtlinien)

Abkürzung	Erläuterung
ABFB	Angebot zur Beschäftigung, Förderung und Betreuung als Gestaltung des Tages ist ein Angebot für Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder mehrfachen Behinderung aus ambulanten Wohnangeboten bzw. stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe und aus der eigenen Häuslichkeit. Es dient der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. § 54 (1) SGB XII i. V. m. § 55 SGB IX. Mit dem Angebot zur Beschäftigung, Förderung und Betreuung werden Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß §§ 53/54 SGB XII erbracht, sofern individuell die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist
Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008	Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008)
BetrVO	Verordnung über den Betrieb von baulichen Anlagen (Betriebsverordnung – BetrVO Vom 10. Oktober 2007, zuletzt geändert mit Verordnung vom 18.06.2010 (GVBl. S. 349)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch (Neugefasst durch Bek. v. 2.1.2002 I 42, 2909; 2003, 738; zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 15.3.2012 II 178)
BraSi	Brandsicherheitsschau
BTM	Betäubungsmittel
BtmG	Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz – BtmG), neugefasst durch Bek. V. 01.03.1994 I 358, zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 11.05.2011 I 821
Bw	Bewohnerinnen und Bewohner

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

Abkürzung	Erläuterung
BwV	Bewohnervertretung
EL	Einrichtungsleitung
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahme(n)
FK	Fachkraft
FSJ	Freiwilliges soziales Jahr, sozialer Freiwilligendienst
HA	Heimaufsicht Berlin
IKM	Inkontinenzmaterial
MAE-Kräfte	Personen in Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung nach <u>§ 16d des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch</u>
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Berlin-Brandenburg e.V.)
MRSA	Multi-resistenter Staphylococcus aureus (Bakterienstämme, die gegen eine Vielzahl von Antibiotika resistent sind).
PFK	Pflegefachkraft
PK	Pflegekräfte
PKV-Prüfdienst	Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
QB	Qualitätsbeauftragte/r
QM	Qualitätsmanagement
RV	Rahmenvertrag
SAPV	Spezielle Ambulante Palliativversorgung nach § 37 SGB V
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung Art. 1 des Gesetzes vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 14.04.2010 (BGBl. I S. 410)

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

Abkürzung	Erläuterung
SGB XI	Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – Art. 1 des Gesetzes vom 26.05.1994, (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I S. 2495)
SGB XII	Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (SGB XII) - Sozialhilfe - Art. 1 des Gesetzes vom 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 30.07.2009 (BGBl. I S. 2495)
StEL	Stellvertretende Einrichtungsleitung
StVPFK	Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
VPFK	Verantwortliche Pflegefachkraft
WBL	Wohnbereichsleitung
WBVG	Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz- WBVG) vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319)
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WTG	Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohnteilhabegesetz - WTG) vom 3. Juni 2010 (GVBl. S. 285)
WTG-PersV	Verordnung über Personalanforderungen an Leistungserbringer in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen nach dem Wohnteilhabegesetz (Wohnteilhabe-Personalverordnung - WTG-PersV) vom 16. Mai.2011 (GVBl. S. 230)

Prüfbereich B - Eingliederungshilfe

Deckblatt - Strukturdatenerhebung

Eckdaten der Prüfung von stationären Einrichtungen für behinderte Menschen nach dem Wohnteilhabegesetz (WTG)

- 1. Angaben zur durchgeführten Prüfung**
- 2. Informationen zur geprüften Einrichtung**
- 3. Prüfungsrelevante Unterlagen**
- 4. Prüfungen durch Dritte, insbesondere andere Institutionen**

1. Angaben zur durchgeführten Prüfung

1.1 Datum der Prüfung	
1.2 Datum vorhergehende Prüfung Heimaufsicht	
1.3 Prüfdauer	Beginn: Ende:
1.4 Art der Prüfung (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> Erstprüfung (erstmalige Prüfung bei Inbetriebnahme einer Einrichtung) <input type="checkbox"/> Regelprüfung im Abstand von Jahr <input type="checkbox"/> anlassbezogene Prüfung (Anlassprüfung) Anlass war: <input type="checkbox"/> Teilprüfung <input type="checkbox"/> Teilprüfung mit Schwerpunkt; Schwerpunkt war: <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> angemeldet <input type="checkbox"/> unangemeldet <input type="checkbox"/> Prüfung zur Nachtzeit

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.5 Gesprächsteilnehmer/innen des Trägers und der Einrichtung	
1.6 Vertreter/innen der Heimaufsicht	
1.7 Ggf. weitere Teilnehmer/innen	

2. Informationen zur geprüften Einrichtung

2.1 Einrichtungsbezeichnung	
2.2 Anschrift	Berlin,
2.3 In der Einrichtung werden betreut	<input type="checkbox"/> überwiegend Menschen mit geistiger Behinderung <input type="checkbox"/> überwiegend Menschen mit körperlicher Behinderung <input type="checkbox"/> überwiegend Menschen mit Mehrfachbehinderungen <input type="checkbox"/> überwiegend Menschen mit seelischen Behinderungen
2.4 Angezeigte Plätze	Anzahl:
2.5 Belegte Plätze am Tag der Prüfung	Anzahl:
2.6 Telefonnummer der Einrichtung	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

2.7 Telefaxnummer der Einrichtung	
2.8 E-Mail-Adresse der Einrichtung	
2.9 Ggf. Internet-Adresse der Einrichtung	
2.10 Träger/Inhaber	
2.11 Anschrift des Trägers/Inhabers	
2.12 Telefonnummer des Trägers/Inhabers	
2.13 Telefaxnummer des Trägers/Inhabers	
2.14 E-Mail-Adresse des Trägers/Inhabers	
2.15 Ggf. Internet-Adresse des Trägers/Inhabers	
2.16 Einrichtungsleitung Name(n)	
2.17 Telefonnummer/ Telefaxnummer der Einrichtungsleitung	
2.18 E-Mail-Adresse der Einrichtungsleitung	
2.19 Stellvertretende Einrichtungsleitung Name	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

2.20 Qualitätsbeauftragte/r Name (sofern vorhanden; ggf. auch zentrale/r QB)	
2.21 Zuständiger Ansprechpartner für das Beschwerdemanagement und Vorschlagswesen nach § 8 WTG	
2.22 Hygienebeauftragte/r Name (sofern vorhanden)	
2.23 Bewohnerbeirat Name der/des Vorsitzenden	
2.24 Fürsprecher/in Name	
2.25 Amtszeit der Bewohner- vertretung endet (MM/JJJJ)	

3. Prüfungsrelevante Unterlagen

3.1 Einrichtungsstrukturbogen liegt HA am Prüftag ausgefüllt vor (<i>entfällt bei Einrichtungen für seelisch behinderte Menschen</i>).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt <input type="checkbox"/> wurde nicht angefordert
3.2 Personalaufstellung (Stichtags- meldung) liegt HA am Prüftag vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt <input type="checkbox"/> wurde nicht angefordert
3.3 Vereinbarung gemäß § 79 Abs. 1 i.V.m. § 75 Abs. 3 und § 76 Abs. 2 SGB XII liegt HA vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.4 Gültiger Apothekenvertrag liegt HA am Prüftag vor. (bei mehreren Apotheken für alle)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt <input type="checkbox"/> wurde nicht angefordert
3.5 Einrichtungskonzept liegt HA vor.	Stand: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt
3.6 Verfahren zum Umgang mit Beschwerden (Beschwerde-management) liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt
3.7 Mustervertrag für den Abschluss von zivilrechtlichen Verträgen nach dem WVG und dem BGB liegt HA vor.	Stand: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt
3.8 Raumverzeichnis liegt vor.	Stand: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert / wird übersandt

4. Prüfungen durch Dritte, insbesondere durch andere Institutionen

4.1 Erfüllung des Apothekenvertrages

4.1.1 Letzte Begehung/Prüfung der Einrichtung durch Vertragsapotheker(n)	Datum: <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Es wurden keine Apothekenverträge gem. § 12 a ApoG abgeschlossen.)
---	--

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>4.1.2 Begehungsprotokoll liegt HA vor/ist einsehbar.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Es wurden keine Apothekenverträge gem. § 12 a ApoG abgeschlossen.)
<p>4.1.3 Festgestellte Beanstandungen der Apotheke sind behoben/beseitigt worden.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Es wurden keine Apothekenverträge gem. § 12 a ApoG abgeschlossen.)

4.2 Prüfungen durch behördliche Stellen

4.2.1 Überprüfung nach dem Infektionsschutzrecht durch das Bezirksamt von Berlin - Gesundheitsamt -

<p>4.2.1.1 Letzte Begehung/Prüfung des Gesundheitsamtes</p>	<p>Datum:</p> <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Es ist bisher keine Begehung des Gesundheitsamtes erfolgt.)
<p>4.2.1.2 Begehungsbericht des Gesundheitsamtes liegt HA vor.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde angefordert <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Es ist bisher keine Begehung des Gesundheitsamtes erfolgt)
<p>4.2.1.3 Das Gesundheitsamt hat Beanstandungen festgestellt.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Es wurden keine Beanstandungen festgestellt oder es ist bisher keine Begehung des Gesundheitsamtes erfolgt.)

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>4.2.1.4 Festgestellte Beanstandungen des Gesundheitsamtes sind behoben/beseitigt worden.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p> <p>(keine Beanstandungen festgestellt oder es ist bisher keine Begehung des Gesundheitsamtes erfolgt)</p>
---	--

<p>4.2.2 Überprüfung nach dem Lebensmittelrecht durch das Bezirksamt von Berlin - Gesundheitsamt/Ordnungsamt, Lebensmittelaufsicht -</p>	
<p>4.2.2.1 Letzte Begehung/Prüfung der Lebensmittelaufsicht</p>	<p>Datum:</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p> <p>(Es ist bisher keine Begehung der Lebensmittelaufsicht erfolgt.)</p>
<p>4.2.2.2 Die Lebensmittelaufsicht hat Beanstandungen festgestellt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p> <p>(Es wurden keine Beanstandungen festgestellt oder es ist bisher keine Begehung des Gesundheitsamtes/Ordnungsamtes, Lebensmittelaufsicht erfolgt)</p>
<p>4.2.2.3 Festgestellte Beanstandungen der Lebensmittelaufsicht sind behoben/beseitigt worden.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p> <p>(Es wurden keine Beanstandungen festgestellt oder es ist bisher keine Begehung des Gesundheitsamtes/Ordnungsamtes, Lebensmittelaufsicht erfolgt)</p>
<p>Anmerkungen zu Eckdaten der Prüfung:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	

Prüfbereich - B - Eingliederungshilfe

Hauptkategorie I

Gestaltung und Zustand der Einrichtung, Wohnen, Verpflegung

Rechtsgrundlagen:

- § 1 Ziffer 2 und 4 WTG - Angemessene Lebensgestaltung, Wohnqualität
- § 6 Abs. 1 Ziffer 2 und 3 WTG – Transparenz
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 8 WTG – Schutz vor Infektionen, Hygieneanforderungen
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 WTG – Hauswirtschaftliche Versorgung
- § 11 Abs. 3 Nr. 2 WTG – Verpflegung
- § 17 WTG- Prüfungen stationärer Einrichtungen und Prüfbefugnisse

Die Hauptkategorie I umfasst 2 Prüffelder (Kapitel):

Kapitel 1

Begehung der Einrichtung (Gestaltung, Sauberkeit, Aushänge/ Informationen)

Kapitel 2

Hauswirtschaftliche Versorgung und Verpflegung

Im Rahmen der Inaugenscheinnahme der Einrichtung sollen Erkenntnisse über den Zustand der Einrichtung in Bezug auf Sauberkeit und Ausstattung sowie über die Wohn- und Versorgungsqualität der Bewohner und Bewohnerinnen gewonnen werden.

Der Sauberkeit in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen kommt dabei unter Berücksichtigung infektionshygienischer Anforderungen eine besondere Bedeutung zu. Die Begehung der Heimaufsicht ist zu diesem Thema als Ergänzung zu den Hygienebegehungen der zuständigen Gesundheitsämter zu betrachten.

Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Feststellung, ob Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit der individuellen Wohnraumgestaltung haben und ob die räumliche Struktur der Einrichtung ihnen die Möglichkeit eines würdevollen und angenehmen Wohnens eröffnet.

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie I
Gestaltung und Zustand der Einrichtung, Wohnen, Verpflegung**

**Kapitel 1
Begehung der Einrichtung
(Gestaltung, Sauberkeit, Aushänge/ Informationen)**

1.1 Allgemeines zur Einrichtungsgestaltung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
1.1.1 Der Eingangsbereich macht einen sauberen und geordneten (ansprechenden) Eindruck.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.2 Auf Ansprechpartner der Einrichtung (Leitungskräfte, Verwaltung usw.) wird gut erkennbar hingewiesen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.3 (aktuelle) Info-Tafeln zur Bewohnervertretung hängen aus.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.4 Hinweise auf das interne Beschwerdemanagement (Briefkasten o.ä.) hängen aus.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.5 Hinweise auf externe Beratungs- und Beschwerdeinstitutionen hängen aus.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.6 Prüfergebnisse hängen oder liegen aus (Heimaufsicht).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.7 Aushänge zu internen oder externen Veranstaltungen sind vorhanden (z.B. Bastelkurse, Spaziergänge, Ausflüge).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.1.8 Aushänge zu besonderen Veranstaltungen sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.9 Sonstige Aushänge wie Friseurtermine o.ä. sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.10 (Aktuelle) Tages- oder Wochenspeisepläne hängen aus.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.11 Die Flure sind augenscheinlich sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.12 Das Flurmöbiliar ist augenscheinlich sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.13 Die Beleuchtung der Flure erscheint ausreichend hell.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.14 Die reguläre Beleuchtung der Flure lässt sich für die Nacht reduzieren (bzw. gesonderte Nachtbeleuchtung vorhanden).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.15 Die Fußbodenbeläge sind augenscheinlich rutsch- hemmend.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.16 Spiegelungen auf den Fußbodenbelägen der Flure durch die Deckenbeleuchtung werden augenscheinlich vermieden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.1.17 Die Bewegungsflächen in den Fluren sind ungehindert nutzbar (nicht verstellt durch Pflege-, Wäsche- und/oder Reinigungswagen o.ä., sofern nicht gerade in Gebrauch).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.18 Die Flure sind mit beidseitigen Handläufen ausgestattet (Hinweis: Bei Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung kann diese Frage entfallen; ggf. greifen auch Bestandsschutzregelungen; bei Einrichtungen mit mobilitätseingeschränkter Klientel sind Handläufe unabdingbar).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt		
1.1.19 Die Handläufe sind frei zugänglich (nicht durch Deko-Materialien o.ä. verstellt).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt		
1.1.20 Die Handläufe sind in ordnungsgemäßem Zustand (keine Farb- oder Holzabsplitterungen o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt		
1.1.21 Die Etagen/Wohnbereiche sind individuell gestaltet (farblich, Namensgebung, Gestaltung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.22 Hilfsmittel wie Rollatoren, Rollstühle sind augenscheinlich sauber (sofern vorhanden, weil von der Einrichtungsklientel benötigt).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt		
1.1.23 Hilfsmittel wie Rollatoren, Rollstühle etc. sind augenscheinlich gebrauchsfähig (sofern vorhanden, weil von der Einrichtungsklientel benötigt).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt		
1.1.24 Es sind Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.1.25 Die Einrichtung kann jederzeit und ungehindert verlassen werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.1.26 Das Betreten der Einrichtung ist abends/nachts nur kontrolliert möglich.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Regelung:		
Anmerkungen zur Einrichtungsgestaltung:			

Ab hier bitte pro Etage bzw. Wohnbereich auszufüllen:

Etage _____		Wohnbereich: _____	
Anzahl der Bewohner: _____			
1.2 Aufenthaltsräume/-flächen und Speiseräume	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)	
1.2.1 Die Böden der Aufenthaltsräume/-flächen u. der Speiseräume sind in augenscheinlich sauberem Zustand.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.2.2 Die Aufenthaltsräume/-flächen u. die Speiseräume sind ansprechend (wohnlich) gestaltet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.2.3 Das Mobiliar in den Aufenthaltsräumen/-flächen u. in den Speiseräumen ist augenscheinlich sauber und nutzbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.2.4 In den Aufenthaltsräumen/-flächen u. in den Speiseräumen sind Notrufklingeln gut erreichbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.2.5 Sofern Küchenzeilen vorhanden: Küchengeräte sind augenscheinlich sauber (Geschirrspüler, Herd, Kühlschrank, Kaffeemaschinen etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.2.6 Sofern Küchenzeilen vorhanden: Lebensmittel werden verschlossen aufbewahrt und sind noch haltbar (Stichprobe).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
--	---	--	--

Etage: _____	Wohnbereich: _____
--------------	--------------------

1.3 Pflegebäder und Sanitärräume	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
1.3.1 Eine funktionsfähige Notrufklingel/-schnur ist in allen Sanitärräumen vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1.3.2 Die Zugtaster der Notrufschnüre unterscheiden sich farblich deutlich von den Um- gebungsfliesen (z.B. rot).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1.3.3 Die Zugtaster sind gut greifbar (z.B. Dreieck).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1.3.4 Die Notrufschnüre sind auch für am Boden Liegende im Notfall erreichbar (ca. 10 –30 cm über dem Boden).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1.3.5 Eine Notrufklingelschnur ist für auch in der Pflegewanne Sitzende erreichbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1.3.6 Das Pflegebad macht einen augenscheinlich sauberen Eindruck (Fliesen, Wanne, WC etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
1.3.7 Das Pflegebad ist frei von abgestellten Gegenständen (Putz- oder Wäschewagen etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien
 Prüfverfahren stationäre Einrichtungen § 17 WTG
 Prüfbereich B - Eingliederungshilfe
Strukturdaten, Prüffragenkatalog Hauptkategorie I - VII

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

Etage: _____		Wohnbereich: _____	
1.3 Funktionsräume/Pflegebad und Sanitärräume		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
1.3.8 Das Pflegebad zeigt keine Spuren von Schimmelbildung (Fliesenkanten, Fenster etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		
1.3.9 Das Pflegebad ist individuell gestaltet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.3.10 Handtücher etc. werden in geschlossenen Schränken o.ä. aufbewahrt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.3.11 Desinfektionsmittel, Papierhandtücher und Abwurfbehälter sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.3.12 Sanitärobjekte und Armaturen sind unbeschädigt (WC, Pflegewanne, Waschbecken, Dusche).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		
1.3.13 Die Pflegewanne ist frei von Kalkablagerungen (Wanne, Duschkopf, Armaturen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise		
Anmerkungen zu Funktionsräume/Pflegebad und Sanitärräume:			

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

Etage: _____		Wohnbereich: _____	
1.4 Funktionsräume/ Reine Arbeitsräume	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)	
1.4.1 Reine Arbeitsräume werden verschlossen gehalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.4.2 Reine Arbeitsräume machen einen augenscheinlich sauberen Eindruck (Boden, Regale etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.4.3 Die Regalmontage ermöglicht vollständige Bodenreinigung bzw. Abschlussblenden sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.4.4 Arbeitsmittel sind augen- scheinlich in ausreichender Menge vorhanden (Schutzkittel und- handschuhe, sonstige Utensilien).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.4.5 Bettwäsche, Waschlappen, Handtücher sind augen- scheinlich in ausreichender Menge vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.4.6 Bettdecken, Kissen etc. sind augenscheinlich in ausreichender Menge vor- handen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.4.7 Bettdecken, Kissen etc. werden staubgeschützt aufbewahrt (Folien, Hüllen o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.4.8 Sofern bewohnerbezogene IKM- Lagerung erfolgt: IK-Material ist mit Bewohner- Namen versehen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.4.9 IK-Material wird geordnet/übersichtlich in Regalen gelagert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Funktionsräume/Reine Arbeitsräume:			

Etage: _____ Wohnbereich: _____			
1.5 Funktionsräume/ Unreine Arbeits- und Fäkalspülräume		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
1.5.1 Unreine- und Fäkalspülräume werden stets <u>verschlossen</u> gehalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5.2 Unreine- und Fäkalspülräume wirken geordnet und sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5.3 Spülbecken sind augenscheinlich sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5.4 Abstellflächen/-regale für Pfannen, Schüsseln etc. sind ausreichend vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5.5 Schüsseln etc. sind augenscheinlich sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.5.6 Fäkalspülmaschinen sind augenscheinlich funktionsfähig.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
1.5.7 Die Lüftungen sind soweit funktionstüchtig, dass übermäßiger Fäkalgeruch verhindert wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Fensterlüftung möglich)		
1.5.8 Lüftungsgitter sind augenscheinlich sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Fensterlüftung möglich)		
1.5.9 Desinfektionspläne hängen aus.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5.10 (Hände)Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5.11 Desinfektionsmittel sind noch halt-/verwendbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.5.12 Einmalhandtücher und Abwurfbehälter sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu unreine Arbeits- und Fäkalspülräume:			

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

Etage: _____		Wohnbereich: _____	
1.6 Funktionsräume/ Dienstzimmer		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
1.6.1 Dienstzimmer sind verschlossen, wenn keine Betreuungskraft anwesend ist.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.2 Dienstzimmer erscheinen geordnet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.3 Dienstzimmer sind augenscheinlich sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.4 Dienstzimmer ermöglichen Dienstübergaben (Größe, Ausstattung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.5 Im Dienstzimmer sind Notfallregelungen, Bewoh- nerakten usw. verfügbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.6 Sofern technisch vorgesehen: Notrufsignalanzeige in Dienstzimmern ist funktionsfähig.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.7 Desinfektionspläne hängen aus.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.8 Waschbecken, Desinfektions- mittel, Einmalhandtücher und Abwurfbehälter sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.9 Abschließbare und geeignete Medikamentenschränke sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.6.10 Gesonderter abschließbarer Schrank/Tresor für BTM ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.11 Medikamentenschrank wirkt aufgeräumt und geordnet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.12 Medikamentenkühlschrank ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.13 Die Temperatur des Medikamentenkühlschranks wird regelmäßig überprüft und protokolliert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.14 Die Reinigung des <u>Medikamentenschranke</u> s erfolgt regelmäßig und wird protokolliert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.15 Die Reinigung des <u>Medikamentenkühlschranks</u> erfolgt regelmäßig und wird protokolliert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.6.16 Im Medikamentenkühlschrank befinden sich nur kühl aufzubewahrende Medikamente/Arzneimittel (keine Lebensmittel, Getränke etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Funktionsräume/Dienstzimmer:			

Etage: _____		Wohnbereich: _____	
1.7 Funktionsräume/ Sonstige Funktionsräume (Hilfsmittellager, Abstell- und Lagerräume etc.)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
1.7.1 Räume sind augenscheinlich sauber und geordnet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.7.2 Hilfsmittel sind augenscheinlich sauber. (Rollatoren, Rollstühle, Sitzwaagen etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.7.3 Hilfsmittel sind augenscheinlich gebrauchsfähig. (Rollatoren, Rollstühle, Sitzwaagen etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.7.4 Bodenreinigung ist vollständig möglich (Regalhöhe ausreichend usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Funktionsräume/Sonstige Funktionsräume:			

Etage: _____ Wohnbereich: _____ Zimmernummer: _____			
1.8 Bewohnerzimmer (Inaugenscheinnahme von mind. 2 Zimmern, ggf. 1x Einzel- und 1x Doppelzimmer)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
1.8.1 Bewohnerzimmer sind augenscheinlich sauber.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.8.2 Zimmer sind erkennbar von Bewohnern individuell gestaltet/ingerichtet worden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
1.8.3 (sofern vorhanden) : Die den Zimmern zugeordneten Sanitäranlagen sind augenscheinlich sauber (Fliesen, Dusche, WC etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
1.8.4 Schmetterlingsbäder lassen Wahrung der Intimsphäre zu (z.B. Sichtschutz).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
1.8.5 Vom Bett erreichbare Notrufklingeln sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Notrufklingel wegen Spezifik der Behinderungen nicht installiert)		
1.8.6 Notrufklingeln sind funktionsfähig (ggf. testen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Notrufklingel wegen Spezifik der Behinderungen nicht installiert)		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

1.8.7 Zimmer haben überschließbares Schloss.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Bewohnerzimmer:			

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie I
Gestaltung und Zustand der Einrichtung, Wohnen, Verpflegung**

**Kapitel 2
Hauswirtschaftliche Versorgung und Verpflegung**

2.1 Allgemeines zur Verpflegung	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
2.1.1 Die Gestaltung und Atmosphäre in den Gemeinschafts-/Speiseräumen lässt eine ruhige Essenseinnahme zu (z.B. keine laute Musik, genügend Plätze, kein „Durchgangsverkehr“ o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.1.2 Es gibt räumliche und personelle Möglichkeiten, Mahlzeiten auch in Kleingruppen einzunehmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.1.3 Die personelle Ausstattung während der Mahlzeiten ermöglicht bei Bedarf die Unterstützung von Bewohnern bei der Essens- und Getränke-einnahme (insbesondere auch überwiegend/ dauernd bettlägerige Bewohner).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.1.5 Die Bewohner können im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei über den <u>Zeitpunkt</u> und die <u>Dauer</u> ihrer Essenseinnahme entscheiden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.1.6 Die Bewohner können entscheiden, <u>wo</u> sie ihre Mahlzeiten einnehmen (z.B. in ihrem Zimmer).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>2.1.7 Die Speisen und Getränkeversorgung werden ausschließlich vom Träger organisiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja (weiter bei 2.2)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei 3.)</p>		
<p>Anmerkungen zu Allgemeines zur Verpflegung:</p>			

<p>2.2 Speisen und Getränke als ausschließlich vom <u>Träger</u> organisierte Versorgungsleistung</p>	<p>Mängel/ Beanstandungen</p>	<p>Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)</p>
<p>2.2.1 Allen Bewohnern steht eine kostenlose Getränkeauswahl zur Verfügung (nicht nur Wasser)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Angebotsbeispiele:</p>	
<p>2.2.2 Als vom Träger organisierte Versorgungsleistung werden erbracht:</p>	<p><input type="checkbox"/> Frühstück</p> <p><input type="checkbox"/> Mittagessen</p> <p><input type="checkbox"/> Abendmahlzeit</p> <p><input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeit</p> <p><input type="checkbox"/> Spätmahlzeit</p>	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>2.2.3 Bewohnerwünsche und Bedürfnisse bei Speisen und Getränken werden berücksichtigt (Vorlieben, Abneigungen, <u>insbesondere</u> bei nicht vollständiger Organisation durch den Träger).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.4 Überwiegend/dauernd bettlägerige Bewohner werden über das Speisen- und Getränkeangebot informiert und können eine Auswahl treffen/an einer Auswahl mitwirken.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.5 Überwiegend/dauernd bettlägerige Bewohner erhalten die notwendige personelle Unterstützung bei der Essens- und Getränkeaufnahme.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.6 Bewohner werden an der Auf-/Nachbereitung von Speisen beteiligt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.7 Beim Mittagessen besteht eine Auswahlmöglichkeit zwischen mind. 2 Gerichten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (mittags halten sich keine Bewohner in der Einrichtung auf)</p>		
<p>2.2.8 Es werden verschiedene Kostformen angeboten (z.B. auch Diätkost).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.9 Es werden Zwischenmahlzeiten angeboten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>2.2.10 Kulturelle Bedürfnisse der Bewohner beim Essens- und Getränkeangebot werden berücksichtigt (z.B. kein Schweinefleisch).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.11 Es wird eine für Bewohner als solche <u>erkennbare</u> Spätmahlzeit angeboten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.12 Es wird regelmäßig frisches Obst angeboten (mehrmals wöchentlich).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.13 Es werden regelmäßig Milchprodukte angeboten (mehrmals wöchentlich).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.14 Es steht eine Auswahl an (vollwertigen) Brotsorten zur Verfügung (nicht nur Toast oder Weißbrot).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.15 Die Portionsgrößen entsprechen den Bedürfnissen der Bewohner (unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.2.16 Es ist sichergestellt, dass die Warmmahlzeiten eine angenehme Temperatur haben (nicht zu heiß, nicht kalt).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen zu Speisen und Getränke als ausschließlich vom <u>Träger</u> organisierte Versorgungsleistung:</p> 			

2.3 Speisen und Getränke als von / in Wohnbereichen / Wohngruppen organisierte Versorgungsleistung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
<p>2.3.1 Die Auswahl der Speisen wird regelmäßig mit den Bewohnern erörtert und von ihnen mitbestimmt (Lebensmittelauswahl, Wochenplanung usw. unter Berücksichtigung religiöser, kultureller und gesundheitlicher Aspekte).</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<p>2.3.2 Bewohner werden bei der Vor-, Zu- und Nachbereitung der Mahlzeiten beteiligt.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<p>2.3.3 Die Getränkeauswahl wird regelmäßig mit den Bewohnern erörtert und von ihnen mitbestimmt (unter Berücksichtigung religiöser, kultureller und gesundheitlicher Aspekte).</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<p>2.3.4 Überwiegend/dauernd bettlägerige Bewohner werden über das Speisen- und Getränkeangebot informiert und können eine Auswahl treffen/an einer Auswahl mitwirken.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine bettlägerigen Bewohner in der Einrichtung wohnend)		
<p>2.3.5 Überwiegend/dauernd bettlägerige Bewohner erhalten die notwendige personelle Unterstützung bei der essens- und Getränkeaufnahme.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine bettlägerigen Bewohner in der Einrichtung wohnend)		

Anmerkungen zu Essens- und Getränkeversorgung als von/in Wohnbereichen/Wohngruppen organisierte Versorgungsleistung:

2.4 Reinigung der Einrichtungsräume und Bewohnerzimmer		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
2.4.1 Die Reinigung erfolgt durch hauseigenes Personal oder externe Dienstleister	<input type="checkbox"/> Hauspersonal <input type="checkbox"/> ext. Dienstleister		
2.4.2 Alle Räume und Verkehrsflächen werden mind. 1 x täglich gereinigt (Gemeinschafts-, Sanitär- und Funktionsräume, Küchen und Bewohnerzimmer, Flure etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei „nein“ Verfahrensdarstellung:		
2.4.3 Bei Bedarf erfolgt jederzeit eine weitere Reinigung von Räumlichkeiten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.4.4 Bei der Reinigung der Wohn-, Sanitär- und Aufenthaltsräume/-flächen werden die Bewohnerwünsche berücksichtigt (außer, wenn die Wünsche aus pädagogischen Aspekten keine Berücksichtigung finden können).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>2.4.5 Es erfolgt regelmäßig eine <u>Grundreinigung</u> insbesondere der Sanitärräume.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Turnus:</p>		
<p>2.4.6 Es wird regelmäßig in den Gemeinschaftsräumen Staub gewischt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.4.7 Auf Wunsch erhalten Bewohner Unterstützung beim Ordnung halten und Staubwischen in ihren Zimmern (je nach pädagogischer Notwendigkeit kann die Zimmerreinigung/das Ordnung halten durch Bewohner selbst notwendig sein; dann wäre ggf. erforderliche Unterstützung zu gewährleisten).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.4.8 Die Leistungserbringung bzgl. Reinigung (intern/extern) wird regelmäßig von der Einrichtung kontrolliert (Leitung, Hygienebeauftragte o.a.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.4.9 Bei der Reinigung werden die geltenden Richtlinien zur Desinfektion und Verwendung von Desinfektionsmitteln beachtet (und von der Einrichtung überwacht).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.4.10 Sofern von der Einrichtung zur Verfügung gestellt: Bei Bewohnerwechsel werden die Matratzen ausgetauscht bzw. gereinigt/desinfiziert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anmerkungen zur Reinigung der Einrichtungsräume und Bewohnerzimmer:

2.5 Wäscheversorgung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
2.5.1 Die Wäscheversorgung erfolgt durch hauseigenes Personal oder externe Dienstleister.	<input type="checkbox"/> Hauspersonal <input type="checkbox"/> ext. Dienstleister		
2.5.2 Es wird mehrmals pro Woche Wäsche geholt und gebracht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Turnus:		
2.5.3 Der Wäscheversorgungsrhythmus stellt sicher, dass stets genügend Bettwäsche, Handtücher, Waschlappen etc. vorhanden sind.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.5.4 Die Wäscheversorgung ist (kostenloses) Standardangebot in der Einrichtung (außer chem. Reinigung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.5.5. Die Wäschekennzeichnung wird von der Einrichtung kostenlos angeboten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

2.5.6 Es gibt Verfahrensrichtlinien zum Umgang bei „verschwendener“ Wäsche (Suche?, Erstattung?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kurzdarstellung der Richtlinien:		
2.5.7 Die Bewohner werden im Rahmen ihrer Fähigkeiten an der Wäscheversorgung/-reinigung beteiligt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.5.8 Für die Beteiligung an bzw. eigenständige Übernahme der Wäschereinigung stehen den Bewohnern funktionstüchtige Geräte und Hilfsmittel zur Verfügung (Waschmaschinen, Wäschetrockner, Wäscheständer usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.5.9 Der Zustand und die Funktionsfähigkeit der Geräte werden von der Einrichtung überwacht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.5.10 Bei Bedarf erfolgt eine umgehende Erneuerung defekter Geräte und Hilfsmittel zur Wäschereinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zur Wäscheversorgung:			

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie II
Grundlagen der Leistungserbringung (Pflege und Betreuung)

Rechtsgrundlagen:

- § 1 Nr. 1, 2, 4 WTG – Achtung und Schutz der Würde, angemessene und fachlichen Erkenntnissen entsprechende Pflege und Betreuung
- § 7 Abs. 1 WTG – Mitspracherecht bei Pflege-, Hilfe- und Förderplanung
- § 11 Abs. 2 Satz 1 WTG – Ausrichtung der Leistungserbringung
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 WTG – Vereinbarte Qualitätsmaßstäbe nach SGB XI und SGB XII
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 WTG – Erforderliche sozialpädagogische, therapeutische und heilpädagogische Förderung, Erstellung von Förder- und Hilfeplänen und Aufzeichnung der Umsetzung
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 WTG – Personenzentrierte Pflege und Betreuung/ Bezugspflege
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 WTG – Ärztliche und gesundheitliche Versorgung
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 9 WTG – Aufbewahrung von Arzneimitteln und jährliche Unterweisung des beauftragten Personals
- § 11 Abs. 3 Nr. 3 WTG – Versorgungsvertrag nach § 12 a Apothekengesetz
- §§ 1906 ff. BGB

Die Hauptkategorie II umfasst 2 Prüffelder (Kapitel):

Kapitel 3

Ärztliche und gesundheitliche Versorgung,
Arzneimittel (Umgang mit Medikamenten)

Kapitel 4

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

In der Hauptkategorie II werden die für die Leistungserbringung essentiellen Anforderungen an stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe hinterfragt und geprüft.

In diesem Zusammenhang sind eine ärztliche und gesundheitliche Versorgung sowie ein ordnungsgemäßer Umgang mit Arzneimitteln und Medikamenten zu gewährleisten, da nur durch diese auf gesundheitliche Bedürfnisse und Entwicklungen der Bewohnerinnen und Bewohner rechtzeitig und angemessen reagiert werden kann.

Zum Schutz der Freiheitsrechte der Bewohner und Bewohnerinnen ist ein sorgsamer und der Rechtslage entsprechender Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen notwendig. Diese dürfen nur in unabdingbar notwendigem Maß Anwendung finden und nur Schutzzwecken dienen, nicht jedoch zur Erleichterung der Betreuung und Pflege eingesetzt werden. Daher muss hier sorgfältig im Rahmen der ordnungsbehördlichen Überwachung der Umgang mit solchen Maßnahmen überprüft werden.

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie II
Grundlagen der Leistungserbringung (Pflege und Betreuung)**

**Kapitel 3
Ärztliche und gesundheitliche Versorgung,
Arzneimittel (Umgang mit Medikamenten)**

3.1 Ärztliche Versorgung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
3.1.1 Die (haus- und fach-)ärztliche Versorgung aller Bewohner ist sichergestellt (ggf. durch Angehörige/ gesetzl. Betreuer veranlasst).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.1.2 Sofern erforderlich, ist die (haus- und fach-) ärztliche Versorgung durch Hausbesuche durchführende Ärzte sichergestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.1.3 Die freie Arztwahl aller Bewohner ist sichergestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.1.4 Die Einrichtung stellt die ggf. notwendige Begleitung zu Arztbesuchen durch Begleitpersonen sicher (Angehörige, Ehrenamtliche oder Beschäftigte).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zur ärztlichen Versorgung:			

3.2 Gesundheitliche Versorgung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
3.2.1 Die krankengymnastische Versorgung ist – sofern erforderlich - sichergestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> durch Internes Fachpersonal <input type="checkbox"/> externe Dienstleister		
3.2.2 Die ergotherapeutische Versorgung ist – sofern erfor- derlich - sichergestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> durch Internes Fachpersonal <input type="checkbox"/> externe Dienstleister		
3.2.3 Die logopädische Versorgung ist – sofern erforderlich – sicher- gestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> durch Internes Fachpersonal <input type="checkbox"/> externe Dienstleister		
3.2.4 Sofern erforderlich, stellt die Einrichtung die Durchführung von Fußpflege sicher (wenn nicht durch Angehörige, gesetzl. Betreuer organisiert).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.2.5 Die Durchführung von <u>medizinischer Fußpflege</u> nach VO wird von der Einrichtung sichergestellt (wenn nicht durch Angehörige, gesetzl. Betreuer organisiert).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.2.6 Behandlungspflege erfolgt nur durch Pflegefachkräfte (z.B. Versorgung von Blasenkathetern, PEG-Einstichstellen etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zur gesundheitlichen Versorgung:			

3.3 Allgemeines zum Umgang mit Arzneimitteln/Medikamenten	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
3.3.1 Die Versorgung der Bewohner mit Arzneimitteln wird durch eine oder mehrere Apotheken organisiert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.3.2 Vor Aufnahme der Versorgung mit Arzneimitteln wurden Verträge abgeschlossen (gem. § 12 a Apothekengesetz).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.3.3 Die versorgende/n Apotheke/n führt/führen regelmäßig Kontrollen zur Aufbewahrung von Arzneimitteln/ Medikamenten durch.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rhythmus:	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.3.4 Die letzte Apothekenkontrolle erfolgte am:	Datum:		
3.3.5 Das Protokoll liegt der Einrichtung vor und ist einsehbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3.6 Das Protokoll ergab Beanstandungen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3.7 Wenn Beanstandungen festgestellt: Die Beanstandungen wurden beseitigt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3.8 Bewohner können entsprechend ihren Fähigkeiten die Einnahme von Medikamenten selbstbestimmt vornehmen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3.9 Sofern die Medikamentenversorgung und – gabe durch die Einrichtung erfolgen soll, liegt eine entsprechende Einverständniserklärung vor (ggf. von gesetzl. Betreuern).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3.10 Die Medikamentenstellung erfolgt	<input type="checkbox"/> durch die Einrichtung selbst <input type="checkbox"/> Verblisterung <input type="checkbox"/> Stellung durch Apotheke in der Einrichtung		
3.3.11 Bei Medikamentenstellung durch Einrichtung: Medikamenten werden durch <u>Fachkräfte</u> gestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>3.3.12 Bei Verblisterung: Blisterpackungen enthalten eindeutige Angaben zu den Bewohnern und Medikamenten (Name, Vorname, Geburtsdatum: Name, Farbe, Form, Stärke der Medikamente).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>3.3.13 Bei Verblisterung: Eine Kontrolle der Blisterpackungen erfolgt durch Fachkräfte (ggf. stehen Mustertabletten o.ä. zur Verfügung).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>3.3.14 Bei Verblisterung: Eine kurzfristige Umsetzung von Medikamentenumstellungen ist gewährleistet.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>3.3.15 Bei Medikamentenstellung durch Apotheke: Eine Kontrolle der gestellten Medikamente erfolgt durch Fachkräfte (spätestens vor Verabreichung).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>3.3.16 Flüssige Medikamente werden erst unmittelbar vor Verabreichung gerichtet.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>3.3.17 Intramuskuläre Injektionen (in einen Skelettmuskel) werden nur durch <u>Pflegefachkräfte</u> verabreicht.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>3.3.18 Subkutane Injektionen (in die Unterhaut, z.B. Insulin) werden nur durch entsprechend geschulte Beschäftigte verabreicht.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.3.19 Entsprechende Schulungsnachweise liegen vor und sind einsehbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3.20 <u>Alle</u> Pflegekräfte werden mind. 1x jährlich im Umgang mit Medikamenten unterwiesen/beraten (ggf. durch Vertragsapotheke).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.3.21 Teilnahmelisten d. Unterweisungen sind vorhanden und einsehbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Allgemeines zum Umgang mit Arzneimitteln/Medikamenten:			

3.4 Prüfung Medikamentenschrank		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
3.4.1 Ein abschließbarer, geeigneter Medikamentenschrank ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.4.2 Schlüssel für den Medikamentenschrank befinden sich nur bei den diensthabenden Fachkräften.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.4.3 Der Medikamentenschrank macht einen augenscheinlich sauberen und geordneten Eindruck.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.4.4 Der Medikamentenschrank wird regelmäßig nachweislich gereinigt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.4.5 Medikamente werden bewohnerbezogen gelagert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.4.6 Medikamente werden mit Bewohnernamen beschriftet (Stichprobenprüfung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.4.7 Flüssige Medikamente sind mit Anbruchdaten versehen (Tropfen, Säfte, Mixturen, Salben etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.4.8 Flüssige Medikamenten mit begrenzter Gebrauchsdauer werden mit dem Verfallsdatum nach Anbruch versehen (z.B. insbesondere bei Augentropfen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.4.9 Kühlungspflichtige Medikamente werden im Medikamentenkühlschrank aufbewahrt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Prüfung Medikamentenschrank:			

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.5 Prüfung Betäubungsmittelschrank/-fach		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
3.5.1 Ein abschließbarer Betäubungsmittelschrank ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.5.2 Der Schlüssel befindet sich stets nur bei besonders autorisierten Fachkräften.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.5.3 Ein/e Betäubungsmittelbuch/-liste ist vorhanden (entsprechend der gesetzl. Normen des BtmG und Richtlinien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.5.4 Die Entnahme von BTM wird nur mit dokumentenechtem Stift vermerkt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.5.5 Die Bestände stimmen mit dem Buch überein (Stichprobe für mind. 2 Bewohner, sofern BTM in Gebrauch).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.5.6 BTM verstorbener Bewohner werden <u>kontrolliert</u> weitergegeben (Umfang, Art und Herkunft weitergebener BTM sind eindeutig nachvollziehbar).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.5.7 Sofern keine Weitergabe erfolgt, werden BTM verstorbener Bewohner ordnungsgemäß entsorgt (Rückgabe an Arzt oder Apotheker gegen Unterschrift; § 16 BtmG).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anmerkungen zu Prüfung Betäubungsmittelschrank/-fach:

3.6 Prüfung des Medikamentenkühlschranks		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
3.6.1 Die Temperatur des Kühlschranks wird mit einem geeigneten Thermometer überwacht (2 – 8 ° C).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.6.2 Die Temperatur des Kühlschranks wird regelmäßig (täglich) geprüft und protokolliert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.6.3 Der Medikamentenkühlschrank macht einen augenscheinlich sauberen und geordneten Eindruck.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3.6.4 Der Medikamentenkühlschrank wird regelmäßig gereinigt, die Reinigung protokolliert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rhythmus:		
3.6.5 Die Haltbarkeit der im Medikamentenkühlschrank aufbewahrten Medikamente wird regelmäßig überprüft. (Stichprobe).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.6.6 Im Medikamentenkühlschrank befinden sich nur kühl aufzubewahrende Medikamente/Arzneimittel (keine Lebensmittel, Getränke etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Prüfung Medikamentenkühlschrank:			

Die nachfolgenden Prüffragen können sowohl im Rahmen einer Schwerpunktprüfung „Umgang mit Arzneimitteln/Medikamenten“ (ggf. für mehrere Bewohner) als auch im Rahmen einer Regelprüfung (als Stichprobe) einer Einrichtung der Eingliederungshilfe verwendet werden, sofern eine Medikamentenversorgung durch die Einrichtung erfolgt.

3.7 Prüfung Medikamentenumgang anhand Bewohnerdokumentation	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
Bewohner (Bw) Nr____: .(Ziffer der anonymisierten Erfassung)		
Etage /Wohnbereich:		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Geburtsjahr: ggf. Pflegestufe:		
3.7.1 Einverständnis zur Medikamentenversorgung und -gabe durch die Einrichtung liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.7.2 Die Medikamentenschälchen / Dispenser sind mit einem Namensschild versehen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.7.3 Verordnete Medikamente sind durch den Arzt abgezeichnet und mit Ansetzdatum und Dosierung notiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>3.7.4 Der Wirkstoff ist auch bei abweichendem Präparatnamen (Generika) identisch mit der ärztlichen Anordnung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Generika)</p>		
<p>3.7.5 Der Wirkstoffname ist bei der Gabe von Generika deutlich in der Dokumentation bzw. der Originalpräparatname auf der Generikumspackung vermerkt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Generika)</p>		
<p>3.7.6 Abgesetzte oder geänderte Medikamente sind nicht überschrieben oder bis zur Unkenntlichkeit durchgestrichen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>3.7.7 Abgesetzte Medikamente unterscheiden sich klar von der aktuellen Medizin.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Bedarfsmedikamente verordnet)</p>		
<p>3.7.8 Die gestellten Medikamente eines Tages entsprechen der ärztlichen Verordnung (Stichprobe).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>3.7.9 Angaben für Bedarfsmedikamente sind vollständig: Ansetzdatum, Indikation, Darreichungsform, Einzeldosis Maximaldosis für 24 Std.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Bedarfsmedikamente verordnet)</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

3.7.10 Die Bedarfsmedikation ist vollständig vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Bedarfsmedikamente verordnet)		
3.7.11 Zu Bedarfsmedikation, die längere Zeit nicht verabreicht wurde, wird/wurde der verordnende Arzt wegen einer evtl. Medikamentenabsetzung befragt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Bedarfsmedikamente verordnet)		
3.7.12 Tropfen werden augenscheinlich erst kurz vor Verabreichung gestellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Prüfung Medikamentenumgang anhand Bewohnerdokumentation:			

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie II
Grundlagen der Leistungserbringung (Pflege und Betreuung)**

**Kapitel 4
Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)**

Hinweis:

Bei Prüfung dieses Kapitels ist eine Auflistung der angewandten Formen von FEM anzufordern bzw. vor Ort zu erbitten.

4.1 Allgemeines zum Umgang mit FEM		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
4.1.1 Es kamen/kommen FEM zur Anwendung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.1.2 Der Anteil von FEM zur gesamten Bewohnerzahl beträgt in Prozent (siehe Auflistung):	Angabe in %:		
4.1.3 In der Einrichtung ist der Umgang /die Anwendung von FEM durch Standards geregelt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.1.4 Allen Betreuungskräften sind diese Standards bekannt (ggf. Unterschriftenliste einsehen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.1.5 Zum Thema FEM finden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen statt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.1.6 Die Einrichtung verfolgt nachweislich das Ziel, FEM zu vermeiden (Beispiele, ggf. konzeptionell hinterlegt).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>4.1.7 In der Einrichtung kommen keine_Trickschlösser, Zahlencodes u.ä. zur Anwendung (außer in Bereichen mit gerichtl. Unterbringungsbeschlüssen).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.1.8 Sedierende Medikamente (Schlafmittel/Psychopharmaka) werden nur bei eindeutiger ärztlicher Diagnose und eindeutiger Verordnung verabreicht.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen zu Allgemeines zum Umgang mit FEM:</p>			

<p>4.2 Bewohnerbezogene Aspekte zum Umgang mit FEM</p>	<p>Mängel/ Beanstandungen</p>	<p>Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)</p>	
<p>4.2.1 Betreten und Verlassen der Einrichtung (<u>Körperferne FEM</u>)</p>			
<p>4.2.1.1 Bewohner können die Einrichtung am Tage jederzeit verlassen/ betreten (gilt nicht für Einrichtungen/Bereiche mit gerichtl. Unterbringungsbeschlüssen)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.2.1.2 Für die Nacht gibt es besondere Regelungen (Nachtpförtner, Aufschaltung der Eingangsklingel in einen Wohnbereich o.ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>4.2.1.3 Es gibt Vorrichtungen, die das Personal alarmieren, wenn Bewohner mit Einschränkungen des Orientierungssinnes die Einrichtung unbemerkt verlassen möchten (z.B. Alarmmatten o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>4.2.1.4 Bewohner mit Einschränkungen des Orientierungssinnes werden <u>nur</u> durch Zureden am Verlassen der Einrichtung gehindert (Hinderung zu ihrem Schutz; ggf. muss das Verlassen möglich sein!).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.2.1.5 Es gibt Verfahrensrichtlinien, wenn Bewohner „gesucht“ werden müssen (Sucheinleitung, Alarmierung der Polizei, Information der Angehörigen o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen zu körperfernen FEM (Betreten und Verlassen der Einrichtung):</p>			
<p>4.2.2 Freiheitsbeschränkende/freiheitsentziehende Maßnahmen (<u>Körpernahe</u> FEM wie Bettgitter, Bauchgurte u.ä.)</p>			
<p>4.2.2.1 Bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern mit noch vorhandenem Fortbewegungswillen/mit körperl. Fortbewegungsmöglichkeit: Richterliche Beschlüsse liegen vor und sind einsehbar. (auch wenn gesetzl. Betreuer vorab in eine FEM eingewilligt haben).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

<p>4.2.2.2 Bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern <u>ohne Fortbewegungswillen/ohne körperl. Fortbewegungsmöglichkeit:</u> Der fehlende Fortbewegungswille bzw. die fehlende körperliche Fortbewegungsmöglichkeit ist eindeutig dokumentiert, sodass bewegungseinschränkende Maßnahmen (Bettgitter o.ä.) keine FEM darstellen, sondern bloßen Schutzzweck erfüllen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.2.2.3 Bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern <u>ohne Fortbewegungswillen/ohne körperl. Fortbewegungsmöglichkeit:</u> Der fehlende Fortbewegungswille bzw. die fehlende körperliche Fortbewegungsmöglichkeit ist ärztlich bestätigt/bescheinigt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.2.2.4 Bei einwilligungsfähigen Bewohnern: Persönliche Einwilligungen liegen vor und sind einsehbar.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.2.2.5 Bei einwilligungsfähigen Bewohnern: Die persönlichen Einwilligungen der Bewohner enthalten genaue Angaben zu Art, Umfang und Dauer der bewegungseinschränkenden Maßnahmen (für Bewohner muss das Ausmaß der Maßnahme vor Einwilligung deutlich erkennbar sein).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.2.2.6 Persönliche Einwilligungen werden regelmäßig aktualisiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>4.2.2.7 Bei einwilligungsfähigen Bewohnern: Die <u>Einwilligungsfähigkeit</u> wird regelmäßig überprüft (z.B. durch ärztl. Angabe in der Bewohnerdokumentation).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Rhythmus der Überprüfung:</p>		
<p>4.2.2.8 Die <u>Notwendigkeit</u> einer FEM wird regelmäßig überprüft und dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Rhythmus der Überprüfung:</p>		
<p>4.2.2.9 Die <u>vorübergehende Anordnung</u> einer FEM als Schutzmaßnahme wird nur von einer Leitungskraft (z.B. WBL) getroffen und dokumentiert (Grund, Art, Dauer).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>4.2.2.10 Eine genaue <u>Begründung</u> der FEM als <u>Schutzmaßnahme</u> (Grund, Art, Dauer) wird von einer Leitungskraft dokumentiert (Grund, Art, Dauer).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Beispiel:</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>4.2.2.11 FEM werden in der Förder- und Hilfeplanung mit Art und Umfang angegeben.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>Anmerkungen zu körpernahen FEM (Bettgitter, Bauchgurte u.ä.):</p>			

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie III
Nachweis der Leistungserbringung (Bewohnerdokumentation)

Rechtsgrundlagen:

- § 11 Abs. 1 WTG
- § 11 Abs. 2 Satz 1 WTG – Ausrichtung der Leistung an Bewohnerinteressen und Bewohnerbedürfnissen, angemessene Qualität der Pflege und Betreuung
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 WTG – Vereinbarte Qualitätsmaßstäbe nach SGB XI und SGB XII
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr.4 WTG – Erforderliche sozialpädagogische, therapeutische und heilpädagogische Förderung, Erstellung von Förder- und Hilfeplänen und Aufzeichnung der Umsetzung
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 WTG – Personenzentrierte Pflege und Betreuung/ Bezugspflege
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 WTG – Ärztliche und gesundheitliche Versorgung
- § 16 Abs. 1 Satz 2 WTG – Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten
- § 17 Abs. 6 Nr. 3 WTG – Prüfungen stationärer Einrichtungen

Die Hauptkategorie III umfasst 2 Prüffelder (Kapitel):

Kapitel 5

Bewohnerdokumentation allgemein

Kapitel 6

Bewohnerdokumentation bewohnerbezogene Prüfung

Die Bewohnerdokumentation oder Dokumentationsmappe soll alle betreuungs- und ggf. pflegerelevanten Informationen für Bewohnerinnen und Bewohner zusammenfassen und somit jederzeit Aufschluss über notwendige betreuerische bzw. ggf. pflegerische Anforderungen und tatsächlich durchgeführte Maßnahmen geben. Dies setzt voraus, dass alle notwendigen Informationen über eine Bewohnerin oder einen Bewohner in geeigneter Form vorhanden sind und genutzt werden. Eine gut und nachvollziehbar geführte Bewohnerdokumentation ist ein wichtiges Instrument zur Vermeidung von Informationsverlusten bei Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Arztvisiten usw. Sie dient insbesondere bei Prüfungen der Heimaufsicht Berlin der Überprüfung der gesetzlich oder vertraglich normierten Leistungserbringung.

Von der Heimaufsicht Berlin werden bei einer regelhaften Prüfung mindestens 2 Bewohnerdokumentationen einer intensiven Betrachtung unterzogen. Die nachfolgenden bewohnerbezogenen Prüffragen sind mithin für jede ausgewählte Bewohnerdokumentation anzuwenden.

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie III
Nachweis der Leistungserbringung (Bewohnerdokumentation)**

**Kapitel 5
Bewohnerdokumentation allgemein**

5.1 Dokumentationsführung (ggf. Musterdokumentation einsehen)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
5.1.1 Es wird ein einheitliches Betreuungsdokumentations- system verwendet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein System:		
5.1.2 Die Betreuungsdokumentation erfolgt	<input type="checkbox"/> hand- schriftlich <input type="checkbox"/> PC-gestützt		
5.1.3 Bei handschriftlich geführter Betreuungsdokumentation: Alle Eintragungen erfolgen mit dokumentenechtem Stift.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.1.4 Bei handschriftlich geführter Betreuungsdokumentation: Die Bewohner Dokumentation wird geschützt aufbewahrt (kein Zugriff für Unbefugte).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.1.5 Bei handschriftlich geführter Betreuungsdokumentation: Eine aktuelle Namens- /Handzeichenliste (Kürzelliste) ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>5.1.6 Bei handschriftlich geführter Betreuungsdokumentation: Die Namens-/Handzeichenliste (Kürzelliste) umfasst <u>alle</u> mit Dokumentationseintragungen betrauten Mitarbeiter (alle Betreuungskräfte, auch Leasingpersonal).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>5.1.7 Bei handschriftlich geführter Betreuungsdokumentation: Die Namens-/Handzeichenliste (Kürzelliste) wird regelmäßig aktualisiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>5.1.8 Bei PC-gestützter Betreuungsdokumentation: Die Zugriffsrechte für alle in der Betreuung tätigen Mitarbeiter sind eindeutig geregelt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zugriffsberechtigung (Kurzdarstellung):</p>		
<p>1.9 Bei PC-gestützter Betreuungsdokumentation: Eintragungen lassen den jeweiligen Mitarbeiter erkennen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>1.10 Bei PC-gestützter Betreuungsdokumentation: Nachträgliche Eintragungen/Änderungen sind/werden als solche gekennzeichnet.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen zu Dokumentationsführung:</p>			

5.2 Dokumentationsinhalte - Betreuungsrelevante Strukturdaten - (ggf. Musterdokumentation einsehen)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
5.2.1 Die Bewohnerdokumentationen enthalten Elemente zur Erfassung <u>aller</u> bewohner- und pflege-/betreuungsrelevanten Informationen (die nachfolgenden Dokumen- tationsblätter stellen denkbare und sinnvolle Möglichkeiten dar):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.2 Stammdaten/Stammbblatt mit den wesentlichen persönlichen Daten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.3 Angaben zur rechtlichen Betreuungsperson (Name, Aufgabenkreis, Zeitpunkt d. gesetzl. Betreuungsbeginns, Kopie des Betreuerausweises)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.4 Angaben zu (weiteren) Kontaktpersonen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.5 Vereinbarungen mit der gesetzl. Betreuungsperson und/oder Kontaktpersonen (für Notfälle u.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.6 Individuelle Vereinbarungen mit Bewohnern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>5.2.7 Abwesenheitsregelungen (z.B. Urlaub, Wochenenden bei der Familie usw.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>5.2.8 Das Einverständnis zur Medikamentenversorgung durch Mitarbeiter der Einrichtung ist in der Dokumentation hinterlegt (sofern nicht gesondert aufbewahrt, z.B. im Rahmen des WBVG-Vertrages).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>5.2.9 Benötigte Hilfsmittel</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>5.2.10 Angaben zu FEM (Art, Umfang, persönl. Einwilligung oder Kopie des richterlichen Beschlusses)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>5.2.11 Risikoplan bzw. vitalgefährdende Aspekte (z.B. Allergien, Anfallserkrankungen, Suizidgefährdung, Orientierungsstörungen usw.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>2.12 Ggf. weitere Angaben zum Stammblatt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>weitere Angaben:</p>		
<p>5.2.13 Persönliche Geschichte (Biografie)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>5.2.14 Soziale Anamnese (Verhältnis zur Familie, Freundschaften, berufliche Situation, Freizeitverhalten u.ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

5.2.15 Medizinische Anamnese (Chron. Erkrankungen o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.16 Ernährungsbesonderheiten (personenbezogen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.17 Besonderheiten bei der Flüssigkeitsversorgung (personenbezogen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.2.18 Krankenhaus-/Kuraufenthalte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Dokumentationsinhalte – Betreuungsrelevante Strukturdaten:			

5.3 Dokumentationsinhalte - Betreuungs- und Pflegemaßnahmen - (ggf. Musterdokumentation einsehen)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
5.3.1 Ärztliches Verordnungsblatt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.2 Anfallsdokumentation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.3 Dokumentation regelmäßiger Fußpflege (regulär oder aufgrund ärztl. VO, sofern nicht von Angehörigen/Betreuern organisiert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.4 Bewegungsplan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.5 Vitalzeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.6 Temperaturkurve (bei Akuterkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.7 Flüssigkeitsbilanzierung (sofern erforderlich)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.8 Ggf. Menstruationskalender	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.9 Arzt-, Labor-, Impftermine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.10 Durchführungsnachweise/ -kontrollen Grundpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.11 Nachweise zur Kontrolle, ob Bewohnern ihre Körperpflege eigenständig vornehmen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

5.3.12 Durchführungsnachweise/ Von Behandlungspflege (Injektionsgaben, Wundversorgung usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.13 Durchführungsnachweise Medikamentengabe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.14 Dokumentation zur ordnungs- gemäßen Anwendung von genehmigten FEM	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.3.15 Berichteblätter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Dokumentationsinhalten - Betreuungs- und Pflegemaßnahmen:			

5.4 Dokumentationsinhalte -Bewohnerrelevante Unterlagen - (ggf. Musterdokumentation einsehen)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
5.4.1 Eigentumsverzeichnis (über eingebrachte Gegenstände)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.4.2 Letzter Entwicklungsbericht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.4.3 Hilfe- und Förderplan (Entwicklungsplan)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5.4.4 Ggf. weitere Dokumentationsblätter/- unterlagen ➤ ➤ ➤ ➤	Beispiele:		
Anmerkungen zu Dokumentationsinhalten - Bewohnerrelevante Unterlagen:			

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie III
Nachweis der Leistungserbringung (Bewohnerdokumentation)**

**Kapitel 6
Bewohnerdokumentation bewohnerbezogene Prüfung**

Angaben zu den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern

Bewohner/in Bw (Ziffer 1, 2 ... eingeben)

Einzugsdatum _____ Geschlecht männlich weiblich

Jahrgang (Geburtsjahr) _____

In der Bewegungsfähigkeit erheblich eingeschränkt: ja nein

6.1 Betreuungsrelevante Strukturdaten		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
6.1.1 Eine für die Hilfs- und Förderplanung zuständige Fachkraft ist benannt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6.1.2 Das Stamblatt enthält alle relevanten persönlichen Daten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6.1.3 Sofern eine Betreuung eingrichtet ist: Eine Kopie des Betreueraus- weises mit den Aufgabenkreisen ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
6.1.4 Angaben zu (weiteren) Kontaktpersonen sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>6.1.5 Vereinbarungen mit der gesetzl. Betreuungsperson und/oder Kontaktpersonen sind dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Vereinbarungen getroffen)</p>		
<p>6.1.6 Individuelle Vereinbarungen mit dem Bewohner sind dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Vereinbarungen getroffen)</p>		
<p>6.1.7 Abwesenheitsregelungen sind dokumentiert (z.B. für Urlaub, Wochenenden bei der Familie usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Abwesenheitsregelungen getroffen)</p>		
<p>6.1.8 Das Einverständnis zur Medikamentenversorgung durch Mitarbeiter der Einrichtung ist in der Dokumentation hinterlegt (sofern nicht gesondert aufbewahrt, z.B. im Rahmen des WBVG-Vertrages).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (kein Einverständnis erteilt)</p>		
<p>6.1.9 Benötigte Hilfsmittel sind dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Hilfsmittel erforderlich)</p>		
<p>6.1.10 Angaben zu FEM sind in der Dokumentation enthalten (Art, Umfang, persönl. Einwilligung oder Kopie des richterl. Beschlusses)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine FEM in Anwendung)</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

6.1.11 Risikoplan bzw. vitalgefährdende Aspekte (z.B. Allergien, Anfallserkrankungen, Suizidgefährdung, Orientierungs- störungen usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6.1.12 Persönliche Geschichte (Biografie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6.1.13 Soziale Anamnese (Verhältnis zur Familie, Freund- schaften, berufliche Situation, Freizeitverhalten u.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6.1.14 Medizinische Anamnese (Chron. Erkrankungen o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6.1.15 Ernährungsbesonderheiten (personenbezogen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6.1.16 Krankenhaus-/Kuraufenthalte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu betreuungsrelevanten Strukturdaten:			

6.2 Betreuungs- und ggf. Pfleßmaßnahmen		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
6.2.1 Ärztliche Verordnungen sind eindeutig und mit Handzeichen des Arztes versehen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine ärztl. VO vorhanden)		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>6.2.2 Sofern erforderlich: Die Anfallsdokumentation erfolgt regelmäßig und nachvollziehbar.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.3 Nachweise zu regelmäßiger Fußpflege sind in der Dokumentation ersichtlich (regulär oder aufgrund ärztlicher VO, sofern nicht von Angehörigen/ Betreuern organisiert).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Organisation erfolgt nicht durch Einrichtung)</p>		
<p>6.2.4 Sofern erforderlich: Der Bewegungsplan wird regelmäßig und nachvollziehbar geführt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.5 Sofern erforderlich: Vitalzeichen werden regelmäßig erhoben und dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.6 Sofern erforderlich (bei Akuterkrankungen) : Eine Temperaturkurve wird nachvollziehbar geführt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.7 Sofern erforderlich: Bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung kommen erforderliche Hilfen zur Anwendung (personelle Unterstützung, Angebot besonderer Speisen entsprechend der Vorlieben usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.8 Sofern erforderlich: Die Flüssigkeitsbilanzierung erfolgt regelmäßig und nachvollziehbar.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>6.2.9 Sofern erforderlich: Notwendige Hilfe bei Einschränkung der selbst- ständigen Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt (personelle Unterstützung, besond. Getränke gem. Biografie o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.10 Sofern erforderlich: Ein Menstruationskalender wird regelmäßig geführt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.11 Arzt-, Labor-, Impftermine sind der Dokumentation eindeutig zu entnehmen und werden eingehalten (sofern nicht <u>vollständig</u> durch Angehörige/Betreuer organisiert).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Organisation erfolgt nicht durch Einrichtung)</p>		
<p>6.2.12 Sofern erforderlich: Die Durchführung von Grundpflege wird dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.13 Sofern erforderlich: Es wird regelmäßig kontrolliert, ob Bewohner seine/ihre Körperpflege eigenständig vornimmt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht erforderlich)</p>		
<p>6.2.14 Die Dokumentation lässt erkennen, dass pflegerische Anforderungen (pflege)fachlich erfüllt werden/werden können (Dokumentation der Durchführung von Behandlungspflege wie z.B. Injektionsgabe, Dekubitus- und sonstige Wundversorgung usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Behandlungs- pflege erforderlich)</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>6.2.15 Sofern durch Betreuungskräfte zu leisten: Die Medikamentengabe wird dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (Medikamenteneinnahme erfolgt durch Bewohner selbst)</p>		
<p>6.2.16 Berichteblätter werden regelmäßig geführt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen zu Betreuungs- und ggf. Pflegemaßnahmen :</p> 			

6.3 Bewohnerrelevante Unterlagen	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
<p>6.3.1 Eigentumsverzeichnis (über eingebrachte Gegenstände)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>6.3.2 Letzter Entwicklungsbericht</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>6.3.3 Hilfe- und Förderplan (Entwicklungsplan)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>6.3.4 Ggf. weitere Dokumentationsblätter/ unterlagen</p> <p>➤ ➤ ➤ ➤</p>	<p>Beispiele:</p>	

Anmerkungen zu Bewohnerrelevanten Unterlagen:

6.4 Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
6.4.1 Bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit: Das schriftliche Einverständnis für die Anwendung einer FEM liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
6.4.2 Die genehmigte FEM ist genau beschrieben (Art, Umfang, Zeiten, Situationen usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
6.4.3 Die Einwilligungsfähigkeit wird regelmäßig überprüft (z.B. 1x p.a.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
6.4.4 Die Einwilligung in die FEM wird regelmäßig erneuert (z.B. 1x p.a.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
6.4.5 Bei Einwilligungsunfähigkeit: Richterliche(r) Beschluss/ Beschlüsse liegt/ liegen vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>6.4.6 Bei Einwilligung des Betreuers wurde/wird auf die notwendige gerichtliche Genehmigung hingewiesen (und der Verlauf beobachtet).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.4.7 Die <u>Anordnung</u> einer Leitungskraft (z.B. WBL) für eine FEM als <u>vorübergehende Schutzmaßnahme</u> wurde/wird detailliert dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.4.8 Eine als <u>vorübergehende Schutzmaßnahme angewandte</u> FEM wurde/wird zeitlich eng begrenzt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.4.9 Ist der Bewohner <u>nicht mehr zu willentlichen Bewegungen fähig</u>, sodass bewegungseinschränkende Maßnahmen nicht als FEM sondern als reine Schutzmaßnahmen zu betrachten sind, wurde dies <u>ärztlich bestätigt</u>.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.4.10 Entwickelt der Bewohner <u>keinen Fortbewegungswillen</u>, sodass bewegungseinschränkende Maßnahmen nicht als FEM sondern als reine Schutzmaßnahmen zu betrachten sind, ist dies <u>eindeutig dokumentiert (ggf. ärztlich bestätigt)</u>.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.4.11 Sowohl bei fehlendem Fortbewegungswillen als auch bei fehlender Fortbewegungsfähigkeit wird die Anwendung bewegungseinschränkender Maßnahmen (Bettgitter, Bauchgurt usw.) als <u>Schutzmaßnahme</u> eindeutig dokumentiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>6.4.12 Die <u>Notwendigkeit</u> einer FEM wird auch bei vorliegender Genehmigung (persönl. Einwilligung oder richtl. Beschluss) bzw. Anwendung als reine Schutzmaßnahme regelmäßig überprüft.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
<p>6.4.13 Die ordnungsgemäße Durchführung von genehmigten FEM wird dokumentiert.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
<p>Anmerkungen zu Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen:</p>			

<p>6.5 Umgang mit Medikamenten (bewohnerbezogene Prüfung)</p>	<p>Mängel/ Beanstandungen</p>	<p>Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)</p>	
<p>6.5.1 Bei Verblisterung: Blisterpackungen enthalten eindeutige Angaben zum Bewohner und den Medikamenten (Name, Vorname, Geburtsdatum; Name, Farbe, Form, Stärke der Medikamente).</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
<p>6.5.2 Bei Verblisterung: Eine Kontrolle der Blisterpackung(en) erfolgt durch Fachkräfte (Mustertabletten o.ä. stehen zur Verfügung).</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>6.5.3 Der Wirkstoff ist auch bei abweichendem Präparatnamen identisch mit der ärztlichen Anordnung (Generika= Nachahmerpräparate).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Generika)</p>		
<p>6.5.4 Der Wirkstoffname ist bei der Gabe von Generika deutlich in der Dokumentation bzw. der Originalpräparatname auf der Generikumspackung vermerkt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Generika)</p>		
<p>6.10.5 Abgesetzte Medikamente unterscheiden sich klar von der aktuellen Medizin</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.5.6 Abgesetzte oder geänderte Medikamente sind nicht überschrieben oder bis zur Unkenntlichkeit durchgestrichen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.5.7 Die gestellten Medikamente eines Tages entsprechen der ärztlichen Verordnung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.5.8 Verordnete Tropfen sind/werden augenscheinlich kurz vor der Vergabe gestellt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.5.9 Angaben für Bedarfsmedikamente sind vollständig (Ansetzdatum, Indikation, Darreichungsform, Einzeldosis, Maximaldosis für 24 Std.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>6.5.10 Die Bedarfsmedikation ist vorhanden.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

6.5.11 Zu längere Zeit nicht verabreichter Bedarfsmedikation wird/wurde Arzt wg. evtl. Absetzung befragt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
6.5.12 Kühlungspflichtige Medikamente befinden sich im Medikamen- tenkühlschrank.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
6.5.13 Flüssige Medikamente sind mit Anbruchs- und Verfallsdaten nach Anbruch versehen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
Anmerkungen Umgang mit Medikamenten:			

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie IV
Bewohnerrechte

Rechtsgrundlagen:

- § 7 WTG – Mitsprache- und Einsichtsrechte
- § 8 WTG – Beschwerdemanagement und Vorschlagswesen
- § 9 WTG – Mitwirkung der Bewohner und Bewohnerinnen in stationären Einrichtungen
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 12 WTG – Bürgerlich-rechtliche Verträge, Entgelte

Die Hauptkategorie IV umfasst 4 Prüffelder (Kapitel):

Kapitel 7

Vertragswesen

Kapitel 8

Mitsprache- und Einsichtsrechte der Bewohner und Bewohnerinnen

Kapitel 9

Beschwerdemanagement/Vorschlagswesen/ Zufriedenheitsbefragung

Kapitel 10

Mitwirkung der Bewohner und Bewohnerinnen/
Gespräch mit der Bewohnervertretung

Durch individuelle Mitsprache- und Einsichtsrechte im WTG wird die Position der Bewohnerinnen und Bewohner, insbesondere in stationären Einrichtungen, erheblich gestärkt. Dies gilt vor allem für die sie unmittelbar betreffenden Bereiche der Pflege-, Hilfe- und Förderplanung, aber auch für ihr unmittelbares Wohnumfeld, das nur aus schwerwiegenden Gründen gegen ihren Willen verändert werden darf.

Durch die für Leistungserbringer anders im bisherigen Bundesheimgesetz neu ins WTG aufgenommene Verpflichtung eines strukturierten Beschwerdemanagements in Verbindung mit einem festgeschriebenen Vorschlagsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner sowie einer regelmäßig durchzuführende Zufriedenheitsbefragung wird deren Position innerhalb der Einrichtungsstruktur erheblich verbessert, da sie weitergefasste Mitgestaltungsmöglichkeiten als bisher haben.

Seitens der Heimaufsicht Berlin gilt es anhand der Prüffragen zur Hauptkategorie IV, die Einhaltung und Umsetzung der teilweise neu geschaffenen Bewohnerrechte zu überwachen.

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie IV
Bewohnerrechte**

**Kapitel 7
Vertragswesen**

7.1 Vertragsgestaltung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
7.1.1 Der Aufsichtsbehörde liegt aktueller Mustervertrag nach WBVG vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
7.1.2 Der Mustervertrag hat den Stand :	Zeitpunkt:		
7.1.3 Die Vertragsinhalte wurden den Bewohnern in für sie verständlicher Form vermittelt (z.B. Übersetzung in einfache Sprache o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
7.1.4 Originale Verträge mind. zweier Bewohner sind identisch mit dem angezeigten Muster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
7.1.5 Die Verträge aller in der Einrichtung lebenden Bewohner sind an das WBVG angepasst (Einsichtnahme in die Verträge von mind. 2 seit vor 10/2009 in der Einrichtung lebenden Bewohner).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
7.1.6 Der Mustervertrag enthält die genaue Bezeichnung des überlassenen Wohnraumes (mind. Zimmernr., Bettenzahl).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>7.1.7 Der Mustervertrag listet deutlich unterschieden die Teilsummen des Entgeltes zwischen Unterkunft/Verpflegung/ Pflegestufe./ Investitionskosten u. Zusatzleistungen auf.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>7.1.8 Der Mustervertrag enthält Angaben zu Art, Umfang und Inhalt der Leistungen (§ 6 WBG).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>7.1.9 Der Mustervertrag enthält eindeutige Aussagen zu Leistungsausschlüssen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>7.1.10 Der Mustervertrag enthält Hinweise auf Vorvertragliche Informationspflichten (§ 3 WBG).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>7.1.11 Der Mustervertrag enthält Regelungen zur Leistungsanpassung bei Änderung des Pflege- und Betreuungsbedarfs (§ 8 WBG).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>7.1.12 Der Mustervertrag enthält Regelungen zur Entgelterhöhung bei Änderung der Berechnungsgrundlage (§ 9 WBG).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>7.1.13 Der Mustervertrag enthält Abwesenheitsregelungen (§ 7 Abs. 5 Sätze 1 und 2 WBG)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>7.1.14 Der Mustervertrag enthält Regelungen zum beiderseitigen Kündigungsrecht (§§ 11, 12 WBG).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

7.1.15 Der Mustervertrag enthält genaue Angaben zu etwaigen Sicherheitsleistungen (§ 14 WBVG, § 12 Abs. 1 Nr. 3 WTG).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Sicherheitsleistungen)		
Anmerkungen zur Vertragsgestaltung:			

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie IV
Bewohnerrechte

Kapitel 8
Mitsprache- und Einsichtsrechte der Bewohner und Bewohnerinnen

8.1 Wahrung der Selbstbestimmung und individuellen Persönlichkeit in Bezug auf den Wohnraum	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
8.1.1 Bewohner können ihren Wohnraum selbst gestalten und eigenes Mobiliar einbringen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8.1.2 Bewohner können an der Gestaltung/Ausstattung von Gemeinschaftsräumen/-flächen mitwirken.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:	
8.1.3 Bewohner können selbst darüber entscheiden, ob ihre Zimmertür offen bleibt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8.1.4 Bewohner haben einen eigenen Schlüssel für ihre Zimmertür.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8.1.5 Bewohner können die Einrichtung jederzeit ungehindert verlassen und betreten. (Gilt nicht für Bereiche mit Bewohnern mit gerichtl. Unterbringungsbeschlüssen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>8.1.6 In vollstationären Einrichtungen: Bewohner in Mehrbettzimmern haben ein Mitspracherecht bei der Belegung/Auswahl von Mitbewohnern.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>Anmerkungen zur Wahrung der Selbstbestimmung und individuellen Persönlichkeit in Bezug auf den Wohnraum:</p>			

8.2 Wahrung der Selbstbestimmung und individuellen Persönlichkeit bei Betreuungsprozessen und Aktivitäten		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
<p>8.2.1 Den Bewohnern wird die Einsichtnahme in die sie betreffenden Unterlagen und Dokumentationen gewährt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>8.2.2 Bewohner wirken bei der Erstellung ihrer Hilfe- und Förderplanung mit.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kurzdarstellung des Verfahrens zur Mitwirkung der Bewohner:</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>8.2.3 Angehörige/gesetzl. Betreuer werden in die Hilfe- und Förderplanung eingebunden.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>8.2.4 Der Zeitpunkt von Hilfe- und Fördermaßnahmen wird mit den Bewohnern – soweit fachlich angezeigt und möglich - abgestimmt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>8.2.5 Kulturelle/religiöse Hintergründe der Bewohner werden bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt (z.B. durch entsprechendes Ernährungsangebot, Beachtung von Waschroutinen, Möglichkeit der Glaubensausübung u.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.6 Dem Wunsch von Bewohnern nach gleichgeschlechtlicher Pflege wird entsprochen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise (Bei „nein“ und „teilweise“ Darstellung entgegenstehender Gründe)</p>		
<p>8.2.7 Eine sprachliche Verständigung mit Bewohnern mit Migrationshintergrund in deren Muttersprache ist gewährleistet (z.B. entsprechendes Personal, Heranziehung von Dolmetschern, enge Einbindung der Angehörigen).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>8.2.8 Eine barrierefreie Kommunikation wird sichergestellt (z.B. Einbeziehung von Gebärdensprachdolmetschern).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.9 Bewohner haben die Möglichkeit, ihre Sexualität ausüben zu können (z.B. entsprechende Räumlichkeiten o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.10 Das Personal ist besonders sensibilisiert für den Fall eines sexuellen Übergriffs auf Bewohner (Fortbildungen, Kontakt zu Beratungsstellen o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.11 Für die Bewohner gibt es ein Angebot an auf ihre Bedürfnisse abgestimmte regelmäßige Gruppenaktivitäten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.12 Je nach Bedarf werden Einzelaktivitäten für Bewohner angeboten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>8.2.13 Es gibt auch am Wochenende ein Aktivitätenangebot.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.14 Bewohner entscheiden selbst über ihre Teilnahme an den angebotenen Aktivitäten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>8.2.15 Bewohner können Vorschläge für Aktivitäten machen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>8.2.16 Vorschläge der Bewohner für Aktivitäten wurden/werden berücksichtigt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.17 Den Bewohnern wird die Wahrnehmung <u>wichtiger</u> auswärtiger Termine ermöglicht und ggf. wird Begleitpersonal bereitgestellt (sofern nicht durch Angehörige oder Ehrenamtliche möglich).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>8.2.18 Die Bewohner werden über Veranstaltungen und Aktivitäten in der näheren Umgebung informiert und die Teilnahme daran ermöglicht, ggf. wird Begleitpersonal bereitgestellt (sofern nicht durch Angehörige oder Ehrenamtliche möglich).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>Anmerkungen zu Wahrung der Selbstbestimmung und individuellen Persönlichkeit bei Pflege- und Betreuungsprozessen</p>			

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie IV
Bewohnerrechte**

**Kapitel 9
Beschwerdemanagement/Vorschlagswesen/
Zufriedenheitsbefragung**

9.1 Beschwerdemanagement		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
9.1.1 In der Einrichtung sind schriftliche Regelungen zur Beschwerdeerfassung und –bearbeitung vorhanden. (Beschwerdemanagement).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stand:		
9.1.2 Alle Beschäftigten wurden/ werden nachweislich zum Umgang mit Beschwerden geschult.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9.1.3 Das Beschwerdemanagement regelt, wie und von wem Beschwerden aufgenommen werden (z.B. durch alle Beschäftigten, „Kummerkasten“ o.ä. usw.) .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9.1.4 Das Beschwerdemanagement regelt klare Zuständigkeiten zur Beschwerdebearbeitung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9.1.5 Das Beschwerdemanagement regelt Fristen und den Abschluss der Bearbeitung (z.B. Rückmeldung an EL, Info an Beschwerdeführer usw.) .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>9.1.6 Die Umsetzung und die Einhaltung des Beschwerdemanagements sind ersichtlich (Einsichtnahme in mind. 2 bearbeitete Beschwerden)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>9.1.7 Bewohner erhalten zu ihren Beschwerden in angemessener Frist eine abschließende Nachricht (in der Regel binnen max. 6 Wochen).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>9.1.8 Beschwerden werden in regelmäßigen Abständen ausgewertet (z.B. ¼ jährlich) und ggf. daraus folgende Maßnahmen ergriffen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen zu Beschwerdemanagement:</p>			

9.2 Vorschlagswesen	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
<p>9.2.1 In der Einrichtung ist ein strukturierter Umgang mit (Verbesserungs-)Vorschlägen der Bewohner (schriftlich) geregelt. (ggf. Einsichtnahme)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>9.2.2 Auf (Verbesserungs-)Vorschläge der Bewohner wird zeitnah reagiert (ggf. Zwischennachricht).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>9.2.3 Bewohner erhalten in angemessener Frist zu ihren (Verbesserungs-)Vorschlägen eine abschließende Nachricht (Info zur Umsetzung/Ablehnung, bei Ablehnung mit Begründung).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen zu Vorschlagswesen:</p>			

9.3 Zufriedenheitsbefragung	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
<p>9.3.1 In der Einrichtung ist klar benannt, durch wen die Zufriedenheitsbefragung erfolgt (Benennung der fragenden Personen/des Personenkreises):</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angaben:</p>	
<p>9.3.2 Es gibt klare Regelungen zur Durchführung einer strukturierten Zufriedenheitsbefragung (Zeitpunkt, Zeitraum, Fragestellungen, Auswertung).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angaben:</p>	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>9.3.3 Eine Zufriedenheitsbefragung hat nachweislich bereits stattgefunden.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zeitpunkt/-raum:</p>		
<p>9.3.4 Die Zufriedenheitsbefragung ist in regelmäßigen Abständen geplant (maximal im Abstand von 2 Jahren).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rhythmus:</p>		
<p>9.3.5 Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden ausgewertet.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>9.3.6 Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden den Bewohner bekannt gegeben.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>9.3.7 Ergebnisse der Befragung werden bei der Gestaltung betreuender Prozesse bzw. der Einrichtung berücksichtigt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:</p>		
<p>Anmerkungen zu Zufriedenheitsbefragung</p>			

Prüfbereich B Eingliederungshilfe Hauptkategorie IV Bewohnerrechte Kapitel 10 Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner/ Gespräch mit der Bewohnervertretung		
10.1 Gesprächsleitfaden BwV= Bewohnervertretung (Bewohnerbeirat oder Fürsprecher/-in oder ggf. anderes Modell)		Maßnahmen (Beratung, Beratung der Einrichtung/des Trägers o.ä.)
10.1.1 Die Bewohnervertretung lädt mind. 1 x jährlich zu einer Bewohnerversammlung ein.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei nein- Begründung:	
10.1.2 Bei nein: Es finden statt einer großen Bewohnerversammlung regelmäßig wohnbereichs- bezogene Bewohner- bzw. Angehörigenversammlungen statt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei nein- Begründung:	
10.1.3 Über die Versammlungen werden Protokolle erstellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10.1.4 Die Einrichtungsleitung nimmt auf Wunsch der Bewohner- vertretung an den Versamm- lungen teil.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10.1.5 Die Bewohnervertretung berichtet in den Versamm- lungen über ihre Tätigkeit.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

10.1.6 Die Bewohnervertretung wird eingebunden/ kann mitwirken in Angelegenheiten:		
10.1.6.1 des Wohnens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.2 der Betreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.3 der hauswirtschaftlichen Versorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.4 der Verpflegungsplanung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.5 der Hausordnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.6 Gestaltung der Aufenthaltsbedingungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

10.1.6.7 des Alltags	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.8 der Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.9 der Erstellung/Änderung der Musterverträge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.10 der Entgeltänderungen (sofern diese nicht bedingt sind durch Vereinbarungen nach SGB XI/XII bzw. Zustimmungen zur Berechnung von Investitionskosten).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.11 umfassender baulicher Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.12 wesentlicher Betriebsverän- derungen (Erweiterung/ Einschränkung/ Einstellung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	
10.1.6.13 der Unfallverhütung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>10.1.6.14 des Beschwerdemanagements/ Vorschlagswesens</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht</p>	
<p>10.1.7 Die Bewohnervertretung wird in ihrer Tätigkeit vom Einrichtungsträger/von der Einrichtungsleitung unterstützt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht</p>	
<p>10.1.8 Der Einrichtungsträger trägt die der Bewohnervertretung entstehenden angemessenen Kosten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> von der BwV nicht gefordert o. gewünscht</p>	
<p>10.1.9 Auf Beschwerden der Bewohnervertretung reagiert der Träger sowohl inhaltlich als auch zeitlich angemessen (innerhalb von 6 Wochen).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> von BwV (noch) keine Beschwerden vorgetragen</p>	
<p>10.1.10 Die Bewohnervertretung äußert sich insgesamt positiv über die Betreuung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> teilweise Begründung:</p>	
<p>10.1.11 Die Bewohnervertretung bestätigt eine respektvolle und höfliche Behandlung durch das Personal (Anklopfen, Siezen, sich vorstellen usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> teilweise Begründung:</p>	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>10.1.12 Die Bewohnervertretung bestätigt, dass das Personal im Notfall zeitnah reagiert.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> teilweise Begründung:</p>	
<p>10.1.13 Die Bewohnervertretung bestätigt, dass an Geburtstagen etwas Besonderes für die jeweiligen Bewohner stattfindet (besond. Frühstück, Feier o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Beispiele:</p>	
<p>10.1.14 Die Bewohnervertretung bestätigt, dass regelmäßig jahreszeitliche Feste stattfinden.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Beispiele:</p>	
<p>10.1.15 Die Bewohnervertretung äußert sich insgesamt positiv über das Beschäftigungs- und Freizeitangebot.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Beispiele:</p>	
<p>10.1.20 Resümee: Insgesamt fühlen sich die Mitglieder der BwV in der Einrichtung wohl (ggf. Fs nach seiner Kenntnis bzgl. der Bewohnerschaft).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> teilweise Begründung:</p>	
<p>Anmerkungen zum Gespräch mit der Bewohnervertretung:</p>		

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie V
Konzeptionelle Grundlagen der Leistungserbringung

Rechtsgrundlagen:

- § 1 Satz 2 WTG – Zweck des Gesetzes
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 WTG – Voraussetzungen der Leistungserbringung

Die Hauptkategorie V umfasst 2 Prüffelder (Kapitel):

Kapitel 11
Einrichtungskonzept

Kapitel 12
Hygiene- und Notfallregelungen

Konzeptionen geben alle Informationen zu Strukturen und Leistungsangeboten der Einrichtungen und stellen Handlungsgrundlagen dar. Mit seinen Darstellungen in den einzelnen Konzeptionen verpflichtet sich ein Leistungserbringer zu bestimmten Leistungen und muss sich daran messen lassen.

Daher sind konzeptionelle Grundlagen für die Leistungserbringung unabdingbar und dienen im Rahmen der Überwachungstätigkeit der Heimaufsicht Berlin auch dazu, im Beschwerdefall einen Abgleich zwischen dem „Soll“ und dem „Ist“ zu ermöglichen.

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie V
Konzeptionelle Grundlagen der Leistungserbringung**

**Kapitel 11
Einrichtungskonzept**

11.1 Einrichtungskonzept allgemein		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
11.1.1 Ein Einrichtungskonzept ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.2 Der Stand des Einrichtungskonzepts ist erkennbar (Datum). Stand:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.3 Das Einrichtungskonzept wird regelmäßig fortgeschrieben/aktualisiert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.4 Das Einrichtungskonzept ist nachweislich allen Beschäftigten bekannt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.5 Das Einrichtungskonzept enthält Angaben zum Einrichtungsträger (Historie, Angebotspalette usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.6 Das Einrichtungskonzept beschreibt Lage und Ausstattung der Einrichtung (Zimmerstruktur, Wohnbereiche, infrastrukturelle Anbindung, usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>11.1.7 Das Einrichtungskonzept benennt den Personenkreis, auf den die Betreuung ausgerichtet ist (Aufnahmevoraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.8 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur Zielstellung der Einrichtung (Leitbild, „Unternehmensphilosophie“).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.9 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zum Umgang mit den Themen „Tod/Sterben“ (würdevolles Sterben, Sterbebegleitung, Trauerarbeit, Schulung der Beschäftigten usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.10 Das Einrichtungskonzept enthält Angaben zum Betreuungssystem (Bezugsbetreuung, ggf. Therapie, ggf. Pflege o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.11 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur Erstellung von Förder- und Entwicklungsplanungen (Systematik usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.12 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur gesundheitlichen Versorgung (Umgang mit Medikamenten, Verfahren bei Arztbesuchen, therapeutische Angebote, Zusammenarbeit mit externen Anbietern, Sicherung pflegerischer Bedarfe usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

11.1.13 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zum Bereich „Wohnen“ (Möglichkeit der individuellen Wohnraumgestaltung, Mitwirkung bei der Gestaltung von Gemeinschaftsräumen usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.14 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur hauswirtschaftl. Versorgung (Essen, Reinigung, Wäsche usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.15 Das Einrichtungskonzept stellt den Bereich „Arbeit“ dar (Zusammenarbeit mit WfbM, ABFB¹ o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine Klientel in WfbM, ABFB o.ä.)		
11.1.16 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur Lebenssituation „Ruhestand“ (spezielle Freizeitangebote für ältere Bewohner o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.17 Das Einrichtungskonzept stellt die Gruppen- und Einzelangebote zur Freizeitgestaltung dar (Modul A²).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.1.18 Das Einrichtungskonzept sieht jahreszeitliche Feste vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

¹ Frage 11.1.15 fragt nach einem Betreuungsangebot außerhalb des „Angebots zur Beschäftigung, Förderung und Betreuung“ (ABFB; es handelt sich um Leistungen, die Herr Hammerschick in seinem 2008 verfassten Bericht „Projektdokumentation und Sollvorschlag zur Ausdifferenzierung des stationären Wohnens für Menschen mit geistigen- / körperlichen Behinderungen in Berlin“ als Module B und C klassifiziert hat) als Tagesgestaltungsangebot für Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder mehrfachen Behinderung aus ambulanten Wohnangeboten bzw. stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe und aus der eigenen Häuslichkeit. Es dient der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. § 54 (1) SGB XII i. V. m. § 55 SGB IX.

² Für Bewohner und Bewohnerinnen, die nicht an den Modulen B und C teilnehmen können, müssen gleichwohl Betreuungsangebote (früher Tagesstrukturierende Maßnahmen) vorhanden sein.

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>11.1.19 Das Einrichtungskonzept enthält Angaben zur Zusammenarbeit mit Angehörigen, rechtl. Betreuern und Ehrenamtlichen (Formen der Zusammenarbeit, Einbeziehung in Alltagsgeschehen usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.20 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur Sicherstellung der Mitwirkungsrechte der Bewohnerschaft (Bewohnerbeirat, Fürsprecher usw.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.21 Das Einrichtungskonzept beschreibt das Einzugsverfahren für neue Bewohner (Entscheidungskriterien, Probewohnen, Einbeziehung anderer Bewohner usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.22 Das Einrichtungskonzept beschreibt das Verfahren bei Auszug von Bewohnern bzw. bei Wechsel in einen anderen Wohnbereich.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.23 Das Einrichtungskonzept stellt Maßnahmen der Qualitätssicherung dar (QM-System, QM-Beauftragte, Kommunikationsstrukturen usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.24 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zur Bewohnerdokumentation (Aufbau, Inhalte, Aufbewahrungsort, Zugang, erstellende Personen usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>11.1.25 Das Einrichtungskonzept enthält Aussagen zum Personal (Qualifikation, Dienstbesetzung, nächtliche Besetzung, Aufgaben, hauswirtschaftl. Aufgaben usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

11.1.26 Das Einrichtungskonzept macht Aussagen zur Ausbildung von Fachkräften (ob ausgebildet wird, wie viele Auszubildende geplant sind o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Einrichtungskonzept allgemein:			

11.2 Einrichtungskonzept/ Ziele des WTG	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
Im Einrichtungskonzept sind folgende <u>Ziele des WTG</u> abgebildet:		
11.2.1 Achtung der Würde der Bewohner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11.2.2 Möglichkeit der Bewohner einer individuellen Lebensgestaltung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11.2.3 Förderung der Teilhabe am Gesellschaftsleben für Bewohner,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11.2.4 Wahrung und Förderung der Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

11.2.5 Wahrung der kulturellen, religiösen, geschlechtlichen und sexuellen Identität der Bewohner,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.2.6 Sicherstellung einer qualitativ aktuellen Standards entsprechenden Betreuung, Förderung, Pflege, Wohnqualität, Verpflegung und hauswirtschaftlichen Versorgung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.2.7 Zusammenarbeit und Vernetzung von Leistungserbringern, Angehörigen und bürgerschaftlich engagierten Menschen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11.2.8 Öffnung der Wohnform in das Gemeinwesen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Einrichtungskonzept/ Ziele des WTG :			

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie V
Konzeptionelle Grundlagen der Leistungserbringung**

**Kapitel 12
Hygiene- und Notfallregelungen**

12.1 Hygienekonzept		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
12.1.1 Ein Hygienekonzept/-plan/-standard ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.2 Der Stand des Hygienekonzepts/-plans/-standards ist erkennbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stand:		
12.1.3 Das/der Hygienekonzept/-plan/-standard wird regelmäßig aktualisiert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.4 Eine Hygienefachkraft/-beauftragte ist darin benannt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.5 Die Hygienefachkraft/-beauftragte hat eine spezifische Zusatzqualifikation.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.6 Das Aufgabengebiet und die Kompetenzen der/des Hygienefachkraft/-beauftragten sind beschrieben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.7 Eine Hygienekommission ist vorgesehen/gebildet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

12.1.8 Regelmäßige interne Schulungen <u>aller</u> Mitarbeiter zu Hygienemaßnahmen sind vorgesehen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.9 Die jährliche Belehrungen in Bezug auf Küchen- und Lebensmittelhygiene sowie Infektionsschutz sind vorgesehen und werden nachweislich durchgeführt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.10 Das/der Hygienekonzept/-plan/-standard enthält Regelungen/Richtlinien bei spezieller Behandlungspflege (z.B. Tracheostoma - u. Kanülenpflege, Katheterversorgung, Wundverbände usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.11 Das/der Hygienekonzept/-plan/-standard enthält u.a. Richtlinien zum Umgang mit MRSA.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.12 Das/der Hygienekonzept/-plan/-standard enthält u.a. Richtlinien zur Händedesinfektion, Umgang mit kontaminiertem Abfall usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.13 Das/der Hygienekonzept/-plan/-standard enthält Richtlinien zur regelmäßigen Kontrolle von Industrie- und Medizingeräten (z.B. Fäkalspülen, Geschirrspülen, Inhalatoren usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.1.14 Das/der Hygienekonzept/-plan/-standard enthält Richtlinien zur regelmäßigen Legionellen-Prophylaxe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zum Hygienekonzept:			

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

12.2 Notfallkonzept		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
12.2.1 Ein Notfallkonzept ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.2.2 Der Stand des Notfallkonzepts ist erkennbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stand:		
12.2.3 Das Notfallkonzept wird regelmäßig aktualisiert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.2.4 In der Konzeption sind Regelungen/Richtlinien zu Maßnahmen bei Bewusstlosigkeit, Herz- oder Atemstillstand usw. enthalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.2.5 Regelmäßige (interne) Schulungen <u>aller</u> Mitarbeiter zu Notfallsituationen/-maßnahmen sind vorgesehen (u.a. Liste Ersthelfer, Alarmierungsketten usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12.2.6 Das Notfallkonzept regelt das Verfahren bei Notwendigkeit der Alarmierung von Feuerwehr, Polizei, Notarzt usw.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zum Notfallkonzept:			

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie VI
Sonstige Pflichten der Leistungserbringung

Rechtsgrundlagen:

- § 12 WTG – Geld und geldwerte Leistungen
- § 14 WBVG
- § 16 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 WTG – Verwaltung von Barbeträgen und Wertgegenständen

Die Hauptkategorie VI umfasst 2 Prüffelder (Kapitel):

Kapitel 13

Aufzeichnungspflichten zur Verwaltung der für die Bewohner und Bewohnerinnen verwalteten Gelder und Wertsachen

Kapitel 14

Geld- und geldwerte Leistungen an Leistungserbringer und eingesetzte Personen

Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner ist eine regelmäßige Überwachung der vom Leistungserbringer erbrachten Barbetragsverwaltung sowie sein Umgang mit den ihm anvertrauten Wertsachen, sofern dies von ihm angeboten wird und nicht von den Bewohnerinnen und Bewohnern oder deren Angehörige bzw. gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern wahrgenommen wird, erforderlich.

Des Weiteren ist regelmäßig zu überprüfen, ob sich der Leistungserbringer und das von ihm eingesetzte Personal des grundsätzlichen Verbots der Annahme von Geld oder geldwerten Leistungen bewusst sind.

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie VI
Sonstige Pflichten der Leistungserbringung

Kapitel 13
Aufzeichnungspflichten zur Verwaltung der für die
Bewohnerinnen und Bewohner verwalteten Gelder und Wertsachen

13.1 Barbetragsverwaltung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
13.1.1 Die Einrichtung bietet eine kostenlose Barbetrags-(Taschengeld)Verwaltung an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.1.2 Verfahrensrichtlinien zur Barbetrags(Taschengeld)-Verwaltung sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.1.3 Die Einwilligung des Bewohners/gesetzl. Betreuers zur Barbetragsverwaltung durch die Einrichtung liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.1.4 Die Selbstbestimmung der Bewohner über die Verwendung des Barbetrages ist gewährleistet (soweit gesundheitlich möglich bzw. mit gesetzl. Betreuer abgestimmt).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.1.5 Mit der Barbetrags (Taschengeld)-Verwaltung beauftragte Beschäftigte sind eindeutig benannt (z.B. Sozialdienst).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>13.1.6 Die Verfahrensrichtlinien sehen regelmäßige Überprüfungen des Kassenbestandes vor (z.B. monatlich, vierteljährlich o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Überprüfungs- turnus:</p>		
<p>13.1.7 Die Kassenprüfung erfolgt unter Wahrung des Vier-Augen-Prinzips (Benennung der für Kassenprüfung Verantwortlichen, z.B. EL).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kassenprüfer sind:</p>		
<p>13.1.8 Abrechnungsunterlagen liegen vollständig bei den damit betrauten Beschäftigten vor.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>13.1.9 Es ist sichergestellt, dass Unbefugte keinen Zugriff/kein Einsichtsrecht in die Barbetragverwaltung haben.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>13.1.10 Es besteht eine eindeutige Vertretungsregelung (im Abwesenheitsfall der mit der Barbetragverwaltung beauftragten Beschäftigten).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>13.1.11 Sofern es feste Zeiten für Barbetragauszahlungen gibt, sind diese den Bewohnern bekannt gegeben worden (Aushang o.ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>13.1.12 Sofern es organisatorische/ personelle Abweichungen bzgl. der Auszahlungsregelungen gibt, werden diese deutlich erkennbar den Bewohnern bekannt gegeben (Änderung der Auszahlzeiten, Vertretungsregelungen usw.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>13.1.13 Der Erhalt des Barbetrages/Auszahlungen wird von den Bewohnern persönlich abgezeichnet (ggf. durch entsprechend Bevollmächtigte oder gesetzl. Betreuer mit entsprechendem Aufgabenkreis).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>13.1.14 Über Besorgungen im Auftrag der Bewohner liegen entsprechende Originalbelege vor (gekaufte Artikel etc.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>13.1.15 Bei „Sammelbesorgungen“ sind die auf die einzelnen Bewohner entfallenden Beträge eindeutig zugeordnet.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>1.16 (Angezeigte) Zusatzleistungen werden nur mit entsprechender schriftlicher vertraglicher Vereinbarung in Rechnung gestellt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>13.1.17 Bewohner bzw. gesetzl. Betreuer erhalten regelmäßig Abrechnungen zum Barbetrag.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Turnus:</p>		
<p>Anmerkungen zu Barbetragsverwaltung:</p>			

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

2. Aufbewahrung von Wertsachen		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
13.2.1 Die Einrichtung bietet eine kostenlose Wertsachenaufbewahrung an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bei ja: 13.2.2 Bei Einzug wird eine Auflistung der mitgebrachten/übergebenen Wertsachen erstellt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.2.3 Die Entgegennahme (und Aushändigung) von Wertgegenständen ist zweifach quittiert (1x für Bewohner, 1x zur Bewohnerakte).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.2.4 Wertsachen werden mit Namen und Hinterlegungsdatum versehen in geeigneten Räumen (Tresor) verschlossen aufbewahrt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.2.5 Es ist eindeutig geregelt, wer berechtigt für den Zugriff zu den Wertsachen ist.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.2.6 Für die Wertsachen-Zugriffsberechtigten ist eine eindeutige Abwesenheitsvertretung geregelt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

13.2.7 Es ist sichergestellt, dass Unbefugte keinen Zugriff zu den Wertsachen haben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13.2.8 Es gibt Verfahrensrichtlinien, wie mit (hinterlegten) Wertgegenständen nach dem Ableben von Bewohnern verfahren wird, (Sicherstellung, Auflistung, Aushändigung nur an nachweislich Erbberechtigte) ³ .	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zur Aufbewahrung von Wertsachen:			

³ Zu empfehlen ist, dass die Regelungen auch Verfahren zum Umgang mit Wertsachen, die sich im Bewohnerzimmer befinden, umfassen).

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

Prüfverfahren stationäre Einrichtungen § 17 WTG

Prüfbereich B - Eingliederungshilfe

Strukturdaten, Prüffragenkatalog Hauptkategorie I - VII

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie VI
Sonstige Pflichten der Leistungserbringung**

**Kapitel 14
Geld- und geldwerte Leistungen an Leistungserbringer und
eingesetzte Personen**

14.1 Geld- und geldwerte Leistungen		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
14.1.1 Der Unternehmer (Leistungs- erbringer) verlangt von Verbrauchern Sicherheitsleistungen (§ 14 Abs. 1 Satz 1 WBVG).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
14.1.2 Von Verbrauchern (Bewohnern/Nutzern) gemäß § 14 Abs. 4 WBVG wird <u>keine</u> Sicherheitsleistung verlangt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
14.1.3 Das Erbringen von Sicherheitsleistungen ist vertraglich vereinbart (§ 14 Abs.1 Satz 1 WBVG).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
14.1.4 Die verlangten Sicherheiten übersteigen das Doppelte des monatlichen Entgelts (§ 14 Abs. 1 Satz 2 WBVG).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
14.1.5 Die verlangte Sicherheits- leistung kann in 3 gleichen monatlichen Teilleistungen erbracht werden (§14 Abs. 3 Satz 1 WBVG).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
14.1.6 Die verlangte Sicherheits- leistung wird vom Unternehmer entsprechend angelegt (§ 14 Abs. 3 Satz 3 WBVG)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>14.1.7 Der Unternehmer/ Leistungserbringer stellt sicher, dass sich sein Personal außer für geringwertige Aufmerksamkeiten <u>keine</u> Geld- oder geldwerten Leistungen von Bewohnern versprechen oder gewähren lässt (Dienstanweisungen o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>14.1.8 Dem Unternehmer/ Leistungserbringer ist bekannt, dass ggf. ein Antrag auf Ausnahme vom Verbot des § 12 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 WTG zu stellen ist.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Anmerkungen:</p>			

Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie VII
Personal

Rechtsgrundlagen:

- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 WTG – Personenzentrierte Pflege, Bezugspflege
- § 11 Abs. 2 Satz Nr. 10 WTG – Personalausstattung, Qualifikation
- § 11 Abs. 2 Satz 2 Nr. 11 WTG – Fort- und Weiterbildung

Die Hauptkategorie VII umfasst 3 Prüffelder (Kapitel):

Kapitel 15

Personalausstattung

Kapitel 16

Dienstplangestaltung

Kapitel 17

Einarbeitung, Fort- und Weiterbildung

Eine ordnungsgemäße und den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechende Dienstbesetzung verbunden mit einem für alle Beschäftigten nachvollziehbaren eindeutigen Dienstplan ist eines der wesentlichen Elemente der ordnungsbehördlichen Überwachung.

Die personelle Ausstattung muss den rechtlichen Normen entsprechen.

Zur Sicherung einer fachgerechten und aktuellen Standards entsprechenden Pflege und Betreuung werden in diesem Zusammenhang das Einarbeitungsverfahren für neue Beschäftigte sowie das Angebot und die Durchführung fachspezifischer Fortbildungen für die mit der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung betrauten Beschäftigten betrachtet.

**Prüfbereich B Eingliederungshilfe
Hauptkategorie VII
Personal**

**Kapitel 15
Personalausstattung**

15.1 Fachkraftquote (§ 8 Abs. 3 Nr. 2 WTG-PersV)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
15.1.1 Es ist ausreichend Personal vor Ort eingesetzt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.1.2 Mindestens drei Viertel der zur Betreuung eingesetzten Personen sind Fachkräfte. (Auswertung erfolgt anhand angeforderter Personalliste)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.1.3 Nachweise zu intensiven Besetzungsbemühungen bei offenen Stellen liegen vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Offene Stellen: <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (keine offenen Stellen)		

Anmerkungen zur Fachkraftquote:

15.2 Einrichtungsleitung (EL)		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
15.2.1 Die EL erfüllt die Voraussetzungen gem. 3 § WTG-PersV (bzw. Regelung des § 11 greift oder Ausnahme gem. § 3 Abs. 5 WTG-PersV liegt vor).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.2.2 Die EL ist nur für eine stationäre Einrichtung eingesetzt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.2.3 Die Stellvertretung ist geregelt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.2.4 Die Einrichtungsleitung besteht aus mehreren Leitungskräften.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.2.5 Besteht die Einrichtungsleitung aus mehreren Leitungskräften, erfüllt <u>jede</u> Leitungskraft die Voraussetzungen gem. § 3 WTG-PersV (bzw. Regelung des § 11 greift oder Ausnahme gem. § 3 Abs. 5 WTG-PersV liegt vor).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (nicht mehrere Leitungskräfte)		
15.2..6 Die EL ist für mehrere stationäre Einrichtungen eingesetzt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.2.7 Der Einsatz der EL in mehreren stationären Einrichtungen ist der Heimaufsicht angezeigt worden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (EL nicht für mehrere Einrichtungen zuständig)		
15.2.8 Bei Einsatz in mehreren stationären Einrichtungen: Die Einrichtungsgröße und die Entfernung zueinander lassen die Leitung durch <u>eine</u> Einrichtungsleitung zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (EL nicht für mehrere Einrichtungen zuständig)		

<p>15.2.9 Bei Einsatz in mehreren stationären Einrichtungen: Es gibt Regelungen zur Präsenz in den einzelnen zu betreuenden Einrichtungen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Regelung:</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (EL nicht für mehrere Einrichtungen zuständig)</p>		
<p>15.2.10 Bei Einsatz in mehreren stationären Einrichtungen: Für die Bewohner, die Angehörigen und das Personal ist die Erreichbarkeit der EL erkennbar (Aushang o.ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (EL nicht für mehrere Einrichtungen zuständig)</p>		
<p>15.2.11 Bei Einsatz in mehreren stationären Einrichtungen: Die EL ist kann notwendige Entscheidungen zeitnah treffen (Erreichbarkeit ist gesichert).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> trifft nicht zu (EL nicht für mehrere Einrichtungen zuständig)</p>		
<p>Anmerkungen zur Einrichtungsleitung:</p> 			

15.3 Stellenbeschreibungen		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
15.3.1 Aktuelle Stellenbeschreibungen für Leitungskräfte liegen vor (EL, WBL, pädagog. Leitung usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.3.2 Aktuelle Stellenbeschreibungen für Betreuungspersonal liegen vor (Fachkräfte, Hilfskräfte).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.3.3 Aktuelle Stellenbeschreibungen für therapeutisch tätiges Personal liegen vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.3.4 Aktuelle Stellenbeschreibungen für nicht-betreuerisch/nicht-therapeutisch tätiges Personal liegen vor (z.B. Hauswirtschaftskräfte, Wäscherei, Reinigung, Hausdienste- sofern nicht extern vergeben).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.3.5 Aktuelle Tätigkeitsbeschreibungen für sonstige Kräfte liegen vor (z.B. MAE-Kräfte, FSJ-Einsätze, Bundesfreiwilligendienstler, Praktikanten usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.3.6 Die Stellenbeschreibungen stellen das Über- und Unterordnungsverhältnis dar (Weisungsbefugnisse usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.3.7 Die Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen stellen die wesentlichen Tätigkeitsmerkmale dar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu Stellenbeschreibungen:			

15.4 Fachkräfte		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
15.4.1 Die in der stationären. Einrichtung tätigen Fachkräfte erfüllen die Voraussetzungen nach § 7 WTG-PersV.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.4.2 Für <u>alle</u> Fachkräfte sind die Qualifikationsnachweise vorhanden und einsehbar (Urkunden, Nachweise der Zusatzqualifikationen; Stichprobenprüfung f. mind. 5 FK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.4.3 <u>Nur von Fachkräften</u> werden nachstehende Vorbehalts- aufgaben wahrgenommen (§ 7 Abs. 4 WTG-PersV):			
15.4.3.1 Festlegung von Zielen und Maßnahmen in Pflege- und Betreuungsprozessen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.4.3.2 Auswertung und Kontrolle der Betreuungsqualität (bei Pflegebedürftigkeit auch Kontrolle der Pflegequalität).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.4.3.3 Beratung zu notwendigen Maßnahmen der psycho- sozialen und gesundheitlichen Versorgung (z.B. zu Hilfsmitteln).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15.4.3.4 Überwachung des Einsatzes von FEM.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anmerkungen zu Fachkräften:

15.5 Sonstige Beschäftigte		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
15.5.1 Für die hauswirtschaftliche Versorgung ist eine verantwortliche Ansprechperson vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> externe Ansprechperson		
15.5.2 Für die Reinigung ist eine verantwortliche Ansprechperson vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> externe Ansprechperson		
15.5.3 Für die Wäscherversorgung ist eine verantwortliche Ansprechperson vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> externe Ansprechperson		
15.5.4 Eine Hygiene(fach)kraft mit entsprechender Zusatzqualifikation ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> externe Fachkraft		

Anmerkungen zu Fachkräften und sonstigen Beschäftigten:

Prüfbereich B Eingliederungshilfe Hauptkategorie VII Personal Kapitel 16 Dienstplangestaltung			
16.1 Dienstplanführung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
16.1.1 Die Dienstplanführung erfolgt	<input type="checkbox"/> PC-gestützt <input type="checkbox"/> hand- schriftlich		
16.1.2 Bei PC-gestützter Dienstplanführung: Die Zugriffsrechte sind klar geregelt (Einsichts- und Änderungs- rechte, Passwortschutz, Änderungen nur durch Leitungskräfte usw.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.3 Bei PC-gestützter Dienstplanführung: Nachträgliche Eintragungen/ Änderungen sind/werden als solche gekennzeichnet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.4 Bei PC-gestützter Dienstplanführung: Eintragungen lassen den jeweiligen Autor erkennen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>16.1.5 Bei handschriftlicher Dienstplanführung:</p> <p>Der Dienstplan wird dokumentenecht erstellt (Kugelschreiber, Tinte).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.6 Bei handschriftlicher Dienstplanführung:</p> <p>Die Eintragungen sind lesbar.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.7 Bei handschriftlicher Dienstplanführung:</p> <p>Der Dienstplan wird geschützt aufbewahrt (kein Zugriff für Unbefugte).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.8 Für alle Dienstplanarten:</p> <p>Vor- und Zuname der eingesetzten Beschäftigten sind vollständig angegeben.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.9 Der Dienstplan weist mind. 3 Zeilen pro Beschäftigten aus (1. Zeile Planung, 2.+3. Zeile Änderungen).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.10 Die Qualifikation der eingesetzten Beschäftigten ist eindeutig erkennbar.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.11 Die reguläre Wochenarbeitszeit wird ausgewiesen (ggf. Stellenumfang in Prozent).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.12 Soll- und Ist-Arbeitszeit werden dargestellt.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

16.1.13 Überstunden des Vormonats werden ausgewiesen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.14 Eine vollständige Legende mit allen Dienstbezeichnungen liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.15 Es gibt verbindliche Pausenregelungen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.16 Die Dienstzeiten ermöglichen eine Dienstübergabe.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.17 Es gibt eine „Regel“-Dienstbesetzung (Dienstbesetzung, die die Einrichtung als Standard anstrebt und die die verordnungrechtlichen Mindestvorgaben erfüllt).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.18 Regelmäßig werden für die Dienstbesetzung geplant:			
16.1.18.1 Frühdienst Hinweis: Das FK-Gebot gilt ausdrücklich nicht für Einrichtungen für seelisch erkrankte Menschen.⁴	Anzahl der FK: Anzahl der Nicht-FK:		
16.1.18.2 Spätdienst Hinweis: Das FK-Gebot gilt ausdrücklich nicht für Einrichtungen für seelisch erkrankte Menschen.¹	Anzahl der FK: Anzahl der Nicht-FK:		

⁴ In Einrichtungen und Übergangswohneinrichtungen für seelisch behinderte Menschen können Nachtwachen oder Nachtbereitschaften angeboten werden. Dabei müssen die Nachtbereitschaften nicht mit Fachkräften ausgestattet sein.

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>16.1.18.3 Nachtdienst Hinweis: Das FK-Gebot gilt ausdrücklich nicht für Einrichtungen für seelisch erkrankte Menschen.¹</p>	<p>Anzahl der FK: Anzahl der Nicht-FK:</p>		
<p>16.1.19 Der Dienstplan spiegelt die Einhaltung der „Regel“-Dienstbesetzung wider.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.20 Wohnbereichsübergreifende Einsätze sind eindeutig im Dienstplan erkennbar (sofern Größe der Einrichtung mehrere Wb umfasst).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>		
<p>16.1.21 <u>Für den Nachtdienst:</u> Wohnbereichsübergreifende Einsätze sind – sofern nicht im Dienstplan enthalten – durch Aushang o.ä. deutlich erkennbar (insbesond. für Fachkräfte; Aushang o.ä.).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.22 Die im Dienstplan benannten Beschäftigten finden sich auf der Beschäftigtenliste wieder (Stichprobenprüfung, mind. 3 Beschäftigte).</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>16.1.23 Laut Dienstplan ist in jeder Schicht mind. 1 Fachkraft tätig (Stichprobenprüfung, mind. 3 Tage, davon mind. 1 Wochenend- oder Feiertag). Hinweis: Das FK-Gebot gilt ausdrücklich nicht für Einrichtungen für seelisch erkrankte Menschen.¹</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> FK-Gebot gilt nicht</p>		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

16.1.24 Die Dienstplanung sieht eine identische Besetzung der Schichten für alle Wochentage vor (auch am Wochenende, Feiertagen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bei nein – Begründung:		
16.1.25 Die Dienstplangestaltung ist auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet (z.B. morgens mehr Personal, am Tag weniger, weil Bewohner außerhalb der Einrichtung in WfbM sind, o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.26 Für Fachkräfte sind Zeiten für administrative/organisatorische Aufgaben vorgesehen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.27 Die Dienstplangestaltung stellt Überblick über alle Dienste sicher (Eine zu starke Unterteilung kann zu Unübersichtlichkeiten führen; abhängig von Struktur und Größe der Einrichtung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.28 Die Abwesenheit von Beschäftigten für Fortbildungen etc. ist im Dienstplan vermerkt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
16.1.29 Auch bei Abwesenheiten von Betreuungskräften ist eine reguläre Dienstbesetzung erkennbar (bei Fortbildung, Urlaub u.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

16.1.30 Bei Einsatz von Leasing-Kräften sind diese mit allen Daten im Dienstplan benannt (Name, Vorname, Qualifikation)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> trifft nicht zu (kein Einsatz von Leasing-Personal)		
16.1.31 Besondere Termine mit Bewohnern sind im Dienstplan vermerkt (z.B. Einkaufen, Arztbesuche o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zur Dienstplanführung:			

¹ In Einrichtungen und Übergangswohneinrichtungen für seelisch behinderte Menschen können Nachtwachen oder Nachtbereitschaften angeboten werden. Dabei müssen die Nachtbereitschaften nicht mit Fachkräften ausgestattet sein.

16.2 Dienstplanauswertung (Stichtagsauswertung)	Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
16.2.1 In allen Schichten war mind. 1 Fachkraft anwesend (auch im Nachtdienst). Hinweis: Das FK-Gebot gilt ausdrücklich nicht für Einrichtungen für seelisch erkrankte Menschen. ¹	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> FK-Gebot gilt nicht	
16.2.2 An den Stichtagen waren die Dienste den Betreuungsbedarfen angepasst (z.B. mehr Personal im Frühdienst).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

16.2.3 Die Auswertung der Dienstpläne an den Stichtagen ergab, dass die Regeldienstbesetzung eingehalten wurde.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zur Dienstplanauswertung:			

¹ In Einrichtungen und Übergangswohneinrichtungen für seelisch behinderte Menschen können Nachtwachen oder Nachtbereitschaften angeboten werden. Dabei müssen die Nachtbereitschaften nicht mit Fachkräften ausgestattet sein.

Prüfbereich B Eingliederungshilfe Hauptkategorie VII Personal			
Kapitel 17 Einarbeitung, Fort- und Weiterbildung			
17.1 Einarbeitung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
17.1.1 Ein strukturiertes Einarbeitungsverfahren liegt vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.1.2 Das Einarbeitungsverfahren berücksichtigt alle Beschäftig- tengruppen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.1.3 Das Einarbeitungsverfahren sieht Zwischengespräche vor (z.B. nach 4 Wochen, 8 Wochen o.ä.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.1.4 Die Anwendung des Einarbeitungsverfahrens ist erkennbar (Einsicht in „Check- listen“, wenn möglich der letzten 3 neu eingestellten Beschäftigten Pflege/soz. Betreuung).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.1.5 Auch für MAE-Kräfte, FSJler usw. gibt es Einarbeitungs- hinweise/-richtlinien.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zur Einarbeitung:			

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

17.2 Durchgeführte Fortbildungen		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
17.2.1 Jedes Jahr haben Fortbildungen stattgefunden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.2.2 In die erfolgten Fortbildungen waren alle Beschäftigten-gruppen eingebunden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.2.3 Fortbildungen wurden besucht zu den Themen:	Beispiele:		
17.2.4 Bei den besuchten Fortbildungen wurden auch Erste-Hilfe-Maßnahmen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.2.5 Bei den besuchten Fortbildungen wurden auch pflegerische Themen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.2.6 Nachweise zu erfolgten Fortbildungen liegen vor und sind einsehbar (Datum, Thema, Handzeichen der Teilnehmer).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anmerkungen zu durchgeführten Fortbildungen:			

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

17.3 Fortbildungsplanung		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
17.3.1 Eine prospektive Fortbildungsplan ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.3.2 Die Fortbildungsplanung ist einsehbar.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.3.3 Die Fortbildungsplanung umfasst interne und externe Fortbildungen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.3.5 Die Fortbildungsplanung umfasst mind. ein Quartal.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.3.6 In die Fortbildungsplanung werden <u>erkennbar alle</u> Beschäftigtengruppen einbezogen (nicht nur Fachkräfte).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17.3.7 Die Fortbildungsplanung berücksichtigt neue Erkenntnisse in der Betreuung/Förderung behinderter Menschen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Themenbeispiele:		
17.3.8 Die Fortbildungsplanung berücksichtigt auch Themen zum Umgang mit Sexualität behinderter Menschen und sexueller Gewalt gegenüber behinderten Menschen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Themenbeispiele:		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>17.3.9 Die Fortbildungsplanung berücksichtigt Themen zu unterschiedlichen Kulturen und Religionen für eine kultursensible Betreuung.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Themenbeispiele:</p>		
<p>17.3.10 Die Fortbildungsplanung berücksichtigt auch pflegerische Themen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Themenbeispiele:</p>		
<p>17.3.11. Die Fortbildungsplanung berücksichtigt auch die Themen „Sterben in Würde“/“Sterbegleitung“ usw.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Themenbeispiele:</p>		
<p>17.3.12 Die Fortbildungsplanung umfasst auch Schulungen zu Erste-Hilfe-Maßnahmen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>17.3.13 Die Fortbildungsplanung umfasst Unterweisungen zum Umgang mit Medikamenten.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>17.3.14 Die Fortbildungsplanung umfasst Schulungen zur Hygiene.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

Anmerkungen zur Fortbildungsplanung

17.4 Fachliteratur		Mängel/ Beanstandungen	Maßnahmen (Beratung, Empfehlung)
17.4.1 Fachzeitschriften sind vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:		
17.4.2 Aktuelle Fachbücher sind ist vorhanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beispiele:		
17.4.3 Fachbücher werden auf ihre Aktualität hin regelmäßig überprüft und ggf. erneuert/ erweitert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Überprüfung durch (Funktion):		

Anlage 2 der Prüfrichtlinien

<p>17.4.4 Fachzeitschriften und -bücher werden den Beschäftigten in geeigneter Form zur Kenntnis gegeben (z.B. Umlaufverfahren, „Mitarbeiterbibliothek o.ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Verfahren:</p>		
<p>17.4.5 Beschäftigte können jederzeit auf Fachzeitschriften und -bücher zurückgreifen.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufbewahrungs-ort:</p>		
<p>Anmerkungen zur Fachliteratur:</p>			