

Basis- Erhebungsbogen der Heimaufsicht für Prüfungen nach § 15 Heimgesetz (HeimG)

Inhalt:

Hinweise zur Verwendung des Erhebungsbogens

- I. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
- II. Strukturqualität
- III. Prozessqualität
- IV. Weitere Betriebsanforderungen nach dem HeimG
- V. Handlungsbedarfe und Maßnahmen

Hinweise zur Verwendung des Erhebungsbogens

Zweck

Der Erhebungsbogen enthält die von Heimaufsichten nach dem Heimgesetz zu prüfenden Betriebsanforderungen an Heimträger.

Der Erhebungsbogen ist ein Hilfsmittel für die Durchführung von Prüfungen durch die kommunalen Heimaufsichten entsprechend dem in der „Gemeinsamen Empfehlung zur Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes und der Heimaufsichtsbehörden im Rahmen von Prüfungen nach dem 11. Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) / §§ 15 und 20 des Heimgesetzes (HeimG)“ in Niedersachsen vereinbarten Verfahren in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 71, 72 SGB XI .

Bei der Prüfung von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist zu beachten, dass ein Teil der Anforderungen an vollstationäre Pflegeeinrichtungen hier nicht gilt. Die entsprechenden Felder sind nicht auszufüllen.

Struktur- und Prozessqualität

Entsprechend dem in der „Gemeinsamen Erklärung“ vereinbarten Prüfverfahren in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI prüft die Heimaufsicht grundsätzlich die Strukturqualität und eingeschränkt die Prozessqualität und fragt die insoweit erforderlichen formalen Anforderungen an diese Bereiche ab.

Im diesem Zusammenhang ist es empfehlenswert, die „MDK Anleitung zur Prüfung der Qualität gem. §§112, 114 SGB XI in der stationären Pflege“ zu Details einzelner Fragestellungen einzusehen.

Prüfung der Prozessqualität und der Ergebnisqualität

Der Erhebungsbogen enthält Indikatoren für die Beurteilung der bewohnerindividuellen Ergebnisqualität (Bewohnerzufriedenheit) für den MDKN.

Bei gemeinsamen Prüfungen prüft der MDKN die Ergebnisqualität anhand der MDK-Anleitung für stationäre Einrichtungen.

Bewertung der geprüften Sachverhalte

Der Erhebungsbogen enthält kein Bewertungsschema, um festzustellen, ob nach dem Ergebnis der Prüfung seitens der Heimaufsicht

- Handlungsbedarf besteht oder
- eine Beratung zur Beseitigung festgestellter Mängel oder
- eine Anordnung zur Mängelbeseitigung

in Frage kommt.

Der verkürzte Ansatz des Basis-Erhebungsbogens entbindet die Heimaufsicht nicht von der eingehenden und vertieften Prüfung der Situation des Pflegeheims und seiner Bewohnerinnen und Bewohner, wenn Anhaltspunkte dafür sprechen.

Vertiefte Prüfungen sind von der Prüfinstanz aufgrund der jeweiligen Situation zu bewerten und zu entscheiden.

Überprüfung der Hygieneanforderungen durch die Gesundheitsämter

Der Erhebungsbogen enthält aufgrund der unterschiedlichen örtlichen Zusammenarbeitspraxis zwischen den Gesundheitsämtern und den Heimaufsichten bis auf die Erläuterungen unter Ziffer 20 keine Felder für die Prüfungen der Hygiene in den Pflegeeinrichtungen.

Ergänzungen und Zusätze

Die im Erhebungsbogen benannten Prüfsachverhalte sind nicht abschließend. Je nach Besonderheit des Einzelfalles kann die Datei entsprechend ergänzt werden.

Viele der im Erhebungsbogen mit ja oder nein abgefragten Sachverhalte sind in der Praxis komplexer. Zusätzliche Angaben oder Beschreibungen können in der Datei im jeweiligen Feld ergänzt werden.

Von der Pflegeeinrichtung vorzulegende Unterlagen

Bei angemeldeten Prüfungen soll dem Heimträger mit der Ankündigung ein Auszug aus der Datei mit den unter Ziffer 4. **Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorzulegende Unterlagen** bei der Heimaufsicht gespeicherten Daten übersandt werden, damit der Heimträger prüfen kann, welche Punkte sich seit der letzten Prüfung verändert haben und wofür aktuelle Unterlagen vorzuhalten sind.

Die unverändert gültigen Unterlagen brauchen zur Prüfung nicht bereitgehalten werden.

Daten zur Strukturqualität

Beim erstmaligen Ausfüllen des Erhebungsbogens können viele Daten zu **II. Strukturqualität** aus der Heimaufsichtsakte übertragen werden. In der Prüfsituation sind nur die Daten zu aktualisieren, die sich seit der Ersterfassung oder der letzten Prüfung verändert haben.

Bei den baulichen Mindestanforderungen sind Fragen zu Bewohnerzimmern und Aufenthaltsräumen im Erhebungsbogen nicht enthalten, weil diese Angaben der Heimaufsicht durch die Anzeige nach § 12 HeimG bekannt sind.

Prüfergebnis an Heimträger

Im Rahmen des Abschlussgespräches soll besprochen werden, ob nach abschließender Bearbeitung dem Heimträger der Erhebungsbogen mit dem Prüfergebnis zur Verfügung gestellt werden kann.

Der MDKN erhält den ausgefüllten Basis-Erhebungsbogen elektronisch übermittelt.

Basis- Erhebungsbogen der Heimaufsicht für Prüfungen nach § 15 Heimgesetz (HeimG)

I. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

1. Daten zur Einrichtung

Name		MDK-ID
Strasse, Hausnummer		
PLZ/Ort		
Telefon	Fax	
E-Mail	Internet-Adresse	
Einrichtungsart		
Träger		
Trägerart		
Verband / Trägervereinigung		
Datum Inbetriebnahme der Einrichtung unter dem jetzigen Träger		Versorgungsvertrag SGB XI ab
Heimleitung Name	Stellvertretung Name	
Verantwortliche Pflegefachkraft/Pflegedienstleitung Name	Stellvertretung Name	
Heimmitwirkung		
Allgemeine Bemerkungen zur Einrichtung:		

2. Daten zur Prüfung

Datum	Uhrzeit von	bis
Gesprächspartner der Einrichtung		
Prüfende Mitarbeiter der Heimaufsicht		
An der Prüfung Beteiligte	Namen	
<input type="checkbox"/> Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/> Trägerverband	
<input type="checkbox"/> MDK	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
Freie Bemerkung		

3. Art der Prüfung

- Jährliche Nachschau
 Anlassbezogene Prüfung

Kurze Beschreibung des Anlasses angeben

- Wiederholungs- / Nachprüfung nach
 Jährlicher Nachschau am
 Anlassbezogener Prüfung am
 Wiederholungs- / Nachprüfung am

- angemeldet unangemeldet nachts

Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Lebensmittelüberwachung <input type="checkbox"/> Sonstige	Monat/Jahr
Freie Bemerkung	

4. Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorzulegende Unterlagen

Zur Prüfung der Strukturqualität und der eingeschränkten Prüfung der Prozessqualität sind erforderlich:	wurden vorgelegt	Stand Datum	vorzulegen wegen Veränderung	existiert nicht
Aufstellung über die Anzahl der vorgehaltenen und belegten Wohnplätze sowie der versorgten Bewohner, differenziert nach Wohnbereichen und Pflegestufen mit Datum	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktueller Stand vom zur Anzahl der Bewohner der Pflegeeinrichtung mit	Anzahl:			existiert nicht
Wachkoma				<input type="checkbox"/>
Beatmungspflicht				<input type="checkbox"/>
Dekubitus				<input type="checkbox"/>
Blasenkatheter				<input type="checkbox"/>
PEG-Sonde				<input type="checkbox"/>
Fixierung				<input type="checkbox"/>
Kontraktur				<input type="checkbox"/>
Vollständiger Immobilität				<input type="checkbox"/>
Tracheostoma				<input type="checkbox"/>
MRSA				<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus				<input type="checkbox"/>
Schmerz chronisch				<input type="checkbox"/>

Zur Prüfung der Strukturqualität und der eingeschränkten Prüfung der Prozessqualität sind erforderlich:	wurden vorgelegt	Stand Datum	vorzulegen wegen Veränderung	existiert nicht
Versorgungsvertrag der Einrichtung / Strukturhebungsbogen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LQV - Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musterheimvertrag	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der Pflegefachkräfte	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstellung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang mit aktueller Handzeichenliste	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste der von der Einrichtung vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/ Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstpläne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speisepläne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeleitbild	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekonzept	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftskonzept	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzept soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedokumentationssystem	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellenbeschreibungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Pflegevisiten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Informationsweitergabe/Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungsplan	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise interne und externe Fortbildung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organigramm	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise externes Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestandards/Leitlinien/Richtlinien	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienestandard/-plan/-konzept- (wird vom Ges.-Amt geprüft)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzept zum Beschwerdemanagement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Strukturqualität

5. Gebäude und Ausstattung

(Stand der Angaben:)

5.1 Art und Anzahl der vorgehaltenen Plätze

	Vollstationäre Plätze	Tagespflege eigenständig	Kurzzeitpflege eigenständig	gesamt
gesamt				
davon:				
Einzelzimmer				
Doppelzimmer				
Mehrbettzimmer				

5.2 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche

Wohn-/ Pflegebereich	Anzahl Zimmer mit Wohnplätzen				Anzahl Bewohner	davon in Pflegestufe eingestuft						
	1	2	3	>3		Keine	G	I	II	III	Härtefälle	Noch nicht eingestuft
<i>siehe Anlage für detaillierte Aufstellung der Wohn-/Pflegebereiche</i>												
Freie Bemerkung												

5.3 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja: für folgende Personengruppen

6. Bauliche Mindestanforderungen

(Stand der Angaben:)

	ja	nein
Wird ein Zimmer zur vorübergehenden Nutzung i.S.d. HeimMindBauV vorgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja ist das Zimmer <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> belegt mit Grund:		
Möglichkeit zum Telefonieren ohne Mithören durch Dritte vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions- und Zubehörräume ausreichend und geeignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind geeignete Aufzüge vorhanden? Für Rollstuhlfahrer sollten in Aufzügen große und gut erreichbare (Höhe unter 1,20 m) Bedienelemente vorhanden sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handläufe in den Fluren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen) Vorhanden und intakt (Soweit erforderlich, auf beidseitige Ausstattung achten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erforderliche Anzahl von Pflegebädern vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die freie Begehbarkeit der Pflegebäder sichergestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sichtschutz in Pflegebädern vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erforderliche Anzahl von Duschen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erforderliche Anzahl von Toiletten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behindertengerechte WC vorhanden? (f. Rollstuhlfahrer geeignet?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Steht bei Bedarf ein Sichtschutz für die Pflege in Doppel- und Mehrbettzimmern zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Fäkalienpölen ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intakte und erreichbare Not-/Rufanlage vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußböden rutschfest, verkehrs- und bewohnergerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichende und bewohnergerechte Beleuchtung in den Wohnerräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtbeleuchtung in Treppenhäusern und Fluren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raumtemperatur mindestens 22 Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Fragen zur Qualität des Wohnens / § 11 Abs. 1 Nr. 6 HeimG

(Stand der Angaben:)

7.1 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatsphäre und Wohnlichkeit Rechnung getragen?

	ja	nein
Allgemeine Orientierungshilfen (z. B. Speiseraum, WC, Garten...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Gestaltung des Zimmers (Einbettzimmer) bzw. von Teilen des Zimmers (Mehrbettzimmer) mit eigenen Möbeln möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitnahme persönlicher Gegenstände/Erinnerungsstücke möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitnahme von Wäsche möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschließbare Schubladen oder Fächer stehen für jeden Bewohner zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung folgendes zu

	ja	nein
Bewegungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten auch während der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angemessene Beleuchtung in den unterschiedlichen Wohn- und Aufenthaltsbereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle Orientierungshilfen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?

	ja	nein
Freie Bemerkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

7.4 Gibt es verbindliche Verfahrensanweisungen für den Einzug der Bewohner in die Einrichtung?

	ja	nein
Freie Bemerkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

8. Ausstattung mit Hilfsmitteln (ggf. im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität)

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

9. Angaben zur Personalstruktur / § 11 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 Nr. 1 HeimG

(Stand der Angaben:)

9.1. Angaben zur Heimleitung

unverändert nicht geprüft

Name		
Eignung der Heimleitung (§§ 2 und 3 HeimPersV)	ja	nein
Fachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Stellenbeschreibung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Name:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es diesbezüglich eine schriftliche Regelung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist diese allen Mitarbeitern/innen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

(Stand der Angaben:)

9.2 Angaben zur Pflegedienstleitung

unverändert nicht geprüft

Name		
Eignung der Pflegedienstleitung (§ 4 Abs. 2 i.V.m. §§ 2 Abs. 2 Nr. 2,3 Abs. 1 S. 2 HeimPersV)	ja	nein
Fachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Stellenbeschreibung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertretung Name:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es diesbezüglich eine schriftliche Regelung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist diese allen Mitarbeitern/innen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Pflegedienstleitung gleichzeitig die verantwortliche Pflegefachkraft nach SGB XI und zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser Einrichtung?		Stunden
Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja: Mit welchem Stundenumfang?		Stunden
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

(Stand der Angaben:)

unverändert nicht geprüft

9.3 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

(Stand der Angaben:)

unverändert nicht geprüft

9.4 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche		
<input type="checkbox"/> Grundpflege	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> Soziale Betreuung
<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung	<input type="checkbox"/> Hausreinigung
Freie Bemerkung		

10. Ausreichende Anzahl der Beschäftigten / 11 Abs. 2. Nr. 2 HeimG

(Stand der Angaben:)

10.1 Pflege und soziale Betreuung		Vollzeitkraft = Stunden/Woche
Geeignete Kräfte:		Anzahl der Personen
		Gesamtstellen in Vollzeit
Fachkräfte in der Pflege	Verantwortliche Pflegefachkraft	
	Stellvertretene verantwortliche Pflegefachkraft	
	Altenpfleger/in	
	Gesundheit- und Krankenpfleger/in	
	Gesundheit- und Kinderkrankenpfleger/in	
	Heilerziehungspfleger/in	
Summe Fachkräfte in der Pflege		
Sonstige Fachkräfte	Sozialpädagogen	
	Sozialarbeiter/in	
	Ergotherapeuten	
	Beschäftigungstherapeuten	
Summe Fachkräfte		
Nicht exami- nierte Kräfte	Krankenpflegehelfer/in	
	Altenpflegehelfer/in	
	Angelernte Kräfte	
	Auszubildende	
	Sonstige	
Summe nicht examinierte Kräfte/Hilfskräfte		
Personal - IST gesamt		
Freie Bemerkung		

10.2 Voraussetzung des § 5 Abs. 1 Heimpersonalverordnung

(Fachkraftquote/angemessene Beteiligung der Fachkräfte an der Versorgung der Bewohner)

Die Fachkraftquote wird	<input type="checkbox"/> erfüllt (50 %)	
	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt	%
Eine Befreiung nach § 5 Abs. 2 HeimPersVO liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

10.3 Ununterbrochene Beteiligung der Fachkräfte an der Versorgung der Bewohner

	ja	nein
Ist gewährleistet, dass entsprechend der Bewohnerstruktur und den räumlichen Gegebenheiten ausreichend Pflegefachkräfte in der gesamten Einrichtung diensthabend sind Einzelfallbezogen prüfen, bei Bedarf Auswertung des Dienstplanes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

10.4 Nachtdienst

	ja	nein
Ist gewährleistet, dass in der Nacht ausreichend Pflegefachkräfte anwesend sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, Grund		
Anzahl der Nachtwachen Vollkräfte	davon Fachkräfte Vollkräfte	

11. Personal für die hauswirtschaftliche Versorgung

Personal – Ist	Anzahl in Vollkräfte
Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung)	
Hilfskräfte und angelernte Kräfte	
Personal – Ist gesamt	
Anteile aus Fremdvergaben	

III. Formale Fragen zur eingeschränkten Prüfung der Prozessqualität

Hinweis: Unter „eingeschränkter Prüfung“ wird hier die Abfrage und ggf. Erstbewertung von ausgewählten Indikatoren für die Prozessqualität verstanden. Weitergehende und vertiefende Prüfungen des MDKN nach §§ 112 Abs. 3, 114 SGB XI, ggf. auch im engen zeitlichen Zusammenhang, bleiben unberührt. Dies ist der betroffenen Einrichtung bekannt zu geben.

12. Ablauforganisation in der Pflege / § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

12.1 Organisation der Pflege

	ja	nein
a. Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

12.2 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?

ja nein

Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

12.3 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja:		
a. dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. vollständige Namen (Vor- und Zuname)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Qualifikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Legende für Dienst-/ Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Geltungszeitraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

12.4 Kontinuierliche Pflege und Versorgung der Bewohner durch die Personaleinsatzplanung

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
a. Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kontinuität in der Pflege nachts gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Besetzung an Wochenenden/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kontinuität in der sozialen Betreuung gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

12.5 Gibt es Hinweise darauf, dass die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner nicht adäquat ist?

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Grund		

13. Konzeptionelle Grundlagen

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

13.1 Liegt ein schriftliches Pflegekonzept vor?

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

13.2 Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

13.3 Gibt es ein Konzept für die soziale Betreuung?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

13.4 Liegt ein schriftliches Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung vor?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

wenn ja:	
a. Aussagen zur Leistungsgestaltung Verpflegung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Aussagen zur Leistungsgestaltung Hausreinigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Aussagen zur Leistungsgestaltung Wäscheservice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. Ist das Konzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. Ist das Konzept den Mitarbeitern Hauswirtschaft bekannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

14. Qualitätsmanagement / § 11 Abs. 2 Nr. 4

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

15. Pflegedokumentation

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

15.1 Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?

(s. Empfehlung des Landespflegeausschusses zu Pflegedokumentation, bzw. MDS Grundsatzstellungnahme zum Pflegeprozess/ Dokumentation)

	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

15.2 Möglichkeit der Erfassung relevanter Informationen mit dem Pflegedokumentationssystem

	ja	nein
a. Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pflegeanamnese / Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Trink- / Bilanzierungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Dekubitusrisiko / Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

15.3 Ist in der Einrichtung ein computergestütztes Pflegedokumentationssystem vorhanden?

	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja:		
a. Ist bei der computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Zugriffsrecht für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. nachträgliche Eintragungen / Änderungen werden als solche gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

16. Verpflegung

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

16.1 Wird in der Pflegeeinrichtung ein Speiseplan veröffentlicht und den Bewohnern zur Kenntnis gebracht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja:		
Seniorengerechte Schriftgröße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speisepläne hängen in den Wohnbereichen aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgehängte Speisepläne sind für Rollstuhlfahrer einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immobilie Bewohner bekommen den Speiseplan oder werden über das Speisenangebot systematisch informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

16.2 Angaben zum Speisenangebot (abwechslungsreich, vielseitig, bedarfsgerecht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wahlmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diätkost, z. B. Diabetes etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunschkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedarfsgerechtes Speisenangebot für gerontopsychiatrisch veränderte Bewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei bestehender Kaufähigkeit Angebot fester Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird regelmäßig Obst angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

16.3 Übernehmen die Bewohner ihren Fähigkeiten entsprechend die mundgerechte Zubereitung der Nahrung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

16.4 Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten?		
Frühstück	von	bis
Zwischenmahlzeit	von	bis
Mittagessen	von	bis
Zwischenmahlzeit / Kaffee	von	bis
Abendessen	von	bis
Spätmahlzeit	von	bis
Nachtmahlzeit	von	bis
Freie Bemerkung		

16.5 Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja:		
Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

16.6 Umgang mit speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr für die Bewohner

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Geeignete Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder geronto - psychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

17. Soziale Betreuung / § 11 Abs. 1 Nr. 5 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

17.1 Leistungen der sozialen Betreuung

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Gruppenangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahreszeitliche Feste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten zur Kontaktaufnahme / Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

17.2 Sind die inhaltlichen Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?

ja

nein

Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

17.3 Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

17.4 Angebote der sozialen Betreuung

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Angebot besteht nahezu täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot besteht zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Bewohner mit vollständiger Immobilität besteht nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) besteht nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.5 Besitzen die für die Betreuung der geronto- psychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständigen Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fortund/ oder Weiterbildungen)?

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

17.6 Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

17.7 Wird Beratung angeboten ? (z.B. bei Anträgen zu Hilfsmitteln, Ernährung, vor Heimaufnahme)

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Freie Bemerkung		
Beratung		Frist
Mängel		Frist
Anordnung		Frist

IV. Weitere Betriebsanforderungen nach dem HeimG

18. Medizinische Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner / § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

18.1 ohne Einschränkung der pers. Wahlfreiheit

	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist die ärztliche Versorgung sicher gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen ggf. auch Fachärzte in die Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

18.2 Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit Medikamenten

Die Medikamente werden anhand der ärztlichen Verordnung gestellt von:

- examinierten Pflegekräften
 nicht examinierten Pflegekräften unter Anleitung ohne Anleitung
 Apotheke

Medikamente werden verabreicht von:

- examinierten Pflegekräften
 nicht examinierten Pflegekräften

18.3 Wer führt bei den Bewohnerinnen und Bewohnern die einfache Fuß- und Nagelpflege durch?	
<input type="checkbox"/> Pflegekräfte	<input type="checkbox"/> Fußpflege – grundsätzlich extern
Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

19. Infektionsschutz und Hygiene / § 11 Abs. 1 Nr. 9 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut hat im September 2005 eine Empfehlung zur „Infektionsprävention in Heimen“ herausgegeben, die als „einschlägige Anforderung“ nach § 11 Abs. 1 Nr. 9 HeimG anzusehen ist.

Zuständige Überwachungsbehörde für die Einhaltung der Infektionshygiene sind nach § 36 Infektionsschutzgesetz die Gesundheitsämter. Letzter Bericht des Gesundheitsamtes siehe Ziffer 3.

Im Verlauf der Prüfung festgestellte Auffälligkeiten im Bereich des Infektionsschutz und Hygiene (zur Weitergabe an das Gesundheitsamt):

Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

20. Umgang mit Arzneimitteln / § 11 Abs. 1 Nr. 10 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

20.1 Bewohnerbezogene und ordnungsgemäße Aufbewahrung	ja	nein
Medikamentenschrank verschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BTM-Schrank vorhanden und verschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente bewohnerbezogen sortiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente korrekt gelagert (z. B. kühle Lagerung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbruchdaten bei Tropfen notiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfalldaten beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungs- und Wartungsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesonderte Dokumentation für BTM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenkühlschrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgleich Dokumentation und Medikamentenaufbewahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stichprobe bei folgenden Bewohnern		
Freie Bemerkung		
Beratung	Frist	
Mängel	Frist	
Anordnung	Frist	

20.2 Jährliche Beratung des Personals über den sachgerechten Umgang

Es besteht ein Vertrag nach § 12 Apothekengesetz mit folgender Apotheke

Die Beratung erfolgt durch die Vertragsapotheke

Die letzte Überprüfung durch die Apotheke fand statt am _____ . (Protokoll einsehen)

Die Beratung erfolgt durch folgende Personen/Stellen:

21. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner / § 10 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben: _____)

Die nach §§ 29 ff. HeimMitwirkVO vorgeschriebene Beteiligung des Heimbeirates wird wie folgt durchgeführt:

21.2 Gespräch mit Heimbeirat/Ersatzgremium ggf. mit dem Heimfürsprecher oder mit Bewohnern

Gespräch mit Heimbeirat/Ersatzgremium/Heimfürsprecher geführt: ja nein

Gespräch mit Bewohnern geführt ja nein

a. Allgemeine Angaben zum Tagesablauf

Freie Bemerkung

b. Essen und Getränke

Freie Bemerkung

c. Beschäftigung

Freie Bemerkung

d. Wäscheversorgung und Reinigung der Räumlichkeiten

Freie Bemerkung

e. Umgang mit Beschwerden

Freie Bemerkung

22. Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen / § 13 Abs. 1 Nr. 9 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben: _____)

22.1 Gibt es in der Einrichtung so genannte „geschlossene Wohnbereiche“ im Sinne von § 1906 Abs. 4 BGB?

<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	und zwar
	Liegen für die dort wohnenden Personen Genehmigungsbeschlüsse des zuständigen Vormundschaftsgerichtes vor?
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> nein	Grund

22.2 Weitere freiheitsentziehende Maßnahmen:

	Bettgitter	Bauchgurt	Stecktisch	Medikamente
Anzahl der Bewohner, die durch in ihrer Freiheit eingeschränkt werden				
davon mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts und ggf. Betreuers				
davon mit persönlichem Einverständnis				
ohne rechtliche Grundlage				

Werden die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen dokumentiert? ja nein

Freie Bemerkung

Beratung Frist

Mängel Frist

Anordnung Frist

23. Heimvertrag / § 11 Abs. 3 Nr. 2 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

23.1 Wird zwischen dem Träger und dem künftigen Bewohner / der künftigen Bewohnerin ein schriftlicher Heimvertrag abgeschlossen?

(falls kein Musterheimvertrag in den Akten vorliegt, bitte als Anlage beifügen)

ja vor Einzug nein

Stichproben (Bitte prüfen, ob aktuelle Heimverträge vollständig ausgefüllt und unterschrieben vorliegen!)

23.2 Hat die Bewohnerin bzw. der Bewohner oder ihre / seine Bevollmächtigten / Betreuer die Gelegenheit, Einsicht in die Vereinbarungen wie z.B. Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI oder Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI (sofern im Heimvertrag auf diese verwiesen wird), Einsicht zu nehmen?

ja nein

23.3 Gibt es Bewohnerinnen / Bewohner, die ohne schriftlichen Heimvertrag in der Einrichtung leben?

ja, Anzahl nein

23.4 Haben künftige Bewohnerinnen und Bewohner vor Vertragsabschluss die Möglichkeit, ihren zukünftigen Wohnraum zu besichtigen?

ja nein

23.5 Werden die Kosten für die Wäschekennzeichnung von der Einrichtung übernommen?

ja nein

23.6 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten?

ja, welche nein

Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

24. Verwaltung von Fremdgeldern / Aufbewahrung von Wertsachen / § 13 Abs. 1 Nr. 10 HeimG

nicht geprüft

(Stand der Angaben:)

wird zurzeit nicht in Anspruch genommen (Regelleistung nach § 43 SGB XI, LRV Nds. § 75 SGB XI)

Barbetrags-/ Vorschussverwaltung

Auslagenverwaltung

Anzahl	
--------	--

24.1 Werden Wertsachen (Gegenstände oder Geld) der Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung aufbewahrt? Wenn ja, wie wird dies dokumentiert?

ja, und zwar nein

24.2 Auf welcher Grundlage wird die Verwaltung wahrgenommen?

Heimvertrag Vollmacht nein

24.3 Ist für die verwalteten Beträge bei einem Kreditinstitut ein Sonderkonto eingerichtet worden?

(Nachweis vorlegen lassen)

ja nein

24.4 Belege übersichtlich sortiert und aufgehoben?

ja nein

Freie Bemerkung	
Beratung	Frist
Mängel	Frist
Anordnung	Frist

Anlage zu 21.2: Gespräch mit Heimbeirat/Ersatzgremium ggf. mit dem Heimfürsprecher oder mit Bewohnern

Beispielhafte Fragen:

1. Allgemeine Angaben zum Tagesablauf	Immer	Überwiegend	Gelegentlich	nie	Keine Angabe
Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klopfen die Mitarbeiter an, bevor sie Ihr Zimmer betreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lassen sich die Pflegenden genügend Zeit für die Pflegearbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie von den Mitarbeitern unterstützt motiviert, sich teilweise oder ganz selbst zu waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen die Mitarbeiter welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird das einfache Schneiden der Fußnägel von der Einrichtung übernommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie auf Wunsch auch baden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange dauert es, wenn Sie klingeln, bis eine Pflegekraft kommt?	tagsüber nachts			ca. ca.	Min. Min.
Ist der Zeitraum zwischen Klingeln und Erscheinen der Pflegekraft für Sie angemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie morgens zu einer bestimmten Zeit aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie zu Bett gehen, wann Sie möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie jederzeit die Einrichtung verlassen oder betreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Essen und Getränke					
Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmeckt Ihnen das Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie jeden Morgen eine Zwischenmahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie abends eine Spätmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welchen Zeiten werden Ihnen die Mahlzeiten angeboten?					
Frühstück ab bis	Mittagessen ab bis	Abendbrot ab bis	Spätmahlzeit ab bis		
Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beschäftigung					
Entspricht das Angebot an Beschäftigung und Unterhaltung Ihren individuellen Bedürfnissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche regelmäßigen Angebote werden gemacht (z. B. Zeitung vorlesen, Spiele, Gymnastik)?					
Werden besondere Veranstaltungen durchgeführt z.B. Sommerfest?					
Werden Ausflüge angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird der Heimbeirat an der Planung der Angebote beteiligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wäscheversorgung und Reinigung der Räumlichkeiten					
Entspricht die Reinigung der Einrichtung Ihren Erwartungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden die Kosten für die Wäschekennzeichnung von der Einrichtung übernommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Umgang mit Beschwerden					
Haben Sie sich schon einmal beschwert? Wenn ja, worüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Wünsche zur Betreuung durch die Einrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>