



**Kriterienkatalog zur Prüfung von
Einrichtungen der Altenhilfe nach
§ 17 SächsWTG**

Solidarisch – Sozial – Stark



KSV Sachsen | Beratungs- und Prüfbehörde nach dem Sächsischen
Wohnteilhabegesetz (SächsWTG)

Vorbereitung der wiederkehrenden Prüfung

Daten der Einrichtung	
Aktenzeichen	
Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Landkreis	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Art	Wählen Sie ein Element aus.
geförderte Einrichtung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Betriebsaufnahme	
Einrichtungsleitung	
Pflegedienstleitung	
Pflegefachlicher Schwerpunkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welcher?	
Heimmitwirkung	Wählen Sie ein Element aus.
Anzahl Mitglieder der Bewohnervertretung	Wählen Sie ein Element aus.
Name des Vorsitzenden der Bewohnervertretung bzw. des Bewohnerfürsprechers	
Amtszeit endet am	
Name des Trägers	
Straße	
PLZ / Ort	
Art des Trägers	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Homepage	
Name der vertretungsberechtigten Person	
Anschrift der vertretungsberechtigten Person	
Name der vertretungsberechtigten Person	
Anschrift der vertretungsberechtigten Person	
Name der vertretungsberechtigten Person	
Anschrift der vertretungsberechtigten Person	

Kapazität der Einrichtung		
	Angezeigte Plätze	Am Tag der Prüfung belegte Plätze
vollstationäre Plätze:		
davon geschlossene Plätze: (i. S. § 1831 Abs. 4 BGB)		
davon eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze:		
Kurzzeitpflegeplätze (solitär):		
Anmerkungen:		

Anzahl der Zimmer	
Einzelzimmer:	Doppelzimmer:
Anmerkungen:	

Befreiungen		
Wurde von <u>baulichen</u> Anforderungen befreit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Datum des Bescheides:		
Inhalt des Bescheides:		
Nebenbestimmungen:		

Wurde von <u>personellen</u> Anforderungen befreit? (Kontrolle Einhaltung Nebenbestimmung im Nachbereitungsteil)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Datum des Bescheides:			
Inhalt des Bescheides:			
Nebenbestimmung:			

Liegt eine abweichende Bestimmung bezüglich der Bewohnermitwirkung vor?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Datum des Bescheides:			
Inhalt des Bescheides:			

Anordnungen			
Bestehen zum Zeitpunkt der Prüfung Anordnungen? (Kontrolle Einhaltung Anordnung im Nachbereitungsteil)		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Datum des Bescheides:			
Inhalt des Bescheides:			

Feststellungen der letzten Prüfungen			
Letzte Prüfung der Heimaufsicht			
Datum:			
Art der Prüfung:	wiederkehrend <input type="checkbox"/>	anlassbezogen <input type="checkbox"/>	
Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Festgestellte Mängel:		
Anmerkungen:			
Letzte Prüfung der LVSP			
Prüfinstitution:	Wählen Sie ein Element aus.		
Datum:			
Art der Prüfung:	Wählen Sie ein Element aus.		
Keine Mängel <input type="checkbox"/>	Festgestellte gravierende Mängel:		
Anmerkungen:			

Durchführung der Prüfung	
Datum der Prüfung	
von:	bis:
von:	bis:

Teilnehmer der Prüfung	
Name	Verantwortungsbereich

Hinzuziehung Dritter		
Ist die Information der Bewohnervertretung über die Durchführung der Prüfung erfolgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Wünscht die Bewohnervertretung an der Prüfung teilzunehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wünscht der Träger eine Hinzuziehung von Verbänden oder Vereinigungen, denen er angehört, zur Prüfung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:		

Tarifvertragliche Regelungen		
Findet in der Einrichtung ein Tarifvertrag Anwendung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wurden darin abweichende Regelungen zur regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit getroffen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Umfang?		
Anmerkungen:		

Transparenz und Informationspflichten, Qualitäts- und Beschwerdeverfahren

1. Transparenz- und Informationspflichten

1.1 Wird der anonymisierte Prüfbericht der letzten wiederkehrenden Prüfung der zuständigen Behörde am Ort der Einrichtung vorgehalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
1.2 Wird gegenwärtigen oder künftigen versorgten Personen und ihren rechtlichen Vertretern auf Wunsch Einsichtnahme in den Prüfbericht gewährt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
1.3 Wie werden die versorgten Personen und deren rechtliche Vertreter über die Einsichtnahmemöglichkeit in Kenntnis gesetzt?			A/I
1.4 Wird den versorgten Personen oder ihren rechtlichen Vertretern die Einsichtnahme in die sie betreffende Dokumentation gewährt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A

2. Beschwerdeverfahren

2.1 Wird ein Beschwerdeverfahren sichergestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
2.2 Ist das Beschwerdeverfahren in leicht verständlicher Sprache formuliert (<i>insbesondere adressatengerecht</i>)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
2.3 Wie werden die versorgten Personen über ihr Beschwerderecht informiert?			A/I
2.4 Wird auf die Erreichbarkeit der zuständigen Behörde (Heimaufsicht) hingewiesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
2.5 Ist eine verantwortliche Person für die Bearbeitung der Beschwerden benannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
2.6 Wie wird sichergestellt, dass die verantwortliche Person von den Beschwerdeinhalten Kenntnis erlangt?			A
2.7 Welche Bearbeitungsfrist ist für die Bearbeitung von Beschwerden bestimmt?			P
2.8 Wie erfolgt die Dokumentation eingehender Beschwerden?			P
2.9 Wie erfolgt die Auswertung/Erledigung der Beschwerden?			P
2.10 Wie viele Beschwerden wurden in den letzten zwölf Monaten dokumentiert und was waren die wesentlichsten Beschwerdesachverhalte (<i>Stichpunkte</i>)?			E

Anmerkungen:

Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten

3. Verwaltung von Geldern und Wertsachen

3.1 Werden durch die Einrichtung Gelder und Wertsachen der versorgten Personen verwaltet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Wenn ja, wie erfolgt die Auszahlung?	A
--------------------------------------	---

Täglich zu festen Zeiten <input type="checkbox"/>	Wöchentlich zu festen Zeiten <input type="checkbox"/>	Im Rahmen der Bürozeiten jederzeit <input type="checkbox"/>
---	---	---

Auf andere Weise:

3.2 Wie erfahren die versorgten Personen in angemessener und verständlicher Weise die Auszahlungsmodalitäten?	A/I
---	-----

3.3 Wie werden die individuellen Auszahlungswünsche der versorgten Personen berücksichtigt?	A
---	---

3.4 Erhalten die versorgten Personen bzw. gesetzliche Vertreter regelmäßig Abrechnungen zum Barbetrag bzw. können diese einsehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Wenn nein, warum nicht?

Anmerkungen:

4. Aufbewahrung

4.1 Erfolgt die Aufbewahrung der Aufzeichnungen nach § 9 Abs. 1 sowie sonstige Unterlagen und Belege für mindestens drei Jahre?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Anmerkungen:

5. Geld- oder geldwerte Leistungen an Träger, Beschäftigte und eingesetzte Personen

5.1 Gibt es Regelungen zum Verbot der Annahme von Geld oder geldwerten Leistungen (<i>Dienstanweisungen o.ä.</i>)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
--	-----------------------------	-------------------------------	---

5.2 Wenn ja, ist die Annahme geringwertiger Leistungen davon ausgenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
---	-----------------------------	-------------------------------	---

5.3 Ist der Einrichtungsleitung oder dem Träger bekannt, dass ein Antrag auf Ausnahme vom Verbot des § 10 Abs. 1 und 4 SächsWTG gestellt werden kann? <i>(Wenn nein, kurze Beratung)</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
--	-----------------------------	-------------------------------	---

Anmerkungen:

Gewaltprävention, freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen

6. Gewaltschutzkonzept

6.1 Liegt in der Einrichtung ein Gewaltschutzkonzept vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Wenn nein, warum nicht?

6.2 Berücksichtigt das Gewaltschutzkonzept folgende Mindestinhalte:

eine wohnform- und zielgruppenspezifische Risikoanalyse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Handlungsanweisungen, Zuständigkeiten und Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten des eingesetzten Personals	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
--	-----------------------------	-------------------------------	---

Beschwerdeverfahren im Umgang mit Gewaltvorkommnissen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Maßnahmen zur Aufklärung und Schulung der versorgten Personen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Interventionsstrategien in Form eines Handlungsplanes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Kooperation mit externen Beratungs-, Schutz- und Hilfsangeboten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
---	-----------------------------	-------------------------------	---

6.3 Ist eine verantwortliche Person für die Aufstellung und Umsetzung der Gewaltschutzmaßnahmen benannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
--	-----------------------------	-------------------------------	---

Wenn nein, warum nicht?

6.4 Werden im Konzept Möglichkeiten zur Vermeidung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen aufgezeigt? <i>(bei Anwendung von FEM verpflichtend)</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
---	-----------------------------	-------------------------------	---

6.5 Werden die Inhalte des Gewaltschutzkonzeptes jährlich evaluiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
--	-----------------------------	-------------------------------	---

6.6 Werden die Beschäftigten mindestens einmal jährlich hinsichtlich des Konzeptes geschult?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
--	-----------------------------	-------------------------------	---

Wenn nein, warum nicht?

6.7 Wann hat die letzte Schulung der Beschäftigten hinsichtlich des Konzeptes stattgefunden?			P
--	--	--	---

6.8 Werden Fortbildungen zur Thematik Gewalt/Gewaltprävention für Beschäftigte angeboten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
---	-----------------------------	-------------------------------	---

Wenn nein, warum nicht?

6.9 Welche Maßnahmen werden zur Aufklärung und Schulung von versorgten Personen ergriffen?			
6.10 Werden Fortbildungen zur Vermeidung und Umgang mit freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen angeboten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
6.11 Stehen für Beschäftigte in stark belastenden Funktionen Beratungsangebote o. ä. zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
6.12 Wie wird sichergestellt, dass Hinweise auf Verstöße gegen eine gewaltfreie und menschenwürdige Pflege anonym gemeldet werden können?			A
6.13 Sind in den letzten zwei Jahren Gewaltvorfälle bekannt geworden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn ja, wie wurde darauf reagiert?			
Wenn nein, warum nicht?			
Anmerkungen:			

7. Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen			
7.1 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn ja, siehe Anlage FEM			P
7.2 Welche Maßnahmen werden bei kurzfristigen Krisenepisoden der versorgten Personen umgesetzt? (z. B. akute Eigen- oder Fremdgefährdungstendenz)			A
7.3 Liegt in der Einrichtung ein Konzept zum Umgang mit freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
7.4 Bei Vorliegen von Einwilligungen der versorgten Personen in die Anwendung freiheitsentziehender und freiheitsbeschränkender Maßnahmen: in welchem Zeitintervall werden diese evaluiert?			A
7.5 Wie wird bei der Anwendung von körpernahen FEM sichergestellt, dass individuelle Bedürfnisse erkannt und diesen entsprochen wird (z. B. Toilettengang, Unterstützung bei der Getränkeaufnahme)?			A
Anmerkungen:			

Beteiligungs- und Einsichtsrechte

8. Individuelle Pflege- und Betreuungsmaßnahmen

8.1 Wie werden die versorgten Personen bei der Erstellung und Durchführung ihrer Pflege- und Betreuungsmaßnahmenplanung einbezogen?			A/I
8.2 Werden Angehörige auf Wunsch der versorgten Person in die Pflege und Betreuung mit einbezogen (z. B. Essen reichen, Duschen etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
8.3 Können versorgte Personen jederzeit Besuch auf ihren Zimmern empfangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/I
Wenn nein, warum nicht?			
8.4 Können versorgte Personen ihren Wohnraum selbst gestalten und möblieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/I
Wenn nein, warum nicht?			
8.5 Wie erfolgt die Beteiligung der versorgten Personen bei einer vorgesehenen Belegung im Doppelzimmer?			A
8.6 Kommen in der Einrichtung künstliche Intelligenz oder Roboter in der Pflege oder Betreuung von versorgten Personen zum Einsatz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn ja, werden die Einwilligungen der versorgten Personen dazu eingeholt? (<i>Nachweis</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
Wenn ja, wie erfolgt die Aufklärung der versorgten Personen über Zweck und Art des Einsatzes sowie die Funktionsweise der eingesetzten Technik?			
Anmerkungen:			

Grundsätzliche Anforderungen

9. Selbstbestimmung

9.1 Wie wird sichergestellt, dass die versorgten Personen in der von ihnen gewünschten Form angesprochen werden?			A/I
9.2 Kann auf Wunsch jede versorgte Person einen eigenen Zimmerschlüssel erhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/I
Wenn nein, warum nicht?			
9.3 Sind Gemeinschaftsflächen auch während der Nacht durch versorgte Personen nutzbar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
9.4 Wie und in welcher Form erfolgt der Umgang der Einrichtung mit sexuellen Bedürfnissen der versorgten Personen (z. B. Aufklärung und Schulung der Beschäftigten, Angehörigenarbeit usw.)?			A

9.6 Haben die versorgten Personen die Möglichkeit, in der Einrichtung sexuelle Bedürfnisse ausüben zu können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
9.7 Werden die versorgten Personen in der Ausübung sexueller Bedürfnisse durch die Einrichtung unterstützt (z. B. entsprechende Räumlichkeiten, Abschließbarkeit des Zimmers, auf Wunsch Kontaktaufnahme zu Anbietern sexueller Dienstleistungen o. ä.)?			A
10. Interkulturelle Kompetenz			
10.1 Wie wird die interkulturelle Kompetenz der Pflege- und Betreuungskräfte gefördert?			A
11. Selbständige und selbstbestimmte Lebensgestaltung, Teilhabe, kulturelle und religiöse Belange			
11.1 Wie erfolgt die Motivation der versorgten Personen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben auch außerhalb der Einrichtung?			A
11.2 Über welche Netzwerke zur Einbindung der versorgten Personen in den Sozialraum verfügt die Einrichtung (Vereine, Kindergärten Musikgruppen usw.)?			A
11.3 Wie werden kulturelle/religiöse Hintergründe der versorgten Personen bei der Betreuung und Pflege berücksichtigt (z. B. entsprechendes Ernährungsangebot, Beachtung von Waschroutinen, Möglichkeit der Glaubensausübung u. ä.)?			A
11.4 Wird den versorgten Personen unabhängig von einer evtl. konfessionellen Bindung der Einrichtung die Ausübung (z. B. Tageszeitengebete, Fastenrituale etc.) ihres Glaubens ermöglicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
12. Angemessene Qualität der Betreuung			
12.1 Finden Betreuungsangebote zu unterschiedlichen Tageszeiten (z. B. vormittags oder nachmittags an verschiedenen Tagen – auch am Wochenende) statt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/I
Wenn nein, warum nicht?			
12.2 Finden in der Einrichtung kulturelle Angebote statt? (z. B. Feste, Theater, Kinoabend usw.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
12.3 Finden in der Einrichtung Bildungsangebote für versorgte Personen statt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
12.4 Werden die Angebote den versorgten Personen in angemessener und verständlicher Weise zur Kenntnis gebracht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/R

Wenn ja, wie?			
12.5 Haben die versorgten Personen die Möglichkeit auf Gruppenbetreuungsangebote Einfluss zu nehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/I
Wenn ja, wie?			
Wenn nein, warum nicht?			
Anmerkungen:			
12.6 Verfügt die Einrichtung über ein Konzept zur Sterbebegleitung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
Wenn nein, warum nicht?			
12.7 Enthält das Konzept Regelungen zum Einbezug von Angehörigen oder Freunden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
12.8 Enthält das Konzept Aussagen bezüglich der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche der versorgten Person?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
Wenn ja, wie werden diese erhoben?			
Wenn nein, warum nicht?			
12.9 Gibt es eine Kooperation bzw. Kontakt zu einem Hospizdienst o. ä.?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
Anmerkungen:			
13. Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen			
13.1 Wie wird gewährleistet, dass die Pflege und Betreuung in der Regel mit festen Bezugspersonen erfolgt?			A
13.2 Wie kann bei Bedarf dem Wunsch nach gleichgeschlechtlicher, kultur- und diversitätssensibler Pflege und Betreuung nach Möglichkeit entsprochen werden?			A
13.2 Mit welchen Maßnahmen werden der Vereinsamung oder Isolation der versorgten Personen vorgebeugt (z. B. bei Erkrankungsfällen, Quarantäne oder Bewohner mit Depressionsneigung oder Introvertiertheit)?			A
14. Verpflegung			
14.1 Welche Möglichkeiten bestehen für die versorgten Personen auf die Speiseplangestaltung Einfluss zu nehmen?			A/I
14.2 Wie werden individuelle Wünsche der Bewohner bei der Zubereitung der Mahlzeiten in der hauseigenen Küche bzw. externe Küche berücksichtigt?			A
14.3 Erfolgen regelmäßig Zufriedenheitsbefragungen der versorgten Personen über die externe Mahlzeitenversorgung (z. B. Einbindung der Bewohnervertretung, Bildung Küchenkommission usw.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			

14.4 Wie werden vollständig immobile versorgte Personen über das Speiseangebot informiert?			A
14.5 Besteht bei dem Speiseangebot Wahlmöglichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/R
Wenn nein, warum nicht?			
14.6 Wird regelmäßig Obst angeboten (mehrmals wöchentlich)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/I
Wenn nein, warum nicht?			
14.7 Stehen Warm- und Kaltgetränke für die versorgten Personen zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/R
Wenn nein, warum nicht?			
14.8 Sind diese jederzeit und unbegrenzt für die versorgten Personen erreichbar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/R
Wenn nein, warum nicht?			
14.9 Wie wird sichergestellt, dass die selbstständige Mahlzeiten- und Flüssigkeitseinnahme für die versorgten Personen so lange wie möglich aufrechterhalten wird?			A
14.10 Sind ausreichend Hilfsmittel vorhanden, um die Selbstständigkeit der versorgten Personen beim Essen und Trinken zu unterstützen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/R
Wenn nein, warum nicht?			
14.11 Können die versorgten Personen selbst entscheiden, wo sie ihre Mahlzeiten einnehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
Anmerkungen:			
15. Unterhaltsreinigung			
15.1 Sind Intervalle für die Unterhaltsreinigung festgelegt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
15.2 Wie wird die Reinigungsleistung auch bei kurzfristigen Ausfällen sichergestellt?			A
15.3 Wird die Leistungserbringung (intern/extern) regelmäßig kontrolliert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			
Wenn ja, durch wen und wie?			
Anmerkungen:			
16. Wäscheversorgung			
16.1 Wie lange dauert der Wäschelauf der Bewohnerwäsche?			A

16.2 Wie wird gewährleistet, dass die versorgten Personen ihre persönliche Wäsche zurückerhalten?			
<input type="checkbox"/> Wäsche wird durch die Einrichtung gekennzeichnet			
<input type="checkbox"/> Auf andere Weise (Beschreibung):			
16.3 Wie erfolgt der Umgang mit verschwundener oder beschädigter Wäsche (z. B. Kostenerstattung bei Unauffindbarkeit)?			
Anmerkungen:			
17. Hygienekonzept			
17.1 Liegt in der Einrichtung ein Hygienekonzept vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
Wenn nein, warum nicht?			
17.2 Sind die Mitarbeitenden nachweislich über die Inhalte des Hygienekonzeptes in Kenntnis gesetzt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
Anmerkungen:			
18. Medizinische Versorgung und sachgerechter Umgang mit Arzneimitteln			
18.1 Wie wird die medizinische Versorgung der versorgten Personen sichergestellt?			A
18.2 Wie wird eine notwendige Begleitung zum Arzt sichergestellt?			A
Anmerkungen:			
19. Arzneimittel			
19.1 Werden Arzneimittel in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
19.2 Werden Arzneimittel bewohnerbezogen aufbewahrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
19.3 Sind Arzneimittel mit begrenzter Haltbarkeit mit Anbruchs- und Verfallsdatum versehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
19.4 Sind bereits verfallene Arzneimittel noch in der Anwendung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
19.5 Findet eine nachweisliche Kontrolle der Arzneimittel auf Verfall statt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
Wenn ja, wie häufig?			
19.6 Werden Arzneimittel, die zu kühlen sind, sachgerecht im Medikamentenkühlschrank aufbewahrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
19.7 Wird die Temperatur des Medikamentenkühlschranks nachweislich täglich kontrolliert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P
Die Temperatur des Medikamentenkühlschranks beträgt zum Zeitpunkt der Prüfung:			

Anmerkungen:				
19.8 Können die versorgten Personen auf Wunsch und im Rahmen ihrer Fähigkeiten die Arzneimittelversorgung selbst übernehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A	
Wenn nein, warum nicht?				
19.9 Werden die in der Pflege und Betreuung tätigen Personen im sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln jährlich beraten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P	
Die Beratung erfolgt durch:				
Die Apotheke <input type="checkbox"/>				
Durch folgende Personen/Stellen				
Die letzte Beratung erfolgte am:				
Die letzte pharmazeutische Überprüfung fand statt am:				E
Anmerkungen:				
20. Betäubungsmittel				
20.1 Durch wen werden Betäubungsmittel in der Einrichtung gestellt?				
<input type="checkbox"/> Fachkräfte gemäß § 21 AVSächsWTG				
<input type="checkbox"/> Nichtfachkräfte				
20.2 Durch wen werden Betäubungsmittel in der Einrichtung verabreicht?				
<input type="checkbox"/> Fachkräfte gemäß § 21 AVSächsWTG				
<input type="checkbox"/> Nichtfachkräfte				
20.3 Werden die Betäubungsmittel in einem extra verschlossenem Fach/Schrank gelagert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P	
20.4 Wenn Ja, handelt es sich um einen zertifizierten Wertschutzschrank mit einem Widerstandsgrad 0 oder höher nach EN 1143-1?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P	
20.5 Werden die Betäubungsmittel bewohnerbezogen gelagert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P	
20.6 Wird der Bestand der Betäubungsmittel sachgerecht geführt bzw. dokumentiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	P	
Anmerkungen:				
21. Einsatz künstlicher Intelligenz oder Roboter				
21.1 <i>Bei Einsatz von KI oder Roboter:</i> Wird die Einwilligung der versorgten Person in den Einsatz künstlicher Intelligenz oder Roboter in der Pflege und Betreuung regelmäßig evaluiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A	
Wenn ja, in welchen Abständen?				A

21.2 Wie und in welchen Abständen erfolgt eine regelmäßige Überprüfung der Beschäftigten zum ordnungsgemäßen Einsatz künstlicher Intelligenz oder Roboter in der Pflege und Betreuung?			A
21.3 Erfolgt eine Überprüfung der Funktionsfähigkeit der eingesetzten Roboter in der Pflege und Betreuung auf deren Funktionalität gemäß der Herstellerangaben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A

22. Krisenkonzepte			
22.1 Bestehen Verfahrensanweisungen/Konzepte zum Umgang mit folgenden besonderen Ereignissen in der Einrichtung:			
Stromausfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
Brandereignisse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Hitzeperioden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
Hochwasser	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Ist ein aktueller Notfallplan vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A

23. Anforderungen an die Wohnqualität			
23.1 Steht jedem Bewohner ein abschließbares Fach bzw. Schublade zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A/I
23.2 Können die versorgten Personen an der Gestaltung/Ausstattung von Gemeinschaftsräumen/-flächen mitwirken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Anmerkungen:			
23.3 Gibt es in jedem Zimmer die technische Möglichkeit zum Anschluss von:			A
Telefon	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Radio	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Fernseher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Internet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, warum nicht?			
Wenn nein, ist eine Nachrüstung vorgesehen und bis wann soll die Maßnahme umgesetzt werden?			
24. Instandsetzungsmaßnahmen			
24.1 Wie wird sichergestellt, dass notwendige Kleinreparaturen zeitnah durchgeführt werden?			A
24.2 Besteht die Möglichkeit, nicht zu reparierende Einrichtungsgegenstände (z. B. Nachttisch, Bett, Fußbodenbelag) zeitnah auszutauschen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Wenn nein, warum nicht?			

24.3 Wie wird sichergestellt, dass notwendige bauliche Instandsetzungsmaßnahmen zeitnah durchgeführt werden? (z. B. verunreinigte Wände, verschlissener Teppichboden)	A
---	---

Anmerkungen:

Personelle Anforderungen

25. Leitungspersonal

25.1 Wie wird die Vertretung der Leitung der Einrichtung bei Abwesenheit gewährleistet?	A
25.2 Durch wen wird die Vertretung der Leitung der Einrichtung bei Abwesenheit gewährleistet?	A
25.3 Wie wird die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung bei Abwesenheit gewährleistet?	A
25.4 Durch wen wird die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung bei Abwesenheit gewährleistet?	A

26. Persönliche Eignung der Beschäftigten

26.1 Lässt sich der Träger die persönliche Eignung der Beschäftigten und ehrenamtlichen Personen mittels Führungszeugnis i. S. d. § 30 Abs. 1 BZRG nachweisen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
26.2 Lässt sich der Träger nachweislich in regelmäßigen Abständen die Führungszeugnisse i. S. d. § 30 Abs. 1 BZRG der Beschäftigten und ehrenamtlichen Personen vorlegen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A

Anmerkungen:

27. Fachliche Eignung der Beschäftigten

27.1 Sind in der Einrichtung Heilerziehungspfleger beschäftigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
27.2 wenn ja, verfügen diese über das abgeschlossene Modul Behandlungspflege nach § 34 Abs. 2 i. V. m. Anlage 22 SächsGfbWBVO? <i>Einsichtnahme der Nachweise</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
27.3 Sind in der Einrichtung Mitarbeitende mit ausländischen Berufsqualifikationen in nichtakademischen Gesundheitsfachberufen beschäftigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
27.4 Wenn ja, liegt eine Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
Wenn nein, wie werden diese aktuell eingesetzt?	FK <input type="checkbox"/>	PK <input type="checkbox"/>	A

Anmerkungen:

28. Personaleinsatz

28.1 Wie wird gewährleistet, dass auch bei kurzfristigen und umfangreichen Mitarbeiterausfällen eine notwendige Grundversorgung der Bewohner sichergestellt wird?			A
28.2 Wie wird gewährleistet, dass kurzfristige Mitarbeiterausfälle unverzüglich ausgeglichen werden?			A
Anmerkungen:			
29. Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen			
29.1 Durch wen werden folgende Leistungen erbracht?			A
	Träger	externer Dienstleister	
<input type="checkbox"/> Verpflegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Flachwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bewohnerwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unterhaltsreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Grundreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> pflegerische und betreuende Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.2 Wie erfolgt die Beteiligung einer Hauswirtschaftskraft, soweit sich der Träger zur Erbringung hauswirtschaftlicher Leistungen verpflichtet hat?			A
Anmerkungen:			

30. Personalqualifizierung, Supervision			
30.1 Liegt ein Fortbildungsplan für das laufende Kalenderjahr für alle Beschäftigungsgruppen vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	E
30.2 Werden bei Bedarf Supervision oder vergleichbare Maßnahmen für die Beschäftigten angeboten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	A
Anmerkungen:			

Mitwirkung der versorgten Personen

31. Aufgaben des Trägers und der Einrichtungsleitung

31.1 Werden die zur Aufgabenwahrnehmung erforderlichen mündlichen und schriftlichen Informationen zeitnah, vollständig und in verständlicher Form zur Verfügung gestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		

31.2 Erfolgt eine rechtzeitige Beteiligung der Bewohnervertretung in baulichen Angelegenheiten (Beginn der Planung). Werden die Planungsunterlagen rechtzeitig zur Verfügung gestellt und eine Stellungnahme eingeholt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.3 Werden technische Hilfsmittel und Räumlichkeiten für Treffen der Mitglieder zur Verfügung gestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.4 Wurde die Vorbereitung und Durchführung der Wahl der Bewohnervertretung personell und sächlich unterstützt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.5 Werden Möglichkeiten angeboten, um Mitteilungen zu veröffentlichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.6 Wird sichergestellt, dass eine eigenständige Kontaktaufnahme der versorgten Personen zur Bewohnervertretung stattfinden kann?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.7 Wird bei Bedarf eine vom Träger unabhängige externe Unterstützungsperson gestellt, die bei der Vorbereitung und Durchführung der Wahl, Verfassen von Schreiben und der Verbreitung von Informationen hilft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.8 Werden angemessene Beträge für die Hinzuziehung von fach- und sachkundige Personen gestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.9 Werden Vorschläge, Anträge und Beschwerden der Bewohnervertretung innerhalb von vier Wochen beantwortet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.10 Wird die Ablehnung begründet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht? [redacted]		
31.11 Wird der abschließend Prüfbericht nach Zustellung der Behörde der Bewohnervertretung unverzüglich vorgelegt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht?

Anmerkungen:

32. Gespräch mit der Bewohnervertretung

Vorname, Name:

Sitzungen und Beschlüsse

32.1 Wer lädt zu Sitzungen ein und wer leitet die Sitzung?

32.2 Wie häufig finden Sitzungen statt (mindestens einmal pro Quartal)?

32.3 Nimmt die Einrichtungsleitung an den Sitzungen teil, wenn Sie eingeladen wird?

Ja

Nein

32.4 Wird über jede Sitzung ein Protokoll angefertigt?

32.5 Wer unterzeichnet das Sitzungsprotokoll?

32.6 Wie werden den versorgten Personen die Beschlüsse der Bewohnervertretung bekannt gegeben?

Anmerkungen:

33. Aufgaben und Gegenstand der Mitwirkung

33.1 Entgegennahme von Anregungen und Beschwerden von versorgten Personen sowie ggf. Hinwirkung auf Erledigung gegenüber der Einrichtungsleitung/dem Träger

Ja

Nein

33.2 Unterstützung auf Wunsch von neuen versorgten Personen, sich in der Einrichtung einzuleben

Ja

Nein

33.3 Abgabe einer Stellungnahme zum Prüfbericht der zuständigen Behörde

Ja

Nein

33.4 Durchführung von Bewohnerversammlungen (*einmal jährlich*)

Ja

Nein

33.5 Erstellung eines Tätigkeitsberichtes (*einmal jährlich*)

Ja

Nein

33.6 Alltags- und Freizeitgestaltung

Ja

Nein

33.7 Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen

Ja

Nein

33.8 Planung oder Durchführung von Veranstaltungen

Ja

Nein

33.9 Unterkunft, Betreuung, Pflege und Teilhabe

Ja

Nein

33.10 Maßnahmen des Beschwerdemanagements

Ja

Nein

33.11 Wesentliche Änderungen des Betriebs der Einrichtung

Ja

Nein

33.12 Bauliche Veränderungen oder Instandsetzung

Ja

Nein

Anmerkungen:

34. Rundgang

34.1 Die Tür zum Ausgang lässt sich von innen nach außen ohne Anstrengung öffnen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.2 Auf Ansprechpartner der Einrichtung (Leitungskräfte, Verwaltung etc.) wird gut erkennbar hingewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.3 Aktuelle Infotafeln zur Bewohnervertretung hängen aus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.4 Die Be- und Entlüftung entspricht augenscheinlich den Bewohnerbedürfnissen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.5 Betreuungsangebote hängen aus (für Rollstuhlfahrer einsehbar und in einer seniorengeeigneten Schriftgröße/-art)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.6 Die Flure sind augenscheinlich sauber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.7 Das Flurmöbiliar ist augenscheinlich sauber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.8 Das Raumklima ist augenscheinlich bewohnergerecht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.9 Das Möbiliar ist augenscheinlich intakt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.10 Die Beleuchtung der Flure ist augenscheinlich bewohnergerecht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.11 Die Fußbodenbeläge sind rutschhemmend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.12 Spiegelungen auf den Fußbodenbelägen der Flure durch die Deckenbeleuchtung werden augenscheinlich vermieden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.13 Die Bewegungsflächen in den Fluren sind ungehindert nutzbar (nicht verstellt durch Pflege-, Wäsche- und/oder Reinigungswagen o.ä., sofern nicht gerade in Gebrauch)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.14 Beidseitige Handläufe bei Treppenläufen und Zwischenpodesten sind vorhanden	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.15 Der Speiseplan hängt in den Wohnbereichen aus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.16 Seniorengeeignete Schriftgröße (mind. Schriftgröße 14)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.17 Seniorengeeignete Schriftart (geradlinige barrierefreie Schrift)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.18 Für Rollstuhlfahrer einsehbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.19 Wahlmöglichkeiten gegeben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.20 Getränke stehen für versorgte Personen zugänglich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.21 Im Rahmen der Mahlzeitenversorgung werden Hilfsmittel eingesetzt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. z. <input type="checkbox"/>
34.22 Im Speiseraum/Wohnbereichsküche sind Mitarbeitende während der Mahlzeiteinnahme anwesend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. z. <input type="checkbox"/>
34.23 Die vorhandenen Handläufe sind frei zugänglich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.24 Beschäftigte klopfen an, bevor sie das Zimmer der versorgten Personen betreten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. z. <input type="checkbox"/>

34.25 Die Handläufe sind in einem ordnungsgemäßen Zustand (keine Farb- oder Holzabsplitterungen o. ä.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.26 Räume, zu denen versorgte Personen keinen Zutritt haben sollen, sind verschlossen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.27 Flucht- und Rettungswege sind frei zugänglich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.28 Reinigungs- und Desinfektionsmittel werden vor dem unberechtigten Zugriff der versorgten Personen aufbewahrt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.29 Es ist gewährleistet, dass die versorgten Personen sich entsprechend ihrer Beeinträchtigung innerhalb des Hauses orientieren können <i>(z. B. Beschilderung, Farbleitsystem, Blickfang)</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.30 Es ist gewährleistet, dass die versorgten Personen entsprechend ihrer Beeinträchtigung sich innerhalb des Hauses sich barrierefrei bewegen können (z. B. Rampen, Aufzug bei mehr als einem Geschoss, geeignete Bedienelemente an Türen und Aufzügen, geeignete Haltevorrichtungen in den Bädern)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.31 Es ist gewährleistet, dass die versorgten Personen entsprechend ihrer Beeinträchtigung innerhalb des Hauses Orte zum Verweilen vorfinden <i>(z. B. bequeme und sichere Sitzgelegenheiten mit Begegnungs-/ Beobachtungsmöglichkeiten)</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.32 Es ist gewährleistet, dass die versorgten Personen entsprechend ihrer Beeinträchtigung innerhalb des Hauses vor Gefahren geschützt sind <i>(z. B. ausreichende Flurbreite, Absturz-sicherung an Treppen, verständliches Fluchtwegesystem, zugängliche Fluchtwege, Vorkehrungen für Hitzeperioden, Rufanlage, Türen mit im Notfall von beiden Seiten zu öffnenden Schlössern)</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.33 Es sind ausreichende Abstellmöglichkeiten für Gegenstände der versorgten Personen vorhanden <i>(zentral für aktuell nicht benötigte Gegenstände, z. B. Wintermantel, Koffer)</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.34 Dezentral für ständig benötigte Gegenstände <i>(z. B. Rollator, Rollstuhl)</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.35 Personenbezogene Daten werden vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt aufbewahrt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.36 Der Umgang mit versorgten Personen wird als wertschätzend wahrgenommen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	n. z. <input type="checkbox"/>
34.37 Wenn nein, wie hat sich das geäußert?			
34.38 Die Privat- und Intimsphäre der versorgten Personen wird beachtet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
34.39 Wenn nein, wie hat sich das geäußert?			

35. Pflegebad

35.1 Das Pflegebad ist frei von abgestellten Gegenständen (z. B. Putz- oder Wäschewagen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
--	-----------------------------	-------------------------------	--

35.2 Geeignete und intakte Haltegriffe an alle sanitären Anlagen sind vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.3 Die den versorgten Personen zugänglichen Wasserentnahmestellen (<i>Badewanne, Dusche</i>) verfügen über einen Verbrühungsschutz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.4 Das Pflegebad ist so ausgestattet, dass die versorgten Personen darin sicher betreut werden können (z. B. <i>funktionsfähige Lifter, geeignete Haltevorrichtungen usw.</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.5 Die Rufverlängerungen im Pflegebad (Dusche und WC) sind auch für am Boden liegende im Notfall erreichbar (ca. 10-30 cm über den Boden)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.6 Die Betätigung der Rufanlage ist auch von der Badewanne aus möglich (z. B. <i>Druckballverlängerung</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.7 Die Badewannen ist an den Längsseiten und an einer Stirnseite freistehend aufgestellt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.8 Eine Unterfahrbarkeit der Badewanne mit Personenliftern ist möglich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.9 Pflegeartikel (z. B. Kamm, Bürste, Nageschere, Rasierer) werden bewohnerbezogen aufbewahrt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.10 Das Mobiliar ist feuchtraumgeeignet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35.11 Das Pflegebad ist augenscheinlich sauber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36. Rufanlage		
36.1 Die Wohnräume, Sanitärräume, Gemeinschaftsbereiche und Therapieräume, die von versorgten Personen genutzt werden, sind mit einer geeigneten Rufanlage ausgestattet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36.2 Die Bedienbarkeit der Rufanlage in Wohnräumen ist vom Bett aus gegeben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36.3 Die Rufanlage ist in Wohnräumen, Sanitärräumen, Gemeinschaftsbereichen und Therapieräumen für die versorgten Personen barrierefrei zugänglich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36.4 Die Rufanlage ist intakt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36.5 Es werden zusätzlich mobile Notrufsysteme eingesetzt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:		

37. Wohnräume		
37.1 Die Zimmer der versorgten Personen sind augenscheinlich sauber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
37.2 In Doppelzimmern ist durch Architektur, Möblierung und Gestaltung ausreichend Privatsphäre gewährleistet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
37.3 Jeder versorgten Person steht ein abschließbares Fach zur Verfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

37.4 Die Raumluft, Zimmertemperatur und Lichtverhältnisse können von den versorgten Personen individuell reguliert werden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, warum nicht und wie wird dem individuellen Bedarf entsprochen?			
37.5 Die Bedienbarkeit von Lichtschaltern entspricht den Fähigkeiten der versorgten Personen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
37.6 Auf eine anregende Gestaltung des Blickfeldes, insbesondere bei bettlägerigen versorgten Personen wird geachtet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
37.7 Die Zimmer der versorgten Personen sind abschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Anmerkungen:			
38. Sanitärräume			
38.1 Geeignete und intakte Haltegriffe sind an allen sanitären Anlagen vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
38.2 Die den versorgten Personen zugänglichen Wasserentnahmestellen (<i>Badewanne, Dusche</i>) verfügen über einen Verbrühungsschutz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
38.3 Die Rufverlängerungen im Sanitärbereich sind auch für am Boden liegende im Notfall erreichbar (ca. 10-30 cm über den Boden)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
38.4 Die Sanitäranlagen sind augenscheinlich sauber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
38.5 Sanitärräume, welche von mindestens 2 Personen genutzt werden, lassen die Wahrung der Intimsphäre zu	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, warum nicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
38.6 Der Sanitärraum ist abschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, warum nicht?			
Anmerkungen:			
39. Zimmer zur besonderen Verwendung			
39.1 Ein Zimmer zur besonderen Verwendung wird vorgehalten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>
Wenn ja, ist das Zimmer	frei <input type="checkbox"/>		belegt <input type="checkbox"/>
39.2 Wenn belegt, aus welchem Grund?			
Anmerkungen:			

Nachbereitung der Prüfung

Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten

40. Dienstplangestaltung

40.1 Die Dienstplanführung erfolgt	PC-gestützt <input type="checkbox"/>	Handschriftlich <input type="checkbox"/>
40.2 Der Dienstplan entspricht folgenden Anforderungen:		
40.3 dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.4 Soll-, Ist- und Ausfallzeiten ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.5 Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.6 vollständige Namen (Vor- und Zuname) ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.7 Qualifikationen ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.8 Umfang der Beschäftigungsverhältnisse (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.9 Wohnbereichsübergreifende Einsätze sind im Dienstplan eindeutig erkennbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.10 Bei PC-gestützter Dienstplanführung: Nachträgliche Eintragungen/Änderungen sind/werden als solche gekennzeichnet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.11 Legende für Dienst-/Arbeitszeiten ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.12 Geltungszeitraum ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.13 Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen ausgewiesen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40.14 Die im Dienstplan benannten Beschäftigten finden sich auf der Beschäftigtenliste wieder	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:		

41. Befreiungen von baulichen und personellen Anforderungen (Aufführen, wenn diese im Rahmen der Prüfung mit zu prüfen sind)		
Regelung + Nebenbestimmung:	eingehalten	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:		
42. Erlassene Anordnungen (Aufführen, wenn diese im Rahmen der Prüfung zu prüfen sind)		
Anordnungsgegenstand:	eingehalten	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anmerkungen:		
43. Personaleinsatz		
43.1 Die Einrichtung besteht aus mehreren Gebäuden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
43.2 Wenn ja, wird in jedem Gebäude eine Fachkraft als Nachtwache eingesetzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
43.3 Eine ständige Anwesenheit von Pflegefachkräften ist in den Auswertungsmonaten gegeben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

44. Kostenerhebung	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, da freigemeinnützig