

An den Sozialausschuss
per E-Mail vom 9. Mai 2014
vom MSGFG

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/2802

Wissenschaftliche Begleitforschung zur Einführung der Prüfrichtlinie (PRL) für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) des Landes Schleswig-Holstein

Abschlussbericht (Dezember 2013)

**Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt.: Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung
Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor)**

Dr. Martina Stöver
Jaqueline Bomball
Christin Adrian
Jenny Oldenburger
Nicole Neemann

**Auftraggeber:
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleich-
stellung des Landes Schleswig-Holstein**

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	IV
0 Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	1
1 Ausgangslage	7
2 Zielsetzung und forschungsleitende Fragestellungen	8
3 Methodisches Vorgehen	9
3.1 Datenauswertung	10
3.2 Beschreibung der Stichprobe	10
4 Zentrale Ergebnisse	15
4.1 Inhaltliche Entsprechung der Prüfrichtlinie (PRL) mit dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG)	15
4.1.1 Eignung der PRL für eine Vereinheitlichung der Überprüfungen	15
4.1.2 Inhaltliche Entsprechung der Prüfinhalte der PRL nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SbStG	17
4.1.3 Berücksichtigung der Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe	23
4.1.4 Darstellung der Prüfergebnisse.....	25
4.1.5 Zwischenfazit	26
4.2 Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen.....	28
4.2.1 Transparenz der Prüfkriterien	28
4.2.2 Klarheit der Prüfkriterien hinsichtlich der Dokumentationsanforderungen....	33
4.2.3 Neue Dokumentationsanforderungen.....	34
4.2.4 Möglichkeiten zur Vereinfachung der Dokumentation.....	35
4.2.5 Mehraufwand aufgrund der PRL.....	35
4.2.6 Zwischenfazit	36
4.3 Arbeitsteilige Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden mit dem MDK	38
4.3.1 Entsprechung der PRL hinsichtlich der Schwerpunktsetzung Struktur- und Prozessqualität (§ 20 Abs. 1 Satz 6 SbStG).....	38
4.3.2 Eignung der PRL in Bezug auf möglichst gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfung mit dem MDK (§ 20 Abs. 2 SbStG).....	38
4.3.3 Verringerung von Überschneidungen mit dem MDK	39
4.3.4 Möglicher Bürokratieabbau durch gleichzeitige Überprüfungen	40
4.3.5 Eignung der gleichzeitigen Überprüfung als ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren	41
4.3.6 Zwischenfazit	43

5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Fazit	46
6	Handlungsempfehlungen	50
	Literatur	52
	ANHANG	53

Hinweis: Der vollständige Umdruck (Abschlussbericht "Wissenschaftliche Begleitforschung zur Einführung der Prüfrichtlinie (PRL) für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) des Landes Schleswig-Holstein vom Dezember 2013 und Prüfrichtlinie für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 vom Februar 2012) kann im Ausschussbüro - Zi. 138 - eingesehen und über das Internetangebot des Landtages und sh-landtag.de->Dokumente->Umdrucke aufgerufen werden.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht Prüfungen.	10
Tab. 2: Rückläufe nach Kreisen/Städten.	12
Tab. 3: Größe der Einrichtungen	13
Tab. 4: Berücksichtigung der Besonderheiten von EGH-Einrichtungen.....	24
Tab. 5: Optimierungsvorschläge zur besseren Verständlichkeit der PRL.....	31
Tab. 6: Mehraufwand durch die PRL. (Begründung).....	36
Tab. 7: Trennung der PRL nach Einrichtungen. (Begründung)	43

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Methodisches Vorgehen.....	9
Abb. 2: Zielgruppe und Rücklaufquoten.	11
Abb. 3: Beschäftigungsposition der Befragten.....	13
Abb. 4: Häufigkeit des Einsatzes der PRL.	14
Abb. 5: Häufigkeit von gleichzeitigen Prüfungen mit dem MDK.....	14
Abb. 6: Berücksichtigung der Besonderheiten von EGH-Einrichtungen.	24
Abb. 7: Beurteilung der Ergebnisdarstellung.	26
Abb. 8: Vorbereitung auf die Prüfung durch die PRL.	29
Abb. 9: Vorbereitung auf die Prüfung durch die PRL (Differenziert nach Einrichtungsart).	30
Abb. 10: Verständlichkeit der PRL.....	30
Abb. 11: Verständlichkeit der PRL. (Differenziert nach Einrichtungsart)	31
Abb. 12: Beurteilung der Prüfkriterien.....	32
Abb. 13: Beurteilung der Stärkenfragen.	32
Abb. 14: Beurteilung der Überspringmöglichkeiten.	33
Abb. 15: Beurteilung der Dokumentationsanforderungen.	34
Abb. 16: Einschätzung eines möglichen Mehraufwands durch die PRL.	35
Abb. 17: Zusätzliche Synergiepotenziale bei gemeinsamen Prüfungen.	39
Abb. 18: Verringerung von Überschneidungen bei gleichzeitigen Prüfungen.....	40
Abb. 19: Reduzierung des Prüfaufwands gegenüber der ersten Prüfung.	41
Abb. 20: Gleichzeitige Überprüfung als arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren.	42
Abb. 21: Optimierungsbedarf der PRL.	42
Abb. 22: Trennung der PRL nach Einrichtungen.	43

0 Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Das primäre Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung bestand darin, abzubilden, inwieweit die Prüfrichtlinie (PRL) des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein hinsichtlich ihrer Verständlichkeit, Umsetzung und Handhabbarkeit geeignet ist. Darüber hinaus sollen Optimierungsbedarfe ermittelt und mögliche Synergiepotenziale im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem MDK im Sinne eines Bürokratieabbaus identifiziert werden (vgl. Kap. 2). Aufgrund der unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkte und Zielgruppen des Evaluationsauftrages entschied sich das projektdurchführende Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, für ein kombiniertes und aufeinander aufbauendes methodisches Vorgehen: Zunächst erfolgte eine umfangreiche Dokumentenanalyse des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes (SbStG) und der PRL. Daran anschließend wurden strukturierte Beobachtungen von Prüfungen in stationären Einrichtungen (SGB XI und SGB XII Einrichtungen) vorgenommen. Die so gewonnenen Daten dienten als Basis der Erstellung eines Online-Fragebogens. Die abschließende Online-Fragebogenerhebung erfolgte als Vollerhebung aller stationären Einrichtungen (SGB XI und SGB XII Einrichtungen) in Schleswig-Holstein (vgl. Kap. 3).

Zur besseren Lesbarkeit sind die nachfolgende Zusammenfassung der Ergebnisse und die formulierten Handlungsempfehlungen dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Einführung der PRL für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) des Landes Schleswig-Holstein vorgeschaltet.

Daran anschließend wird der ausführliche Abschlussberichts vorgestellt: Zunächst findet eine kurze Skizzierung der Ausgangslage der Studie statt (vgl. Kap. 1). Danach erfolgt im Kapitel 2 eine detaillierte Beschreibung der Zielsetzung und der forschungsleitenden Fragestellungen. Das methodische Vorgehen mit der Erläuterung zur Datenauswertung sowie der Beschreibung der Stichprobe ist Bestandteil des Kapitels 3. Im Mittelpunkt des anschließenden Kapitels 4 steht die Präsentation der zentralen Evaluationsergebnisse entlang der Forschungsfragen. Jeweils am Ende eines Fragenkomplexes erfolgt ein Zwischenfazit. In Kapitel 5 werden die zentralen Ergebnisse der Studie zusammengefasst und abschließend bewertet. Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Handlungsempfehlungen sind Bestandteil des Kapitels 6. Die Erhebungsinstrumente sind dem Anhang zu entnehmen.

Den Einrichtungsleitungen der stationären Altenpflege- und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe (EGH) sowie den Mitarbeiter/innen der Aufsichtsbehörden gebührt der herzliche Dank für Ihre Bereitschaft, an den Erhebungen teilzunehmen.

Prof. Dr. Stefan Görres
Dr. Martina Stöver
Jaqueline Bomball
Christin Adrian
Jenny Oldenburger
Nicole Neemann

Als zentrales Ergebnis der Evaluation zeigt sich, dass die Prüfrichtlinie (PRL) - unabhängig vom festgestellten Optimierungsbedarf - als ein geeignetes Instrument bewertet wird.

Im Folgenden werden die nachstehenden Evaluationsergebnisse entlang der für die Begleitforschung aufgestellten Forschungsfragen zusammenfassend dargestellt (vgl. Kap. 2):

- **Die PRL entspricht dem Auftrag des Gesetzes (Forschungsfrage 1)**

Insgesamt betrachtet belegen die Evaluationsergebnisse eine Entsprechung der PRL mit dem Auftrag des SbStG. Durch eine Vielzahl an Prüfungen und Prüfkriterien werden die Rechte von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, auf den Schutz ihrer Würde und Privatheit sowie fachlich fundierte Qualität des Wohnens und der Pflege und Betreuung umfassend berücksichtigt (vgl. Kap. 4.1).

- **Die PRL ist - unabhängig vom festgestellten Optimierungsbedarf - geeignet, eine Vereinheitlichung der Prüfungen nach dem SbStG sicherzustellen (Forschungsfrage 1.1)**

Die PRL ist vom zuständigen Ministerium mit dem Ziel erlassen worden, eine möglichst einheitliche Durchführung der Prüfungen sicherzustellen (§ 20 Abs. 9 SbStG). Die Daten zeigen, dass die Aufsichtsbehörden die PRL konsequent bei wiederkehrenden Prüfungen (Regelprüfungen) in stationären Altenpflege- und EGH-Einrichtungen einsetzen. Gleichwohl bestehen Optimierungsbedarfe aufgrund der großen Vielfalt der Einrichtungen, vor allem im Bereich des SGB XII. Für diese Einrichtungen werden teilweise Prüfungen und -kriterien abgefragt, die für sie nicht relevant sind. Hier bietet sich die Ergänzung der Antwortmöglichkeiten „t.n.z“ an, um die nicht erforderlichen Prüfungen für die Einrichtung auszuschließen (vgl. Kap. 4.1.1).

- **Die Prüfinhalte der PRL entsprechen dem Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1, Satz 1 SbStG (Forschungsfrage 1.2)**

§ 20 Abs. 1, Satz 1 SbStG wird mit dem Schwerpunkt der Überprüfung auf die Struktur und Prozessqualität durch die PRL in allen relevanten Punkten entsprochen (vgl. auch Kap. 4.3.1). Darüber hinaus werden durch eine Vielzahl von Prüfkriterien innerhalb der PRL die Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung nach § 14 abgedeckt (vgl. Kap. 4.1.2). Die erhobenen Daten weisen hier dennoch auf einen Optimierungsbedarf der PRL hin. Dieser bezieht sich vor allem auf die Ergänzung von Hinweisen, wie tiefgründig geprüft werden soll.

- **Die PRL wird dem Gedanken an Selbstbestimmung und Teilhabe gerecht**

Sehr umfassend beachtet die PRL den Gedanken der Selbstbestimmung und Teilhabe des SbStG, indem durch eine Vielzahl an Prüfkriterien z. B. in den Kapiteln „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“, „Wahrung der Grundrechte“ und „Mitwirkung und Mitbestimmung“ dieser Forderung nachgegangen wird (vgl. Kap. 4.1.2).

- **Die PRL berücksichtigt nicht ausreichend die Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Forschungsfrage 1.3)**

Die Daten weisen darauf hin, dass die Besonderheiten von EGH-Einrichtungen nicht ausreichend innerhalb der PRL berücksichtigt werden. Zwar werden durch eine Vielzahl an Prüfkriterien insbesondere die Aspekte erfasst, die den Bereich „Wahrung der Menschenrechte“ betreffen. Dennoch fehlen Kriterien, die die „Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft“ überprüfen.

- **Die Ergebnisdarstellung ist klar und einfach möglich** (Forschungsfrage 1.4)

Anhand der PRL können die Ergebnisse der Prüfung gut strukturiert erfasst werden. Ferner ermöglicht die im Anhang der PRL aufgeführte Übersicht den Einrichtungen, die benötigten Dokumente bereitzuhalten. Die Daten der Online-Befragung zeigen, dass zwei Drittel der befragten Personen der Ergebnisdarstellung entnehmen können, inwieweit ihre Einrichtung den Anforderungen des SbStG entspricht. Optimierungsbedarf wird in der Möglichkeit für Freitext sowie in der Überarbeitung der EDV-Version gesehen (vgl. Kap. 4.1.4).

- **Die PRL trägt zur Entbürokratisierung bei** (Forschungsfrage 2)

Insgesamt betrachtet lassen sich erste Entbürokratisierungstendenzen feststellen: Die verständliche Ergebnisdarstellung innerhalb der PRL wird als sehr förderlich erachtet, Unsicherheiten bzgl. der Prüfanforderungen abzubauen. Zudem wird von der überwiegenden Mehrzahl der an der Onlinebefragung teilnehmenden Einrichtungen die PRL als sehr hilfreich zur Vorbereitung auf die Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden bewertet (vgl. Kap. 4.2.1). Die im Anhang der PRL aufgeführte Übersicht über die benötigten und bereitzuhaltenden Dokumente trägt zudem zu einer Reduzierung von Doppel- und Mehrfachdokumentationen und damit zu einem Bürokratieabbau bei (vgl. Kap. 4.1.4). Allerdings wird ein Optimierungsbedarf bezüglich der Transparenz der PRL identifiziert.

- **Die Prüfkriterien führen nicht immer zu einer ausreichenden Transparenz** (Forschungsfrage 2.1)

Obwohl die PRL als sehr hilfreich zur Vorbereitung auf die Überprüfungen bewertet wird, zeigen sich leichte Schwächen in der Transparenz und Verständlichkeit. Rund $\frac{1}{3}$ der an der Onlinebefragung teilnehmenden Einrichtungen äußern Probleme mit der allgemeinen Verständlichkeit der PRL, insbesondere im Bereich der einzelnen Fragestellungen sowie im Zusammenhang mit den Stärkenfragen. Darüber hinaus sieht fast die Hälfte der Einrichtungen einen Handlungsbedarf in der Konkretisierung der Prüfanforderungen bzw. in der Einführung von Handlungsrichtlinien bzw. Messkriterien. Dies vor allem in den Kapiteln „Konzeption und Qualitätsmanagement“, „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“ sowie „Hauswirtschaftliche Versorgung“ (vgl. Kap. 4.2.1).

- **Die Prüfkriterien schaffen Klarheit an die Anforderungen der Dokumentation** (Forschungsfrage 2.2)

Im Hinblick auf die Transparenz der PRL zeigen die weiteren Ergebnisse, dass die Dokumentationsanforderungen für die Einrichtungen klar und verständlich sind. Nur in Einzelfällen werden Unsicherheiten über die Form und den Umfang der Dokumentation deutlich (vgl. Kap. 4.2.2).

- **Durch die Prüfkriterien werden neue Dokumentationsanforderungen insbesondere für EGH-Einrichtungen gestellt** (Forschungsfrage 2.3)

Die Daten der Untersuchungsergebnisse weisen auf einen Anstieg der Dokumentationsanforderungen hin. Differenziert nach EGH- und Altenpflegeeinrichtungen, trifft dies insbesondere für EGH-Einrichtungen zu. (vgl. Kap. 4.2.3).

- **Möglichkeiten, mit der PRL zur Vereinfachung der Dokumentation beizutragen, werden auf der Grundlage der Untersuchungen nicht identifiziert** (Forschungsfrage 2.4)

Obwohl von einem Anstieg der Dokumentationsanforderungen anhand der Daten ausgegangen werden kann, werden zunächst keine Möglichkeiten zur Vereinfachung der Dokumentation identifiziert (vgl. Kap. 4.2.4).

- **Ein Mehraufwand durch die Einführung der PRL hat sich insbesondere für EGH-Einrichtungen eingestellt** (Forschungsfrage 2.5)

Die Daten weisen auf einen durch die PRL verursachten Mehraufwand vor allem innerhalb der EGH-Einrichtungen hin. Dieser Mehraufwand wird in der Regel nicht durch einzelne Prüfkriterien, sondern eher allgemein¹ durch die Bindung von personellen Ressourcen, den insgesamt höheren Dokumentationsaufwand sowie einer erforderlichen Anpassung von einrichtungsin-ternen Konzepten und Verfahren an die PRL verursacht (vgl. Kap. 4.2.5).

- **Die PRL unterstützt eine arbeitsteilige Zusammenarbeit mit dem MDK** (Forschungsfrage 3)

Gemäß § 20 Abs. 2 Satz 1 SbstG sind gleichzeitige und arbeitsteilige Prüfungen mit dem MDK anzustreben. Die nachfolgenden Ergebnisse verdeutlichen, dass die PRL diese gesetzlich zugewiesene Aufgabe der Zusammenarbeit unterstützt.

- **Die PRL entspricht der nach § 20 Abs. 1 Satz 6 SbstG vorgegebenen Schwerpunktsetzung auf die Struktur- und Prozessqualität** (Forschungsfrage 3.1)

Die Prüfungen der Aufsichtsbehörden entlang der PRL beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Erfassung der Struktur- und Prozessqualität der Einrichtungen. Die Ergebnisqualität nach § 114 SGB XI wird vom MDK und in Ausnahmefällen auch von den Aufsichtsbehörden anhand der Kriterien der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) des MDK erhoben, wenn z.B. Kenntnisse über Probleme in der pflegerischen Versorgung vorliegen (vgl. Kap. 4.3.1).

- **Die PRL ist geeignet, die Anforderungen nach § 20 Abs. 2 SbstG zu erfüllen (möglichst gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfung mit dem MDK)** (Forschungsfrage 3.2)

Die PRL wird als geeignet bewertet, um bei guter personeller Besetzung gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfungen mit dem MDK zu gewährleisten. Durch die o.a. Schwerpunktsetzung können die Qualitätsbereiche arbeitsteilig geprüft werden. Optimierungsbedarf besteht in einer Anpassung beider Prüfinstrumente bzgl. der Reihenfolge der Kapitel, um ein häufiges Wechseln zwischen den Kapiteln der PRL bzw. der QPR zu vermeiden. Hierdurch könnten die entstehenden inaktiven Phasen auf Seiten beider Prüfinstanzen verringert werden.

Zudem sehen $\frac{1}{3}$ der an der Onlinebefragung teilgenommenen Einrichtungen zusätzliche Synergiepotenziale im Zusammenhang mit der gemeinsamen Überprüfung von Aufsichten und dem MDK. Diese Synergien können insbesondere genutzt werden, wenn eine deutliche Abgrenzung der Aufgabenbereiche von MDK und Aufsichten erfolgt und die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen beiden Prüfinstanzen weiter verbessert wird (vgl. Kap. 4.3.2).

- **Überschneidungen mit dem MDK können verringert, aber noch nicht völlig ausgeschlossen werden** (Forschungsfrage 3.3)

Die Daten zeigen zudem, dass durch gleichzeitige und arbeitsteilige Prüfungen Überschneidungen mit dem MDK reduziert werden können: Die in der „Arbeitsgruppe Zusammenarbeit“ identifizierten Schnittmengen beider Prüfinstanzen werden zwar gemeinsam geprüft und doppelte Fragestellungen und Mehrfachdokumentationen lassen sich dadurch reduzieren, können bislang aber noch nicht völlig ausgeschlossen werden. Als Optimierungsvorschlag wird vor allem eine noch deutlichere Abgrenzung der Fragen bzw. der Aufgabenbereiche zwischen den Prüfinstanzen genannt (vgl. Kap. 4.3.3).

¹ Bei der Datenauswertung fällt insgesamt auf, dass von der Möglichkeit, konkrete Kapitel oder Prüffragen zu benennen, kaum Gebrauch gemacht wird.

- **Bei wiederholtem Einsatz der PRL trägt die angestrebte gleichzeitige Überprüfung von Aufsichten und MDK zur Entbürokratisierung bei** (Forschungsfrage 3.4)

Beim ersten Einsatz der PRL lassen sich (noch) keine eindeutigen Entbürokratisierungspotenziale durch die Zusammenarbeit beider Prüfinstanzen feststellen. Dies ist vor allem der unterschiedlichen Kapitelanordnung der Prüfinstrumente, der nicht optimalen Ablaufstruktur der Prüfungen und den dadurch entstehenden inaktiven Phasen auf Seiten beider Prüfinstanzen geschuldet. Anders bei den Einrichtungen, die bereits häufiger mittels der PRL geprüft wurden. Hier führen insbesondere die Möglichkeiten des Überspringens einzelner Fragen bzw. die Reduzierung doppelter Fragestellungen, die mit der PRL gesammelten Erfahrungen sowie die bereits an den Prüfungsablauf angepassten Strukturveränderungen zu einer Reduzierung des Prüfaufwands (vgl. Kap. 4.3.4).

- **Die gleichzeitige Überprüfung stellt ein geeignetes arbeitsorganisatorisches Verfahren dar** (Forschungsfrage 3.5)

Insgesamt wird die gleichzeitige Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden und den MDK von rund der Hälfte der an der Onlinebefragung teilgenommenen Einrichtungen als ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren bewertet. Als besonders positiv werden die zeitlichen Einsparpotenziale gesehen. Negativ bewertet werden vor allem die für den Prüfungstag erforderlichen hohen Personalressourcen der Einrichtungen sowie die hohe Anzahl an Prüfer/innen.

Handlungsempfehlungen

Auf der Grundlage der Studienergebnissen lassen sich im Einzelnen folgende Handlungsempfehlungen herausarbeiten:

- **Trennung der PRL für Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe**

Bislang erfolgt die Überprüfung der stationären Altenpflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe mittels eines Dokuments (PRL), indem die jeweiligen Prüfbereiche (nur für stationäre Altenpflegebereiche, nur für EGH-Einrichtungen bzw. für beide Einrichtungsarten) durch unterschiedliche Symbole gekennzeichnet sind. Zur besseren Handhabbarkeit und Übersichtlichkeit wird zu einer Trennung der PRL nach Einrichtungsart geraten.

- **Überprüfung von unklaren Fragestellungen und Reduzierung einzelner Fragen, da z. T. Doppelungen vorhanden sind**

Im Detail wird deutlich, dass Prüffragen und Prüfkriterien innerhalb der PRL vorhanden sind, die nur eine geringe Transparenz aufweisen. Darüber hinaus werden insbesondere im Bereich „Hauswirtschaftliche Versorgung“ inhaltliche Übereinstimmungen einzelner Fragen festgestellt, die zusammengefasst werden können. Ferner ließe sich die Handhabbarkeit der PRL optimieren, wenn bestimmte Themenbereiche konzentriert an einem Punkt bearbeitet würden, z.B. der gesamte Fort- und Weiterbildungsbereich inkl. des Pflichtfortbildungsbereichs unter dem Punkt „Personalstruktur und –Qualifizierung“.

- **Ergänzung der Antwortkategorie „Trifft nicht zu“**

Insbesondere aufgrund der großen Vielfalt der Einrichtungen, vor allem im Bereich des SGB XII, werden teilweise Prüffragen und -kriterien abgefragt, die nicht für jede Einrichtung relevant sind. Hier bietet sich die Ergänzung der Antwortmöglichkeiten „Trifft nicht zu“ an, um nicht erforderliche Prüffragen für die Einrichtung auszuschließen.

- **Überprüfung und ggf. Reduzierung nicht eindeutiger Stärkefragen**

Die Integration von Stärkefragen innerhalb der PRL erfolgt mit der Intention, den Einrichtungen zum einen eine Möglichkeit zu bieten, ihr eigenes Profil darzustellen und zum anderen die Aufsichtsbehörden in ihrem Beratungsauftrag zu unterstützen, indem vorhandene Stärken

identifiziert und gewürdigt sowie die Einrichtungen im Rahmen ihrer Qualitätsentwicklung begleitet werden. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere für **EGH-Einrichtungen** die Stärkefragen nicht eindeutig formuliert bzw. für nicht geeignet erachtet werden, da die Besonderheiten der Einrichtungen und der Bewohner/innen keine ausreichende Berücksichtigung finden. Empfohlen wird eine Überprüfung der Stärkefragen.

- **Ergänzung von Vorgaben bzw. Handlungsrichtlinien bezogen auf die Tiefe der Prüfungen**

Die Prüfanforderungen sind insbesondere für den Bereich „Konzeption und Qualitätsmanagement“ zu konkretisieren, da keine Kriterien zu den Inhalten bzw. zu den Mindeststandards der zu überprüfenden Konzepten vorliegen. Empfohlen wird das Nennen von Hinweisen und Beispielen.

- **Überprüfung der Überspringmöglichkeiten**

Weiterhin wird eine Überprüfung der Überspringmöglichkeit im Bereich „Personalstruktur und -qualifizierung“ empfohlen. Ein Überspringen scheint hier nicht angebracht, da eine Überprüfung der Fachpersonalquote aufgrund der auftretenden häufigen personellen Veränderungen in den Einrichtungen regelmäßig erfolgen sollte. Darüber hinaus wird für die Möglichkeit des Überspringens einzelner Fragen angeraten, diese Fragen deutlicher zu kennzeichnen und Überspringeregeln eindeutig zu definieren.

- **Überarbeitung der Ergebnisdarstellung**

Weitere Optimierungsmaßnahmen beziehen sich auf eine Überarbeitung der Ergebnisdarstellung (EDV-Version). Insbesondere das Einfügen von Textpassagen bzw. von Freitext sollte ermöglicht bzw. erweitert werden.

- **Noch größere Klarheit der gemeinsamen und arbeitsteiligen Aufgabenbereiche mit dem MDK**

Für eine Optimierung einer gemeinsamen Prüfpraxis mit dem MDK wird angeraten, die in der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit“ beschriebenen Themenblöcke noch genauer zu definieren, um eine noch deutlichere Abgrenzung der gemeinsamen und getrennten Aufgabenbereiche von MDK und Aufsichtsbehörden zu erreichen. Empfohlen wird zudem eine Angleichung der Reihenfolge der Themen bzw. Kapitel zwischen beiden Prüfinstrumenten. Dies würde die Ablaufstruktur der gemeinsamen Prüfungen optimieren, indem inaktive Phasen der Prüfungsinstanzen vermieden werden.

- **Diskussion der Ergebnisse der Onlinebefragung mit den Aufsichtsbehörden**

Die Ergebnisse der Onlinebefragung sollten mit den Aufsichtsbehörden der Kreise/ kreisfreien Städte diskutiert werden und nach erneuter Bewertung in die Beratungen der Überarbeitung der Prüfrichtlinie einfließen.

Es wird empfohlen, derzeit sehr zurückhaltend mit der Veränderung einzelner Fragestellungen umzugehen. Im Rahmen der Online-Befragung gab es zahlreiche Anmerkungen zu einzelnen Fragen, aber keine Konzentration von Rückmeldungen auf einzelne Fragen, obwohl explizit danach gefragt wurde. Da jede Änderung einzelner Fragen neue Verunsicherung auslöst, sollte zunächst die Erfahrung im Umgang mit der derzeitigen Fragestellung abgewartet werden.

1 Ausgangslage

Das „Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung - (Selbstbestimmungsstärkungsgesetz - SbStG)“ (Fassung vom 17. Juli 2009) regelt für volljährige Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung die:

- „Wahrung und Förderung ihrer Selbständigkeit, Selbstbestimmung, der Selbstverantwortung, der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft,“
- den „Schutz ihrer Würde und Privatheit sowie ihrer Interessen und Bedürfnisse vor Beeinträchtigungen,“
- die „Sicherung einer Qualität des Wohnens, der Pflege und der Betreuung, die dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entspricht,“
- die „Wahrung ihrer Interessen als Verbraucherinnen und Verbraucher“ sowie
- die „Einhaltung der den Trägern von Diensten und Einrichtungen ihnen gegenüber obliegenden Pflichten“ (vgl. § 1 SbStG).

Die Anforderungen an den Betrieb stationärer Einrichtungen werden durch die Landräte und Bürgermeister der Kreise und kreisfreien Städte als zuständige Aufsichtsbehörde (ehemals Heimaufsichten) überprüft. Um eine möglichst einheitliche Durchführung der Prüfung sicherzustellen, hat das zuständige Ministerium eine Prüfrichtlinie erlassen. Diese Prüfrichtlinie ist seit April 2012 in Kraft und wird seit dem als einheitliches Instrument bei Regelprüfungen durch die Mitarbeiter/innen der Aufsichtsbehörden eingesetzt.

Neben den Aufsichtsbehörden des Landes Schleswig-Holstein prüfen auch die Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)² anhand der für sie geltenden „Qualitätsprüfungsrichtlinien – MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung“ (letzte Fassung von 2009) in den stationären Einrichtungen der Altenpflege. Während es zwischen MDK-Prüfungen und Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen verschiedene Zielsetzungen gibt, weisen die Prüfungsinhalte aber in mehreren Punkten Überschneidungen auf. Die getrennten Zuständigkeiten der beiden Prüfinstanzen bedeuten für die Praxis, dass zwei Prüfungen mit unterschiedlichen Prüfinstrumenten und unterschiedlichen Zielsetzungen in den stationären Einrichtungen der Altenpflege zum Einsatz kommen. Eine Arbeitsteilung und Abstimmung der Prüfinstrumente würden der Bürokratievermeidung entgegenkommen.

Für die wissenschaftliche Begleitforschung zur Einführung der Prüfrichtlinie für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 SbStG hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres, beauftragt.

² Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI werden neben dem MDK auch durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV Prüfdienst) durchgeführt. Dem PKV Prüfdienst werden durch die Landesverbände der Pflegekassen 10% der Prüfaufträge zugeteilt. 90% der Prüfungen erfolgt durch den MDK.

2 Zielsetzung und forschungsleitende Fragestellungen

Ziel des Forschungsvorhabens ist es, die PRL des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein anhand einer wissenschaftlichen Begleitforschung hinsichtlich ihrer inhaltlichen Entsprechung mit dem SbStG, ihrer Umsetzung, Handhabbarkeit und ggf. Änderungs- und Anpassungsbedarfe zu evaluieren.

Darüber hinaus sollen die Schnittstellen zu den MDK-Prüfrichtlinien und Potenziale zur Zusammenarbeit mit dem MDK herausgearbeitet und Entbürokratisierungspotenziale identifiziert werden. Ein abschließendes Ziel liegt darin, impulsfördernde Parameter zu generieren und diese zur Förderung einer nachhaltigen Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsbehörden und MDK erfolgreich einzusetzen.

Folgende forschungsleitende Fragestellungen werden zugrunde gelegt:

1. Entspricht die PRL dem Auftrag des Gesetzes?

- 1.1 Ist die Prüfrichtlinie für eine Vereinheitlichung der Durchführung der Überprüfung nach dem SbStG geeignet?
- 1.2 Entsprechen die Prüfinhalte der PRL dem Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SbStG (P- u. S-Fragen)? – Wird die PRL dem Gedanken der Selbstbestimmung und Teilhabe gerecht?
- 1.3 Berücksichtigt die PRL die Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe?
- 1.4 Ist die Ergebnisdarstellung klar und einfach möglich?

2. Führt die PRL zu Entbürokratisierung?

- 2.1 Führen die Prüfkriterien zu genügend Transparenz für alle Beteiligten?
- 2.2 Schaffen die Prüfkriterien Klarheit an die Anforderungen der Dokumentation?
- 2.3 Werden durch die Prüfkriterien neue Dokumentationsanforderungen gestellt?
- 2.4 Gibt es weitere Möglichkeiten, mit der PRL zur Vereinfachung der Dokumentation beizutragen?
- 2.5 Welche Prüfkriterien führen zu einem Mehraufwand der Einrichtungen, der allein der PRL geschuldet ist?

3. Unterstützt die PRL eine arbeitsteilige Zusammenarbeit mit dem MDK?

- 3.1 Entspricht die PRL der nach § 20 Abs. 1 Satz 6 SbStG der Schwerpunktsetzung der Struktur- und Prozessqualität?
- 3.2 Ist die PRL geeignet, die Anforderungen nach § 20 Abs. 2 zu erfüllen (möglichst gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfung mit dem MDK)?
- 3.3 Können Überschneidungen mit dem MDK verringert werden?
- 3.4 Trägt die angestrebte gleichzeitige Überprüfung von Aufsichten und MDK zu einer Entbürokratisierung bei?
- 3.5 Ist die gleichzeitige Überprüfung ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren?

3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden eingesetzt (vgl. Abb. 1):

- **Dokumentenanalyse:** Die Beantwortung insbesondere der ersten Forschungsfrage (Entspricht die Prüfrichtlinie dem Auftrag des Gesetzes?) erfolgte anhand einer systematischen Analyse folgender Dokumente:
 - Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung (Selbstbestimmungsstärkungsgesetz – SbStG), Pflegegesetzbuch Schleswig Holstein – Zweites Buch, vom 17. Juli 2009 und
 - Prüfrichtlinie für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 SbStG in Schleswig Holstein, Februar 2012
- **Strukturierte Beobachtungen:** Zur Beantwortung der weiteren Forschungsfragen wurden zunächst die Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden und den MDK in stationären Einrichtungen (SGB XI und SGB XII Einrichtungen) im Rahmen von nicht-teilnehmenden³ strukturierten Beobachtungen begleitet. Eingesetzt wurde ein Beobachtungsraster in Form eines teilstandardisierten Fragebogens (s. Anhang A1 und A2). Die gewonnenen Daten aus den Beobachtungen dienten als Basis der Erstellung eines Online-Fragebogens.
- **Online-Fragebogenerhebung:** Es erfolgte eine Vollerhebung aller stationären Einrichtungen (SGB XI und SGB XII Einrichtungen) in Schleswig-Holstein mittels einer standardisierten Online-Befragung⁴ (s. Anhang A3). Die Feldphase erstreckte sich dabei über den Zeitraum von Mai bis Juni 2013. Im Vordergrund der Erhebung standen u. a. Fragen zur Umsetzung, Handhabbarkeit, Akzeptanz, mögliche Schwierigkeiten und die Synergiepotenziale der Prüfrichtlinie. Eine Übersicht über das methodische Vorgehen zeigt die Abbildung 1.

Der gesamte Evaluationsprozess wurde durch einen Projektbeirat begleitet. Die Aufsichtsbehörden der Kreise/ kreisfreien Städte wurden über kontinuierliche Präsentationen zum Projektaufbau, zu Zwischen- und vorläufigen Endergebnissen und über Stellungnahmen bzw. Mitwirkung im Beirat eingebunden.

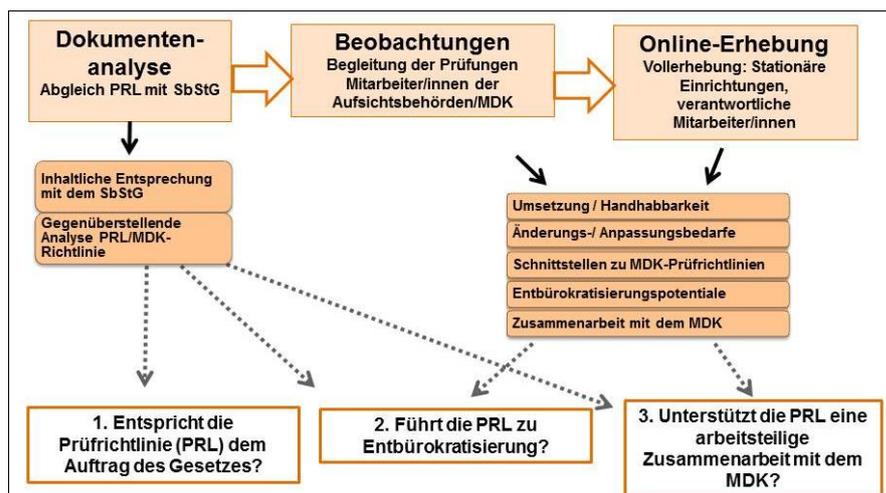


Abb. 1: Methodisches Vorgehen.

³ Im Gegensatz zu „teilnehmenden Beobachtungen“, in denen der Beobachter selbst Interaktionspartner der beobachteten Person ist, werden in „nicht-teilnehmenden“ Beobachtungen ablaufende Handlungen lediglich schriftlich erfasst (Schnell, Hill & Esser 2008).

⁴ Die Online-Befragungen wurden mit der Internetgestützten Software „questback – EFSsurvey“ vorgenommen.

3.1 Datenauswertung

Die quantitative Datenauswertung wurde mit Hilfe der Programme Excel 2010 und IBM SPSS Statistics 20 durchgeführt. An Hand von deskriptiver Statistik wurde das Antwortverhalten der Befragten bezüglich quantitativer Fragen mittels (prozentualer) Häufigkeiten graphisch abgebildet. Für die Analyse der offenen Fragen wurden Auswertungskategorien mit den dazugehörigen Merkmalsausprägungen gebildet, Aussagen nach diesen Kriterien zusammengefasst und in Anlehnung an ihre (absoluten und prozentualen) Häufigkeiten tabellarisch abgebildet (vgl. Bortz & Döring 2003).

3.2 Beschreibung der Stichprobe

• Strukturierte Beobachtungen

Ziel war es, in jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt die Durchführung von Prüfungen stationärer Einrichtungen der Altenpflege (AP) und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (EGH-Einrichtungen nach SGB XII) durch die Aufsichtsbehörden und MDK⁵ zu begleiten. Zunächst wurden alle 15 Aufsichtsbehörden des Landes Schleswig-Holstein durch die Mitarbeiterinnen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) telefonisch bzw. per Mail über die Beobachtungen informiert und Beobachtungstermine koordiniert. Ein Informationsschreiben für die Einrichtungsleitungen wurde erstellt und über die Aufsichtsbehörden verschickt. Dieses Schreiben beinhaltete die Informationen über das Vorgehen im Rahmen der wissenschaftliche Begleitstudie zur Einführung der Prüfrichtlinie für Regelprüfungen (§ 20 Abs. 9 SbstG).

Die Auswahl der Prüfungen erfolgte nach folgenden Kriterien (vgl. Abb. 2):

- Prüfungen in Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Prüfungen in Einrichtungen, in denen erstmalig die PRL eingesetzt wurde
- Prüfungen in Einrichtungen, in denen die PRL zum 2. Mal eingesetzt wurde
- Einrichtungen > 100 Plätze
- Einrichtungen < 100 Plätze

Insgesamt wurden 16 Beobachtungen im Zeitraum Dezember 2012 bis April 2013 durchgeführt (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Übersicht Prüfungen.

Aufsichtsbehörde	Prüfung	AP	EGH	Plätze
Bürgermeister der Hansestadt Lübeck	19.12.12		PRL (1.)	31
Landrat des Kreises Ostholstein	08.01.13		PRL (1.)	36
Landrat des Kreises Dithmarschen	14.01.13 26.02.13	PRL (2.)	PRL (1.)	14 60
Landrat des Kreises Schleswig-Flensburg	16.01.13	PRL (2.)		67
Oberbürgermeister der Stadt Flensburg	22.01.13	PRL (2.)		84
Landrätin des Kreises Segeberg	29.01.13	PRL (1.)		139
Landrat des Kreises Nordfriesland	05.02.13	PRL (1.)		78
Landrat des Kreises Steinburg	05.02.13	PRL (1.)		120
Oberbürgermeister/in der Landeshauptstadt Kiel	12.02.13	PRL (2.)		58
Landrat des Kreises Rendsburg-Eckernförde	12.02.13		PRL (1.)	24

⁵ Gleichzeitige Prüfungen mit dem MDK finden ausschließlich in stationären Pflegeeinrichtungen statt.

Oberbürgermeister der Stadt Neumünster	19.02.13	PRL (1.)	175
Landrat des Kreises Kreis Stormarn	19.02.13	PRL (1.)	83
Landrat des Kreises Pinneberg	05.03.13	PRL (1.)	126
Landrätin des Kreises Kreis Plön	06.03.13	PRL (1.)	60
Landrat des Kreises Herzogtum Lauenburg ⁶	03.04.13	PRL (1)	38

AP= Einrichtungen der stationären Altenpflege, EGH= Einrichtungen der Eingliederungshilfe, (1)=Erster Einsatz der PRL, (2)=Zweiter Einsatz der PRL

Die Beobachtungen fanden insgesamt in **12 AP-Einrichtungen** statt. In acht Altenpflegeeinrichtungen wurde erstmalig die PRL bei gleichzeitigen Prüfungen mit dem MDK eingesetzt. Bei vier gemeinsamen Prüfungen wurde die PRL bereits zum zweiten Mal angewendet. Darüber hinaus erfolgten **vier Beobachtungen in EGH-Einrichtungen**. In diesen Einrichtungen wurde erstmals mittels der PRL geprüft.

Die Beobachtungen der Prüfungen durch die Mitarbeiter/innen des IPP erfolgten in der Regel über einen Zeitraum von fünf bis zehn Stunden. Eingesetzt wurde ein Beobachtungsraster in Form eines teilstandardisierten Fragebogens (s. Anhang A1 und A2).

- **Online-Befragung**

Für die Online-Befragung wurden die stationären Einrichtungen der Altenpflege (582) und der Eingliederungshilfe (353) in Schleswig-Holstein per Mail angeschrieben (insgesamt 935 Einrichtungen) (Instrument siehe Anhang A3).

- **Rücklauf**

Insgesamt konnten die Daten von 302 eingegangenen Fragebögen ausgewertet werden (Rücklaufquote gesamt 32%). Differenziert nach Einrichtungen liegt die Rücklaufquote für die EGH-Einrichtungen bei 26% (90 Personen) und für die stationären Einrichtungen der Altenpflege bei 36% (212 Personen) (vgl. Abb. 2).

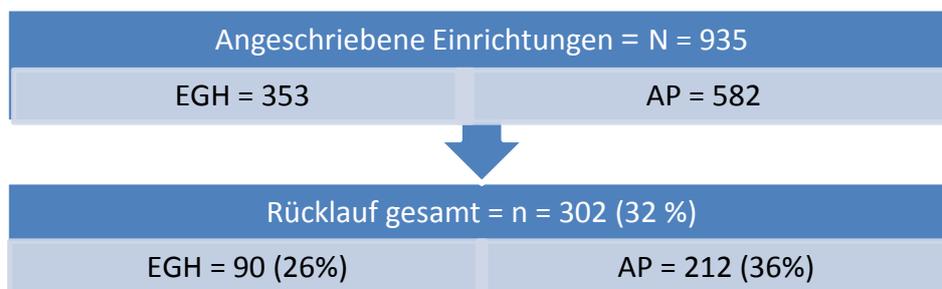


Abb. 2: Zielgruppe und Rücklaufquoten.

Differenziert nach **Kreisen/kreisfreien Städten** zeigt sich eine vermehrte Beteiligung an der Online-Befragung im Kreis Nordfriesland, in der Landeshauptstadt Kiel, im Kreis Segeberg und im Kreis Plön (vgl. Tab. 2). Dagegen fällt die Stichprobe aus der Hansestadt Lübeck sehr gering aus. Eine genaue Auflistung der Rücklaufquoten aus den Kreisen und Städten ist der nachfolgenden Tabelle 2 zu entnehmen.

⁶ Keine gleichzeitige Prüfung mit dem MDK aufgrund der geringen Größe der Einrichtung (38 Plätze). „Bei Einrichtungen unter 60 Bewohnerinnen und Bewohnern ist unter Berücksichtigung der Personalstruktur zu entscheiden, ob die Einrichtung zeitgleich und arbeitsteilig (...) überprüft werden soll“ (PRL 2012, S. 7).

Tab. 2: Rückläufe nach Kreisen/Städten.

Kreis/Stadt	EGH			AP			Gesamt N = 935		
	N	Rücklauf	in %	N	Rücklauf	in %	N	Rücklauf	in %
Hansestadt Lübeck	42	1	2%	43	2	5 %	85	3	4%
Kreis Ostholstein	39	3	8%	56	13	23%	95	16	17%
Kreis Dithmarschen	(42)*	1	-	32	4	13%	32	5	16%
Kreis Schleswig – Flensburg	39	9	23%	42	14	33%	81	23	28%
Stadt Flensburg	6	3	50%	17	1	6%	23	4	17%
Kreis Segeberg	24	6	25%	56	21	38%	80	27	34%
Kreis Nordfriesland	15	7	47%	36	21	58%	51	28	55%
Kreis Steinburg	12	2	17%	29	6	21%	41	8	20%
Landeshauptstadt Kiel	24	7	29%	29	12	41%	53	19	36%
Kreis Rendsburg – Eckernförde	51	11	22%	57	9	16%	108	20	19%
Stadt Neumünster	6	1	17%	12	2	17%	18	3	17%
Kreis Stormarn	37	5	14%	50	20	40%	87	25	29%
Kreis Pinneberg	22	3	14%	47	15	32%	69	18	26%
Kreis Plön	11	6	55%	18	3	17%	29	9	31%
Kreis Herzogtum Lauenburg	25	8	32%	58	11	19%	83	19	23%
Gesamt	353	73	21%	582	154	27%	935	227	24%
Keine Angaben			17	58			75	25 %	
Gesamt	353	90	26%	582	212	36%	935	302	32%

*Einrichtungen konnten aufgrund verspäteter Datenübermittlung nicht berücksichtigt werden

Die **Größe der Einrichtungen**, die sich an der Befragung beteiligten, variiert zwischen unter 30 und über 100 Plätzen. Insgesamt wurden die meisten Daten von Einrichtungen mit einer Anzahl zwischen 30 und 60 Plätzen gewonnen. Beteiligte EGH Einrichtungen verfügen im Vergleich zu den Altenpflegeeinrichtungen eher über eine geringe Platzanzahl (vgl. Tab. 3):

Tab. 3: Größe der Einrichtungen

Anzahl der Plätze	EGH	AP	Gesamt	in %
unter 30	40	27	67	22 %
30 - 60	22	68	90	30 %
60 - 100	8	68	76	25 %
über 100	20	46	66	22 %
Keine Angabe	-	3	3	1 %
Gesamt	90	212	302	100 %

Gut die Hälfte der an der Online-Befragung teilgenommenen Personen (55,7%) ist in der **Position der Einrichtungsleitung bzw. Stellvertretung** beschäftigt. Rund 26,8% der Befragten sind als Geschäftsleitung/Stellvertretung tätig bzw. arbeiten in der Position einer Pflegedienstleitung/Stellvertretung (14,4%)(vgl. Abb. 3).

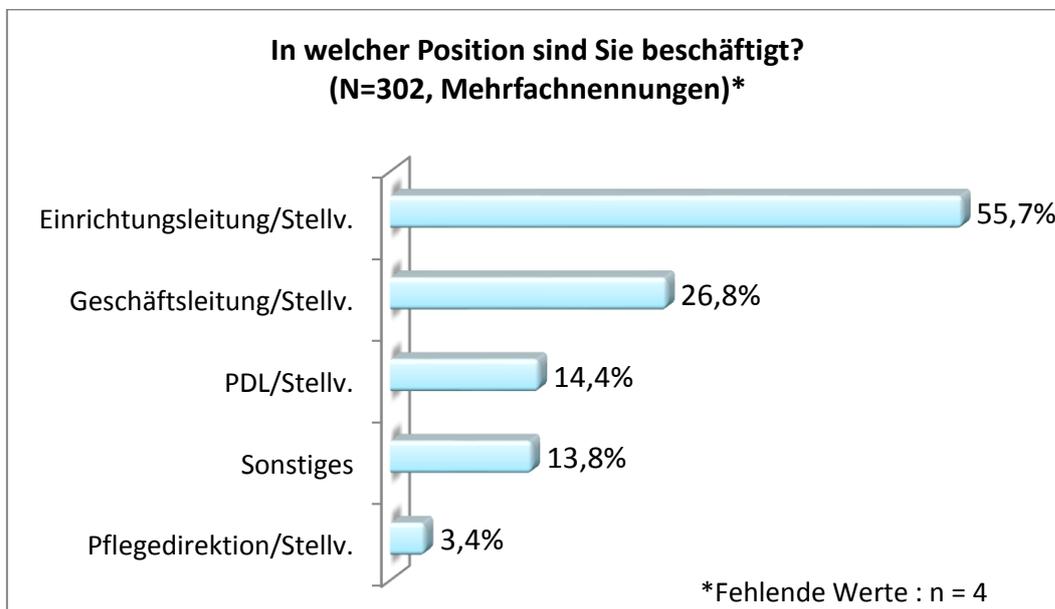


Abb. 3: Beschäftigungsposition der Befragten.

Die **PRL** wurde zum Erhebungszeitpunkt bereits in der Mehrzahl der an der Online-Befragung teilgenommenen Einrichtungen eingesetzt (Gesamt= 82%). 39% der Einrichtungen können sogar auf vermehrte Erfahrungen mit der PRL zurückgreifen, da sie bereits zum wiederholten Mal mittels der PRL geprüft worden sind. Lediglich 18% der Befragten verfügen zum Erhebungszeitpunkt über keine praktischen Erfahrungen im Umgang mit der Prüfrichtlinie (vgl. Abb. 4). Eine genaue Betrachtung nach Einrichtungstyp getrennt zeigt, dass in den EGH-Einrichtungen die PRL häufiger noch nicht eingesetzt und insgesamt weniger häufig mittels PRL im Vergleich zu den Altenpflegeeinrichtungen geprüft wurde (vgl. Abb. 4).

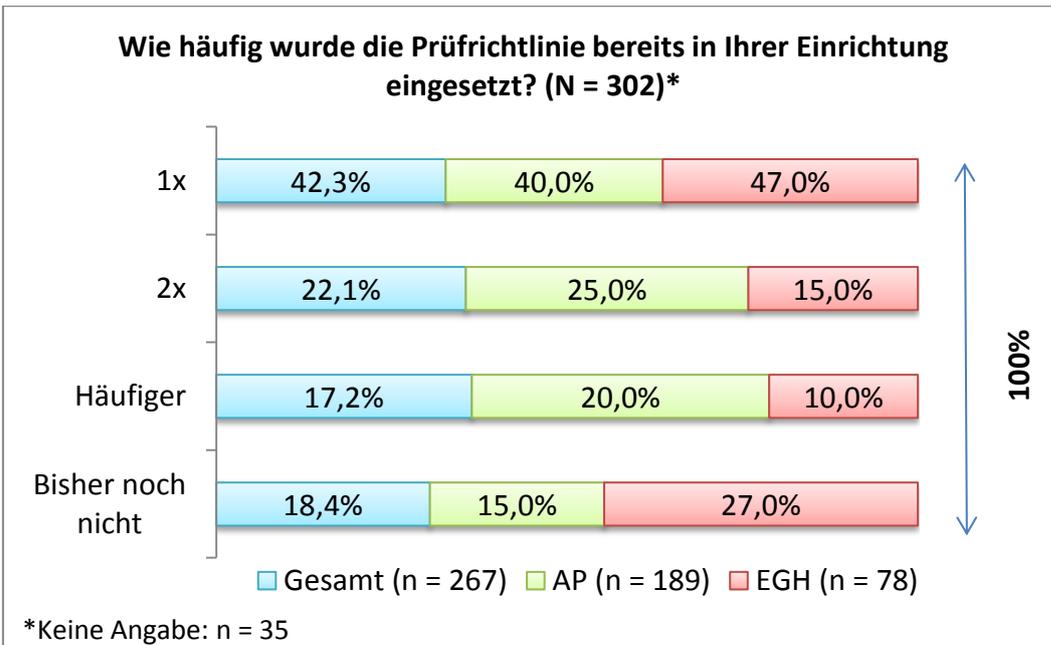


Abb. 4: Häufigkeit des Einsatzes der PRL.

Gleichzeitige Prüfungen von Aufsichten und dem MDK⁷ fanden bereits in der Mehrzahl der stationären Altenpflegeeinrichtungen (71,2 %) statt. Die nachstehende Abbildung 5 verdeutlicht die Häufigkeit gleichzeitiger Prüfungen: in gut der Hälfte der Einrichtungen (55%) wurde bereits einmal und in insgesamt 42,3% der befragten Altenpflegeeinrichtungen sogar schon mehrmals gleichzeitig geprüft (vgl. Abb. 5).

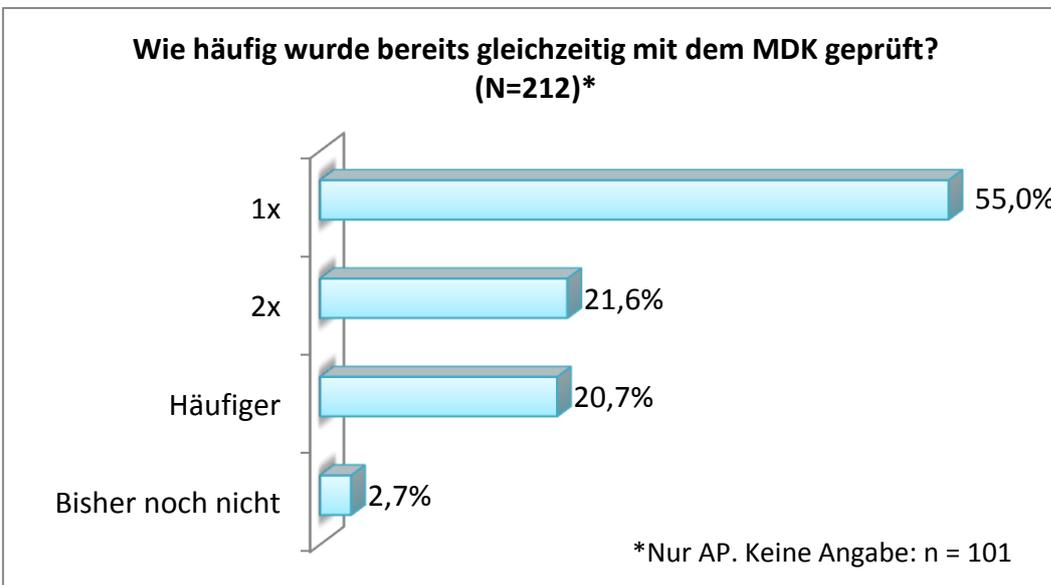


Abb. 5: Häufigkeit von gleichzeitigen Prüfungen mit dem MDK.

⁷ „Finden bzw. fanden seit Einführung der Prüfrichtlinie gleichzeitige Prüfungen mit dem MDK satt?“
N=212 AP, Nein=28,8%, keine Angabe=52

4 Zentrale Ergebnisse

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse, den strukturierten Beobachtungen der Prüfungen und der Online-Befragung der stationären Altenpflege- und EGH-Einrichtungen entlang der drei forschungsleitenden Haupt- und der jeweiligen Unterfragen (vgl. Kap. 2) vorgestellt. Jeweils am Ende eines Fragenkomplexes erfolgt ein Zwischenfazit (jeweils farblich grau unterlegt), in dem die Ergebnisse der einzelnen Erhebungen zusammengeführt werden.

4.1 Inhaltliche Entsprechung der PRL mit dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG)

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage (1. Entspricht die PRL dem Auftrag des Gesetzes?) mit den insgesamt vier Unterfragen (vgl. Kap 2) erfolgt zunächst anhand einer systematischen Dokumentenanalyse (vgl. Kap. 3). Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse zu den einzelnen Unterfragen (vgl. Kap 2) ausführlich vorgestellt.

4.1.1 Eignung der PRL für eine Vereinheitlichung der Überprüfungen

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse zu der Frage: „Ist die Prüfrichtlinie für eine Vereinheitlichung der Durchführung der Überprüfung nach dem SbStG geeignet?“ lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die PRL wird – unabhängig von festgestellten Optimierungsmöglichkeiten – als geeignet bewertet, eine Vereinheitlichung der Durchführung und Überprüfung nach dem SbStG zu gewährleisten. Für die Eingliederungshilfe werden einige Aspekte identifiziert, die in der PRL stärker betont werden könnten (vgl. Kap. 4.1.2). Dagegen zeigen sich für die Einrichtungen der stationären Altenpflege mehrere Prüfkriterien, die Überschneidungen mit dem MDK aufweisen und ggf. zu reduzieren sind (vgl. Kap. 4.3.3).
- Innerhalb der Analyse wird zudem deutlich, dass die Überprüfung von stationären Einrichtungen der Altenpflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe entlang eines gemeinsamen Prüfinstruments unübersichtlich erscheint. Folgende Optimierungsempfehlungen lassen sich im Rahmen der Dokumentenanalyse identifizieren:

Optimierungsempfehlungen:

- **Einrichtungsspezifische Trennung der PRL**

Wie bereits einleitend hervorgehoben, wird aus Sicht der Dokumentenanalyse ein Handlungsbedarf bzgl. der Trennung der PRL nach Einrichtungsart, bzw. der Einführung zweier getrennter Dokumente für die Einrichtungen der stationären Altenpflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe deutlich. So gibt es Fragenkomplexe, die für beide Einrichtungsarten relevant sind, sowie eine Bandbreite an Fragen, die entweder nur für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder nur für die stationären Einrichtungen der Altenpflege von Bedeutung sind. Auch wenn zur Vereinfachung mit Symbolen gearbeitet wird, die die Bereiche voneinander trennen, bedarf das Arbeiten mit den Symbolen einer Eingewöhnung und zusätzlichen Konzentration innerhalb des Prüfprozesses. Dieser Aufwand würde mit einer Trennung der Dokumente entfallen und die Durchführung vor Ort erheblich erleichtern.

- **Veränderung der Fragestellung hin zu Themenkomplexen**

Des Weiteren ließe sich die Handhabbarkeit optimaler gestalten, wenn bei allen Themen, die mit Unterpunkten versehen werden, die einleitenden Fragen wegfallen und stattdessen zur Orientierung nur mit Themen gearbeitet wird.

- **Ergänzung der Antwortmöglichkeiten**

An einigen Stellen innerhalb der PRL fällt auf, dass die Antwortkategorien Ja/ Nein zum Teil nicht ausreichen. Es wird deutlich, dass ein „nicht zutreffend“ als Antwortmöglichkeit notwendig wäre.

- **Bedeutung der Stärkenfragen prüfen**

Innerhalb der PRL gibt es eine Reihe von Punkten, die als sogenannte Stärkenfragen gekennzeichnet werden: „Die Stärkenfragen folgen der Intention des Gesetzes, ein möglichst selbstbestimmtes, selbständiges und individuelles Alltagsleben in einer institutionell geführten Gemeinschaft leben zu können. Hier haben die Einrichtungen einerseits eine Gelegenheit, ihr individuelles Profil zum Ausdruck zu bringen, andererseits besteht in diesem Bereich auch ein wichtiger Beratungsauftrag der Aufsichtsbehörden, die Einrichtungen in ihrer Qualitätsweiterentwicklung zu begleiten und vorhandene Stärken wahrzunehmen und anzuerkennen.“ (vgl. PRL 2012, S.7)

Die Orientierung an Stärken ist sehr zu begrüßen. Zu empfehlen ist, dass diese Fragen auch in dem Kapitel 19 (Ergebnisse der Prüfung), S. 63 - 66. mit aufgenommen werden, um eine Übersicht der Stärken entlang der Fragen zu erhalten.

4.1.2 Inhaltliche Entsprechung der Prüfinhalte der PRL nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SbStG

Um die Fragen (1.2 Entsprechen die Prüfinhalte der PRL dem Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SbStG? Wird die PRL dem Gedanken der Selbstbestimmung und Teilhabe gerecht?) beantworten zu können, ist es erforderlich, den genannten Paragraphen 20 detailliert zu analysieren. Der Paragraph 20 Abs. 1 Satz 1 SbStG befasst sich mit Bezug auf den Paragraph 14 SbStG mit der Erfüllung der Anforderungen an den Betrieb einer Einrichtung. Dieser Teil des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes regelt alle zentralen Forderungen und wird aus diesem Grund ausführlich bearbeitet. Der folgende Kasten umfasst in der Übersicht die durch den Paragraph 14 und seine Abätze geforderten Kriterien.

Übersicht der einzelnen Inhalte des § 14 SbStG.

§ 14 Abs. 1, Satz 1:

- Angemessene Qualität des Wohnens,
- Angemessene Qualität der Betreuung
- Angemessene Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung
- Angemessene Qualität der Pflege nach allgemein anerkanntem Stand der fachlichen Kenntnisse
- Sicherung ärztlicher und gesundheitlicher Betreuung

§ 14 Abs. 1, Satz 2:

- Gewährleisten und Fördern der Eingliederung und einer möglichst selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung
- Aufstellen und Dokumentation von Betreuungs- und Förderplänen für Menschen mit Behinderung

§ 14 Abs. 1, Satz 3:

- Aufstellen von Pflegeplanungen für Bewohner/innen mit Pflegebedarf
- Dokumentation der Umsetzung der Pflegeplanungen für Bewohner/innen mit Pflegebedarf

§ 14 Abs. 1, Satz 4:

- Anwendung eines anerkannten Verfahrens zur Sicherung der Qualität der Leistungen

§ 14 Abs. 1, Satz 5:

- Betreiben eines Beschwerdemanagements und Transparenz dieses Verfahrens

§ 14 Abs. 1, Satz 6:

- Sicherstellen einer bewohnerbezogenen und ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Arzneimittel
- Sicherstellen einer jährlich wiederkehrenden Beratung der Pflegenden über den Umgang mit Arzneimitteln

§ 14 Abs. 2, Satz 1:

- Nachweis der notwendigen Zuverlässigkeit, insbesondere der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit

§ 14 Abs. 2, Satz 2:

- Sicherstellen, dass die Anzahl der Beschäftigten ausreicht
- Sicherstellen, dass die persönliche und fachliche Eignung der Beschäftigten für die von ihnen zu leistende Arbeit ausreicht

§ 14 Abs. 2, Satz 3:

- Gewähr für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zur Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen mit den Bewohner/innen leisten
- Beachtung der Angemessenheit der Entgelte

§ 14 Abs. 2, Satz 4:

- Einhaltung der Verordnung nach § 26

§ 14 Abs. 2, Satz 5:

- Erbringung der den Bewohner/innen vertraglich geschuldeten Leistungen

Im Folgenden wird systematisch für jeden einzelnen Unterpunkt beschrieben, inwieweit und in welchem Umfang dieser innerhalb der PRL aufgegriffen wird. Dazu wird an den Anfang des jeweiligen Absatzes eine Kurzzusammenfassung gestellt. Sollten Empfehlungen notwendig sein, werden diese jeweils aufgeführt. Innerhalb der Begründung sind alle Punkte aus der Prüfrichtlinie aufgeführt, die mit der Prüfung des jeweiligen Themas in Bezug stehen.

• Angemessene Qualität des Wohnens (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 1)

Mit dem Kapitel 13 (Wohnqualität der Einrichtung), Pkt. 13.1 bis 13.6, S. 39 - 42, überprüft die PRL die Anforderungen an die Qualität des Wohnens in nachvollziehbarem und angemessenem Umfang. Es ergeben sich keine zusätzlichen Empfehlungen.

• Angemessene Qualität der Betreuung (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 1)

Es lässt sich für den Betreuungsbereich insgesamt feststellen, dass die Prüfrichtlinie die Qualität der Betreuung in einem ausreichenden Umfang überprüft. Dennoch erscheinen Optimierungsempfehlungen angebracht, die nachstehend aufgeführt werden:

Optimierungsempfehlungen:**○ Einführung von Hinweisen/ Beispielen**

Zu Beginn der PRL wird anhand von Kapitel 3 (Konzeption und Qualitätsmanagement), Pkt. 3.2, S. 11, für beide Einrichtungsbereiche überprüft, ob eine aussagekräftige Konzeption für die Betreuung vorliegt. Es liegen jedoch keine Kriterien vor, welche Inhalte bzw. Mindeststandards ein Betreuungskonzept erfüllen muss bzw. welcher Erwartungshorizont vorausgesetzt wird.

Kapitel 8 (Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung), Pkt. 8.8, S. 28, regelt, inwiefern gewährleistet wird, dass die Betreuungsangebote auf die individuellen Einschränkungen der Bewohner/innen abgestimmt werden. Da keine Bewohner/innen dazu befragt werden, ist nicht nachvollziehbar, woran die Beantwortung dieser Frage gemessen werden kann.

Des Weiteren ist das Kapitel 9 (Wahrung der Grundrechte), Pkt. 9.3, S. 31, für beide Einrichtungstypen im Bereich Betreuung relevant. Hier wird gefragt, ob kulturelle und religiöse Gewohnheiten bei der Betreuung berücksichtigt werden. Auch dieser Punkt sollte konkretisiert werden, da er eher die Frage des Leitbildes oder des Pflege- und Betreuungsverständnisses der Einrichtung betrifft und demzufolge in der Darstellung der Einrichtung thematisiert werden sollte oder innerhalb der Konzeptionen zur Betreuung und Pflege zu verorten ist.

• Angemessene Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 1)

Die hauswirtschaftliche Versorgung gliedert sich innerhalb der Prüfrichtlinie in folgende drei Bereiche:

- Verpflegung
- Hausreinigung
- Wäscheversorgung

Während für die Hausreinigung und Wäscheversorgung relativ überschaubare und nachvollziehbare Kriterien abgefragt werden, zeigt sich im Kapitel 18.1 (Verpflegung), S. 55 - 59, eine gewisse Unübersichtlichkeit der Kriterien. Zum einen werden die Fragen für die Bereiche Eingliederungshilfe und stationäre Altenpflege nicht nachvollziehbar getrennt. Zudem ist die Bestimmung von Stärken-Kriterien nicht eindeutig ersichtlich. Zum anderen kommt es mehrfach zu Doppelungen, die reduziert werden sollten. Folgende Verbesserungen werden empfohlen:

Optimierungsempfehlungen:

○ **Hinweise zum Hauswirtschaftskonzept**

Auch für die hauswirtschaftliche Versorgung wird zunächst in Kapitel 3 (Konzeption und Qualitätsmanagement), Pkt. 3.2, S. 11, überprüft, ob eine Konzeption für diesen Bereich vorliegt. Es liegen jedoch keine Kriterien vor, welche Inhalte/Mindeststandards ein Hauswirtschaftskonzept erfüllen sollte.

○ **Überprüfung der Stärkenfragen**

Das Kapitel 18 (Hauswirtschaftliche Versorgung), Punkt 18.1.2.2, S. 55, fragt nach der Möglichkeit, über das Regelangebot hinaus Getränke zukaufen zu können. Diese Frage ist als Stärken-Frage formuliert. Dies widerspricht dem Sinn der Frage, denn es bedeutet, dass Einrichtungen, die eine große Auswahl an Getränken in ihrem Regelangebot vorhalten und deshalb keine Zukaufoptionen notwendig haben, keine Stärkenpunkte erhalten, obwohl sie sich sehr bemühen, den Wünschen der Bewohner/innen zu entsprechen. Diese Frage sollte entfallen oder die Möglichkeit des T.n.z. (trifft nicht zu) aufgenommen werden.

Die Punkte 18.1.8 bis 18.1.9.2, S. 57 - 58, beschäftigen sich mit dem Einbezug/Beteiligung der Bewohner/innen bei der Vor-, Zu- und Nachbereitung der Mahlzeiten sowie deren Unterstützung und Anleitung durch geeignete Personen. Die Beteiligung bei der Vor-, Zu- und Nachbereitung der Mahlzeiten wird nur für die Eingliederungshilfe geprüft. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Aspekte innerhalb der stationären Altenhilfe nicht als Stärken-Fragen aufgenommen werden.

○ **Trennung von Speise- und Getränkeversorgung**

Punkt 18.1.3, S. 56, fragt Speisen und Getränke gemeinsam ab. Dies erscheint nicht für alle Unterpunkte sinnvoll. Es empfiehlt sich, die Getränkeversorgung aus diesem Punkt zu entfernen und ihn stattdessen dem Punkt 18.1.1.5. der Speiseversorgung zuzuordnen.

○ **Überprüfung von Doppelungen**

Die Punkte 18.1.5 bis 18.1.7.3, S. 56 - 57, beschäftigen sich mit der Verfügbarkeit (Intervalle) der Mahlzeitenangebote. Es geht um das Bereitstellen von drei Hauptmahlzeiten (und einer Zwischenmahlzeit), um die Angebotszeiten und Zeitkorridore sowie um die Essenszeiten bzw. deren Flexibilität für die individuellen Wünsche der Bewohner/innen. Punkt 18.1.7.2 und 18.1.7.3, S. 57, haben sehr enge Überschneidungen. Es empfiehlt sich, Pkt. 18.1.7.2, S. 57, zu streichen.

Die Punkte 18.1.12.1 und 18.1.12.2, S. 59, beziehen sich auf die Unterstützung der Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme. Ggf. könnten diese Punkte hinter den Punkt 18.1.8.3, S. 57, gestellt werden, da es in dem Teil auch um die Förderung der Selbstständigkeit (bezogen auf die Zubereitung) geht.

○ **Übernahme von EGH-Fragen für die Altenpflege**

Die Punkte 18.3.1 bis 18.3.3, S. 61, gelten ausschließlich für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Hier wird gefragt, ob das System der Wäscheversorgung erlaubt, jederzeit über die bevorzugte Kleidung zu verfügen. Des Weiteren, ob sich die Bewohner/innen in von ihnen gewünschtem Umfang an der Wäschepflege beteiligen können. Die bevorzugte Kleidung zu tragen, ist aber ebenso für die stationäre Altenpflege von Relevanz und sollte deshalb mit aufgenommen werden.

- **Angemessene Qualität der Pflege nach allgemein anerkanntem Stand der fachlichen Kenntnisse (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 1)**

Für die stationären Altenpflegeeinrichtungen erfolgt die Prüfung der Pflegequalität durch die PRL aufgrund der Schwerpunktsetzung bei Struktur- und Prozessqualität (z.B. Konzeption, verantwortliche Pflegefachkraft). Inwieweit dadurch Überschneidungen mit dem MDK verhindert werden können, wird zu einem späteren Zeitpunkt in Kapitel 4.3., S. 39 ff. beschrieben. Auch hier werden nachstehende Empfehlungen ausgesprochen:

Optimierungsempfehlungen:

- **Nennung von Hinweisen/ Beispielen**
Auch für den Bereich Pflege überprüft Kapitel 3 (Konzeption und Qualitätsmanagement), Pkt. 3.2, S. 11, an erster Stelle, ob eine aussagekräftige Konzeption vorliegt. Es liegen jedoch, wie bereits für die vorangegangenen Bereiche beschrieben, keine Mindeststandards für Pflegekonzepte vor.
Des Weiteren wird nicht differenziert nach den Qualifikationen des Personals insbesondere von Leitungskräften im Bereich Pflege gefragt.
- **Überprüfung der Stärkenfragen**
In Kapitel 16 (Umgang mit die Gesundheit gefährdenden Situationen), wird mit Pkt. 16.3. (2), S. 50, die Erfüllung der regelmäßigen Pflichtfortbildungen zum Umgang mit Notfallsituationen/Erste Hilfe geprüft. Diese Frage wird als Stärken-Frage aufgeführt. Die regelmäßige Erste-Hilfe-Schulung sollte jedoch in den Pflichtbereich gehören. Dieser Punkt könnte des Weiteren ggf. unter 5.8 Personalqualifizierung – Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen verortet werden. Hier wäre zu diskutieren, ob nicht weitere regelmäßig wiederkehrende Pflichtfortbildungen/Beratungen/Unterweisungen abgefragt werden könnten (z.B. Arbeitsschutz, Brandschutz). Es ist davon auszugehen, dass die Fortbildungsnachweise der Mitarbeiter/innen innerhalb eines Ablagesystems gesammelt werden. Das könnte die Effizienz der Prüfung ggf. erhöhen.

- **Sicherung ärztlicher und gesundheitlicher Betreuung (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 1)**
- **Gewährleisten und Fördern der Eingliederung und einer möglichst selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 2)**

Die PRL erfüllt aus Sicht der Dokumentenanalyse die Prüfung von Maßnahmen zur Umsetzung und zur Steigerung einer möglichst selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung in hohem Umfang und anhand diverser Kriterien. Des Weiteren wird die Forderung nach Selbstbestimmung und Teilhabe als Querschnittsthema innerhalb der Prüfrichtlinie sehr umfassend beachtet.

- **Aufstellen und Dokumentation der Betreuungs- und Förderpläne für Menschen mit Behinderung (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 2)**
- **Aufstellen von Pflegeplanungen für Bewohner/innen mit Pflegebedarf und Dokumentation der Umsetzung der Pflegeplanungen für Bewohner/innen mit Pflegebedarf (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 3)**

Für die Eingliederungshilfe werden durch die Fragen der PRL die Ansprüche an Planung und Dokumentation für die Betreuungsleistungen anhand überschaubarer Kriterien gut abgedeckt.

- **Anwendung eines anerkannten Verfahrens zur Sicherung der Qualität der Leistungen (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 4)**
- **Betreiben eines Beschwerdemanagements und Transparenz dieses Verfahrens (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 5)**

Bezogen auf das Qualitäts- und Beschwerdemanagement kann eine nachvollziehbare und angemessene Anzahl an Kriterien in der PRL und Entsprechung mit dem SbStG konstatiert werden.

- **Sicherstellen einer bewohnerbezogenen und ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Arzneimittel (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 6)**

Unabhängig von der Notwendigkeit der nachstehenden Optimierungsempfehlungen, wird der Umgang mit Arzneimitteln innerhalb der PRL sehr umfassend und gut strukturiert abgefragt.

Optimierungsempfehlungen:

- **Überprüfung der Fragestellungen**
Kapitel 17 (Arzneimittelversorgung), Pkt. 17.4. S. 53, dient der Klärung der fachgerechten Vorbereitung (Stellen) der Arzneimittel bezogen auf fachlich ausgewiesene Personen, Dokumentation, Unmittelbarkeit bei besonderen Arzneimitteln und Schnittstellenmanagement.. Der Punkt 17.4. (1), S. 53, umfasst zu viele Items zu unterschiedlichen Bereichen, die möglicherweise nicht alle gleichzeitig mit einer einzigen ja/nein – Antwortmöglichkeit beantwortet werden können. Eine Trennung dieser umfangreichen Frage erscheint sinnvoll. Dies auch im Hinblick darauf, dass unter Pkt. 17.5, S. 54, das korrekte Verabreichen der Arzneimittel - bezogen auf die Eignung der Person - geprüft wird.
- **Neuverortung von Fragen**
Des Weiteren gibt es innerhalb des Kapitels 9 (Wahrung der Grundrechte) mit Pkt. 9.4, S. 31, einen Punkt zu Arzneimitteln, der den Umgang mit der Selbstmedikation nicht verordneter, selbst beschaffter Arzneimittel von Bewohner/innen thematisiert. Es wird empfohlen, diesen Abschnitt dem Komplex Arzneimittelversorgung (Kap. 17) zuzuordnen.

- **Sicherstellen einer jährlich wiederkehrenden Beratung der Pflegenden über den Umgang mit Arzneimitteln (SbStG § 14 Abs. 1, Satz 6)**

In Kapitel 17 (Arzneimittelversorgung), Pkt. 17.4. (1), S. 53, wird die Schulung von Nicht-Pflegefachkräften bzgl. des Umgangs mit Arzneimitteln thematisiert.

Optimierungsempfehlung:

- **Ergänzung der Fortbildungsnachweise**
Wenngleich der Umgang mit Arzneimitteln sehr umfassend in der PRL behandelt wird, sollte der Punkt der wiederkehrenden Beratung über den Umgang mit Arzneimitteln dennoch zusätzlich aufgeführt werden. Wie im Folgenden noch thematisiert wird, könnte dieser Punkt ggf. gebündelt mit weiteren Fortbildungsnachweisen in dem Kapitel 5 (Personalstruktur und – Qualifizierung), Pkt. 5.8, S. 19, mit aufgeführt werden.

- **Nachweis der notwendigen Zuverlässigkeit, insbesondere der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (SbStG § 14, Abs. 2, Satz 1)**

Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Träger wird innerhalb der Prüfrichtlinie im minimalen Umfang geprüft. Kapitel 7 (Finanzen), Pkt. 7.3, S. 25, fragt nach aktuellen Anhaltspunkten, ob der Träger die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb der Einrichtung nicht besitzt.

• **Sicherstellen einer ausreichenden Anzahl der Beschäftigten (SbStG § 14, Abs. 2, Satz 2)**

Der Erfüllungsgrad der gesetzlich geforderten Anzahl der Beschäftigten wird innerhalb der PRL ausreichend erfragt.

• **Sicherstellen, dass die persönliche und fachliche Eignung der Beschäftigten für die von ihnen zu leistende Arbeit ausreicht (SbStG § 14, Abs. 2, Satz 2)**

Zur Sicherstellung der Eignung der Beschäftigten wird in Kapitel 5 (Personalstruktur und -Qualifizierung), Pkt. 5.1, S. 17, die fachliche und persönliche Entsprechung der leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausreichend geprüft (getrennt nach Einrichtungsleitung und ausschließliche für die stationäre Pflege: verantwortlichen Pflegefachkraft).

Optimierungsempfehlungen:

○ **Übernahme von Fragen aus dem Bereich Altenpflege für EGH-Einrichtungen**

In Kapitel 5 (Personalstruktur und –Qualifizierung), Pkt. 5.2, S. 17, geht es ausschließlich für die stationären Altenpflegeeinrichtungen um die Kenntnisse derjenigen Personen, die gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner/innen betreuen. Es zeichnet sich aber bereits heute schon ab, dass auch innerhalb der Eingliederungshilfe zunehmend ältere, psychisch veränderte Menschen betreut werden, so dass dieser Punkt zukünftig stärker für die Eingliederungshilfe relevant wird. Wir empfehlen, diesen Punkt für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe als Stärkenfrage mit aufzunehmen und die Antwortkategorien um T.n.z. (trifft nicht zu) zu ergänzen.

○ **Überprüfung der Fragestellungen**

In Kapitel 5 (Personalstruktur und –Qualifizierung), Pkt. 5.5, S. 18, wird für die stationären Altenpflegeeinrichtungen und mit Punkt 5.6, S. 19, für die Eingliederungshilfe nach der quantitativen und qualitativen Entsprechung der Personalausstattung mit den Vergütungsvereinbarungen gefragt. In beiden Punkten wird mit den vorhandenen Items aber nur nach der quantitativen und nicht nach der qualitativen Entsprechung gefragt. Wir empfehlen deshalb, das „qualitativ“ an diesen beiden Stellen zu streichen. Die qualitative Entsprechung wird in demselben Kapitel mit den Punkten 5.7 und 5.8, S. 19, geprüft.

Unter Pkt. 5.7, S. 19, wird nach Anhaltspunkten gefragt, ob die Bewohnerinnen mit der aktuell vorhandenen Personalausstattung nicht den fachlichen Standards entsprechend betreut/gepflegt werden können. Der Punkt ist als Ausschlussverfahren formuliert. Es bietet sich an, hier deutlicher zu fragen und ggf. auch Beispiele für eine denkbare Nichterfüllung dieses Punktes aufzuführen.

Ferner ermittelt der Pkt. 5.8, S. 19, inwiefern den Mitarbeiter/innen berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen ermöglicht werden. Ggf. könnte an dieser Stelle der gesamte Weiterbildungsbereich incl. des Pflichtfortbildungsbereiches bearbeitet werden. Es wird davon ausgegangen, dass alle Fortbildungsnachweise an einem Ort gesammelt werden, so dass mit einer einmaligen Prüfung an dieser Stelle der Aufwand innerhalb der Prüfung ggf. reduziert werden kann.

• **Gewähr für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zur Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen mit den Bewohner/innen und Beachtung der Angemessenheit der Entgelte (SbStG § 14, Abs. 2, Satz 3)**

Die Gewährleistung der Einhaltung von gesetzlichen Bestimmungen zur Ausgestaltung der vertraglichen Beziehungen mit den Bewohner/innen wird durch verschiedene Punkte innerhalb der PRL ausreichend bearbeitet.

• **Einhaltung der Verordnung nach § 26 (SbStG § 14, Abs. 2, Satz 4)**

Die Einhaltung der Verordnungen nach § 26 bezieht sich auf Verordnungsermächtigungen durch das zuständige Ministerium zur Durchführung des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes. Die implizierten Punkte dieses Gesetzesabschnittes wie Eignung der Beschäftigten, räumliche Anforderungen, Wahl des Beirates und Bestellung von Bewohnerfürsprecher/innen sowie die Pflichten des Trägers bei Annahme von Leistungen werden innerhalb der PRL erfasst und wurden bereits in vorherigen Abschnitten thematisiert.

• **Erbringung der den Bewohner/innen vertraglich geschuldeten Leistungen (SbStG § 14, Abs. 2, Satz 5)**

Der Bereich Leistungserbringung wird innerhalb der Prüfrichtlinie in hohem Umfang geprüft.

4.1.3 Berücksichtigung der Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Im Folgenden werden zur Beantwortung der Frage „Berücksichtigt die PRL die Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe?“ die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse, den Beobachtungen und der Online-Befragung zusammengeführt.

Dokumentenanalyse:

Insgesamt berücksichtigt die PRL die Besonderheiten von EGH-Einrichtungen: Es finden sich eine Vielzahl grundlegender Themen, die in den Bereich „Wahrung der Menschenrechte“ fallen (z.B. das Recht auf Privatsphäre, Bewohner/innen-Beirat etc.). Diskussionswürdig erscheinen folgende Aspekte, die bislang mit der PRL nicht erfasst werden:

- Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind im Vergleich zur stationären Altenpflege deutlich stärker am Wohngruppen-Ansatz orientiert. Diese Besonderheit findet nur ansatzweise Beachtung innerhalb der PRL. Des Weiteren sind Institutionen der Eingliederungshilfe auf bestimmte Behinderungsarten spezialisiert, die ggf. unterschiedliche Voraussetzungen benötigen und Vorgehensweisen pflegen. Diese Spezialisierungen können mit der PRL nicht erfasst werden.
- Die Besonderheit „Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft/Inklusion“ wird nicht ausreichend beachtet. Es findet sich zwar eine Vielzahl an eher grundlegenden Themen, die in den Bereich Wahrung der Menschenrechte fallen. Nicht berücksichtigt werden jedoch die pädagogischen Bemühungen der Einrichtung zur Ausübung eines angemessenen Berufs bzw. einer angemessenen Tätigkeit sowie das Bemühen der Einrichtung zur Aufrechterhaltung und Vertiefung familiärer Kontakte/gegenseitiger Besuche.

Beobachtungen:

Die Eindrücke, die während der Beobachtungen gemacht wurden, deuten⁸ darauf hin, dass die Besonderheiten der unterschiedlichen stationären der EGH-Einrichtungen in der PRL keine ausreichende Berücksichtigung finden. Insbesondere die jeweilige Individualität der EGH-

⁸ Insgesamt nahmen die Beobachter/innen an vier Prüfungen der Aufsichtsbehörden in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) teil (vgl. Abb. 2). Die PRL wurde in diesen Einrichtungen zum ersten Mal eingesetzt.

Einrichtungen, die den unterschiedlichen Krankheitsbildern der Bewohner/innen geschuldet ist, kann durch die PRL nicht transparent genug abgebildet werden. So zeichnet sich die Qualität der Einrichtungen nach Ansicht der Prüfbeteiligten auch dadurch aus, inwieweit weitere Zusatzangebote, z.B. die Errichtung eines Sinnesgartens oder eines Snoezelraumes⁹, zur Verfügung gestellt werden. Diese Angebote finden aber in der PRL keine Berücksichtigung. Darüber hinaus wird vereinzelt von den Teilnehmern/innen der Beobachtungen die hohe Pflegeorientierung in der PRL und ein Anstieg der Dokumentationsanforderungen für die EGH-Einrichtungen kritisiert.

Online-Befragung

Das zentrale Ergebnis der Beobachtungen wird durch die Online-Befragung bestätigt: Gut 69% der Befragten aus EGH-Einrichtungen sind der Meinung, dass die Besonderheiten von EGH-Einrichtungen in der PRL nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Abb. 6).

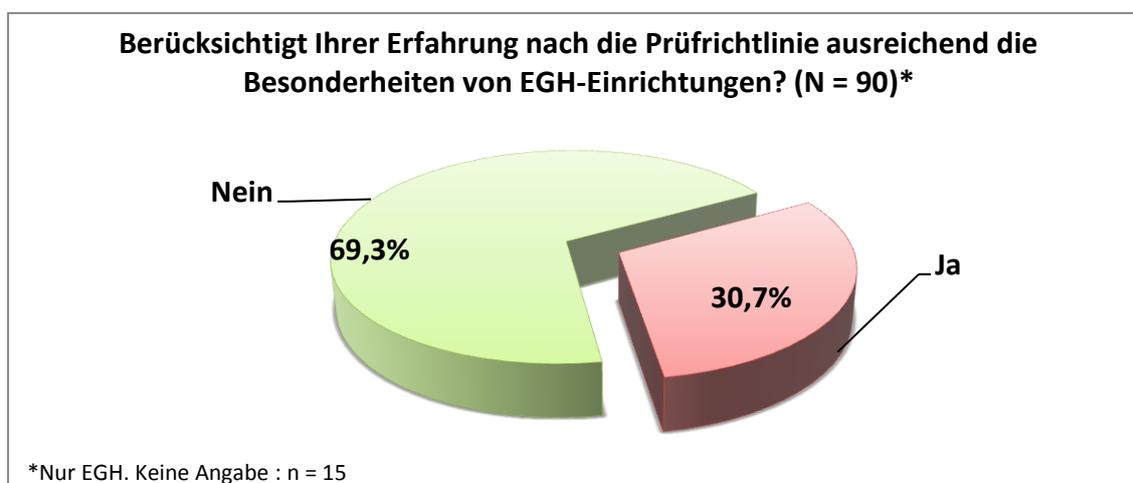


Abb. 6: Berücksichtigung der Besonderheiten von EGH-Einrichtungen.

Die größten Schwierigkeiten liegen nach Meinung der an der Onlinebefragung teilgenommenen EGH-Einrichtungen in der hohen Pflegeorientierung der PRL. Genannt werden darüber hinaus die fehlende Berücksichtigung des Lebensalltagsbezugs, eine zu starke Institutionalisierung, die durch die Prüfrichtlinie erwartet wird und die Selbstbestimmung der Bewohner/innen einschränkt. Ferner bietet die PRL keinen Raum für pädagogische und kreative Besonderheiten der EGH-Einrichtungen. Zudem werden die speziellen Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Bewohner/innen nicht ausreichend berücksichtigt. Weitere Aspekte werden in der nachstehenden Tabelle 4 aufgeführt.

Tab. 4: Berücksichtigung der Besonderheiten von EGH-Einrichtungen.

Wenn nein, bitte begründen Sie Ihre Meinung: (N = 45) (Mehrfachantworten)	Anzahl der Befragten	in %
Die PRL ist zu stark pflegeorientiert	32	71,1%
Der Lebensalltag wird nicht ausreichend beachtet	21	46,7%
Die Institutionalisierung des Wohnens/ Lebens steht der Selbstbestimmung gegenüber	19	42,2%
PRL bietet keinen Raum für pädagogische Arbeit/ kreative Besonderheiten	18	40,0%

⁹ Ein Snoezelraum ist eingerichtet mit Materialien, die ausgesuchte Sinneswahrnehmungen anregen sollen.

Die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Klienten werden nicht beachtet	17	37,8%
Bürokratie und Rationalität haben Vorrang	14	31,1%
Die Beachtung der Zielgruppen-Diversität fehlt	12	26,7%
Besonderheiten kleiner Einrichtungen werden nicht berücksichtigt	5	11,1%

Die Erwartungen der EGH-Einrichtungen an die PRL als Mittel des Ordnungsrechts scheinen hier sehr hoch. Besondere Leistungsangebote der EGH-Einrichtungen werden im Rahmen der Leistungsvereinbarungen nach SGB XII berücksichtigt.

4.1.4 Darstellung der Prüfergebnisse

Für die abschließende Frage innerhalb des ersten Fragenkomplexes (1.4 Ist die Ergebnisdarstellung klar und einfach möglich?) lassen sich folgende Ergebnisse aus den einzelnen Erhebungen zusammenfassen:

Dokumentenanalyse

Das Kapitel 19 (Ergebnisse der Prüfung) der PRL, S. 63 - 66 umfasst eine übersichtliche Zusammenstellung der Prüfungsergebnisse und im Anschluss daran (S. 67 - 69) eine ausführliche und klare Darstellung der erforderlichen Unterlagen, die im Rahmen der Prüfung von den Einrichtungen bereitgehalten werden müssen. Wie bereits im Kapitel 4.1.1 erläutert, wird darüber hinaus empfohlen, die Stärkenfragen gesondert in die Ergebnisdarstellung mit aufzunehmen (vgl. Kap. 4.1.1).

Beobachtungen

Die Ergebnisdarstellung der jeweiligen Prüfung, wie sie in Kap. 19 der PRL vorgegeben ist, konnte im Rahmen der Beobachtungen nicht differenziert erfasst werden, da die Darstellung in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt von Aufsichtsbehörden erstellt wird. Dennoch können einzelne Aussagen, die während der Begleitung der Aufsichtsbehörden in den Einrichtungen zum Thema Ergebnisdarstellung gemacht wurden, zusammengefasst dargestellt werden: Insgesamt wird eine starke Mängelorientierung innerhalb der PRL thematisiert. Dies wird dadurch verstärkt, dass die Ergebnisse der Prüfung für die Mitarbeiter/innen der Aufsichtsbehörden im Bereich der Mängelerfassung klar zu formulieren sind. Schwieriger ist es laut der Prüfer/innen dreier Aufsichtsbehörden, positive Ergebnisse in Form eines Freitextes in die PRL zu integrieren. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein **Optimierungsbedarf** der Ergebnisdarstellung in folgenden Bereichen vorhanden ist:

- **Möglichkeit für Freitext, insbesondere bei Erläuterung der „Nein“ Antworten und positiven Ergebnissen**
- **Überarbeitung der EDV-Version**

Das Einfügen von Textpassagen in der Ergebnisdarstellung der PRL ist nur in einer Zeile möglich. Erst auf der Folgeseite kann der Text dann nochmals eingefügt werden. Dies bedeutet einen doppelten Arbeitsaufwand. Zudem erscheinen die Textpassagen in der Endvariante der Ergebnisdarstellung nicht und müssen hier erneut hinterlegt werden. Eine Verbindung der Textpassagen mit dem Enderbericht wird als wünschenswert verbalisiert.

Online-Befragung

Die Klarheit der Darstellung der Prüfergebnisse wurde innerhalb der Online-Befragung anhand folgender Frage bearbeitet: „Können Sie der Ergebnisdarstellung entnehmen, inwieweit Ihre Einrichtung den Anforderungen des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes (SbStG) entspricht?“ Die Daten zeigen, dass ca. zwei Drittel der Befragten (65%) der Ergebnisdarstellung entnehmen können, inwieweit ihre Einrichtung den Anforderungen des SbStG entspricht. 35% der an Online-Befragung teilgenommenen Personen können dies hingegen nicht (vgl. Abb. 7).

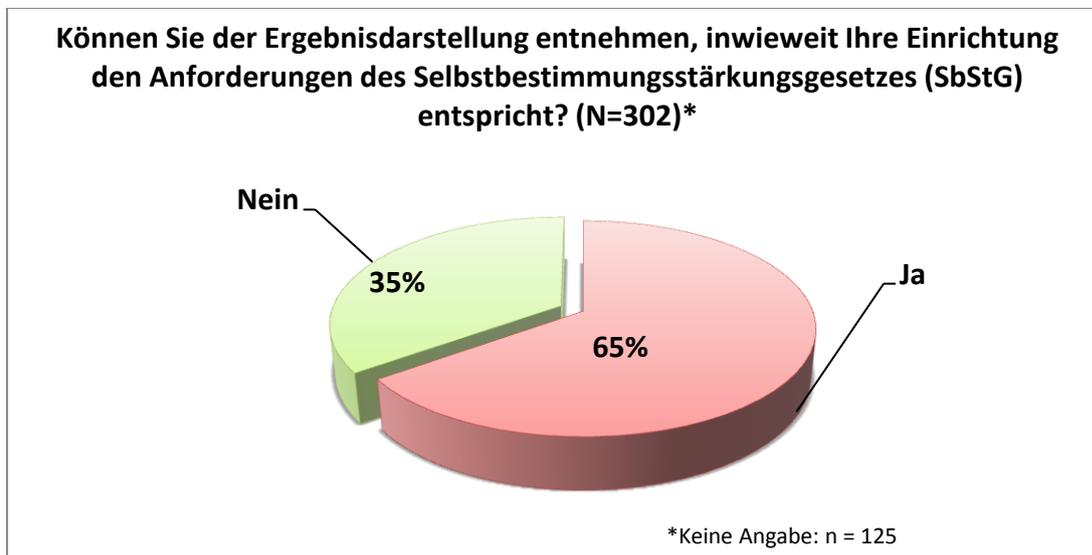


Abb. 7: Beurteilung der Ergebnisdarstellung.

Folgende Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Ergebnisdarstellung werden von den Befragten benannt. Insbesondere die unübersichtliche Darstellung der Ergebnisse (18 Befragte), die Unklarheiten über Prüfungsanforderungen (11 Befragte) sowie die Annahme, dass die Ergebnisdarstellung der Subjektivität der Prüfer/innen unterliegt (7 Befragte), scheinen für einzelne Einrichtungen besonders problematisch zu sein.

4.1.5 Zwischenfazit

Die Ergebnisse der ersten Forschungsfrage und der dazugehörigen Unterfragen werden im Folgenden zusammengefasst dargestellt:

- **Entspricht die PRL dem Auftrag des Gesetzes?**

Insgesamt betrachtet belegen die Ergebnisse der folgenden Unterfragen, dass **die PRL dem Auftrag des Gesetzes entspricht**:

- **Ist die Prüfrichtlinie für eine Vereinheitlichung der Durchführung der Überprüfung nach dem SbStG geeignet?**

Die PRL eignet sich, um eine möglichst einheitliche Durchführung der Prüfungen im Rahmen des SbStG sicherzustellen. Zur besseren Übersicht werden eine Trennung der PRL nach Einrichtungsart (Altenpflege- bzw. EGH-Einrichtung) ebenso wie eine Überprüfung der Stärkenfragen sowie die Ergänzung der Antwortmöglichkeiten „nicht zutreffend“ empfohlen.

- **Entsprechen die Prüfinhalte der PRL dem Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 1 SbStG? Wird die PRL dem Gedanken der Selbstbestimmung und Teilhabe gerecht?**

Die Prüfinhalte der PRL **entsprechen dem Prüfauftrag** nach § 20 Abs. 1, Satz 1 SbstG. Diesem wird mit der Schwerpunktsetzung der PRL auf die Struktur und Prozessqualität in allen relevanten Punkten entsprochen (vgl. auch Kap. 4.3.1). § 14 – „Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung“ wird durch eine Vielzahl von Prüfkriterien ausreichend durch die PRL abgedeckt. Wenn notwendig, werden Empfehlungen ausgesprochen, welche sich insbesondere auf die Darstellung von Hinweisen/ Beispielen, die Überprüfung von Stärken-Fragen und Doppelungen sowie die Übernahme einzelner EGH-Fragen für die Einrichtungen der Altenpflege und umgekehrt, beziehen.

Darüber hinaus wird die PRL **dem Gedanken an Selbstbestimmung und Teilhabe gerecht**: Die PRL beachtet die Forderung nach Selbstbestimmung und Teilhabe sehr umfassend insbesondere in den Kapiteln:

- Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung (Kap. 8)
- Wahrung der Grundrechte (Kap. 9)
- Informationspflichten (Kap. 10)
- Mitwirkung und Mitbestimmung (Kap. 11)
- Die Freiheit einschränkende Maßnahmen (Kap. 14)
- Umgang mit die Gesundheit gefährdenden Situationen (Kap. 16)

○ **Berücksichtigt die PRL die Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe?**

Die PRL berücksichtigt **nicht immer ausreichend** die Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Obwohl die Dokumentenanalyse zeigt, dass durch eine Vielzahl von Prüfkriterien insbesondere die „Wahrung der Menschenrechte“ erfasst wird, weisen die Ergebnisse der Beobachtungen und der Online-Befragung darauf hin, dass die Besonderheiten von EGH-Einrichtungen nicht immer ausreichend in der PRL abgebildet werden. Insbesondere die Individualität der Einrichtung, die durch die jeweiligen Krankheitsbilder der Bewohner/innen geschuldet ist sowie die bestehenden Zusatzangebote werden nicht genügend beachtet¹⁰. Darüber hinaus wird am häufigsten die hohe Pflegeorientierung für EGH-Einrichtung und die fehlende Berücksichtigung des Lebensalltags innerhalb der PRL bemängelt¹¹.

○ **Ist die Ergebnisdarstellung klar und einfach möglich?**

Anhand der PRL können die Ergebnisse der Prüfung **klar und gut strukturiert** erfasst werden. Ferner ermöglicht die im Anhang der PRL aufgeführte Übersicht den Einrichtungen, die im Rahmen der Prüfung benötigten Dokumente bereitzuhalten¹². Die Daten der Online-Befragung zeigen, dass zwei Drittel der befragten Personen der Ergebnisdarstellung entnehmen können, inwieweit ihre Einrichtung den Anforderungen des SbstG entspricht. Optimierungsbedarf wird in der Möglichkeit für Freitext sowie in der Überarbeitung der EDV-Version gesehen¹³.

¹⁰ Ergebnis der Beobachtungen.

¹¹ Vgl. Tab. 4, S. 25.

¹² Ergebnisse der Dokumentenanalyse

¹³ Ergebnisse der Beobachtungen und Online-Erhebung

4.2 Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen

Die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage (2. Führt die PRL zu Entbürokratisierung?) mit ihren insgesamt fünf Unterfragen (vgl. Kap 2) erfolgt schwerpunktmäßig mittels der Ergebnisse der Beobachtungen und der Online-Befragung (vgl. Kap. 3). Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse zu den einzelnen Unterfragen (2.1 - 2.5) (vgl. Kap 2) vorgestellt und am Ende des Kapitels ein Zwischenfazit (farblich grau unterlegt) gezogen.

4.2.1 Transparenz der Prüfkriterien

Die Ergebnisse zu der Frage: „Führen die Prüfkriterien zu genügend Transparenz für alle Beteiligten?“ lassen sich aus den einzelnen Erhebungen nachstehend zusammenfassen:

Beobachtungen

Bei allen durchgeführten Beobachtungen werden Unsicherheiten bzw. Unklarheiten im Zusammenhang mit der PRL ersichtlich, die auf eine fehlende Transparenz einzelner Fragen deuten. Probleme bereiten unklare Fragestellungen bzw. fehlende Handlungsrichtlinien bezogen auf die Tiefe der Prüfungen. Darüber hinaus wird ein deutlicher **Optimierungsbedarf** der PRL formuliert, der sich wie folgt zusammenfassend darstellen lässt:

- **Fragestellungen konkretisieren**
Zu allen Kapiteln der PRL werden dezidiert Prüffragen und Prüfkriterien genannt, die von den an den Prüfungen Beteiligten als nicht transparent genug hinsichtlich der Fragestellung erachtet werden. Teilweise werden im Rahmen der Prüfungen Lösungsmöglichkeiten zur besseren Verständlichkeit der Fragen formuliert.
- **Ergänzung der Antwortkategorie „Trifft nicht zu“**
Darüber hinaus wird in 13 Kapiteln eine Ergänzung der Antwortkategorie „Trifft nicht zu“ für erforderlich gehalten. Dieser Ergänzungsbedarf wird insbesondere bei Prüfungen in EGH-Einrichtungen deutlich.
- **Hinweise bezogen auf die Tiefe der Prüfungen**
Unsicherheiten bezogen auf die Tiefe der Prüfungen werden insbesondere in den Kap. 3, (Konzeption und Qualitätsmanagement), Kap. 7 (Finanzen), Kap. 8 (Vernetzung, Teilhabe und Soziale Betreuung), Kap. 9 (Wahrung der Grundrechte), Kap. 16 (Umgang mit die Gesundheit gefährdeten Stoffen) und Kap. 18 (Hauswirtschaftliche Versorgung) deutlich. Insgesamt werden hier konkrete Hinweise für erforderlich gehalten.
- **Überprüfung und ggf. Reduzierung nicht eindeutiger Stärkenfragen**
Die Integration von Stärkenfragen innerhalb der PRL erfolgt mit der Intention, den Einrichtungen zum einen eine Möglichkeit zu bieten, ihr eigenes Profil darzustellen und zum anderen die Aufsichtsbehörden in ihrem Beratungsauftrag zu unterstützen, indem vorhandene Stärken identifiziert und gewürdigt sowie die Einrichtungen im Rahmen ihrer Qualitätsentwicklung begleitet werden.
In den Beobachtungen zeigte sich, dass insbesondere für **EGH-Einrichtungen** die Stärkenfragen nicht eindeutig formuliert bzw. für nicht geeignet erachtet werden, da die Besonderheiten der Einrichtungen und der Bewohner/innen keine ausreichende Berücksichtigung finden (vgl. Kap. 4.1.3). Optimierungsbedarf im Zusammenhang mit den Stärkenfragen wird von den Prüfbeteiligten vor allem im Bereich der Hauswirtschaftlichen Versorgung (Kap. 18), im Kapitel 8 (Vernetzung, Teilhabe und Soziale Betreuung), Pkt. 8.2, S. 27 sowie Kapitel 9 (Wahrung der Grundrechte), Pkt. 9.2 (2), S.30, gesehen.

- Reduzierung einzelner Fragen aufgrund von Doppelungen**
 Vereinzelt werden von den Prüfbeteiligten inhaltliche Doppelungen innerhalb der Prüfkapitel wahrgenommen. Das betrifft insbesondere Kap. 18 (Hauswirtschaftliche Versorgung), z.B. Pkt. 18.7, S. 57:
 Darüber hinaus werden in Kap. 9 (Wahrung der Grundrechte) sowie Kap. 4 (Aufbauorganisation) inhaltliche Übereinstimmungen einzelner Fragen festgestellt. Hier bietet es sich an, einzelne Fragen zusammenzufassen.
- Überprüfung von Überspringmöglichkeiten**
 Die Überspringmöglichkeit in Kap. 5 (Personalstruktur und -qualifizierung) im Rahmen der Überprüfung der Fachkraftquote sollte geprüft werden, da in diesem Bereich häufig Veränderungen auftreten. Ferner wird in Kap. 13 (Wohnqualität der Einrichtung) eine Möglichkeit zum Überspringen einzelner Fragen vermisst.

Online-Befragung

Die Transparenz der Prüfkriterien wird innerhalb der Online-Befragung anhand einer Vielzahl von Untersuchungsfragen evaluiert. In einem ersten Schritt werden die teilnehmenden Personen gefragt, inwieweit ihnen die Prüfrichtlinie hilft, sich auf die Überprüfung der Einrichtung durch die Aufsichtsbehörden vorzubereiten. Die Daten zeigen, dass **die PRL von der Mehrzahl der Befragten (88,5 %) als hilfreich in Bezug auf die Prüfungsvorbereitung bewertet wird** (vgl. Abb. 8).

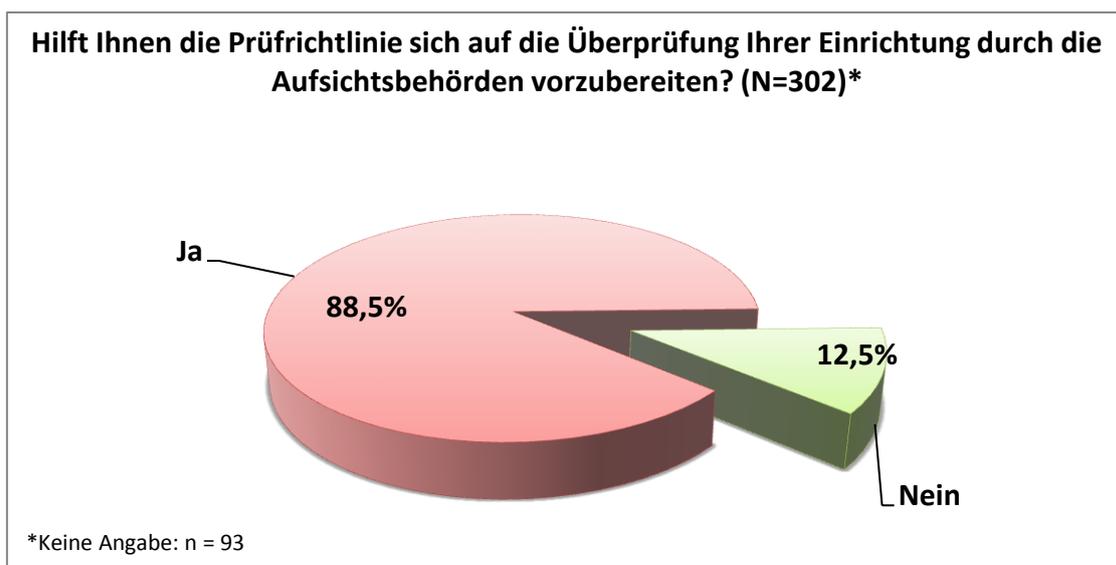


Abb. 8: Vorbereitung auf die Prüfung durch die PRL.

Eine differenzierte Betrachtung der Einrichtungen zeigt nur leichte Unterschiede in der Einschätzung: Insgesamt 89% der Altenpflegeeinrichtungen und 87% der EGH-Einrichtungen schätzen die PRL als hilfreich für die Vorbereitung auf die Prüfung ein (vgl. Abb. 9).

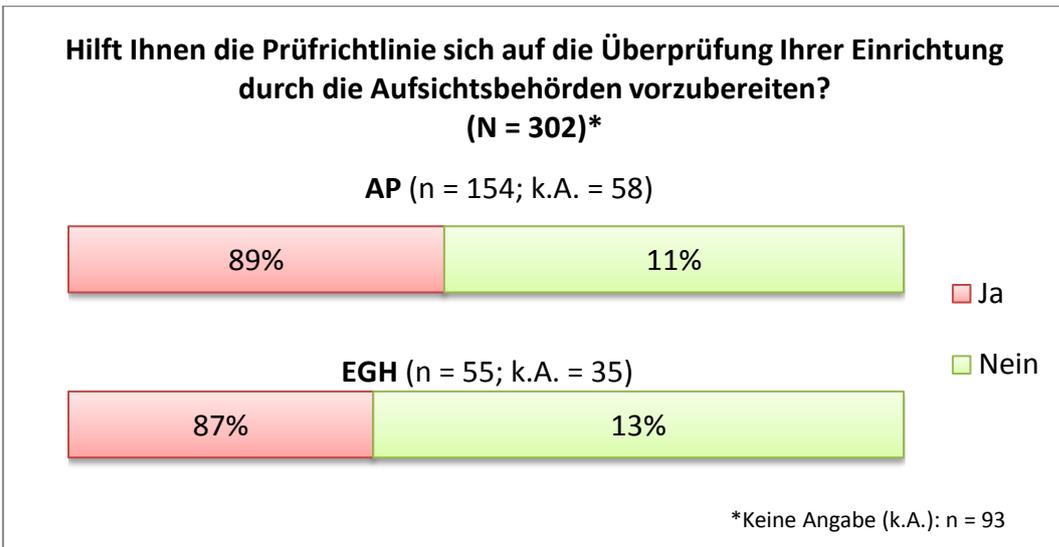


Abb. 9: Vorbereitung auf die Prüfung durch die PRL (Differenziert nach Einrichtungsart).

Diejenigen, die die PRL als nicht hilfreich einschätzen, nennen als Gründe insbesondere den vorhandenen Interpretationsspielraum innerhalb der PRL (10 Befragte). Weitere Aussagen beziehen sich vor allem auf die Unklarheit einzelner Fragen (9 Befragte).

Daran anschließend konnte zunächst ganz **allgemein die Verständlichkeit der PRL** bewertet werden. Wie die folgende Abbildung verdeutlicht, beurteilen ca. 2/3 der befragten Einrichtungen (64,3%)¹⁴ die Verständlichkeit der PRL mit „Gut“ bis „Sehr gut“. Als „Weniger gut“ bzw. „Schlecht“ schätzen insgesamt 34,8% der Befragten die Verständlichkeit ein. Die Kategorie „Sehr schlecht“ wählte nur rund 1% der befragten Einrichtungen (vgl. Abb. 10).

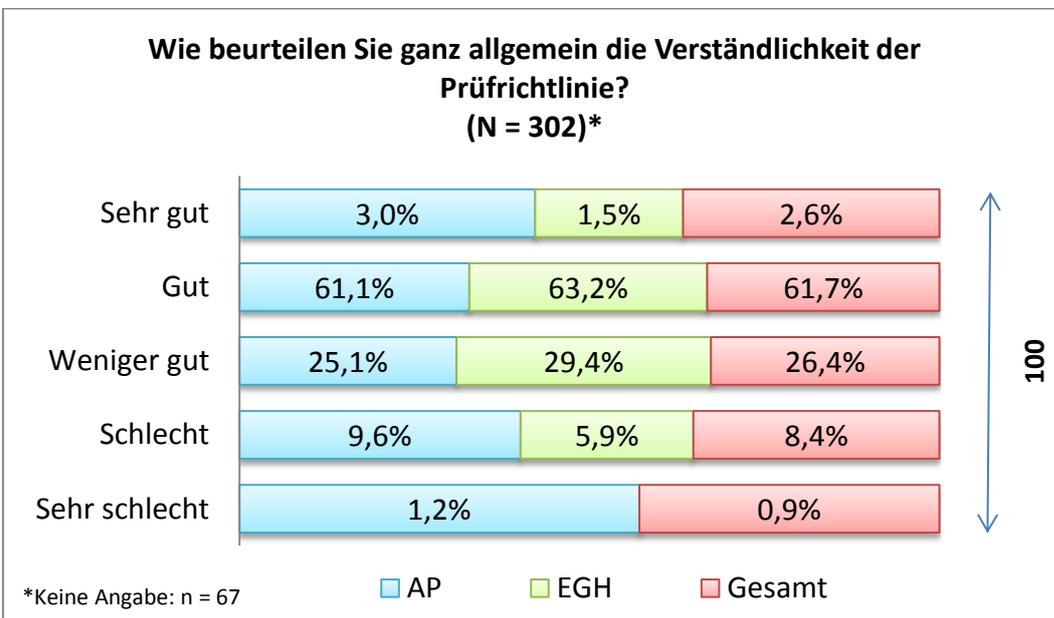


Abb. 10: Verständlichkeit der PRL.

Zur besseren Verständlichkeit der PRL werden als **Optimierungsmaßnahmen** von den Einrichtungen vor allem eine klare Definition von Fragen und Begriffen sowie strukturelle Veränderungen hinsichtlich des Aufbaus (Reihenfolge), der Anzahl an Fragen und der Schwierigkeit des Umgangs mit den Symbolen genannt. Weitere Einrichtungen wünschen sich nähere Erläute-

¹⁴ Kaum Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten.

rungen bzw. schlagen vor, eine PRL-Anleitung zu verfassen. Darüber hinaus sollte der Ermessensspielraum für die Prüfer/innen reduziert werden. Mehr Praxisbezug und die Vermeidung von Doppelungen im Zusammenhang mit den MDK-Prüfungen werden zudem als Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Verständlichkeit genannt (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Optimierungsvorschläge zur besseren Verständlichkeit der PRL.

Unabhängig von Ihrer Beurteilung, was könnte Ihrer Meinung nach in Bezug auf die Verständlichkeit verbessert werden? (N = 150) (Mehrfachantworten)	Anzahl der Befragten	in %
Klarere Definition von Fragen/ Begriffen	87	58,0%
Strukturelle Veränderungen: der Aufbau, die Anzahl der Fragen, die Symbole	42	28,0%
Bereitstellung einer Prüfanleitung und Erläuterungen	31	20,7%
Reduzierung des Ermessensspielraums für Prüfer/innen	26	17,3%
Mehr Praxisbezug	24	16,0%
Vermeidung von Doppelungen zum MDK	14	9,3%
Sonstige	4	2,7%

Die **Verständlichkeit der einzelnen Fragen innerhalb der Prüfrichtlinie** wird von der Mehrheit der Befragten (gesamt 68%) mit „sehr klar und eindeutig“ bis „eher klar und eindeutig“ beschrieben. Rund 28% wählten die Kategorie „weniger klar und eindeutig“ und lediglich 4% sind der Meinung, dass die Fragen der Prüfrichtlinie „nicht klar und eindeutig“ sind. Eine genaue Betrachtung der Antworten getrennt nach Einrichtungsart zeigt leichte Unterschiede: In den EGH-Einrichtungen wird die Verständlichkeit der einzelnen Fragen im Vergleich zu den AP-Einrichtungen etwas schlechter eingeschätzt (vgl. Abb. 11).

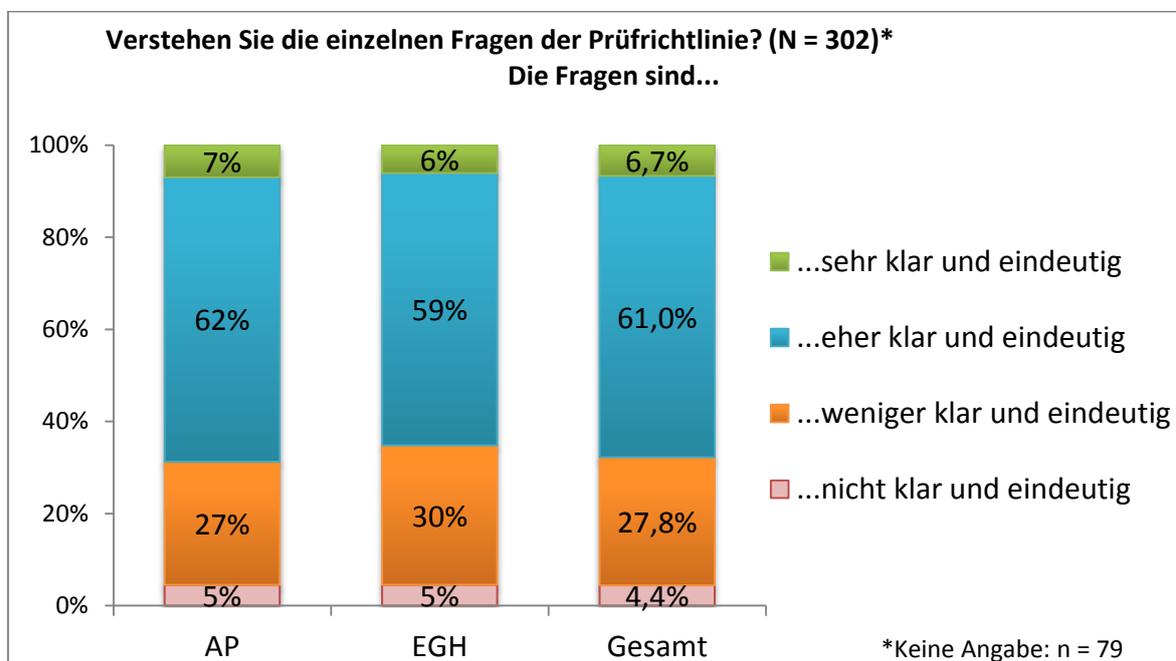


Abb. 11: Verständlichkeit der PRL. (Differenziert nach Einrichtungsart)

Die **Optimierungsvorschläge** zur Verbesserung der Verständlichkeit der einzelnen Fragen beziehen sich, wie auch bereits in Tabelle 5 beschrieben, insbesondere auf eine klare Definition der Fragen und Begriffe (42 Befragte) bzw. Erläuterungen mittels Beispielen (22 Befragte) und einer einfachen Formulierung der Fragen (19 Befragte). Zudem werden ein höherer Praxisbe-

zug (11 Befragte) und genaue Messgrößen bzw. konkrete Antwortoptionen (10 Befragte) als Verbesserungsmaßnahmen genannt.

Darüber hinaus weisen die Daten darauf hin, dass die **Prüfanforderungen** im Rahmen der PRL klarer definiert werden sollten. Knapp die Hälfte der Befragten (47,4%) hält dies für erforderlich (vgl. Abb. 12).

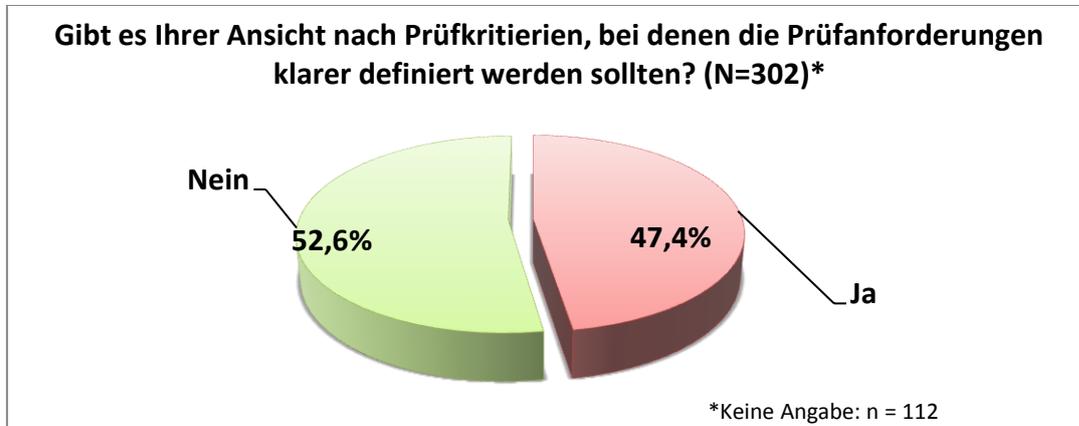


Abb. 12: Beurteilung der Prüfkriterien.

Insgesamt benennen 68 Personen explizite Kapitel innerhalb der PRL, in denen die Prüfanforderungen klarer definiert werden sollten. Dabei ist jedes Kapitel betroffen, am häufigsten werden jedoch die Kapitel „Konzeption und Qualitätsmanagement“ (Kap. 3) (19 Befragte), „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“ (Kap. 8) (16 Befragte), „Hauswirtschaftliche Versorgung“ (Kap. 18) (15 Befragte) sowie „Finanzen“ (Kap. 7) (12 Befragte) genannt.

Eine **uneinheitliche Sichtweise** zwischen den Aufsichten und der Einrichtung bezüglich der **Stärken-Fragen** wird von etwa $\frac{1}{3}$ der Einrichtungen wahrgenommen (vgl. Abb. 13).

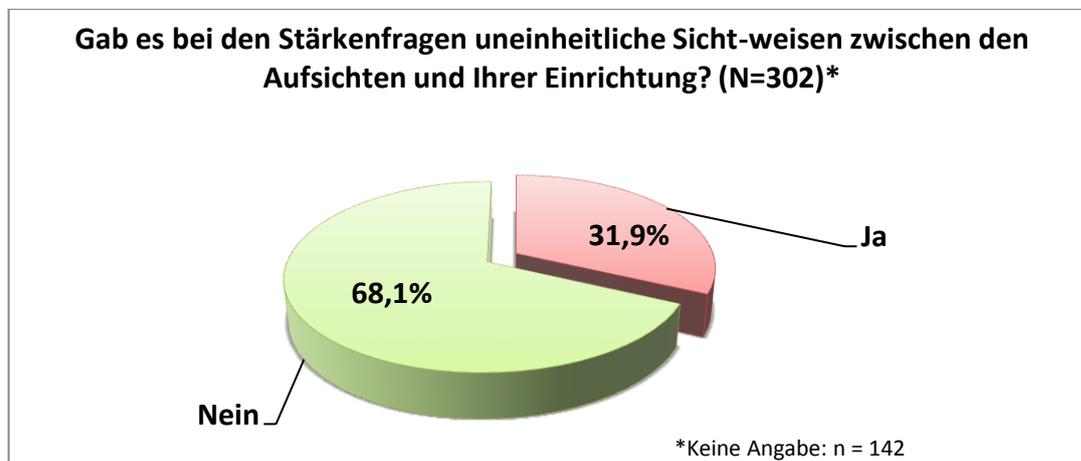


Abb. 13: Beurteilung der Stärkenfragen.

33 Personen machten Angaben zu den Kapiteln innerhalb der PRL, in denen sie eine uneinheitliche Sichtweise bei den Stärkenfragen feststellen: Auch hier wird, wie in dem vorangegangenen Abschnitt bereits dargestellt, jedes Kapitel genannt, allerdings scheint am häufigsten eine Abweichung der Sichtweisen in den Bereichen „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“ (Kap. 8) (8 Befragte), „Prozessqualität“ (Kap. 15) (7 Befragte), „Hauswirtschaftliche Versorgung“ (Kap. 18) (7 Befragte) sowie „Personaleinsatz“ (Kap. 6) (5 Befragte) aufzutreten.

Die Möglichkeiten des **Überspringens von Fragen**¹⁵ sind für die meisten der Befragten (78,9%) nachvollziehbar. Für 21,1 % der Einrichtungen sind die Überspringmöglichkeiten nicht verständlich (vgl. Abb. 14).

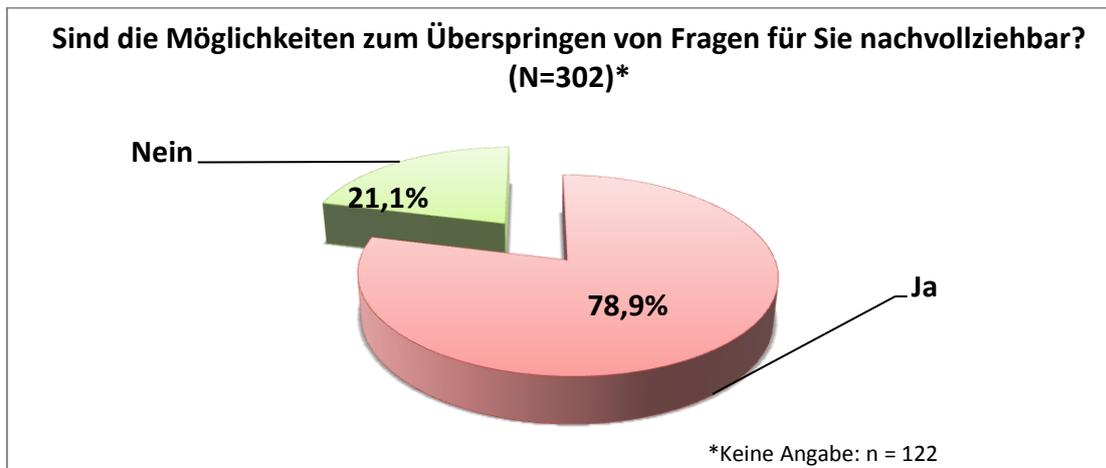


Abb. 14: Beurteilung der Überspringmöglichkeiten.

Die Möglichkeiten zum Überspringen könnten nach Ansicht der Befragten noch verbessert werden, wenn die Überspringregeln transparenter formuliert (15 Befragte) und die Darstellung durch deutliche Hinweise optimiert würden (9 Befragte).

4.2.2 Klarheit der Prüfkriterien hinsichtlich der Dokumentationsanforderungen

Inwieweit die Prüfkriterien Klarheit an die Anforderungen der Dokumentation schaffen, wird zunächst mittels der Dokumentenanalyse erfasst.

Dokumentenanalyse

Das Kapitel 15 (Prozessqualität) deckt die Planung und Dokumentation für die Betreuungsleistungen in der Eingliederungshilfe angemessen ab. Das Aufstellen und die direkte Planung und Dokumentation von Betreuungs- und Förderplänen wird innerhalb der PRL in dem Kapitel 15 (Prozessqualität), Pkt. 15.1 bis 15.7, S. 45 - 47 ausreichend überprüft.

Beobachtungen

Bei der Mehrzahl der Prüfungen wird von den Prüfbeteiligten die Klarheit der Dokumentationsanforderungen durch die PRL hervorgehoben. Nur sehr vereinzelt werden Unsicherheiten über die Form und den Umfang der Dokumentation deutlich.

Online-Befragung

Im Rahmen der Online-Befragung wird die Klarheit der Prüfkriterien bezüglich der Dokumentationsanforderungen nicht explizit erfasst. Allerdings wird im nächsten Kapitel (vgl. Kap. 4.2.3) dargestellt, inwieweit durch die PRL neue Dokumentationsanforderungen für die Einrichtungen entstehen.

¹⁵ In speziell gekennzeichneten Abschnitten werden innerhalb der PRL Möglichkeiten zum Überspringen erlaubt, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

4.2.3 Neue Dokumentationsanforderungen

Dokumentenanalyse

Auf Basis der Dokumentenanalyse können keine neuen Anforderungen an die Pflege-/ Betreuungsdokumentation aufgrund der PRL identifiziert werden.

Beobachtungen

Für die meisten **Altenpflegeeinrichtungen** haben sich die Dokumentationsanforderungen aufgrund der Einführung der PRL nicht verändert (n=9)¹⁶. Anders bei den **EGH-Einrichtungen**. Hier wird ein deutlicher Anstieg der Dokumentationsanforderungen festgestellt:

Online-Befragung

42,2 % an der Onlinebefragung teilgenommen Einrichtungen hält einzelne **Dokumentationsanforderungen**, die sie im Rahmen der Prüfungen vorhalten müssen, für nicht angemessen. Differenziert nach Einrichtungsart trifft dies insbesondere für die **EGH-Einrichtungen** zu (58,9%) (vgl. Abb. 15)

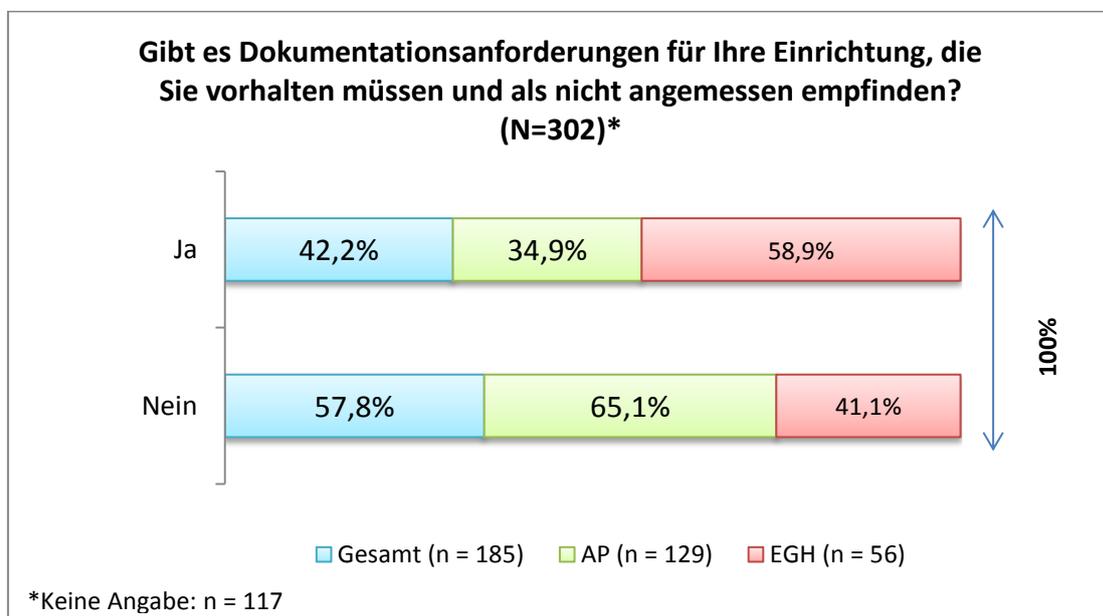


Abb. 15: Beurteilung der Dokumentationsanforderungen.

Eine genauere Betrachtung der Dokumentationsanforderungen zeigt, dass sowohl für die Altenpflege- als auch für EGH-Einrichtungen u.a. die Pflegedokumentation und -planung (AP 15%, EGH 17,9%), die Dokumentation der Hausreinigung (AP 15%, EGH 7,1%) sowie des systematischen Qualitätsmanagements (AP 5%, EGH 10,7%) als nicht angemessen angegeben werden. Differenziert nach Einrichtungsart gibt es folgende Unterschiede: Während die **Altenpflegeeinrichtungen** z. B. die Darstellung der Kooperation mit den Leistungsträgern (15%) und den Einsatz geeigneter Instrumente zur Darstellung der Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereiche (10%) als nicht angemessen bewerten, sind es für die **EGH-Einrichtungen** z.B. die Dienstplangestaltung (7,1%) und der Umgang mit der Patientenverfügung (7,1%).

¹⁶ Insgesamt werden auf Grund der vielen Dokumente, welche in Kopie abgefordert werden, ein hoher Zeitaufwand sowie ökologische und ökonomische Ressourcen beansprucht.

4.2.4 Möglichkeiten zur Vereinfachung der Dokumentation

Beobachtungen

Innerhalb der Beobachtungen lassen sich mehrheitlich **keine Möglichkeiten** zur Vereinfachung der Dokumentation im Rahmen der PRL identifizieren.

Online-Befragung

Im Rahmen der Online-Befragung wird die Möglichkeit zur Vereinfachung der Dokumentation nicht erfasst.

4.2.5 Mehraufwand aufgrund der PRL

Beobachtungen

Insbesondere für **EGH-Einrichtungen** wird ein Mehraufwand bei Prüfungen mittels der PRL festgestellt. Vor allem die hohe Pflegeorientierung innerhalb der PRL wird in diesem Zusammenhang thematisiert.

Online-Befragung

Insgesamt wird von der Mehrzahl der an der Onlinebefragung teilgenommenen Einrichtungen (Altenpflege- und EGH-Einrichtungen) ein Mehraufwand durch die Einführung der Prüfrichtlinie festgestellt (gesamt 60,4%). Eine getrennte Betrachtung der Einrichtungen zeigt, dass, wie bereits in den o.a. Ergebnissen der Beobachtungen beschrieben, insbesondere von den EGH-Einrichtungen (87,4%) ein durch die PRL verursachter Mehraufwand erkannt wird. Dagegen sehen 50% der befragten Altenpflegeeinrichtungen keinen Mehraufwand durch die PRL (vgl. Abb. 16).

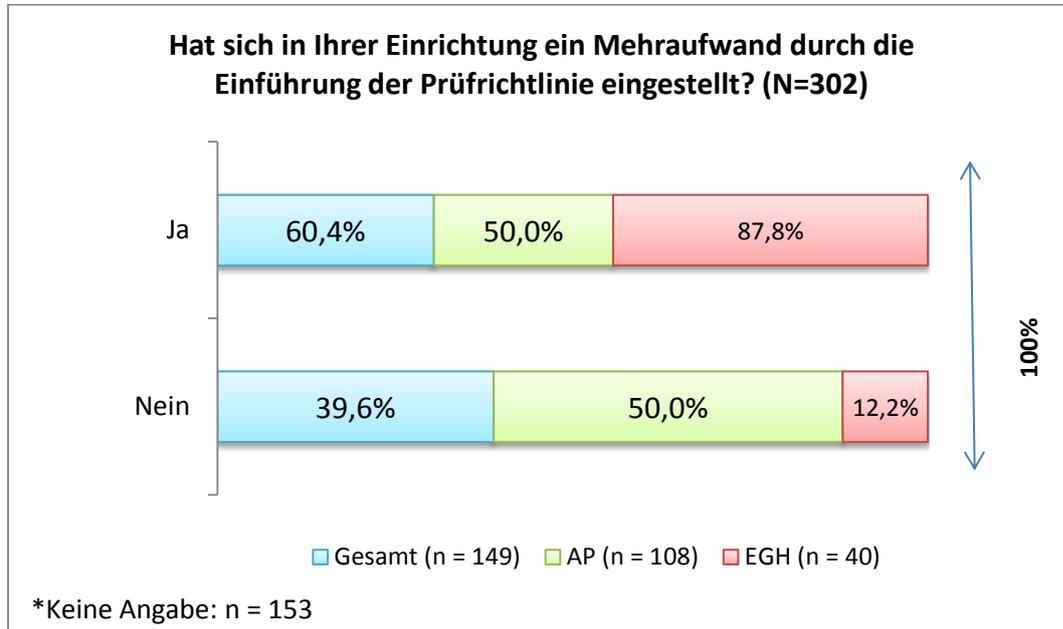


Abb. 16: Einschätzung eines möglichen Mehraufwands durch die PRL.

Begründet wird der Mehraufwand eher allgemein mit der Bindung von Ressourcen, dem höheren Dokumentationsaufwand, der erforderlichen Veränderung von Konzepten und Verfahren sowie dem höheren Verwaltungsaufwand (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Mehraufwand durch die PRL. (Begründung)

	AP		EGH	
	Anzahl der Befragten	in %	Anzahl der Befragten	in %
Erhöhter personeller Ressourceneinsatz	26	52,0%	19	57,6%
Höherer Dokumentationsaufwand	14	28,0%	12	36,4%
Veränderung von Konzepten, Verfahren etc.	16	32,0%	7	21,2%
Hoher Verwaltungsaufwand	12	24,0%	8	24,2%
Sonstige	5	10,0%	2	6,1%

4.2.6 Zwischenfazit

Im Folgenden werden die Ergebnisse der zweiten Forschungsfrage und der dazugehörigen Unterfragen zusammengefasst dargestellt:

- **Führt die PRL zu Entbürokratisierung?**

Insgesamt betrachtet trägt **die PRL zur Entbürokratisierung bei (Forschungsfrage 2)**, obgleich ein Optimierungsbedarf bezüglich der Transparenz der PRL identifiziert wird.

- **Führen die Prüfkriterien zu genügend Transparenz für alle Beteiligten?**

Die Prüfkriterien führen nicht immer zu einer ausreichenden Transparenz für alle Beteiligten. Obwohl für die überwiegende Mehrzahl der befragten Einrichtungen (88,5%) die PRL als hilfreich erachtet wird, um sich auf die Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden vorzubereiten,¹⁷ werden auch Unsicherheiten bzw. Unklarheiten¹⁸ im Umgang mit der PRL deutlich, die auf eine fehlende Transparenz hinweisen. So wird zwar die allgemeine Verständlichkeit der PRL mehrheitlich als gut eingeschätzt, dennoch beurteilen rund 1/3 der Einrichtungen die Verständlichkeit als „weniger gut“ bzw. „schlecht“. Auch einzelne Fragen der PRL sind für etwa 1/3 der Befragten „weniger klar und eindeutig“. Hilfreich wären nach Ansicht der Befragten vor allem eine Konkretisierung der Fragen und Begriffe bzw. Erläuterungen mittels Beispielen sowie Veränderungen, die den Aufbau der PRL und eine mögliche Reduzierung von Fragen und Symbole betreffen.

Zudem ist fast die Hälfte der an der Onlinebefragung teilgenommenen Einrichtungen (47%) der Meinung, dass die Prüfanforderungen innerhalb der Prüfkriterien eindeutiger definiert werden sollten. Es werden insgesamt alle 19 Kapitel genannt, in denen unklare Prüfanforderungen auftreten, am häufigsten betroffen sind die Kapitel „Konzeption und Qualitätsmanagement“ (Kap. 3), „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“ (Kap. 8) sowie „Hauswirtschaftliche Versorgung“ (Kap. 18).

Darüber hinaus treten im Zusammenhang mit den Stärkenfragen bei rund 1/3 der Befragten uneinheitliche Sichtweisen zwischen den Aufsichtsbehörden und den Einrichtungen auf. Auch hier wird jedes Kapitel genannt, allerdings scheint eine Abweichung der Sichtweisen in den Bereichen „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“ (Kap. 8), „Hauswirtschaftliche Versorgung“ (Kap. 18) und „Prozessqualität“ (Kap. 15) am häufigsten aufzutreten.

¹⁷ Ergebnisse der Online-Befragung

¹⁸ Ergebnisse der Beobachtungen.

Die vorhandenen Überspringmöglichkeiten innerhalb der PRL sind für die Mehrzahl der Einrichtungen (79%) nachvollziehbar. Optimierungsmöglichkeiten beziehen sich auf eine eindeutige Definition von Überspringregeln sowie auf eine verbesserte Darstellung der Überspringfragen.

○ **Schaffen die Prüfkriterien Klarheit an die Anforderungen der Dokumentation?**

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Dokumentenanalyse und der Beobachtungen eine **ausreichende Transparenz** der Dokumentationsanforderungen. In Einzelfällen werden Unsicherheiten bezüglich des Dokumentationsumfangs deutlich¹⁹.

○ **Werden durch die Prüfkriterien neue Dokumentationsanforderungen gestellt?**

Obwohl auf Basis der Dokumentenanalyse keine neuen Anforderungen identifiziert werden, weisen die Daten der Beobachtungen und der Online-Befragung auf einen **Anstieg** der Dokumentationsanforderungen hin: Ein hoher Anteil der Befragten (gesamt 42%) hält bestimmte Dokumentationsanforderungen für nicht angemessen. Differenziert nach EGH- und Altenpflegeeinrichtungen trifft dies vor allem für EGH-Einrichtungen zu (EGH 59%, AP 35%).

○ **Gibt es weitere Möglichkeiten mit der PRL zur Vereinfachung der Dokumentation beizutragen?**

Im Rahmen der Erhebungen werden **keine Möglichkeiten** zur Vereinfachung der Dokumentation genannt.

○ **Welche Prüfkriterien führen zu einem Mehraufwand der Einrichtungen, der allein der PRL geschuldet ist?**

Die Ergebnisse der Beobachtungen und der Online-Befragung weisen auf einen durch die PRL verursachten **Mehraufwand** vor allem innerhalb der EGH-Einrichtungen hin (EGH=88%, AP 50%). Dieser wird begründet mit der Bindung von personellen Ressourcen, den höheren Dokumentationsaufwand, der erforderlichen Veränderung von Konzepten und Verfahren sowie dem höheren Verwaltungsaufwand.

¹⁹ Ergebnisse der Beobachtungen

4.3 Arbeitsteilige Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden mit dem MDK

Abschließend werden entlang der dritten und letzten Forschungsfrage „Unterstützt die PRL eine arbeitsteilige Zusammenarbeit mit dem MDK?“ und der dazugehörigen Unterfragen (3.1 - 3.5) (vgl. Kap. 2) die Ergebnisse aus den einzelnen Erhebungen zusammenfassend dargestellt:

4.3.1 Entsprechung der PRL hinsichtlich der Schwerpunktsetzung Struktur- und Prozessqualität (§ 20 Abs. 1 Satz 6 SbStG)

Dokumentenanalyse

Nach den Vorgaben des SbStG (§ 20 Abs. 1 Satz 6) bezieht sich die Prüfung der Aufsichtsbehörden schwerpunktmäßig auf die Erfassung der Struktur- und Prozessqualität der Einrichtungen. Die Ergebnisqualität wird nach § 114 SGB XI vom MDK geprüft. Die Datenanalyse zeigt, dass die PRL insgesamt der Schwerpunktsetzung nach § 20 Abs 1 Satz 6 SbStG in vollem Umfang entspricht. Für beide Einrichtungsarten wird die Strukturqualität geprüft. Die Prüfung der Prozessqualität erfolgt für die Eingliederungshilfe in vollem Umfang, für stationäre Altenpflegeeinrichtungen nur im Einzelfall, da Pflegeplanungen nicht abgefragt werden. Ähnlich bei dem Kapitel „die Gesundheit gefährdende Situationen“: Kapitel 16 regelt den Umgang mit Risiken und die Gesundheit gefährdenden Situationen nur für die Eingliederungshilfe, nicht aber für die stationäre Altenpflege.

Beobachtungen

Auch die Ergebnisse der Beobachtungen belegen eine in der Mehrzahl der Prüfungen erfolgte Schwerpunktsetzung auf die Erfassung der Struktur- und Prozessqualität. Eine Berücksichtigung der Ergebnisqualität durch die Aufsichtsbehörden erfolgt in Ausnahmefällen, wenn z. B. Kenntnisse über personelle Probleme der Einrichtung und den daraus resultierenden Problemen in der pflegerischen Versorgung der Bewohner vorliegen. Diese stichprobenartigen Überprüfungen der Ergebnisqualität durch die Aufsichtsbehörden erfolgten anhand der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) des MDK. Ob und in welchem Umfang die Ergebnisqualität überprüft wird, liegt im Ermessen der Aufsichtsbehörden und wird in der „Empfehlung zur Zusammenarbeit der zuständigen Behörden für die Durchführung des Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnung der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein mit dem MDK-Nord und dem PKV-Prüfdienst“ vom Juni 2012 beschrieben²⁰.

Online-Befragung

Im Rahmen der Online-Befragung wird die Berücksichtigung der Schwerpunktsetzung nicht erfasst.

4.3.2 Eignung der PRL in Bezug auf möglichst gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfung mit dem MDK (§ 20 Abs. 2 SbStG)

Dokumentenanalyse

Die PRL wird als geeignet bewertet, um die Anforderungen nach § 20 Abs. 2 zu erfüllen (möglichst gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfung mit dem MDK). Durch die Ausrichtung der PRL an der Struktur- und Prozessqualität und die Ergänzung der Ergebnisqualität durch den MDK können alle drei Qualitätsbereiche sehr gut miteinander verknüpft werden. Verbesse-

²⁰ Im weiteren Textverlauf abgekürzt als „Arbeitsgruppe Zusammenarbeit“.

rungsmöglichkeiten werden in der Anpassung/Angleichung der Reihenfolge der Kapitel beider Prüfinstrumente gesehen.

Beobachtungen

Insgesamt gehen die Prüfakteure bei guter personeller Besetzung arbeitsteilig und gut strukturiert vor. Beide Prüfinstanzen verbalisieren einen Optimierungsbedarf innerhalb der PRL, um insbesondere ein häufiges Wechseln zwischen den Kapiteln der PRL bzw. der QPR zu vermeiden und inaktive Phasen auf Seiten beider Prüfinstanzen zu verringern.

Die Beobachtungsergebnisse zeigen zudem, dass bei wiederholten gemeinsamen Prüfungen vereinzelt neue, eigene organisatorische Ablaufstrukturen entwickelt werden, die zu zeitlichen Einsparungen führen.

Online-Befragung

Rund ein Drittel der Einrichtungen sehen sogar noch zusätzliche Synergiepotenziale bei den gemeinsamen Prüfungen von Aufsichten und dem MDK, die bislang nicht genutzt werden (vgl. Abb. 17).

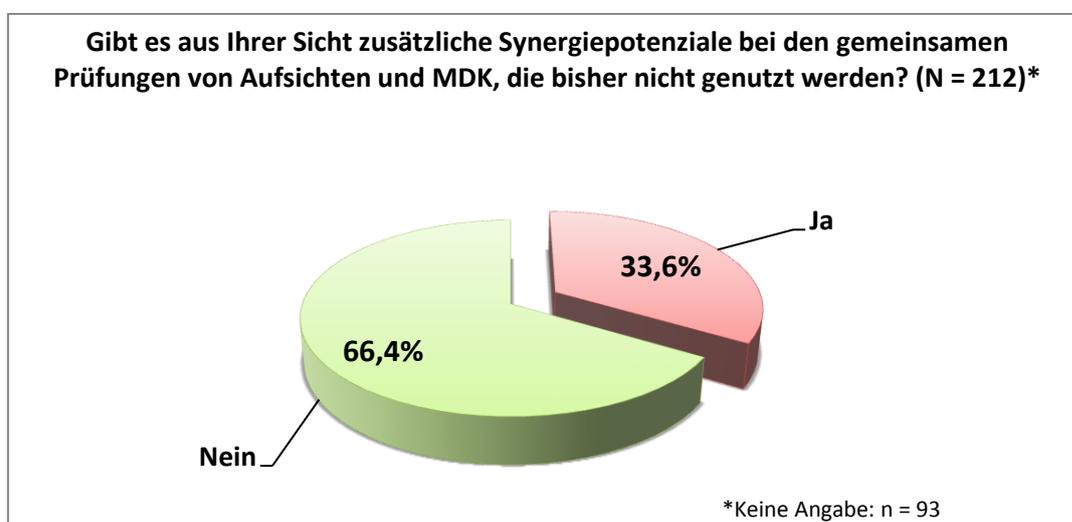


Abb. 17: Zusätzliche Synergiepotenziale bei gemeinsamen Prüfungen.

Diese Synergien entstehen vor allem dann, wenn die Abgrenzung der Aufgabenbereiche beider Prüfinstanzen noch deutlicher als bislang erfolgt (17 Befragte) und die Zusammenarbeit und Absprachen beider Prüfinstanzen verbessert wird (11 Befragte). Zudem werden zusätzliche Synergiepotenziale in einer Angleichung der Fragen und Antwortoptionen beider Prüfinstanzen (9 Befragte) gesehen.

4.3.3 Verringerung von Überschneidungen mit dem MDK

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob bei gleichzeitigen Prüfungen Überschneidungen mit dem MDK verringert werden können.

Dokumentenanalyse

Überschneidungen mit dem MDK können in einigen Punkten, z. B. bzgl. der gemeinsamen Sicherung der Dokumente und Materialien (z.B. Strukturbögen) verringert werden.

Beobachtungen

Ansatzpunkte einer Verringerung von Überschneidungen mit dem MDK werden beobachtet, aber noch nicht konsequent von allen Akteuren umgesetzt. So richten sich die beteiligten Per-

sonen mehrheitlich nach den von der „Arbeitsgruppe Zusammenarbeit“ beschriebenen Themenblöcken, d.h. die aufgeführten Kapitel werden zwar gemeinsam erfragt und bearbeitet, doppelte Fragestellungen und doppelte Einsichtnahme von Dokumenten lassen sich hierdurch zum Teil auch reduzieren, aber bislang nicht vollständig vermeiden.

Online-Befragung

Die Daten weisen darauf hin, dass durch gleichzeitige Prüfungen Überschneidungen zwischen den Prüfinstanzen verringert werden können: Fast die Hälfte der befragten Einrichtungen (43%) ist dieser Meinung (vgl. Abb. 18).

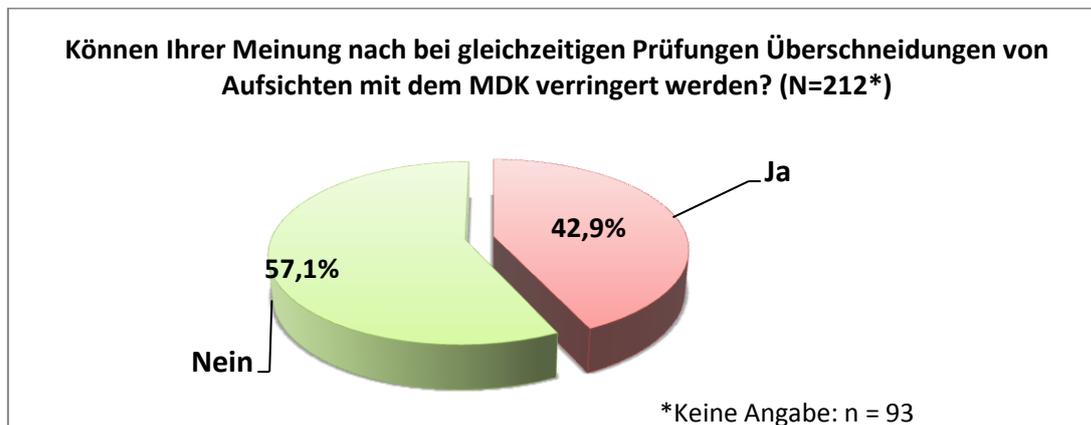


Abb. 18: Verringerung von Überschneidungen bei gleichzeitigen Prüfungen.

Überschneidungen zwischen den beiden Prüfinstanzen werden insbesondere dann reduziert, wenn eine eindeutige Abgrenzung der Fragen erfolgt bzw. identische Fragestellungen vermieden werden (24 Befragte) und die Aufgabenverteilung zwischen dem MDK sowie den Aufsichtsbehörden klar geregelt ist (9 Befragte). Zudem können ein eindeutig strukturierter Prüfungsablauf (7 Befragte) und eine zeitliche Anpassung der Prüfungen beider Prüfinstanzen (7 Befragte) zu einer Verringerung der Überschneidungen beitragen.

4.3.4 Möglicher Bürokratieabbau durch gleichzeitige Überprüfungen

Die nächste Forschungsfrage „Trägt die angestrebte gleichzeitige Überprüfung von Aufsichten und MDK zu einer Entbürokratisierung bei?“ wird im Rahmen der Beobachtungen und der Online-Befragung untersucht:

Beobachtungen

Beim **ersten Einsatz der PRL** können aufgrund der unterschiedlichen Kapitelanordnungen in den jeweiligen Prüfkatalogen und der nicht optimalen Strukturierung der Abläufe sowie der inaktiven Phasen auf Seiten beider Prüfinstanzen (noch) keine durchschlagenden Entbürokratisierungspotenziale identifiziert werden. Vereinzelt wird der Wunsch verbalisiert, dass die PRL in zwei verschiedene Prüfkataloge, jeweils für EGH- und Altenpflegeeinrichtungen, aufgeteilt wird. Dieses Vorgehen würde das Suchen nach den weiterführenden Fragen verringern und letztendlich zu zeitlichen Einsparpotenzialen führen.

Anders bei jenen vier Einrichtungen, die bereits zum **zweiten Mal die PRL** einsetzen. Hier werden deutliche Entbürokratisierungspotenziale durch die Zusammenarbeit beider Prüfinstanzen, insbesondere durch die Möglichkeit des Überspringens einzelner Kapitel und die Reduzierung doppelter Fragestellungen identifiziert:

Insgesamt wird ein hoher personeller Aufwand festgestellt. In der Regel sind an einem gemeinsamen Prüftag jeweils zwei bis drei Mitarbeiter/innen der Aufsichten und des MDK sowie die

Einrichtungsleitung und weitere drei bis vier Mitarbeiter/innen der Einrichtung in die Prüfung eingebunden. Eine Einrichtung verbalisierte dagegen eine deutlich reduzierte Beanspruchung der Ressourcen der Einrichtung dann, wenn gemeinsame Prüfungen an einem Prüfungstag stattfinden.

Online-Befragung

Eine Reduzierung des Prüfaufwands stellt sich, wie auch bei den Beobachtungen beschrieben, bei 25% der Einrichtungen ein, die bereits häufiger mit der PRL geprüft wurden (vgl. Abb. 19).

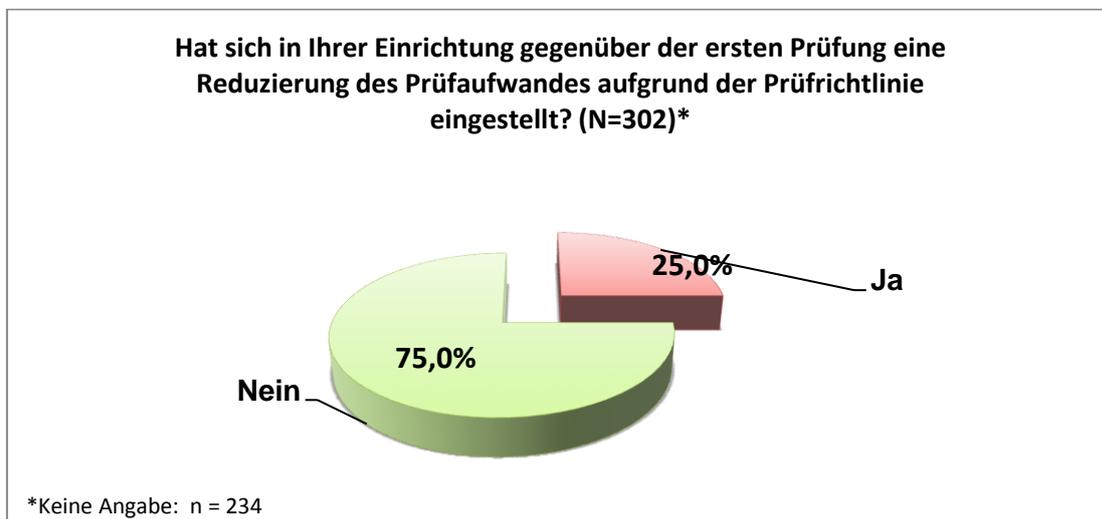


Abb. 19: Reduzierung des Prüfaufwands gegenüber der ersten Prüfung.

Dabei führen vor allem die Überspringmöglichkeiten einzelner Fragen (8 Befragte) und die schon im Zusammenhang mit der PRL gesammelten Erfahrungen (7 Befragte) zur Reduzierung des Prüfaufwands.

4.3.5 Eignung der gleichzeitigen Überprüfung als ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren

Dokumentenanalyse

Grundsätzlich wird die gleichzeitige Überprüfung als ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren im Rahmen der Dokumentenanalyse dann bewertet, wenn die bereits aufgeführten Empfehlungen, wie z. B. die Trennung der PRL nach Einrichtungsart und Angleichung der Reihenfolge der Prüfthemen in den Prüfinstrumenten beider Prüfinstanzen, berücksichtigt werden.

Beobachtungen

In der Mehrzahl der Prüfungen wird die gemeinsame Überprüfung als geeignetes Verfahren von beiden Prüfinstanzen deutlich verbalisiert. Als besonders positiv werden insbesondere die zeitlichen Einsparpotenziale gesehen, die z.B. durch die gemeinsame Dokumentensichtung entstehen und der Vermeidung von doppelten Fragestellungen entstehen.

Vereinzelt wird der gemeinsame Ablauf der Prüfungen kritisiert und als arbeitsorganisatorisches Verfahren abgelehnt. Begründet wird dies insbesondere aufgrund der langen, inaktiven Phasen der Aufsichten.

Online-Befragung

Insgesamt bewertet rund die Hälfte der an der Befragung teilgenommenen Altenpflegeeinrichtungen (50%) die gleichzeitige Überprüfung als ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren (vgl. Abb. 20).

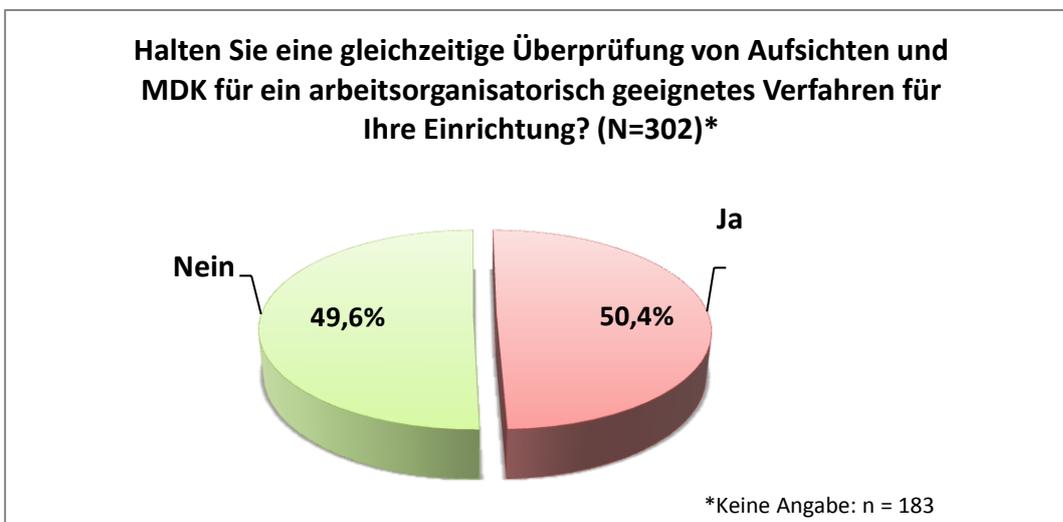


Abb. 20: Gleichzeitige Überprüfung als arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren.

Die andere Hälfte der befragten Einrichtungen, die eine gleichzeitige Überprüfung für nicht geeignet halten, begründet dies vor allem mit den hohen Personalressourcen (38 Befragte), der hohen Anzahl an Prüfer/innen (10 Befragte) sowie der Störung des Pflegebetriebs am Prüfungstag (8 Befragte).

Von denen an der Onlinebefragung teilgenommenen Einrichtungen sieht die Mehrheit einen Optimierungsbedarf der PRL (vgl. Abb. 21).

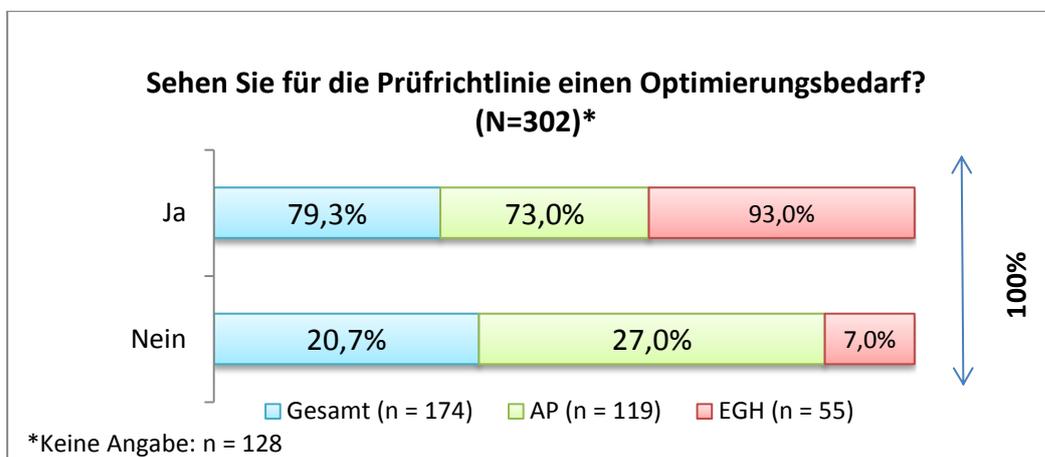


Abb. 21: Optimierungsbedarf der PRL.

Notwendig erscheint im Rahmen möglicher Optimierungsveränderungen eine Trennung der PRL nach Einrichtungen der Altenpflege und der Eingliederungshilfe: Alle befragten EGH-Einrichtungen (100%) und 68% der Altenpflegeeinrichtungen halten diese Trennung für sinnvoll (vgl. Abb. 22). Daneben sollte bei mehreren Fragen „T. n. z.“ eingefügt werden.

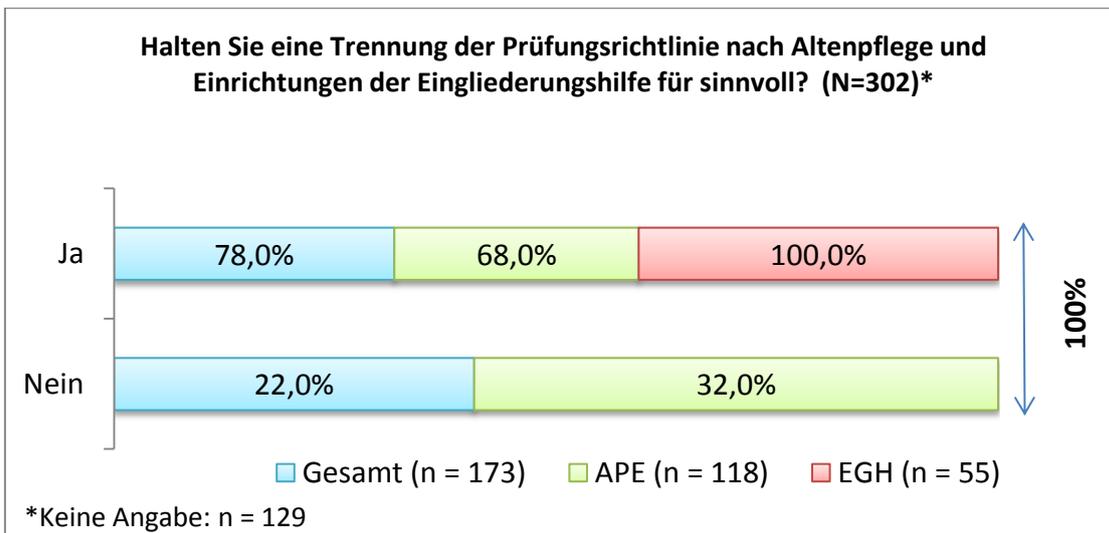


Abb. 22: Trennung der PRL nach Einrichtungen.

Begründet wird die für erforderlich gehaltene Trennung der PRL nach Einrichtungsart insbesondere aufgrund der Verschiedenheit der Einrichtungen bezüglich der Rahmenbedingungen, ihrer inhaltlichen Arbeit, der Bedarfe der Bewohner/innen etc. Darüber hinaus würde eine getrennte PRL die Verständlichkeit verbessern, die Prüfungen könnten präziser und effektiver verlaufen und der Fragenkatalog würde reduziert (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Trennung der PRL nach Einrichtungen. (Begründung)

Halten Sie eine Trennung der Prüfungsrichtlinie nach Altenpflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für sinnvoll? Ja, weil: (N=112) (Mehrfachantworten)	Anzahl der Befragten	in %
Erfassen der Diversität der Einrichtungsarten	75	67,0%
Verbesserte Verständlichkeit	25	22,3%
Höhere Effektivität/ verminderter Aufwand	13	11,6%
Reduktion der Anzahl der Fragen	5	4,5%
Sonstiges	2	1,8%

Weiterer Optimierungsbedarf wird von Mitarbeiter/innen **beider Einrichtungsarten** in einer Konkretisierung einzelner Fragen (AP 26,2%, EGH 17%), der Reduzierung des Umfangs der PRL (AP 13,7%, EGH 23,4%), Trennung der PRL nach EGH- bzw. Altenpflegeeinrichtungen (AP 5%, EGH 31,8%) sowie einer Steigerung des Praxisbezuges der PRL (AP 7,5%, EGH 10,5%) gesehen.

Während den Vertreter/innen der **stationären Altenpflege** weiterhin die Vermeidung von Doppelfragen mit dem MDK (27,5%) bedeutsam erscheint, steht für die **EGH-Einrichtungen** eine Anpassung der PRL an die Größe der Einrichtung (17%), ein stärkerer Einbezug der Bewohner/innen (21,3%) sowie eine stärkere Ausrichtung der Fragen, z. B. auf die pädagogische Arbeit (8,4%), im Vordergrund.

4.3.6 Zwischenfazit

Abschließend werden die Ergebnisse entlang der dritten Forschungsfrage und Unterfragen im Rahmen eines Zwischenfazits zusammengefasst.

- **Unterstützt die PRL eine arbeitsteilige Zusammenarbeit mit dem MDK?**

Deutlich wird, dass die PRL eine arbeitsteilige Zusammenarbeit mit dem MDK **unterstützt**:

○ **Entspricht die PRL der nach § 20 Abs. 1 Satz 6 Schwerpunktsetzung der Struktur- und Prozessqualität?**

Die Prüfinhalte der PRL decken insgesamt alle relevanten Punkte des § 20 ab: Der Schwerpunkt der Überprüfung mittels der PRL liegt in der **Erfassung der Struktur- und Prozessqualität**, die Ergebnisqualität wird nur Einzelfällen erhoben (vgl. Kap. 4.3.1).

○ **Ist die PRL geeignet, die Anforderungen nach § 20 Abs. 2 zu erfüllen (möglichst gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfung mit dem MDK)?**

Die mit der Schwerpunktsetzung verbundene Aufgabenverteilung zwischen den beiden Prüfinstanzen **ermöglicht eine gleichzeitige und arbeitsteilige Zusammenarbeit**. Als problematisch und zeitaufwändig wird das häufige Wechseln zwischen den Kapiteln der beiden Prüfinstrumente (PRL und QPR) gesehen. Vereinzelt werden deshalb bei wiederholten gleichzeitigen Prüfungen neue, eigene organisatorische Ablaufstrukturen entwickelt, die zu zeitlichen Einsparungen führen²¹. Der Prüfablauf ist zudem stark abhängig von den vorhandenen personellen Ressourcen der Einrichtungen sowie der Prüfinstanzen: bei guter personeller Besetzung ist ein gemeinsames und arbeitsteiliges Vorgehen möglich²².

½ der Einrichtungen sehen sogar noch zusätzliche Synergiepotenziale durch die gemeinsamen Überprüfungen. Synergien könnten genutzt werden, wenn die Aufgabenbereiche der Prüfinstanzen noch deutlicher als bislang abgegrenzt, die Zusammenarbeit weiter optimiert und eine Angleichung der Reihenfolge der Kapitel und Fragen zwischen den Prüfinstrumenten erfolgen würde²³.

○ **Können Überschneidungen mit dem MDK verringert werden?**

Enge thematische Verbindungen und Schnittmengen zwischen den Aufsichtsbehörden und dem MDK, insbesondere im Zusammenhang mit der Erfassung der Strukturqualität, werden beobachtet. Diese Themenblöcke werden nach den Empfehlungen der „Arbeitsgruppe Zusammenarbeit“ gemeinsam geprüft. Doppelte Fragestellungen und wiederholte Einsichtnahmen in die Dokumentationen können dadurch reduziert, aber bislang noch nicht völlig ausgeschlossen werden²⁴. Die Ergebnisse der Online-Befragung bestätigen die Beobachtungsergebnisse: Fast die Hälfte der Einrichtungen bemerkten eine **Verringerung von Überschneidungen** der Prüfinstanzen bei gleichzeitigen Prüfungen, insbesondere aufgrund einer eindeutigen Abgrenzung der Fragen-/Themenblöcke nach Prüfinstanz bzw. der Vermeidung identischer Fragestellungen.

○ **Trägt die angestrebte gleichzeitige Überprüfung von Aufsichten und MDK zu einer Entbürokratisierung bei?**

Entbürokratisierungspotenziale durch die Zusammenarbeit beider Prüfinstanzen werden vor allem dann festgestellt, wenn bereits **zum zweiten Mal oder häufiger** mittels der PRL geprüft wurde²⁵. Dabei führen insbesondere die Überspringmöglichkeiten einzelner Fragen bzw. die Reduzierung doppelter Fragestellungen, die bereits gesammelten Erfahrungen mit gleichzeitigen Prüfungen sowie die an den Prüfablauf angepassten Strukturveränderungen zu einer Reduzierung des Prüfaufwandes und somit zu einem Bürokratieabbau. Dagegen lassen sich keine Entbürokratisierungspotenziale **beim ersten Einsatz der PRL** feststellen. Dies ist vor allem der unterschiedlichen Kapitelanordnung der Prüfinstrumente und der nicht optimalen Ablaufstruktur der Prüfungen geschuldet. Dadurch entstehen häufig inaktive Phasen auf Seiten beider Prüfinstanzen²⁶.

²¹ Ergebnisse der Beobachtungen

²² Ergebnisse der Beobachtungen

²³ Ergebnisse der Online-Befragung

²⁴ Ergebnisse der Beobachtungen

²⁵ Ergebnisse der Beobachtungen/Online-Befragung

²⁶ Ergebnisse der Beobachtungen

○ **Ist die gleichzeitige Überprüfung ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren?**

Die gleichzeitige Überprüfung wird von der Hälfte der befragten Einrichtungen als ein **arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren** bewertet²⁷. Als besonders positiv werden die zeitlichen Einsparpotenziale im Rahmen der gemeinsamen Überprüfungen hervorgehoben²⁸. Negativ bewertet wird vor allem der hohe Personalaufwand für die Einrichtungen, die hohe Anzahl an Prüfer/innen bei gemeinsamen Prüfungen sowie allgemein die Störung des Betriebsablaufs²⁹.

Insgesamt belegen die Ergebnisse darüber hinaus einen **Optimierungsbedarf** für die PRL. Vor allem für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe besteht ein deutlicher Verbesserungsbedarf, der vor allem in einer Trennung der PRL nach Altenpflege- und EGH-Einrichtungen liegt (vgl. Kap. 4.3.5). Insbesondere durch die Verschiedenheit der Einrichtungen bezüglich ihrer strukturellen Rahmenbedingungen, der inhaltlichen Schwerpunkte und der unterschiedlichen Bedürfnisse der Bewohner/innen scheint eine Trennung der PRL erforderlich.

Weiterer Optimierungsbedarf wird in einer Reduzierung des Umfangs der PRL, in der Vermeidung von Doppelfragen mit dem MDK, einer Konkretisierung und Praxisorientierung der Fragestellungen sowie in einer stärkeren Einbindung der Bewohner/innen und Berücksichtigung der Einrichtungsgröße gesehen. Da allerdings konkrete Nennungen der Einrichtungen hierzu fehlen, kann nicht bewertet werden, ob die geforderte Reduzierung mit den Anforderungen des SbStG vereinbar ist.

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen vorgestellt. Eine Zusammenfassung und abschließende Bewertung der PRL ist ebenfalls dem Bericht vorgeschaltet und findet sich unter dem Gliederungspunkt 0.

²⁷ Ergebnisse der Online-Befragung

²⁸ Ergebnisse der Beobachtungen

²⁹ Ergebnisse der Online-Befragung

5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Fazit

Die nachstehenden zentralen Ergebnisse werden entlang der für die Begleitforschung aufgestellten Forschungsfragen zusammenfassend dargestellt:

- **Die PRL entspricht dem Auftrag des Gesetzes (Forschungsfrage 1)**

Insgesamt betrachtet belegen die Evaluationsergebnisse eine Entsprechung der PRL mit dem Auftrag des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes (SbStG). Durch eine Vielzahl an Prüffragen und Prüfkriterien werden die Rechte von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, auf den Schutz ihrer Würde und Privatheit sowie fachlich fundierte Qualität des Wohnens und der Pflege und Betreuung umfassend berücksichtigt (vgl. Kap. 4.1).

- **Die PRL ist - unabhängig vom festgestellten Optimierungsbedarf - geeignet, eine Vereinheitlichung der Prüfungen nach SbStG sicherzustellen (Forschungsfrage 1.1)**

Die PRL ist vom zuständigen Ministerium mit dem Ziel erlassen worden, eine möglichst einheitliche Durchführung der Prüfungen sicherzustellen (§ 20 Abs. 9 SbStG). Die Daten zeigen, dass die Aufsichtsbehörden die PRL konsequent bei wiederkehrenden Prüfungen (Regelprüfungen) in stationären Altenpflege- und EGH-Einrichtungen einsetzen. Gleichwohl bestehen Optimierungsbedarfe aufgrund der großen Vielfalt der Einrichtungen, vor allem im Bereich des SGB XII. Für diese Einrichtungen werden teilweise Prüffragen und -kriterien abgefragt, die für sie nicht relevant sind. Hier bietet sich die Ergänzung der Antwortmöglichkeiten „T.n.z.“ an, um die nicht erforderlichen Prüffragen für die Einrichtung auszuschließen (vgl. Kap. 4.1.1).

- **Die Prüfinhalte der PRL entsprechen dem Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1, Satz 1 SbStG (Forschungsfrage 1.2)**

§ 20 Abs. 1, Satz 1 SbStG wird mit dem Schwerpunkt der Überprüfung auf die Struktur und Prozessqualität durch die PRL in allen relevanten Punkten entsprochen (vgl. auch Kap. 4.3.1). Darüber hinaus werden durch eine Vielzahl von Prüfkriterien innerhalb der PRL die Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung nach § 14 abgedeckt (vgl. Kap. 4.1.2). Die erhobenen Daten weisen hier dennoch auf einen Optimierungsbedarf der PRL hin. Dieser bezieht sich vor allem auf die Ergänzung von Hinweisen/ Beispielen im Zusammenhang mit der Frage, wie tiefgründig geprüft werden soll.

- **Die PRL wird dem Gedanken an Selbstbestimmung und Teilhabe gerecht**

Sehr umfassend beachtet die PRL den Gedanken der Selbstbestimmung und Teilhabe des SbStG, indem durch eine Vielzahl an Prüfkriterien z. B. in den Kapitel „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“, „Wahrung der Grundrechte“ und „Mitwirkung und Mitbestimmung“ der Beachtung dieser Forderung nachgegangen wird (vgl. Kap. 4.1.2).

- **Die PRL berücksichtigt nicht immer ausreichend die Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Forschungsfrage 1.3)**

Die Daten weisen darauf hin, dass die Besonderheiten von EGH-Einrichtungen nicht ausreichend innerhalb der PRL berücksichtigt werden. Zwar werden durch eine Vielzahl an Prüfkriterien insbesondere die Aspekte erfasst, die den Bereich „Wahrung der Menschenrechte“ betreffen. Dennoch fehlen Kriterien, die die „Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft“ überprüfen.

- **Die Ergebnisdarstellung ist klar und einfach möglich (Forschungsfrage 1.4)**

Anhand der PRL können die Ergebnisse der Prüfung gut strukturiert erfasst werden. Ferner ermöglicht die im Anhang der PRL aufgeführte Übersicht den Einrichtungen, die benötigten Dokumente bereitzuhalten. Die Daten der Online-Befragung zeigen, dass zwei Drittel der be-

fragten Personen der Ergebnisdarstellung entnehmen können, inwieweit ihre Einrichtung den Anforderungen des SbStG entspricht. Optimierungsbedarf wird in der Möglichkeit für Freitext sowie in der Überarbeitung der EDV-Version gesehen (vgl. Kap. 4.1.4).

- **Die PRL trägt zur Entbürokratisierung bei** (Forschungsfrage 2)

Insgesamt betrachtet lassen sich erste Entbürokratisierungstendenzen feststellen: Wie bereits oben aufgeführt, wird die verständliche Ergebnisdarstellung innerhalb der PRL als sehr förderlich erachtet, Unsicherheiten bzgl. der Prüfanforderungen abzubauen. Zudem wird von der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungen die PRL als sehr hilfreich zur Vorbereitung auf die Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden bewertet (vgl. Kap. 4.2.1). Die im Anhang der PRL aufgeführte Übersicht über die benötigten und bereitzuhaltenden Dokumente trägt zudem zu einer Reduzierung von Doppel- und Mehrfachdokumentationen und damit zu einem Bürokratieabbau bei (vgl. Kap. 4.1.4). Allerdings wird ein Optimierungsbedarf bezüglich der Transparenz der PRL identifiziert.

- **Die Prüfkriterien führen nicht immer zu einer ausreichenden Transparenz für alle Beteiligten** (Forschungsfrage 2.1)

Obwohl die PRL als sehr hilfreich zur Vorbereitung auf die Überprüfungen bewertet wird, zeigen sich leichte Schwächen in der Transparenz und Verständlichkeit. Rund $\frac{1}{3}$ der an der Onlinebefragung teilnehmenden Einrichtungen äußern Probleme mit der allgemeinen Verständlichkeit der PRL, insbesondere im Bereich der einzelnen Fragestellungen sowie im Zusammenhang mit den Stärkenfragen. Darüber hinaus sieht fast die Hälfte der Einrichtungen einen Handlungsbedarf in der Konkretisierung der Prüfanforderungen bzw. in der Einführung von Handlungsrichtlinien bzw. Messkriterien. Dies vor allem in den Kapiteln „Konzeption und Qualitätsmanagement“, „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“ sowie „Hauswirtschaftliche Versorgung“ (vgl. Kap. 4.2.1).

- **Die Prüfkriterien schaffen Klarheit an die Anforderungen der Dokumentation** (Forschungsfrage 2.2)

Im Gegensatz zu den Ergebnissen im Bereich der Transparenz der PRL zeigen die weiteren Ergebnisse, dass die Dokumentationsanforderungen für die Einrichtungen klar und verständlich sind. Nur in Einzelfällen werden Unsicherheiten über die Form und den Umfang der Dokumentation deutlich (vgl. Kap. 4.2.2).

- **Durch die Prüfkriterien werden neue Dokumentationsanforderungen für EGH-Einrichtungen gestellt** (Forschungsfrage 2.3)

Insgesamt betrachtet weisen die Daten auf einen Anstieg der Dokumentationsanforderungen hin (vgl. Kap. 4.2.3).

- **Es werden keine weiteren Möglichkeiten, mit der PRL zur Vereinfachung der Dokumentation beizutragen, identifiziert** (Forschungsfrage 2.4)

Obwohl von einem Anstieg der Dokumentationsanforderungen anhand der Daten ausgegangen werden kann, werden zunächst keine Möglichkeiten zur Vereinfachung der Dokumentation identifiziert (vgl. Kap. 4.2.4).

- **Ein Mehraufwand durch die Einführung der PRL wurde insbesondere von den EGH-Einrichtungen zurückgemeldet bzw. beobachtet** (Forschungsfrage 2.5)

Die Daten weisen auf einen durch die PRL verursachten Mehraufwand vor allem innerhalb der EGH-Einrichtungen hin. Dieser Mehraufwand wird in der Regel nicht durch einzelne Prüfkriterien, sondern eher allgemein durch die Bindung von personellen Ressourcen, den insgesamt höheren Dokumentationsaufwand sowie einer erforderlichen Anpassung von einrichtungsin-

ternen Konzepten und Verfahren an die PRL verursacht (vgl. Kap. 4.2.5). Es ist noch zu klären, ob es sich dabei um zusätzlichen Mehraufwand oder um Nachholbedarf handelt.

- **Die PRL unterstützt eine arbeitsteilige Zusammenarbeit mit dem MDK** (Forschungsfrage 3)

Gemäß § 20 Abs. 2 Satz 1 SbstG sind gleichzeitige und arbeitsteilige Prüfungen mit dem MDK anzustreben. Die untenstehenden Ergebnisse verdeutlichen, dass die PRL diese gesetzlich zugewiesene Aufgabe der Zusammenarbeit unterstützt.

- **Die PRL entspricht der nach § 20 Abs. 1 Satz 6 Schwerpunktsetzung der Struktur- und Prozessqualität** (Forschungsfrage 3.1)

Die Prüfungen der Aufsichtsbehörden entlang der PRL beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Erfassung der Struktur- und Prozessqualität der Einrichtungen. Die Ergebnisqualität nach § 114 SGB XI wird vom MDK und in Ausnahmefällen auch von den Aufsichtsbehörden anhand der Kriterien der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) des MDK erhoben, wenn z.B. Kenntnisse über Probleme in der pflegerischen Versorgung vorliegen.

- **Die PRL ist geeignet, die Anforderungen nach § 20 Abs. 2 zu erfüllen (möglichst gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfung mit dem MDK)** (Forschungsfrage 3.2)

Die PRL wird als geeignet bewertet, um bei guter personeller Besetzung gleichzeitige und arbeitsteilige Überprüfungen mit dem MDK zu gewährleisten. Durch die o.a. Schwerpunktsetzung innerhalb der PRL und die Erfassung der Ergebnisqualität durch das MDK können die Qualitätsbereiche arbeitsteilig geprüft werden. Optimierungsbedarf besteht in einer Anpassung beider Prüfinstrumente bzgl. der Reihenfolge der Kapitel, um ein häufiges Wechsel zwischen den Kapiteln der PRL bzw. der QPR zu vermeiden. Hierdurch könnten die entstehenden inaktiven Phasen auf Seiten beider Prüfinstanzen verringert werden.

Zudem sehen $\frac{1}{3}$ der an der Befragung teilgenommenen Einrichtungen zusätzliche Synergiepotenziale im Zusammenhang mit der gemeinsamen Überprüfung von Aufsichten und dem MDK. Diese Synergien können insbesondere genutzt werden, wenn eine deutliche Abgrenzung der Aufgabenbereiche von MDK und Aufsichten erfolgt und die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen beiden Prüfinstanzen weiter verbessert wird (vgl. Kap. 4.3.2).

- **Überschneidungen mit dem MDK können verringert, aber noch nicht völlig ausgeschlossen werden** (Forschungsfrage 3.3)

Die Daten zeigen zudem, dass durch gleichzeitige und arbeitsteilige Prüfungen Überschneidungen mit dem MDK reduziert werden können: Die in der „Arbeitsgruppe Zusammenarbeit“ identifizierten Schnittmengen beider Prüfinstanzen werden zwar gemeinsam geprüft und doppelte Fragestellungen und Mehrfachdokumentationen lassen sich dadurch reduzieren, können bislang aber noch nicht völlig ausgeschlossen werden. Als Optimierungsvorschläge werden, wie bereits im oberen Abschnitt beschrieben, vor allem eine noch deutlichere Abgrenzung der Fragen bzw. der Aufgabenbereiche zwischen den Prüfinstanzen genannt (vgl. Kap. 4.3.3).

- **Bei wiederholtem Einsatz der PRL trägt die angestrebte gleichzeitige Überprüfung von Aufsichten und MDK zur Entbürokratisierung bei** (Forschungsfrage 3.4)

Beim ersten Einsatz der PRL lassen sich (noch) keine eindeutigen Entbürokratisierungspotenziale durch die Zusammenarbeit beider Prüfinstanzen feststellen. Dies ist vor allem der unterschiedlichen Kapitelanordnung der Prüfinstrumente, der nicht optimalen Ablaufstruktur der Prüfungen und den dadurch entstehenden inaktiven Phasen auf Seiten beider Prüfinstanzen geschuldet. Anders bei den Einrichtungen, die bereits häufiger mittels der PRL geprüft wurden. Hier führen insbesondere die Möglichkeiten des Überspringens einzelner Fragen bzw. die Reduzierung doppelter Fragestellungen, die mit der PRL gesammelten Erfahrungen sowie die

bereits an den Prüfablauf angepassten Strukturveränderungen zu einer Reduzierung des Prüfaufwands (vgl. Kap. 4.3.4).

- **Unabhängig vom festgestelltem Optimierungsbedarf der PRL stellt die gleichzeitige Überprüfung ein geeignetes arbeitsorganisatorisches Verfahren dar** (Forschungsfrage 3.5)

Insgesamt wird die gleichzeitige Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden und dem MDK von rund der Hälfte der Einrichtungen als ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren bewertet. Als besonders positiv werden die zeitlichen Einsparpotenziale gesehen. Negativ bewertet werden vor allem die für den Prüfungstag erforderlichen hohen Personalressourcen der Einrichtungen sowie die hohe Anzahl an Prüfer/innen.

6 Handlungsempfehlungen

Insgesamt belegt die Studie, dass die durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein im Einvernehmen mit den zuständigen Behörden erlassene PRL geeignet ist, eine möglichst einheitliche Durchführung der Prüfungen sicherzustellen. Erste Tendenzen eines Bürokratieabbaus konnten bereits ein Jahr nach Einführung der PRL identifiziert werden. Hier gilt es anzusetzen und die nachfolgenden Handlungsempfehlungen in den Diskurs über die Weiterentwicklung der PRL einzubeziehen.

Auf der Grundlage der in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Studienergebnisse lassen sich im Einzelnen folgende Empfehlungen bzw. Handlungserfordernisse herausarbeiten:

- **Trennung der PRL für Einrichtungen der Altenpflege und Eingliederungshilfe**

Bislang erfolgt die Überprüfung der stationären Altenpflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe mittels eines Dokuments (PRL), indem die jeweiligen Prüfbereiche (nur für stationäre Altenpflegebereiche, nur für EGH-Einrichtungen bzw. für beide Einrichtungsarten) durch unterschiedliche Symbole gekennzeichnet sind. Zur besseren Handhabbarkeit und Übersichtlichkeit wird zu einer Trennung der PRL nach Einrichtungsart geraten.

- **Überprüfung von unklaren Fragestellungen und Reduzierung einzelner Fragen, da z. T. Doppelungen vorhanden sind**

Im Detail wird deutlich, dass eine Vielzahl an Prüffragen und Prüfkriterien innerhalb der PRL vorhanden sind, die nur eine geringe Transparenz aufweisen. Darüber hinaus werden insbesondere im Bereich „Hauswirtschaftliche Versorgung“ inhaltliche Übereinstimmungen einzelner Fragen festgestellt, die zusammengefasst werden können. Ferner ließe sich die Handhabbarkeit der PRL optimieren, wenn bestimmte Themenbereiche konzentriert an einem Punkt bearbeitet würden, z.B. der gesamte Fort- und Weiterbildungsbereich incl. des Pflichtfortbildungsbereichs unter dem Punkt „Personalstruktur und –Qualifizierung“.

- **Ergänzung der Antwortkategorie „Trifft nicht zu“**

Insbesondere aufgrund der großen Vielfalt der Einrichtungen, vor allem im Bereich des SGB XII, werden teilweise Prüffragen und -kriterien abgefragt, die für diese Einrichtungen nicht relevant sind. Hier bietet sich die Ergänzung der Antwortmöglichkeiten „Trifft nicht zu“ an, um nicht erforderliche Prüffragen für die Einrichtung auszuschließen.

- **Überprüfung und ggf. Reduzierung nicht eindeutiger Stärkenfragen**

Die Integration von Stärkefragen innerhalb der PRL erfolgt mit der Intention, den Einrichtungen zum einen eine Möglichkeit zu bieten, ihr eigenes Profil darzustellen und zum anderen die Aufsichtsbehörden in ihrem Beratungsauftrag zu unterstützen, indem vorhandene Stärken identifiziert und gewürdigt sowie die Einrichtungen im Rahmen ihrer Qualitätsentwicklung begleitet werden. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere für **EGH-Einrichtungen** die Stärken-Fragen nicht eindeutig formuliert bzw. für nicht geeignet erachtet werden, da die Besonderheiten der Einrichtungen und der Bewohner/innen keine ausreichende Berücksichtigung finden. Empfohlen wird eine Überprüfung der Stärken-Fragen.

- **Ergänzung von Vorgaben bzw. Handlungsrichtlinien bezogen auf die Tiefe der Prüfungen**

Die Prüfanforderungen sind insbesondere für den Bereich „Konzeption und Qualitätsmanagement“ zu konkretisieren, da keine Kriterien zu den Inhalten bzw. zu den Mindeststandards der zu überprüfenden Konzepten vorliegen.

- **Überprüfung der Überspringmöglichkeiten**

Weiterhin wird eine Überprüfung der Überspringmöglichkeit im Bereich „Personalstruktur und -qualifizierung“ empfohlen. Ein Überspringen scheint hier nicht angebracht, da eine Überprüfung der Fachpersonalquote aufgrund der auftretenden häufigen personellen Veränderungen in den Einrichtungen regelmäßig erfolgen sollte. Darüber hinaus wird für die Möglichkeit des Überspringens einzelner Fragen angeraten, diese Fragen deutlicher zu kennzeichnen und Überspringregeln eindeutig zu definieren.

- **Überarbeitung der Ergebnisdarstellung**

Weitere Optimierungsmaßnahmen beziehen sich auf eine Überarbeitung der Ergebnisdarstellung (EDV-Version). Insbesondere das Einfügen von Textpassagen bzw. von Freitext sollte ermöglicht bzw. erweitert werden.

- **Eindeutige Definition der gemeinsamen und arbeitsteiligen Aufgabenbereiche mit dem MDK**

Für eine Optimierung einer gemeinsamen Prüfpraxis mit dem MDK wird angeraten, die in der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit“ beschriebenen Themenblöcke noch genauer zu definieren, um eine noch deutlichere Abgrenzung der gemeinsamen und getrennten Aufgabenbereiche von MDK und Aufsichten zu erreichen. Empfohlen wird zudem eine Angleichung der Reihenfolge der Themen bzw. Kapitel zwischen beiden Prüfinstrumenten. Dies würde die Ablaufstruktur der gemeinsamen Prüfungen optimieren, indem inaktive Phasen der Prüfinstanzen vermieden werden.

Literatur

Arbeitsgruppe Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein/MDK-Nord/PKV-Prüfdienst zur Durchführung von Prüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein (2012): Empfehlung zur Zusammenarbeit der zuständigen Behörden für die Durchführung des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes (SbStG) und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnung der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein mit dem MDK-Nord und dem PKV-Prüfdienst. Durchführung arbeitsteiliger Qualitätsprüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen, vom Juni 2012

Bortz, J.;Döring, N. (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

Prüfrichtlinie für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) in Schleswig-Holstein, Kiel, Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, Februar 2012

SbStG (Selbstbestimmungsstärkungsgesetz) (2009): Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung. Pflegegesetzbuch Schleswig-Holstein. Zweites Buch v. 17. Juli 2009

A1 – A3: ERHEBUNGSINSTRUMENTE:

A1– Beobachtungsraster für Einrichtungen der stationären Altenpflege

A2 – Beobachtungsraster für Einrichtungen der Eingliederungshilfe

A3 – Onlinefragebogen für Einrichtungen der stationären Altenpflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe

A1 - BEOBACHTUNGSRASTER FÜR EINRICHTUNGEN DER STATIONÄREN AL- TENPFLEGE

AB=Mitarbeiter/inne der Aufsichtsbehörden, MDK=Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. Mitarbeiter des Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV)

Zusammenarbeit mit dem MDK/ Schnittstellen zu MDK-Prüfkriterien Entspricht die PRL dem Auftrag des Gesetzes? Unterstützt die PRL eine arbeitsteilige Zusammenarbeit mit dem MDK?	
Findet ein gemeinsames Startgespräch statt? Wenn ja, welche Themen werden besprochen?	
Wie gehen die beteiligten Akteure bei gemeinsamen Prüfungen vor? (Wer hat z.B. die Federführung?)	
Wie wirkt die Atmosphäre zwischen den Beteiligten?	
Welche Aspekte werden gemeinsam geprüft? Bitte genau notieren	
Welche Teile bearbeiten die AB-Prüfer/innen ohne das Beisein der MDK-Prüfer/innen? Bitte genau notieren.	
Wie häufig sichten die Prüfer/innen MDK/AB dieselben Dokumente? Bitte Dokumente benennen.	
Wie häufig stellen die Prüfer/innen MDK/AB dieselben Fragen? Bitte Themen sammeln.	

WEITER mit: Zusammenarbeit mit dem MDK/ Schnittstellen zu MDK-Prüfkriterien	
Scheinen alle Akteure gut und sicher mit dem Instrument zu Recht zu kommen? Wenn nein, warum nicht?	
Führen die Prüfkriterien zu genügend Transparenz für alle Beteiligten? Wenn nein, wo gibt es Unklarheiten?	
Werden Unsicherheiten deutlich? Wenn ja, an welchen Stellen?	
Wird ein Mehraufwand bei gemeinsamen Prüfungen in irgendeiner Form sichtbar? Wenn ja, inwiefern?	
Welche Ansatzpunkte zu einer möglichen Kooperation werden ggf. deutlich? (MDK/AB)	
Wird die Schwerpunktsetzung der Struktur- und Prozessqualität berücksichtigt?	
Werden auch Aspekte der Ergebnisqualität bei der Prüfung erfasst? Wenn ja, welche?	
Umsetzung / Handhabbarkeit Achtung es geht nur um die PRL!	
Wie gehen die Prüfer/innen AB insgesamt bei der Prüfung vor?	
Wie viele Personen sind ständig oder	

teilweise von Seiten der Einrichtung beteiligt?	
Wenn ständig, welche Funktionen haben diese Personen?	
Wenn teilweise, in welchen Situationen (also warum) kommen weitere Personen (mit welchen Funktionen) dazu?	
Welchen Eindruck machen die Beteiligten der Einrichtung auf Sie (PDL/HL etc.) hinsichtlich Stimmung, Stressfaktor etc.?	
Welchen Eindruck machen die MA der Aufsichtsbehörden auf Sie hinsichtlich Stimmung, Stressfaktor etc.?	
Welchen Eindruck machen die MA des MDK auf Sie hinsichtlich Stimmung, Stressfaktor etc.?	
WEITER mit: Umsetzung / Handhabbarkeit Achtung es geht nur um die PRL!	
Wird die Prüfrichtlinie konsequent als Leitfaden genutzt/abgearbeitet?	
Ist die Ergebnisdarstellung klar und einfach möglich? Wenn nein, warum nicht?	
Wird die Handhabbarkeit der PRL von den Akteuren beurteilt? Wenn ja, inwiefern?	

Welche Vorteile sehen die Akteure im Einsatz der PRL?	
Welche Nachteile sehen die Akteure im Einsatz der PRL?	
Änderungs-, Anpassungsbedarfe	
Welcher Optimierungsbedarf wird bei der Umsetzung der PRL ggf. deutlich?	
Bitte Äußerungen angeben, die zwi- schendurch genannt werden. („Dieses Kriterium braucht man gar nicht...“ „Was haben die sich denn dabei ge- dacht? „Das geht nicht“ usw.)	
Entbürokratisierungspotenziale - Führt die PRL zu Entbürokratisierung?	
Werden zeitliche Einsparpotenziale deutlich? Wenn ja, bitte beschreiben	
Werden Prüfaspekte übersprungen? Welche?	
Welche Prüfkriterien führen zu einem Mehraufwand in Einrichtungen, der allein der PRL geschuldet ist?	
Können Überschneidungen mit dem MDK verringert werden? Wenn ja, wel- che?	

<p>Trägt die angestrebte gleichzeitige Überprüfung von Aufsichten und MDK zu einer Entbürokratisierung bei? Wenn ja, wo zeigt sich das?</p>	
<p>Ist die gleichzeitige Überprüfung ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren? Wenn ja/ nein warum?</p>	
<p>Dokumentation</p>	
<p>Schaffen die Prüfkriterien Klarheit an die Anforderungen der Dokumentation? Wenn nein, warum nicht?</p>	
<p>Führen die Prüfkriterien zu genügend Transparenz für alle Beteiligten (was dokumentiert werden soll)?</p>	
<p>Gibt es weitere Möglichkeiten mit der PRL zur Vereinfachung der Dokumentation beizutragen? Wenn ja, welche?</p>	
<p>Sind die Anforderungen an die Dokumentation gestiegen? (z.B. Erfassen von Äußerungen zur Umstellung/ Erweiterung des Dokumentationssystems) Wenn ja, bitte notieren.</p>	
<p>Bemerkungen</p>	

A2 - BEOBACHTUNGSRASTER FÜR EINRICHTUNGEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE

AB=Mitarbeiter/Inne der Aufsichtsbehörden, AM=Mitarbeiter/innen anderer Stellen z.B. Träger der Sozialhilfe

Umsetzung / Handhabbarkeit	
Wie gehen die Prüfer/innen AB insgesamt bei der Prüfung vor?	
Findet ein gemeinsames Startgespräch der Beteiligten statt? Wenn ja, welche Themen werden besprochen?	
Wie wirkt die Atmosphäre zwischen den Beteiligten?	
Wie viele Personen sind ständig oder teilweise von Seiten der Einrichtung beteiligt?	
Wenn ständig, welche Funktionen haben diese Personen?	
Wenn teilweise, in welchen Situationen (also warum) kommen weitere Personen (mit welchen Funktionen) dazu?	
Welchen Eindruck machen die Beteiligten der Einrichtung auf Sie (PDL/HL etc.) hinsichtlich Stimmung, Stressfaktor etc.?	
Welchen Eindruck machen die MA der Aufsichtsbehörden auf Sie hinsichtlich Stimmung, Stressfaktor etc.?	

WEITER mit: Umsetzung / Handhabbarkeit	
Wird die Prüfrichtlinie konsequent als Leitfaden genutzt/abgearbeitet?	
Scheinen alle Akteure gut und sicher mit dem Instrument zu Recht zu kommen? Wenn nein, warum nicht?	
Führen die Prüfkriterien zu genügend Transparenz für alle Beteiligten? Wenn nein, wo gibt es Unklarheiten?	
Werden Unsicherheiten deutlich? Wenn ja, an welchen Stellen?	
Berücksichtigt die PRL die Besonderheiten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe? Wenn nein, was wird nicht berücksichtigt?	
Wird die Schwerpunktsetzung der Struktur- und Prozessqualität berücksichtigt?	
WEITER mit: Umsetzung / Handhabbarkeit	
Werden auch Aspekte der Ergebnisqualität bei der Prüfung erfasst? Wenn ja, welche?	
Ist die Ergebnisdarstellung klar und einfach möglich? Wenn nein, warum nicht?	

	Wird die Handhabbarkeit der PRL von den Akteuren beurteilt? Wenn ja, inwiefern?
	Welche Vorteile sehen die Akteure im Einsatz der PRL?
	Welche Nachteile sehen die Akteure im Einsatz der PRL?
	Änderungs-, Anpassungsbedarfe
	Welcher Optimierungsbedarf wird bei der Umsetzung der PRL ggf. deutlich?
	Bitte Äußerungen angeben, die zweisehend durch genannt werden. („ <i>Dieses Kriterium braucht man gar nicht...</i> “, <i>Was haben die sich denn dabei gedacht?</i> „ <i>Das geht nicht</i> “ usw.
	Entbürokratisierungspotenziale - Führt die PRL zu Entbürokratisierung?
	Werden zeitliche Einsparpotenziale deutlich? Wenn ja, bitte beschreiben.
	Werden Prüf Aspekte übersprungen? Welche?
	Welche Prüfkriterien führen zu einem Mehraufwand in Einrichtungen, der allein der PRL geschuldet ist?
	Dokumentation
	Schaffen die Prüfkriterien Klarheit an

	<p>die Anforderungen der Dokumentation? Wenn nein, warum nicht?</p>
	<p>Führen die Prüfkriterien zu genügend Transparenz für alle Beteiligten (was dokumentiert werden soll)?</p>
	<p>Gibt es weitere Möglichkeiten mit der PRL zur Vereinfachung der Dokumen- tation beizutragen? Wenn ja, welche?</p>
	<p>Sind die Anforderungen an die Doku- mentation gestiegen? (z.B. Erfassen von Äußerungen zur Umstellung/ Er- weiterung des Dokumentationssys- tems) Wenn ja, bitte notieren.</p>

Bemerkungen:

**A3 - ONLINE-FRAGEBOGEN FÜR EINRICHTUNGEN DER STATIONÄREN AL-
TENPFLEGE UND EINRICHTUNGEN DER EINGLIEDERUNGSHILFE**

**Online-Fragebogen
für die Einrichtungsleitungen stationärer
Altenpflege-/EGH-Einrichtungen**

Wissenschaftliche Begleitforschung zur Einführung der Prüfrichtlinie
(PRL) für Regelprüfungen nach § 20 Abs. 9 Selbstbestimmungs-
stärkungsgesetz (SbStG) des Landes Schleswig-Holstein

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Abteilung „Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung“ (iap)

Prof. Dr. Stefan Görres
Geschäftsführender Direktor

Grazer Str. 4,
28359 Bremen

Bremen, Juni 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres, ist vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung beauftragt worden, die wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Prüfrichtlinie zu übernehmen. Wie bereits in unserem Informationsschreiben Ende November 2012 angekündigt, möchten wir Sie heute gerne über unsere geplante Online-Befragung informieren.

Im Vordergrund der Erhebung stehen Fragen zur Umsetzung, Handhabbarkeit, Akzeptanz, mögliche Schwierigkeiten und die Synergiepotenziale der Prüfrichtlinie. Die Unterstützung unserer Arbeit durch Ihr Engagement ist für den weiteren Einsatz der PRL sehr wichtig, um z.B. Hinweise auf Klarstellungen und Vereinfachungsmöglichkeiten zu erhalten. Dazu bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Wir hoffen auf Ihre Unterstützung und bitten Sie, den Online-Fragebogen bis zum 12.06.2013 zu beantworten. Die Bearbeitungszeit nimmt ca. 30 Minuten in Anspruch. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt.

Kontakt

Dr. Martina Stöver 0421/218 68908; stoever@uni-bremen.de
Jaqueline Bomball 0421/218 68909; jbomball@uni-bremen.de
Christin Adrian 0421/218 68913; cadrian@uni-bremen.de

I. Angaben zur Einrichtung und zur Position

In welcher Art von Einrichtung sind Sie tätig?

- Einrichtung der stationären Altenpflege
- Einrichtung der Eingliederungshilfe nach SGBXII

Zu welchem Kreis/zu welcher Stadt gehört Ihre Einrichtung?

Wie viele Plätze besitzt Ihre Einrichtung?

- unter 30
- 30 - 60
- 60 - 100
- über 100

In welcher Position sind Sie beschäftigt?

GGeschäftsleitung/Stellv.

EEinrichtungsleitung/Stellv.

PPflegedirektion/Stellv.

PPDL/Stellv.

Ssonstiges

II. Angaben zum Einsatz der Prüfrichtlinie

Wie häufig wurde die Prüfrichtlinie bereits in Ihrer Einrichtung eingesetzt?

- 1x
- 2x
- Häufiger
- Bisher noch nicht

Finden bzw. fanden seit Einführung der Prüfrichtlinie gleichzeitige Prüfungen mit dem MDK statt?

- Ja
- Nein

Berücksichtigt Ihrer Erfahrung nach die Prüfrichtlinie ausreichend die Besonderheiten von EGH-Einrichtungen?

- Ja
- Nein

**Wenn nein, bitte begründen Sie Ihre Meinung:
Nennen Sie bitte mindestens einen Aspekt.**

1.	
2.	
3.	

Wie häufig wurde bereits gleichzeitig mit dem MDK geprüft?

- 1x
- 2x
- Häufiger
- Bisher noch nicht

Hilft Ihnen die Prüfrichtlinie sich auf die Überprüfung Ihrer Einrichtung durch die Aufsichtsbehörden vorzubereiten?

- Ja

Nein. Bitte begründen Sie Ihre Antwort:

<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	

III. Angaben zur Umsetzung und Verständlichkeit der Prüfungsrichtlinie

Wie beurteilen Sie ganz allgemein die Verständlichkeit der Prüfrichtlinie?

Sehr gut Gut Weniger gut Schlecht Sehr schlecht

Unabhängig von Ihrer Beurteilung, was könnte Ihrer Meinung nach in Bezug auf die Verständlichkeit verbessert werden?

Nennen Sie bitte mindestens einen Aspekt!

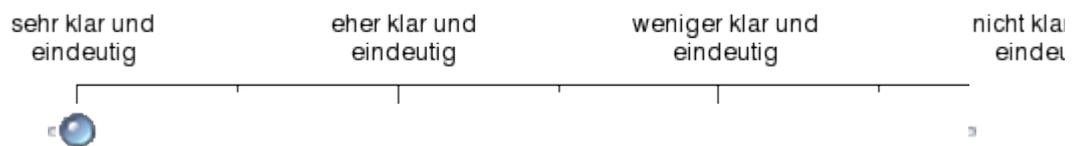
1.

2.

3.

Verstehen Sie die einzelnen Fragen der Prüfrichtlinie?

Zur Beantwortung der Frage verwenden Sie bitte den Regler auf der Skala.



Unabhängig von Ihrer Einschätzung, was könnte Ihrer Meinung nach in Bezug auf die Verständlichkeit der Fragen verbessert werden?

Nennen Sie bitte mindestens einen Aspekt!

1.

2.

3.

Gibt es Ihrer Ansicht nach Prüfkriterien, bei denen die Prüfanforderungen klarer definiert werden sollten?

Ja. Für welche?

-
- Nein

Gab es bei den Stärkenfragen uneinheitliche Sichtweisen zwischen den Aufsichten und Ihrer Einrichtung?

- Ja, in Bezug auf:
-
-
- Nein

Gibt es Dokumentationsanforderungen für Ihre Einrichtung, die Sie vorhalten müssen und als nicht angemessen empfinden?

- Ja, und zwar:
-
-
- Nein

Sind die Möglichkeiten zum Überspringen von Fragen für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein

Unabhängig von Ihrer Antwort, was könnte in Bezug auf das Überspringen von Fragen Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Können Sie der Ergebnisdarstellung entnehmen, inwieweit Ihre Einrichtung den Anforderungen des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes (SbStG) entspricht?

- Ja
- Nein, weil
-
-

Gibt es aus Ihrer Sicht sonstige Anmerkungen/Verbesserungshinweise in Bezug auf die Verständlichkeit und Umsetzbarkeit der Prüfrichtlinie?

Hat sich in Ihrer Einrichtung ein Mehraufwand durch die Einführung der Prüfrichtlinie eingestellt?

- Ja. Bitte begründen Sie Ihre Antwort:
-
-
- Nein

Hat sich in Ihrer Einrichtung gegenüber der ersten Prüfung eine Reduzierung des Prüfaufwandes aufgrund der Prüfrichtlinie eingestellt?

- Ja, und zwar:
-
-
- Nein

Halten Sie eine gleichzeitige Überprüfung von Aufsichten und MDK für ein arbeitsorganisatorisch geeignetes Verfahren für Ihre Einrichtung?

- Ja

Nein. Bitte begründen Sie Ihre Meinung:

-
-

Gibt es aus Ihrer Sicht zusätzliche Synergiepotenziale bei den gemeinsamen Prüfungen von Aufsichten und MDK, die bisher nicht genutzt werden?

- Ja, und zwar:

-
-

- Nein

Können Ihrer Meinung nach bei gleichzeitigen Prüfungen Überschneidungen von Aufsichten mit dem MDK verringert werden?

- Ja, und zwar:

-
-

- Nein

Sehen Sie für die Prüfrichtlinie einen Optimierungsbedarf?

- Ja
- Nein

**Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie für die Prüfrichtlinie?
Nennen Sie bitte mindestens einen Aspekt.**

1.	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
2.	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
3.	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		

Halten Sie eine Trennung der Prüfungsrichtlinie nach Altenpflege und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für sinnvoll?

- Ja, weil:
-
- Nein

Haben Sie noch weitere Anmerkungen zur Prüfungsrichtlinie, die wir über die Fragen nicht angesprochen haben?

Ihr Fragebogen ist abgeschickt.

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mitarbeit!

**PRÜFRICHTLINIE FÜR REGELPRÜFUNGEN
NACH § 20 ABS. 9
SELBSTBESTIMMUNGSSTÄRKUNGSGESETZ
(SBStG) IN SCHLESWIG-HOLSTEIN**



Kapitel	Inhalt	Seite
	Bearbeitungshinweise	4
1	Einführung und Anwendungshinweise	5
2	Angaben zur Einrichtung und zur Prüfung	9
3	Konzeption und Qualitätsmanagement	11
4	Aufbauorganisation	15
5	Personalstruktur und -qualifizierung	17
6	Personaleinsatz	21
7	Finanzen	25
8	Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung	27
9	Wahrung der Grundrechte	29
10	Informationspflichten	33
11	Mitwirkung und Mitbestimmung	35
12	Beschwerdemanagement	37
13	Wohnqualität der Einrichtung	39
14	Die Freiheit einschränkende Maßnahmen	43
15	Prozessqualität	45
16	Umgang mit die Gesundheit gefährdenden Situationen	49
17	Arzneimittelversorgung	51
18	Hauswirtschaftliche Versorgung	55
18.1	Verpflegung	55
18.2	Hausreinigung	60
18.3	Wäscheversorgung	61
19	Ergebnisse der Prüfung	63
	Anhang: Erforderliche Unterlagen im Rahmen der Prüfung nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG)	67

**Das Symbol am linken Blattrand weist aus,
ob Prüffragen und Prüfkriterien**

 in Einrichtungen der stationären Altenpflege

 in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

 in beiden Bereichen

anzuwenden sind bzw. ob

 Fragen bei der Prüfung ggf.
übersprungen werden können.

Prüffragen bzw. Prüfkriterien sind mit

S gekennzeichnet, wenn sie nicht zwingende Voraussetzungen betreffen, die bei Erfüllung als Stärke der Einrichtung gewertet werden.

**Den Prüfkriterien sind jeweils Ankreuz-
möglichkeiten zugeordnet:**

Ja Nein T.n.z. (Trifft nicht zu)

Ergänzt werden kann bei Bedarf

K. A. (Keine Angabe)

Die Erläuterungszeile ist bei Bedarf erweiterbar.

Das Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) stellt in den Mittelpunkt die Rechte von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, auf den Schutz ihrer Würde und Privatheit sowie der Sicherung einer fachlich fundierten Qualität des Wohnens und der Pflege und Betreuung. Die Prüfrichtlinie folgt dem Grundsatz des Gesetzes, Regelungen für „Orte eines weitestgehend selbstbestimmten Wohnens und Lebens“ zu schaffen. Sie trägt dazu bei, dass die in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen benannten grundlegenden Rechte von Menschen mit Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegebedarf so weit wie möglich gesichert werden. In der Charta werden Ziele und Qualitätsmerkmale formuliert, die im Sinne guter Pflege und Betreuung anzustreben sind. Im Hinblick auf den in Artikel 5a der Landesverfassung formulierten Auftrag und den daran ausgerichteten Gesetzeszweck sollen durch die Bezugnahme auf die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen auch deren Ziele unterstrichen werden.

Zur Sicherstellung einer möglichst einheitlichen Durchführung der Prüfungen im Rahmen des SbStG hat das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit im Einvernehmen mit den zuständigen Behörden und unter Beteiligung des Landespflegeausschusses eine Prüfrichtlinie zu erlassen (§ 20 Abs. 9 SbStG).

Eine wichtige Forderung an die Prüfrichtlinie zielt auf Bürokratievermeidung. Untersuchungen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben ergeben, dass sich stationäre Einrichtungen bei der Ausgestaltung und Führung ihrer Pflegedokumentation mehrheitlich an ihnen bekannten oder von ihnen vermuteten Anforderungen der Prüfinstanzen orientieren. Sie folgen zum Teil Anforderungen ohne davon überzeugt zu sein, dass diese fachlich notwendig sind. Festgestellt wurde insgesamt ein beträchtlicher Umfang an Überdokumentation (z. B. Doppel- und Mehrfachdokumentation, ungeeignete Vorgaben von Skalen, Routinemessungen). Gleichzeitig wurden auch durch das Fehlen von Daten bzw. fehlende inhaltliche Verknüpfung genauso Unterdokumentationen festgestellt.

In dieser Prüfrichtlinie gibt es Prüffragen, die in der Regel durch Prüfkriterien aufgeschlüsselt werden. Diese stellen die Anforderungen dar, die den Prüffragen zu Grunde liegen. Dadurch entsteht Transparenz der Anforderungen. Die Prüfinstanz ebenso wie die Einrichtungen wissen damit, welche Anforderungen sich hinter der jeweiligen Prüffrage verbergen. In Zweifelsfällen wird eine unterschiedlich eingeschätzte Bewertung auf diese Weise fachlich verhandelbar. Insofern steht diese Prüfrichtlinie für Transparenz und Klarheit. Sie ist ein Beitrag, unnötige Bürokratie zu vermeiden.

Prüfbereiche

Nach den Vorgaben des SbStG bezieht sich die Prüfung schwerpunktmäßig auf die Struktur- und Prozessqualität in der Einrichtung. Strukturqualität erfasst die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung, Prozessqualität bezieht sich auf den Ablauf, die Durchführung und Evaluation der Leistungserbringung.

Die Ergebnisqualität wird schwerpunktmäßig gemäß § 114 SGB XI vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft. Ergebnisqualität richtet sich auf die Erzielung eines fachgerechten individuellen Pflege- und Betreuungszustandes und die Lebensqualität. Diese Schwerpunktbildung entspricht im Wesentlichen der Empfehlung der Arbeitsgruppe III „Entbürokratisierung“ des Runden Tisches Pflege aus dem Jahr 2005.

Die Untergliederung der Kapitel erlaubt an einigen, speziell gekennzeichneten Abschnitten eine Überspringmöglichkeit, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Das Überspringen von einzelnen Abschnitten dient der Zeitersparnis und der Entbürokratisierung. Es liegt im alleinigen Ermessen der zuständigen Aufsichtsbehörde, ob und in welchem Umfang sie von dieser Möglichkeit Gebrauch macht.

Die Aufsichtsbehörde kann bei der Regelprüfung im Rahmen einer Ermessensentscheidung auch die Ergebnisqualität prüfen.

Bei der Prüfung der Ergebnisqualität findet aus fachlichen Gesichtspunkten und im Sinne einer bürokratiearmen Regelung der Prüfkatalog der Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MDK Anwendung.

Umgang mit der Prüfrichtlinie

Das SbStG ermöglicht eine Vielfalt an stationären Einrichtungen mit unterschiedlicher Ausgestaltung und trägt den Besonderheiten von Einrichtungen der Pflege alter Menschen und der Eingliederungshilfe Rechnung. Dies findet in der Prüfrichtlinie Berücksichtigung, indem sie durch unterschiedliche Symbole die jeweiligen Prüfbereiche kennzeichnet. Mit:



markierte Felder werden nur in stationären Altenpflegeeinrichtungen überprüft,



kennzeichnet die Prüfungsfragen von Einrichtungen der Eingliederungshilfe,



gekennzeichnete Bereiche betreffen beide Einrichtungsarten.

Maßstab für die Überprüfung der Einrichtungen ist das Konzept und die Bewohnerstruktur. Aufgrund der großen Vielfalt der Einrichtungen insbesondere im Bereich des SGB XII ist bei einem großen Anteil der Fragen deshalb das Kriterium T.n.z. aufgenommen worden. Damit können für eine Einrichtung nicht relevante Kriterien ausgeschlossen werden.

Die Prüfkriterien sind unter den Aspekten der Größe, der Konzeption und der finanziellen Rahmenbedingungen der Einrichtung anzuwenden.

Im Interesse einer einheitlichen Durchführung der Prüfungen ist es zwingend, dass die zuständigen Behörden die Richtlinie so weit wie möglich einheitlich anwenden. Sie ist für die Anwendung bei wiederkehrenden Prüfungen (Regelprüfungen) nach § 20 Abs. 1 SbStG erstellt.

Für die aktenmäßige Dokumentation der Prüfung ist der Fragenkatalog dieser Richtlinie zu benutzen.

Darstellung der Prüfergebnisse

Ein Teil der Prüffragen ist mit einem

S = Stärkenfragen versehen.

Die Stärkenfragen folgen der Intention des Gesetzes, ein möglichst selbstbestimmtes, selbständiges und individuelles Alltagsleben in einer institutionell geführten Gemeinschaft leben zu können. Hier haben die Einrichtungen einerseits eine Gelegenheit, ihr individuelles Profil zum Ausdruck zu bringen, andererseits besteht in diesem Bereich auch ein wichtiger Beratungsauftrag der Aufsichtsbehörden, die Einrichtungen in ihrer Qualitätsweiterentwicklung zu begleiten und vorhandene Stärken wahrzunehmen und anzuerkennen.

Zusammenarbeit mit dem MDK

Gemäß § 20 Abs. 2 Satz 1 SbstG sind von der Aufsichtsbehörde gleichzeitige und arbeitsteilige Prüfungen mit dem MDK anzustreben.

Die Terminabsprache erfolgt in der Regel im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft nach § 19 Abs. 2 SbstG.

Beide Prüfinstitutionen stimmen sich vor der Prüfung über die Prüfinhalte und den zeitlichen Ablauf sowie die Einbeziehung von Leitungskräften und weiteren Beschäftigten der zu prüfenden Einrichtung ab.

Bisherige Erfahrungen gemeinsamer Prüfungen

- Einrichtungen ab 60 Bewohnerinnen und Bewohnern haben eine Personalstruktur, die grundsätzlich für eine gemeinsame, zeitgleiche und arbeitsteilige Prüfung geeignet ist.
- Bei Einrichtungen unter 60 Bewohnerinnen und Bewohnern ist unter Berücksichtigung der Personalstruktur zu entscheiden, ob die Einrichtung zeitgleich und arbeitsteilig oder zeitlich versetzt, aber am selben Tag, oder nicht am gleichen Tag, aber in einem engen zeitlichen Zusammenhang überprüft werden soll.
- Unabhängig von der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung der Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden und den MDK lassen sich aufgrund der fachlichen oder systematischen Zusammenhänge enge Verbindungen zwischen den beiden Prüfinstanzen nicht völlig vermeiden. Für die gemeinsame Prüfpraxis werden diese Fragen zu einem Themenblock zusammengefasst, der dann vor Ort möglichst in einem gemeinsamen Arbeitsschritt in der Einrichtung geprüft wird.

Eine Bewertung über eine sinnvolle zukünftige Vorgehensweise erfolgt nach der geplanten Auswertung nach einem halben Jahr mit einer ggf. notwendigen Anpassung des Verfahrens.





2.1 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung

Straße

Postleitzahl / Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Anzahl der Außenstellen

Träger der Einrichtung

Verbandszugehörigkeit

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Verband

Leitung der Einrichtung

Vorsitzende/ Vorsitzender der Bewohnerinnen-
und Bewohnervertretung:

2.2 Art der Einrichtung

Einrichtung nach § 7 Abs. 1 SbstG

- für Menschen mit Pflegebedarf (SGB XI)
- für Menschen mit Behinderung (SGB XII)
- Sonstige: _____

2.3 Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner**Plätze**

laut Versorgungsvertrag: _____

nach Leistungs- bzw.

Vergütungsvereinbarung: _____ / _____

nach SbstG: _____

belegte Plätze (am Tag der Prüfung): _____

ggf. nach Schwerpunkt: _____

ständig anwesende

Bewohnerinnen und Bewohner: _____

belegte eingestreute Plätze

der Kurzzeitpflege: _____

geschlossene Unterbringung mit

Gerichtsbeschluss nach § 1906 BGB: _____

Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner: _____

davon eingestuft nach SGB XI: _____

ohne Pflegestufe: _____

Pflegestufe I: _____

Pflegestufe II: _____

Pflegestufe III: _____

Härtefälle: _____

Wohnbereichsbezogene Angaben über die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in SGB XI-Einrichtungen mit:

Wachkoma _____

FeM _____

Beatmungspflicht _____

Vollständiger Immobilität _____

Dekubitus _____

Sonstigem _____

Wohnbereichsbezogene Angaben über die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in SGB XII-Einrichtungen mit:

Unterbringung nach PsychKG _____

Selbst-/Fremdgefährdungstendenzen _____

erhöhter zusätzlicher Pflegebedürftigkeit _____

assistierter Beatmung _____

erheblicher Mobilitätseinschränkung _____

Sonstigem _____

2.4 Angaben zur Prüfung

Prüfung am: _____

Letzte Prüfung am: _____

Teilnehmerinnen/ Teilnehmer

Aufsichtsbehörde

Leitung der Einrichtung

Verantwortliche Pflegefachkraft/ Verantwortliche Fachkraft

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Pflege/ Betreuung

Bewohnerinnen- und Bewohnervertretung

Bewohnerinnen- und Bewohnervertretung

Sonstige

Sonstige

Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, mit denen gesprochen wurde: _____

und / oder Befragung der Bewohnervertretung

Wann wurde die Einrichtung zuletzt von anderen Stellen (z.B. MDK, Brandschutz etc.) geprüft? _____



§ 1 Satz 1 Nr. 3, § 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 4, § 15 Abs. 2 SbstG



- Bei der letzten Prüfung erfolgte keine Beratung und keine Anordnung zu festgestellten Mängeln nach §§ 22 und 23 SbstG
- und**
- seit der letzten Prüfung haben sich keine nach § 15 SbstG anzeigepflichtigen Veränderungen ergeben.



Wenn **beide** Aussagen zutreffen, **kann** die Prüfung mit Frage 3.4 fortgesetzt werden.

3.1

Gibt es eine aussagekräftige Darstellung der Einrichtung?



Die Form der Darstellung ist freigestellt.

Die Darstellung enthält mindestens Aussagen zu(r) / zum

- betreuten Personenkreis und dem Leistungsspektrum
 Ja Nein
- Raumprogramm und Ausstattung
 Ja Nein
- personellen Ausstattung
 Ja Nein
- Kooperationspartnern und -partnerinnen
 Ja Nein T.n.z.
- Sicherung der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner am Leben in der Gesellschaft.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

3.2

Ist schriftlich niedergelegt, wie die in der Darstellung formulierten Ziele erreicht werden und wie die Leistungserbringung organisiert wird?



1 Es liegen Konzepte vor für die Bereiche

- Pflege
 Ja Nein T.n.z.
- Betreuung/ Teilhabe
 Ja Nein
- Hauswirtschaft.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



2 Es gibt schriftliche Regelungen mit Angaben zu Turnus, Zeiten und Teilnehmerkreis von

- bereichsbezogenen Besprechungen
Z. B. Dienstübergaben, Teambesprechungen
 Ja Nein
- bereichsübergreifenden Besprechungen
Z. B. Frühbesprechungen, Fallbesprechungen
 Ja Nein
- Besprechungen leitender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
Z. B. Bereichsleiterbesprechungen, turnusmäßige Einzelrücksprachen Einrichtungsleitung / Fachbereichsleitungen
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Es gibt Regelungen, wie Besprechungsergebnisse festgehalten und an der Besprechung verhinderte Personen informiert werden.

Nachweis durch Teilnehmerliste, Tagesordnung oder Protokoll

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Aufgaben und Arbeitsteilung von Träger, Einrichtungsleitung und Bereichsleitungen in Bezug auf das Qualitätsmanagement sind schriftlich geregelt.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

3.3 Betreibt die Einrichtung ein systematisches Qualitätsmanagement?

& 1 Das Qualitätsmanagement wird durchgeführt bezogen auf die Bereiche

- Pflege
 Ja Nein T.n.z.
- Betreuung/ Teilhabe
 Ja Nein
- Hauswirtschaft.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 2 Das Qualitätsmanagement sieht eine nachvollziehbare Maßnahmenplanung vor.

Ausgewählte Themen und Maßnahmen entsprechen dem Entwicklungsstand und den Entwicklungszielen der Einrichtung.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Die an die/den Qualitätsmanagement-Beauftragte/n delegierten Aufgaben sind schriftlich geregelt.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

3.4 Wird das Qualitätsmanagement umgesetzt?

& 1 Das Qualitätsmanagement sieht eine regelmäßige Überprüfung vor in Bezug auf

- inhaltliche Schwerpunktsetzung
 Ja Nein

- angewandte Instrumente und Verfahren
 Ja Nein

- Wirksamkeit
 Ja Nein

- Angemessenheit des Zeiteinsatzes.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Die ihren jeweiligen Arbeitsbereich betreffenden Qualitätshandbücher o. ä.

- sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt
 Ja Nein

- sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jederzeit zugänglich.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:







- Bei der letzten Prüfung erfolgte keine Beratung und keine Anordnung zu festgestellten Mängeln nach §§ 22 und 23 SbstG
- und**
- seit der letzten Prüfung haben sich keine nach § 15 SbstG anzeigepflichtigen Veränderungen ergeben.



Wenn **beide** Aussagen zutreffen, **kann** die Prüfung mit Kapitel 5 fortgesetzt werden.



- 3 Zur Darstellung der Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereiche der Beschäftigten werden geeignete Instrumente eingesetzt.**

Z. B. Funktionsdiagramme für die Ebenen Leitung / Träger, Stellenbeschreibungen für die Fachkraftebene, Aufgabekataloge für die Helferebene, Schnittstellenkataloge zur Darstellung des Grenzverlaufs zwischen den Fachbereichen

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

4.1

Sind Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereiche der Leitenden sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Fachbereiche verbindlich geregelt?



- 1 Es liegt ein aktuelles Organigramm vor, in dem alle Leitungsstellen, ihre Inhaberinnen und Inhaber, die ihnen zugeordneten Arbeitsbereiche sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (-gruppen) ausgewiesen sind.**
- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



- 4 Aussagekräftige, aktuelle und in Kraft gesetzte Stellenbeschreibungen o. ä. liegen vor für:**

- Einrichtungsleitung
 Ja Nein
- Fach- und Teilbereichsleitungen
 Ja Nein T.n.z.
- Fachkräfte
 Ja Nein
- Helferkräfte
 Ja Nein
- Sonstige, nämlich



- 2 Das Organigramm ist allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.**
- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

Ggf. Erläuterung:

4.2 Ist die Aufbauorganisation für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer sowie für Kooperationspartner transparent?



Eine Schautafel mit Ansprechpartnerinnen/ Ansprechpartnern und deren Funktionen hängt für jede Interessentin/ jeden Interessenten auffindbar aus.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



§ 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 5, § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 14 Abs. 2 Nr. 2, § 15 Abs. 2, § 20 Abs. 1 Satz 4 SbstG,
§§ 8-13 SbstG-DVO, § 2 HeimPersV



- Bei der letzten Prüfung erfolgte keine Beratung und keine Anordnung zu festgestellten Mängeln nach §§ 22 und 23 SbstG
und
- seit der letzten Prüfung haben sich keine nach § 15 SbstG anzeigepflichtigen Veränderungen ergeben.



Wenn **beide** Aussagen zutreffen, **kann** die Prüfung mit Kapitel 6 fortgesetzt werden.

5.1 Erfüllen die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen?



1 Einrichtungsleitung

- Qualifikation
 Ja Nein
- Persönliche Voraussetzungen
 Ja Nein
- Vertraglich vereinbarte Wochenstundenzahl in der Einrichtung
Relevant bei Leitung von zwei oder mehr Einrichtungen durch eine Person

_____ Stunden/Woche

Ggf. Erläuterung:



2 Leitung des Pflegedienstes (verantwortliche Pflegefachkraft)

- Qualifikation
 Ja Nein
- Persönliche Voraussetzungen
 Ja Nein
- Vertraglich vereinbarte Wochenstundenzahl

_____ Stunden/Woche
- Anteile an Leitung und fachpraktischer Mitarbeit

_____ Stunden/Woche Leitung

_____ Stunden/Woche fachpraktische Mitarbeit

Ggf. Erläuterung:

5.2



Verfügt die/der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohner verantwortliche Mitarbeiterin oder Mitarbeiter über spezifische Kenntnisse?

Nachweise über entsprechende Fortbildungen liegen vor.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

5.3. **Liegt eine aktuelle Personalbestandsliste der Beschäftigten aller Fachbereiche der Einrichtung vor?** Stand: Tag der Prüfung



Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& **1 Sie enthält für jede/n Beschäftigte/n**

- Name, Vorname
 Ja Nein
- Funktion, Qualifikation
 Ja Nein
- Beschäftigungsumfang
 Ja Nein
- Besonderheiten.
Z. B. Elternzeit, Langzeiterkrankung, Befristung, Leiharbeit
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

5.4 **Entspricht die Fachkraftausstattung der Einrichtung den Anforderungen der SbStG-DVO bzw. HeimPersV?**



Fachkräfte: _____ VZSt
VZSt = Vollzeitstellen

Fachkraftquote: _____ %

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

5.5 **Entspricht die quantitative und qualitative Personalausstattung der Vergütungsvereinbarung?**



VZSt = Vollzeitstellen **Soll** **Ist** **Abweichung**

Leitung /
Verwaltung: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

Pflege / Betreuung: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

Hauswirtschaft: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

Haustechnik: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

Internes QM: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

§ 87 b SGB
XI-Kräfte: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

Sonstige: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

Gesamt: _____ VZSt _____ VZSt _____ VZSt

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

5.6 **Entspricht die quantitative und qualitative Personalausstattung in der Einrichtung der Eingliederungshilfe der Leistungsvereinbarung?**

VZSt = Vollzeitstellen	Soll	Ist	Abweichung
Leitung / Verwaltung:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Gruppenübergreifende Dienste:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Erziehung / Betreuung:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Pflege:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Hauswirtschaft:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Haustechnik:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Internes QM:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Sonstige:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt
Gesamt:	___ VZSt	___ VZSt	___ VZSt

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

5.7 **Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass die Bewohnerinnen und Bewohner mit der aktuell vorhandenen Personalausstattung nicht den fachlichen Standards entsprechend betreut/gepflegt werden können?**

Ja Nein

Wenn „Ja“: Erläuterung erforderlich

5.8 **Kommt der Einrichtungsträger seiner Verpflichtung nach, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen?**

1 **Es liegt ein Fortbildungsplan für das laufende Kalenderjahr vor.**
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

2 **Die Teilnahme von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an internen oder externen Fort- und Weiterbildungen kann nachgewiesen werden.**
incl. Nachtwachen
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

5.9 **Liegt ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor?**

& **1 Für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

- der Pflege
 Ja Nein T.n.z.

- der Betreuung
 Ja Nein

- der Hauswirtschaft
 Ja Nein T.n.z.

ist festgelegt, welche Information/Anleitung sie wann und von wem erhalten.

Ggf. Erläuterung:

& **2 Die konzeptentsprechende Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann nachgewiesen werden.**

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



Beurteilungsgrundlage:

- Dienstpläne Pflege, Soziale Betreuung, Hauswirtschaft
- Bei Einsatz eines Dienstplanprogramms: Ausgedruckter Soll-Plan mit handschriftlicher Ergänzung der Abweichungen (Ist-Plan)
Eine Stichprobenprüfung ist grundsätzlich möglich.
Die Feststellung von Schwächen oder erheblichen Schwächen setzt jedoch die Prüfung der Dienstpläne von mindestens zwei Geltungszeiträumen (2 Monatspläne bzw. 2 mal 4- oder 6-Wochen-Pläne) voraus.

6.1 Sind die formalen Kriterien einer fachgerechten Dienstplanführung erfüllt?**& 1 Der Dienstplan enthält Angaben zu(r) / zum**

- Arbeitsbereich und Geltungszeitraum
 Ja Nein
- Erstellung (Wer? Wann?), Bewilligung (Wer? Wann?) und Aushang (Wann?)
 Ja Nein
- Bestätigung der Richtigkeit aller Angaben nach Ablauf des Dienstplans.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Alle im Dienstplan verwendeten An- und Abwesenheitszeichen und sonstigen Zeichen sind in einer Legende definiert.

Die Legende kann dem jeweiligen Geltungszeitraum eindeutig zugeordnet werden.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Für alle im Dienstplan aufgeführten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind angegeben

- der vollständige Vor- und Nachname
 Ja Nein
- die Qualifikation
 Ja Nein
- eventuelle Sonderfunktionen
Z.B. Praxisanleiterin / Praxisanleiter
 Ja Nein
- der Beschäftigungsumfang.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Die personenbezogenen Angaben im Dienstplan stimmen mit Personalbestandsliste und Handzeichenliste überein.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 5 Die Soll-Zeile des Dienstplans ist lückenlos ausgefüllt.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 6 Abweichungen vom Soll sind nachvollziehbar dokumentiert.

- Z.B. Krankheitszeiten, Plus-/Minusstunden, abweichende Dienstzeiten, Wechsel des Dienstes, Einspringen an freien Tagen, nachträglich gewährte freie Tage
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- &** 7 Das Aushelfen in einem Arbeitsbereich / die Unterstützung durch einen anderen Arbeitsbereich sind in den entsprechenden Dienstplänen nachvollziehbar dokumentiert.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

- &** 8 Handschriftliche Eintragungen erfolgen

- mit dokumentenechtem Stift
 Ja Nein
- ohne dass frühere Eintragungen unkenntlich werden
 Ja Nein
- gut lesbar.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- &** 9 Bei EDV-gestützter Dienstplanführung ist sicher gestellt, dass

- Änderungen des Soll-Plans nach Freigabe nicht mehr erfolgen
 Ja Nein
- Änderungen im laufenden Dienstplan (= Dokumentation der Ist-Besetzung) langfristig nachvollziehbar dokumentiert sind.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- 6.2** Orientiert sich die Besetzung der Arbeitsbereiche im Tages- und Wochenverlauf an den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner?



- 1 Die Tageseckzeiten ermöglichen das bedarfs- bzw. wunschgerechte Aufstehen und Zubettgehen.**

Tageseckzeiten: Zeiten des Wechsels von Nacht- und Frühdienst sowie von Spät- und Nachtdienst

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



- 2 Früh- und Spätdienst sind annähernd gleich besetzt.**

Gilt nicht für hauswirtschaftliche Leistungsbereiche

*S-Frage wird unter Kapitel 9 mitgezählt

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



- 3 Die Besetzung am Morgen / frühen Vormittag und Abend ermöglicht die Hilfe bei der Morgen-/Abendtoilette zu bedarfs- bzw. wunschgerechten Zeiten.**

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



- 4 Werktage und Wochenendtage sind annähernd gleich besetzt.**

Gilt im Hauswirtschaftsbereich für die Verpflegung

*S-Frage wird unter Kapitel 9 mitgezählt

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

6.3 Erfolgt die Besetzung der Wohngruppen im Tages-, Wochen- und Jahresverlauf orientiert an den An-/Abwesenheitszeiten, Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner?

 **1 Die Besetzung der Wohngruppen entspricht den An-/Abwesenheitszeiten der Bewohnerinnen und Bewohner**

- an Werktagen
Z. B. Arbeitszeiteinsatz schwerpunktmäßig am frühen Morgen und zum „Feierabend“
 Ja Nein
- an Wochenendtagen
Z. B. Ab Freitag (Nach)mittag höherer Zeiteinsatz als an Werktagen
 Ja Nein
- bei Krankheit, Urlaub und Teilzeitarbeit.
Z. B. Stärkerbesetzung während des Betriebsurlaubs der Werkstatt
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

 **2 Die Arbeitszeitverteilung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientiert sich an der Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner und ihren Wünschen der Freizeitgestaltung.**

Z. B. Ausschlafen am Wochenende Kochen in der Gruppe, Stadtbummel/Einkauf, abendliches Ausgehen
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

 **3 Die Arbeitszeitverteilung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt den Begleitungsbedarf der Gruppe sowie der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner.**

Insbesondere Begleitungen außer Haus
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

6.4 Entspricht der Personaleinsatz in der Nacht dem Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner?

 **1 Organisationsvarianten**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nachtdienst

_____ Mitarbeiterin(nen) / Mitarbeiter für
_____ Bewohnerinnen und Bewohner

Qualifikation:

Arbeitsbereitschaft

_____ Mitarbeiterin(nen) / Mitarbeiter für
_____ Bewohnerinnen und Bewohner

Qualifikation:

Arbeitszeit: von _____ bis _____ Uhr

Arbeitsbereitschaft: von _____ bis _____ Uhr

Rufbereitschaft

Qualifikation:

Dauer, bis die Rufbereitschaft nach erfolgtem Anruf in der Einrichtung eintreffen kann:
ca. _____ Minuten

 **2 Der Personaleinsatz in der Nacht wird als angemessen beurteilt.**

Ja Nein

Wenn „Nein“: Erläuterung erforderlich

6.5 Ist die 24-Stunden-Abdeckung mit Pflegefachkräften gewährleistet?

 **1 Früh- und Spätdienst sind mit mindestens einer Pflegefachkraft besetzt.**

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

 **2 Der Nachtdienst ist mit mindestens einer Pflegefachkraft besetzt.**

Weitere Pflegefachkräfte in Abhängigkeit von der Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Pflegebedarf

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

6.6 Entsprechen die Arbeitszeit- und Dienstplanregelungen der leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deren Aufgaben und Verantwortungsbereichen?



Bewohnernah tätige Leitungskräfte wie Wohnbereichs- oder Teamleitungen

Die Arbeitszeitregelungen stellen sicher, dass die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Zeit haben für die Wahrnehmung ihrer stellenspezifischen Aufgaben.
Festlegung der Anteile für fachpraktische Mitarbeit und Leitungstätigkeit z.B. bei Wohnbereichsleitungen, Teamleitungen, Hauswirtschaftsleitung
 Ja Nein
- zu bedarfsgerechten Zeiten ansprechbar sind für Angehörige/ rechtliche Betreuerinnen und Betreuer u.a.
Z. B. Turnusmäßige Präsenz am Spätnachmittag/Abend und Wochenende oder Angebot der Terminvereinbarung
 Ja Nein
- sich auch außerhalb der Kernarbeitszeiten eine Übersicht über die Lebens- und Arbeitssituation in der Einrichtung verschaffen können.
Z. B. Dienst auch gelegentlich an Wochenend- und Feiertagen, ggf. in anderem Turnus als andere Beschäftigte
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

§ 1 Satz 1 Nr. 2 und 5, § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SbstG,
§ 28 Abs. 2 Nr. 4 SbstG i. V. m. §§ 36ff. SbstG-DVO, § 28 Abs. 4 SbstG

7.1 Werden für die Empfängerin / den Empfänger transparente Rechnungen erstellt?



Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

7.2 Erfolgt eine rechtlich korrekte Information über eine Entgelterhöhung?



Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

7.3 Gibt es aktuelle Anhaltspunkte dafür, dass der Träger die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb der Einrichtung nicht besitzt?



Ja Nein

Wenn ja, Erläuterung:

7.4 Werden die Vorschriften zur Sicherung von Einlagen der Bewohnerinnen und Bewohner beachtet?



Wenn keine Hinweise: Erklärungsprinzip

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

7.5 Gibt es Regelungen zum Verbot der Annahme von Geld oder geldwerten Leistungen?



Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

7.6 Werden Wertgegenstände und Bargeld der Bewohnerinnen und Bewohner, die in Verantwortung der Einrichtung verwahrt werden, ordnungsgemäß aufbewahrt?



1 Die Bestände sind dokumentiert.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

2 Wertgegenstände und Bargeld werden sicher verwahrt.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

7.7 Erfolgt die Verwaltung der den Bewohnerinnen und Bewohnern zur Verfügung stehenden Gelder ordnungsgemäß?

& 1 Ein- und Ausgänge werden nachvollziehbar dokumentiert.

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 2 Die Gelder der Bewohnerinnen und Bewohner liegen auf separaten Konten.

Getrennt vom Betriebsvermögen, z. B. Treuhandkonto

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

8.1 Liegt eine Darstellung der Kooperation mit Leistungsträgern und Institutionen vor?

&

Die Darstellung

S

- ist aussagekräftig und aktuell
 Ja Nein
- entspricht den Konzeptionen zur Pflege, Betreuung / Teilhabe und Hauswirtschaft
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

8.2 Ist bürgerschaftliches Engagement eingebunden?

&

 Ja Nein

S

Zahl der ehrenamtlich Tätigen: _____

Einsatzbereiche:

Die Koordination und Begleitung ehrenamtlich Tätiger durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung ist sichergestellt.

 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

8.3 Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/-pflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?

&

Z. B. Vereine, Initiativen, Kirchengemeinden, Schulen, Kindergärten, Besuchsdienste

S

 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

8.4 Werden den Bewohnerinnen und Bewohnern Außenaktivitäten angeboten?

&

Z. B. Ausflüge, Freizeitangebote, Besuch des Wochenmarktes, Stadtbummel, Cafébesuch, Teilnahme an Veranstaltungen

S

 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

8.5 Gibt es Regelungen für einen Begleitedienst bei Terminen und Aktivitäten außer Haus?

&

 Ja Nein

S

Ggf. Erläuterung:

8.6 Mit welchen Angeboten öffnet sich die Einrichtung nach außen?

&

Z. B. Informations- und Beratungsangebote, Überlassung von Räumen, Bewirtung, Einladung zu Festen und Veranstaltungen

S

8.7 Werden die Eingewöhnungszeit in und der Auszug aus der Einrichtung angemessen begleitet?

&

1 Die psychosoziale und organisatorische Begleitung durch eine zuständige Bezugsperson ist geregelt.

 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Die Begleitung erfolgt geplant und abgestimmt.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

8.8 Stellt die Einrichtung sicher, dass Bewohnerinnen und Bewohner unter Berücksichtigung ihrer individuellen Einschränkungen von Angeboten der sozialen Betreuung erreicht werden?

& 1 Die Betreuungs-/Förderangebote sind auf die Bewohnerschaft und ihre Bedürfnisse ausgerichtet. Dies gilt in Bezug auf

- die Art der Angebote
 Ja Nein
- deren zeitliche Lage und Dauer
 Ja Nein
- die Angebotsorte
 Ja Nein
- ggf. die Gruppengröße und Zusammensetzung.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Das Betreuungsangebot umfasst

- zentrale Gruppenangebote
 Ja Nein T.n.z.
- dezentrale Gruppenangebote
 Ja Nein T.n.z.
- Einzelbetreuungen.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

8.9 Werden die Angebote den Bewohnerinnen und Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?

& 1 Ständige Angebote werden in einem Monats- oder Wochenplan dargestellt.

Z. B. Aushang, Einrichtungszeitung

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Auf wechselnde Angebote wird gesondert hingewiesen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erinnern die Bewohnerinnen und Bewohner an Angebote und fördern die Teilnahme.

Z. B. Vorbereitung, Transfer

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

8.10 Wird die Koordination der sozialen Betreuung durch eine Fachkraft wahrgenommen?



Koordination von angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Ehrenamtlichen, Honorarkräften (z. B. Seelsorge) u.a., Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach § 87 b SGB XI

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1, Art. 4 Abs. 1, Art. 10 Abs. 1, Art. 13 Abs. 1 GG,
§ 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2, § 2 Abs. 5 Satz 1 SbstG

9.1 Wird das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf Schutz der Privatsphäre geachtet?

& 1 Die Bewohnerinnen und Bewohner werden in der von ihnen gewünschten Form angesprochen.

Z. B. Frau/Herr, Nachname und Sie, Vorname und Du

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Die Bewohnerinnen und Bewohner

S

- verfügen über einen Schlüssel ihres Zimmers
 Ja Nein T.n.z.

- erhalten auf Wunsch einen Haustürschlüssel.

Ggf. ihre Angehörigen, Betreuerinnen oder Betreuer

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 3 Paare können zusammen wohnen.

S

Betrifft auch Geschwister, Freundinnen und Freunde

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 4 Die Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner werden nur mit deren Zustimmung betreten.

Ggf. ist in der individuellen Pflegeplanung vermerkt, wie die Privatsphäre geschützt wird.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 5 Bewohnerinnen und Bewohnern von Zweipersonenräumen oder von Zimmern ohne Telefonanschluss werden Telefongespräche ohne Zuhörerinnen und Zuhörer ermöglicht.

S

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 6 Bewohnerinnen und Bewohnern von Zweipersonenräumen werden Rückzugsmöglichkeiten zum ungestörten Gespräch mit Besucherinnen und Besuchern angeboten.

S

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 7 Die Pflege- und Betreuungsdokumentation wird vor unbefugter Einblicknahme geschützt.

Die Dokumentation liegt nicht im öffentlich zugänglichen Bereich.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

9.2 Wird das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf Selbständigkeit und Selbstbestimmung geachtet?

& 1 Die Bewohnerinnen und Bewohner können die Einrichtung jederzeit verlassen und betreten.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 2 Den Bewohnerinnen und Bewohnern steht ein geschützter und selbständig nutzbarer Außenbereich zur Verfügung.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Die Bewohnerinnen und Bewohner können jederzeit Besuch empfangen.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 4 Die Bewohnerinnen und Bewohner können, wenn die Versorgung sichergestellt ist und die räumlichen Voraussetzungen erfüllt sind, Kleintiere halten.

Nur zu prüfen, wenn das Konzept der Einrichtung diese Möglichkeit vorsieht.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 5 Die Bewohnerinnen und Bewohner können auf Reinigungstage und -zeiten im Bewohnerinnen- und Bewohnerzimmer Einfluss nehmen.

Die Reinigungskräfte sind angewiesen, auf besondere Situationen flexibel zu reagieren.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 6 Die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner an politischen Wahlen wird organisatorisch und personell unterstützt.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 7 Bewohnerinnen und Bewohnern, die rauchen wollen, wird dies ermöglicht.

Unter Beachtung der Anforderungen des Nichtraucher-schutzes und des Brandschutzes

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 8 Die Bewohnerinnen und Bewohner können über die ihnen zur Verfügung stehenden Gelder verfügen.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

9.3 Werden besondere religiös oder kulturell bedingte Gewohnheiten bei der Betreuung und Pflege berücksichtigt?



Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

9.4 Wird mit der Selbstmedikation von Bewohnerinnen und Bewohnern fachgerecht umgegangen?



Bewohnerinnen und Bewohner und ggf. Angehörige / rechtliche Betreuerinnen und Betreuer werden in Bezug auf die Problematik nicht verordneter, selbst beschaffter Arzneimittel beraten.

Die Einrichtung hat einen Beratungsauftrag zumindest im Rahmen der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter (nicht gemeint sind Beratungsanteile/-aspekte, die ausschließlich der Ärztin / dem Arzt vorbehalten sind).

Ja Nein T.n.z.

Die Beratung wird dokumentiert.

Ja Nein T.n.z.

Die Hausärztin / der Hausarzt wird informiert.

Dies wird dokumentiert.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

9.5 Wird mit Entscheidungen der Bewohnerin / des Bewohners zu ihrem/seinem Lebensende angemessen umgegangen?



1 Die Einrichtung hat sich darüber informiert, ob die Bewohnerin / der Bewohner ihre / seine Entscheidungen zum Lebensende in einer Patientenverfügung geregelt hat. Die entsprechende Information ist dokumentiert.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



2 Bei Vorhandensein einer Patientenverfügung liegt eine Kopie in der Einrichtung vor.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



3 Ist die Einrichtung darauf vorbereitet, den Willen der Bewohnerinnen und Bewohner umzusetzen?

- Die Regelungen sind in Form einer Verfahrensanweisung, eines Standards o.ä. dokumentiert.
 Ja Nein T.n.z.

- Sie sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



10.1



Haben die Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer Gelegenheit, sich über die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu informieren?

Die Charta ist in der Einrichtung durch Aushang bekannt und wird auf Anfrage unentgeltlich zugänglich gemacht.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

10.2



Stellt die Einrichtung Interessentinnen und Interessenten geeignete schriftliche Informationen über Art, Umfang und Preise der von ihr angebotenen Leistungen zur Verfügung und werden diese auf Wunsch mündlich erläutert?

Die Informationen sind aussagekräftig und in verständlicher Sprache abgefasst.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

10.3



Werden die Bewohnerinnen und Bewohner in geeigneter Form über die Tätigkeit der zuständigen Aufsichtsbehörde und dortige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner informiert?

Z. B. Aushang, Einrichtungszeitung, Informationsblätter bei Einzug

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

10.4



Werden die Bewohnerinnen und Bewohner durch entsprechenden Aushang über die zuständigen Beratungsstellen und landesweiten Krisentelefone informiert?

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

10.5



Werden künftige Bewohnerinnen und Bewohner bei Vertragsabschluss schriftlich über ihr Recht informiert, sich beim Träger der Einrichtung, bei der zuständigen Behörde oder der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 Abs. 2 SbStG beraten zu lassen sowie sich über Leistungsmängel zu beschweren?

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:





11.1 Gibt es einen Bewohnerbeirat?

Ja Nein



Ggf. Erläuterung:

11.2 Wurde ein Ersatzgremium gebildet bzw. eine Bewohnerfürsprecherin / ein Bewohnerfürsprecher bestellt?

Ja Nein T.n.z.



Ggf. Erläuterung:

11.3 Erfüllt der Träger seine Informationspflichten gegenüber der zuständigen Behörde?

Die Mitteilung über die Bildung der Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgte unverzüglich. Hinweis: Die Informationspflicht besteht auch, wenn eine Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner nicht gewählt werden konnte

Ja Nein



Ggf. Erläuterung:

11.4 Wird die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner über alle Angelegenheiten der Mitbestimmung und Mitwirkung rechtzeitig unterrichtet?

Hinweis: Diese und alle nachfolgenden Prüffragen und -kriterien gelten ggf. auch in Hinblick auf das Ersatzgremium bzw. die Bewohnerfürsprecherin / Bewohnerfürsprecher

Ja Nein



Ggf. Erläuterung:

11.5 Wird die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützt?

Der Träger bzw. die Leitung der Einrichtung

- bietet die zur Ausübung der Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner erforderlichen Informationen an
 Ja Nein
- stellt geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung
 Ja Nein
- hält einen Schaukasten / ein Schwarzes Brett vor und ermöglicht die Übersendung von Mitteilungen an die Bewohnerinnen und Bewohner
 Ja Nein
- unterstützt Wahlvorbereitung und -durchführung
 Ja Nein T.n.z.
- stellt bei Einladung die Teilnahme leitender Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter an Sitzungen der Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner sicher
 Ja Nein
- unterstützt die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner auf Wunsch bei schriftlichen Arbeiten
Z.B. Sitzungsprotokolle, Tätigkeitsberichte
 Ja Nein
- übernimmt angemessene Kosten der Arbeit der Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner.
Gebot der Notwendigkeit und Sparsamkeit
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

11.6 Werden die Mitbestimmungsrechte der Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beachtet?



Die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner ist einbezogen in die

- Aufstellung der Grundsätze der Verpflegungsplanung
 Ja Nein
- Planung und Durchführung von Veranstaltungen zur Freizeit- und Alltagsgestaltung
 Ja Nein
- Aufstellung und Änderung der Hausordnung
 Ja Nein
- Gestaltung der Gemeinschaftsräume.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

11.7 Werden die Mitwirkungsrechte der Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beachtet?



Die Mitwirkungsrechte in Angelegenheiten nach § 18 SbstG-DVO wurden beachtet.

Z. B. Unfallvermeidung, Vergütungsvereinbarungen, Baumaßnahmen, Soziale Betreuung

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

11.8 Hält die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner eine Bewohnerversammlung ab?



Teilbewohnerversammlungen sind zulässig

- Die Bewohnerversammlung wird mindestens einmal im Jahr durchgeführt.
 Ja Nein
- Ein Tätigkeitsbericht wird abgegeben.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



§ 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SbstG

Eine Beschwerde ist eine offene Reaktion auf eine enttäuschte Leistungserwartung. Beschwerden, die nicht umgehend erledigt werden können, sind Gegenstand des Beschwerdemanagements.

12.1 Wird ein systematisches Beschwerdemanagement betrieben?

& 1 Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige sowie Betreuerinnen und Betreuer werden auf die Möglichkeit, sich zu beschweren, hingewiesen.

Z. B. durch ein Informationsblatt bei Einzug, durch einen Hinweis im Wohn- und Betreuungsvertrag, durch die Benennung von Ansprechpartnerinnen und -partnern

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Im Prozess der Bearbeitung von Beschwerden sind geregelt die

- Zuständigkeit für Beschwerdeannahme, -bearbeitung und -reaktion
 Ja Nein
- Form der Beschwerdeannahme
 Ja Nein
- Rückmeldefrist
Hinweis: Der/die Beschwerdebearbeiter/-in teilt den Bearbeitungsstand mit
 Ja Nein
- Bearbeitungsfrist.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Es erfolgt eine Beschwerdeauswertung hinsichtlich der Beschwerdehäufigkeit und Beschwerdepunkte.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Das Beschwerdemanagement wird aktiv betrieben.

Anhaltspunkt: Dokumentation von Beschwerden (Anzahl, Datum)

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:







- Bei der letzten Prüfung erfolgte keine Beratung und keine Anordnung zu festgestellten Mängeln nach §§ 22 und 23 SbStG
- und**
- seit der letzten Prüfung haben sich keine nach § 15 SbStG anzeigepflichtigen Veränderungen ergeben
- und**
- bei der Begehung der Einrichtung sind keine offensichtlichen Mängel festgestellt worden.



Wenn **alle drei** Aussagen zutreffen, **kann** die Prüfung mit Kapitel 14 fortgesetzt werden.

Die Anforderungen nach diesem Kapitel sind auf der Grundlage der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu prüfen.

Die Prüfung erfolgt nach

- SbStG-DVO
- HeimMindBauVO
-
-

13.1

Sind die allgemeinen Anforderungen an den Wohn- und Ausstattungsstandard erfüllt?



Es ist gewährleistet, dass die Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb des Hauses

- sich orientieren können
Z. B. Belichtung/Beleuchtung, Beschilderungs-/Farbleitsystem, Blickfang
 Ja Nein
- 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 Nein
- Orte zum Verweilen vorfinden
Z. B. bequeme und sichere Sitzgelegenheiten mit Begegnungs-/ Beobachtungsmöglichkeiten
 Ja Nein
- vor Gefahren geschützt sind.
Z. B. Rutschfeste Bodenbeläge, ausreichende Flurbreite, Absturzsicherung an Treppen, Handläufe, verständliches Fluchtwegesystem, zugängliche Fluchtwege, Vorkehrungen für Hitzeperioden, Rufanlage, Türen mit im Notfall von beiden Seiten zu öffnenden Schlössern
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

13.2 Verfügt die Einrichtung über angemessene Zimmer für die Bewohnerinnen und Bewohner?

& 1 Die vorgeschriebenen Raumgrößen werden eingehalten.

- bei Einpersonenzimmern
 Ja Nein
- bei Zweipersonenzimmern
 Ja Nein
- bei Mehrpersonenzimmern
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 2 Bewohnerinnen und Bewohner können die Einrichtung ihres Zimmers mitgestalten.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Die Zimmer verfügen über ein / en bewohnerbezogenes / en

- abschließbares Fach für private Gegenstände
 Ja Nein T.n.z.
- Telefon- und Fernsehanschluss
 Ja Nein T.n.z.
- Internetzugang.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

13.3 Wird bei Zwei- oder Mehrpersonenzimmern ein Einzelzimmer zur vorübergehenden Nutzung vorgehalten?



- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

13.4 Verfügt die Einrichtung über angemessene Gemeinschaftswohnbereiche?



1 Die Anzahl und Größe der Gemeinschaftsbereiche entspricht der für die Einrichtung gültigen Rechtsgrundlage.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



2 Für besondere Betreuungs- oder Therapieangebote ist mindestens ein separater Gemeinschaftsraum pro Gebäude vorhanden.

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



3 Die Bewohnerinnen und Bewohner können die Ausstattung der Gemeinschaftswohnbereiche mitgestalten.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- &** 4 Die Gemeinschaftsräume sind so angelegt, dass sie grundsätzlich für alle Bewohnerinnen und Bewohner erreichbar sind.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

13.5 Verfügt die Einrichtung über angemessene Sanitärbereiche?

- &** 1 Jedem Bewohnerzimmer ist ein eigenes Bad räumlich zugeordnet.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

- 🏠** 2 In jedem Gebäude ist mindestens ein für die Bewohnerinnen und Bewohner gut erreichbares Pflegebad mit Badewanne vorhanden.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- 🏠** 3 Das Pflegebad ist so ausgestattet, dass die Bewohnerinnen und Bewohner

- darin sicher betreut werden können
Z. B. Funktionsfähige Lifter, geeignete Haltevorrichtungen, Verbrühschutz
 Ja Nein
- in einer ansprechenden Atmosphäre baden können.
Z. B. Beleuchtung, Raumtemperatur, Sichtschutz, Verzicht auf Nutzung als Abstellraum
 Ja Nein

Wenn „Nein“: Erläuterung erforderlich

- &** 4 Ein barrierefreies WC steht auch den Besucherinnen und Besuchern zur Verfügung.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

13.6 Verfügt die Einrichtung über eine angemessene Ausstattung mit Funktionsräumen?

& 1 Es sind ausreichend viele und geeignete Dienstzimmer vorhanden.

- Anzahl und Größe erlauben Dienstübergaben etc. unter Beachtung des Datenschutzes.
 Ja Nein
- Die Ausstattung mit abschließbaren Schränken o.ä. erlaubt die Aufbewahrung von Akten der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Hilfe-/Pflegedokumentation unter Beachtung des Datenschutzes.
 Ja Nein

Wenn „Nein“: Erläuterung erforderlich

& 2 Es sind ausreichend Abstellmöglichkeiten für Gegenstände der Bewohnerinnen und Bewohner vorhanden.

- Zentral für aktuell nicht benötigte Gegenstände
Z. B. Wintermantel, Koffer, Vogelkäfig
 Ja Nein
- Dezentral für ständig benötigte Gegenstände
Z. B. Rollator, Rollstuhl
 Ja Nein

Wenn „Nein“: Erläuterung erforderlich

& 3 Es sind ausreichende Flächen zur Lagerung von Pflegehilfsmitteln, Frischwäsche etc. vorhanden.

Pflegearbeitsraum „rein“

Ja Nein T.n.z.

Wenn „Nein“: Erläuterung erforderlich

& 4 Es sind ausreichend viele Ausgussräume mit Fäkalienspülen / Räume zur Zwischenlagerung von Gebrauchtwäsche vorhanden.

Pflegearbeitsraum „unrein“

Ja Nein T.n.z.

Wenn „Nein“: Erläuterung erforderlich

& 5 Es sind dem Verpflegungssystem entsprechende dezentrale Lagermöglichkeiten für Lebensmittel und Getränke vorhanden.

Ja Nein

Wenn „Nein“: Erläuterung erforderlich

& Werden in der Einrichtung die Freiheit einschränkende Maßnahmen (FeM) angewendet?

Ja Nein



Wenn „Nein“, weiter mit Kapitel 15

14.1 Wird mit die Freiheit einschränkenden Maßnahmen (FeM) angemessen umgegangen?

& 1 Der Umgang mit FeM ist geregelt. Die Regelungen sind in Form einer Verfahrensanweisung, eines Standards o. ä. dokumentiert. Sie sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Vor Anwendung einer FeM sind alternative Maßnahmen geprüft worden.

Es wird stets die am wenigsten einschränkende Maßnahme gewählt. Z. B. niedrig stellbares Bett statt Bettseitenteile, Hüftprotektoren und Bewegungstraining statt Fixierung im Stuhl mit Bauchgurt

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Prozess und Ergebnis der Prüfung von Alternativen vor Anwendung einer FeM sowie Prozess und Ergebnis der Auswahl der anzuwendenden Maßnahme werden dokumentiert.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Für jede genehmigungspflichtige FeM liegt eine richterliche Genehmigung vor.

Die Genehmigung kann entfallen bei rechtfertigendem Notstand gemäß § 34 StGB und bei Maßnahmen, die nicht als Freiheitseinschränkung gewertet werden.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 5 Bei FeM, die von der Bewohnerin / dem Bewohner gewünscht werden, ist die Einwilligung der Bewohnerin / des Bewohners dokumentiert. Sie/er muss einwilligungsfähig sein.

Die Einwilligung wird fortlaufend aktualisiert (ca. alle 3 Monate).

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 6 Die FeM wird der Genehmigung bzw. Einwilligung entsprechend vorgenommen (Art der Maßnahme und zeitlicher Umfang der Anwendung).

Ausnahme: Rechtfertigender Notstand (s. o.)

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 7 FeM werden fachgerecht und unter Berücksichtigung möglicher Gefahren für die Bewohnerin / den Bewohner durchgeführt.

Z. B. Vermeidung von Hautverletzungen durch richtige Anwendung von Fixiergurten, Vermeidung von Kontrakturen bei Fixierung im Stuhl / Rollstuhl (angemessene Zeitspanne der Fixierung, richtiges Anlegen des Gurtes, Einplanen von Mobilisationsmöglichkeiten etc.)

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 8 Die Notwendigkeit von FeM wird entsprechend der individuellen Situation überprüft. Prozess und Ergebnis der Überprüfung sind dokumentiert. FeM werden beendet, wenn ihre Voraussetzungen entfallen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 9 Die Anwendung von FeM im Notfall oder im Zeitraum zwischen Beantragung und richterlicher Genehmigung ist nachvollziehbar dokumentiert (Art der Maßnahme, zeitlicher Umfang).

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 10 Bei Anwendung von körpernahen FeM (insbesondere im Bett) ist geregelt, wann / wie oft die Bewohnerin / der Bewohner aufgesucht wird. Planung und Durchführung der Kontrollbesuche sind dokumentiert.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

14.2 Bewohnerinnen / Bewohner geschlossener Wohnbereiche verfügen über ihren Bedürfnissen entsprechende Aufenthalts- und Bewegungsmöglichkeiten und das Angebot einer Tagesstruktur.

Unterbringungsbeschluss gemäß § 1906 BGB

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

14.3 Es werden bauliche und ausstattungsbezogene Barrieren vermieden, die Freiheits Einschränkungen bewirken.

Z. B. Stark spiegelnder Boden, sehr niedrige Sitzmöbel

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



15.1 Liegt für jede Bewohnerin / jeden Bewohner eine aussagekräftige Informationssammlung vor?

Je nach eingesetztem Dokumentationssystem können die Informationen in verschiedenen Formularen festgehalten sein. Der Aufbau des Dokumentationssystems und die Platzierung des Eintrags innerhalb des Systems sind der Einrichtung überlassen.

Die Informationssammlung beinhaltet mindestens Aussagen zu folgenden Aspekten:

- Stamm-/Grunddaten (wie Personalien, Angehörige / rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, Leistungsträger etc.)
 Ja Nein
- Angaben zu körperlichen, sensorischen, psychischen und emotionalen Einschränkungen sowie Selbstversorgungsdefiziten
 Ja Nein
- Relevante medizinische Daten (z.B. Diagnosen, Angaben zu Allergien/ Unverträglichkeiten)
 Ja Nein
- Angaben zu Fähigkeiten, Ressourcen, Kompetenzen, vorhandenen Hilfsmitteln
 Ja Nein
- Betreuungsrelevante biographische Daten einschl. Angaben zu Vorlieben, Abneigungen, Bedürfnissen, Wünschen
 Ja Nein
- Informationen aus der Hilfeplanung des Sozialhilfeträgers
 Ja Nein
- Relevante Risiken und besondere Hilfe-/ Betreuungssituationen.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

15.2 Sind die Begründung für die Teilhabebeeinträchtigung(en) und die Ziele der Leistung dargestellt?

1 Die Teilhabebeeinträchtigungen sind aussagekräftig dargestellt.

Alle Inhalte sind Bestandteil der Maßnahmenplanung.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

2 Die Ziele sind dokumentiert.

Sie sind spezifisch, messbar, angemessen, realistisch beschrieben und terminiert. Sie berücksichtigen die individuellen Fähigkeiten, Ressourcen, Kompetenzen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

3 Die Bewohnerin / der Bewohner ist – soweit möglich – in die Zielfindung einbezogen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

15.3 Sind die notwendigen Betreuungsmaßnahmen dargestellt?

1 Die relevanten Betreuungsmaßnahmen sind aussagekräftig dargestellt.

Alle Inhalte sind Bestandteil der Maßnahmenplanung. Die Maßnahmenbeschreibung sollte sich in der Regel an folgenden Fragen orientieren: Was wird wie, evtl. womit, wann bzw. wie häufig, evtl. durch wen durchgeführt?

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

2 Die Maßnahmen beziehen die individuellen Fähigkeiten, Ressourcen, Kompetenzen, Bedürfnisse, Wünsche ein.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

3 Die Maßnahmen beziehen sich auf den individuell festgestellten Bedarf.

Relevante Leistungsbereiche sind z. B. alltägliche Lebensführung (einschließlich Finanzen), individuelle Basisversorgung, soziale Beziehungen, kulturelles/ gesellschaftliches Leben, Kommunikation, Orientierung, emotionale/ psychische Entwicklung, Gesundheitsförderung/-erhaltung, Arbeit und Beschäftigung.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

4 Es ist ausgewiesen, wenn Externe an der Versorgung beteiligt sind (z.B. Angehörige, externe Therapeutinnen / Therapeuten).

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

5 Die Bewohnerin / der Bewohner ist – soweit möglich – in die Maßnahmenplanung einbezogen bzw. sie ist ihr/ihm zumindest bekannt und zugänglich.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

15.4 Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen nachgewiesen?

1 Der Durchführungsnachweis umfasst alle relevanten Leistungsbereiche.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

2 Die Durchführung der Maßnahmen wird angemessen dokumentiert.

Der Nachweis erfolgt in einer inhaltlich geeigneten und zeitsparenden Form.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

15.5 Werden die Wirkung der Betreuungsmaßnahmen und der Verlauf von Betreuung beurteilt?

-  1 Die **Betreuungsplanung wird angemessen häufig evaluiert und fortgeschrieben.**
- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

-  2 **Regelungen zur Evaluation sind in Form einer Verfahrensanweisung, eines Standards o.ä. dokumentiert und sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.**
- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

-  3 **Die Ergebnisse der Evaluation/Fortschreibung sind in geeigneter Weise dokumentiert.**
- Geeignet ist die Darstellung, wenn sie für fachkundige Außenstehende nachvollziehbar ist.
- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

15.6 Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Dokumentationssystem erfasst werden?

-  Das Kriterium zielt auf die Frage ab, ob Formulare im manuellen Dokumentationssystem bzw. Entsprechungen in der EDV-Dokumentation vorhanden sind, in die die entsprechenden Informationen eingetragen werden können.
- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

15.7 Ist bei einer computergestützten Dokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglich?

-  1 **Die Zugriffsrechte für alle an der Versorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind eindeutig geregelt.**
- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

-  2 **Die Eintragungen können den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugeordnet werden.**
- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

-  3 **Nachträgliche Eintragungen / Änderungen sind als solche gekennzeichnet.**
- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



16.1 Wird mit relevanten gesundheitlichen Risiken angemessen umgegangen?

Z. B. Kontrakturgefahr/Kontrakturen, Schmerzen, fremd- / selbstgefährdendes Verhalten, Suchterkrankung

1 Die bestehenden individuellen Risiken sind erfasst.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

2 Die Einschätzung der Risiken wird angemessen häufig wiederholt.

Zur angemessenen Häufigkeit: siehe Kriterium 3

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

3 Die Häufigkeit der Einschätzung ist in Form einer Verfahrensweisung, eines Standards o.ä. geregelt und ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.

Die Angemessenheit der Häufigkeit hängt vom jeweiligen Risiko und dem Risikograd ab. Die Festlegung muss individuell unter fachlichen Gesichtspunkten erfolgen (Festlegung eines pauschalen Turnus ist nicht möglich / nicht sinnvoll).

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

S 4 In die Einschätzung der Risiken sind die Bewohnerin / der Bewohner selbst sowie evtl. weitere relevante Personen einbezogen.

Z. B. Angehörige, rechtliche Betreuerin / rechtlicher Betreuer

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

S 5 Die Einschätzung ist unter den Beteiligten abgestimmt.

Z. B. Abstimmung zwischen Wohnheim und Werkstatt

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

6 Für die relevanten Risiken sind geeignete Maßnahmen geplant.

Die Eignung der (ggf. auch präventiven) Maßnahmen muss wegen der Vielzahl von möglichen Maßnahmen für den konkreten Einzelfall geprüft werden.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

7 In die Maßnahmenplanung sind die Bewohnerin / der Bewohner sowie evtl. weitere relevante Personen (z.B. Angehörige, rechtliche Betreuerin / rechtlicher Betreuer) einbezogen.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

8 Der Maßnahmenplan ist unter den Beteiligten abgestimmt.



Siehe Kriterium 5

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

2 Bei Selbstpflagedefiziten wird Unterstützung angeboten.



- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

9 Die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen wird nachgewiesen.



Hinweis: Wenn Lücken vorhanden sind, werden diese nachvollziehbar erklärt.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

16.3 Wird mit Krisen/Notfallsituationen angemessen umgegangen?



1 Der Umgang mit Krisen / Notfallsituationen / Erste-Hilfe-Maßnahmen ist geregelt. Die Regelungen sind in Form von Verfahrensanweisungen, Standards o. ä. dokumentiert und sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

16.2 Wird mit besonderen Problemen in den Bereichen „Körperpflege“ und „Sich Kleiden“ angemessen umgegangen?



1 Die Bewohnerin / der Bewohner macht einen ausreichend gepflegten Eindruck unter Abwägung von Selbstbestimmungsrechten, Bedürfnissen der Bewohnerin / des Bewohners und Gefahrenabwehr.

Dies bezieht sich auf den Zustand von

- Haut
- Haaren
- Fuß- und Fingernägeln
- Zähnen und Mundschleimhaut
- Kleidung.

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



2 Die Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter werden regelmäßig geschult bezüglich

- der Fähigkeit zur Einschätzung, ob es sich um eine Krise bzw. Notfall-/Erste-Hilfe-Situation handelt
 Ja Nein
- des Umgangs mit relevanten Krisen/Notfallsituationen / des Ausführens von Erste-Hilfe-Maßnahmen.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



§ 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 6 SbstG

& Wird die Arzneimittelversorgung für die Bewohnerinnen und Bewohner von der Einrichtung übernommen?

Ja Nein

... Wenn „Nein“, weiter mit Kapitel 18

17.1 Sind die ärztlichen Verordnungen korrekt dokumentiert?

& 1 Alle relevanten Angaben zum Arzneimittel sind dokumentiert.

- Für Dauermedikation: Medikamentenname, evtl. Stärke, Verabreichungsform, Zeitpunkt/Häufigkeit der Vergabe/Anwendung, Dosis pro Verabreichungszeitpunkt
 Ja Nein
- Für Bedarfsmedikation zusätzlich/statt dessen: Indikation, Einzeldosis, maximale Dosis in 24 Stunden
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Das Verordnungsdatum ist dokumentiert.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Die Einrichtung kann belegen, dass eine Verordnung der Ärztin / des Arztes vorliegt.

Z. B. Formular der Arztpraxis, das der Einrichtung in Kopie vorliegt oder bei telefonischer Verordnung notiert die entgegen nehmende Pflegefachkraft die Verordnung, liest sie der Ärztin / dem Arzt vor, lässt sie sich bestätigen und zeichnet sie ab.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Das Absetzdatum ist dokumentiert.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 5 Die Einrichtung kann nachweisen, wenn / dass ein Medikament / eine ärztliche Maßnahme von der Ärztin / dem Arzt abgesetzt wurde.

Zum Nachweis siehe Anmerkung zu den Kriterien 3

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 6 Sind mehrere, ggf. räumlich getrennte Leistungsbereiche in die Arzneimittelversorgung einbezogen, verfügen die einzelnen Leistungsbereiche über identische und aktuelle schriftliche Informationen zu den ärztlichen Verordnungen.

Z. B. Eingliederungshilfe: Wohnheim und Werkstatt, Stationäre Altenpflege: Wohnbereich und Tagesbetreuungsgruppe

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

17.2 Ist die Zusammenarbeit mit der Apotheke eindeutig geregelt?

- &** 1 Es besteht ein genehmigter Vertrag zwischen Einrichtung und beliefernder Apotheke, in dem die Zusammenarbeit beider und insbesondere die von der Apotheke zu erbringenden Leistungen (Belieferung, Kontrolle der Aufbewahrung, Entsorgung, Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) geregelt sind.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

- &** 2 Bewohnerinnen und Bewohner, die dies wünschen, können trotz des Vertrags mit einer Lieferapotheke ihre Apotheke frei wählen. Sie organisieren die Arzneimittelbeschaffung selbst.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

- &** 3 Bei Verblisterung durch die Apotheke ist definiert

- welche Arzneimittel verblister werden
 Ja Nein T.n.z.
- welche Aufgaben Apotheke und Einrichtung übernehmen
 Ja Nein T.n.z.
- wie die Zusammenarbeit organisiert ist.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

17.3 Werden die Arzneimittel ordnungsgemäß und bewohnerinnen- und bewohnerbezogen gelagert?

- &** 1 Alle Arzneimittel sind mit Vor- und Nachnamen der Bewohnerin / des Bewohners versehen und werden bewohnerinnen- und bewohnerbezogen gelagert.

Es existiert kein Depot mit nicht bewohnerinnen- und bewohnerbezogen gekennzeichneten Arzneimitteln.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- &** 2 Alle Arzneimittel sind vor dem Zugriff Unbefugter geschützt. Arzneimittelschränke und/oder Dienstzimmer sind verschlossen.

Beispiel zur Begründung von „oder“: Pflegefachkraft richtet Arzneimittel auf der Arbeitsplatte des Medikamentschranks und muss zwingend selbst auf Bewohnerruf außerhalb des Dienstzimmers reagieren. Schrank mit vorbereiteten Utensilien bleibt kurzfristig geöffnet, Tür des Dienstzimmers ist verschlossen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- &** 3 Das Verfallsdatum der Arzneimittel ist nicht überschritten.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Bei angebrochenen Mehrdosisbehältnissen ist die Aufbrauchfrist nicht überschritten.

Z. B. Tropfenflaschen, Insulinampullen, Salbentuben
Aufbrauchfrist: Zeitpunkt, ab dem Arzneimittel,
die nach Anbruch nur noch begrenzt haltbar sind,
nicht mehr verwendet werden dürfen.

Ja Nein T.n.z.

Bei Anbruch werden Anbruchdatum
und Aufbrauchfrist vermerkt.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 5 Kühl zu lagernde Arzneimittel werden permanent bei +2° bis +8° in einem separaten Kühlschrank oder -fach gelagert.

Empfehlenswert ist eine wöchentliche Kontrolle
mit Dokumentation der abgelesenen Temperatur.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

17.4 Werden die Arzneimittel fachgerecht vorbereitet?

& 1 Das Vorbereiten von Arzneimitteln erfolgt durch geeignete Personen.

Erfolgt das Vorbereiten / Verabreichen nicht durch Pflegefachkräfte, verantwortet die Pflegeleitung (stationäre Altenhilfe) bzw. die Wohnheimleitung (Eingliederungshilfe) die Auswahl geeigneter Personen. Diese werden theoretisch und praktisch geschult. Die fachgerechte Umsetzung wird in regelmäßigen Abständen geprüft. Auswahl und Schulung sind dokumentiert. Schulung und Nachweis werden jährlich erneuert.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Die vorbereiteten Arzneimittel stimmen mit der im Medikamentenblatt dokumentierten ärztlichen Verordnung überein.

Blister sind mit Angaben zum Inhalt versehen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Arzneimittel, die nicht über einen längeren Zeitraum hinweg Luft bzw. Licht ausgesetzt sein dürfen, werden unmittelbar vor ihrer Vergabe vorbereitet. (Betrifft insbesondere Brausetabletten und viele flüssige orale Arzneimittel.)

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 4 Verbringt die Bewohnerin / der Bewohner tagsüber eine Zeit in einem anderen Teilbereich der Einrichtung bzw. in einer anderen Einrichtung, werden ihr/ihm die vorbereiteten Arzneimittel mitgegeben.

Ja Nein T.n.z.

Die mitgegebenen Arzneimittel können eindeutig identifiziert werden (Beschriftung mit Namen / Vornamen der Bewohnerin / des Bewohners, Medikamentennamen, evtl. Stärke, evtl. Anzahl / Dosis).

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

17.5 Werden die Arzneimittel fachgerecht verabreicht?

& 1 Das Vergeben von Arzneimitteln erfolgt durch geeignete Personen.

Siehe 17.4.1

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Die Verabreichungsvorschriften werden eingehalten.

Zu beachten sind z. B.

- die Einhaltung der Verabreichungszeiten, insbesondere bei von den Essenszeiten abweichenden Zeiten
- bei Insulin, soweit festgelegt, der zeitliche Abstand zwischen Insulinvergabe und Mahlzeiteinnahme

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

17.6 Werden bei der Arzneimittelversorgung die hygienischen Anforderungen erfüllt?

& Medikamentenschrank, Medikamentenkühlschrank bzw. -fach, die bewohnerinnen- und bewohnerbezogenen Aufbewahrungsbehältnisse sowie alle Behältnisse, in denen Arzneimittel vorbereitet werden, sind in einem sauberen Zustand.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

17.7 Werden in der Einrichtung Betäubungsmittel (Btm) angewendet/verabreicht?

& Ja Nein

... Wenn „Nein“, weiter mit Kapitel 18

17.8 Wird mit Btm fachgerecht umgegangen?

& 1 Btm werden in einem gesonderten abschließbaren Fach/Schrank aufbewahrt.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Die Verabreichungsvorschriften (insbesondere Einhaltung der Vergabezeiten) werden eingehalten.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 3 Zugang und Verbrauch bzw. Abgang/ Rückgabe sind in Btm-Büchern o. -Formular nachvollziehbar und dokumentenecht nachgewiesen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Der vorhandene Bestand stimmt mit dem dokumentierten Bestand überein.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



18.1 Verpflegung

1 Ist das Verpflegungsangebot bedarfsgerecht?

& 1.1 Das Regelangebot umfasst Vollkost und leichte Vollkost.

Hinweis: Bei Eigenherstellung der Tagesverpflegung in Hausgemeinschaften, Wohngruppen und kleinen Einrichtungen orientiert sich das Angebot auch am aktuellen Bedarf/den aktuellen Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohnern.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 1.2 Bei Bedarf erhalten Bewohnerinnen und Bewohner Diät-, Sonder- oder Wunschkost.

Hinweis: Entsprechend VO oder Pflegesituation

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 1.3 Kulturell, weltanschaulich oder religiös bedingte Ernährungsgewohnheiten von Bewohnerinnen und Bewohnern werden berücksichtigt.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 1.4 Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz oder der Gefahr der Unterernährung erhalten bei Bedarf angereicherte Speisen / Zusatznahrung.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

2 Erfolgt eine bedarfsgerechte Getränkeversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner?

& 2.1 Warm- und Kaltgetränke stehen ständig zur Verfügung und sind für die Bewohnerinnen und Bewohner erreichbar bzw. können angefordert werden.

Z. B. Kaffee, Tee, Milch, Mineralwasser

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2.2 Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird darüber hinaus der Zukauf von nicht im Regelangebot enthaltenen Getränken ermöglicht.

Z.B. Säfte

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



3 Ist das Speisen- und Getränkeangebot attraktiv?



Das Speisen- und Getränkeangebot

- ist abwechslungsreich und vielseitig
 Ja Nein
- berücksichtigt die Jahreszeit und die Wetterbedingungen
 Ja Nein
- berücksichtigt regionale Essgewohnheiten
 Ja Nein
- berücksichtigt Vorlieben der Bewohnerinnen und Bewohner
 Ja Nein
- ist bei Eigenherstellung in der Hausgemeinschaft / Wohngruppe durch die Bewohnerinnen und Bewohner gestaltbar.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



4 Werden den Bewohnerinnen und Bewohnern Wahlmöglichkeiten angeboten?



Bei jeder Mahlzeit besteht die Möglichkeit, aus einem Angebot Speisen und Getränke auszuwählen.

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:



5 Entspricht das Mahlzeitenangebot den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner?

- Es werden drei Hauptmahlzeiten sowie Nachmittagskaffee angeboten.
 Ja Nein
- Es werden weitere Zwischenmahlzeiten angeboten.
Z. B. Frühkaffee, Zwischenmahlzeit am Vormittag, Spätmahlzeit. Spätmahlzeit und Frühkaffee dienen der Verkürzung nächtlicher Nahrungskarenzen. Sie werden dem individuellen Schlaf-/ Wachrhythmus der Bewohnerinnen / Bewohner entsprechend angeboten.
 Ja Nein
- Für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz / mit der Gefahr der Unterernährung ist Zwischenverpflegung ständig (auch nachts) verfügbar.
Z. B. Obst, Snacks, hochkalorische Trinknahrung
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

6 Entsprechen die Angebotszeiten den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner?



6.1 Die Lage der Hauptmahlzeiten und des Nachmittagskaffees orientiert sich an Gewohnheiten, Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner.

- Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

-  **6.2 Es werden Zeitkorridore angeboten, innerhalb derer die Bewohnerinnen und Bewohner die Essenszeit wählen und ihre Mahlzeit ohne Zeitdruck einnehmen können.**

Empfehlung: Frühstück nicht weniger als zwei Stunden, Mittagessen und Abendessen nicht weniger als jeweils eine Stunde

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

- 7 Entsprechen das Mahlzeitenangebot und die Essenszeiten den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner?**

-  **7.1 Das Regelangebot umfasst drei Hauptmahlzeiten und Nachmittagskaffee.**

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

-  **7.2 Art, Anzahl und zeitliche Lage der Mahlzeiten sind haus- bzw. gruppenbezogen gestaltbar.**

Z. B. Brunch am Wochenende anstelle von Frühstück und Mittagessen

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

-  **7.3 Die Lage der Mahlzeiten orientiert sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie an der Tagesstrukturierung in den Wohngruppen.**

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

-  **8 Werden die Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend ihren Fähigkeiten, ihren Wünschen und dem Leistungsangebot der Einrichtung bei den Verpflegungsaufgaben mit einbezogen?**

-  **8.1 Die Bewohnerinnen und Bewohner haben entsprechend dem Betreuungskonzept Zugang zu den Küchen- und Lagerräumen der Wohngruppe.**

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

-  **8.2 Die Bewohnerinnen und Bewohner können sich an der Vor- und Zubereitung der Mahlzeiten beteiligen bzw. Aufgaben selbst übernehmen.**

In der Gruppenküche

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

-  **8.3 Die Bewohnerinnen und Bewohner können sich an vor- und/oder nachbereitenden Aufgaben im Rahmen der Speisen- und Getränkeversorgung beteiligen bzw. Einzelaufgaben selbst übernehmen.**

Z. B. Einkaufen von Lebensmitteln, Eindecken/Abräumen des Tisches, Geschirrspülen

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

9 Erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner in dem gewünschten bzw. erforderlichen Umfang Unterstützung bei der Übernahme von Verpflegungsaufgaben?

9.1 Eine Ansprechpartnerin / ein Ansprechpartner steht zur Verfügung.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

9.2 Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten die notwendige/gewünschte Anleitung bzw. Begleitung bei der Übernahme von Aufgaben.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

10 Orientiert sich die Darbietung der Speisen und Getränke an den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner?

10.1 Art der Mahlzeitenpräsentation und Grad der Speisenvorbereitung dienen dem Erhalt der Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner.

Z. B.

- begleitete Buffetsysteme, gegebenenfalls mobile Buffets
- Schüssel- oder Plattenservice
- das Zerteilen, Zerkleinern der Speisen erfolgt nach individuellem Bedarf

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

10.2 Die Präsentationsformen für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz sind bedarfsgerecht.

Z.B. Fingerfood

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

10.3 Die Bewohnerinnen und Bewohner wählen die Portionsgrößen selbst. Auf Wunsch werden Speisen/Getränke nachgereicht.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

11 Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen und Bewohner bedarfsgerechter und angenehmer Atmosphäre angeboten?

11.1 Der Ort der Mahlzeiteneinnahme kann grundsätzlich gewählt werden.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

11.2 Die Möblierung ist bedarfsgerecht.

Z. B. ausreichende Tischgröße, Stühle standfest, Armlehnen

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 11.3 Der Tisch ist sorgfältig und ansprechend gedeckt.

Z. B. intakte, zusammenpassende Geschirrtteile, vollständiger Geschirr- und Bestecksatz, saubere Tischoberfläche, Sets oder Tischdecke

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

🏠 11.4 Für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz ist der Tisch in der für sie geeigneten Form gedeckt.

Z. B. Geschirr ohne auffälliges, verwirrendes Dekor, Trinkgefäße so, dass der Inhalt gut erkennbar ist

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

🏠 11.5 In den Essräumen werden störende Nebengeräusche vermieden.

S Z. B. Keine Betriebsgeräusche (Spülmaschine, Dunstabzugshaube), als störend empfundene Radio-/Fernsehbegleitung

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

11.6 Raumtemperatur und -beleuchtung sind angemessen.

& Momentaufnahme bei Begehung der Einrichtung:
Allgemeine Empfehlung für Wohnräume: 20–22°C,
Beleuchtung blendfrei, tageslichtweiß

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

12 Werden die Mahlzeiten bedarfsgerecht begleitet?

& 12.1 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen über den gesamten Mahlzeitenverlauf für Serviceleistungen / Unterstützung zur Verfügung

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 12.2 Hilfsmittel zum selbständigen Essen werden bei Bedarf angeboten.

Z. B. rutschfeste Unterlage, Spezialbesteck

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

18.2 Hausreinigung

- &** Bei der letzten Prüfung erfolgte keine Beratung und keine Anordnung zu festgestellten Mängeln nach §§ 22 und 23 SbStG
und
- seit der letzten Prüfung haben sich keine nach § 15 SbStG anzeigepflichtigen Veränderungen ergeben
und
- der Gesamteindruck in Bezug auf Sauberkeit und Hygiene gut ist.

... Wenn **alle drei** Aussagen zutreffen, **kann** die Prüfung mit Punkt **18.2.3** fortgesetzt werden.

& 1 Arbeitet die Einrichtung mit festgelegten Reinigungsverfahren und -intervallen?

Es liegen schriftliche Informationen vor

- zum angewandten Reinigungsverfahren
 Ja Nein
- zum Einsatz von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln
 Ja Nein
- zu Art und Umfang der Reinigungsleistungen in den verschiedenen Raumgruppen
 Ja Nein
- zu Reinigungstagen und -zeiten.
 Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 2 Werden die Bewohnerinnen und Bewohner in geeigneter Weise über die Reinigung ihres Zimmers informiert?

Den Bewohnerinnen und Bewohnern stehen verständliche Informationen zur Zimmerreinigung zur Verfügung. Sie umfassen Angaben

- zum Umfang der Reinigungsleistungen
 Ja Nein T.n.z.
- zur Häufigkeit der Reinigung
 Ja Nein T.n.z.
- zu den Reinigungszeiten.
 Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

3 Sind Reinigungs- und Desinfektionsmittel vor dem Zugriff von Bewohnerinnen und Bewohnern z. B. mit Demenz bzw. anderen Gefährdungspotenzialen geschützt?

& 3.1 Reinigungs- und Desinfektionsmittel werden in abgeschlossenen Räumen / Schränken aufbewahrt.

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 3.2 Während der Reinigung mitgeführte Wagen mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln werden von der Reinigungskraft bei Bedarf entsprechend gesichert.

- Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

4 Können die Bewohnerinnen und Bewohner die Zimmerreinigung in dem ihnen möglichen Umfang selbst übernehmen?

 4.1 Die Bewohnerin / der Bewohner hat Zugriff auf Reinigungsmittel und -geräte zur Zimmerreinigung.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

 4.2 Die Bewohnerin / der Bewohner erhält die erforderliche bzw. gewünschte Hilfestellung bei der Durchführung.

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

18.3 Wäscheversorgung

 Bietet die Einrichtung eine Wäscheversorgung an?

Ja Nein

 Wenn „Nein“, weiter mit Kapitel 19

 1 Erlaubt das System der Wäscheversorgung, dass die Bewohnerinnen und Bewohner die von ihnen bevorzugte Kleidung tragen können?

Stärkung der Selbstbestimmung in Bezug auf den persönlichen Kleidungsstil

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

 2 Können die Bewohnerinnen und Bewohner die Wäschepflege in dem ihnen jeweils möglichen bzw. von ihnen gewünschten Umfang selbst übernehmen?

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

 3 Erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner in dem gewünschten bzw. erforderlichen Umfang die entsprechende Unterstützung?

Z. B. durch Benennung einer Ansprechpartnerin / eines Ansprechpartners, zur Verfügung stellen leicht verständlicher Bedienungshinweise

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 4 Werden die bewohnerinnen- /bewohner-eigene Oberbekleidung und Wäsche angemessen gepflegt?

Die Bewohnerin / der Bewohner erhält die zum Waschen gegebenen Teile

- zeitnah
- vollständig
- unbeschädigt zurück.

Empfehlung: Abgabe und Rücklauf 1x /Woche,

Umlaufzeit 10 Tage

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 5 Verfügen die Bewohnerinnen und Bewohner jederzeit über saubere Bett- und Frottierwäsche?

Ja Nein T.n.z.

Ggf. Erläuterung:

& 6 Ist die persönliche Kleidung/ Wäsche den Bewohnerinnen und Bewohnern klar zugeordnet?

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 7 Werden die Bewohnerinnen und Bewohner in geeigneter Weise über die Wäscheversorgung informiert?

& 7.1 Den Bewohnerinnen und Bewohnern stehen schriftliche Informationen zur Wäscheversorgung in verständlicher Sprache zur Verfügung.

Z. B. über: Laufzeiten, Abgabe-/ Rücklauf von Oberbekleidung, Entsorgung, kostenpflichtige Zusatzleistungen, Leistungsgrenzen, Entsorgung von Wäsche und Bekleidung

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:

& 8 Ist die Durchführung von Ausbesserungs- und Änderungsarbeiten an der Kleidung der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt?

Die Einrichtung deckt solche Leistung ggf. als kostenpflichtige Zusatzleistungen ab oder vermittelt entsprechende Leistungen.

Ja Nein

Ggf. Erläuterung:



Erläuterung:

- **Beratungsgespräche** der Aufsichtsbehörde in der Einrichtung im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung **ohne schriftliche Fixierung der Empfehlungen** haben **keinen bindenden Charakter** für die Einrichtungen und bleiben bei der Bewertung von Stärken und Schwächen unberücksichtigt.
- Eine **Stärke** liegt vor, wenn **Anforderungen dieser Prüfrichtlinie** in den Bereichen Vernetzung, Grundrechte, Gesundheit gefährdende Situationen (EgH) und Verpflegung bei 50 % und mehr der Stärkenfragen /Stärkenkriterien von der Einrichtung erfüllt werden.

Eine **deutliche Stärke** liegt vor, wenn von der Einrichtung nachgewiesen wird, dass jeweils alle in den Bereichen Vernetzung, Grundrechte, Gesundheit gefährdende Situationen (EgH) und Verpflegung genannten S-Fragen erfüllt werden.

- Eine **Schwäche** liegt vor, wenn eine Anforderung bei den Pflichtfragen nicht durch einfache Beratung und kurzfristig erfüllt werden kann. Es erfolgt eine **schriftliche Festsetzung der Veränderungsnotwendigkeiten mit Fristsetzung**.

Eine **erhebliche Schwäche** liegt vor, wenn bei Pflichtfragen eine **Anordnung mit Fristsetzung**, ein **Beschäftigungsverbot**, **kommissarische Leitung** oder eine **Untersagung** erfolgt.

3 Konzeption und Qualitätsmanagement

- Prüfung vollständig Prüfung verkürzt



Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja Nein

Erläuterung:

4 Aufbauorganisation

- Geprüft Nicht geprüft



Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja (Wenn nicht geprüft: Erläuterung)
 Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

5 Personalstruktur und -qualifizierung

- Geprüft Nicht geprüft



Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja (Wenn nicht geprüft: Erläuterung)
 Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

6 Personaleinsatz

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.



- Ja Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

7 Finanzen

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.



- Ja Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

8 Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja
- Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

Die Einrichtung verfügt über Stärken im Bereich „Vernetzung, Teilhabe und soziale Betreuung“.

- Ja (Erläuterung)
- Nein

Erläuterung:

9 Wahrung der Grundrechte

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja
- Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

Die Einrichtung verfügt über Stärken im Bereich „Wahrung der Grundrechte“ und „Personaleinsatz“ (siehe 6.2.2 und 6.2.4).

- Ja (Erläuterung)
- Nein

Erläuterung:

10 Informationspflichten

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja
- Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

11 Mitwirkung und Mitbestimmung

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja
- Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

12 Beschwerdemanagement

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja
- Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

13 Wohnqualität der Einrichtung

- Geprüft
- Nicht geprüft

&

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja (Wenn nicht geprüft: Erläuterung)
- Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

14 Die Freiheit einschränkende Maßnahmen

- Geprüft
- Nicht geprüft, da nicht zutreffend

&

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

- Ja
- Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

15 Prozessqualität

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

Ja Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

16 Umgang mit die Gesundheit gefährdenden Situationen

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

Ja Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

Die Einrichtung verfügt über Stärken im Bereich „Umgang mit die Gesundheit gefährdenden Situationen“.

Ja (Erläuterung) Nein

Erläuterung:

17 Arzneimittelversorgung

Geprüft Nicht geprüft, da nicht zutreffend

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

Ja Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

18.1 Verpflegung

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

Ja Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

Die Einrichtung verfügt über Stärken im Bereich „Verpflegung“.

Ja (Erläuterung) Nein

Erläuterung:

18.2 Hausreinigung

Geprüft Nicht geprüft

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

Ja (Wenn nicht geprüft: Erläuterung)

Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

18.3 Wäscheversorgung

Geprüft Nicht geprüft

Die Einrichtung erfüllt die Anforderungen der Pflichtfragen der Prüfrichtlinie.

Ja (Wenn nicht geprüft: Erläuterung)

Nein (Erläuterung)

Erläuterung:

Gesamtergebnis der Prüfung**Allgemeine Feststellungen:**

Stärken der Einrichtung:Prüfbereich:

Erläuterung:

Prüfbereich:

Erläuterung:

Prüfbereich:

Erläuterung:

Schwächen der Einrichtung:Prüfbereich:

Folgerung:

Fristsetzung:

Prüfbereich:

Folgerung:

Fristsetzung:

Prüfbereich:

Folgerung:

Fristsetzung:



Erforderliche Unterlagen im Rahmen der Prüfung nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG)

§ 20 Abs. 3 SbStG

Lfd. Nr.	Bezeichnung	E	M	G	Liegt vor		
					Ja	Teilweise ¹⁾	Nein ¹⁾
& 1.	Organigramm der Einrichtung (§ 20 Abs. 1 Satz 4 SbStG)						
& 2.	Raumverzeichnis mit 1. Ausweichzimmern 2. Raumnummern/-bezeichnungen 3. Namen der Bewohnerinnen und Bewohner (§ 13 Abs. 1 Nr. 3 SbStG; § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SbStG; §§ 2-7 SbStG -DVO; HeimMindBauV)						
& 3.	Personalbestandsliste 1. Vor- und Nachname 2. Qualifikation 3. Beschäftigungsumfang 4. Besonderheiten (§ 20 Abs. 1 Satz 4 SbStG)						
& 4.	Aktuelle Stellenbeschreibungen für die Bereiche • Allgemeine Betreuung • Pflegerische Betreuung • Soziale Betreuung und • Nichtfachkräfte (§ 20 Abs. 1 Satz 4 SbStG)						
¹⁾ Erläuterung							

Lfd. Nr.	Bezeichnung	E	M	G	Liegt vor		
					Ja	Teilweise ¹⁾	Nein ¹⁾
& 5.	Handzeichenliste der Beschäftigten für jeden Wohnbereich (§ 20 Abs. 1 Satz 4 SbStG)						
& 6.	Dienstpläne 1. Soziale Betreuung 2. Pflege a. Je Wohnbereich b. Nachtwache 3. Hauswirtschaft (§ 20 Abs. 1 Satz 4 SbStG)						
& 7.	Muster-Wohn- und Betreuungsvertrag in der aktuell gültigen Fassung (§ 14 Abs. 2 Nr. 3 und 5 SbStG)						
+ 8.	Informationssammlungen für Bewohnerinnen und Bewohner Leistungsvereinbarung als Anlage, aus welcher die Anzahl der Leistungstypen und Hilfebedarfszuordnungen hervorgeht (Das Konzept nach § 13 Abs. 1 Nr. 5 SbStG)						
& 9.	Auflistung der Bewohnerbeiratsmitglieder bzw. Bewohnerfürsprecherinnen oder Bewohnerfürsprecher oder des Ersatzgremiums 1. Nachname, Vorname 2. Funktion (§ 16 SbStG)						
¹⁾ Erläuterung							

Lfd. Nr.	Bezeichnung	E	M	G	Liegt vor		
					Ja	Teilweise ¹⁾	Nein ¹⁾
10.	Dokumentation des Qualitätsmanagements <ul style="list-style-type: none"> Qualitätsziele, Zuständigkeit, Maßnahmen, Verfahrensanweisungen, Kernprozesse 						
	<ul style="list-style-type: none"> Bei Betreuungseinrichtungen mit pflegerischer Betreuung: aktuelle Pflegedokumentationen 						
	<ul style="list-style-type: none"> Bei Betreuungseinrichtungen der Eingliederungshilfe: aktuelle individuelle Förder- und Hilfepläne (§ 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SbstG)						
11.	Liste der Bewohnerinnen und Bewohner Name						
	Geburtsdatum						
	Pflegestufe						
	Wohnbereich						
12.	Beschwerdeverfahrensregelung und aktuelle Beschwerdefälle als Stichproben						
13.	Standard für das Verfahren bei freiheitsentziehenden Maßnahmen						
14.	Heimkostenabrechnung Stichprobe						
15.	Fortbildungsplan für Pflege-/ Betreuungskräfte						
¹⁾ Erläuterung							

