

## Bewertung der Prüfung nach § 8 Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V) für Einrichtungen nach SGB XI

Angaben zur Einrichtung:

Seniorenpflegeheim "Haus Eldetal"

Lönniestr. 1

19370 Parchim

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Frau Tröschel

Tag der Prüfung:

18.06.2014

Name des Prüfenden:

Frau Wiedecke

Qualitätsbereich	* Anzahl erfüllter Kriterien			Erfüllungsgrad
1. Allgemeine Angaben	6	Kriterien von	* 6	Kriterien erfüllt 100,00%
2. Aufbauorganisation Personal	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt 100,00%
3. Ablauforganisation Dienstpläne/Organisation	0	Kriterien von	2	Kriterien erfüllt t.n.z.
4. Qualitätsmanagement	3	Kriterien von	* 3	Kriterien erfüllt 100,00%
5. Hygiene	4	Kriterien von	4	Kriterien erfüllt 100,00%
7. Verpflegung	8	Kriterien von	* 8	Kriterien erfüllt 100,00%
8. Soziale Betreuung	12	Kriterien von	12	Kriterien erfüllt 100,00%
9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen	0	Kriterium von	* 0	Kriterium erfüllt t.n.z.
10. Wahrung der Selbständigkeit	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt 100,00%
11. Bauliche Mindestanforderungen	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt 100,00%
12. Verwaltete Gelder/Wertsachen	1	Kriterium von	* 1	Kriterium erfüllt 100,00%
13. Spenden	0	Kriterium von	* 0	Kriterium erfüllt t.n.z.
14. Mitwirkung der Bewohnerinnen/Bewohner	2	Kriterien von	* 2	Kriterien erfüllt 100,00%

\* Anzahl der Kriterien ändert sich, wenn ein Bewertungskriterium für die Einrichtung nicht zutrifft

erfüllt 100 % - 90 %	dunkelgrün
überwiegend erfüllt 89 % - 75 %	hellgrün
teilweise erfüllt 74 % - 50 %	orange
nicht erfüllt unter 50 %	rot
trifft nicht zu t.n.z.	keine

**Protokoll der Prüfung nach § 8 Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V)  
für Einrichtungen nach SGB XI**

**1. Allgemeine Angaben**

Ja Nein t.n.z

<b>1.2 •</b>	<b>Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen/Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?</b>			
<b>a. •</b>	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d. •</b>	Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>1.3 •</b>	<b>Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnerinnen/Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:</b>			
<b>a. •</b>	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. •</b>	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. •</b>	Gibt es eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. •</b>	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein t.n.z

**2. Aufbauorganisation Personal**

<b>2.9 •</b>	<b>Erfüllt die Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 EQG MV?</b>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

**3. Ablauforganisation**

<b>3.3 •</b>	<b>Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen/Bewohner adäquat?</b>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

<b>3.4 •</b>	<b>Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?</b>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Qualitätsmanagement**

<b>4.1 •</b>	<b>Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?</b>			
<b>a. •</b>	Fortbildungsplan Pflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b. •</b>	Fortbildungsplan soziale Betreuung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c. •</b>	Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>d. •</b>	bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ja Nein t.n.z

<b>4.3 •</b>	<b>Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?</b>		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

## 5. Hygiene

<b>5.1 •</b>	<b>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)</b>
--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ja Nein

<b>5.2 •</b>	<b>Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?</b>
--------------	-----------------------------------------------------------------------------

Ja Nein

<b>a. •</b>	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut
-------------	------------------------------------------------------------------------------

<b>b. •</b>	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände
-------------	-------------------------------------------------------------------------------

<b>c. •</b>	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft
-------------	---------------------------------------------------------------------------------

## 7. Verpflegung

<b>7.1</b>	<b>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?</b>
------------	------------------------------------------------------------------

Ja Nein

<b>7.2 •</b>	<b>Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b>
--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ja Nein t.n.z.

<b>a.</b>	Wahlmöglichkeiten
-----------	-------------------

<b>b. •</b>	Wird Diätkost angeboten?
-------------	--------------------------

<b>d. •</b>	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz?
-------------	------------------------------------------------------------------------------------

<b>e. •</b>	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen/Bewohner orientiert (z.B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>g. •</b>	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner?
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

<b>7.4 •</b>	<b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b>
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Ja Nein

<b>7.5 •</b>	<b>Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen/Bewohner zuzahlungsfrei statt?</b>
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ja Nein

<b>a.</b>	Bewohnerinnen/Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert
-----------	----------------------------------------------------------------

<b>b. •</b>	Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar
-------------	-------------------------------------------------

<b>c. •</b>	Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar
-------------	-------------------------------------------------

<b>7.7 •</b>	<b>Werden Speisen und Getränke in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?</b>
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ja Nein

## 8. Soziale Betreuung

<b>8.1 •</b>	<b>Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?</b>	Ja	Nein
<b>a. •</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. •</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. •</b>	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. •</b>	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. •</b>	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.2 •</b>	<b>Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohnerinnen/Bewohner ausgerichtet?</b>	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.5 •</b>	<b>Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?</b>	Ja	Nein
<b>a. •</b>	Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. •</b>	für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägl. Angebot zur Tagesstrukturierung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.6 •</b>	<b>Werden diese Angebote den Bewohnerinnen/Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?</b>	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.8 •</b>	<b>Wird die Eingewöhnung der Bewohnerinnen/Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>	Ja	Nein
<b>a. •</b>	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in der Pflegeeinrichtung (z.B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. •</b>	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.9 •</b>	<b>Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?</b>	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

<b>9.3 •</b>	<b>Liegt für jede freiheitsentziehende Maßnahme ein richterlicher Beschluss vor, wenn die Bewohnerin/der Bewohner nicht einwilligungsfähig, aber nicht vollständig immobil ist?</b>	Ja	Nein	t.n.z.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## 10. Wahrung der Selbständigkeit

<b>10.1 •</b>	<b>Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet?</b>	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 11. Bauliche Mindestanforderungen

11.1 • Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt bzw. liegen Ausnahmegenehmigungen bzw. Befreiungen vor?

Ja Nein t.n.z.

### 12. Verwaltete Gelder/ Wertsachen

12.3 • Erfolgt die Barbetragsverwaltung ordnungsgemäß? (Auszahlungsbelege bewohnerbezogen abgeheftet)?

Ja Nein t.n.z.

### 13. Spenden

13.1 • Sind eingegangene Spenden gemäß § 6 Abs.2 Nr.3 EQG M-V angezeigt?

Ja Nein t.n.z.

### 14. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

14.5 • Sind die Entscheidungen und Beschlüsse des Mitwirkungsremiums nachweislich dokumentiert?

14.6 • Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?