

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

Angaben zur Einrichtung:

Schaalsee-Residenz Zarrentin

Gudower Ring 14

19246 Zarrentin

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Frau Schönrock- Einrichtungsleitung

Tag der Prüfung:

22. September 2014

Name des Prüfenden:

Frau Focht- Heimaufsicht Landkreis Ludwigslust- Parchim

| 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 | 1 | Kriterien von | 2 | Kriterien erfüllt | 50,00% |
| 4. Qualitätsmanagement | 4 | Kriterien von | * 4 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 5. Hygiene | 4 | Kriterien von | 4 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten | 3 | | * 3 | | 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 | 1 | Kriterium von | * 1 | Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 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 | 1 | Kriterium von | * 1 | Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 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**

Ja Nein t.n.z

| | | | |
|--------------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 1.2 • | Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen/Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen? | | |
| a. • | 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"/> |
| c. • | Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.3 | Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnerinnen/Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu: | | | |
| a. • | Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. • | Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. • | Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. • | Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ja Nein t.n.z

2. Aufbauorganisation Personal

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

Ja Nein

3. Ablauforganisation

| | | | |
|--------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 3.3 • | Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen/Bewohner adäquat? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 • | Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Ja Nein

4. Qualitätsmanagement

| | | | | |
|--------------|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 4.1 | Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor? | | | |
| a. • | Fortbildungsplan Pflege | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. • | Fortbildungsplan soziale Betreuung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. • | Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. • | bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.5 • | Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Ja Nein t.n.z

Ja Nein

5. Hygiene

| | | | |
|-------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 5.1 • | Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch) | Ja | Nein |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement? | Ja | Nein |
| a. • | innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. • | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. • | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten

| | | | | |
|-------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.4 • | Werden die Medikamente durch Pflegefachkräfte gestellt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 • | Werden die Medikamente grundsätzlich von Pflegefachkräften verabreicht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 • | Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Verpflegung

| | | | | |
|-------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.2 | Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten? | Ja | Nein | t.n.z. |
| a. • | Wird Diätkost angeboten? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. • | Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. • | Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen/Bewohner orientiert ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. • | Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7.4 • | Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden? | Ja | Nein | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7.5 • | Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen/Bewohner zuzahlungsfrei statt? | Ja | Nein | |
| b. • | Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. • | Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7.7 • | Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten? | Ja | Nein | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

8. Soziale Betreuung

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.1 • Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten? | Ja | Nein |
| a. • Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. • Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. • Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. • Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. • Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.2 • Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet? | Ja | Nein |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.8 • Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend? | Ja | Nein |
| a. • Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. • für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägl. Angebot zur Tagesstrukturierung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.9 • Werden diese Angebote den Bewohnerinnen/Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht? | Ja | Nein |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.10 • Wird die Eingewöhnung der Bewohnerinnen/Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet? | Ja | Nein |
| a. • Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. • Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 8.11 • Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung? | Ja | Nein |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

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

10. Wahrung der Selbständigkeit

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 10.1 • Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet? | 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?