

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| Angaben zur Einrichtung: | Ansprechpartner/in in der Einrichtung: |
| Wohnstätte „St.Josef“ | Herr Thees, Frau Schulz |
| Am Schlosspark 15-19 | Tag der Prüfung: |
| 19243 Dreilützow | 12.12.2013 |
| In die Prüfung einbezogene Bewohner | Name des Prüfenden: |
| 5 | Lukas Völsch, Heimaufsicht Landkreis Ludwigslust-Parchim |

| Qualitätsbereich | * Anzahl erfüllter Kriterien | | | | Erfüllungsgrad |
|--|------------------------------|---------------|----|----------------------|----------------|
| 5. Personal | 1 | Kriterium von | 1 | Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 7. Dienstpläne/-Organisation | 1 | Kriterien von | 2 | Kriterien erfüllt | 50,00% |
| 9. Fortbildung | 2 | Kriterien von | 2 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 11. Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter | 1 | Kriterium von | * | 1 Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 12. Einzug neuer Bewohnerinnen/Bewohner | 1 | Kriterium von | * | 1 Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 13. Sterbebegleitung | 1 | Kriterium von | * | 1 Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 14. Qualitätsmanagement | 1 | Kriterium von | 1 | Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 15. Dokumentation von Teilhabe und Assistenz (y-Frage) | 12 | Kriterien von | 12 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 16. Assistenz- und Teilhabeplanung (y-Frage) | 5 | Kriterien von | 5 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 17. Umgang mit Arzneimitteln (y-Frage) | 20 | Kriterien von | * | 20 Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 18. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen | 0 | Kriterium von | * | 0 Kriterium erfüllt | t.n.z. |
| 19. Verpflegung | 3 | Kriterien von | 3 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 20. Wahrung der Selbständigkeit | 3 | Kriterien von | 3 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 21. Teilhabe/Tagesstrukturierung | 4 | Kriterien von | 4 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 22. Bauliche Mindestanforderungen | 1 | Kriterium von | 1 | Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 23. Hygiene | 2 | Kriterien von | 2 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 24. Verwaltete Gelder/Wertsachen | 1 | Kriterium von | * | 1 Kriterium erfüllt | 100,00% |
| 25. Spenden | 0 | Kriterium von | * | 0 Kriterium erfüllt | t.n.z. |
| 26. Mitwirkung der Bewohnerinnen/Bewohner | 2 | Kriterien von | * | 2 Kriterien erfüllt | 100,00% |

„y-Frage“ = Frage, bei der 10 % (mindestens 3) Bewohner/innen einzubeziehen sind, daher ist die Gesamtanzahl der Kriterien abhängig von der tatsächlich in die Prüfung einbezogenen Anzahl der Bewohner/innen; *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)

5. Personal

• Erfüllt die Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote nach § 3 Abs.2 Nr.2 EQG MV?

7. Dienstpläne/-Organisation

• Ist der Personaleinsatz sach- und fachgerecht?

• Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?

9. Fortbildung

• Liegen Fortbildungsnachweise für Beschäftigte in der Betreuung vor?

• Liegen Fortbildungsnachweise für sonstige Beschäftigte vor?

11. Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

• Werden neue Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Betreuung nachweislich eingearbeitet?

12. Einzug neuer Bewohnerinnen/Bewohner

• Werden neue Bewohnerinnen/Bewohner (anhand dieser Regelungen) beim Einzug nachweislich systematisch begleitet? (erste Kontaktaufnahme, Bezugspersonen, Probewohnen)

13. Sterbebegleitung

• Kann in der Einrichtung würdevoll Abschied genommen werden?

14. Qualitätsmanagement

• Gibt es ein Verfahren zur Sicherung der Qualität der Leistungen oder ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement?

Ja Nein t.n.z.

15. Dokumentation von Teilhabe und Assistenz

• Liegt ein geeignetes Verfahren zur Dokumentation der Teilhabe- und Assistenzleistungen vor?

Ja Nein t.n.z.

Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?

Ja Nein t.n.z.

• b) Sozialanamnese/Informationssammlung

• f) Aufzeichnungen von Fördermaßnahmen, Betreuungsangebote, pflegerische Maßnahmen

Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?

Ja Nein t.n.z.

• b) Sozialanamnese/Informationssammlung

• f) Aufzeichnungen von Fördermaßnahmen, Betreuungsangebote, pflegerische Maßnahmen

Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?

Ja Nein t.n.z.

• b) Sozialanamnese/Informationssammlung

• f) Aufzeichnungen von Fördermaßnahmen, Betreuungsangebote, pflegerische Maßnahmen

Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?

Ja Nein t.n.z.

• b) Sozialanamnese/Informationssammlung

• f) Aufzeichnungen von Fördermaßnahmen, Betreuungsangebote, pflegerische Maßnahmen

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung? | Ja | Nein | t.n.z. |
| •b) Sozialanamnese/Informationssammlung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| •f) Aufzeichnungen von Fördermaßnahmen, Betreuungsangebote, pflegerische Maßnahmen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Ist sichergestellt, dass wichtige Informationen beim Übergang in andere Leistungsformen weitergegeben werden? | Ja | Nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

16. Assistenz- und Teilhabeplanung

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| • Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor? | Ja | Nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

17. Umgang mit Arzneimitteln

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| • Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt? | Ja | Nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| • Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt? | Ja | Nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| • Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt? | Ja | Nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| • Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt? | Ja | Nein | t.n.z. |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| • Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Ja | Nein | t.n.z. |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

18. Freiheitsentziehende/-einschränkende Maßnahmen

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| • b) Liegt für jede freiheitsentziehende Maßnahme ein richterlicher Beschluss vor, wenn die Bewohnerin/der Bewohner nicht einwilligungsfähig, aber nicht vollständig immobil ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

| Ja | Nein | t.n.z. |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

19. Verpflegung

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| • c) Bestehen Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl der Mahlzeiten und Getränke? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d) Ist das Essen abwechslungsreich, vielseitig und gesund?(unter Berücksichtigung der 10 Ernährungsregeln der DGE) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • e) Werden Getränke auch außerhalb der Mahlzeiten angeboten? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Wahrung der Selbständigkeit

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| • a) Bestehen Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in verschiedenen Alltagssituationen (z.B. Teilhabeangebote, Kleidungsauswahl, ggf. Tagesstruktur, etc.)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • b) Werden die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten soweit möglich durch die Bewohnerinnen/Bewohner im Rahmen der Förderung laut Konzeption wahrgenommen? (z.B. Lebensmittel einkaufen, Mahlzeiten zubereiten- Wäsche waschen und bügeln,- Reinigung der Wohnungen/Bewohner-zimmer, Reinigung der Gemeinschaftsflächen) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • c) Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet? (z. B. Ansprache in der gewünschten Form, Betreten des Zimmers nur nach Zustimmung, Rückzugsmöglichkeiten, Telefonieren ohne Mithören, Datenschutz) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ja | Nein | t.n.z. |
|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

21. Teilhabe/Tagesstrukturierung

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| • a) Liegt ein Plan für Teilhabeangebote (einschließlich Beschäftigung) vor? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • b) Finden jahreszeitliche Feste statt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • d) Finden Aspekte der kulturellen und religiösen Herkunft bei der Gestaltung der Angebote Berücksichtigung? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • e) Werden den Bewohnerinnen/Bewohnern allgemeine Freizeitangebote auch außerhalb der Einrichtung zugänglich gemacht und werden sie bei der Teilhabe unterstützt? (z.B. in Vereinen, Kirche und Gemeinden) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ja | Nein | t.n.z. |
|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

22. Bauliche Mindestanforderungen

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| • a) Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|--------------------------|

| Ja | Nein | t.n.z. |
|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

23. Hygiene

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| • a) Ist ein Hygieneplan für alle hygienisch relevanten Funktionsbereiche vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • b) Sind die Hygienekontrollen in der Einrichtung nachweislich? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ja | Nein | t.n.z. |
|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

24. Verwaltete Gelder/ Wertsachen

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • c) Erfolgt die Barbetragverwaltung ordnungsgemäß? (Auszahlungsbelege bewohnerbezogen abgeheftet)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

25. Spenden

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

Ja Nein t.n.z.

26. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

•d) Werden Beschwerden oder Anträge des Mitwirkungsremiums in angemessener Frist (innerhalb von 6 Wochen) bearbeitet?

•e) Sind die Entscheidungen und Beschlüsse des Mitwirkungsremiums nachweislich dokumentiert?

•f) Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?