

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

Angaben zur Einrichtung:

AWO-Seniorenhof "Am Buchholz"

Am Buchholz 17

19370 Parchim

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Frau Moll, Frau Jung

Tag der Prüfung:

30.06.2014

Name des Prüfenden:

Herr Völsch, 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            | 2                            | Kriterien von | 2   | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 4. Qualitätsmanagement                                    | 4                            | Kriterien von | * 4 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 5. Hygiene  | 4                            | Kriterien von | 4   | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 7. Verpflegung  | 7                            | Kriterien von | * 8 | Kriterien erfüllt | 87,50%  |
| 8. Soziale Betreuung                                      | 12                           | Kriterien von | 12  | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen | 0                            | Kriterium von | * 1 | Kriterium erfüllt | 0,00%   |
| 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                          | 0                            | Kriterium von | * 0 | Kriterium erfüllt | t.n.z.  |
| 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? |
| <b>d. •</b>  | Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?   |

|              |   |
|--------------|---|
| <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)?   |
| <b>b. •</b>  | Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?   |
| <b>c. •</b>  | Gibt es eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?  |
| <b>d. •</b>  | Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?   |

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> |
|--------------|--|

Ja Nein

**3. Ablauforganisation**

|              |   |
|--------------|---|
| <b>3.3 •</b> | <b>Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen/Bewohner adäquat?</b> |
|--------------|---|

Ja Nein

|              |  |
|--------------|--|
| <b>3.4 •</b> | <b>Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?</b> |
|--------------|--|

**4. Qualitätsmanagement**

|              |   |
|--------------|---|
| <b>4.1 •</b> | <b>Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?</b> |
| <b>a. •</b>  | Fortbildungsplan Pflege   |
| <b>b. •</b>  | Fortbildungsplan soziale Betreuung  |
| <b>c. •</b>  | Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung   |
| <b>d. •</b>  | bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt                             |

Ja Nein t.n.z

|              |   |
|--------------|---|
| <b>4.3 •</b> | <b>Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?</b> |
|--------------|---|

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

|              |   |                                     |                          |
|--------------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| <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    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b. •</b>  | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c. •</b>  | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 7. Verpflegung

|            |  |                                     |                          |
|------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>7.1</b> | <b>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?</b> | Ja                                  | Nein                     |
|            |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|              |   |                                     |                          |                          |
|--------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>b. •</b>  | Wird Diätkost angeboten?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>d. •</b>  | Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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)? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>g. •</b>  | Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner?   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|              |  |                                     |                          |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>7.4 •</b> | <b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b> | Ja                                  | Nein                     |
|              |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|              |  |                                     |                          |
|--------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| <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   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b. •</b>  | Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c. •</b>  | Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|              |  |                          |                                     |
|--------------|--|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>7.7 •</b> | <b>Werden Speisen und Getränke in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?</b> | Ja                       | Nein                                |
|              |  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

|               |  |                                     |                          |        |
|---------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|
| <b>11.1 •</b> | <b>Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt bzw. liegen Ausnahmegenehmigungen bzw. Befreiungen vor?</b> | Ja                                  | Nein                     | t.n.z. |
|               |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |

## 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?