

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

Angaben zur Einrichtung:

Patria Residenzen GmbH, Seniorenresidenz Am Schloß
Schloßfreiheit 3
19306 Neustadt- Glewe

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Frau John, Einrichtungsleitung

Tag der Prüfung:

20./ 21. August 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	2		* 2	100,00%
7. Verpflegung	6	Kriterien von	* 8	Kriterien erfüllt 75,00%
8. Soziale Betreuung	11	Kriterien von	12	Kriterien erfüllt 91,67%
9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen	1	Kriterium von	* 1	Kriterium erfüllt 100,00%
10. Wahrung der Selbständigkeit	0	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt 0,00%
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**

1.2 •	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen/Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?	Ja	Nein
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 Beein-trächtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:	Ja	Nein	t.n.z
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"/>

2. Aufbauorganisation Personal

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

3. Ablauforganisation

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

4. Qualitätsmanagement

4.1	Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?	Ja	Nein	t.n.z
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?	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hygiene

5.1 • **Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)**

Ja Nein

5.2 **Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?**

Ja Nein

a. • innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut

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

c. • Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft

6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten

Ja Nein

6.4 • **Werden die Medikamente durch Pflegefachkräfte gestellt?**

6.5 • **Werden die Medikamente grundsätzlich von Pflegefachkräften verabreicht?**

6.6 • **Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?**

7. Verpflegung

7.2 **Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?**

Ja Nein t.n.z.

a. • Wird Diätkost angeboten?

b. • Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz?

c. • Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen/Bewohner orientiert ?

d. • Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner?

Ja Nein

7.4 • **Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?**

7.5 • **Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen/Bewohner zuzahlungsfrei statt?**

Ja Nein

b. • Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar

c. • Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar

7.7 • **Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?**

Ja Nein

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

Ja Nein

14.6 • Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?