

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

Angaben zur Einrichtung:	Ansprechpartner/in in der Einrichtung:
GBS Sucht-Therapiezentrum Jarmen	Frau Nowak
Friedenstraße 13	Tag der Prüfung:
17126 Jarmen	26.10.2021
In die Prüfung einbezogene Bewohner/innen	Name des Prüfenden:
5	Frau Schemming

Qualitätsbereich	* Anzahl erfüllter Kriterien				Erfüllungsgrad
	0	Kriterium von	0	Kriterium erfüllt	
5. Personal	0	Kriterium von	0	Kriterium erfüllt	t.n.z.
7. Dienstpläne/-Organisation	2	Kriterien von	2	Kriterien erfüllt	100,00%
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	Kriterien von	* 0	Kriterien 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

Die Qualitätsbereiche 15, 16, 20 unterliegen der Anlage H Prüfung und sind von Seiten der Behörde unter eingeschränkten Bedingungen geprüft worden.

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 XII**

**5. Personal**

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

Ja Nein t.n.z.

**7. Dienstpläne/-Organisation**

•Ist der Personaleinsatz sach- und fachgerecht?

•Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?

**9. Fortbildung**

Ja Nein

Liegt ein aktueller Fortbildungsplan vor?

•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?

Ja Nein t.n.z.

**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?

**Bewohner/in 1**

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

**Bewohner/in 2**

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

### Bewohner/in 3

<b>Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?</b>	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"/>	

### Bewohner/in 4

<b>Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?</b>	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"/>	

### Bewohner/in 5

<b>Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?</b>	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"/>	

<b>• Ist sichergestellt, dass wichtige Informationen beim Übergang in andere Leistungsformen weitergegeben werden?</b>	Ja	Nein	t.n.z.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 16. Assistenz- und Teilhabeplanung

### Bewohner/in 1

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

### Bewohner/in 2

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

### Bewohner/in 3

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

### Bewohner/in 4

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

### Bewohner/in 5

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

## 17. Umgang mit Arzneimitteln

### Bewohner/in 1

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

### Bewohner/in 2

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

**Bewohner/in 3**

Ja Nein t.n.z.

• 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"/>

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

**Bewohner/in 4**

Ja Nein t.n.z.

• 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"/>

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

**Bewohner/in 5**

Ja Nein t.n.z.

• 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"/>

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

## 18. Freiheitsentziehende/-einschränkende Maßnahmen

18.2b • 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.

18.3b • Liegen für alle Maßnahmen die Nachweise zu Einwilligungen der Bewohnerinnen/ Bewohner vor beziehungsweise liegen für alle Maßnahmen schriftliche Nachweise vom Arzt und/ oder Gericht über die Entbehrlichkeit eines gerichtlichen Beschlusses vor, wenn diese vollständig immobil sind oder keine kognitiv gesteuerten Bewegungen ausführen können?

Ja Nein t.n.z.

## 19. Verpflegung

•c) Bestehen Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl der Mahlzeiten und Getränke?

•d) Ist das Essen abwechslungsreich, vielseitig und gesund?(unter Berücksichtigung der 10 Ernährungsregeln der DGE)

•e) Werden Getränke auch außerhalb der Mahlzeiten angeboten?

## 20. Wahrung der Selbständigkeit

•a) Bestehen Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in verschiedenen Alltagssituationen (z.B. Teilhabeangebote, Kleidungsauswahl, ggf. Tagesstruktur, etc.)?

Ja Nein t.n.z.

•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)

•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)

## 21. Teilhabe/Tagesstrukturierung

•a) Liegt ein Plan für Teilhabeangebote (einschließlich Beschäftigung) vor?

•b) Finden jahreszeitliche Feste statt?

•d) Finden Aspekte der kulturellen und religiösen Herkunft bei der Gestaltung der Angebote Berücksichtigung?

•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)

## 22. Bauliche Mindestanforderungen

• a) Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt?

Ja Nein t.n.z.

## 23. Hygiene

•a) Ist ein Hygieneplan für alle hygienisch relevanten Funktionsbereiche vorhanden?

Ja Nein t.n.z.

•b) Sind die Hygienekontrollen in der Einrichtung nachweislich?

## 24. Verwaltete Gelder/ Wertsachen

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

## 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?