

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

Angaben zur Einrichtung:

Schwerstpflegeeinrichtung Hanna Simeon eine Einrichtung der Behindertenhilfe

Stettiner Straße 9 a

17322 Boock

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Frau Zimmermann (HL), Frau Wegner (PDL)

Tag der Prüfung:

14. November 2017

Name des Prüfenden:

Herr Rodewald

| 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%        |
| 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                  | 2                            | Kriterium von | * 2 | 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                                                                | 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      |

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

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>c. •</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 gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?                                                                                                                         |
| <b>b. •</b>  | Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?                                                                                                       |
| <b>c. •</b>  | Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?                                                                                                                                |
| <b>d. •</b>  | Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?                                                                                                   |

☒ ☐
☒ ☐

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

☒ ☐

**3. Ablauforganisation**

In die Prüfung wurden einbezogen Dienstpläne der letzten drei Monate

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

☒ ☐

|              |                                                                        |
|--------------|------------------------------------------------------------------------|
| <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                             |
| <b>4.5 •</b> | <b>Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?</b>                                  |

Ja Nein t.n.z

☒ ☐
☒ ☐
☐ ☐ ☒
☒ ☐ ☐
☒ ☐

## 5. Hygiene

Ja Nein

|              |                                                                                                                                       |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5.1 •</b> | <b>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)</b> |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐

|            |                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <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 |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐

|             |                                                                               |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>b. •</b> | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐

|             |                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>c. •</b> | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐

## 6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten

|              |                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>6.4 •</b> | <b>Werden die Medikamente durch Pflegefachkräfte gestellt?</b> |
|--------------|----------------------------------------------------------------|

☒ ☐ ☐

|              |                                                                                |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6.5 •</b> | <b>Werden die Medikamente grundsätzlich von Pflegefachkräften verabreicht?</b> |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐ ☐

|              |                                                                            |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>6.6 •</b> | <b>Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?</b> |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐ ☐

## 7. Verpflegung

|            |                                                                                                                       |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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> | Wird Diätkost angeboten? |
|-------------|--------------------------|

☒ ☐

|             |                                                                                    |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>b. •</b> | Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz? |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐ ☐

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

☒ ☐

|             |                                                                                               |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>d. •</b> | Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner? |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐

Ja Nein

|              |                                                                                              |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7.4 •</b> | <b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b> |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

☒ ☐

|              |                                                                                                        |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7.5 •</b> | <b>Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen/Bewohner zuzahlungsfrei statt?</b> |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ja Nein

|             |                                                 |
|-------------|-------------------------------------------------|
| <b>b. •</b> | Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar |
|-------------|-------------------------------------------------|

☒ ☐

|             |                                                 |
|-------------|-------------------------------------------------|
| <b>c. •</b> | Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar |
|-------------|-------------------------------------------------|

☒ ☐

|              |                                                                                                                            |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7.7 •</b> | <b>Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?</b> |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ja Nein

☒ ☐

## 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 Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c. •</b>   | Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d. •</b>   | Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e. •</b>   | Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8.2 •</b>  | <b>Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?</b>                                     | Ja                                  | Nein                     |
|               |                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8.8 •</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>b. •</b>   | für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägl. Angebot zur Tagesstrukturierung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8.9 •</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>8.10 •</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 die Pflegeeinrichtung?                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b. •</b>   | Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8.11 •</b> | <b>Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</b>                                                                                    | Ja                                  | Nein                     |
|               |                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                          |                          |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>9.2b •</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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9.3b •</b> | <b>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?</b> | 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

☒ ☐

## 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?

☒ ☐ ☐