

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

Angaben zur Einrichtung:	Ansprechpartner/in in der Einrichtung:
AMEOS Eingliederung Ueckermünde Ravensteinstraße 23 17373 Ueckermünde	Herr Piepenhagen, Frau Richter, Tag der Prüfung: 12.04.2018
In die Prüfung einbezogene Bewohner/innen	Name des Prüfenden:
3	Herr Rodewald

Qualitätsbereich	* Anzahl erfüllter Kriterien			Erfüllungsgrad	
5. Personal	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt	100,00%
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)	8	Kriterien von	8	Kriterien erfüllt	100,00%
16. Assistenz- und Teilhabeplanung (y-Frage)	3	Kriterien von	3	Kriterien erfüllt	100,00%
17. Umgang mit Arzneimitteln (y-Frage)	10	Kriterien von	* 12	Kriterien erfüllt	83,33%
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	3	Kriterien von	* 3	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?

Ja Nein

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

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

• Ist sichergestellt, dass wichtige Informationen beim Übergang in andere Leistungsformen weitergegeben werden?

Ja Nein t.n.z.

16. Assistenz- und Teilhabeplanung

Bewohner/in 1

• Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor?

Ja Nein t.n.z.

Bewohner/in 2

• Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor?

Bewohner/in 3

• Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor?

17. Umgang mit Arzneimitteln

Bewohner/in 1

• Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt?
• Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht?
• Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen
• Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht?
• Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?

Ja Nein t.n.z.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 2

• Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt?
• Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht?
• Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen
• Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht?
• Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?

Ja Nein t.n.z.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 3

• Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt?
• Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht?
• Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen
• Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht?
• Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?

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 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

Ja Nein t.n.z.

•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"/>

22. Bauliche Mindestanforderungen

Ja Nein t.n.z.

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

24. Verwaltete Gelder/ Wertsachen

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

Ja Nein t.n.z.

25. Spenden

Ja Nein t.n.z.

•a) Sind eingegangene Spenden gemäß § 6 Abs.2 Nr.3 EQG M-V angezeigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

26. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

•d) Werden Beschwerden oder Anträge des Mitwirkungsremiums in angemessener Frist (innerhalb von 6 Wochen) bearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•e) Sind die Entscheidungen und Beschlüsse des Mitwirkungsremiums nachweislich dokumentiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•f) Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein t.n.z.

Ja Nein t.n.z.

Ja Nein t.n.z.