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

| | |
|---|---|
| Angaben zur Einrichtung: | CURA Seniorencentrum Pasewalk GmbH<br>Pestalozzistraße 20<br>17309 Pasewalk |
| Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung: | Herr Grimm, Frau Kulawik, Herr Pasewaldt |
| Tag der Prüfung: | 15. Dezember 2025 |
| Name des Prüfenden: | Frau Müller |

| Qualitätsbereich | * Anzahl erfüllter Kriterien | | | | Erfüllungsgrad |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Allgemeine Angaben | 6 | Kriterien von | * 6 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 2. Aufbauorganisation Personal | 0 | Kriterium von | 0 | Kriterium erfüllt | t.n.z |
| 3. Ablauforganisation Dienstpläne/Organisation | 2 | Kriterien von | 2 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 4. Qualitätsmanagement | 3 | Kriterien von | * 3 | 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 | 8 | Kriterien von | * 8 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 8. Soziale Betreuung | 12 | Kriterien von | 12 | Kriterien erfüllt | 100,00% |
| 9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen | 1 | Kriterium von | * 1 | 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 | 1 | Kriterien von | * 1 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| **1.2 •** | **Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen/Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?** | | | |
| **a. •** | Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? | x | | |
| **c. •** | Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit? | x | | |

| | | Ja | Nein | t.n.z |
|---|---|---|---|---|
| **1.3** | **Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnerinnen/Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beein-trächtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:** | | | |
| **a. •** | Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden? | x | | |
| **b. •** | Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten? | x | | |
| **c. •** | Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet? | x | | |
| **d. •** | Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)? | x | | |

## 2. Aufbauorganisation Personal

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **2.9 •** | **Erfüllt die Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 EQG MV?** | | | x |

## 3. Ablauforganisation

In die Prüfung wurden einbezogen Dienstpläne der letzten drei Monate

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **3.3 •** | **Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen/Bewohner adäquat?** | x | | |
| **3.4 •** | **Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?** | x | | |

## 4. Qualitätsmanagement

| | | Ja | Nein | t.n.z. |
|---|---|---|---|---|
| **4.1** | **Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?** | | | |
| **a. •** | Fortbildungsplan Pflege | x | | |
| **b. •** | Fortbildungsplan soziale Betreuung | x | | |
| **c. •** | Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung | | | x |
| **d. •** | bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt | | | x |
| **4.5 •** | **Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?** | x | | |

## 5. Hygiene

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

| **5.2** | **Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?** | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **a. •** | innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut | x | |
| **b. •** | Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände | x | |
| **c. •** | Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft | x | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **6.4 •** | **Werden die Medikamente durch Pflegefachkräfte gestellt?** | | | x |
| **6.5 •** | **Werden die Medikamente grundsätzlich von Pflegefachkräften verabreicht?** | x | | |
| **6.6 •** | **Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?** | x | | |

## 7. Verpflegung

| **7.2** | **Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?** | Ja | Nein | t.n.z. |
|---|---|---|---|---|
| **a. •** | Wird Diätkost angeboten? | x | | |
| **b. •** | Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz? | x | | |
| **c. •** | Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen/Bewohner orientiert ? | x | | |
| **d. •** | Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner? | x | | |

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **7.4 •** | **Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?** | x | |

| **7.5 •** | **Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen/Bewohner zuzahlungsfrei statt?** | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **b. •** | Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar | x | |
| **c. •** | Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar | x | |

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **7.7 •** | **Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?** | x | |

## 8. Soziale Betreuung

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **8.1 •** | **Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?** | | |
| **a. •** | Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht? | x | |
| **b. •** | Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können? | x | |
| **c. •** | Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen? | x | |
| **d. •** | Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen? | x | |
| **e. •** | Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste? | x | |

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **8.2 •** | **Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?** | x | |

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **8.8 •** | **Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?** | | |
| **a. •** | Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags) | x | |
| **b. •** | für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägl. Angebot zur Tagesstrukturierung | x | |

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **8.9 •** | **Werden diese Angebote den Bewohnerinnen/Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?** | x | |

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **8.10 •** | **Wird die Eingewöhnung der Bewohnerinnen/Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?** | | |
| **a. •** | Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung? | x | |
| **b. •** | Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung? | x | |

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **8.11 •** | **Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?** | x | |

## 9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

| | | Ja | Nein | t.n.z. |
|---|---|---|---|---|
| **9.2b •** | **Liegt für jede freiheitsentziehende Maßnahme ein richterlicher Beschluss vor, wenn die Bewohnerin/der Bewohner nicht einwilligungsfähig, aber nicht vollständig immobil ist?** | | | x |

| | | Ja | Nein | t.n.z. |
|---|---|---|---|---|
| **9.3b •** | **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?** | x | | |

## 10. Wahrung der Selbständigkeit

| | | Ja | Nein |
|---|---|---|---|
| **10.1 •** | **Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet?** | x | |

## 11. Bauliche Mindestanforderungen

| | | Ja | Nein | t.n.z. |
|---|---|---|---|---|
| **11.1 •** | **Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt bzw. liegen Ausnahmegenehmigungen bzw. Befreiungen vor?** | x | | |

## 12. Verwaltete Gelder/ Wertsachen

| | | Ja | Nein | t.n.z. |
|---|---|---|---|---|
| **12.3 •** | **Erfolgt die Barbetragsverwaltung ordnungsgemäß? (Auszahlungsbelege bewohnerbezogen abgeheftet)?** | x | ☐ | ☐ |

## 13. Spenden

| | | Ja | Nein | t.n.z. |
|---|---|---|---|---|
| **13.1 •** | **Sind eingegangene Spenden gemäß § 6 Abs.2 Nr.3 EQG M-V angezeigt?** | ☐ | ☐ | x |

## 14. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **14.5 •** | **Sind die Entscheidungen und Beschlüsse des Mitwirkungsgremiums nachweislich dokumentiert?** | x | ☐ | ☐ |
| **14.6 •** | **Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?** | ☐ | ☐ | x |