

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

Angaben zur Einrichtung: Pflegeheim Annastift  
Lindenstraße 15  
17126 Jarmen

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung: Herr Wandt, Frau Hübner

Tag der Prüfung: 20. März 2019

Name des Prüfenden: Frau Müller

| 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   | 2                            | Kriterien von | 4   | Kriterien erfüllt | 50,00%         |
| 6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten | 1                            |               | * 2 |                   | 50,00%         |
| 7. Verpflegung   | 7                            | Kriterien von | * 8 | Kriterien erfüllt | 87,50%         |
| 8. Soziale Betreuung   | 12                           | Kriterien von | 12  | Kriterien erfüllt | 100,00%        |
| 9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen                  | 1                            | Kriterium von | * 2 | Kriterium erfüllt | 50,00%         |
| 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

**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?

**c. •** Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?

**1.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnerinnen/Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:**

Ja Nein t.n.z

**a. •** Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?

**b. •** Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?

**c. •** Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?

**d. •** Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?

**2. Aufbauorganisation Personal**

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

**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?**

**3.4 • Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?**

**4. Qualitätsmanagement**

**4.1 Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?**

Ja Nein t.n.z

**a. •** Fortbildungsplan Pflege

**b. •** Fortbildungsplan soziale Betreuung

**c. •** Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung

**d. •** bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt

**4.5 • Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?**

## 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

**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

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

## 10. Wahrung der Selbständigkeit

|               |  |                                     |                          |
|---------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>10.1 •</b> | <b>Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet?</b> | Ja                                  | Nein                     |
|               |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 11. Bauliche Mindestanforderungen

|               |  |                                     |                          |                          |
|---------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.1 •</b> | <b>Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt bzw. liegen Ausnahmegenehmigungen bzw. Befreiungen vor?</b> | Ja                                  | Nein                     | t.n.z.                   |
|               |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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?