

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

Angaben zur Einrichtung:	Ansprechpartner/in in der Einrichtung:
AMEOS geschlossene Eingliederung Ueckermünde „Weidenhof“ Ravensteinstraße 23 17373 Ueckermünde	Herr Piepenhagen, Herr Krüger
	Tag der Prüfung: 17.12.2019
In die Prüfung einbezogene Bewohner/innen	Name des Prüfenden:
3	Frau Müller

Qualitätsbereich	* Anzahl erfüllter Kriterien				Erfüllungsgrad
5. Personal	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt	100,00%
7. Dienstpläne/-Organisation	1	Kriterien von	2	Kriterien erfüllt	50,00%
9. Fortbildung	2	Kriterien von	2	Kriterien erfüllt	100,00%
11. Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter	0	Kriterium von	*	1 Kriterium erfüllt	0,00%
12. Einzug neuer Bewohnerinnen/Bewohner	1	Kriterium von	*	1 Kriterium erfüllt	100,00%
13. Sterbebegleitung	0	Kriterium von	*	0 Kriterium erfüllt	t.n.z.
14. Qualitätsmanagement	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt	100,00%
15. Dokumentation von Teilhabe und Assistenz (y-Frage)	4	Kriterien von	8	Kriterien erfüllt	50,00%
16. Assistenz- und Teilhabeplanung (y-Frage)	3	Kriterien von	3	Kriterien erfüllt	100,00%
17. Umgang mit Arzneimitteln (y-Frage)	11	Kriterien von	*	12 Kriterien erfüllt	91,67%
18. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen	1	Kriterien von	*	1 Kriterien erfüllt	100,00%
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

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)**

**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?

Ja Nein t.n.z.

• 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?

<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 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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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, Kleidungs Auswahl, 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.