

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

Angaben zur Einrichtung:

Evangelisches Alten- und Pflegeheim "Oberin-von-Lindeiner-Haus"  
 Am Hasselsort 10a  
 19230 Hagenow

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Einrichtungsleitung Frau Gävert, PDL Herr Koppelman

Tag der Prüfung:

17. Januar 2019

Name des Prüfenden:

Frau Warncke

Qualitätsbereich	* Anzahl erfüllter Kriterien				Erfüllungsgrad
	Anzahl	Kriterien von	* Anzahl	Kriterien erfüllt	
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	Kriterien von	* 3	Kriterien erfüllt	100,00%
7. Verpflegung	8	Kriterien von	* 8	Kriterien erfüllt	100,00%
8. Betreuung	10	Kriterien von	12	Kriterien erfüllt	83,33%
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**

**1. Allgemeine Angaben**

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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c. •</b>	Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. •</b>	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. •</b>	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. •</b>	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja Nein t.n.z

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

Ja Nein t.n.z

<b>3.4 •</b>	<b>Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------	--	-------------------------------------	--------------------------	--

Ja Nein t.n.z

**4. Qualitätsmanagement**

<b>4.1</b>	<b>Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?</b>			
<b>a. •</b>	Fortbildungsplan Pflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b. •</b>	Fortbildungsplan soziale Betreuung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c. •</b>	Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. •</b>	bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4.5 •</b>	<b>Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ja Nein t.n.z

## 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. Betreuung

<b>8.1 •</b>	<b>Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?</b>	Ja	Nein
<b>a. •</b>	Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. •</b>	Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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>9.3 •</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

<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"/>	

## 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?