

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

Angaben zur Einrichtung:

"Haus Ruhner Berge"

Mooster Str. 12

19376 Marnitz

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Herr Pfützner - Einrichtungsleiter

Tag der Prüfung:

11. Juni 2018

Name des Prüfenden:

Frau Wiedecke - Heimaufsicht des Landkreises Ludwigslust-Parchir

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	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		* 3		66,67%
7. Verpflegung	8	Kriterien von	* 8	Kriterien erfüllt	100,00%
8. Betreuung	12	Kriterien von	12	Kriterien erfüllt	100,00%
9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen	0	Kriterium von	* 0	Kriterium erfüllt	t.n.z
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	0	Kriterium von	* 0	Kriterium erfüllt	t.n.z
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

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

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>
--------------	--

**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>
--------------	---

<b>3.4 •</b>	<b>Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?</b>
--------------	--

**4. Qualitätsmanagement**

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

Ja Nein t.n.z.

## 5. Hygiene

5.1 •	<b>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)</b>
-------	---

Ja Nein

5.2	<b>Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?</b>
-----	---

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 •	<b>Werden die Medikamente durch Pflegefachkräfte gestellt?</b>
-------	--

6.5 •	<b>Werden die Medikamente grundsätzlich von Pflegefachkräften verabreicht?</b>
-------	--

6.6 •	<b>Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?</b>
-------	--

## 7. Verpflegung

7.2	<b>Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b>
-----	---

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 •	<b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b>
-------	--

7.5 •	<b>Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen/Bewohner zuzahlungsfrei statt?</b>
-------	--

Ja Nein

b. •	Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar
------	---

c. •	Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar
------	---

7.7 •	<b>Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?</b>
-------	--

Ja Nein

## 8. Betreuung

<b>8.1 • Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?</b>	Ja	Nein
<b>a. • Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. • Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. • Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. • Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. • Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.2 • 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 • Ist das Angebot an Betreuung ausreichend?</b>	Ja	Nein
<b>a. • Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. • für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägl. Angebot zur Tagesstrukturierung</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8.9 • 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 • Wird die Eingewöhnung der Bewohnerinnen/Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>	Ja	Nein
<b>a. • Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. • Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8.11 • Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</b>	Ja	Nein
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

<b>9.3 • 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>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?</b>	Ja	Nein	t.n.z.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## 10. Wahrung der Selbständigkeit

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

### 11. Bauliche Mindestanforderungen

11.1 • Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt bzw. liegen Ausnahmegenehmigungen bzw. Befreiungen vor?

Ja Nein t.n.z.

### 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?