

**Protokoll der Prüfung nach § 8 Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V) für
Einrichtungen nach SGB XI in der WohnOase, Rügenerstr. 1, 18107 Rostock**

WohnOase, Rügenerstr. 1, 18107 Rostock		
Telefon: 0381 712049	Fax 0381 7696697	
E-Mail: Junge-bornschein@awo-rostock.de	Internet-Adresse: www.awo-rostock.de	
Träger: AWO gemeinnützige GmbH, A.-Tischein-Str. 48 , 18109 Rostock		
Anlass:	<input type="checkbox"/> Regelprüfung	<input type="checkbox"/> Beschwerde
	<input type="checkbox"/> Nachtprüfung	<input checked="" type="checkbox"/> unangemeldet
		<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung
		<input type="checkbox"/> angemeldet
Einrichtungsleitung Name/Qualifikation Frau Junge-Bornschein Dipl.-Soz.-Pädagogin und Heilpädagogin	Verantwortliche Pflegefachkraft/ Name/ Qualifikation Frau Oldenburg-Wähler – Krankenschwester und Zusatzausbildung zur Pflegedienstleiterin	
Mitwirkung		
<input type="checkbox"/> Bewohnervertretung (Vertretung der Bewohnerinnen/Bewohner)		
<input type="checkbox"/> Bewohnerversammlung (Versammlung der Bewohnerinnen/Bewohner)		
<input type="checkbox"/> externer Beirat <input checked="" type="checkbox"/> Fürsprecherin/Fürsprecher		

Daten zur Prüfung

Datum 04. Oktober 2021	Uhrzeit 08.30 Uhr bis 12.30 Uhr
Gesprächspartnerin/Gesprächspartner der Einrichtung Frau Oldenburg-Wähler, Frau Junge-Bornschein	
Prüfende/r Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Heimaufsicht Frau Funk	
An der Prüfung Beteiligte	Namen
<input type="checkbox"/> MDK	
<input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger	
<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt	i.V. Frau Funk
<input type="checkbox"/> Lebensmittelüberwachungsamt	
<input type="checkbox"/> Träger der Einrichtung	
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige: KOE	i.V. Frau Funk
Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen, ggf. letztes Protokoll vorlegen	
<input checked="" type="checkbox"/> <u>MDK M-V/PKV</u>	Monat/Jahr 05.11.2020
<input type="checkbox"/> Sozialleistungsträger	
<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Lebensmittelüberwachung	
<input type="checkbox"/> Brandschutz	
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige (KOE)	

Von der Einrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen

Zur Prüfung der Strukturqualität und der eingeschränkten Prüfung der Prozessqualität sind erforderlich:	Liegen der Heimaufsicht vor	Stand Datum	vorgelegt wegen Veränderung
Versorgungsvertrag	<input checked="" type="checkbox"/>	03.09.2003	
Leitbild/Konzeptionen der Einrichtung	<input checked="" type="checkbox"/>	03.09.2003	

Zur Prüfung der Strukturqualität und der eingeschränkten Prüfung der Prozessqualität sind erforderlich:	Liegen am Tag der Prüfung vor	Stand Datum	
Bewohnerliste (Aktueller Stand der Bewohnerinnen/Bewohner der Einrichtung; Anzahl und Namen, Vorname, Geb.-Datum)	<input checked="" type="checkbox"/>	04.10.2021	
Aufstellung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang	<input checked="" type="checkbox"/>	04.10.2021	
Nachweise über die Vorlage des Führungszeugnisses vor Einstellung bei begründeten Zweifeln an der persönlichen Eignung	<input checked="" type="checkbox"/>		
Aktuelle Handzeichenliste	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ausbildungsnachweise der Pflege- und Betreuungsfachkräfte, Hauswirtschaftskräfte	<input checked="" type="checkbox"/>		
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft	<input checked="" type="checkbox"/>		
Organigramm	<input checked="" type="checkbox"/>		

Art der Einrichtung und Versorgungssituation

0.1		ja	nein
	Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Wenn ja, welcher?		

0.2	Vollstationäre Pflege	davon Kurzzeitpflege	davon ggf. Bewohnerinnen/Bewohner im Schwerpunkt		
vorgehaltene Plätze	46	0			
belegte Plätze	46	0			
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert				
	Eingestreut				
	Solitär				

0.3	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Zimmer mit Wohnplätze				Anzahl Bewohnerinnen/Bewohner	keiner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrade					
		1	2	3	> 3			1	2	3	4	5	noch nicht eingestuft
Wohngruppe 1	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	6	2			10		0	0	0	2	8	
Wohngruppe 2	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	6	2			10		0	0	0	0	10	
Wohngruppe 3	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	6	2			10		0	0	0	2	8	
Wohngruppe 4	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	6	2			10		0	0	0	1	9	
Wohngruppe 5	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	6	0			6		0	0	0	3	3	
Gesamt:	46	30	8			46		0	0	0	8	38	

0.4		ja	nein
	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?		
a.	<input type="checkbox"/> körperbezogene Pflegemaßnahmen		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> soziale Betreuung		
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung		
e.	<input checked="" type="checkbox"/> Wäscheversorgung		
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung		

e) Die Flachwäsche wird gewaschen von der Firma CWS – Boco Healthcare GmbH & Co. KG, Rögen 14- 16, 23843 Bad Oldesloe.

0.5		ja	nein
	Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

0.6 Sonstige Angaben der stationären Pflegeeinrichtung		Anzahl der Bewohner
a.	Wachkoma	1
b.	Beatmungspflicht	0
c.	Dekubitus	0
d.	Blasenkatheter/Nierenkatheter	1
e.	PEG-Sonde	6
f.	Kontraktur	37
g.	vollständiger Immobilität	1
h.	Tracheostoma	0
j.	MRSA/ ESBL	0

1. Allgemeine Angaben

1.1	Defizite in der Ausstattung bei:
a.	<input type="checkbox"/> Stufenloser Eingang und Wohnbereich, (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)
b.	<input type="checkbox"/> Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrerinnen/Rollstuhlfahrer erreichbaren (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen
c.	<input type="checkbox"/> Handläufe in den Fluren
d.	<input type="checkbox"/> Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)
e.	<input type="checkbox"/> Bad und Toilette
f.	<input type="checkbox"/> Fäkalienspülen
g.	<input type="checkbox"/> intakte und erreichbare Rufanlage
h.	<input type="checkbox"/> höhenverstellbare Pflegebetten
i.	<input type="checkbox"/> Fußboden
j.	<input type="checkbox"/> Beleuchtung
k.	<input type="checkbox"/> allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC etc.)
l.	<input type="checkbox"/> abschließbare Medikamentenschränke
m.	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges

Der Rundgang durch das Haus war ohne Auffälligkeiten. Es gab keine Beanstandungen.

		ja	nein
1.2	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen/ Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?		
a.	● Ist eine 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.	Abschließbare Schubladen oder Fächer stehen für jede Bewohnerin/jeden Bewohner zur Verfügung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	● Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein	t.n.z.
1.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnerinnen/Bewohnern die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:			
a.	● Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	● Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	● Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	● Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) z.B. Fotos, Fotokarten, Piktogramme

		ja	nein	t.n.z.
1.4	Ist für die Bewohnerinnen/Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtnerin/Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufgrund der speziellen Krankheitsbilder erhalten die Bewohner keine Schlüssel; ein Verlassen des Hauses ist immer gewährleistet; Einlass ist nur mittels Klingel möglich.

Auch während der Corona –Pandemie gab bzw. gibt es diese Regelungen.

2. Aufbauorganisation Personal

		ja	nein	t.n.z.
2.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter verbindlich geregelt?			
a.	Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelferinnen/ Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelferinnen/ Altenpfleger z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für soziale Betreuung geregelt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Es gab keine Beanstandungen.

		ja	nein	
2.2	Sind die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellv. verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.3 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woch e	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtste llen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft		1	30,8*			0,767
*9,2 Stunden arbeitet die PDL in der Pflege						0,233
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft (incl. Praxisanl.)		1	36,6			0,915
Altenpflegerin/Altenpfleger		1 1 6 1 1 1	38 36,5 35 33 30 8			0,95 0,9125 5,25 0,825 0,75 0,20 = 8,8875
(Gesundheits- und) Krankenpflegerin/Krankenpfleger		1 1	38 32			0,95 0,8 = 1,75
Krankenpflegehelferin/ Krankenpflegehelfer		3	35			2,625
angelernete Kräfte		2 10 2	35 30 2			1,75 7,50 0,10 = 9,35
Auszubildende	2 40					2,00
Bundesfreiwilligendienst	2 40					2,00
Freiwilliges soz. Jahr	keine					
Praktikanten in der Pflege	1 40					1,00
Sonstige (Mitarbeiter QM anteilig)		1	8			0,20
Betreuung						
Ergotherapeutin/Ergotherapeut	siehe EGH					
Hilfskräfte (Betreuungshilfskraft)						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (zwei- bis dreijährige Ausbildung)		1	35			0,875

Hilfskräfte und angeleitete Kräfte	2	39			1,95
	1	32,5			0,8125
	2	30			1,5
					= 4,2625

2.9 Fachkraftquote		
	ja	nein
● Erfüllt die Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 EQG MV?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliches Personal:

Für die Eingliederungshilfe wurden 2019 Vereinbarungen gem. § 125 SGB IX für die Leistungstypen A 4 und A 5 (intern und extern) zusätzlich für 7,07 VK abgeschlossen. Am Prüfungstag wurden 7,225 VK vorgehalten.

Darüber hinaus wurden Einzelvereinbarungen für 4 Bewohner für 3,89 VK abgeschlossen. Am Tag der Prüfung wurden 3,875 VK Fachkräfte vorgehalten. Gegen die Kürzung bei der Vereinbarung (gegenüber dem Vorjahr) läuft gegenwärtig ein Widerspruchsverfahren.

3. Ablauforganisation

In die Prüfung wurden Dienstpläne der Monate Juli, August, und September 2021 einbezogen.

		ja	nein
3.1	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		
a.	dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Qualifikation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Datum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h und i) Diese Angaben gehen aus den Original-Dienstplänen hervor!

		ja	nein
3.2	Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege- und Versorgung der Bewohnerinnen/Bewohner gegeben?		
a.	Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber gegeben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Kontinuität in der Pflege nachts gegeben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Besetzung an Wochenenden/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Kontinuität in der sozialen Betreuung gegeben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
3.3●	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen/Bewohner adäquat?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
3.4●	Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es wurden die Dienstpläne der Monate Juli bis September 2021 analysiert. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass immer mindestens eine Pflegefachkraft je Schicht (auch nachts) anwesend war.

4. Qualitätsmanagementg

		ja	nein	t.n.z.
4.1	Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?			
a.	● Fortbildungsplan Pflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	● Fortbildungsplan Betreuung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	● Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d.	● bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

a und b) Die Planungen sind erfolgt, inwieweit eine Umsetzung erfolgen kann hängt von der weiteren Entwicklung des Corona-Geschehens und der erlassenen Maßnahmen dazu ab.

c) Die Hauswirtschaft ist ausgegliedert. (siehe auch Punkt 0.4)

		ja	nein	
4.2	Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?			
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Nennung der Qualifikation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Vor- und Zunamen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		ja	nein	t.n.z.
4.3	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?			
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	zeitlichen Vorgaben im Konzept	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	inhaltlichen Vorgaben im Konzept	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im Konzept	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Konzept angewandt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Es wird mit Check-Listen gearbeitet. (differenziert nach Berufsgruppen – bei den Hilfskräften wird nicht zutreffendes gestrichen)

Spätestens nach 6 Wochen gibt es ein Beratungsgespräch mit einer Beurteilung.

		ja	nein
4.4	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
4.5●	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es gibt Regelungen im Rahmen des Qualitätsmanagements.

5. Hygiene

		ja	nein
5.1 ●	Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
5.2	Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?		
a.	● innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	● Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	● Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3. Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?		ja	nein
a.	Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Händedesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Schutzkleidung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	nein
5.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Punkte 5.2. bis 5.4. werden demnächst durch das Gesundheitsamt geprüft!

Bemerkungen:

Es wurde im Detail geprüft, inwieweit die zurzeit geltenden Corona-Regeln bzw. –Verordnungen umgesetzt werden.

Es gab keine Beanstandungen.

6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten

6.1 Liegt ein Vertrag nach § 12a ApoG vor?	Ja – Fritz-Reuter-Apotheke
---	-----------------------------------

		Ja	nein	t.n.z
6.2	Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß?			
a)	Medikamentenschrank verschlossen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Medikamentenkühlschrank (abschließbar, Temperaturkontrolle)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Medikamente korrekt gelagert (z.B. kühle Lagerung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Ablauf- oder Anbruchdaten bei Tropfen/Salben notiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Verfalldaten beachtet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Wenn Medikamente verblistert werden, sind diese ordnungsgemäß beschriftet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	Sind geeignete Informationen zu den jeweiligen Medikamenten für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	nein	t.n.z
6.3	Findet eine jährliche Beratung und Überprüfung über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln statt? Wenn ja, wann war die letzte Beratung/Überprüfung? 2020 fiel diese wegen Corona aus; für 2021 ist eine Beratung für den November 2021 geplant.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4●	Werden die Medikamente durch Pflegefachkräfte gestellt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5●	Werden die Medikamente grundsätzlich von Pflegefachkräften verabreicht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6●	Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet? - am Prüftag gab es keine BTM -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.7	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es gab keine Beanstandungen.

7. Verpflegung

		ja	nein
7.1	Wird der Speiseplan in Form eines gut lesbaren Wochenplans bekannt gegeben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Speiseplan hängt in gut lesbarer Schriftgröße im Foyer und in den Wohnbereichen aus.

		ja	nein	t.n.z
7.2	Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?			
a. ●	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ●	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c. ●	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen/Bewohner orientiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ●	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Wahlmöglichkeiten - Komponententausch -	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3 Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten?			
a.	Frühstück	von 06.00 Uhr	bis 08.30 Uhr
b.	Zwischenmahlzeit	von 09.30 Uhr	bis 10.30 Uhr
c.	Mittagessen	von 11.00 Uhr	bis 13.00 Uhr
d.	Zwischenmahlzeit/Kaffee	von 14.30 Uhr	bis 15.30 Uhr
e.	Abendessen	von 17.00 Uhr	bis 18.30 Uhr
f.	Spätmahlzeit	von 20.00 Uhr	bis 21.00 Uhr
g.	Nachtmahlzeit	nur bei Bedarf	

		ja	nein
7.4●	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
7.5	Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen und Bewohner zuzahlungsfrei statt?		
a.	Bewohnerinnen und Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	● Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	● Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- a) Die Bewohner werden bei Einzug (Vertrag) über die Getränkeversorgung informiert; es gibt täglich persönliche Informationen durch das Personal.
- b) z.B. Wasser, Saft, Milch,
- c) z.B. Kaffee, Tee, Kakao, Milch

		ja	nein	t.n.z.
7.6	Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohnerinnen/Bewohner Rechnung getragen?			
a.	Es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen? - passierte oder angedickte Kost -	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Es werden mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten angeboten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohnerinnen/Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Der Abstand der zuletzt für Bewohnerinnen/Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohnerinnen/ Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		ja	Nein
7.7●	Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Bewohner können im Wohnbereich, im „Wohnzimmer“ oder im Zimmer in einer angenehmen Atmosphäre ihr Essen einnehmen

8. Betreuung

		ja	nein
8.1	Werden Leistungen der Betreuung angeboten?		
a.	● Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	● Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	● Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	● Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	● Veranstaltet die Pflegeeinrichtung jahreszeitliche Feste?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

zu c) z.B. zu anderen Wohlfahrtsverbänden, zum Mehrgenerationenhaus, zu anderen Behinderteneinrichtungen, zum amb. Hospizdienst

zu e) Zu den feststehenden Feiertagen 2019 und 2020 konnten aufgrund von Corona keine gemeinsamen Feiern durchgeführt werden, 2021 gab es ein Sommerfest und es ist auch eine Weihnachtsfeier für alle Bewohnerinnen und Bewohner geplant.

		ja	Nein
8.2	Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vordergründig sind immer die speziellen Krankheitsbilder der Bewohnerinnen und Bewohner.

		ja	nein
8.3	Wird die Betreuung durch fest angestellte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter koordiniert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.4	In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85, Absatz 8 SGB XI)?

Da fast alle Bewohner Leistungen der Eingliederungshilfe zusätzlich erhalten, erfolgt die Betreuung in diesem Rahmen.

		ja	nein
8.5	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 SGB XI i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit welchem Stundenumfang?			

Soll bei 46 Bewohnern: 2,30 VK
Ist am Prüfungstag bei 46 Bewohnern: 2,30 VK

		ja	nein
8.6	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 84 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?		
a.	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt? (geringe Abweichung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte -RL?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte -RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?	<input checked="" type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
d.	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte -RL nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Aufgrund der Corona-Pandemie erfolgten 2020 kaum Weiterbildungen dazu und auch 2021 konnten die 16 Stunden bisher nicht erreicht werden.

		ja	nein	t.n.z.
8.7	Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohnerinnen/Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?			

		ja	nein	t.n.z.
8.8	Ist das Angebot an Betreuung ausreichend?			
a.	● Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	● für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		ja	nein
8.9 ●	Werden diese Angebote den Bewohnerinnen/Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es gibt Aushänge im Foyer und in den Wohnbereichen.
Darüber hinaus erhält jede Bewohnerin/jeder Bewohner seinen individuellen auf das Krankheitsbild abgestimmten Betreuungsplan persönlich.

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

Spätestens nach 6 Wochen erfolgt ein Auswertungsgespräch und dann eine regelmäßige Evaluierung.

		ja	nein
8.11●	Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

		ja	nein	
9.1	Gibt es in der Einrichtung einen geschlossenen Bereich?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

9.2.a Bei wie vielen Bewohnerinnen/Bewohnern werden freiheitsentziehende/freiheitseinschränkende Maßnahmen angewandt? (Informationsangaben)	Gesamt:	13
Wie viele Bewohnerinnen/Bewohner haben:	davon:	Richterlicher Beschluss
Durchgängig hochgezogener Seitenrausrollschutz		11
Bauchgurt im Bett		10
Bauchgurt im Rollstuhl		8
Therapietisch am Rollstuhl		1
Rollstuhlfixierung /Beckengurt		
Schulterhalterung im Bett		1
Fixierung von Händen oder Füßen oder Schritifixierung		2
Sitzweste im Rollstuhl/Bett		1
Einschluss im Zimmer zu den Ruhezeiten		2
Sonstiges (Verschließen der Tür, Anbringen v. Türtgittern)		4

*In den Beschlüssen sind mehrere Maßnahmen enthalten.

	ja	nein	t.n.z.
9.2.b • Liegt für jede freiheitsentziehende/freiheitseinschränkende Maßnahme ein richterlicher Beschluss vor, wenn die Bewohnerinnen/Bewohner nicht einwilligungsfähig, aber nicht vollständig immobil sind?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3. Freiheitseinschränkungen bei Einwilligungsfähigen oder Schutzmaßnahmen bei vollständig immobilen Bewohnerinnen/Bewohnern oder Bewohnerinnen/Bewohnern welche keine kognitiv gesteuerten Bewegungen ausführen können

9.3.a Bei wie vielen einwilligungsfähigen Bewohnerinnen/Bewohnern oder Bewohnerinnen/Bewohnern, welche vollständig immobil sind oder keine kognitiv gesteuerten Bewegungen ausführen können, werden Maßnahmen angewandt, die dem Grund nach zur Freiheitsentziehung/- Einschränkung eingesetzt werden können?(Informationsangabe)	Gesamt:	0	26
Wie viele Bewohnerinnen/Bewohner haben:	davon:	Einwilligungen	Arzt/ Gericht
Durchgängig hochgezogener Seitenrausrollschutz			25
Bauchgurt/Beckengurt Rollstuhl oder Bett			26
Therapietisch			8
Türgitter			
Sonstiges z.B. Sitzhose oder – weste Handmanschetten, Brustgurt, Schultergurt, Hosenträgergurt Fixierungen von Füßen oder Händen Schutzhelm u.a.)			18
Vier-Punkt-Fixierung			1

*Es sind Mehrfachnennungen möglich!

	ja	nein	t.n.z.
9.3.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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	nein	t.n.z.
9.4 Wird die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig und zeitnah evaluiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wahrung der Selbstständigkeit

	ja	nein	t.n.z.
10.1 • Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bauliche Mindestanforderungen

		ja	nein
11.1●	Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt bzw. liegen Ausnahmegenehmigungen bzw. Befreiungen vor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
11.2	Stimmen die räumlichen Gegebenheiten mit der letzten Anzeige überein?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
11.3	Ist sichergestellt, dass ein geeigneter Raum als Einzelzimmer zur vorübergehenden Nutzung i. S. d. § 4 Abs. 3 EMindBauVO M-V jederzeit zur Verfügung gestellt werden kann?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Zimmer war am Prüftag nicht belegt.

		ja	nein
11.4	Wird das Nichtraucherschutzgesetz umgesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
11.5	Werden in der Einrichtung, in denen keine Brandmeldeanlage vorhanden ist, Rauchwarnmelder eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.6	Sind bauliche oder räumliche Veränderungen geplant, ggf. welche und wann? keine
------	--

12. Verwaltete Gelder/Wertsachen – war nicht Gegenstand der Prüfung

		ja	nein	t.n.z.
12.1	Können die Bewohnerinnen/Bewohner, die keine Betreuung im Bereich Vermögenssorge haben, ihre Geldgeschäfte grundsätzlich selbst oder mit individueller Unterstützung tätigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.2	Wird eine unentgeltliche Barbetragsverwaltung für sozialhilfebedürftige Bewohnerinnen/Bewohner durch die Einrichtung auf Wunsch der Bewohnerinnen/Bewohner übernommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12.3●	Erfolgt die Barbetragsverwaltung ordnungsgemäß? (Auszahlungsbelege bewohnerbezogen abgeheftet?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12.4	Bietet die Einrichtung die Möglichkeit, auf Wunsch der Bewohnerin/des Bewohners Wertsachen/Sparbücher sicher aufzubewahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12.5	Gibt es Regelungen zur Annahme von Geld oder geldwerten Leistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13. Spenden

		ja	nein	t.n.z.
13.1●	Sind eingegangene Spenden gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 3 EQG M-V angezeigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.2	Sind eingegangene Spenden nachvollziehbar und zweckentsprechend verwandt?	<input checked="" type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	---	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Bemerkungen:

*Bisher können keine Verwendungsnachweise vorgelegt werden; Bis Januar 2022 sollen die Gelder ausgegeben sein. (Coronabedingt konnte bisher z.B. die Rollstuhlschaukel nicht angeschafft werden)

14. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

14.1 Mitwirkungs-gremium (*Informationsangaben*)

Bewohnervertretung
(Vertretung der
Bewohnerinnen/Bewohner)

Bewohnerversammlung
(Versammlung der
Bewohnerinnen/Bewohner)

Externer Beirat

Fürsprecherin/Fürsprecher

Anzahl der Mitglieder	letzte Wahl am
Anzahl der Mitglieder	letzte Wahl am
Bestellung durch die Heimaufsicht zum:	01.03.2021

Mitwirkungs-gremium nicht vorhanden

		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird das Mitwirkungs-gremium bei der Ausübung seiner Aufgaben begleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

14.3	Werden Entscheidungen des Trägers gemäß § 3 Abs. 2 EMitwVO M-V mit dem Mitwirkungs-gremium erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------	--	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

14.4	Werden Beschwerden oder Anträge des Mitwirkungs-gremiums in angemessener Frist (innerhalb von 6 Wochen) bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
------	---	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

14.5●	Sind die Entscheidungen und Beschlüsse des Mitwirkungs-gremiums nachweislich dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	--	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

14.6●	Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	---	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

14.7 Wie oft tagt das Mitwirkungs-gremium?

14.8 Wie werden die durch die Bewohnerinnen/Bewohner angesprochenen Probleme gemeinsam gelöst?

- es gibt persönliche Gespräche bzw. Gespräche mit den Angehörigen oder Betreuern unter Einbeziehung des Fürsprechers und eines verantwortlichen Mitarbeiters des jeweiligen Wohnbereiches
- bei Beschwerden wird das Beschwerdemanagement umgesetzt

15. Bewohnerbefragung

Aufgrund der kognitiven Einschränkungen war keine Befragung möglich. Die Fürsprecherin wurde informiert.	ja	überwiegend ja	überwiegend nein	nein nie
a) Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Erfolgt die Anrede wunschgemäß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Klopfen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter an, bevor sie Ihr Zimmer betreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fragen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter welche Kleidung Sie anziehen möchten? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Können Sie morgens aufstehen, wann Sie möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Können Sie zu Bett gehen, wann sie möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Erhalten Sie Ihre Post durch die Einrichtung ungeöffnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Können Sie jederzeit die Einrichtung verlassen oder betreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Schmeckt Ihnen das Essen in der Regel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Bekommen Sie Zwischenmahlzeiten angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Entsprechen die Angebote an Beschäftigung und Unterhaltung Ihren Interessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Werden Ausflüge angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Entspricht die Sauberkeit Ihres Zimmers Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Besteht die Möglichkeit einer Form der kostenlosen Wäschekennzeichnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Fachliche und medizinische Standards – war nicht Gegenstand der Prüfung

Zusammenfassung:

An der Prüfung waren die Einrichtungsleiterin und die Pflegedienstleiterin beteiligt.

Das Prüfungsergebnis stellt sich insgesamt „Sehr gut“ dar.

Aufgrund des sehr guten Prüfungsergebnisses konnte im abschließenden Auswertungsgespräch auf eine Mängelberatung gem. § 9 Einrichtungenqualitätsgesetz M-V verzichtet werden.

Gabriele Funk