

## Qualitätsbereiche der Bewertung der Prüfung nach § 8 EQG M-V für Einrichtungen nach SGB XII zur Veröffentlichung

Angaben zur Einrichtung:

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Tag der Prüfung:

Name des Prüfenden:

### 5. Personal

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

### 7. Dienstpläne/-Organisation

	ja	nein
• Ist der Personaleinsatz sach- und fachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9. Fortbildung

	ja	nein
• Liegen Fortbildungsnachweise für Beschäftigte in der Betreuung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Liegen Fortbildungsnachweise für sonstige Beschäftigte vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 11. Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

	ja	nein	t.n.z.
• Werden neue Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Betreuung nachweislich eingearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12. Einzug neuer Bewohnerinnen/Bewohner

	ja	nein	t.n.z.
• Werden neue Bewohnerinnen/Bewohner (anhand dieser Regelungen) beim Einzug nachweislich systematisch begleitet? (erste Kontaktaufnahme, Bezugspersonen, Probewohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13. Sterbebegleitung

	ja	nein	t.n.z.
• Kann in der Einrichtung würdevoll Abschied genommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 14. Qualitätsmanagement

	ja	nein
• Gibt es ein Verfahren zur Sicherung der Qualität der Leistungen oder ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 15. Dokumentation von Teilhabe und Assistenz

	ja	nein
• Liegt ein geeignetes Verfahren zur Dokumentation der Teilhabe- und Assistenzleistungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches Verfahren wird angewandt? – Name ggf. Anmerkung:		
<b>Stehen die relevanten Informationen für die Erbringung der Teilhabe -und Assistenzleistungen nachvollziehbar zur Verfügung?</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
• b) Sozialanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• f) Aufzeichnungen von Fördermaßnahmen, Betreuungsangebote, pflegerische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist sichergestellt, dass wichtige Informationen beim Übergang in andere Leistungsformen weitergegeben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 16. Assistenz- und Teilhabeplanung

	ja	nein
• Liegt ein Teilhabeplan für alle Bewohnerinnen/Bewohner vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 17. Umgang mit Arzneimitteln

	ja	nein	t.n.z.
• Sind die Medikamente bewohnerbezogen gekennzeichnet und aufbewahrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist die Aufbewahrung der Medikamente ordnungsgemäß und sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Werden die Medikamente fachlich qualifiziert verabreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 18. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

	ja	nein	t.n.z.
• b) Liegt für jede freiheitsentziehende Maßnahme ein richterlicher Beschluss vor, wenn die Bewohnerin/der Bewohner nicht einwilligungsfähig, aber nicht vollständig immobil ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19. Verpflegung

	ja	nein
• c) Bestehen Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl der Mahlzeiten und Getränke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• d) Ist das Essen abwechslungsreich, vielseitig und gesund?(unter Berücksichtigung der 10 Ernährungsregeln der DGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• e) Werden Getränke auch außerhalb der Mahlzeiten angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 20. Wahrung der Selbständigkeit

	ja	nein
• a) Bestehen Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten in verschiedenen Alltagssituationen (z.B. Teilhabeangebote, Kleidungsauswahl, ggf. Tagesstruktur, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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/Bewohnerzimmer, Reinigung der Gemeinschaftsflächen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 21. Teilhabe/Tagesstrukturierung

	ja	nein	t.n.z
• a) Liegt ein Plan für Teilhabeangebote (einschließlich Beschäftigung) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• b) Finden jahreszeitliche Feste statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• d) Finden Aspekte der kulturellen und religiösen Herkunft bei der Gestaltung der Angebote Berücksichtigung?	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 22. Bauliche Mindestanforderungen

	ja	nein
• a) Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 23. Hygiene

	ja	nein
• a) Ist ein Hygieneplan für alle hygienisch relevanten Funktionsbereiche vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• b) Sind die Hygienekontrollen in der Einrichtung nachweislich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 24. Verwaltete Gelder/ Wertsachen

	ja	nein	t.n.z.
• c) Erfolgt die Barbetragsverwaltung ordnungsgemäß? (Auszahlungsbelege bewohnerbezogen abgeheftet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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 type="checkbox"/>

### 26. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

	ja	nein	t.n.z.
• d) Werden Beschwerden oder Anträge des Mitwirkungsremiums in angemessener Frist (innerhalb von 6 Wochen) bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• e) Sind die Entscheidungen und Beschlüsse des Mitwirkungsremiums nachweislich dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• f) Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>