

Von Seiten der Einrichtung haben an der Heimbegehung teilgenommen:

- Herr Stefan Bühler, Einrichtungsleiter
- Herr Domenik, Ceran, Pflegedienstleiter

Von Seiten der Heimaufsicht/des Kreissozialamts haben teilgenommen:

- Herr Fischer

1. Strukturdaten / Bewohner / Personal / Pflegesatzvereinbarung

1.1 Strukturdaten

Name und Anschrift der Einrichtung

Seniorenzentrum St. Georg, Georgstr. 5, 88521 Ertingen

Träger der Einrichtung

Gemeinde Ertingen, Dürmentinger Straße 14, 88521 Ertingen

Verband der Einrichtung

BWKG

Heimleitung der Einrichtung

Herr Stefan Bühler mit einem Stellenanteil von 80%.

Stellvertretende Heimleitung

Herr Ceran

Pflegedienstleitung

Herr Ceran mit einem Stellenanteil von bis 31.12.2022 80%, ab 01.01.2022 100%. Herr Ceran ist für die Aufgaben freigestellt.

Stellvertretende Pflegedienstleitung

Frau Anna Jakuszczonek

Hauswirtschaftliche Leitung

Frau Inge Storrer mit einem Stellenanteil von 80%

Küche: Frau Inge Storrer

Stellvertretende Küchenleitung: Frau Maria Knupfer mit einem Stellenanteil von 100%

Reinigung: Frau Storrer

Wäsche: Frau Storrer; Die Wäsche wird in der Einrichtung (Bewohneroberbekleidung, Dienstkleidung) und von der Firma Kabus e.K. (Flachwäsche, Unterwäsche der Bewohner), Talstraße 1 in 88348 Bad Saulgau gewaschen.

Qualitätsmanagement

Frau Buck Ariane vor Ort mit einem Stellenanteil von 0,2 Freistellung

Versorgungsvertrag

Im Gesamtversorgungsvertrag (16.09.2019) sind insgesamt **59** vollstationäre Pflegeplätze einschließlich **5** eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze und **10** Tagespflegeplätze ausgewiesen. Seit Ende 2014 wird keine Tagespflege mehr angeboten. Mit Abschluss der Umbaumaßnahmen wird diese wiederaufgenommen.

1.2 Bewohner

Am Tag der Heimbegehung leben **58** Menschen in der Einrichtung.

Die Pflegeplätze sind in zwei Wohnbereiche untergliedert. Der Wohnbereich I befindet sich im Erdgeschoß und Wohnbereich II im 1. und 2. Obergeschoß. Im Wohnbereich I leben 21 Bewohner und im Wohnbereich II 37 (26 und 7) Bewohner

Pflegegrad der Bewohner nach § 15 SGB XI am 06.12.2022

Pflegegrad	Wohnbereich I	Wohnbereich II	beide Wohnbereiche
Pflegegrad 2	3	8	11
Pflegegrad 3	7	16	23
Pflegegrad 4	7	9	16
Pflegegrad 5	4	4	8

Risikoerfassung der Bewohner am 06.12.2022

	Wohnbereich: EG	Wohnbereich:1. OG	Wohnbereich: 2.OG
Regelmäßige Gabe von Sedativa	16	13	1
Wachkoma	0	0	0
Tracheostoma	0	0	0
beatmungspflichtig	0	0	0
Eigengefährdung	1	2	0
FEM	1	2	0
Weglaufftendenz	0	3	0
Sturzgefahr	11	15	3
haben Kontrakturen	11	15	2
haben einen transurethralen Blasenkatheter	5	5	0
haben einen suprapubischen Blasenkatheter	0	3	0
sind dauerhaft/überwiegend bettlägerig	4	6	0
kann sich nicht selbstständig melden	4	6	1
haben eine PEG-Sonde	0	0	0
haben einen Dekubitus (wo entstanden)	2 Krankenhaus / Zuhause	0	0
haben eine Wunde	1	0	0
haben multiresistente Keime (z.B. MRSA)	0	0	0
Harninkontinenz	16	20	3
Stuhlinkontinenz	12	12	2
Aspirationsgefahr	5	6	0
mangelnde Nahrungsaufnahme	1	0	0
mangelnde Flüssigkeitsaufnahme	3	0	0
haben einen Diabetes mellitus Typ I	0	0	0
haben einen Diabetes mellitus Typ II	11	6	1
insulinpflichtigen Diabetes	5	2	0
haben Allergien	2	1	1
Epilepsie	1	1	0
Demenz	13	10	1

1.3 Personal

Die Pflegefachkraftquote beträgt zum Begehungszeitpunkt **54,71 %**. Die Anforderungen an die qualitative Personalausstattung werden erfüllt. Im Bereich der Betreuung gem. § 43 b SGB XI werden 2,9 Stellen VZÄ vorgehalten. Bei der qualitativen Personalberechnung wurde die Pflegedienstleitung nicht berücksichtigt. Die quantitative Personalausstattung ist ausreichend. Es liegt eine Überdeckung von 3,49 VZÄ vor. Die aktuellen Pflegesatzvereinbarungen (04/2022) für vollstationäre Pflege/eingestreuete Kurzzeitpflege nach § 85 SGB XI und gemäß § 43b SGB XI liegen der Heimaufsicht vor.

1.3.1. Personalausstattung quantitativ (Stand 06.12.2022)

Berechnung des Personalbedarfs nach Pflegegrad

	Pflegegrad	Personalschlüssel	Bewohner	Quote
Pflegegrad I	1	4,81	0	0,00
Pflegegrad II	2	3,75	11	2,93
Pflegegrad III	3	2,58	23	8,91
Pflegegrad IV	4	1,96	16	8,16
Pflegegrad V	5	1,76	8	4,55
Bewohner Gesamt:			58	24,56

Personalausstattung für Pflege und Betreuung - quantitativ

Pflegefachkräfte (PFK)	Vollzeitstelle
Pflegedienstleitung 1,0	1,00
Pflegefachkraft	14,40
Schüler PFK 3.Lj	0,40
	15,80
Fachkräfte (FK)	
	0,00
Nicht-Fachkräfte (NFK)	
angelernte Kräfte	8,22
Assistenzkräfte	4,03
	12,25
Personalausstattung Pflege gesamt	28,05
Personalbedarf nach Pflegegrad	24,56
Über-/Unterschreitung	3,49
50 % Fachkräfte nach Personalausstattung Pflege gesamt	14,03
Pflegefachkräfte + Fachkräfte (IST)	15,80
Über-/Unterschreitung	1,77

1.3.2 Personalausstattung qualitativ (Stand 06.12.2022)

Personalausstattung für Pflege und Betreuung - qualitativ

Pflegfachkräfte (PFK)	Vollzeitstelle	in %
Pflegedienstleitung 1,0	0,00	
Pflegfachkraft	14,40	
Schüler PFK 3.Lj	0,40	
Pflegfachkräfte gesamt:	14,80	54,71
Fachkräfte (FK)		
Fachkräfte gesamt:	0,00	0,00
Pflegfachkräfte und Fachkräfte:	14,80	54,71
Nicht-Fachkräfte (NFK)		
angelernte Kräfte	8,22	
Assistenzkräfte	4,03	
Hilfskräfte gesamt:	12,25	45,29
Personalausstattung gesamt:	27,05	

Basis- und Ausnahmemodelle

Basismodell		Basismodell mit geringfügiger Abweichung	
PFK (mind. 50%)	54,71	PFK	54,71
		FK	0,00
			54,71
Ausnahmmodell		Ausnahmmodell mit Zustimmungsvorbehalt	
PFK (mind. 40%)	54,71	PFK (< 40%)	54,71
FK/AzK	14,90	FK (geringfügig)	0,00
angK (max. 40%)	30,39	AzK	14,90
		angK (max. 40%)	30,39
		Nachtwachen:	1,29
		PFK:	1,14
		nicht Fachkräfte:	0,14

Erstellung und Auswertung der Dienstpläne (November und Dezember 2022)

Die Dienstpläne werden monatlich digital erstellt. Es werden Dienstpläne für die Pflegemitarbeiter, für die Führungskräfte, für die Betreuungskräfte und für die hauswirtschaftlichen Mitarbeiter erstellt. Alle Eintragungen sind dokumentenecht und lesbar. Die Vor- und Nachnamen, die Stellenbezeichnungen und die Qualifikationen sind eingetragen. Name, Beschäftigungsumfang und Qualifikation der Mitarbeiter auf den Dienstplänen entsprechen denen auf der Personalliste. Praxisanleiter sind für die Altenpflegeschüler im Dienstplan eingetragen. Die Soll- und Ist-Arbeitszeit ist eingetragen. Eine Legende mit genauen Dienstzeiten und Pausenregelungen für die Dienstpläne der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft liegt vor. Änderungen werden nur durch die Wohnbereichsleitungen eingetragen, die Gründe der Änderung werden dokumentiert und durch den Pflegedienstleiter abgezeichnet.

Die Plus-/Minusstunden sind notiert. Ein sicherer Informationstransfer zwischen den Schichten wird durch Überlappungszeiten in den Pflegedienstplänen gewährleistet. In den zwei organisatorischen Wohnbereichen ist die heimrechtliche Mindestfachkraftpräsenz gegeben. Das Pflegepersonal ist einem Wohnbereich zugeordnet. In Ausnahmesituationen arbeiten die Pflegekräfte übergreifend. In der Nacht werden die Bewohner von einer Pflegefachkraft und einer Hilfskraft betreut.

2. Qualitätsmanagement / Organisation / Beschwerdemanagement

2.1 Qualitätsmanagement

Die Einrichtung hat ein gängiges Qualitätsmanagementsystem was sich an EFQM orientiert. Ein Qualitätshandbuch steht allen Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung. Formulare werden spätestens nach einem Jahr evaluiert (Warnfunktion). Frau Buck ist zur Qualitätsmanagementbeauftragten und Auditorin der Einrichtung (mit QM- Weiterbildung) bestellt und mit 0,2 VZÄ freigestellt. Die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sind bekannt (§ 113 SGB XI), der Einrichtung angepasst und werden jährlich geschult. Es liegen Pflegestandards der Grund – und Behandlungspflege vor. Ein internes Audit wurde im letzten Jahr aufgrund Corona nicht durchgeführt. Zur Qualitätssicherung finden regelmäßige Besprechungen, unter Beachtung der aktuellen CoronaVO, die Heimleiterkonferenz, der Qualitätszirkel, Fortbildungen und Mitarbeiterbefragungen statt. Protokolle werden geführt.

2.2 Organisation

Es liegen ein Organigramm, Stellenbeschreibungen und ein Einarbeitungskonzept vor. In den Stellenbeschreibungen sind die Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Verwaltungspersonals, der Führungs-, Fach- und Hilfskräfte des Pflegepersonals geregelt. (Stellenbeschreibung) Die praktische Ausbildung der Pflegeschüler wird durch Mentoren sichergestellt. Die Schüler erhalten eine adäquate Praxisanleitung. Der praktische Teil der Ausbildung wird für die Schule und für die Einrichtung dokumentiert. Es gibt eine den Anforderungen des § 10 WTPG genügende einrichtungsbezogene Konzeption/Pflegekonzeption vom 06/2022. Ein Verpflegungskonzept für eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung von stationären Einrichtungen (nationaler Expertenstandard Ernährungsmanagement der oralen Ernährung in der Pflege) und für nicht mehr mobilisierbare Bewohner liegt vor. Ein Leitbild ist vorhanden. In der Einrichtung wird nach der Pflege Theorie von Monika Krohwinkel gearbeitet. Eine Handlungsanweisung zur Milieugestaltung liegt vor. Angehörigenarbeit findet in der Regel in Form von Angehörigengesprächen, gemeinsamen Feiern, Zufriedenheitsumfrage bei den Angehörigen, ehrenamtliches Bürgerengagement statt. Die aktuellen Empfehlungen des RKI und die Maßnahmen der aktuellen Corona-Verordnung sind bekannt und werden angewandt. Die Bezugspflege wird durchgeführt. Den Vollzeitpflegefachkräften sind Bewohner zugeordnet. Eine Podologin kommt regelmäßig unter Beachtung der aktuellen CoronaVO ins Haus. Hierfür steht im 2. Stock ein extra Zimmer für Podologin und Friseurin zur Verfügung. Jeder Bewohner besitzt eine eigene Nagelschere und Nagelfeile.

Der Informationsfluss in der Einrichtung wird durch Besprechungen auch bereichsübergreifende gewährleistet. Die Übergabe in der Pflege findet von Schicht zu Schicht mündlich statt. Bewohner- und mitarbeiterbezogene Pflegevisiten werden jährlich durchgeführt. Die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte ist gewährleistet. Für die Pflegemitarbeiter liegen Dienstweisungen, Expertenstandards, Pflegestandards und Leitfaden zum Pflegeprozess für eine fach – und sachgerechte Pflege vor. Es liegen Handlungsanweisungen zur psychosozialen Betreuung und zur aufsuchenden Einzelbetreuung vor. Einen Brandschutzbeauftragten und einen Sicherheitsbeauftragten hält die Einrichtung vor. Die Feuerwehr nimmt an der jährlichen Begehung teil.

Medizinprodukte: Für die medizinischen Geräte bestehen Wartungsverträge. Prüfprotokolle liegen vor und die Prüfplaketten sind an den Geräten angebracht. Auf die Einhaltung der Medizinprodukteverordnung wird geachtet. Der Pflegedienstleiter ist zum Medizinproduktebeauftragten bestellt. Geräteeinweisungen erfolgen regelmäßig. Blutzuckermessgeräte werden regelmäßig ausgetauscht.

Begleitung der Bewohner

In der Einzugsphase ist die psychosoziale Begleitung durch eine Bezugsperson sichergestellt. Nach vier bis sechs Wochen wird evaluiert. Die Angehörigen werden nach Möglichkeit mit einbezogen.

Fortbildung der Mitarbeiter und ehrenamtlichen Helfer

Ein Fort- und Weiterbildungsplan der Mitarbeiter für das laufende Jahr liegt vor. Im vorliegenden Fortbildungsplan sind überwiegend alle jährlich durchzuführenden Pflichtfortbildungen (Expertenstandards, Erste Hilfe, Arbeitssicherheit ...) aufgeführt. Die Betreuungskräfte gemäß § 43 b SGB XI werden jährlich geschult. Auf Wunsch können die ehrenamtlichen Helfern und der Förderverein an Fortbildungen teilnehmen.

Ehrenamtliche Helfer

Die Einbindung und Aufgabenfelder der Ehrenamtlichen und des Fördervereins sind bekannt (stricken, spielen, Gottesdienst ...). Eine Konzeption liegt nicht vor. Durch Absprachen werden bestimmte Aufgaben weitergegeben. Kommunikationsmöglichkeiten und feste Ansprechpartner sind benannt und den Bewohner bekannt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Standards für FEM bei einwilligungsfähigen und bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern liegen vor. Die notwendigen vormundschaftlichen Beschlüsse liegen vor. Die FEM sind im Stammblatt (Pflegedokumentation) hinterlegt. Die Notwendigkeit von FEM wird regelmäßig überprüft.

Art der FEM	Bewohner	Beschluss	Wunsch
Bettgitter	2	X	
Bettgitter u. Bauchgurt	1	X	

Notfallmanagement

In der Einrichtung gibt es Verfahrensanweisungen für die Vorgehensweise des Pflegepersonals bei Notfällen. Die Verfahrensanweisungen entsprechen den Empfehlungen der Bundesärztekammer, Stichwort Reanimation. Zwei Pflegekräfte sind zu Notfallbeauftragten bestellt. Es liegen Handlungsanweisungen für den Fall von Hitzewarnungen vor. Das Faltblatt des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren „Gesundheitsrisiken bei Sommerhitze für ältere und pflegebedürftige Menschen“ ist bekannt, insbesondere die speziellen Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime. Handlungsanweisungen für den Fall von Epidemien und Infektionskrankheiten liegen vor. Es ist sichergestellt, dass in der Nacht der Notarzt/Rettungsdienst unverzüglich zum Bewohner gelangen kann. Die Nachtdienste werden von zwei Pflegekräften abgedeckt. Es ist sichergestellt, dass ggf. die Patientenverfügung dem Notarzt/Rettungsdienst im Notfall ausgehändigt wird. Patientenverfügungen liegen auf den Wohnbereichen vor. Ein Verbandskoffer mit Ambubeutel und Blutdruckmessgerät wird vorgehalten. Ein Oximat und zwei elektrische Absauggeräte werden vorgehalten. Es gibt eine Brandschutzordnung die Teil A und B der DIN abdeckt. Die Feuerlöscher werden alle zwei Jahre überprüft.

Eine Telefonliste für Krisenfälle (Stromausfall, Wasserschäden etc.) liegt den Mitarbeitern vor. Ein Notfallbuch für Mitarbeiter und Feuerwehr (bei Brand) liegt vor. Ein Notfall –Stromaggregat wird vorgehalten.

Ärztliche Versorgung

Eine adäquate ärztliche Versorgung wird gewährleistet. Es besteht freie Hausarztwahl. Hausärzte kommen regelmäßig und bei Bedarf ins Haus. Es finden wöchentliche bzw. monatliche Arztvisiten mit einer Pflegekraft statt. Telefonische Anordnungen werden beim nächsten Besuch vom Hausarzt bestätigt.

Augenarzt kommt ins Heim muss aufgesucht werden

Zahnarzt kommt ins Heim muss aufgesucht werden

Der Zahnarztbesuch erfolgt, je nach Bewohnerwunsch, teilweise regelmäßig, kontrollorientiert oder beschwerdeorientiert. Ein Kooperationsvertrag mit einem Zahnarzt vor Ort wurde abgeschlossen. Zahnärztliche Formulare des Zahnarztes werden eingesetzt. Zahnärztliche Behandlungen werden in der Zahnarztpraxis durchgeführt.

Psychiater/Neurologe kommt ins Heim muss aufgesucht werden

Vom ZfP Bad Schussenried kommen regelmäßig Ärzte zu den Bewohnern.

Hautarzt kommt ins Heim muss aufgesucht werden

Urologe kommt ins Heim muss aufgesucht werden

Sonstige Fachärzte kommen ins Heim müssen aufgesucht werden

Eine notwendige Begleitung zum Arzt durch die Einrichtung ist gewährleistet.

Hinweis zur zahnärztlichen Versorgung:

Die Zahnärzte in Baden Württemberg haben ein praxisgerechtes Pflegekonzept zur Verbesserung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen entwickelt. Zur Umsetzung dieses Konzeptes wurde der „Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung Baden- Württemberg (AKBeBW)“ gegründet.

Ein Senioren und Behindertenbeauftragter (SUB) der Landes Zahnärztekammer ist in jedem Landkreis als Ansprechpartner ernannt worden. Gegen eine Aufwandsentschädigung schulen Zahnärzte aus diesem Arbeitskreis das Pflegepersonal in Heimen.

Der Senioren- und Behindertenbeauftragter für den Landkreis Biberach ist Zahnarzt Dr. Klaus Ulrich, Rissstraße 17-19, 88499 Biberach, E-Mail: ulrich@zahnaerzte-im-risscenter.de

2.3 Beschwerdemanagement

Eine aktuelle Handlungsanweisung zum Beschwerdemanagement liegt vor. Der Einrichtungsleiter und der Pflegedienstleiter sind für die Bearbeitung der Beschwerden zuständig. Die Bewohner und Angehörigen haben die Möglichkeit sich schriftlich, mündlich mit Namensangabe oder anonym zu beschweren. Die Beschwerden werden mit den Mitarbeitern bzw. mit dem betroffenen Arbeitsbereich besprochen. Der Beschwerdeführer erhält grundsätzlich eine Rückantwort. Anonyme Beschwerden werden ebenfalls bearbeitet. Die bearbeiteten Beschwerdeformulare werden im Beschwerdeordner abgelegt. Es werden Beschwerdekarten ausgelegt. Ein Beschwerdebriefkasten ist vorhanden. Derzeit wird ein Beschwerdeformular für Internetnutzer entworfen, welches auf der Website der Einrichtung implementiert werden soll.

3. Unterkunft / Wohnen

Die grundsätzliche Prüfung der Geeignetheit der Räumlichkeiten nach Bauvorschriften incl. DIN-Normen, LHeimBauVO, Brandschutzbestimmungen etc. erfolgte bereits im Baugenehmigungsverfahren.

Die bauliche Gestaltung soll den Bewohnern die Individualität, die Privatheit, ein an der Normalität orientiertes Gemeinschaftsleben und die sozialen Kontakte fördern. Durch zeitliche Befristungen wird die Einrichtung der LHeimBauVO angepasst.

Bewohnerzimmer

Anzahl der Einzelzimmer	EG 10 OG 25
Anzahl der Doppelzimmer	EG 8 OG 4

Die Bewohner können ihre Zimmer persönlich einrichten. Die Bewohner werden entsprechend ihrem Krankheitsbild bei der persönlichen Gestaltung der Zimmer durch die Angehörigen und Mitarbeiter unterstützt. Bei bettlägerigen Bewohnern wird auf eine anregende Gestaltung des Blickfeldes der Bewohner geachtet. Für zwei Bewohner steht eine Nasszelle mit WC und Dusche außerhalb der Zimmer durch Vorflure zur Verfügung. Jeder Wohnbereich verfügt über ein Pflegebad. In jedem Zimmer gibt es die technische Möglichkeit zum Anschluss von Telefon, Radio und TV. Die Bewohnerzimmer sind nicht mit Internetanschlüssen ausgestattet. Raumluft, Zimmertemperatur und Lichtverhältnisse sind den Bedürfnissen und dem Krankheitsbild der Bewohner angepasst und können individuell reguliert werden. Die Bedienbarkeit von Lichtschaltern und Rufanlage entspricht den Fähigkeiten der Bewohner. In den Doppelzimmern ist die persönliche Kleidung und Wäsche dem Bewohner klar zugeordnet.

Die elektrischen Geräte der Bewohner und der Einrichtung werden nach den gesetzlichen Vorgaben von einer externen Elektrofirma überprüft. Beim Einzug der Bewohner führt der Hausmeister eine Sichtkontrolle der elektrischen Geräte durch.

Sanitäranlagen

Die Gemeinschaftstoilettenanlage ist für die Bewohner auch aus Entfernung deutlich erkennbar. Die Gestaltung und Ausstattung der Sanitäranlagen und Pflegebäder entsprechen den Bedürfnissen der Bewohner, insbesondere auch den besonderen Bedürfnissen, die sich bei Menschen mit körperlichen, geistigen und/oder seelischen Behinderungen aus Art und Schwere der Behinderung ergeben. Den Bewohnern stehen Ablage- und Staumöglichkeiten für persönliche Utensilien zur Verfügung.

Gemeinschaftsräume und Gemeinschaftsflächen

Die Gemeinschaftsräume entsprechen in ihrer Gestaltung und Möblierung den Bedürfnissen der Bewohner, insbesondere auch den besonderen Bedürfnissen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Der Speiseraum (Erdgeschoß) ist mit einer großen Küchenzeile und Ablageflächen ausgestattet. Die Gemeinschaftsräume und Gemeinschaftsflächen bieten eine der Jahreszeit angepasste Milieugestaltung und eine wohnliche Atmosphäre. Orientierungshilfen sind durch Farbgebung, Lichtgestaltung und strukturierende Elemente gewährleistet. Die Ausgestaltung der Räumlichkeiten entspricht den Fähigkeiten der Bewohner zur sicheren und selbständigen Nutzung. Die Außenbereiche können selbstständig und gefahrlos genutzt werden. Eine zusätzliche Küche wurde entsprechend den Vorgaben der LHeimBauVO eingebaut.

Funktionsräume

Die notwendigen Funktions- und Arbeitsräume sind vorhanden und den Besonderheiten der Pflegebedürftigkeit angepasst.

Dienstzimmer

Jeder Wohnbereich ist mit einem Dienstzimmer mit Waschbecken und Hygienesets ausgestattet.

Allgemeines

Die Bewohner haben auf Antrag einen eigenen Zimmerschlüssel und Haustürschlüssel. Der Haupteingang ist jederzeit nach außen zu öffnen. Beide Wohnbereiche sind über die Treppe bzw. den Aufzug zu erreichen. Die Privatsphäre der Bewohner wird angemessen beachtet. Das Rauchen im Zimmer ist nicht gestattet. Das eigene Zimmer ist für die Bewohner jederzeit zugänglich. Die Bewohner können jederzeit Besuch empfangen.

4. Pflege / Pflegedokumentation / Behandlungspflege und Dokumentation

4.1 Bewohnerbegutachtung (Frau Gaus PFK)

Aus datenschutzrechtlichen Gründen und um eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten zu gewährleisten, wurde im Begehungsbericht die männliche Anredeform verwendet.

Bewohner I

Bewohnerstammblatt

Auf dem Bewohnerstammblatt sind persönliche Daten, Impfstatus, Verwaltungsdaten, Vollmachten/Verfügungen, Hausarzt, Diagnosen und Hilfsmittel dokumentiert.

- Bewohner bekannt-

Dokumente: General- und Vorsorgevollmacht

Impfstatus: Grippe und Covid 19 sind erfasst.

Hilfsmittel: Rollator, Pflegebett, Lagerungskissen, Brille, Zahnprothese, Rollstuhl, Wechseldruckmatratze, Blasenkateter, Inkontinenzeinlagen, Weichlagerungsmatratze

Hinweis: Um Löschung der Wecheldruckmatratze wird gebeten. Der Bewohner wird seit kurzen, wie auch gelistet, auf einer Weichlagerungsmatratze gelagert.

Bewohnerbegutachtung/Visite

Die Einwilligung zur Bewohnerbegutachtung und Einsichtnahme in die Pflegedokumentation wurde vom Bevollmächtigten (Angehöriger) telefonisch eingeholt. Eine notariell beglaubigte General- und Vorsorgevollmacht liegt der Einrichtung vor. Zu Bevollmächtigten sind die nächsten Angehörigen benannt. Der Bewohner lebt seit Ende September XXXX in der Einrichtung in einem Doppelzimmer mit Nasszelle. Zum Begehungszeitpunkt befindet sich der Bewohner alleine im Zimmer. Begleitet wird die Bewohnerbegutachtung vom Pflegedienstleiter. Das helle und saubere Zimmer ist mit Möbeln der Einrichtung und eigenen Gegenständen (Bilder) wohnlich ausgestattet. Das Pflegebett (gepolsterte Bettseitenschutzteile nach oben gezogen) steht mit dem Kopfteil zur Wand und von beiden Seiten begehbar im Zimmer. Eine richterliche Genehmigung über die freiheitseinschränkende Maßnahme (Bettseitenschutz) ist nicht erforderlich da der Bewohner nicht geh- und stehfähig ist. Die technische Ausstattung mit Telefon und Rufanlage ist vorhanden, kann aber aufgrund der Erkrankungen des Bewohners nicht genutzt werden. Zum Begehungszeitpunkt ist der Bewohner auf die linke Seite gelagert. Der Bewohner liegt auf einer Weichlagerungsmatratze. Lagerungskissen unterstützen die Positionierung und dienen der Freilagerung der Fersen. Nach der freundlichen Begrüßung und Vorstellung der Heimaufsicht wird der Bewohner über die Visite informiert. Inwieweit der Bewohner das Gesprochene und die Handlungen wahrnimmt ist nicht eindeutig eruiert. Die Kontaktaufnahme ist verbal nicht möglich da der Bewohner nicht spricht. Der Mund und die Augen des Bewohners sind geöffnet. Mit den Augen verfolgt der Bewohner jede Handlung. Der Bewohner ist zur Person, zum Ort, zurzeit

und zur Situation nicht orientiert. Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse nonverbal äußern. Der Mund ist feucht und ohne Beläge. Der Bewohner trägt keine Zahnprothese. Die Lippen sind gepflegt. Die Haut des Bewohners ist intakt und gepflegt. Der Bewohner ist mit einem frischen T-Shirt, einer Netzhose mit Inkontinenzeinlagen bekleidet. Der Bewohner ist harninkontinent und mit einem transurethralen Blasenkatheter versorgt. Der Bewohner ist stuhlinkontinent. Der Bewohner ist immobil und wird nach Lagerungsplan gelagert. Der Lagerungsplan liegt im Bewohnerzimmer aus. Der Bewohner hat Kontrakturen an beiden Armen und Händen. Die Nahrung (passiert) und die Getränke (eingedickt) werden dem Bewohner nach Hochstellen des Kopfteils im Bett eingegeben. Die Flüssigkeitsgabe und die Urinausscheidung werden täglich dokumentiert. Das Inkontinenzmaterial und Infusionslösungen sind staubgeschützt im Schrank gelagert. Der Bewohner ist normal-gewichtig.

Pflegedokumentation

Medizinische Diagnosen:

Die medizinischen Diagnosen (Diagnostizierung 2014) wurden von der Einrichtung überwiegend erfasst.

Hinweis: Im Jahr 2014 wurde eine Schädelprellung und eine Mittelgesichtsfraktur diagnostiziert. Um Evaluierung der medizinischen Diagnosen wird gebeten.

Medikamente:

Ein bundeseinheitlicher Medikationsplan des Hausarztes liegt der Einrichtung nicht vor. Ein von der Einrichtung erstelltes Medikamentenblatt mit Arztunterschrift und Stempel versehen liegt vor. Die Dauer – und Bedarfsmedikamente sind getrennt gelistet. Die Medikamente sind überwiegend mit Wirkstoff, Handelsnamen, Stärke, Darreichungsform, Dosierung, Verordnungsdatum, Verordnungsart (schriftlich, mündlich), Arzt und Hinweisen dokumentiert. Der Bewohner erhält zwei Dauermedikamente in fester Form. Der Handelsname beider Medikamente ist nicht hinterlegt. Vier Bedarfsmedikamente (Tablette, Suppositorium, Augentropfen, Infusionslösung) sind mit Indikation, Einzel – Maximaldosierung dokumentiert. Der zeitliche Abstand bei Maximaldosierung ist nicht hinterlegt.

Hinweis: Um Angabe der Handelsnamen aller Medikamente sowie der zeitliche Abstand bei Maximalgabe der Bedarfsmedikamente wird gebeten. Der verabreichte Influenzaimpfstoff vom Oktober 2021 ist ebenfalls auf dem Medikationsplan hinterlegt. Um Evaluierung wird gebeten. Es wird empfohlen den bundeseinheitlichen Medikationsplan des Hausarztes mit einzubeziehen.

Bei der Überprüfung der dem Bewohner zugeordneten Medikamente wurden keine Abweichungen festgestellt.

Behandlungspflege/Verordnungsblatt:

Auf dem Verordnungsblatt sind das Medikamentenmanagement, Nüchternblutzuckerkontrollen, subkutane Flüssigkeitszufuhr und transurethralen Blasenkatheterwechsel hinterlegt. Weitere Maßnahmen der Behandlungspflege wie Gewichtskontrollen, Blutdruck- und Pulskontrollen, Temperaturkontrollen, Urinbeutelwechsel und Schmerzerfassung werden, wie in der Pflege-dokumentation hinterlegt, durchgeführt.

Hinweis: Um Evaluierung der Behandlungspflegeverordnung/ Verordnungsblatt wird gebeten.

Vitalwerte

Gewicht: Das Körpergewicht mit BMI wird monatlich nach Einrichtungsstandard ermittelt. Der Bewohner ist XXX cm groß. Zwischen Mai 2022 bis November 2022 hat der Bewohner XXX kg an Gewicht zugenommen. Das Körpergewicht des Bewohners lag im Mai 2022 bei XXX kg und im November 2022 bei XXX kg. Der Bewohner ist normalgewichtig.

Blutdruck- und Puls: Blutdruck- und Pulskontrollen werden monatlich und je nach Befinden des Bewohners durchgeführt. Die systolischen Blutdruckwerte liegen im unteren Normbereich (110

mm/Hg). Die diastolischen Blutdruckwerte liegen alle im Normbereich (70 mm/Hg). Die Puls-
werte liegen alle im Normbereich. Die Dokumentation weist immer die Pulsfrequenz und den
Pulsrhythmus aus.

Temperatur: Von Mai 2022 bis 15. November 2022 liegen tägliche Körper-temperaturmessun-
gen vor (Corona Regelung). Die ermittelten Werte mit Angabe des Messortes liegen alle im
Normbereich. Seit Mitte November 2022 werden Temperatur-kontrollen bei Bedarf durchgeführt.
Blutzuckermessungen: Die monatlichen Blutzuckerwerte (nüchtern) von Mai 2022 bis November
2022 liegen alle im Normbereich (88 mgdl – 121mgdl). Zwei weitere Werte (Juli 2022), die nach
der Essenseinnahme ermittelt wurden, liegen etwas oberhalb des Normbereichs.

Dauerkatheterwechsel: Bewohner ist mit einem transurethralen Blasenkatheter versorgt. Im
sechswöchigen Abstand bzw. bei besonderen Ereignissen wird der transurethrale Dauerkatheter
von den Pflegefachkräften gemäß den aktuellen Pflege- Behandlungs- und Hygienestandards
gelegt. Die tägliche Katheter- und Intimpflege wird fach- und sachgerecht durchgeführt.
Urinbeutelwechsel: Der Bettbeutel mit Refluxventil wird nach Herstellerangaben unter Berück-
sichtigung der Hygiene gewechselt.

Medikamentenmanagement: Das Medikamentenmanagement erfolgt durch die Pflege-fach-
kräfte nach ärztlicher Verordnung. Die Medikamente werden im wöchentlichen Rhythmus ge-
richtet und täglich gestellt.

Schmerzmanagement: Beim Bewohner besteht ein Schmerzrisiko. Der Bewohner erhält Scherz-
medikamente bei Bedarf. Der Bewohner kann Schmerzen nonverbal äußern. Die Schmerzer-
fassung erfolgt mittels Fremdeinschätzung (BESD) und ist in der SIS, der Tagesstruktur und in
den Durchführungsnachweisen hinterlegt. Bei Schmerzmittelgabe erfolgt eine Evaluierung.

Flüssigkeitszufuhr: Bei einer Flüssigkeitszufuhr unter 500 ml täglich erhält der Bewohner sub-
kutan eine Ringerlösung nach ärztlicher Verordnung verabreicht.

SIS - Informationssammlung

Die Informationssammlung und das Bewohnergespräch fanden am 25.05 2022 statt. Davor
wurde die Pflege nach Krohwinkel (AEDL) digital erfasst.

Eigenwahrnehmung des Bewohners zu den Fragen - Was bewegt Sie im Augenblick? Was brau-
chen Sie? Was können wir für Sie tun?

Seit Aufnahme in die Einrichtung 2014 ist die demenzielle Erkrankung soweit fortgeschritten das
eine vollständige Immobilität besteht. Anhand der Körperspannung, der Mimik und Gestik wird
das Befinden des Bewohners erkannt.

Themenfeld 1: kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beim Bewohner bestehen kognitive und kommunikative Einschränkung. Es liegt ein Verlust der
kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten vor. Der Bewohner ist schwerhörig und das Seh-
vermögen ist eingeschränkt. Verbale Kommunikation nicht immer möglich. Kommunikation über
Mimik, Gestik und Berührung. Es besteht eine personelle, örtlich, zeitliche und situative Desori-
entiertheit.

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit

Beim Bewohner bestehen Mobilitätseinschränkungen die vollständig erfasst sind. Durch die ein-
geschränkte Beweglichkeit (nicht gehen, stehen, sitzen, Körperposition verlagern) liegen ein De-
kubitus- Kontraktur- und Thromboserisiko vor. Der Bewohner ist vollständig immobil. Mobilisa-
tion in den Rollstuhl ist nicht durchführbar (Kreislaufprobleme). Bewohner hat Kontrakturen an
beiden Armen und Händen.

Maßnahmen: Weichlagerungsmatratze, Lagerung nach Lagerungsplan, durchbewegen der Extremitäten, Hautpflege, Hautbeobachtung. Die Maßnahmen sind in der Pflegeplanübersicht, der Tagesstruktur und dem Durchführungsnachweis ausführlich beschrieben.

Themenfeld 3: krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Beim Bewohner bestehen krankheitsbezogene Belastungen und Anforderungen an die Einrichtung. Die erforderlichen Maßnahmen werden vollumfänglich durchgeführt (Medikamentenmanagement, die Sicherstellung der Grund – und Behandlungspflege, das Implementieren von Risikoassessment und der Zusatzformulare, die Betreuung durch Einzelangebote und die hauswirtschaftliche Versorgung).

Themenfeld 4: Selbstversorgung

Der Bewohner ist auf die Unterstützung/Vollübernahme durch das Pflegepersonal und Betreuungspersonal angewiesen. Der Unterstützungsbedarf durch die Einrichtung ist vollständig erfasst. Der Bewohner benötigt Vollübernahme beim An – und auskleiden, der Körperpflege, Fingernägel schneiden, Haarpflege, Zahnprothesenpflege, Inkontinenzeinlagenwechsel, Katheter-beutelwechsel. Es besteht eine Harninkontinenz und eine Stuhlinkontinenz. Der Bewohner kann Nahrung und Flüssigkeit nicht selbstständig zu sich nehmen. Die Nahrung muss mundgerecht bzw. passiert zubereitet werden. Die eingedickte Flüssigkeit wird dem Bewohner im Schnabelbecher gereicht. Friseur und Fußpflege kommen in die Einrichtung. Protokolle der Flüssigkeitseinfuhr und der Urinausscheidungsmenge liegen im Zimmer aus und werden geführt.

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen

Der Bewohner benötigt individuelle Aktivierungsangebote wie atemstimulierende Einreibungen, basale Stimulation, Musik hören, beten, Geschichten zuhören. Die Biographie des Bewohners liegt vor. Der Bewohner kann den Tagesablauf nicht selbstständig gestalten und planen. Die Angehörigen kommen regelmäßig zu Besuch.

Themenfeld 6: Wohnen/Häuslichkeit

Der Bewohner bewohnt ein Doppelzimmer welches mit eigenen Bildern und Dekorationsartikeln ausgestattet ist. Die Barrierefreiheit im Doppelzimmer und in der Nasszelle ist gewährleistet. Die Reinigung des Zimmers findet regelmäßig durch die Reinigungskräfte der Einrichtung statt. Die Wäsche wird von einer externen Wäscherei gereinigt.

Risiken/Phänomene

Folgende Risiken sind in der Risikomatrix erfasst: Dekubitus, Inkontinenz, Ernährung und Schmerz. Weitere fachliche Einschätzungen der erfassten Risiken sind geplant. Weitere Risiken (Kontrakturen, Thrombose, Exsikkose, Aspiration, Intertrigo) sind in der SIS erfasst und die Prophylaxen/Maßnahmen in der Pflegeplanübersicht und dem Durchführungsnachweis ausführlich dokumentiert. Die Expertenstandards und Pflegestandards werden umgesetzt.

Hinweis: Eine Erfassung der Risiken Kontraktur, Thrombose, Exsikkose, Aspiration und Intertrigo in die Risikomatrix „Sonstiges“ wird empfohlen.

Tagesstruktur

Der eingesehene Tagesstrukturplan ist auf dem aktuellen Stand. Der Tagesstrukturplan ist in einzelne Tagesabschnitte (früh, spät, Nacht) ausführlich hinterlegt. Bedarfsmaßnahmen wie Maniküre, Friseur usw. sind ebenfalls hinterlegt. Der Tagesplan und die Pflegeplanübersicht sind konform. Die erforderlichen Maßnahmen bedingen in den sechs Themenbereichen eine überwiegende Vollübernahme durch die Pflegekräfte und Mitarbeiter der Einrichtung. Die entsprechenden Pflegestandards sind bewohnerbezogen hinterlegt. Nach ärztlicher Verordnung wird die Behandlungspflege durchgeführt. Der Bewohner erhält Einzelbetreuung. Die erforderlichen Expertenstandards werden umgesetzt.

Pflegeplanübersicht

In der Pflegeplanübersicht, zuletzt am 15.11.2022 evaluiert, sind die Besonderheiten in den Themenbereichen 1-6 der SIS beschrieben. Die daraus resultierenden Maßnahmen/Prophylaxen sind einzeln detailliert beschrieben und mit Evaluierungsdatum und Handzeichen versehen.

Themenfeld 1: Orientierung geben - Tag, Zeit, Datum; einzelne Aktivitäten verbal und nonverbal ankündigen

Themenfeld 2: Dekubitusprophylaxe: Hautpflege bei der Körperpflege, Hautbeobachtung bei allen pflegerischen Handlungen, Fingertest bei Hautrötungen, bewegen und Positionierung nach Bewegungsförderungsplan, Betthöhe dem Arbeits- und Ruhebedarf anpassen

Thromboseprophylaxe und Kontrakturenprophylaxe: passive Bewegungsübungen bei jeder Pflegetätigkeit durchführen

Themenfeld 3: Vitalzeichenkontrolle, Medikamentenmanagement, Schmerzmanagement (Fremdeinschätzung BESD), Begleitung auf Toilettensstuhl, transurethraler Blasen-katheterwechsel, Urinbeutelwechsel, Urinbeutel leeren,

Themenfeld 4: Vollübernahme Ganzkörperwäsche/Körperpflege/Duschen (detailliert beschrieben), Intertrigoprophyllaxe, Vollübernahme beim An- und entkleiden, Intimpflege, Maniküre, Fußpflege (Podologe kommt in Einrichtung), Mahlzeiten (mundgerecht, passiert), Getränke (eingedickt) und Trinknahrung vorbereiten und bei der Einnahme assistieren bzw. eingeben, Aspirationsprophylaxe, Flüssigkeitsbilanzierung, Bettwäsche-wechsel, Pflege nach Tagesstruktur

Themenfeld 5: zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI

Themenfeld 6: Versorgung durch Einrichtung und externe Dienstleister

Zusatzformulare

Das Vitalwertblatt, der Medikationsplan, das Behandlungspflegeverordnungsblatt, die Durchführungsnachweise/Pflegeprotokolle, Ein- und Ausführprotokolle und der Bewegungsförderungsplan/Lagerungsplan wurden eingesehen.

In den Durchführungsnachweisen/Pflegeprotokollen werden alle Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege sowie Abweichungen der Tagesstruktur mit Handzeichen und Datum dokumentiert.

Bewegungsförderungsplan/Lagerungsplan: Auf dem Lagerungsplan vom 28.11.2022 bis 06.12.2022 sind Datum, Uhrzeit, Lagerungsposition und Handzeichen lückenlos dokumentiert. Positionswechsel finden alle 2-3 Stunden statt. Mobilisation im Rahmen der Toilettengänge (Toilettensstuhl) und dem duschen (Duschstuhl). Vom 01.2.2022 bis einschließlich 03.12.2022 wurde die Rückenlagerung aufgrund eines Hämatoms am Steiß ausgesetzt. Am Begehungstag 06.12.2022 wurde eine intakte Haut am Steiß und am ganzen Körper festgestellt.

Ein- und Ausführprotokolle: Laut den vorliegenden Protokollen vom 30.11.2022 bis 05.12.2022 nimmt der Bewohner zwischen 1050ml und 1600 ml an Flüssigkeit zu sich. Die Urinausscheidung liegt zwischen 1100 ml und 2300 ml. Die Flüssigkeitsmenge wird mit Datum, Uhrzeit, Art der Flüssigkeit, Bemerkungen (z.B. Brei) und Handzeichen täglich dokumentiert. Die Ausführungsmenge wird überwiegend einmal täglich dokumentiert. Die Erfassung soll eine Dehydratation oder Ödembildung vorbeugen. Bei einer Flüssigkeits-zufuhr unter 500ml erhält der Bewohner 500 ml Infusionslösung zugeführt.

Hinweis: Am 03.12.2022 ist die Ausfuhrmenge nicht dokumentiert. Eine tägliche Dokumentation der Ausfuhrmenge wird empfohlen.

Pflegebericht

In dem eingesehenen Pflegebericht der vergangenen zwei Monate sind Ereignisse, Maßnahmen und Ergebnisse außerhalb der Tagesstruktur dokumentiert. Der Bewohner leidet immer wieder unter Obstipation und wird mit Laxantien (Bedarfsmedikament) abgeführt. Im Oktober wurde eine subkutane Ringerlösung aufgrund der geringen Flüssigkeitszufuhr nach ärztliche Behandlungspflegeverordnung dem Bewohner verabreicht.

Zusammenfassung der Pflegedokumentation

Im Mai 2022 fand ein Wechsel von der Pflegedokumentation nach Krohwinkel zur strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der EDV gestützte Pflegedokumentation (sic) statt. Der Pflegeprozesses ist mit den Elementen SIS, Risikomatrix, individueller Tagesstruktur, der individuellen Pflegeplanübersicht, den Zusatzformularen und den Berichten aufgebaut. Die Stammdaten des Bewohners sind erfasst. Biografische Daten liegen vor. Zusatzformulare werden im Hinblick auf das erfasste Risikomanagement geführt. Ziel der Pflege ist dem Bewohner eine möglichst gute Lebensqualität zu bewahren.

Bewohner II

Bewohnerstammblatt

Auf dem Bewohnerstammblatt sind persönliche Daten, Impfstatus, Verwaltungsdaten, Vollmachten/Verfügungen, Hausarzt, Diagnosen, pflegerische Besonderheiten und Hilfsmittel dokumentiert.

- Bewohner bekannt -

Dokumente: Generalvollmacht und Patientenverfügung

Impfstatus: Grippe und Covid 19 sind erfasst.

Besonderheiten: begrenzte Belastbarkeit (orthopädische Diagnose)

Hilfsmittel: Brille, Hüftprotektorenhose, Lagerungskissen, Rollator, Pflegebett, Toilettenstuhl, Zahnprothese, Antithrombosestrumpf rechts, Kompressionsbinden (Pütter) linkes Bein, Inkontinenzeinlagen, Rollstuhl

Hinweis: Bewohner trägt Hörgeräte die in der Pflegedokumentation erfasst sind. Um Aufnahme in die Hilfsmittelliste wird gebeten.

Bewohnerbegutachtung/Visite

Die Einwilligung zur Bewohnerbegutachtung und Einsichtnahme in die Pflegedokumentation wurde vom Bevollmächtigten (Angehöriger) telefonisch und vom Bewohner persönlich eingeholt. Eine notariell beglaubigte General- und Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung liegt der Einrichtung vor. Zu Bevollmächtigten sind die nächsten Angehörigen benannt. Der Bewohner lebt seit Mitte XXXX in der Einrichtung in einem Doppelzimmer mit Nasszelle. Das helle und saubere Zimmer ist mit Möbeln der Einrichtung und eigenen Gegenständen wohnlich ausgestattet. Das Pflegebett (Bettseitenschutzteile nach unten gezogen) steht mit dem Kopfteil zur Wand und seitlich zum Kleiderschrank und dem Bewohnerbett des Zimmernachbarn im Zimmer. Zum Begehungszeitpunkt befindet sich der Bewohner alleine im Zimmer. Begleitet wird die Bewohnerbegutachtung vom Pflegedienstleiter. Beim Eintritt ins Zimmer nestelt der Bewohner am Kleiderschrank und sucht ein bestimmtes Kleidungsstück. Der Bewohner macht einen aufgewühlten Eindruck. Die Kontaktaufnahme ist eingeschränkt möglich. Der Bewohner berichtet mit verwischener Sprache das immer wieder Kleidung und Geld wegkommen würde. Der Bewohner berichtet das es ihm heute nicht so gut gehen würde (hatte Durchfall). Der Bewohner trägt saubere

und der Jahreszeit angepasste Kleidung. Der Bewohner berichtet von Menschen die Dinge entwenden und von Stimmen die er hört. Der Bewohner trägt eine saubere Brille und ein Hörgerät. Der Bewohner gibt an trotz Hörgerät nicht gut zu hören. Eine Pflegekraft wird sich nach der Begehung darum kümmern. In der Tagesstruktur ist der Umgang mit den Hilfsmitteln Brille und Hörgeräte beschrieben. Der Bewohner ist zur Person orientiert. Örtlich, zeitlich und situativ ist der Bewohner nicht orientiert. Regelmäßige psychiatrische Visitationen finden statt. Der Bewohner kann Wünsche und Bedürfnisse äußern. Die Raumluft, die Zimmertemperatur und die Lichtverhältnisse können den Bedürfnissen des Bewohners angepasst und reguliert werden. Die Lichtschalter und die intakte Rufanlage können vom Bewohner bedient werden. Der Bewohner kann frei sitzen, kann stehen und mit dem Rollator alleine gehen. Der Bewohner kann sich im Bett überwiegend selbstständig drehen und benötigt Unterstützung beim Hinlegen und aufstehen. Der Bewohner hat einen unsicheren gebeugten Gang. Der Bewohner kann die Arme verlangsamt etwas nach oben bewegen. Aufgrund der Kontrakturgefahr wird Kontrakturprophylaxe (Mobilisation, durchbewegen) durchgeführt. Beim Bewohner besteht ein Sturzrisiko das nach extrinsischen und intrinsischen Faktoren erfasst wurde. Die Maßnahmen sind in der Pflegedokumentation hinterlegt. Der Bewohner leidet unter chronischen und akuten Schmerzen und erhält Dauer- und Bedarfs-schmerzmittel. Der Bewohner benötigt Teil -und Vollübernahme bei der Grundpflege. Morgens wird der Unterkörper des Bewohners im Bett gewaschen und gepflegt. Das linke Bein wird mit Kompressionsbinden (Pütterverband) gewickelt und am rechten Bein wird ein Anti-thrombosestrumpf angelegt. Das Gesicht und der Oberkörper werden am Waschbecken ge-waschen. Der Bewohner trägt eine Zahnvollprothese. Die Mundschleimhaut ist feucht, die Zunge ist frei von Belägen und die Lippen sind gepflegt. Die Haut (Pergamenthaut) ist bis auf das ulcus cruris am linken Innenknöchel intakt und gepflegt. Der Bewohner trägt tagsüber eine Hüftprotektorenhose. Die Finger- und Fußnägel sind gepflegt. Der Bewohner ist harninkontinent und trägt Inkontinenzunterlagen. Das Inkontinenzmaterial ist staubgeschützt im Schrank gelagert. Bewohner verspürt Harn- und Stuhldrang. Toilettengänge werden durchgeführt. Der Bewohner kann selbstständig essen und trinken. Der Bewohner ist leicht übergewichtig. Im Schrank wird das Verbandsmaterial gelagert. Der Bewohner fühlt sich in der Einrichtung wohl. Bewohner hat das Gefühl das immer wieder Gegenstände entwendet werden.

Hinweis: Es wird empfohlen die Funktionsfähigkeit und Einstellung des Rollators zu überprüfen.

Pflegedokumentation

Medizinische Diagnosen:

Die medizinischen Diagnosen wurden von der Einrichtung überwiegend erfasst.

Hinweis: Bewohner hat seit Juni 2022 ein ulcus cruris am linken Innenknöchel. Um Erfassung wird gebeten.

Medikamente:

Ein bundeseinheitlicher Medikationsplan des Hausarztes liegt der Einrichtung nicht vor. Ein von der Einrichtung erstelltes Medikamentenblatt mit Arztunterschrift und Stempel versehen liegt vor. Die Dauer – und Bedarfsmedikamente sind getrennt gelistet. Die Medikamente sind überwiegend mit Handelsnamen, Wirkstoff, Stärke Darreichungsform, Dosierung, Verordnungsdatum, Verordnungsart (schriftlich, mündlich), Arzt und Hinweisen dokumentiert. Der Bewohner erhält neun Dauermedikamente davon acht in fester Form und eins in Pulverform Das Betäubungsmittel wird fach- und sachgerecht verabreicht und im Betäubungsmittelformular mit Rezeptkopien korrekt erfasst und dokumentiert. Vier Bedarfsmedikamente davon drei in fester Form und ein Spray sind mit Indikation, Einzel – Maximaldosierung dokumentiert. Der zeitliche Abstand bei Maximaldosierung ist nicht hinterlegt.

Hinweis: Um Wirkstoffangabe und Handelsname aller Medikamente sowie der zeitliche Abstand bei Maximalgabe der Bedarfsmedikamente wird gebeten. Der verabreichte Influenzaimpfstoff

(2018, 2019) ist ebenfalls auf dem Medikationsplan. Um Evaluierung wird gebeten. Es wird empfohlen den bundeseinheitlichen Medikationsplan des Hausarztes mit einzubeziehen.

Bei der Überprüfung der dem Bewohner zugeordneten Medikamente wurden keine Abweichungen festgestellt.

Behandlungspflege/Verordnungsblatt

Auf dem Verordnungsblatt sind das Medikamentenmanagement, die Gabe von eiweißreicher Trinknahrung, das An- und Ausziehen eines Antithrombosestrumpfes rechts und das An- und Ablegen eines Kompressionsverbandes am linken Bein dokumentiert. Weitere Maßnahmen der Behandlungspflege wie Gewichtskontrollen, Blutdruck- und Pulskontrollen, Temperaturkontrollen, Sauerstoffsättigungskontrollen, Schmerzerfassung, Wundversorgung linker Fuß (Knöchel) und an- und ausziehen einer Hüftprotektorenhose werden, wie in der Pflegedokumentation hinterlegt, durchgeführt.

Hinweis: Um Evaluierung der Behandlungspflegeverordnung/ Verordnungsblatt wird gebeten.

Gewicht: Das Körpergewicht mit BMI wird monatlich nach Einrichtungsstandard ermittelt. Der Bewohner ist XXX cm groß. Zwischen Mai 2022 bis Dezember 2022 liegen geringe Gewichtsschwankungen vor. Das Körpergewicht des Bewohners lag im Mai 2022 bei XXX und im Dezember 2022 bei XXX. Der Bewohner ist leicht übergewichtig.

Blutdruck- und Puls: Blutdruck- und Pulskontrollen werden monatlich und je nach Befinden des Bewohners durchgeführt. Die vorliegenden Unterlagen weisen mehrere Messungen pro Monat aus. Die Blutdruckwerte liegen außer einem Wert (166/74 mm/Hg) im Normbereich. Eine Nachkontrolle wurde durchgeführt. Die Pulswerte liegen alle im Normbereich. Zur Pulsfrequenz ist teilweise auch der Pulsrhythmus dokumentiert.

Temperatur: Von Mai 2022 bis 15. November liegen tägliche Körpertemperaturmessungen vor. Die ermittelten Werte mit überwiegender Angabe des Messortes liegen alle im Normbereich.

Hinweis: Es wird eine generelle Angabe des Messortes empfohlen.

Sauerstoffsättigung: Drei Werte vom September und ein Wert vom Oktober 2022 liegen vor und liegen im Normbereich. Die Sauerstoffsättigungswerte liegen zwischen 96% und 99%.

Hüftprotektorenhose: Die Hüftprotektorenhose wird aufgrund medizinischer Diagnosen und pflegerischer Prävention/Sturzprophylaxe und Expertenstandard täglich eingesetzt.

Kompressionsstrumpf: Täglich wird nach der Körperpflege (Unterkörper) im Bett der Antithrombosestrumpf am rechten Bein angezogen und abends ausgezogen.

Kompressionsverband: Täglich wird nach der Körperpflege (Unterkörper) im Bett der Pütterverband am linken Bein angelegt und abends abgewickelt. Der Kompressionsverband ist aufgrund der venösen Insuffizienz verordnet.

Wundversorgung/Verbandswechsel: Bewohner hat am linken Innenknöchel ein ulcus cruris. Die chronische Wunde besteht seit dem 18.06.2022. Der Verbandswechsel erfolgt 3x wöchentlich nach ärztlicher Verordnung. Die externe Wundmanagerin (vierzehntägig) und die Pflegefachkräfte führen die Verbandswechsel und Wunddokumentationen durch. Digitale Fotos werden von den Pflegekräften und der Wundmanagerin angefertigt. Die korrekte Wundbeurteilung/Wunddokumentation über Art der Wunde, Größe, Wundrandbeschaffenheit, Lokalisation, Wundoberfläche, Wundgeruch und Exsudatmenge erfolgt durch die Wundmanagerin und den Pflegekräften.

Eiweißreiche Trinknahrung: Tägliche eiweißreiche Trinknahrung aufgrund der chronischen Wunde.

Schmerzmanagement: Beim Bewohner besteht ein Schmerzrisiko. Der Bewohner erhält Schmerzmedikamente (Dauer und Bedarf). Der Bewohner kann Schmerzen äußern, benennen, lokalisieren und Bedarfsmedikamente einfordern. Wöchentliches Schmerzrating (NRS) wird durchgeführt. In der Tagesstruktur, der SIS und im Durchführungsnachweis ist die Schmerzerfassung hinterlegt. In den vorliegenden Schmerzprotokollen (Juli bis November 2022) sind die relevanten Kriterien erfasst. Die Intensivität liegt zwischen 0 -2 NRS. Bei Bedarfsschmerzmittelgabe erfolgt nachweislich eine Evaluierung.

Medikamentenmanagement: Das Medikamentenmanagement erfolgt durch die Pflegefachkräfte nach ärztlicher Verordnung. Die Medikamente werden im wöchentlichen Rhythmus gerichtet und täglich gestellt.

SIS - Informationssammlung

Die Informationssammlung und das Bewohnergespräch fanden am 10.05.2022 statt. Davor wurde die Pflege nach Krohwinkel (AEDL) digital erfasst.

Eigenwahrnehmung des Bewohners zu den Fragen - Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Dem Bewohner ist es bewusst, dass er Unterstützung und Hilfe benötigt. Der Bewohner fühlt sich in der Einrichtung sicher und wohl. Zeitweise hadert der Bewohner mit seinem Schicksal.

Themenfeld 1: kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beim Bewohner bestehen kognitive und kommunikative Einschränkungen. Der Bewohner hat ein eingeschränktes Hörvermögen, welches sich bei Nebengeräuschen verstärkt. Das Sehvermögen ist eingeschränkt. Der Bewohner leidet unter Verwirrheitszuständen mit Gedächtnisstörungen. Der Bewohner ist bei Unruhe ängstlich, ist misstrauisch gegenüber anderen Personen und fühlt sich ständig bestohlen. Der Bewohner nestelt unentwegt im Kleiderschrank und am Nachttisch. Die Sprache ist verworren. Es besteht ein Demenzrisiko mit Selbstgefährdung durch Verlust von kognitiven Fähigkeiten (Auffassungs-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen). Der Bewohner leidet unter Stimmungsschwankungen und gibt häufig Unwohlsein an.

Maßnahmen: Brille, Hilfe bei der Handhabung des Hörgerätes, Betreuung, Gespräche

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit

Beim Bewohner bestehen Mobilitätseinschränkungen (Armen und Beinen) die vollständig erfasst sind. Der Bewohner läuft am Rollator selbstständig. Der Bewohner hat einen schlurfenden, leicht schwankenden und stark nach vorne gebeugten Gang. Bewohner muss immer wieder zum aufrechten Gang aufgefordert werden. Bewohner ist sturzgefährdet (Schwindel, Schwäche, Stimmungsschwankungen, depressive Stimmungslage, trägt teilweise inadäquates Schuhwerk).

Maßnahmen wie adäquates Schuhwerk, Aufforderung zum aufrechten Gang, Mobilisation mit Rollator, Hüftprotektorenhose sind in der Pflegeplanübersicht, der Tagesstruktur und dem Durchführungsnachweis ausführlich beschrieben.

Hinweis: Eine Anpassung des Rollators (Griffhöhe, aufrechtes Gehen, Sicherheit etc.) wie in der Dokumentation beschrieben wird empfohlen.

Themenfeld 3: krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Beim Bewohner bestehen krankheitsbezogene Belastungen und Anforderungen an die Einrichtung. Die erforderlichen Maßnahmen (mit ulcus cruris) werden vollumfänglich durchgeführt (Medikamentenmanagement, die Sicherstellung der Grund – und Behandlungspflege, die Betreuung durch Gruppen – und Einzelangebote und die hauswirtschaftliche Versorgung).

Hinweis: Bei der Aufzählung der krankheitsbezogenen Belastungen ist das ulcus cruris nicht dokumentiert. Die Dokumentation der chronischen Wunde liegt in der Pflegeplanübersicht, im Durchführungsnachweis und den Wundprotokollen vor. Um Dokumentation in der SIS wird gebeten.

Themenfeld 4: Selbstversorgung

Der Bewohner ist auf die Unterstützung durch das Pflegepersonal und Betreuungspersonal angewiesen. Der Unterstützungsbedarf durch die Einrichtung ist vollständig erfasst. Der Bewohner benötigt Teilübernahme beim An – und auskleiden, der Körperpflege, Fingernägel schneiden, Haarpflege, Zahnprothesenpflege, Inkontinenzeinlagenwechsel und Toilettengänge. Der Bewohner kann selbstständig essen und trinken (Getränke müssen eingeschenkt und die Mahlzeiten mundgerecht gerichtet werden). Friseur und Fußpflege kommen in die Einrichtung. Auf Kleiderwechsel und deponieren von verschmutzter Wäsche in den Wäschesack muss geachtet werden.

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen

Die Biographie des Bewohners liegt vor. Der Bewohner nimmt bei guter Stimmungslage gerne an Aktivitäten teil. Bei Stimmungsschwankungen und depressiver Phase werden Aktivitäten abgelehnt. Bewohner liest gerne Zeitung und kann wenig Ordnung im eigenen Umfeld halten. Der Bewohner hortet und nestelt viel im Kleiderschrank und Nachttisch.

Themenfeld 6: Wohnen/Häuslichkeit

Der Bewohner bewohnt ein Doppelzimmer mit Nasszelle. Das Zimmer ist mit eigenen Bildern und Dekorationsartikeln und TV ausgestattet. Die Barrierefreiheit im Doppelzimmer und in der Nasszelle ist gewährleistet. Die Reinigung des Zimmers findet regelmäßig durch die Reinigungskräfte der Einrichtung statt. Die Wäsche wird von einer externen Wäscherei gereinigt.

Risiken/Phänomene

Folgende Risiken sind in der Risikomatrix erfasst: Sturz, Inkontinenz, Ernährung und Schmerz. Weitere fachliche Einschätzungen der erfassten Risiken sind geplant. Weitere Risiken (Kontrakturen, venöse Insuffizienz, Intertrigo) sind in der SIS erfasst und die Prophylaxen /Maßnahmen in der Pflegeplanübersicht und dem Durchführungsnachweis ausführlich dokumentiert. Die Expertenstandards und Pflegestandards werden umgesetzt.

Hinweis: Eine Erfassung des Kontrakturrisikos, der venösen Insuffizienz (Thrombose) und des Intertrigoisikos in die Risikomatrix „Sonstiges“ wird empfohlen.

Tagesstruktur

Der eingesehene Tagesstrukturplan ist auf dem aktuellen Stand. Der Tagesstrukturplan ist in einzelne Tagesabschnitte (früh, spät, Nacht) ausführlich hinterlegt. Bedarfsmaßnahmen wie Maniküre, Friseur usw. sind ebenfalls hinterlegt. Der Tagesplan und die Pflegeplanübersicht sind konform. Die erforderlichen Maßnahmen bedingen in den sechs Themenbereichen eine Teilübernahme bzw. eine Vollübernahme durch die Pflegekräfte und Mitarbeiter der Einrichtung. Die entsprechenden Pflegestandards sind bewohnerbezogen hinterlegt. Nach ärztlicher Verordnung wird die Behandlungspflege durchgeführt. Die soziale Betreuung wird nach dem Betreuungsplan (Einzel- und Gruppenaktivitäten) durchgeführt. Die erforderlichen Expertenstandards werden umgesetzt.

Pflegeplanübersicht

In der Pflegeplanübersicht zuletzt am 22.11.2022 evaluiert, sind die Besonderheiten in den Themenbereichen 1-5 der SIS beschrieben. Die daraus resultierenden Maßnahmen/Prophylaxen sind einzeln detailliert beschrieben und mit Evaluierungsdatum und Handzeichen versehen.

Themenfeld 1: Orientierung geben (Maßnahmen erklären, mit ruhiger Stimme reden, Tagesstruktur einhalten; Hilfe, Unterstützung und Reinigung der Hilfsgeräte (Brille, Hörgerät)

Themenfeld 2: Schmerzrating, Hilfe beim Aufstehen, Höhe des Pflegebetts dem Bedarf anpassen, Sturzprophylaxe - festes Schuhwerk, Rollator, Hüftprotektorenhose an- und ausziehen, Überprüfung der Gehfähigkeit, Kraft- und Gleichgewichtstraining; Hilfe beim Gang zur Grundpflege

Themenfeld 3: Einschätzung der Schmerzintensivität (NRS) – Wärmeanwendung, Schmerzmittelgabe, Entspannungstechniken vermitteln, Schmerzbeobachtung, Ablenkung und Gespräche anbieten, Medikamentenmanagement, Kontrollgänge, Vitalzeichenkontrolle (bei Abweichung Kontrollmessungen) Wunde: Wundbehandlung und Wundbeschreibung nach ärztlicher Verordnung, eiweißreiche Trinknahrung. Thromboseprophylaxe – rechtes Bein Antithrombosestrumpf an- und ausziehen, Kompressionsverband linkes Bein nach Pütter an- und ablegen.

Themenfeld 4: Körperpflege Teil- und Vollübernahme (detailliert beschrieben), Intertrigoprophy-laxe, Hilfe beim An- und ausziehen der Kleidung, Bettwäschewechsel, Gewichtskontrolle, Erinnerung/Einladung zu den Mahlzeiten in den Speisesaal (Getränke und Mahlzeiten überwiegend selbstständig, ggf. Getränke einschenken, Fleisch klein schneiden), Essensgewohnheiten berücksichtigen, Essensbevorratung kontrollieren

Themenfeld 5: zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI

Zusatzformulare

Das Vitalwertblatt, der Medikationsplan, das Behandlungspflegeverordnungsblatt, die Durchführungsnachweise/Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege, die Wunddokumentation und die Schmerzprotokolle wurden eingesehen.

In den Durchführungsnachweisen werden die Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege dokumentiert. Die Maßnahmen der Behandlungspflege werden einzeln und die Pflegemaßnahmen nach „Tagesstruktur“ mit Handzeichen und Datum abgezeichnet.

Wunddokumentation: Die Wunddokumentation umfasst die Wundanamnese, den Therapie- und Heilungsverlauf und die Schmerzerfassung.

Pflegebericht

In dem eingesehenen Pflegebericht der vergangenen zwei Wochen sind Ereignisse, Maßnahmen und Ergebnisse außerhalb der Tagesstruktur dokumentiert. Das Schmerzrating lag bei 2 (NRS). Wiederkehrende Verwirrheitszustände konnten durch erhöhten Hilfe- und Unterstützungsbedarf gemildert werden.

Zusammenfassung der Pflegedokumentation

Im Mai 2022 fand ein Wechsel von der Pflegedokumentation nach Krohwinkel zur strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der EDV gestützte Pflegedokumentation (sic) statt. Der Pflegeprozesses ist mit den Elementen SIS, Risikomatrix, individueller Tagesstruktur, der individuellen Pflegeplanübersicht, den Zusatzformularen und den Berichten aufgebaut. Die Stammdaten des Bewohners sind erfasst. Biografische Daten liegen vor. Zusatzformulare werden im Hinblick auf das erfasste Risikomanagement geführt. Ziel der Pflege ist dem Bewohner eine möglichst gute Lebensqualität zu bewahren.

Um Beachtung der Hinweise/Empfehlungen (kursiv hinterlegt) sowie um Stellungnahme wird gebeten.

4.2 Pflegedokumentation und Pflegeprozess alle Bewohner

Eine einheitliche EDV gestützte Pflegedokumentation (SIC-Pflegeassistent), die durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu den Mitarbeitern möglich macht, liegt vor. Die Umstellung auf SIS ist im Juli 2022 erfolgt. Nachträgliche Eingaben werden als solche gekennzeichnet. Eine aktuelle Handzeichenliste liegt vor. Im Stammdatenblatt werden Angehörige, gesetzliche Betreuer, Vorsorgevollmacht, Pflegegrad, Kostenträger, Hausarzt, Diagnosen, FEM, Patientenverfügung erfasst. Zahnärztlicher Aufnahmebogen und Bonusheft werden teilweise geführt. Regelmäßig wird evaluiert bzw. bei Veränderung des Allgemeinzustandes. Die Biografie der Bewohner wird erfasst. Zu Beginn des pflegerischen Auftrages und in individuell festgelegten Abständen werden die Risikoassessments erhoben. Aufbau der Pflegeplanung nach Pflegemodell Monika Krohwinkel. Die Prophylaxen orientieren sich am Risikoassessment. Die Teilnahme an den Angeboten der sozialen Betreuung wird in der Pflegemaßnahmenplanung geplant und die Durchführung der Angebote wird dokumentiert. Die Zielformulierungen sind realistisch und ressourcenorientiert. Die Maßnahmen werden entsprechend der aktuellen Risikoerfassungen geplant, bzw. in der „Tagesstruktur“ berücksichtigt. Eine Evaluation findet regelmäßig sowie bei Veränderungen des Allgemeinzustandes statt. Eine Evaluation bzw. eine Überarbeitung der Ergebnisse der sozialen Betreuung findet statt. Die Pflegemaßnahmen werden zeitnah und lückenlos abgezeichnet. Die Prophylaxen werden entsprechend der Pflegeplanung einzeln aufgeführt und abgezeichnet. Abweichungen von der Tagesroutine werden erfasst. Bei entsprechender Indikationsstellung werden Zusatzblätter geführt.

4.3 Spezielle und medizinische Behandlungspflege und Dokumentation

Behandlungspflege

Die vom Arzt verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen sind von examinieren Pflegefachkräften korrekt abgezeichnet.

Medikamente:

Medikamentenanordnungsblätter liegen mit Datum und Handzeichen der Ärzte vor. Die Bedarfsmedikation wird vom Arzt mit Indikationsstellung, Einzel- und Tageshöchstdosis angeordnet wird. Die Verabreichung der Bedarfsmedikation wird dokumentiert und deren Erfolg wird nachgefragt. Die Aufbewahrung der Medikamente erfolgt bewohnerbezogen.

Wundversorgung:

Die Behandlungspflege wird vom Arzt angeordnet. Die ärztlich verordnete Wundbehandlung wird dokumentiert. Die Wundversorgung erfolgt nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse. Ein Standard des Hauses liegt vor.

5. Betreuung und Aktivierung / Sterbebegleitung- Palliativpflege

5.1 Soziale Betreuung

Ein respektvoller Umgangston und eine respektvolle Ansprache sind gegeben. Die Intim- und Privatsphäre wird gewahrt. Es liegen Konzepte zur sozialen Betreuung vor. Die soziale Betreuung findet täglich vor - und nachmittags statt. Geschulte Mitarbeiter führen die Beschäftigung und Aktivierung und Betreuung nach § 43 b durch. Die zeitliche und personelle Kontinuität in der Beschäftigung ist gewährleistet. Die Einrichtung unterstützt die Kontakte mit den Angehörigen. Aufenthalte im Freien werden ermöglicht. Die Bewohner werden informiert und motiviert, an den Angeboten teilzunehmen. In der Regel wird der Förderverein und die ehrenamtlichen Helfer in die Betreuung mit eingebunden, aufgrund der Coronapandemie kam und kommt es zu Einschränkungen, zBsp. bei Festen und Feiern. Die Einrichtung ist in das öffentliche Leben der Gemeinde eingebunden. Es in der Regel gibt Gruppenangebote für mobile Bewohner und Einzelangebote für bettlägerige Bewohner die aktuellen Empfehlungen des RKI werden dabei beachtet. Ein Konzept zur Betreuung von gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnern liegt vor. Die Betreuung wird von Mitarbeitern mit gerontopsychiatrischer Fortbildung durchgeführt. In der Nacht können sich unruhige Bewohner im Gang oder in den gemeinschaftlich genutzten Räumen aufhalten.

5.2 Sterbebegleitung - Palliativpflege

Die Einrichtung hat eine Abschiedskultur implementiert. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Sterbenden und ihrer Angehörigen sind darin berücksichtigt. Eine palliativ-medizinische Versorgung ist gewährleistet. Die Mitarbeiter begleiten die Sterbenden. Regionale Hospizdienste werden mit einbezogen. Eine hauseigene Palliativfachkraft wird bei Bedarf mit eingebunden. Der Verein SAPV führt dieses Jahr eine Schulung der Pflegemitarbeiter durch. Auf Wunsch wird ein Seelsorger hinzugezogen.

6. Hygiene- Infektionsschutz / Medikamente

6.1 Hygiene – Infektionsschutz (Bericht Frau Pfeil Kreisgesundheitsamt)

Allgemeiner Eindruck:

Die Einrichtung macht einen freundlichen Eindruck, die besichtigten Räume waren sauber und übersichtlich.

Die Einrichtung ist sehr hell und lichtdurchflutet. Es ist in allen Bereichen keine Geruchsbildung feststellbar. Die Gänge sind, teilweise auf einer Seite mit Rollstühlen oder Gehhilfen der Heimbewohner zugestellt.

Wir bitten, die Lagerung der Rollstühle/ Gehhilfen zu evaluieren, um der Sturzgefahr vorzubeugen und um eine hygienische Reinigung der Bodenfläche zu gewährleisten.

Hygienebeauftragter:

Es gibt ein einrichtungsbezogenes Hygienehandbuch. Das Hygienehandbuch wird jährlich von der internen Hygienekommission nach Effizienz und Aktualität überprüft. Es werden jährlich Hygienevisiten durchgeführt. Die Hygienebeauftragten und die Hygienefachkraft, werden durch die Firma (Desomed) unterstützt und beraten. Die externe Firma erstellt unter anderem die Desinfektionspläne und bietet Fortbildungen an. Die Mitarbeiter werden nachweislich gemäß § 36 IfSG geschult.

Verfahrensweisen zur Infektionshygiene (Hygienepläne, Datum):

Der Hygieneplan steht den Mitarbeitern jederzeit zur Einsicht zur Verfügung dieser wird in regelmäßigen Abständen von der Einrichtung überarbeitet. Grundsätze zur Händehygiene sind bekannt (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI zu Händehygiene). Es gibt Schautafeln als Gedächtnisstütze. Es sind Desinfektionspläne in den Funktionsräumen vorhanden. Ein Hautschutzplan ist im Desinfektionsplan integriert. Es sind Hygienesets in den Funktionsräumen vorhanden. Die Händedesinfektion ist in den Bewohnerzimmern durch Hygienesets in den Nasszellen gewährleistet. Die angebrochenen Desinfektions- und Seifenspender sind mit dem Anbruchdatum versehen.

Die Desinfektions- und Hautschutzpläne in allen Funktionsbereichen müssen mit aktuellem Datum gekennzeichnet werden, momentan Stand 2020 bzw. 08/2021.

Epidemien und Infektionskrankheiten:

Es liegen Handlungsempfehlungen für den Fall von Epidemien und Infektionskrankheiten vor.

IfSG-Belehrungen (§42,43 IfSG):

Alle mit der Zubereitung von Lebensmitteln betrauten Personen haben die Erstbelehrung durch das Gesundheitsamt über den sachgerechten Umgang mit Lebensmitteln erhalten. Es finden jährlich Wiederholungsbelehrungen durch den Arbeitgeber statt.

Dienst-/Schutzkleidung:

Die Mitarbeiter tragen Dienstkleidung (kurzärmelige Kasack, Hose). Die Dienstkleidung wird täglich gewechselt. Die Dienstkleidung wird von der Firma Kabus (Bad Saulgau) in einem anerkannten Waschverfahren gewaschen, abgeholt bzw. geliefert.

Es wird Schutzkleidung für die Pflege (grün) und für das Essen (gelb) zur Verfügung gestellt. Die Schutzkleidung wird bewohner- und fallbezogen getragen. Die Schutzkleidung wird 1x täglich bzw. bei Verunreinigung sofort gewechselt. Es werden Einmalhandschuhe in passenden Größen, Plastikschrürzen, Mundschutz etc. zur Verfügung gestellt.

Personalumkleide:

Der Personalumkleideraum ist mit geteilten Spinden ausgestattet. In den Personaltoiletten sind Handwaschplätze mit Hygienesets vorhanden.

Personalhygiene:

Die Personalhygiene ist gewährleistet.

Pflegebad:

Die Pflegeartikel werden bewohnerbezogen aufbewahrt. Das Mobiliar ist feuchtraumgeeignet. Das Pflegebad im (EG) ist zweckentfremdet. Lagerung von Hilfsmitteln, Rollstühlen und eine teilweise Testung der Mitarbeiter findet dort statt.

Entweder muss die Dusche rückgebaut werden, sollte dies nicht möglich sein muss eine wöchentliche Spülung der Leitungen erfolgen, siehe Trinkwasserverordnung.

Dokumentation muss über einen Spülplan erfolgen.

Wäscherei:

Ein Teil der Bewohnerwäsche, Flachwäsche sowie die Personalwäsche wird von einer externen Wäscherei (Firma Kabus) in einem speziellen Waschverfahren gewaschen. Die Zertifizierung der Firma ist vorhanden. Die hygienischen Anforderungen an Aufbewahrung und Transport (Trennung rein/unrein) der Wäsche sind erfüllt. Die Handtücher und Waschlappen werden täglich abgeworfen.

Die Wäsche ist gekennzeichnet.

Aufbewahrung der Wäsche:

Unrein: in Baumwollsäckchen bzw. Plastiksäcken nach Kontamination

Rein: Bewohnerwäsche im Bewohnerzimmer

Personalwäsche in den Spinden

Flachwäsche in Schränken im Flur

Der Wäschewagen (gereinigte Personalwäsche) ist nicht abgedeckt und somit nicht staubgeschützt. Dieser sollte mit einer Abdeckplane zum Schutz vor Staubablagerungen abgedeckt werden.

Bettenhygiene:

Die Matratzen werden nach jedem Bewohnerwechsel aufbereitet. Die Matratzen sind mit einem Rundumschutz versehen, der einen verdeckten Reissverschluss hat, wasserundurchlässig, urin- und blutbeständig, atmungsaktiv und milben-, viren- und bakterien dicht ist.

Die Kopfkissen und Einziehdecken werden in regelmäßigen Abständen bzw. bei Verschmutzung einem Desinfektionsverfahren bzw. desinfizierenden Waschverfahren gewaschen.

Unreinraum:

Die chemische bzw. thermische Desinfektion der Fäkalienspülen ist gewährleistet. Nachweis liegt vor (Prüfsiegel 11/2023).

Sterilisation:

In der Einrichtung werden Einmalinstrumente verwendet.

Reinigung und Desinfektion:

Ein sach- und fachgerechter Reinigungs- und Desinfektionsplan und eine Dosiertabelle sind vorhanden. Die Waschsüsseln werden nach jedem Bewohner desinfiziert. Für die Instrumentendesinfektion liegt eine Verfahrensanweisung zur Herstellung der Desinfektionslösung vor. Die notwendige Desinfektionswanne wird vorgehalten.

Pflegewagen:

Die geschlossenen Pflegewagen sind zum größten Teil (übersichtlich) und sauber.

Es ist kein Händedesinfektionsmittel am Pflegewagen angebracht. An den Pflegewagen sind während der Pflege abnehmbare Wäscheabwurfsäcke angebracht. Die Wäschesäcke werden nach der Pflege von dem Pflegewagen getrennt und unter Berücksichtigung der Hygiene sachgerecht gelagert.

Es wird empfohlen die Ablagefläche nicht mit zu viel Wäsche während der Pfllegetätigkeiten zu überlagern und einen Händedesinfektionsspender anzubringen.

Umgang mit Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen:

Die einschlägige Empfehlung des Robert-Koch Instituts (RKI) und Merkblätter sind bekannt. Das Personal ist im Umgang mit diesen Erregern entsprechend geschult.

Tierhaltung:

Die Tierhaltung ist im Hygieneplan geregelt. In der Einrichtung werden keine Haustiere gehalten.

Abfall:

Ein schriftliches Abfallkonzept liegt vor. Es gibt geschlossene handberührungsfreie Mülleimer. Stichsichere verschließbare Kanülenabwurfbehälter sind vorhanden und werden fachgerecht eingesetzt und über den Hausmüll entsorgt. Medikamente werden über die Apotheke entsorgt. Inkontinenzmaterial wird gesammelt und von der Stiftung Liebenau abgeholt. Entsprechend der Vorgaben der Abfallwirtschaftsbetriebe liegen Sortier – Recyclingpläne vor.

Schädlingsbekämpfung ist vorhanden.

Corona:

Die Mitarbeiter werden im Umgang mit Corona regelmäßig geschult. Es sind ausreichend Testkits in der Einrichtung vorhanden. Die Mitarbeiter testen sich 3x in der Woche vor Dienstbeginn. Die Testung der Mitarbeiter findet im Pflegebad im (EG) oder im Dienstzimmer (1.OG) durch die Pflegedienstleitung statt. Die Testung der Bewohner wird bei Symptomen oder Verdacht auf einer Covid Erkrankung von einer geschulten Person getestet. Die Testung findet im Bewohnerzimmer statt. Als Koordinierungsperson im Zuge der Novellierung des § 35 Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurden Frau Dabbers (PDL), Herr Ceran (PDL) und Frau Storrer (HWL) benannt.

6.2 Umgang mit Medikamenten

Eine verbindliche Verfahrensanweisung zum Richten von Medikamenten ist erstellt. Die Medikamente werden bewohnerbezogen in abschließbaren Fächern aufbewahrt. Die Medikamente müssen nach dem Richten bis zur Ausgabe staubgeschützt gelagert werden. Entsprechende Abdeckungen für die Medikamentenbecher sind vorhanden. Die Insulin-Pens sind mit Anbruchdaten versehen. Es befinden sich keine abgelaufenen Medikamente in den Medikamentenschränken. Die Arbeitsplätze sind gut ausgeleuchtet und hygienisch einwandfrei. Ein Handwaschbecken mit Hygieneset ist in jedem Dienstzimmer vorhanden. Die Betäubungsmittel werden in einem extra verschlossenen Fach gelagert und das Betäubungsmittelbuch (§ 13 Abs. 1 Satz 4 BtMVV) wird sachgerecht geführt. Tropfen werden unmittelbar vor Abgabe gerichtet. Die Medikamente, die zu kühlen sind, werden sachgerecht im Medikamentenkühlschrank aufbewahrt. Die Kontrolle der Medikamentenkühlschränke wird täglich mit Handzeichen dokumentiert. Die Kühlschranktemperatur wird dokumentiert, wenn die Temperatur außerhalb der vorgegebenen (2°C -8°C) liegt. Das Anbruchs- bzw. Ablaufdatum von Flüssigarzneimitteln ist dokumentiert. Die Medikamente von Verstorbenen werden den Angehörigen ausgehändigt oder ordnungsgemäß entsorgt (s. Erlass des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren vom 23.01.2008, Az: 34-5031.3-11). Die Belehrung der Mitarbeiter im sachgerechten Umgang mit Medikamenten wird jährlich durchgeführt. Ein Apothekenvertrag regelt die medikamentöse Versorgung der Bewohner. Die Marienapotheke führt halbjährlich Begehungen und jährliche Schulungen durch.

7. Verpflegung / Hauswirtschaftliche Versorgung

7.1 Verpflegung

Die hauseigene Küche befindet sich im Erdgeschoß der Einrichtung. Eine angemessene Versorgung der Bewohner mit Nährstoffen und Flüssigkeit wird sichergestellt. Ein Verpflegungskonzept liegt vor. Der Speiseplan wird in einem regelmäßigen Turnus erstellt. Die kostenlose Getränkeversorgung wird sichergestellt. Beim Getränkeangebot bestehen Wahlmöglichkeiten. Täglich werden ein- bis zwei Menüs, verschiedene Komponenten und passierte Kost angeboten. Die Bewohner können zusätzlich zwischen mundgerecht zubereitenden Obststücken, Keksen, Joghurt, Schokolade und belegten Brotschnitten über 24 Stunden wählen. Auf eine ausgeglichene, ernährungsphysiologische und Jahreszeit bezogene Zusammensetzung der Speisen wird geachtet. Die Einrichtung verwendet zur Speisenzubereitung regionale Produkte. Frischkost wird täglich in ausreichender Menge angeboten. Der Bewohner hat die Möglichkeit, jederzeit eine Zwischenmahlzeit einzunehmen. Jeden Nachmittag wird Kaffee und Kuchen angeboten. Ein sach- und fachgerechter Umgang bei Sondennahrung erfolgt. Bei Hyperaktivität wird der entsprechende Mehrumsatz an Nährstoffen berücksichtigt. Bei Hitze und anderen besonderen Wetterperioden werden das Ernährungsangebot und der ggf. erhöhte Bedarf an Flüssigkeit und Elektrolyten angepasst. Die Mahlzeiten werden in Zeitkorridoren angeboten. Die Darbietung von Speisen und Getränken entspricht den vorhandenen Ressourcen der Bewohner. Eine Tischkultur ist vorhanden. Der Speiseplan enthält alle Angebote des Tages bzw. der Woche und wird in verständlicher, leserlicher Form und den Bewohnern mit Sehbehinderungen in geeigneter Weise bekannt gegeben. Auch die immobilen Bewohner erhalten die Gelegenheit, wenn sie es wünschen, am gemeinsamen Mittagstisch teilzunehmen. Die Bewohner werden vor dem Essen

und Trinken in eine geeignete Sitzposition gebracht. Geeignete Hilfsmittel zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden zur Verfügung gestellt. Die Speisen und Getränke werden in greifbare Nähe gestellt. Die Speisen werden bei Bedarf zerkleinert oder passiert serviert und ange-reicht. Das Essen wird heiß serviert. Das Frühstück wird für die Bewohner auf Tablett serviert. Eine Umstellung auf Büffetform wurde von den Bewohnern nicht gewünscht. Das Mittagessen wird in Wärmewagen auf den Wohnbereichen bereitgestellt und für die Bewohner geschöpft. Das Abendessen wird nach den Wünschen der Bewohner hergerichtet. Bei der Essensausgabe tragen die Mitarbeiter Schürzen. Die Temperaturkontrolle des Essens erfolgt täglich in der Zentralküche. Die Kühlkette von Anlieferung bis zum Verzehr wird eingehalten. Rückstellproben werden in der Zentralküche gelagert.

7.2 Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt mit eigenem Personal und der Wäscherei Kabus (Bewohnerunterwäsche und Flachwäsche).

Wäsche. Die persönlichen Kleidungsstücke werden den Bewohnern zugeordnet und in deren Zimmer aufbewahrt. Die Deckung des Bedarfs an persönlicher Kleidung durch die Einrichtung oder durch Information der Angehörigen bzw. Betreuer ist gewährleistet. Von der Einrichtung wird ausreichend Flachwäsche zum Wechseln vorgehalten. Die Schmutzwäsche wird fachgerecht gesammelt.

Reinigung

Die Reinigung erfolgt mit eigenem Personal und mit einem Reinigungssystem und festgelegten Reinigungsinterwallen. Die Bewohnerzimmer, Gemeinschaftsflächen, Funktionsräume sowie Außenanlagen sind in reinlichem Zustand. Die Abfallentsorgung in den Wohn- und Funktionsräumen ist sichergestellt. Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind vor dem Zugriff dementer Bewohner geschützt.

8. Mitwirkung

Die Mitwirkungsrechte der Bewohner werden durch zwei Bewohnerfürsprecherinnen gewahrt. Es finden ¼ jährliche Zusammenkünfte statt. Die Bewohnerfürsprecher werden von der Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung informiert, angehört und in die Entscheidungsfindungen mit einbezogen. Die Bewohnerfürsprecherinnen kommen regelmäßig in die Einrichtung und sind auf beiden Wohngruppen präsent. Die Amtszeit der Bewohnerfürsprecher endete zum 01.02.2022. Aus organisatorischen Gründen und Corona – bedingt konnte bis zum Begehungszeitpunkt keine Bewohnerbeiratswahl durchgeführt werden. Die Wahl wird im Dezember 2022 besprochen und geplant. Bis zur erfolgten Wahl wird das Amt durch die bisher gewählten Bewohnerfürsprecher weitergeführt.

9. Heimvertrag / Verhältnis Entgelt-Leistung / Spenden

9.1 Heimvertrag

Muster der gültigen Heimverträge und der vorvertraglichen Informationen nach § 4 Wohn und Betreuungsvertragsgesetz liegen der Unteren Heimaufsichtsbehörde vor.

9.2 Verhältnis Entgelt-Leistung

Die Zusatzleistungen sind vertraglich geregelt. Folgende hauseigenen Körperpflegemittel werden als Regelleistung angeboten: Shampoo, Waschlotion, Ringelblumensalbe, Hautlotionen, Hautöle, Zahnbürste, Zahnpasta.

9.3 Spenden

Von der Einrichtung / dem Personal werden Spenden angenommen. Spendenlisten werden nicht geführt. Die Heimaufsicht weist auf die gesetzlichen Regelungen (§ 16 WTPG) hin.

Hinweis: Einmalige Zuwendungen bis zu 50 € und mehrmalige Zuwendungen innerhalb eines Jahres bis zu einem Geldbetrag von 100 € werden als geringwertige Aufmerksamkeiten angesehen. Für solche geringwertigen Zuwendungen ist keine Genehmigung durch die Heimaufsichtsbehörde erforderlich.

10. Zusammenfassung / Fazit

Die Pflegeeinrichtung macht einen sauberen und gut organisierten Eindruck. Der Einrichtungsleiter, Pflegedienstleiter und die Hauswirtschaftsleiterin standen während der gesamten Begehung zur Verfügung. Es fand ein guter, konstruktiver und fachlicher Austausch statt. Die Atmosphäre während der Begehung war offen und freundlich. Die Empfehlungen der letzten Heimbegehung wurden vollumfänglich umgesetzt. Während der heutigen Begehung und im Abschlussgespräch wurden Empfehlungen der Heimaufsicht mit dem Einrichtungsleiter und der Pflegedienstleiterin im Rahmen der Beratung gemäß § 21 Abs. 1 WTPG besprochen.

Nachfolgend werden die einzelnen Empfehlungen nach Auswertung der zur Verfügung gestellten Unterlagen und dem vor Ort stattgefundenen Beratungsgespräch nochmals kurz aufgeführt.

- Bewohnerbegutachtung I: Änderung Dokumentation Wechseldruckmatratze; Evaluation Dokumentation Diagnosen; Evaluation Medikamentendokumentation; Evaluation Risikofassung; Dokumentation Ausfuhr empfohlen
- Bewohnerbegutachtung II: Dokumentation Hilfsmittel Evaluieren; Pflegedokumentation evaluieren und Medikamentendokumentation evaluieren; Temperaturmessung Messort erfassen; Anpassung Rollator empfohlen; Themenfeld 3 in SIS vervollständigen; Risikomatrix evaluieren;
- Hygiene: Lagerung Rollstühle und Gehhilfen evaluieren; Aktualisierung der Desinfektions- und Hautschutzpläne; Evaluation nicht benutze Pflegebad; Wäsche staubgeschützt Lagern (Wäschewagen), Pflegewaagen - Händedesinfektionsmittel anbringen, Wäsche nicht überlagern

Es wird auf das Transparenzgebot entsprechend § 8 Abs. 2 Ziffer 1 WTPG hingewiesen. Dieser Prüfbericht ist im Bereich Bewohnerbegutachtung teilweise gekürzt und um die Anonymität der Bewohner zu wahren wurde die männliche Anredeform verwendet.

Wir bitten Sie um Stellungnahme innerhalb eines Monats nach Zugang dieses Schreibens bezüglich der von uns benannten Empfehlungen.

Wir danken Ihnen für die Kooperation und freundliche Begleitung während der Begehung.

Mit freundlichen Grüßen
Christian Fischer