

Prüfbericht

Begehung nach Art. 11 PflWoqG

Besichtigung am 19.01.2009 von 9:00 bis 17:15 Uhr

Prüfort

**Alten- und Pflegeheim
St. Nikolaus
Bahnhofstr. 17**

84559 Kraiburg am Inn

Prüfanlass:

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Heimnachschaу | <input checked="" type="checkbox"/> turnusmäßig | <input checked="" type="checkbox"/> unangemeldet |
| <input type="checkbox"/> Beschwerde | <input type="checkbox"/> anlassbezogen | <input type="checkbox"/> angemeldet |

Prüfende Personen:

Frau Bonakdar, Frau Huber, Frau Oberbauer, (Heimaufsicht)

Gesprächspartner:

Frau Pojda, (Heimleitung/Pflegedienstleitung)

Frau Schmid, (Wohnbereichsleitung/Qualitätsbeauftragte)

Frau Maly, (Wohnbereichsleitung)

Frau Jovita, (stellvertretende Wohnbereichsleitung)

Mitarbeiter verschiedenen Bereiche

Träger der Einrichtung:

St. Nikolaus GmbH, Bauerstr. 28, 80796 München

1. Aktuelle Belegung

Anzahl der Heimplätze gesamt: 94

davon belegt: 81

Die Einrichtung hält insgesamt 94 Plätze vor, von denen am Prüftag 81 belegt sind. Zudem wird Kurzzeit- und Tagespflege eingestreut angeboten.

Ein pflegfachlicher Schwerpunkt liegt in der Betreuung von Menschen mit gerontopsychiatrischer Beeinträchtigung. Von den 22 vorgehaltenen vollstationären Plätzen waren am Tag der Begehung 19 belegt. Auch in diesem Bereich werden 2 Tagespflegeplätze angeboten, wovon heute einer in Anspruch genommen wurde. Für beide Bereiche liegen entsprechende Versorgungsverträge vor.

Derzeit sind 6 Bewohner mit einer PEG-Sonde, 5 Bewohner mit einem Blasendauerkatheter (nicht spezifiziert) und 1 Bew. mit einem Urostoma versorgt. Eine Bew. ist tracheotomiert. Insgesamt sind 7 Bewohner vollständig immobil, bei 15 Bewohnern liegen Kontrakturen vor. Die Zahl der Dekubitalulcera wurde mit 2 angegeben. Ein Diabetes mellitus besteht bei 12 Bewohnern, Insulinpflichtigkeit ist nicht erfasst. Ein hoher Anteil der Bewohner ist dementiell beeinträchtigt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Form eines Bauchgurts bzw. Bettgitters (ein- oder beidseitig) kommen zur Anwendung.

2. Personal

Unter Berücksichtigung der den Bewohnern zugeordneten Pflegestufen ergibt sich folgender Personalbedarf:

Vollstationäre Pflege						
Pflegestufe	Rüstige	0	I	II	III	Gesamt
Bewohneranzahl		6	20	23	13	62
Personalschlüssel	1:23	1:6,7	1:3	1:2,25	1:1,9	
Stellen-Soll		0,9	6,67	10,22	6,84	24,63

Gerontopsychiatrische Pflege, inklusive eingestreuter Tagespflege						
Pflegestufe	Rüstige	0	I	II	III	Gesamt
Bewohneranzahl		2	5	8	4	19
Personalschlüssel	1:23	1:5,4	1:2,7	1:2,1	1:1,9	
Stellen-Soll		0,37	1,85	3,81	2,11	8,14

Demnach wären in der Einrichtung aktuell insgesamt 32,77 Planstellen in der Pflege zu besetzen, hiervon 16,39 mit Pflegefachkräften.

Tatsächlich sind in der Einrichtung derzeit 38,77 Stellen in der Pflege und Betreuung besetzt, 20,71 Planstellen mit examinierten Fachkräften - dies entspricht einem Fachkräfteanteil von 63,2 %.

Somit ist unter Berücksichtigung des vereinbarten Pflegeschlüssels das Planstellensoll erreicht und die Fachkraftquote erfüllt.

Die Position der Heim- und Pflegedienstleitung ist unverändert mit Frau Pojda besetzt. Die Vertretung erfolgt unverändert durch die 3 Wohnbereichsleitungen, Frau Schmid, Frau Maly und Frau Nentz.

Qualitätsbeauftragte: Frau S. Schmid

Hygienebeauftragte: Frau S. Winkelharrer

Drei Mitarbeiterinnen der Einrichtung verfügen über die Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft, zwei weitere über den Basiskurs.

Eine Mitarbeiterin hat den Kurs „Palliative Care für Pflegende“ absolviert.

Pro Bereich ist eine Mitarbeiterin zur Praxisanleitung fortgebildet.

3. Dienstpläne

Eingesehen wurden die ausgehändigten Kopien der Dienstpläne des Monats Dezember 2008. Diese entsprachen den formalen Anforderungen.

Die Erstellung erfolgt handschriftlich durch die Wohnbereichsleitungen, Mitarbeiterwünsche finden hierbei Berücksichtigung. Die Besetzung des Nachtdienstes erfolgt in gemeinsamer Absprache.

Die Dienstpläne hängen - für jeden Mitarbeiter einsehbar - in den Stationszimmern aus, Handzeichenlisten sind in jedem Bereich vorhanden. Die Mitarbeiterinnen der sozialen Betreuung und Beschäftigung werden inzwischen auf den jeweiligen Wohnbereichsplänen miterfasst.

Personaleinsatzplanung:

Die nächtliche Versorgung wird durch zwei Pflegekräfte sichergestellt, einer Fach- und einer Hilfskraft. Lediglich am 07.12. fehlte die Fachkraft im ND. Bei krankheitsbedingtem Ausfall der PFK ist unbedingt darauf zu achten, diese, der Qualifikation entsprechend zu ersetzen. (WB 2)

Der Wohnbereich ohne eigenen Nachtdienst bleibt bis 22:00 Uhr durch einen langen Spätdienst besetzt. Am 02.12. fehlte dieser auf WB 2.

Der beschützende Bereich ist hierbei, bis auf gemeinsam durchgeführte Rundgänge ständig besetzt.

WB 1 „Am Inn“ / EG (Beschützender WB)

Es zeigt sich eine adäquate Schichtbesetzung, diese ist an Wochenenden und Feiertagen annähernd gleich.

Die Fachkraftanwesenheit ist, bis auf zwei krankheitsbedingte Ausnahmen, immer gegeben.

Jeweils Montag und Mittwoch von 9:00 bis 13:00 Uhr erfolgt die soziale Betreuung durch eine Ergotherapeutin, ansonsten im wesentlichen durch die Pflegekräften. Zusätzlich steht hier mit 30 Wochenstunden eine 1-€-Kraft zur Verfügung, die derzeit eingearbeitet wird.

WB 2 „Maximilian“ / 1. Stock

Die Schichtbesetzung war ausreichend, die Fachkraftanwesenheit gegeben. Lediglich der Spätdienst – wegen krankheitsbedingtem Ausfall – einmalig mit nur 2 Pflegekräften knapp besetzt. Die Schichtbesetzung zeigt sich, sowohl an Wochen-, wie auch an Feiertagen stets gleich.

Die soziale Betreuung ist wochentags meist kontinuierlich gegeben, an den Wochenenden steht nachmittags eine Mitarbeiterin zur Verfügung.

WB 3 „Schlossberg“ / 2. Stock

Die Erbringung der pflegerischen Tätigkeit unter ständiger Anwesenheit einer Fachkraft war stets gegeben.

Es zeigt sich eine adäquate, durchgängig meist gleiche Schichtbesetzung.

Die soziale Betreuung ist wochentags kontinuierlich gegeben, an den Wochenenden steht nachmittags eine Mitarbeiterin zur Verfügung.

4. Organisation, Qualitätsmanagement

Da sich hier, seit der letzten Begehung, keine maßgeblichen Veränderungen ergaben, wird dieser Punkt nicht näher ausgeführt.

Das Angebot an in- und externen Fortbildungen findet sich auf einem guten Stand. Ein umfassender Erste-Hilfe-Kurs für alle Mitarbeiter, ist für dieses Jahr geplant.

5. Pflegerelevante Beobachtungen

Hinweis: Die nachstehende Erhebung erfolgte auf der Basis von Befragungen der Bewohner, der Mitarbeiter, Beobachtungen und Einsichtnahme in vorhandene Unterlagen und Dokumente. Sie gibt daher ausschließlich den zum Zeitpunkt der Erhebung festgestellten Zustand wieder.

Bei allen Bewohnern die unter einer gesetzlichen Betreuung standen wurde im Vorfeld das telefonische Einverständnis des Betreuers zu der Befragung und Untersuchung eingeholt.

Im Zuge der Begutachtung wurde der aktuelle Pflegezustand von folgenden Bewohnern und Bewohnerinnen festgestellt. Hierbei wurden nachstehende Kriterien zu Grunde gelegt: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Mobilisation, Behandlungspflege und Dokumentation.

Erhebungsprotokolle

Die Zimmer der besuchten Bewohnerinnen waren ordentlich und angenehm temperiert. Allen ist eine Nasszelle mit Toilette angeschlossen – beide Räume sind barrierefrei begehbar. Die Fußpflege wird für die gesamte Einrichtung durch einen externen Dienstleister erbracht.

„Am Inn“ / EG (Beschützer WB)

Frau P., 82 Jahre, Pflegestufe III, seit 03.08.2004 in der Einrichtung lebend

Diagnosen: senile Demenz mit Unruhe und Weglauftendenz, Z. n. Oberschenkelhalsfraktur re.

Hilfsmittel: Pflegebett

Der betreuende Sohn ist mit der Begutachtung des Pflegezustands einverstanden. Anlass zur Beschwerde gab lediglich die Wäscheversorgung, daher wird diese in der Nasszelle gesammelt und von der Schwiegertochter 14-tägig mitgenommen. Dies führt zeitweilig zu einer Geruchsbelästigung, wie auch heute festzustellen. Lösungsmöglichkeiten wurden mit der Heimleitung bereits besprochen.

Ein Gespräch mit der Bewohnerin ist aufgrund der fortgeschrittenen Demenz nicht mehr möglich. Sie reagierte auf Ansprache mit einem Lächeln, einfache Fragen beantwortet Sie mit Ja oder Nein. Frau P. wird im Speiseraum angetroffen. Sie ist mit einer Hose und einem schönen Oberteil gekleidet, als Ergänzung trägt sie eine Halskette. Das Schuhwerk ist geschlossen. Zur Begutachtung wird sie ins Zimmer geführt, womit sie einverstanden ist.

Sie bewohnt ein Doppelzimmer, persönliche Gegenstände finden sich kaum, lediglich ein rahmenloser Bilderrahmen mit einigen Familienfotos ist vorhanden. Im Bett liegt eine Puppe, diese wurde vom Heim zur Verfügung gestellt, eine weitere sitzt in einem Stuhl. Für visuelle Reize sorgt eine bunte Spirale, die in einer Ecke an der Decke befestigt ist.

Freiheitsentziehende Maßnahmen kommen in Form von Bettgittern, einem Vorsatztisch und einem Bauchgurt im Bett zum Einsatz – ein gültiger Beschluss hierüber liegt vor, ein Fixierungsprotokoll wird lückenlos geführt. Eine Glocke ist nicht angebracht, die Gründe hierfür sind in der Dokumentation vermerkt.

Ganzwaschungen sind 1x täglich geplant, Teilwaschungen abends und bei Bedarf. 1 x wöchentlich erfolgt ein Bad mit Haarwäsche, zuletzt am 14.01.. Die Prothesen waren nicht eingesetzt, da die Bew. diese nicht mehr akzeptiert. Mundpflege erfolgt 2 x tgl., die Mundhöhle war feucht und sauber, die Zunge frei von Belägen. Haare und Fingernägel waren gepflegt, die Haut altersentsprechend. Am Bauch sehr trocken – wohl juckend - es zeigten sich leichte Kratzspuren. Die dekubitusgefährdeten Stellen waren reizlos, die Hautfalten sauber und trocken. Die rechte Hand ist in Fauststellung, ein Vermerk im Akt fehlte.

Das Sturzrisiko war ermittelt, entsprechende Maßnahmen geplant. Ein Sturzereignis am 01.12. letzten Jahres hatte eine Schenkelhalsfraktur re. zur Folge. Sie ist noch in der Lage zu gehen, allerdings macht der hinkende und unphysiologische Gang die Begleitung zweier PP notwendig. Durch die, wegen falscher Bewegungsabläufe, eingeschränkte Beweglichkeit, wäre eine Physiotherapie anzuregen. Tritt keine Verbesserung ein, sollte dies in die Dokumentation aufgenommen werden.

Vor Ihrem Sturz lag das Dekubitusrisiko lt. Bradenskala bei 17. Aufgrund der Bewegungseinschränkung wurde sie zwischenzeitlich gelagert. Inzwischen führt sie Lagewechsel wieder selbständig durch, bzw. wird bei Durchgängen dazu angehalten. Tagsüber wird sie mobilisiert, eine zusätzliche physiotherapeutische Versorgung erfolgt nicht.

Bei einer Größe von 156 cm wiegt Frau P. aktuell 44,4 kg. Laut Unterlagen lässt sich ein Gewichtsverlust – insbesondere nach ihrem KH-Aufenthalt – verzeichnen, dem wird mit kalorienreicher Kost begegnet. Das Essen wird meist eingegeben, zum Trinken wird sie aufgefordert, Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokolle geführt. Bei zu geringer Flüssigkeitszufuhr erhält sie subkutane Infusionen, lt. Doku trinkt die Bewohnerin zur Zeit ausreichend.

Die bestehende Harn- und Stuhlinkontinenz wird mit Einlagen und einer Netz hose versorgt. Toilettengänge sind in der Planung hinterlegt.

„Maximilian“ / 1. Stock

Frau H., 82 Jahre, Pflegestufe II, seit 19.05.2008 in der Einrichtung lebend

Diagnosen: Locked-in-Syndrom, Depression, Tracheostoma,
Hilfsmittel: Pflegebett, Antidekubitusmatratze, Multifunktionsrollstuhl, Ernährungspumpe, Absauger, Ultraschallvernebler

Frau H. ist in allen Bereichen des tgl. Lebens auf vollständige Hilfe angewiesen. Ein Gespräch ist aufgrund Ihres Krankheitsbildes nicht möglich. Auf Fragen, die mit ja, bzw. nein zu beantworten sind, kann Sie - nach vorheriger Vereinbarung - mit Lidschlag antworten.

Sie bewohnt ein Doppelzimmer, persönliche Gegenstände und Bilder sind in Ihrer Umgebung vorhanden. Für visuelle Reize sorgen an der Decke angebrachte Blumenornamente. Ein Flachbildschirmfernseher wurde von den Angehörigen angebracht, da sie gerne Sportsendungen sieht.

Bettgitter sind am Bett angebracht, jedoch nicht hochgezogen. Aufgrund der Immobilität der Bew. handelt es sich hier nicht um eine freiheitsentziehende Maßnahme, es ist jedoch die bestehende Immobilität, ärztl. zu attestieren.

Den Notruf kann Frau H. nicht selbständig bedienen, dies geht aus den Unterlagen hervor.

Sie trägt ein eigenes Frotteeoberteil und Socken. Die intertrigo- und dekubitusgefährdeten Stellen sind reizfrei und sauber, das Hautbild eher trocken. Die Haare sind gepflegt, die Fingernägel etwas lang und kantig. Sie hat noch eigene Zähne, diese werden 2 x tgl. vom Pflegepersonal geputzt. Zusätzlich wird mehrmals tgl. Mundpflege mit befeuchteten Wateträgern durchgeführt. Die Zähne und die Mundhöhle waren sauber, die Zunge frei von Belägen. Die Grundpflege wird 2 x tgl. vollständig vom Pflegepersonal übernommen, da sie teils stark schwitzt erfolgen Teilwaschungen bedarfsweise auch mehrmals. Geduscht wird, aufgrund der zu großen Anstrengung für die Bew., in 3 wöchigen Intervallen, in Abhängigkeit des AZ.

Für das bestehende Tracheostoma liegt ein eigenes Wunddokumentationsblatt vor, derzeit ist es reizfrei. 1 x tgl. wird gesäubert, mit Stomaöl versorgt, eine Schlitzkompressen eingelegt. Pro Schicht wird eine Ballonkontrolle durchgeführt. Das Halteband wird 3tägig,

bzw. b. B. gewechselt. Ein Kanülenwechsel durch den HA erfolgt 14tägig, zuletzt am 05.01.. Frau H. ist stark verschleimt, abgesaugt wird bedarfsweise, 2 x tgl. der Kaltvernebler angewandt.

Eine Beschreibung der vorhandenen Paresen und Kontrakturen liegt vor. Frau H. weist ein erhöhtes Dekubitusrisiko auf, dieses wurde zuletzt am 10.06.08, anhand der Bradenskala, ermittelt. Gelagert wird sie auf einer Antidekubitusmatratze, Lagerungen sind in angemessenen Intervallen geplant, Lagerungsmaterialien in ausreichendem Maße vorhanden, ein Protokoll wird geführt. Alle 2 – 3 Tage wird sie für ca. 2 Std. in den Mobilisationsstuhl mobilisiert, zuletzt am 18.01.. 5 x wö. erhält sie Physiotherapie.

Die PEG- Einstichstelle ist derzeit reizfrei und wird tgl. verbunden. Ein eigener Wundbericht wird geführt, letzter Eintrag am 04.01.. Die Ernährung erfolgt ausschließlich über die am 17.03.08 gelegte PEG-Sonde. Verabreicht werden 2 x tgl. je 500 ml Wasser, je 500 ml Isosource Faser und 500 ml Isosource Faser energy. Die Flussrate ist mit 140 ml/h angegeben, zur Nacht wird die Sonde abgestöpselt. In Ernährungsfragen wird die Einrichtung von Frau Jenkner, einer Mitarbeiterin der Firma WKM, unterstützt. Bei einer Größe von 160 cm wiegt die Bew. 68 kg (17.11.). Gewichtskontrollen erfolgen derzeit alle 4 – 6 Wochen.

Der Blasenkatheter (transurethral), Wechselintervall 14tägig, wurde zuletzt am 31.12.08 gewechselt. Ein Vermerk, seit wann und warum sie diesen trägt, findet sich nicht. In einer eigenen Wunddokumentation wird eine etwa €-stück große offene Stelle im Genitalbereich beschrieben, welche lt. Anordnung 1 x tgl. mit Ovestincreme versorgt wird. Aufgrund dessen und der bekannten Risikofaktoren einer längerfristigen Harndrainage, sollte in einem Gespräch mit dem zuständigen Arzt, die Umstellung auf einen suprapubischen Katheter erwogen werden.

Die bestehende Stuhlinkontinenz wird mit Einlagen versorgt.

Frau H. wird regelmäßig durch die, für die soziale Betreuung zuständigen, Mitarbeiterinnen besucht.

„Schlossberg“ / 2. Stock

Frau P., 89 Jahre, Pflegestufe II, seit 28.08.2006 in der Einrichtung lebend
Diagnosen: spast. Hemiparese re., insulinpfl. Diab. mell., Inkontinenz, Demenz
Hilfsmittel: Pflegebett, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Rollator, Zahnprothesen

Die Betreuerin (Tochter) war mit der Begutachtung einverstanden, Beschwerden hatte sie nicht. Die Bew. ist in der Lage einfache Fragen zu beantworten, ein sinnvolles Gespräch ist aufgrund Ihrer Erkrankung jedoch nicht mehr möglich. Sie wurde im Speiseraum getroffen, trägt bequeme, eigene – vom Personal ausgewählte - Kleidung. Die geschlossenen Schuhe sind speziell auf die Bedürfnisse von Diabetikern zugeschnitten, die Strümpfe nicht einschneidend. Frau P. macht insgesamt einen gepflegten Eindruck.

Sie bewohnt ein Einzelzimmer, dies ist mit pers. Gegenständen und Bildern individuell ausgestattet. Die Notrufglocke wurde entfernt, die Gründe hierfür sind vermerkt. Freiheitsentziehende Maßnahmen kommen in Form eines Bettgitters zum Einsatz, das ärztl. Attest ist in diesem Fall jedoch formal nicht richtig, da die Bew. durchaus in der Lage ist willentlich gesteuerte Bewegungen auszuführen.

Seit der Rückverlegung aus dem KH (Z. n. Ileus) am 13.01. ist lt. Aussage der WBL eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu beobachten. Eine Evaluation und ggf. Anpassung der Pflegedokumentation ist in ca. 1 Woche vorgesehen.

Ganz- und Teilkörperwäschen sind tgl geplant, ebenso die Mund- und Prothesenpflege. Eine Dusche mit Haarwäsche erfolgte am Vortag. Haare und Nägel sind in Ordnung, die Haut altersentsprechend und intakt, die dekubitus- und intertrigogefährdeten Stellen reizfrei. Die spast. Hemiparese re. und die Kontrakturen an der re. oberen Extremität sind beschrieben.

Die leicht adipöse Bew. (BMI 29) erhält Diabetikerkost, derzeit pass., die ihr, in Abhängigkeit von der Tagesform, oft eingegeben werden muss. Seit 18.01. wird daher ein Tellerbericht und ein Trinkprotokoll geführt. Gewichtskontrollen finden quartalsmäßig statt. 2x täglich erhält die Bew. Insulin-Injektionen. Blutzucker- und Vitalwertkontrollen werden wöchentlich vom HA durchgeführt.

Sowohl das Sturz-, als auch das Dekubitusrisiko (zuletzt 16 Pkt.) waren anhand fachüblicher Skalen ermittelt. Tagsüber wird Frau P. in den Rollstuhl mobilisiert, nachts mittels Lagerungsschlange gelagert, ein Protokoll wird geführt. Pass. Bewegungsübungen des paretischen Arms werden vom Pflegepersonal bei der Grundpflege, Gehübungen je nach Tagesform durchgeführt. Zusätzlich erhält sie 2 x wö. Physiotherapie.

Die bestehende Inkontinenz wird mit einem offenen System und Netzhosen versorgt. Toilettengänge sind geplant, der Obstipationsproblematik wird mit Lactulose begegnet. Auf regelmäßigen Stuhlgang wird geachtet.

6. Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses

Die Pflegedokumentation erfolgt handschriftlich, anhand des Systems der Firma Standard und größtenteils selbsterstellten Blättern. Alle formalen Anforderungen sind erfüllt, die pflegerisch relevanten Daten können damit erfasst und der Pflegeprozess vollständig dargestellt werden.

Die Stammdaten waren bei den überprüften Bewohnern meist vollständig erfasst. Biographien waren, je nach Unterstützung der Angehörigen, in unterschiedlicher Ausführlichkeit erhoben.

In den Pflegeanamnesen fanden Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner Berücksichtigung, sowohl noch vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen, als auch Defizite waren erfasst, Pflegeziele formuliert.

Die Pflegeplanungen liegen in tagesstrukturierter Form vor und sind handlungsleitend, eine Evaluation durch die Bezugspflegekräfte erfolgt.

Die Durchführung von Prophylaxen spiegelt sich in der Dokumentation wider.

Die Berichte sind kontinuierlich geführt und geben Auskunft über den Verlauf. Interventionen des Pflegepersonals auf Veränderungen waren ersichtlich.

Die Abzeichnung der Leistungsnachweise erfolgt komplexhaft. Die Mitarbeiter sind 2 – 3 Tage hintereinander bei einem Bewohner eingesetzt.

Das Dekubitus- und Sturzrisiko war bei den besuchten Bewohnerinnen (soweit erforderlich) jeweils anhand einer fachüblichen Skala erfasst.

Ein ärztliches Verordnungsblatt liegt vor, die Medikamente sind dokumentiert und gekennzeichnet. Die Bedarfmedikation war vorschriftsmäßig dokumentiert. Die ärztlich angeordnete Behandlungspflege wird umgesetzt.

Pflegeüberleitungsbögen kommen zur Anwendung.

7. Soziale Betreuung

Für den Bereich der sozialen Betreuung sind im Wohnbereich 1 Frau Ritzenhoff (auf 400 € Basis) und Fr. Hoffmann (30 Std.) tätig. Im WB 2 sind Frau Gruber und Frau Leitner jeweils 20 Std./Woche und Fr. Weingartner mit 25 Std./Woche beschäftigt. Im WB 3 ist Frau Brummer ganztags tätig und Frau Ladurner-Kaletsch in Teilzeit mit 12,5 Std./Woche.

Eine Konzept für die sozial Betreuung liegt vor.

Auf jedem Stockwerk gib es ein Rahmenprogramm, das je nach den Bedürfnissen der Bewohner täglich, zu unterschiedlichen Zeiten, auch Abends und am Wochenende angeboten wird. Angeboten werden z. B. Spiele, Gedächtnistraining, Gymnastik und Sturzprophylaxe. Besonders erfreulich ist, dass auf allen Wohnbereichen vermehrt hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Kochen und Backen durchgeführt werden.

Im Rahmen der Einzelbeschäftigung (10-Min Aktivierung, basale Stimulation) werden auch die ständig bettlägerigen Bewohner besucht. Eine Planung für gezielte Einzelbeschäftigungen der bettlägerige BewohnerInnen und für Menschen die nicht an der Gruppenangeboten teilnehmen können oder wollen, ist jedoch nicht vorhanden. Speziell immobile Personen benötigen besonderes Augenmerk des Personals um der Gefahr sozialer Isolation zu vorzubeugen. Dabei soll besonders auch auf Kontinuität geachtet werden. Während der Urlaubszeit oder bei Krankheitsfällen könnte die soziale Betreuung auch stockwerkübergreifend aushelfen.

Die Dokumentation der sozialen Betreuung erfolgt in Form eines Leistungsnachweises in einem Ordner separaten Ordner. Dokumentiert wird die Teilnahme, Verlauf und besondere Vorkommnisse werden vermerkt. In Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sollte die Dokumentation idealer Weise in der Bewohnerakte erfolgen.

Besonders erfreulich ist das abwechslungsreiche Beschäftigungsangebot. Der Betreuung von ständig bzw. überwiegend bettlägerigen Bewohnerinnen und Bewohner muss zukünftig mehr Wert gelegt werden.

Wir empfehlen eine Struktur zu schaffen, in der das überaus große Potential der soz. Betreuung und Beschäftigung zum Wohle aller Seniorinnen und Senioren optimal genutzt werden kann. Persönliche Differenzen, Vorlieben und Abneigungen sind dabei außer Acht zu lassen. Dazu gehören u. E. gemeinsame Besprechungen, Festlegen von Arbeitsschwerpunkten, Planungen und Konzepterarbeitung ebenso wie eine sinnvolle Vertretungsregelung und Übergaben. Die Zuordnung der Beschäftigungskräfte auf die verschiedenen Wohnbereiche ändert daran nichts.

8. Mitwirkung der Heimbewohner

Seit 1996 werden die Interessen der Bewohner durch den Pfarrer, Herrn Giglberger, Heimförsprecher vertreten, der einmal jährlich eine Heimbewohner-Angehörigen-Versammlung organisiert. Frau Pojda ist dabei auch anwesend und erstellt das Protokoll. Herr Giglberger ist auch als Seelsorger in der Einrichtung aktiv, er hält ca. 14-tägig einen Gottesdienst und ist bei Bedarf für Angehörige wie Bewohner jederzeit ansprechbar. Herr Giglberger äußert sich sehr zufrieden über die Einrichtung. Die Zusammenarbeit mit der Heimleitung, dem Pflegepersonal wie auch mit den Ehrenamtlichen sei sehr gut. Einmal monatlich findet ein Seniorennachmittag in Kraiburg, einmal im Monat in der Einrichtung statt. Regelmäßig finden Konzerte, Projekte statt. Die Vorschau der Veranstaltungen des 1. Halbjahres 2009 dokumentieren große Aktivitäten und sind eine Bereicherung des Alltages der Heimbewohner. Festgehalten werden die zahlreichen Events mit schönen Fotos und Informationen in der zweimal jährlich erscheinenden Heimzeitung. Während meines Rundganges durch die Einrichtung konnte ich bei der Befragung der Bewohner und Angehörigen große Zufriedenheit feststellen.

9. Medikamente - Notfalleinrichtungen

Es existiert weiterhin ein Versorgungsvertrag mit der Inn-Apotheke Kraiburg. Die Medikamente werden bewohnerbezogen aufbewahrt. Btm-Medikation befand sich diesmal nur im 1. Stock. Diese war ordnungsgemäß aufbewahrt und dokumentiert. Das Personal wusste auch warum die Bewohner entsprechende Schmerzmittel erhalten.

10. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Schwerpunkt der Prüfungen waren diesmal der 1. und 2. Stock. Wie bei der Endbesprechung ausführlich erörtert, gibt es hier einige Missverständnisse, die aufgearbeitet werden müssen. Auf Wunsch der Tochter ist **keine juristische Legitimation** für das Anlegen eines Bettgitters. Die Tochter in diesem Fall, Betreuerin, kann und muss den Wunsch äußern und auch beim Amtsgericht melden. Genehmigen kann es nur ein Richter vom Amtsgericht. Große Unklarheiten gibt es bei der Ausnahmesituation: Betroffene sind nicht einwilligungsfähig und können ihre Bewegungen nicht willentlich koordiniert steuern. Hier muss erst definiert werden, was bedeutet es, Bewegungen nicht willentlich koordiniert steuern zu können. Im klassischen Fall wäre das ein Apalliker, der Beine wie Arme, nicht mehr bewegen kann. Willentlich koordinierte Bewegungen jedoch wären z.B. Festhalten der Arme am Bettgitter, Halten eines Glases, einen Löffel an den Mund führen, mit dem Arm, Beine bewegen zwischen den Bettgittern... Die Gehunfähigkeit bedeutet nicht automatisch Bewegungen nicht willentlich koordiniert steuern können. Ist der Bewohner in der Lage, oben genannte Bewegungen durchzuführen erfordert es weiterhin einen richterlich Beschluss. Dies habe ich auch nochmals mit Herrn Richter Obermüller besprochen, der hier auch der gleichen Meinung ist. Kann der Bewohner die Bewegungen nicht willentlich koordiniert steuern, z.B. Apalliker, ist hier kein richterlicher Beschluss erforderlich, hier benötigt man ein ärztliches Attest, in dem die Diagnose bzw. der gesundheitliche Grund dafür genannt werden. Grundsätzlich möchte ich nochmals darauf hinweisen, dass freiheitsentziehende Maßnahmen auf ein unumgängliches Zeitmaß beschränkt werden. Alternativen, wie Protektorenhose, Antirutschmatte, Niedrigbett sollten, wie z.B. in der beschützenden Abteilung eingesetzt, auch hier angedacht werden.

11. Hygiene

Beim Rundgang durch das Haus ergab sich ein hygienisch einwandfreier Eindruck. Die Feinwäsche der Bewohner wird nach einigen Beschwerden nun selbst im Hause gewaschen. Hierfür ist Frau Schwarzmaier zuständig. Schutzkittel und Handschuhe werden bereit gestellt. Es befinden 2 Waschmaschinen im Keller, in einer sollten nur die Putzlapen, in der anderen nur die Feinwäsche gewaschen werden.

12. Verpflegung

Alle Speisen werden in der heimeigenen Küche zubereitet.

Während des Mittagessens im 1. Stock im großen Aufenthaltsraum konnte ich folgende Beobachtung machen:

Für 9 Bewohner standen zum Teil 2 – 3 Pflegekräfte zur Verfügung. Eine Pflegekraft schöpfte vom Warmhaltewagen im Gang das Essen. 7 Bewohner konnten selbstständig das Essen einnehmen, eine bedurfte der ständigen Hilfe, eine andere Bewohnerin zeitweise. Das Geschirr wurde vom Personal abserviert und im gleichen Raum in der Geschirrspülmaschine nach Vorsäuberung gespült. Getränke, wie Wasser, Waldmeisterchorle, bei Wunsch Bier, standen zur Verfügung.

Positive Aspekte:

Angenehme Essensatmosphäre mit ausreichend Personal, sehr viel Zeit zum Essen (mehr als 1 Stunde), auf die individuellen Bedürfnisse wurde optimal eingegangen (z.B. einer Bewohnerin, die sehr langsam aß, wurde zwischenzeitlich das Essen mittels Mikrowelle aufgewärmt. Eine andere Bewohnerin, der Essen eingegeben wurde, wurde zusätzlich eine gedrückte Banane zum pürierten Essen angeboten, was sie sichtlich lieber mochte).

Verbesserungsvorschläge:

Praktikanten sollten ohne Aufsicht nicht Bewohnern mit Schluckstörungen Essen eingeben.

13. Bauliche Situation

Eine stichprobenartige Überprüfung der baulichen Situation unter Berücksichtigung der Heimmindestbauverordnung war ohne Beanstandung. Sehr positiv zu erwähnen ist die sehr gute Umsetzung des Nichtraucherschutzgesetzes. Im 1. Stock wurde ein Bewohner-Einzelzimmer in ein Raucherzimmer umfunktioniert. Hier wurde eine zusätzliche Glaschiebetür eingezogen, eine Belüftungsanlage installiert, so dass in den Gängen gar keine Rauchbelästigung, im Raucherzimmer selbst auch keine zu große Rauchbelastung auffiel. Das Zimmer ist, wie auch sämtliche Gänge im Haus, mit Alltagsgegenständen ausgestattet, gemütlich eingerichtet.

Zusammenfassende Beurteilung

Die Heimnachschaufand in einer angenehmen und freundlichen Atmosphäre statt, das beteiligte Personal war sehr kooperativ, die erforderlichen Unterlagen wurden bereitwillig zur Verfügung gestellt, bzw. ausgehändigt.

Insgesamt gesehen konnten keine groben, den Bewohner in seiner Gesundheit gefährdenden Pflegedefizite festgestellt werden. Aus Beobachtungen und Gesprächen mit Bewohnern entsteht der Eindruck, dass diese sich in der Einrichtung wohl fühlen. Das Personal wird positiv gesehen, das Haus war ansprechend dekoriert und der Umgangston war während der Besichtigung stets freundlich und die Atmosphäre entspannt.

Ergänzend zu den oben genannten Feststellungen nachfolgend eine Zusammenfassung der wesentlichen Abhilfemaßnahmen bzw. Verbesserungspotentiale:

Erforderliche Maßnahmen und Verbesserungspotentiale:

Personaleinsatzplanung:

- Laut HeimPersV muss in Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern immer mindestens eine Pflegefachkraft anwesend sein, auch nachts. Werden Schichten getauscht, ist unbedingt darauf zu achten, diese, der Qualifikation entsprechend zu ersetzen.
- Gewährleistung einer ausreichenden Schichtbesetzung auch bei krankheitsbedingten Ausfällen. (WB 2)
- Sukzessiver Abbau der aufgelaufenen Überstunden (WB 2, insbesondere Frau Maly)
- Ausgewogenere Planung der Wochenenddienste (WB 2, insbesondere Frau Maly) unter Berücksichtigung des Arbeitszeitgesetzes.

Wohnbereichsleitung (WB 2)

- Wer als Wohnbereichsleitung arbeitet, braucht eine Vielzahl von Talenten um allen Erfordernissen dieser Aufgabe gerecht zu werden. Durch zweckmäßige Personaleinsatzplanung und Arbeitsablaufgestaltung sichert sie die Arbeitszufriedenheit, unter Einhaltung der Arbeitszeit und des Ausgleichs der Mehrarbeit. (Auch die eigene Einsatzplanung, besonders im Hinblick auf die diversen zu leistenden Aufgaben, muss unter obigen Gesichtspunkten erfolgen.)

Grundpflege

- Die Nagelpflege ist fachgerecht durchzuführen, z. B. rund feilen – längere Fingernägel wegen Verletzungsgefahr kürzen.

Umgang mit Kontrakturen

- Sollte es trotz prophylaktischer Maßnahmen zu Kontrakturen kommen, eine Verschlechterung dieser eintreten, bzw. neue hinzukommen, muss dies begründet und nachvollziehbar dokumentiert werden.

Blasenkatheeter

- Das Datum der Anlage und die Indikation müssen der Einrichtung bekannt und aus der Dokumentation ersichtlich sein.
- Bei einer längerfristigen Harndrainage sollte, aufgrund der bekannten Risikofaktoren, vom zuständigen Arzt die Umstellung auf einen suprapubischen Katheter in Betracht gezogen werden.

Pflegedokumentation

- Informationen zu Allergien, auch wenn nicht vorhanden, sollten auf dem Stammblatt ersichtlich sein.
- Die Pflegeanamnese muss einen umfassenden Gesamteindruck unter Berücksichtigung der aktuellen Situation (Ist-Zustand) des Pflegebedürftigen vermitteln, daher sollten Veränderungen wo keine maßgeblichen Besserungen zu erwarten sind (z. B. nach OP) aufgenommen werden.

Soziale Betreuung

- Bei der Betreuung der ständig bettlägerigen Bewohner soll auf mehr Kontinuität geachtet werden. Das Erstellen eines Plans/Konzept wer, wann, was mit den ständig bettlägerigen Bewohnern macht könnte dabei hilfreich sein, klare Absprachen sind notwendig.

Umgang mit FeM

- Für Bettgitter ist bei vollständig bewegungsunfähigen und nicht einwilligungsfähigen Bewohnern ein ärztliches Attest einzuholen.
- Fixierungen nicht einwilligungsfähiger, aber bewegungsfähiger Betroffener, bedürfen einer richterlichen Genehmigung.
- Bei jeder Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme müssen sich die Pflegekräfte von der Unbedenklichkeit, der Angemessenheit und der Notwendigkeit der Fixierung überzeugen; Alternativen zur Fixierung sind zu prüfen.


Bei der Endbesprechung wurde der Sachverhalt bereits thematisiert und Verbesserungsvorschläge unterbreitet.


Aufgrund des Stichprobencharakters der Prüfung besteht die Möglichkeit, dass weitere als die in diesem Bericht erkannten Defizite oder Abweichungen bestehen.

Der MDK in Bayern, der Bezirk Obb., die Reg. v. Obb. und die ARGE der Krankenkassen erhalten einen Abdruck dieses Schreibens.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mühldorf, 09.03.2009


Frau Andrea Bonakdar
(Ärztin)
Tel.: 08631 699-535


Frau Regina Huber
(Pflegefachkraft)
Tel.: 08631 699-520


Frau Petra Oberbauer
(Dipl. Soz.päd. FH)
Tel.: 08631 699-522