

# Qualitätssiegel für Pflegeheime



## Bericht

über das Zwischenaudit im Bereich Pflege  
beim

**Seniorenbetreuung Altstadt**

**Mehlstr. 4**

**87435 Kempten**



---

## **Ergebnis**

Die

**Seniorenbetreuung Altstadt  
Mehlstr. 4  
87435 Kempten**

hat das Zwischenaudit im Bereich Pflege nach den Qualitätsanforderungen des Instituts für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen und den Qualitätsanforderungen gemäß SGB XI erfolgreich bestanden.

Das

**Qualitätssiegel für Pflegeheime**

ist weiterhin gültig.

**Die Gültigkeitsdauer endet im Dezember 2025.**

Nachfolgend wird das Ergebnis des Zwischenaudits dargestellt.

Filderstadt, den 17.05.2024

Gregor Vogelmann  
Geschäftsführer



---

## **I Begehung der Einrichtung**

Audittermin: 16.05.2024

Beginn der Prüfung: 08.00 Uhr

Ende der Prüfung: 16.30 Uhr

Seitens der Pflegeeinrichtung nahmen teil:

Herr Zapf, Einrichtungsleitung  
Frau Graue, Pflegedienstleitung  
Frau Zapf, stv. Pflegedienstleitung und QMB  
Frau Hoffmann-Eiden, Wohnbereichsleitung  
Frau Schmid, Wohnbereichsleitung  
Frau Weber, Wohnbereichsleitung

Gutachter des IQD war:

Herr Vogelmann

---

## **Vorbemerkung**

Innerhalb der dreijährigen Laufzeit der IQD-Zertifizierung erfolgt das Zwischenaudit im Bereich Pflege nach ca. 1 ½ Jahren.

Das Zwischenaudit wurde weitgehend anhand der in der 12. Auflage des Handbuchs zum Qualitätssiegel für Pflegeheime festgelegten Inhalte und Kriterien durchgeführt.

## **Bereich Pflege**

### Bewohnerbesuch

Es wurden in jedem Wohnbereich zwei, insgesamt sechs Bewohner besucht. Bei den Besuchen wurde die Situation vor Ort, ob im Zimmer oder in den Aufenthaltsbereichen, betrachtet und wahrgenommen. Es wurde darauf geachtet, ob sich die Ausstattung sowie die Betreuungs- und Pflegesituation an den Bedürfnissen des Bewohners orientiert.

Alle besuchten Bewohner waren ihrer Situation entsprechend augenscheinlich sehr gut gepflegt und betreut. Es ist zu beobachten, dass vom Personal große Anstrengungen unternommen werden, um die Bewohner zu mobilisieren. Positiv fällt auf, dass die Bewohner,



auch die hoch Pflegebedürftigen, motiviert und aktiviert werden, um am Tagesgeschehen so weit als möglich teilzunehmen. Mit demenziell erkrankten Bewohnern wird entsprechend deren Fähigkeiten und Bedürfnissen situationsgerecht um- und darauf eingegangen. Die freundliche Atmosphäre im Haus und das breite Angebot im Rahmen der sozialen Betreuung ermöglichen den Bewohnern gezielte Tagesstrukturierung und die Förderung ihrer Ressourcen.

#### Pflegeprozess/-bericht

Es liegt eine Pflegedokumentation auf EDV (MediFox) vor. Vor 4 Monaten wurde mit der Einführung der Pflegedokumentation auf EDV begonnen, die bereits sehr weit fortgeschritten ist.

#### SIS

Die sechs Themenfelder der strukturierten Informationssammlung (SIS) wurden durch Pflegefachkräfte erarbeitet. Sie bilden eine soweit fundierte Grundlage für die Erstellung der pflegerischen Maßnahmenplanung. Teilweise wurden biographische Daten erfasst und lagen vor, soweit dies von den Bewohnern erfragt werden konnte. Die im Rahmen der SIS geplanten Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege waren in der Regel schlüssig dargestellt. Bei akuten Veränderungen des Gesundheitszustandes wird die Informationssammlung und Maßnahmenplanung soweit zeitnah an die aktuelle Situation angepasst.

#### Risikoerhebung

Es ist zu erkennen, dass die in den Themenfeldern aufgeführten Informationen zur Selbstständigkeit, zu den Ressourcen sowie zu den Unterstützungsbedarfen und Problemen in der Regel bewohnerorientiert dokumentiert sind. Die daraus abgeleitete Risikomatrix ist jedoch nicht immer deckungsgleich mit der Informationssammlung.

#### Pflegeberichte

Den Pflegeberichten kann soweit situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter bei Ereignissen oder akuten Veränderungen des Gesundheitszustandes entnommen werden. Bei dokumentierten Besonderheiten (Rötungen etc.) wird nach Abschluss der eingeleiteten Maßnahme/n in der Regel der wiederhergestellte gesundheitliche Zustand dokumentiert.

#### Medikamente

Die Medikamente sind mit Namen des verordneten Präparates, die Art des Medikamentes, die zu verabreichende Menge sowie die Häufigkeit und die tageszeitliche Zuordnung in der Pflegedokumentation hinterlegt.

Die gesichteten Tropfen waren mit Anbruchsdatum und Dauer der Haltbarkeit nach Anbruch versehen. Die gesichteten Insulin-Pen zeigten das Anbruchsdatum und das Verfallsdatum nach Anbruch auf.

Betäubungsmittel werden in einem gesondert abschließbaren Fach im Medikamentschrank aufbewahrt. Die gesichtete BTM-Dokumentation wies nicht immer den korrekten Abgang (nach ärztlicher Verordnung) auf. Der Bestand war ansonsten korrekt.

Bei entsprechender Vorschrift werden die Medikamente im Kühlschrank gelagert.



Die vorgehaltenen Medikamente entsprechen dem Haltbarkeitsdatum nach Herstellerangaben.

Die folgenden Empfehlungen basieren auf den Inhalten der Pflegefachgespräche und der Dokumentationssichtung.

### **Wohnbereich 1**

#### Bei Frau A1:

Die Bewohnerin wurde im Zimmer im Bett liegend angetroffen. Sie macht einen zufriedenen Eindruck.

#### Zimmersichtung

Im Zimmer steht eine angebrochene Flasche Sondennahrung, die mit einem Fließtuch in der Öffnung verschlossen ist, was nicht zulässig ist.

Es steht auch eine gerichtete Flasche mit Wasser (für die PEG), in der ursprünglich Sondennahrung enthalten war, ohne Verschluss im Zimmer. Die Flasche zeigt Stockflecken!

#### SIS

Im Themenfeld 3 und 4 wird auf die PEG Ernährung hingewiesen. Hier würde ein Verweis zur ärztlichen Verordnung reichen. Unter ärztliche Verordnung wird auf die PEG Nahrung und Flüssigkeit hingewiesen. Ggf. wäre auch der Energiewert der Sondennahrung (1 ml = 1,5 kcal) zu hinterlegen.

Bei den Risiken Dekubitus und Ernährung wurde ein Risiko bei den Themenfeldern 1 bis 4 definiert. Dort wo ein Risiko definiert wurde, muss im entsprechenden Themenfeld auch eine Begründung zum Risiko stehen.

Die Bewohnerin hat eine PEG Einstichstelle. Diese wird, wenn erforderlich, im Pflegebericht beschrieben. Wir empfehlen eine Wunddokumentation anzulegen.

Die Dokumentation bildet den Pflege- und Betreuungsprozess schlüssig ab.

#### Bei Herrn A2:

Der Bewohner wurde im Zimmer im Bett liegend angetroffen. Er macht einen zufriedenen Eindruck.

#### Zimmersichtung

Es ist beidseits der obere Bettseitenschutz angebracht. Laut Pflegefachkraft hält der Bewohner sich dort gerne fest. Dies könnte so in der SIS hinterlegt werden. Als Maßnahme müsste dann auch das Anbringen der oberen Bettseitenschutzes hinterlegt werden.

Die SIS ist sehr detailliert erstellt.

Die Dokumentation bildet den Pflege- und Betreuungsprozess schlüssig ab.

## **Wohnbereich 2**

### Bei Herrn A3:

Der Bewohner wurde im Aufenthaltsbereich wahrgenommen. Er saß im Gehfrei und macht einen zufriedenen Eindruck.

### Wundmanagement

Der Bewohner hat eine Ablederungswunde. Der Wundverlauf ist schlüssig erstellt. Die Lokalisation der Wunde sollte in der Wunddokumentation noch hinterlegt werden.

### Gewichtsverlauf

Die Gewichtsveränderung vom Februar 2024 bis zum 18.04.24 wurde schlüssig erfasst. Eine Arztkommunikation ist nachweislich vorhanden. Ggf. wäre mit dem Hausarzt zu klären, welches Zielgewicht der Bewohner erreichen darf.

### Pflegebericht

Der Bewohner neigt laut Pflegebericht zum „Grapschen“. Sollte der Bewohner Mitarbeitende direkt körperlich berühren, wäre dies konkret zu benennen. Ggf. wäre eine Fallbesprechung erforderlich, um aus verschiedenen Perspektiven das begonnene Verhalten zu betrachten und, um entsprechende Maßnahmen ableiten zu können.

Die Dokumentation bildet den Pflege- und Betreuungsprozess schlüssig ab.

### Bei Frau A4:

Die Bewohnerin saß im Multifunktionsrollstuhl. Sie macht einen zufriedenen Eindruck.

### Schmerzmanagement

Die Bewohnerin hat eine Dauermedikation mit BTM. Im Themenfeld 3 wird auf die Schmerzsituation eingegangen. Hier sollte noch hinterlegt werden, wo die Schmerzlokalisierung ist oder, ob es z. B. diffuse Schmerzen sind. Es kann auch hinterlegt werden, wie die Bewohnerin ihre Schmerzen beschreibt.

Die Dokumentation bildet den Pflege- und Betreuungsprozess schlüssig ab.

### **Wohnbereich 3**

#### BTM

Ein Bewohner erhält morgens und abends 4 Tropfen Opium. Am 12.05.24 abends und am 13.05. morgens war kein BTM Abgang im BTM-Buch hinterlegt. Dies sollte geklärt werden und kann ggf. durch einen Nachtrag der ausführenden Pflegefachkraft und WBL behoben werden.

Die Bewohnerin Fr. BJ hat eine ärztliche Verordnung für Fentanyl 25 mg alle drei Tage. Laut BTM Buch hat sie am 03.05.24 das BTM erhalten und dann wieder am 09.05.24. Das BTM wurde laut BTM-Buch am 29.04.24 bestellt. Das Liefer-/ Bestellmanagement von Medikamenten (BTM) muss geklärt werden.

Die Bewohnerin Fr. SG hat eine ärztliche Verordnung für Fentanyl 50 mg alle drei Tage. Laut BTM Buch hat sie am 09.05.24 das BTM erhalten und dann erst wieder am 14.05.24.

Bei einem Bewohner, der am Audit-Tag morgens verstorben ist, wurde nachts noch eine halbe Ampulle Morphin verabreicht aber im BTM-Buch nicht ausgetragen. Im Pflegebericht ist die Verabreichung hinterlegt. Hier sollte ein Nachtrag erfolgen.

Der Umgang mit BTM ist in dieser Form noch nicht schlüssig.

#### Bei Frau A5:

Die Bewohnerin wurde beim Mittagsschlaf angetroffen, weshalb keine Kontaktaufnahme erfolgte.

#### Zimmersichtung

Die Haarbürste sollte von Resthaaren befreit werden.

#### SIS

Die Diagnosen sollten im Themenfeld 3 nicht gelistet werden. Es sind nur pflegerelevante Diagnosen zu hinterlegen und dann wären diese durch pflegerelevante Informationen zu ergänzen.

#### Wundmanagement

Die Bewohnerin hat eine chronische Wunde. Es liegt eine regelmäßige Wundbeschreibung vor. Eine Größenbeschreibung ist dort seit dem 24.04.24 nicht hinterlegt. Die Größenbeschreibung liegt lediglich vom externen Wundmanager vor. Hier sollte festgelegt werden, in welchem Intervall die Größenbeschreibung auch vom Pflegepersonal zu erfolgen hat.

In der SIS wird auf ein Sitzring hingewiesen. Sollte dieser eine positive Entwicklung auf den Hautzustand am Gesäß haben, wäre dies in der SIS zu hinterlegen, ansonsten werden Sitzringe als Hilfsmittel kritisch gesehen.

Die Dokumentation bildet den Pflege- und Betreuungsprozess schlüssig ab.

Bei Frau A6:

Die Bewohnerin wurde sitzend im Bett angetroffen.

SIS

Die SIS sollte an die aktuelle Situation angepasst werden. Insbesondere sollte die Ernährungssituation bzw. die Gewichtsveränderungen in der SIS dargestellt werden.

Wundmanagement

Die Bewohnerin hat zwei Wunden. Die Wundbeschreibung sollte durch die Größenbeschreibung ergänzt werden.

Gewichtsverlauf

Seit 25.03.24 lag kein Körpergewicht im Menü Vitalwerte vor. Eine anwesende Pflegefachkraft hat die Bewohnerin letzte Woche gewogen und trägt dieses Gewicht von 54 kg in die Wiegeliste (Papier) des Wohnbereiches ein. In einer weiteren Wiegeliste (Papier) vom Monat April steht 59,6 kg. Auch dieser Wert ist, wie der Mai-Wert, nicht im Menü Vitalwerte hinterlegt. Es muss geregelt werden, dass die Mitarbeitenden, welche wiegen, auch das Körpergewicht am Wiegetag eintragen. Aus den Wiegelisten kann nicht erkannt werden, an welchem Tag gewogen wurde, somit wird ggf. das Dokumentationsdatum in der EDV automatisch das Wiegedatum, was so nicht korrekt ist.

Ernährungsmanagement

Es sollte zeitnah eine Fallbesprechung mit der PDL geführt werden, indem die Situation niedergeschrieben und auch chronologisch dargestellt wird, was wann mit dem Hausarzt bzw. dem Betreuer besprochen wurde und was diese geantwortet haben.

Die Dokumentation bildet den Pflege- und Betreuungsprozess noch nicht schlüssig ab.

Allgemein:

- Maßnahmen sollten in der SIS nicht hinterlegt werden.
- Pflegeprobleme sollten nicht in mehreren Themenfeldern identisch wiedergegeben werden.
- Dort wo ein Risiko in der Risikomatrix definiert wurde, muss im entsprechenden Themenfeld auch eine Begründung zum Risiko stehen.
- Wenn der obere Bettseitenschutz z. B. auf Wunsch des Bewohners angebracht wird oder es sich zeigt, dass der Bewohner sich z. B. daran gerne festhält, wäre dies so in der SIS z. B. im Themenfeld 2 zu hinterlegen. Somit müsste diese Maßnahme dann auch in der Tagesstruktur benannt werden.



-----

Ungeachtet der Empfehlungen konnte im Zeitraum des Zwischenaudits sehr deutlich wahrgenommen werden, dass die zugewandte Kommunikation in der Betreuung und Pflege den anwesenden Bewohnerinnen und Bewohnern eine Atmosphäre der Geborgenheit und Sicherheit vermittelt.

Filderstadt, den 17.05.2024

Gregor Vogelmann  
Geschäftsführer

Marcus Koch  
Pflegesachverständiger (IQD)



## Anlage

zum Bericht über die Prüfung am 16.05.2024

## Seniorenbetreuung Altstadt, Kempten

### Legende

zu den im Prüfbericht verwendeten Abkürzungen der Bewohnernamen.

Um vertrauliche Behandlung wird gebeten.

Abkürz.	Nachname	Vorname	Wohnbereich
A1	Diehn	Erna	1
A2	Sailer	Alfons	1
A3	Wirth	Maximilian	2
A4	Hansch	Hannelore	2
A5	Berger	Johanna	3
A6	Unterstab	Anita	3