

**Vorbemerkung:**

Zum vereinfachten Sprachgebrauch verwenden wir in unseren Konzeptionen den Begriff:
ASB Seniorenzentrum Lichtblick oder ASB Seniorenzentrum anstelle von ASB Seniorenzentrum
Lichtblick gGmbH.

Ebenso wird überwiegend die männliche Anredeform zur Vereinfachung verwandt.

1.2 Pflegekonzeption

ASB Seniorenzentrum LichtBlick

Inhalt**1 Vorstellung des Trägers**

- 1.1 Trägerstruktur
- 1.2 Inhaltliche Ausrichtung

2. Ziele und Zielgruppen

- 2.1 Ziele
- 2.2 Zielgruppen

3. Organisationsstruktur

- 3.1 Kapazität und Aufteilung der Hausgemeinschaften
- 3.2 Räumliche Struktur

4. Pflege Betreuung und Hauswirtschaftliche Leistungen

- 4.1 Verpflegung
- 4.2 Wäschepflege und Reinigung
- 4.3 Bezugspflege
- 4.4 Strukturmodell in der Langzeitpflege
- 4.5 Behandlungspflege
- 4.6 Palliativpflege
- 4.7 Kultur sensible Pflege

5. Personalstruktur**6. Personalentwicklung****7. Vernetzung Kooperationen**

- 7:1 Einbezug der Angehörigen
- 7:2 Kooperation

8. Qualitätssicherung

- 8.1 Qualitätsmanagement
- 8.2 Beschwerdemanagement

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	1 von 13



1. Vorstellung des Trägers

1.1 Träger

Der Begriff Träger und Betreiber ist bei uns zu trennen. Im behördlichen Sprachgebrauch wird als Träger sehr oft der Betreiber gesehen. Um Verwirrungen vorzubeugen, ist in diesem Sinn der Träger die ASB Seniorenzentrum Lichtblick gGmbH (also Betreiber). Sie ist eine 100% Tochter des ASB RV Bad Windsheim e.V. (Eigentümer Immobilie).

Unsere Adressen:

ASB Seniorenzentrum Lichtblick gGmbH
Gartenstraße 1 a, 91593 Burgbernheim
Tel. 09843 – 93 56 60
Fax 09843 – 93 566 140
info-lichtblick@asb-die-samariter.de

ASB RV Bad Windsheim e.V.
Raiffeisenstraße 17, 91438 Bad Windsheim
Tel. 09841- 66 90 0
Fax 09841- 66 90 44
info@asb-die-samariter.de

Gemeinsame Homepage: www.asb-die-samariter.de

Der Arbeiter-Samariter-Bund ist eine anerkannte Hilfsorganisation und ein Wohlfahrtsverband.

Wir sind politisch und konfessionell ungebunden. Der ASB ist bundesweit organisiert und u.a. Träger mehrerer Seniorenzentren, Einrichtungen und ambulanter Pflegedienste. Der Bundesverband hat seinen Sitz in Köln, hier ist das ASB Bildungswerk angegliedert, wo Fort- und Weiterbildungen gerade auch im Sozial- und Gesundheitswesen angeboten werden.

Auf Landesebene hat der ASB seinen Sitz in Erlangen. Es gibt die ASB Schulen GmbH in Lauf/Pegnitz, die ein vielfältiges Aus und Fortbildungsangebot bieten. Die Vertretung in Fachgremien auf Landesebene erfolgt durch berufene Fachleuten aus den bayerischen ASB Gliederungen. Eine enge Zusammenarbeit besteht ebenfalls mit den Landesreferenten des PARITÄTISCHEN und den ASB Bundesreferenten.

Unser Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Bad Windsheim e.V. ist seit 1984 in den Landkreisen Neustadt/Aisch – Bad Windsheim und Ansbach, sowie der Stadt Ansbach als moderner Wohlfahrtsverband und Hilfsorganisation tätig. Kundenorientierung und Zuverlässigkeit, so wie Flexibilität und Vernetzung bestimmen unsere Tätigkeit und Aktivitäten.

1.2 Inhaltliche Ausrichtung

Der ASB bietet ein breit gefächertes Angebot in vielen Bereichen an. Die Angebote der sozialen Dienstleistungen gehen von Ambulanter Pflege, Hausnotruf, Verhinderungspflege, Fahrdienst für Menschen mit Behinderung bis hin zum Fahrbaren Mittagstisch.

Haushaltshilfe, Seniorentreffs, Besuchshundedienst, Gedächtnistraining, PC-Kurse für Senioren und weitere Bildungsangebote runden unsere Dienste ab.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	2 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Kundenorientierte Angebote, Unterstützung, Begleitung und Beratung gehören zu unseren Kernkompetenzen. Kunden, Patienten und Angehörige erfahren durch unsere angebotenen Dienste eine spürbare Erleichterung im Alltag.

Da der Bedarf an stationärer Pflege durch Zunahme der über 80-jährigen und damit auch die Zunahme multimobider Menschen mit und ohne Diagnose Demenz steigt, möchte der ASB in der Region das gesamte Versorgungsangebot erweitern. Die Versorgung des Seniorenzentrums Lichtblick beinhaltet die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit und ohne Demenz.

Die Konzeption der Einrichtung baut auf den Unternehmensgrundsätzen und -zielen auf und möchte dem Leben nicht nur mehr Jahre, sondern auch den Jahren mehr Leben geben. In Form von Hausgemeinschaften entstehen kleinräumige, familienähnliche Wohn- und Betreuungsstrukturen, die individuell auf die Bedürfnisse des älteren Menschen ausgerichtet sind.

Parallel dazu wird die Individualisierung in der Pflege- und Betreuung flexibel begleitet, um den Menschen eine Umgebung zu bieten, die mit Leben und Wohnen zu tun hat unter Berücksichtigung aller kognitiven und physischen Einschränkungen.

Unser ASB Seniorenzentrum ist also nach dem Hausgemeinschaftsmodell adaptiert ausgerichtet.

2. Ziele und Zielgruppen

2.1 Ziele

Wohlfühlen im ASB Seniorenzentrum für alle Menschen, ohne Ansehen ihrer politischen, ethischen, nationalen und religiösen Zugehörigkeit

- Wir ebnen Wege, die die Eigenständigkeit fördern
- Wir tun alles, damit Menschen mitten im Leben bleiben
- Wir helfen schnell, wenn es darauf ankommt
- Wir helfen hier und jetzt

Im Seniorenzentrum des ASB werden ältere Menschen liebevoll umsorgt und gepflegt und erhalten gleichzeitig den Freiraum, den sie möchten. Wo immer gewünscht, werden Kontakte im gemein-samen Garten und Innenhof, den Wohnküchen oder in der Cafeteria (Café) gefördert. Die Gruppenräume der familiären Hausgemeinschaften und diverse Freizeitveranstaltungen bieten ebenfalls Gelegenheit zum Austausch mit anderen Mitbewohnern und Besuchern.

Im weiteren Verlauf stehen für den Bewohner auch Begriffe, wie Kunde, Patient oder Zu Pflegender. Dies dient unserer Meinung nach zu einem jeweiligen besseren Verständnis.

Ziel ist es, den Menschen, die bei uns wohnen, ein hohes Maß an Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Dies wird deutlich, in der Möglichkeit zur individuellen Gestaltung der Bewohnerzimmer und an der Biographie orientierter Abläufe der Bewohner. Es ist unser Wunsch dass die Menschen, in der Lebensphase, in der sie bei uns wohnen, eine möglichst gute Lebensqualität erreichen und wir damit ihr Wohlbefinden fördern und sichern können.

Alle Mitarbeiter begegnen dem alten Menschen mit Respekt und nehmen ihn in seiner Ganzheitlichkeit wahr. An dieser Stelle seien die „10 Gebote“ des ASB zur Kundenorientierung erwähnt, die zu unserer Unternehmensphilosophie gehören.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	3 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Das Seniorenzentrum Lichtblick soll dem Bewohner ein "Daheim-Gefühl," vermitteln.

2.2 Zielgruppen

Im allgemeinen Pflegebereich können pflegebedürftige ältere Menschen unabhängig von ihrem sozialen Status, ihrer Herkunft, Hautfarbe oder Religion einziehen. Die Pflegebedürftigkeit definiert sich aus dem Pflegebedürftigkeitsbegriff des Sozialgesetzbuches XI.

Für pflegebedürftige Menschen, die an Demenz erkrankt sind, besteht die Möglichkeit sich im Garten/Innenhof frei zu bewegen, dieser ist von jedem Bewohnerzimmer im Erdgeschoss frei zugänglich und in Atrium Bauweise erstellt.

3. Organisationsstruktur

Das ASB Seniorenzentrum bietet insgesamt 60 Plätze, alles Einzelzimmer. Vier davon sind größere Räume und werden als Komfortzimmer bezeichnet. Das Gebäude ist zweigeschossig gebaut. Sämtliche Zimmer verfügen über ein eigenes Bad mit Dusche und WC. Das gesamte Gebäude ist behindertengerecht - barrierefrei angelegt. In den beiden Geschossen befinden sich jeweils 2 Hausgemeinschaften. Das Erdgeschoss ist für Bewohner mit dementieller Erkrankung besonders geeignet durch den freien Zugang in den Garten- Innenhof und durch entsprechende Sicherheitssysteme. Das Obergeschoss hat eine große Außenterrasse.

3.1 Kapazität und Aufteilung der Hausgemeinschaften

Grundlage unseres Dienstleistungsangebotes ist eine Wohnstruktur, die maximalen Spielräume für die unterschiedlichen Anforderungen an die Versorgung und Betreuung der Bewohner ermöglicht. Sie ermöglicht den Bewohnern Rückzug in die Privatsphäre ihres Zimmers, das individuell nach ihren Wünschen eingerichtet werden kann. In den gemeinschaftlich genutzten Wohnküchen nehmen die Bewohner am sozialen Leben teil und können je nach ihren Fähigkeiten in einfache hauswirtschaftliche Abläufe eingebunden werden. Hier nehmen sie am Gemeinschaftsleben teil und gleichzeitig kann ihre Selbständigkeit gewahrt oder sogar gefördert werden. Bewohner, die aufgrund ihrer Erkrankungen keinen aktiven Beitrag leisten können oder dies nicht möchten, sind trotzdem Teil der Gemeinschaft und werden, wo dies machbar ist, aktiviert.

Eine Hausgemeinschaft umfasst 14 oder 16 Plätze und wird von einer verantwortlichen Pflege-fachkraft geleitet. Die Betreuungs- und Pflegeteams sind in sogenannte Bezugspflegegruppen unterteilt, in denen die Leistungserbringung erfolgt. Eine verantwortliche Bezugspflegekraft wird für jeden Bewohner benannt, deren Aufgabe es ist, den gesamten Pflegeprozess verantwortlich zu planen, zu evaluieren und zu steuern.

In den Wohnküchen und Aufenthaltsbereichen wird versucht Lebenswelt und Normalität umzusetzen. Die Mitarbeiter binden, wo immer es möglich ist die Bewohner in eine aktivierende Tagesstruktur ein.

In den Hausgemeinschaften für an Demenz erkrankte Menschen halten wir Präsenzkräfte vor, die über eine ausgeprägte soziale Kompetenz verfügen. Sie gehen besonders auf die Bedürfnisse der Bewohner ein und prägen somit ein familiäres und vertrautes Leben.

Durch Betreuungsassistenten erhalten Bewohner mit erheblichem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung (nach § 53c SGB XI) gezielte und bedarfsgerechte zusätzliche Betreuungsleistungen.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	4 von 13



Bereichsübergreifend werden die Pflegeteams durch die Heimleitung, die Pflegedienstleistung und den Mitarbeitern der Tagesbetreuung, Hauswirtschaft, Verwaltung und Haustechnik unterstützt.

3.2 Räumliche Struktur - Bauliche Struktur

Im Eingangsbereich befindet sich neben den Geschäfts- und Verwaltungsräumen eine Cafeteria (Café), die auch nach außen geöffnet ist, ebenso wie die Friseurstube. Die Einrichtung gliedert sich in zwei Ebenen mit Gemeinschaftsräumen und Aufhaltenen.

Im Innenbereich befindet sich ein Atrium. Bänke laden zum Verweilen im Schatten der Bäume, im Grünbereich oder am Brunnen ein. Es findet sich hier ein Ort der Begegnung. Der Garten ist an den Bedürfnissen der Bewohner angepasst und mit Gehwegen und Ruhezone versehen.

Im Obergeschoss befindet sich eine ansprechende Dachterrasse. Den Bewohnern stehen Einzelzimmer mit barrierefreier Dusche und WC zur Verfügung.

Persönliche Möbel und Gegenstände können im begrenzten Umfang mitgebracht werden.

Die Wellness- und Pflegebäder in beiden Etagen sind mit hydraulischer Badewanne mit Farblicht und Musik ausgestattet.

In jeder Hausgemeinschaft gibt es eine Wohnküche mit einem Essbereich und gemütlichen Aufenthaltsbereichen sowie Therapieräume, in denen das gemeinschaftliche Leben stattfindet.

Es stehen Funktionsräume wie behindertengerechte Toiletten, Bäder, Lagerräume etc. sowie ein Stützpunkt (Stationszimmer) für die Mitarbeiter des Pflege- und Betreuungsteams in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Die Farbgestaltung unterstützt die Sicherheit und Orientierung der Bewohner. Der Architekt hat für die Einrichtung ein Farbkonzept zur Orientierung entwickelt.

Erforderliche Pflegemittel werden im angemessenen Umfang vorgehalten. Alle Pflegebetten der Einrichtung sind Niedrigflurbetten und entsprechen den neuesten Standards.

4. Pflege, Betreuung und Hauswirtschaftliche Leistungen

Die professionelle Pflege trägt zu einer Verbesserung der Lebensqualität Pflegebedürftiger und ihren Angehörigen bei. Die Bezugspflegekraft hinterfragt was der auf Pflege angewiesene Mensch denkt, wie er sich körperlich und seelisch fühlt und wie er seinen Lebensalltag erlebt.

Ziel der professionellen Pflege und Begleitung ist es, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohner zu erhalten und zu fördern sowie die gewohnte Alltagsgestaltung zu unterstützen. Auch wenn die Selbständigkeit immer mehr nachlässt, sind die Achtung und der Erhalt der Selbstbestimmung ein zentrales Anliegen in der Pflege und Betreuung. Die Orientierung an der Biographie des Menschen und seiner Gewohnheiten, Erlebnisse und ihre Bedeutung finden in der täglichen Arbeit der Mitarbeiter Berücksichtigung. Dies stellt besonders bei Menschen, die an schweren oder schwersten physischen und psychisch-kognitiven Einschränkungen leiden oder im Finalstadium einer schweren Erkrankung stehen, eine besondere Herausforderung dar.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	5 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Wir halten als Weiterführung der Pflegekonzeption eine Betreuungskonzeption der Einrichtung vor.

4.1 Verpflegung

Frühstück, Abendessen, Nachmittagskaffee und eventuelle kleine Zwischenmahlzeiten werden in der Wohnküche der jeweiligen Hausgemeinschaft zubereitet.

Das Mittagessen der Bewohner wird in der Zentralküche frisch zubereitet. Diese Mahlzeiten werden in den Wohnküchen im Wärmewagen angeliefert und im Schöpfsystem serviert. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass mit den Bewohnern der Hausgemeinschaft einzelne Essenskomponenten gemeinsam zubereitet werden können.

Jeder Bewohner kann individuell entscheiden, ob er in der Gemeinschaft oder in seinem Zimmer essen möchte.

4.2 Wäschepflege und Reinigung

Die gesamte Wäscheversorgung des Hauses soll von einem zertifizierten, externen Dienstleistungsunternehmen durchgeführt werden.

Diese Versorgungsleistung wird von der Hauswirtschaftsleitung überwacht.

Die Hausreinigung wird von eigenen Reinigungskräften erbracht.

4.3 Bezugspflege

Um Kontinuität und Verlässlichkeit der Pflege und Betreuung zu gewährleisten, wird im Bezugspflegesystem gearbeitet. Das bedeutet, dass jedem Bewohner eine Bezugspflegefachkraft zugeteilt wird, die für die Dienstleistungsplanung und -erbringung verantwortlich ist. Die Bezugspflegekraft steuert den Pflegeprozess. Sie begleitet und leitet Pflegehelfer, Schüler, Praktikanten, Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiter an, führt Pflegehandlungen selbst durch und überwacht Qualität und Erfolg. Sie ist eine primäre Ansprechpartnerin für Angehörige und Ärzte. Die Pflegehilfskräfte sind im Rahmen der Bezugspflege für die Leistungen der direkten Pflege und für die hauswirtschaftlichen Leistungen im Umfeld der Bewohner zuständig; sie dokumentieren die erbrachten Leistungen.

Die Pflegedokumentation erfolgt über ein EDV gestütztes Dokumentationssystem im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe. Wir nehmen an dem Projekt „Entbürokratisierung in der Pflege“ teil.

4.4 Strukturmodell

Unser liebevolles und fachlich geschultes Personal garantiert eine kompetente und sehr persönliche Betreuung. Wir bieten eine ganzheitliche und individuelle Pflege, der das Strukturmodell mit den sechs Themenfeldern zur fachlichen Einschätzung zugrunde liegt.

Die Bezugspflegekraft erfasst die sechs Themenfelder zur Einschätzung der Situation einschließlich der individuellen pflegesensitiven Risiken und Phänomenen der Risikomatrix.

Die individuelle Maßnahmenplanung erfolgt dann in der Tagesstruktur.

Die primär pflegerische Zielsetzung ist die Erhaltung, Erlangung bzw. Wiedererlangung der Fähigkeiten, die zur Realisierung und Gestaltung von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität erforderlich sind. Die Ablaufplanung wird in einem EDV-Dokumentationssystem erstellt, wobei die individuellen Pflegebedürfnisse und -probleme bzw. die Ressourcen von unseren Bewohnern und deren persönlicher Bezugspersonen gezielt berücksichtigt und dargestellt werden sollen.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	6 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Der Pflegeprozess

Zu Beginn einer Pflege führen wir ein Erstgespräch, in der Regel durch die leitende Pflegefachkraft oder Heimleitung mit dem Kunden und oder den Angehörigen durch.

Bei Bedarf wird der Erstbesuch im Krankenhaus bzw. anderen stationären Einrichtungen z.B. Reha-Klinik durchgeführt und eine adäquate Weiterversorgung nach der Entlassung übernommen. Die Betreuungskette zwischen Klinik und stationärer Versorgung soll nicht unterbrochen werden.

Unser Leistungsangebot setzt sich aus der Grund- und Behandlungspflege sowie sonstige zu vereinbarenden Leistungen zusammen.

Ziele sind hierbei die Sicherung der ärztlichen Behandlung, die Vermeidung von Krankenhaus-behandlung. Wir beraten gerne auch die pflegenden Angehörigen. Unsere Leistungen orientieren sich an den Wünschen unserer Bewohner und der Überprüfung der Wirksamkeit bei Einhaltung der Mindestanforderungen an Pflegequalität.

Bewohner oder deren Angehörige werden in den Pflegeprozess mit einbezogen. Die Pflegeprozessplanung wird durch die Bezugspflegefachkraft erstellt, systematisch umgesetzt und regelmäßig evaluiert. Einmal monatlich erhebt die Bezugspflegekraft im Rahmen des pflegerischen Risikomanagements die bewohnerbezogenen Risikopotentiale, wertet sie aus und passt die Pflegeleistungen an.

Wir sichern den Pflegeprozess mit dem PDCA Zyklus:

PDCA - Zyklus



Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	7 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Information, Beratung, Vermittlung und Schulung

Wir informieren, beraten und vermitteln den Kontakt zu ergänzenden notwendigen Therapien wie z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprach- und Schlucktherapie, Psychologen, Kooperationspartner, usw.

Wir beraten unseren Kunden und die pflegenden Angehörigen. Wir stellen den Antrag für die Begutachtung des Pflegegrades auf Wunsch und begleiten vor Ort die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst.

Wir unterstützen unsere Bewohner bei der Beantragung von Betreuungsverfügungen und Vorsorge-vollmachten. Wir halten engen Kontakt zu den Betreuern der Bewohner. Wir vermitteln für die Bewohner und für die pflegenden Angehörigen oder Bezugspersonen den Kontakt zur Seelsorge.

Durch die Kooperation gewährleisten wir gemeinsam mit den Home-Care-Managern eine hohe fachliche Pflegequalität in der Behandlungspflege wie z. B. bei der Wundversorgung, Wund und Dekubitus Prophylaxe, Hautpflege, Tracheostomapflege, Inkontinenz und Stoma Therapie, parenterale und enterale Ernährung sowie Schmerzbehandlung und Palliativpflege.

Wir bieten allen Bewohnern eine kurzfristige, individuelle, produktneutrale Vollversorgung und das notwendige Schulungsangebot.

Die technischen Pflegehilfsmittel werden durch eine zuverlässige orthopädische Firma beantragt und bestellt, die eine schnelle Bereitstellung (maximal 12 Stunden) und kurzfristigen Wartungs- und Reparaturservice auch am Wochenende gewährleistet. Sie übernimmt auch die Einweisung der Bewohner und der Mitarbeiter im Rahmen der Medizinproduktverordnung.

Pflegehilfsmittel- und -gerätschaften sind zur Erstversorgung, entsprechend der gültigen Rahmenvereinbarungen für die Bewohner vorhanden und werden bis zur Verordnung durch den Hausarzt und Genehmigung der Kassen durch die orthopädische Firma oder durch uns vorgestreckt.

Das Pflegesystem

Als Pflegesystem wird die Bereichspflege angestrebt. Der pflegerische Beziehungs- und Problemlösungsprozess soll möglichst ohne Unterbrechung realisiert werden. Die Verantwortung für die Erstellung und regelmäßige Überprüfung der Pflegeplanung sowie die Überwachung der Dokumentation wird von der Pflegedienstleitung an eine Pflegefachkraft delegiert.

Die primär pflegerischen Handlungen der verantwortlichen Pflegefachkraft sind: mit den Bewohnern fördernd kommunizieren, sie ermutigen, anleiten, beraten und zu fördern.

Die pflegerischen Abläufe sollen individuell und umfassend von der pflegerischen Bezugsperson mit dem Bewohner abgesprochen, dokumentiert, durchgeführt und überprüft werden. Die persönlichen Bezugspersonen werden informiert und einbezogen, soweit gewünscht.

Das Ziel ist es, nach der Beurteilung der Pflege und Hilfebedarfs Prioritäten in der Pflege zu setzen, das Selbstwertgefühl zu fördern und die Entwicklung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden für die Bewohner zu unterstützen.

Die pflegerische Bezugsperson ist für die Sicherung der pflegerischen Informationsweitergabe an andere Personen oder Gruppen verantwortlich. Wir informieren in der Übergabe und Dienstbesprechungen alle Kollegen. Alle Mitarbeiter müssen sich an der erstellten Tagesstruktur orientieren, die Pflege auf ihre Wirksamkeit überprüfen, dokumentieren und bei Bedarf den Pflegeplan ändern. Bei Problemen in der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Bewohner und Mitarbeitern entscheidet die Leitung über die Form der Konfliktlösung.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	8 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Bei Abwesenheit der verantwortlichen PFK wird die Vertretung durch die Schichtleitung geregelt.

Die Pflegestandards

Die Pflegestandards wurden vor der Einführung in Fortbildungen vorgestellt und haben zur Einarbeitung von neuen Mitarbeitern und bei der täglichen Pflege ihre Gültigkeit. Jeder Mitarbeiter ist zur Erhaltung seiner beruflichen Kompetenz selbst verantwortlich. Die Information über die festgelegten nationalen Expertenstandards und die theoretische und praktische Umsetzung in der Praxis wird jährlich im innerbetrieblichen Fortbildungsprogramm berücksichtigt.

Die Pflegevisite

Durch die Pflegevisite wird die Zufriedenheit des Bewohners und die pflegerische Qualität der zu erbringenden Leistungen überprüft. Die Überprüfung der Ergebnisse der Pflege unter Einbeziehung der Gesamtsituation erfolgt geplant in regelmäßigen Abständen von einer berufserfahrenen Pflegefachkraft in enger Zusammenarbeit mit der PDL. Dazu wird ein Protokoll als Nachweis erstellt und wenn nötig, werden die Maßnahmen zur Verbesserung festgelegt und kurzfristig umgesetzt.

Das Fortbildungskonzept

Das Innerbetriebliche Fortbildungsprogramm wird für alle Mitarbeiter der Pflege, sozialen Betreuung und Hauswirtschaft im Voraus geplant und richtet sich nach Jahresschwerpunkten aus den Verbesserungsvorschlägen aus den Berichten des MDK, der FQA sowie der definierten Qualitätspolitik. Pflichtschulungen wie Hygieneschulung, Arbeitssicherheit, Erste-Hilfe-Kurse finden jährlich statt. Das Programm wird gemeinsam mit den Teilnehmern aus den Qualitätszirkeln erarbeitet.

4.5 Behandlungspflege

Notwendige Maßnahmen der Behandlungspflege werden nach ärztlicher Anordnung durch Fachkräfte und geschulte Mitarbeiter durchgeführt. Dazu zählt insbesondere die medikamentöse Versorgung, die Überwachung und Kontrolle von Vitalzeichen und Blutzuckerwerten sowie die medizinisch notwendige Versorgung bei Schluckstörungen, Wundversorgungen, etc.

Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie werden nach ärztlicher Anordnung an Therapeuten in der Region, die mit der Einrichtung kooperieren, vermittelt.

4.6 Palliativpflege

Die palliative oder lindernde Pflege setzt in dem Moment ein, in dem Krankheitssymptome nicht mehr ursächlich behandelt werden können. Gute Krankenbeobachtung, Einfühlungsvermögen und wertschätzende Grundhaltung sind hier wichtige Fähigkeiten, um das primäre Ziel der best-möglichen Lebensqualität für die Bewohner zu erreichen. Ein weiteres Ziel ist Klinikeinweisungen soweit wie möglich zu vermeiden.

Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen unterstützen die Mitarbeiter und fördern die fachlich und qualitativ gute Betreuung und Pflege.

Mit den Hospizvereinen wird eng zusammengearbeitet, z.B. durch Fachberatung vor Ort und Schulungen. Zur Unterstützung der Teams werden ehrenamtliche Mitarbeiter und Hospizhelfer eingesetzt.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	9 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Engmaschig arbeiten wir mit dem spezialisierte ambulanten Palliativteam der Klinik Ansbach zusammen.

Voraussetzung für die gelingende Palliativpflege ist, dass Angehörige, Hausärzte und andere Berufsgruppen und Beteiligte eng eingebunden und klare Vereinbarungen getroffen und dokumentiert werden.

4.7 Kultur sensible Pflege

In allen Bereichen der Pflege und werden die Belange von Menschen aus unterschiedlichen Kulturbereichen ernst genommen und soweit wie möglich berücksichtigt.

Grundlage dazu bildet die Biographie Arbeit. Informationen über wichtige Ereignisse im Leben, Lebenshaltungen und Einstellungen sowie alltägliche Rituale und deren Bedeutung helfen den Mitarbeitern, sich auf die vielfältigen individuellen und kulturell-gesellschaftlich geprägten Einstellungen und Haltungen einzustellen.

5. Personalstruktur

Personalschlüssel:

Der Personalschlüssel im allgemeinen Pflegebereich beträgt auf Basis der 40 Stunden in der Woche

Rüstige	1:23
Grad 1	1: 6,96
Grad 2	1: 4,09
Grad 3	1: 2,72
Grad 4	1: 2,00
Grad 5	1: 1,80

Die Pflegesätze für den pflegebedingten Aufwand und Unterkunft sowie Verpflegung sind in allen Hausgemeinschaften gleich. Die Fachkraftquote beträgt mindestens 50 %.

Geleitet wird die Hausgemeinschaft von einer verantwortlichen Pflegefachkraft.

Besprechungsplan:

Tagesgespräch VW-EL-PDL-PFK-HW-HT „Blitz“ 09:00 Uhr für 10 Minuten
Dienstbesprechung in den jeweiligen Bereichen sind monatlich ca. 60 Minuten

Mitarbeiterbesprechung mindestens 1x jährlich 60 Minuten

Übergabe 3x täglich je von ND an FD an SD an ND

Soziale Betreuung - Betreuungsassistenten nach §87b

Betreuungsassistenten unterstützen Fach- und Hilfskräfte bei den alltagsbezogenen und betreuenden Tätigkeiten für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Der Personalschlüssel liegt hier bei 1:20,78

Das Aufgabengebiet der Betreuungsassistenten ist im Rahmenkonzept zur Umsetzung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 53 c SGB XI beschrieben.

Neben der Pflegedienstleitung ist auch die verantwortliche Hauswirtschafterin bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten weisungsbefugt, wenn es sich um hauswirtschaftliche Themen handelt (z.B. Lebensmittelhygiene). Die disziplinarische Weisungsbefugnis bleibt der Pflegedienstleitung vorbehalten. Beide gemeinsam sind verantwortlich für eine angemessene Organisation und für die Erbringung einer qualitativen guten Dienstleistung.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	10 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Die gesamte soziale Betreuung des Hauses, ist in einer Betreuungskonzeption beschrieben.

6. Personalentwicklung

Einzelne Pflegemitarbeiter verfügen über spezielle Qualifikationen wie Basale Stimulation, Validation, Kinästhetik, Palliativpflege u.a.

Neben jährlichen Mitarbeiterfördergesprächen und einem bedarfsorientierten Schulungsprogramm erhalten die Mitarbeiter alle notwendigen Pflichtfortbildungen z.B. in den Themen Hygiene, Arbeits-sicherheit, Brandschutz, Datenschutz, Medizinproduktegesetz und können an zentral angebotenen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen.

Angebote zur Gesunderhaltung bzw. Gesundheitsförderung können von allen Mitarbeitern genutzt werden z.B. Kurse für Rückenschonendes Arbeiten, regelmäßige betriebsärztliche Untersuchungen und Schutzimpfungen, Gesundheits-, Wellnesstag und Supervisionen werden ermöglicht.

Voraussetzung dafür ist, dass klare Ziele und verbindliche Rahmenbedingungen zwischen den Beteiligten vereinbart werden.

7. Vernetzung und Kooperation

7.1 Einbezug der Angehörigen

Die gezielte Einbindung von Angehörigen und Mitarbeitern verbessern die Qualität, insbesondere die Lebensqualität unserer Bewohner und geben Möglichkeiten zur Alltagsgestaltung, so wie die Begleitung in Krisensituationen.

Die Mitwirkung der Bewohnervertretung (Heimbeirat) des Hauses wird unterstützt.

Angehörige werden, soweit gewünscht, in die Pflegeprozessplanung eingebunden. Auf Wunsch erfolgt die Einbindung in die Pflege bzw. bedarfsorientierte Anleitungen durch Pflegemitarbeiter. Es werden mindestens zweimal jährlich Angehörigenabende angeboten.

Aktuelle Informationen des Hauses werden durch Informationsschreiben und persönliche Gespräche weitergegeben.

Wir fördern das Ehrenamt und Gesprächskreise für Angehörige.

7.2 Kooperationen

Die ärztliche Versorgung der Bewohner erfolgt durch Hausärzte und Fachärzte die mit der Einrichtung kooperieren und hier Hausbesuche durchführen.

Wir stellen die therapeutische Versorgung durch die Kooperation mit externen Therapeuten sicher.

Eine gute Kooperation besteht mit den Seelsorgern der evangelischen und katholischen Kirche. Sie sind vor Ort Ansprechpartner für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter.

Ebenso Kooperieren wir engmaschig mit der Stadt Burgbernheim und den örtlichen Vereinen.

Wir kooperieren mit allen Kliniken und Sozialdiensten, um möglichst reibungslose Abläufe in der Versorgung unserer Bewohner zu gewährleisten.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	11 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Es bestehen ebenfalls Kooperationen mit Apotheken.

8. Qualitätssicherung

Die Qualität der Dienstleistung wird durch folgende Maßnahmen sichergestellt:

- Regelmäßige Anpassung des pflegerischen Leistungsprofils an den allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft, im Rahmen von Dienstgesprächen, Qualitätszirkelarbeit, Standardgruppen und Unterweisungen.
- Implementierung der Nationalen Expertenstandards
- Kontinuierliche, prospektiv geplante und bedarfsorientierte Fortbildungsmaßnahmen
- Individuelle EDV gestützte prozessorientierte Pflegedokumentation Regelmäßige Überprüfung der Pflegequalität und der Pflegesituation, z.B. durch Pflegevisiten und Fallbesprechungen

Vernetzung mit Konsiliarärzten wie Neurologe, Psychiater und Fachärzte aller Disziplinen

Regelmäßige Überprüfung der Prozesse und qualitative Zielvereinbarung als interne Qualitätssicherung

- Externe Qualitätssicherung durch Kooperation mit der FQA und MDK einschließlich deren unangemeldeter Begehungen

8.1 Qualitätsmanagement

Die regelmäßige Teilnahme von dem Qualitätsmanagementbeauftragten an regionalen Netzwerk-treffen (ASB, PARITÄT, ...) erfolgt zur fachlichen Reflexion, Datenaustausch und Beratung und Unterstützung.

Es werden bestehende Abläufe circa alle zwei Monate im Qualitätszirkel mit den Pflegerischen Leitungen der Hausgemeinschaften, der Heimleitung und der Pflegedienstleitung nach ständiger Überprüfung, weiterentwickelt und in Verfahrensanweisungen festgelegt.

Die Erstellung aller bisher erstellten Verfahrensanweisungen orientiert sich an den aktuellen Bedürfnissen der Bereiche, sowie den notwendigen Maßnahmen aus den Prüfberichten des Medizinischen Dienstes, der FQA, sowie an der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und den Vorgaben unseres Bundesverbandes bzw. Spitzenverbandes.

Die Informationsweitergabe an alle Mitarbeiter erfolgt per EDV und im Rahmen der Übergabe, der Dienstbesprechungen, den Fortbildungen, den Einweisungsterminen und wird schriftlich im Protokoll festgehalten.

Alle Ergebnisse fließen als kontinuierlichen Verbesserungsprozess in den Protokollen der Dienstbesprechungen und Qualitätszirkel zusammen und werden mit der Festlegung des Ziels, der Maßnahme und der verantwortlichen Person/en in Angriff genommen.

8.2 Beschwerdemanagement

Wir sehen Beschwerden als Chance, uns zu verbessern.

Zufriedene Bewohner und Mitarbeiter sind die Grundlage unserer Arbeit, deshalb nehmen wir konstruktive Kritik, Anregungen und Ideen gerne entgegen und versuchen uns unsere Arbeit in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu sehen.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	12 von 13



Qualitätsmanagement - Handbuch

Dazu wird ein Protokoll als Maßnahmennachweis zur Lösung oder zur Verbesserung des Problems erstellt. Die aufgeführten Beschwerden werden dokumentiert, bearbeitet, evaluiert und aufbewahrt. Sie werden vom Beschwerdeführer, der Pflegedienstleitung, der Heimleitung und QMB abgezeichnet und in einem eigenen Ordner aufbewahrt.

Version:	Stand:	Erstellt:	Geprüft und Freigabe:	Ablage / EDV	Seite
3.5	24.07.2023	Brunhilde Schäfer/ Christiane Ritter-Klemm	HL – QMB - PDL	QM/1.0 Konzepte	13 von 13