



Heimaufsicht

Prüfbericht

gemäß § 22 Abs. 9 und § 23 Bremisches Wohn- und
Betreuungsgesetz (BremWoBeG)

Blinden- und Sehbehindertenverein Bremen e.V.

Haus der Blinden, Senioren- und Pflegeheim

Am Hahnenkamp 6c, 28325 Bremen

Tel: 0421/ 421166, Fax: 0421/ 429852, Email: www-haus-der-blinden.de

Einrichtungsleitung: Herr Zaft , Pflegedienstleitung: Frau Schönland

Hinweis auf pflegefachlichen Schwerpunkt

Kein vereinbarter pflegefachlicher Schwerpunkt.

Hinweis auf angeschlossene Betreuungsangebote außerhalb des Geltungsbereiches des
BremWoBeG: (z.B. Betreutes Wohnen, ambulanter Pflegedienst)

Datum der Prüfung: 7.02.2011

| | Name | Funktion |
|------------------|---------------|-----------------|
| Teilnehmer/innen | Herr Zaft | Heimleiter |
| | Frau Wied | Stellvertr. PDL |
| | Frau Alderete | Heimaufsicht |
| | Frau Zieger | Heimaufsicht |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Der Prüfbericht wurde am 14.06.2011 erstellt

Verantwortlich für den Prüfbericht ist Frau Zieger

Az.: 400-52/ 1-16 (1)

Unangemeldete Prüfung am 7.02.2011 im Haus der Blinden

Liste der Teilnehmer

| Name: | Funktion |
|----------------|--------------------------------|
| Alexander Zajt | Heimleitung |
| Karin Wied | stellvert. Pflegedienstleitung |
| D. Alderete | Heimaufsicht |
| M. Ziegler | Heimaufsicht |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-------|
| Vorblatt | 2 |
| Art der Prüfung Umfang der Prüfung Veränderungen seit der letzten Prüfung Im letzten Prüfbericht festgestellte Mängel | |
| I. Selbstauskunft des verantwortlichen Leistungsanbieters AH/BH | I-1 |
| Einrichtungsstruktur Bewohnerstruktur Pflege und Betreuung Personal | |
| II. BremWoBeG UW/TAPF | II-1 |
| Prüfung nach dem Gesetz zur Sicherstellung der Rechte von Menschen mit Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf in unterstützenden Wohnformen | |
| III. HeimPersV | III-1 |
| Prüfung nach der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime | |
| IV. HeimMindBauV | IV-1 |
| Prüfung nach der Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige | |
| V. HeimmwV | V-1 |
| Prüfung nach der Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes | |
| VI. Bewohnergespräch | VI-1 |
| VII. Bewohnerbeirats- bzw. Bewohnerfürsprechergespräch | VII-1 |



Vorblatt

zum Prüfbericht gemäß § 22 Abs. 9 und § 23 BremWoBeG

| | |
|---|---|
| Art der Prüfung | |
| | Reguläre Prüfung angemeldet |
| X | Reguläre Prüfung unangemeldet |
| | Anlassbezogene Prüfung angemeldet |
| | Anlassbezogene Prüfung unangemeldet |
| Umfang der Prüfung | |
| X | Teil I Selbstauskunft des Trägers |
| X | Teil II BremWoBeG |
| X | Teil III HeimPersV |
| | Teil IV HeimMindBauV |
| X | Teil V HeimmwV |
| X | Teil VI Bewohnergespräch |
| | Teil VII Bewohnerbeirats- bzw. Bewohnersprechergespräch |
| Veränderungen seit der letzten Prüfung | |
| X | Ja |
| | Nein |
| | Bauliche Veränderungen |
| | Veränderungen Ausstattung |
| | Konzeptionelle Veränderungen |
| | Kapazitätsveränderungen |
| X | Personelle Veränderungen |
| | Sonstige Veränderungen |
| Im letzten Prüfbericht festgestellte Mängel | |
| In dem Protokoll der ergebnisorientierten Prüfung am 20.01.2010 sind der Leitung zahlreiche Anregungen und Hinweise gegeben worden. Diese sind teilweise nach wie vor aktuell und sollten auf ihre Umsetzungsmöglichkeiten hin weiter überprüft werden. | |
| | Die Mängel wurde behoben |
| | Die Mängel wurden teilweise behoben |
| | Die Mängel wurden nicht behoben |



Teil I

Selbstauskunft

des verantwortlichen Leistungsanbieters (AH)

zum Prüfbericht gemäß § 22 Abs. 9 und § 23 BremWoBeG

- Stichtagerhebung, Stand: 01.03.2011 -

| Einrichtungsstruktur | | | | |
|---|-----------------------|----|-----------------------|----|
| Baujahr | 1968 | | | |
| Lage / Stadtteil / Verkehrsanbindung | Bremen-Osterholz | | | |
| Eigenküche / Fremdküche | Eigenküche | | | |
| Eigenwäscherei / Fremdwäscherei | Eigenwäscherei | | | |
| Entgelte (sofern nicht mit Kostenträger vereinbart) und Liste der Zusatzleistungen beifügen | | | | |
| Anzahl der Geschosse | Drei | | | |
| Zahl der Wohnbereiche | Drei | | | |
| Plätze | vereinbarte Platzzahl | | tatsächliche Belegung | |
| | EZ | DZ | EZ | DZ |
| Plätze gesamt | 52 | | 52 | |
| davon Pflegeplätze | 52 | | 52 | |
| davon Kurzzeitpflegeplätze | | | | |
| davon Altenheimplätze | | | | |
| davon Altenwohnheimplätze | | | | |
| andere Plätze | | | | |

| Bewohnerstruktur | | |
|---|--------|--------|
| Alter der Bewohnerinnen und Bewohner | Männer | Frauen |
| Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner | 7 | 45 |
| Alter des jüngsten Bewohners | 76 | 55 |
| Alter des ältesten Bewohners | 97 | 101 |
| Zahl der BewohnerInnen unter 60 Jahre | - | 1 |
| Zahl der BewohnerInnen mit Betreuung nach § 87 b SGB XI | 1 | 25 |

| Migrationshintergrund | | |
|--|--------|--------|
| Bewohner aus Ländern mit anderem kulturellen oder sprachlichen Hintergrund | Männer | Frauen |
| | | |

| Pflegestufen | |
|-----------------------------------|----|
| Pflegestufe 0 | 0 |
| Pflegestufe I | 30 |
| Pflegestufe II | 18 |
| Pflegestufe III (inkl. Härtefall) | 4 |
| noch nicht eingestuft | 0 |

| Gesetzliche Betreuungen | |
|--------------------------------|--------|
| <i>Wirkungskreise</i> | Anzahl |
| Umfassend | 3 |
| Einzelne Wirkungskreise | 3 |

| Freiheitsbeschränkende Maßnahmen | |
|---|--------|
| <i>Art</i> | Anzahl |
| Bauchgurt | - |
| Bettseitenschutz | 14 |
| Elektronische Kontrollsysteme | - |
| andere Formen | - |

| Pflege und Betreuung | |
|---|--|
| Pflegeprobleme | Anzahl der betroffenen BW |
| Rollstuhlbenutzung | 10 |
| Andere Mobilitätseinschränkung (z.B. Rollator) | 24 |
| Sinnesbehinderung (z.B. Blindheit oder Taubheit) (inkl. starke Sehbeeinträchtigung) | 29 |
| Geistige Behinderung | 1 |
| Zeitweise Verwirrtheit | 12 |
| Diagnostizierte Demenz | 25 |
| Primär psychiatrische Erkrankungen | 7 |
| Dauerhafte Bettlägerigkeit | 6 |
| MRSA | Anzahl der bekannten Besiedelungen / Infektionen derzeit |
| | Anzahl der bekannten Besiedelungen / Infektionen im vergangenen Kalenderjahr |
| | Davon: im vergangenen Kalenderjahr aus dem Krankenhaus aufgenommen? |
| Hilfsbedarf bei Nahrungsaufnahme (ohne PEG Sonden) | 6 |

| Behandlungspflege | Anzahl der zu behandelnden BW |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Ernährung durch PEG – Sonden | 1 |
| Versorgung von Decubitalulcera | 0 |
| Dauerkatheter (außer suprapubisch) | 3 |
| Suprapubische Katheter | 2 |

| | |
|--------------------------|---|
| Kontrakturen | 9 |
| Injektion: intravenös | 0 |
| Injektion: intramuskulär | 2 |
| Injektion: subkutan | 6 |

| | |
|--|--|
| Qualitätsstandards | |
| Wie (nach welchen Standards) wird die Qualität der Betreuung und Pflege Ihrer Bewohnerinnen und Bewohnern überprüft? | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pflegevisiten und Fallbesprechungen - Es sind hauseigene Pflege- und Betreuungsstandards und Verfahrensanweisungen entwickelt worden. Die bisher veröffentlichten Nationalen Expertenstandards werden dabei berücksichtigt. | |

| | |
|--|--|
| Betreuungskonzepte | |
| Welche Konzepte liegen der Betreuung und Pflege in Ihrem Haus zugrunde? | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pflegekonzept - Pflegeleitbild - Betreuungskonzept - Konzept zur Pflege und Betreuung blinder und sehbehinderter Bewohner - Konzept nach § 87b SGB XI | |

| | |
|--|----|
| Unfälle von Bewohnerinnen und Bewohnern | |
| Zahl der Stürze in den letzten 12 Monaten | 51 |
| Davon mit der Folge von Frakturen | 2 |

| | | |
|--|---------|-----------|
| Externe Medizinische Betreuung | | |
| Besteht eine Schwerpunktkooperation mit einer externen Arztpraxis? | Ja | Nein x |
| Name der Praxis: | | |
| Besteht eine Schwerpunktkooperation mit einer Apotheke nach § 12a Apothekengesetz? | Ja x | Nein |
| Name der Apotheke: Ost-Apotheke | | |
| Kommt ein Zahnarzt regelmäßig in das Heim? | Ja | Nein x |
| Name der Zahnarztpraxis: | | |
| Gesamtzahl der betreuenden niedergelassenen ÄrztInnen | 12 | |

| Personal | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|------|
| Beschäftigungsbereich | umgerechnet in Vollzeitstellen | geringfügig Beschäftigte | |
| Pflege inkl. soz. Betreuung | 18,54 | 1,33 | |
| Hauswirtschaft | 8,24 | 0,85 | |
| Verwaltung | 2,00 | | |
| Andere (z.B. Zivi, 1 € Jobs) | 0,91 (QB) | | |
| Freiwilliges Soziales Jahr | | | |
| Nachtwachen | 3,63 | | |
| Gesamt (Personalliste beifügen) | 33,32 | 2,18 | |
| Qualifikation | Umgerechnet in Vollzeitstellen | geringfügig Beschäftigte | |
| Examierte Altenpflegekräfte | 9,18 | | |
| Examierte Krankenpflegekräfte | 2,0 | | |
| Fachkräfte der sozialen Betreuung | | | |
| Andere Fachkräfte | | | |
| Ausgebildete Hauswirtschafter/in | | | |
| Alten- und Krankenpflegehelfer/in (mit staatlicher Anerkennung) | 5,18 | 0,41 | |
| Hilfskräfte der sozialen Betreuung | | 0,50 | |
| MitarbeiterInnen nach § 87 b SGB XI | 0,95 | | |
| MitarbeiterInnen ohne Examen, Hilfskräfte | 4,0 | 0,42 | |
| Zusatzqualifikation | | | |
| | Art der Qualifikation | Stundenzahl | |
| Einrichtungsleitung | Diplom-Gerontologe | Studium | |
| Pflegedienstleitung | Weiterbildung zur PDL | 460 | |
| Qualitätssicherung | ex. Altenpflegerin | | |
| Hygienebeauftragte(r) | externe Fortbildungen | | |
| Sicherheitsbeauftragter | externe Fortbildungen | | |
| Fortbildung | | Vorhanden | |
| | | Ja | Nein |
| Fortbildungsprogramm | | x | |
| Fortbildungsbudget | Höhe: 6.000,- | | |

Raum für Erläuterungen (ggf. Beiblätter verwenden):

Bremen, 01.03.2011



Leitung der unterstützenden Wohnform

II. BremWoBeG^{UW}

Prüfbericht gemäß

§ 22 Abs. 9 und § 23 BremWoBeG

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt | Anforderung ist teilweise erfüllt | Anforderung ist nicht erfüllt | Anforderung ist nicht geprüft | Anforderung trifft nicht zu | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|---|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|
| § 8 (1) Informationspflicht | X | | | | | | |
| § 8 (2) Prüfberichte zur Kenntnis der Bewohner und Bewohnerinnen | | | | X | X | Der Träger hat sicherzustellen, dass die Bewohner/innen Einsichtmöglichkeiten in den Prüfberichten erhalten. Es bleibt dem verantwortlichen Leistungsanbieter zunächst noch überlassen, in welcher Form er dieser Verpflichtung nachkommen will. | |
| § 8 (3) Beschwerdemanagement | | | | X | X | | |
| § 10 Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner | | | X | | | Der gewählte Heimbeirat ist ohne Begleitung nicht funktionsfähig. Mit der Einrichtungsleitung wurde abgestimmt, dass aus dem Kreis der Ehrenamtlichen ein Verantwortlicher gesucht wird. | |
| § 11 (1) Nr. 1 Leistungsanbieter besitzt die notwendige Zuverlässigkeit zum Betrieb der unterstützenden Wohnform | | | | X | X | | |
| § 11 (1) Nr. 2 Leistungsanbieter besitzt die persönliche Zuverlässigkeit | X | | | | | | |

| Vorschriften | <table border="1"> <tr> <td>Anforderung ist erfüllt</td> <td>Anforderung ist teilweise erfüllt</td> <td>Anforderung ist nicht erfüllt</td> <td>Anforderung ist nicht geprüft</td> <td>Anforderung trifft nicht zu</td> </tr> </table> | | | | | Anforderung ist erfüllt | Anforderung ist teilweise erfüllt | Anforderung ist nicht erfüllt | Anforderung ist nicht geprüft | Anforderung trifft nicht zu | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------|
| Anforderung ist erfüllt | Anforderung ist teilweise erfüllt | Anforderung ist nicht erfüllt | Anforderung ist nicht geprüft | Anforderung trifft nicht zu | | | | | | | | |
| § 11 (1) Nr. 3 Leistungsanbieter hat Verträge mit den Bewohnerinnen und Bewohnern nach dem WBVG abgeschlossen | X | X | | | | Die Verträge wurden nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz angepasst. Hilfsmittel für Menschen mit Sehbehinderung sind in der Einrichtung in der Komplexität nicht vorhanden. Diese Anforderung ist auf der Ebene der Strukturqualität, d.h. anhand der eingereichten Unterlagen, geprüft worden: Pflegevisiten und Fallbesprechungen werden durchgeführt. Es sind hausinterne Pflege- und Betreuungsstandards und Verfahrensanweisungen entwickelt worden; die nationalen Expertenstandards werden dabei berücksichtigt. | | | | | | |
| § 11 (2) Leistungsanbieter hat Unterstützung nach dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnis sicherzustellen | | | | | | | | | | | | |
| § 11 (3) Größe und Beschaffenheit der genutzten Räume müssen dem Unterstützungszweck entsprechen und Selbstbestimmung ermöglichen | X | | | | | | | | | | | |

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt | Anforderung ist teilweise erfüllt | Anforderung ist nicht erfüllt | Anforderung ist nicht geprüft | Anforderung trifft nicht zu | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|--|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------|
| § 12 (1) Nr. 1 Leistungsanbieter besitzt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb der Pflege- und Betreuungseinrichtung | | | | X | | | |
| § 12 (1) Nr. 2 Leitung für alle wirtschaftlichen, verwaltungsmäßigen und fachlichen Aspekte der Einrichtung wird beschäftigt | X | | | | | | |
| § 12 (1) Nr. 3 Unterstützung der Bewohner und Bewohnerinnen wird entsprechend des Konzepts und der Zielgruppe sichergestellt | X | | | | | | |
| § 12 (1) Nr. 4 Pflege- und Betreuungskräfte sind in ausreichender Zahl und Qualität vorhanden | X | | | | | Siehe Prüfbericht Teil III | |
| § 12 (1) Nr. 5 Einrichtungen mit Versorgungsvertrag halten § 71 (2+3) SGB XI ein | X | | | | | Die Pflegedienstleitung erfüllt die gesetzlichen Voraussetzungen. Eine Stellvertretung ist benannt. | |

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt Anforderung ist teilweise erfüllt Anforderung ist nicht erfüllt Anforderung ist nicht geprüft Anforderung trifft nicht zu | | | | | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|---|---|--|--|---|--|--|-------------------------|
| § 12 (2) Nr. 1 Unterstützungskonzept und Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird gewährleistet | | | | X | | Diese Anforderung ist neu. Der Träger wird gebeten, ein Unterstützungskonzept im Sinne des BremWoBeG zu erstellen und umzusetzen. | |
| § 12 (2) Nr. 2 Unterstützungskonzept und Leistungserbringung orientieren sich an den Zielen des BremWoBeG | | | | X | | Diese Anforderung ist neu. Der Träger wird gebeten, ein Unterstützungskonzept im Sinne des BremWoBeG zu erstellen und umzusetzen.. | |
| § 12 (2) Nr. 3 Unterstützungskonzept beinhaltet die Selbstbestimmung und Teilhabe am Gesellschaftlichen Leben der Bewohnerinnen und Bewohner | | | | X | | Diese Anforderung ist neu. Der Träger wird gebeten, ein Unterstützungskonzept im Sinne des BremWoBeG zu erstellen und umzusetzen. | |
| § 12 (2) Nr. 4 Qualität der Unterstützung und Pflege wird gesichert | | | | | | Siehe Teil I Prüfbericht Selbstauskunft | |
| § 12 (2) Nr. 5 ärztliche, zahnärztliche, gesundheitliche und therapeutische Betreuung wird gesichert | X | | | | | | |

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt | | | | | Anforderung ist teilweise erfüllt | Anforderung ist nicht erfüllt | Anforderung ist nicht geprüft | Anforderung trifft nicht zu | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|---|-------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------|
| § 12 (2) Nr. 6 Förderung und gesellschaftliche Teilhabe bei Menschen mit Behinderung wird gewährleistet und dokumentiert | | | | | | | | | X | | |
| § 12 (2) Nr. 7 aktivierende Pflege und Pflegeplanung wird gewährleistet und dokumentiert | | | | | | X | | | | Die Dokumentation ist lückenhaft und muss dringend überarbeitet werden. | |
| § 12 (2) Nr. 8 Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung wird sichergestellt | X | | | | | | | | | | |
| § 12 (2) Nr. 9 Qualität des Wohnens und Aufenthaltes wird gewährleistet | X | | | | | | | | | | |
| § 12 (2) Nr. 10 Besuche bei Bewohnern und Bewohnerinnen werden ermöglicht | X | | | | | | | | | | |
| § 12 (2) Nr. 11 Schutz vor Infektionen ist gewährleistet und Anforderungen an die Hygiene werden eingehalten | | | | | | | | X | | Regelmäßige Überprüfungen durch das Gesundheitsamt finden statt. Die letzte Prüfung erfolgte am 26.01.2011. | |

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt Anforderung ist teilweise erfüllt Anforderung ist nicht erfüllt Anforderung ist nicht geprüft Anforderung trifft nicht zu | | | | | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|--|---|---|---|---|--|--|-------------------------|
| § 12 (2) Nr. 12 Arzneimittel werden ordnungsgemäß und bewohnerbezogen aufbewahren | X | | | | | | |
| § 13 (1) Nr. 1 Tägliche Betätigungen für Bewohnerinnen und Bewohner werden ermöglicht | X | | | | | | |
| § 13 (1) Nr. 2 Angehörige, rechtl. Betreuer, Ehrenamtliche, Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner werden in das Alltagsleben mit einbezogen | | | X | | | | |
| § 13 (1) Nr. 3 Wahrnehmung auswärtiger Termin wird ermöglicht | | X | | | | Stichprobenartige Bewohnergespräche haben ergeben, dass das Verlassen der Einrichtung generell möglich ist (nur bei Selbständigkeit), allerdings keine Begleitung für Spaziergänge, Einkäufe etc. vorhanden ist. | |
| § 13 (1) Nr. 4 Über Veranstaltungen und Aktivitäten der Umgebung wird informiert und die Teilnahme ermöglicht | | | | X | | Siehe Prüfbericht Teil VI, BW-Befragung der Heimaufsicht | |

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt Anforderung ist teilweise erfüllt Anforderung ist nicht erfüllt Anforderung ist nicht geprüft Anforderung trifft nicht zu | | | | | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|--|---|---|--|---|--|--|-------------------------|
| § 13 (1) Nr. 5 Kontakt zu Menschen außerhalb der Wohnform ermöglichen und dafür mit Kooperationspartnern zusammenarbeiten | | X | | | | Siehe Prüfbericht Teil VI, BW-Befragung der Heimaufsicht | |
| § 13 (1) Nr. 6 Pflege- und Betreuungseinrichtung wird für Veranstaltung für Externe geöffnet | | X | | | | Es werden aktuell keine Veranstaltungen für Externe angeboten. | |
| § 13 (2) Konzept wurde nach § 17 BremWoBeG eingereicht und die verantwortliche Person für die Umsetzung des Konzeptes wurde benannt | | | | X | | | |
| § 16 Anzeigepflichten bei unterstützenden Wohnformen | | | | X | | | |
| § 17 Besondere Anzeigepflichten bei Pflege- und Betreuungseinrichtungen | | | | X | | | |

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt Anforderung ist teilweise erfüllt Anforderung ist nicht erfüllt Anforderung ist nicht geprüft Anforderung trifft nicht zu | | | | | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|---|---|--|--|---|--|---------------|-------------------------|
| § 18 (1) Nr. 9 Art, Zeitpunkt, Dauer und Grund freiheitsbeschränkender Maßnahmen | | | | X | | | |
| § 18 (1) Nr. 10 Verwaltete Gelder und Wertsachen der Bewohnerinnen und Bewohnern | | | | X | | | |



III. HeimPersV

**zum Prüfbericht gemäß
§ 22 Abs. 9 und § 23 BremWoBeG**

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt | Anforderung ist teilweise erfüllt | Anforderung ist nicht erfüllt | Anforderung ist nicht geprüft | Anforderung trifft nicht zu | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|---|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------|
| § 2 Eignung des Heimleiters | X | | | | | | |
| § 4 Eignung der Beschäftigten | X | | | | | | |
| § 5 Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten | X | | | | | Ausweislich der Heimaufsicht vorliegenden Unterlagen wird der Fachkraftquote entsprochen. | |
| § 6 Fachkräfte | | | | X | | | |
| § 8 Fort- und Weiterbildung | X | | | | | | |

V. HeimmwV

zum Prüfbericht gemäß
§ 22 Abs. 9 und § 23 BremWoBeG

| Vorschriften | Anforderung ist erfüllt | Anforderung ist teilweise erfüllt | Anforderung ist nicht erfüllt | Anforderung ist nicht geprüft | Anforderung trifft nicht zu | Erläuterungen | Besonders hervorzuheben |
|--|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------|
| § 4 Zahl der Heimbeiratsmitglieder | X | | | | | | |
| § 5 Wahlverfahren | | | | X | | | |
| § 11 Mitteilung an die zuständige Behörde | X | | | | | | |
| § 16 Vorsitz | X | | | | | | |
| § 20 Bewohnerversammlung und Tätigkeitsbericht | | | | X | | | |
| § 21 Kosten und Sachaufwand des Heimbeirates | | | | X | | | |
| § 25 Bestellung des Heimfürsprechers | | | | | X | | |
| § 28a Ersatzgremium | | | | | X | | |



Teil VI

Bewohnergespräch

zum Prüfbericht gemäß § 22 Abs. 9 und § 23 BremWoBeG
Unangemeldete Prüfung am 7.02.2011 im Haus der Blinden

Es sind insgesamt 6 Bewohnergespräche erfolgt, wobei jeweils drei Gespräche
zusammengefasst wurden.

Pflege

| | |
|---|--|
| Wie lange dauert es, bis ein Mitarbeiter kommt, wenn Sie geklingelt haben? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal kommt sehr schnell, weil sie wissen, wenn ich den Notruf auslöse, benötige ich wirklich Hilfe. 2. bis zu 10 Min Wartezeit; kann auch manchmal länger sein; wenn ich zweimal den Notruf betätige, kommen die Schwestern sehr schnell 3. Es kommt darauf an; wenn der Notruf zweimal ausgelöst wird, kommt das Personal sehr schnell |
| Werden Sie überwiegend von den gleichen Pflegekräften versorgt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. In der Regel ja; die überwiegende Zahl der Pflegekräfte sind schon sehr lange hier; deshalb kenne ich sie. 2. Das ist unterschiedlich. 3. Es gibt schon Wechsel, aber ich kenne alle Pflegekräfte. |
| Lassen sich die Pflegenden genügend Zeit während der Pflegemaßnahme? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, die Pflegekräfte leisten ihre Arbeit sehr gut. 2. Das ist unterschiedlich; manchmal versorgen die Pflegekräfte erst einen anderen Bewohner, geben aber Bescheid und kommen später wieder. 3. Die Bewohnerin wäscht sich selbst und zieht sich selbstständig an. |
| Wird während der Pflege mit Ihnen geredet? | 1., 2., 3. ja |
| Werden Sie von den Mitarbeitern unterstützt / motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen und anzuziehen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. kann es selbständig 2. Beim Schließen von Knöpfen unterstützen die Mitarbeiter. 3. kann es selbständig |
| Werden Sie auch nachts auf die Toilette geführt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. kann es mit Rollator selbständig; manchmal benötigt sie Hilfe. 2. kann es selbständig 3. kann es selbständig |

| | |
|---|---|
| Wann werden Sie morgens geweckt und gewaschen? Entspricht dies Ihren Wünschen? | 1. wird auf Wunsch morgens um 7:00 Uhr geweckt; Hörgeräte und Zähne werden dann eingesetzt. 2. wacht selbständig auf, ca. gegen 6:00 Uhr morgens. 3. Weckt sich selbst. |
| Können Sie abends ins Bett gehen, wann Sie möchten? | 1. ja; die Betten werden vom Personal abgedeckt. 2. Ja 3. Ja |
| Können Sie mitbestimmen, wann und wie häufig Sie gewaschen werden? | 1. wäscht sich selbständig 2. Ja 3. Ja |
| Können Sie mitbestimmen, wann und wie häufig Sie duschen oder baden? | 1. Ja; 1 x wöchentliche baden auf Wunsch. 2. Ja; 1 x wöchentlich duschen ist in Ordnung 3. Ja |
| Ist die Versorgung am Wochenende und an den Feiertagen genauso wie unter der Woche gewährleistet? | 1. Ja 2. Ja 3. Ja |
| Erhalten Sie Medikamente, wenn Sie Schmerzen haben? | 1. Ja, hat bislang keine gebraucht. Der Arzt würde Schmerztabletten verordnen. 2. Ja 3. Ja |
| Gehen alle Mitarbeiter höflich und freundlich mit Ihnen um? | 1., 2., 3., Ja |
| Wenn Sie ein Problem haben, nimmt sich ein Mitarbeiter Zeit für Sie? | 1. Auf jeden Fall 2. Die Mitarbeiter haben sehr viel zu tun, stehen häufig unter Druck. 3. Ja, wenn auch nicht immer sofort, aber dann kommt eine Pflegekraft später und nimmt sich Zeit. |
| Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? | 1. Wählt selbständig ihre Kleidung aus 2. Ja 3. Wählt selbständig ihre Kleidung aus. |
| Wer schneidet Ihnen die Fingernägel? | 1. Das Pflegepersonal 2. Auf Wunsch die Fußpflegerin 3. Schneidet sich die Fingernägel selbst. |

Wäsche

| | |
|--|---|
| Ist nur Ihre Kleidung in Ihrem Schrank? Oder finden Sie dort auch Kleidungsstücke, die Sie nicht kennen? | 1., 2., 3., Nur eigene Wäsche befindet sich im Schrank. |
| Kommt alle Ihre Wäsche gewaschen zurück oder fehlen Kleidungsstücke? | 1., 2., 3., Wäsche kam bisher immer zurück. |
| Sind Sie mit der Wäschereinigung zufrieden? | 1. Ja, sehr. 2. Ja 3. Die Wäsche ist sehr gut gepflegt. |

Essen

| | |
|---|---|
| Entsprechen die Essenszeiten Ihren Bedürfnissen oder Wünschen? | 1., 2., 3., Ja |
| Können Sie auch früher oder später als die festgelegten Zeiten Ihr Essen einnehmen? | 1., 2., Ja 3. Ja. Das Essen wird dann auf Wunsch erwärmt. |
| Steht Obst zur Verfügung? | 1., 2., 3., Ja, |
| Können Sie zwischen mehreren Menüs/Komponenten wählen? | 1. Ein Essen steht zur Auswahl; Wunschkost wird in hohem Maße berücksichtigt. |

| | |
|---|---|
| | 2. Ein Essen; wusste nichts von Wunschessen. 3. Eine Grundmahlzeit; sehr gut und schmackhaft; morgens werden Wünsche für mittags aufgenommen. |
| Werden Sie satt? | Ja, sehr. |
| Schmeckt Ihnen das Essen? | 1. Ja, sehr und Nachschlag ist immer möglich. 2. Ja 2. Ja, das Essen ist sehr gut; es gibt immer auch frisch zubereitete Speisen. |
| Ist das Essen warm bzw. bei kalten Speisen kühl? | 1. Ja 2. Ja 3. Ja; es ist eine Schutzhaube darüber. |
| Ist das Essen appetitlich angerichtet? | 1. Nimmt es kann; kann nur Konturen erkennen. 2. Ja 3. Ja |
| Haben Sie genügend Zeit zum Essen? | 1. Ja, 2., 3., Ja |
| Bekommen Sie angemessene Unterstützung beim Essen, wenn es nötig ist? | 1. Isst selbständig; andere Bewohner erhalten Unterstützung 2. Ja 3. Ja |
| Wie viele Mahlzeiten bekommen Sie? | 1. 5 Mahlzeiten täglich; darin sind zwei Zwischenmahlzeiten vormittags und nachmittags enthalten. 2. wie 1. 3. 5 – 6 Mahlzeiten nach Bedarf |
| Stehen Ihnen Getränke in ausreichender Menge kostenlos zur Verfügung? | 1. Ja; Mineralwasser wird auf Kosten der Bewohner in Kisten den Bewohnern zur Verfügung gestellt. 2. Ja 3. Saft, Tee, Kaffee frei; Kiste a. 12 Flaschen mit Vilsa Mineralwasser wird auf Kosten der Bewohner geliefert. |

Betreuung

| | |
|---|---|
| Können Sie jederzeit Besuch empfangen? | 1., 2., 3., Ja |
| Kann Ihr Besuch solange bleiben wie Sie möchten? | 1., 2. Ja 3. Sohn bleibt manchmal bis 20:00 Uhr oder 22:00 Uhr |
| Klopfen alle Mitarbeiter vor Betreten des Zimmers an? | 1., 2., 3., Ja |
| Können Sie ihr Zimmer abschließen? | 1. Ja; die Frage war, wenn der Zimmerschlüssel von innen steckt, ob das Personal dennoch mit dem Schlüssel ins Zimmer kommen können? 2. Ja, hat einen Schlüssel 3. Ja, hat eigenen Schlüssel |
| Haben Sie ein verschließbares Fach in Ihrem Zimmer? | 1., 2., 3. Nein, nicht vom Haus gestellt |
| Dürfen Sie persönliche Gegenstände mitbringen? | 1., 2., 3., Ja |
| Wird Ihr Geburtstag gefeiert? | 1. Ja mit einem Umtrunk während der Vorlese- runde, z.B. Sekt vom Haus aus und Gratulation Der 100 jährige Geburtstagsteht d.J. an; der Arzt hat sich als Gast schon angemeldet. 2. mit einem Umtrunk 3. Eine Kerze wird am Tisch angezündet; Bewohner erhalten Sekt oder eine kleine Torte |

| | |
|--|--|
| | 1., 2., 3., Der Geburtstag kann mit den Angehörigen selbst gestaltet werden. |
| Feiern sie hier auch andere Feste? | 1. Ja, z.B. Jahreszeitenfeste, Heiligabend und Weihnachten usw.; Chöre treten auf mit guter Musik 2. Ja, z.B. Weihnachten; es kommen Alle zusammen , auch von Auswärts; Kinder und Sänger sind dann vor Ort; das ist sehr schön. 3. kann aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr daran so teilnehmen, wie sie möchte, |
| Werden Sie über Angebote informiert und eingeladen? | 1. Ja, morgens über Mikrofon, nimmt aber nicht mehr daran teil. 2. nimmt am Bingo teil 3. hat eine private Frau, die Spaziergänge, Einkäufe mit ihr tätigt und mit der sie sich austauschen kann. |
| Können Sie hier einen Gottesdienst besuchen? | 1. Ja, 2. Ja, nimmt am neuapostolischen Gottesdienst teil und wird von der Gemeinde abgeholt. 3. Ja |
| Entspricht das Beschäftigungsangebot Ihren Wünschen und Bedürfnissen? | 1. nimmt auf eigenen Wunsch nicht teil. 2. Ja 3. nimmt aufgrund ihrer Erkrankung nicht teil. |
| Werden Ihre Wünsche und Anregungen berücksichtigt? | 1. Trifft nicht zu. 2. Ja 3. Trifft nicht zu. |
| Können Sie ein Haustier mitbringen? | Frau St. glaubt, dass dieses möglich ist. |
| Haben Sie den Wunsch und die Möglichkeit die Einrichtung zu verlassen? | 1. Ja 2. Bewegt sich nur auf dem Gelände 3. Möchte die Einrichtung nicht verlassen, weil sie nicht sehen kann. |
| Gibt es Begleitung für Wege außerhalb des Hauses? | 1. Nein 2. Bewegt sich nur auf dem Gelände 3. Ja |
| Können Sie jederzeit das Haus verlassen? | 1., 2., 3., Ja |
| Können Sie etwas einkaufen? | 1. Ja 2. Bewegt sich nur auf dem Gelände 3. Wenn sie wollte, ja. |
| Gibt es einen Fahrdienst? | 1. Nein 2. Nein 3. Weiß es nicht. |

Heimmitwirkung

| | |
|---|--|
| Kennen Sie den Heimbeirat/Heimfürsprecher persönlich? | 1. War selbst im Heimbeirat, kennt alle Mitglieder 2. War auch im Heimbeirat; kennt nur einige 3. Ist selbst Mitglied; es hat lange keine Sitzung stattgefunden. |
| Haben Sie sich in der Einrichtung schon einmal beschwert? Was ist daraufhin passiert? | 1. Nein 2. Nein 3. Kann sich nicht erinnern |

Raum für Erläuterungen (ggf. Beiblätter verwenden):



Teil VI

Bewohnergespräch

zum Prüfbericht gemäß § 22 Abs. 9 und § 23 BremWoBeG

Unangemeldete Prüfung am 7.02.2011 im Haus der Blinden

Es sind insgesamt 6 Bewohnergespräche erfolgt, wobei jeweils 3 Gespräche
zusammengefasst wurden.

Pflege

| | |
|---|---|
| Wie lange dauert es, bis ein Mitarbeiter kommt, wenn Sie geklingelt haben? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal kommt sehr schnell. Der Notruf wurde von der Uz. Ausgelöst und nach 3 Minuten kam eine Pflegekraft. 2. 1. Personal kommt sehr schnell. Der Notruf wurde von der Uz. Ausgelöst und nach 4 Minuten kam eine Pflegekraft. 3. Das Personal bemüht sich immer sehr schnell zu kommen, aber der Notruf wird fast gar nicht gebraucht. |
| Werden Sie überwiegend von den gleichen Pflegekräften versorgt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nein, das Personal wechselt immer wieder. Es wäre sehr schön von nur einer Person gepflegt zu werden, aber das ist ja nicht möglich. 2. Das Personal wechselt immer wieder. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Lassen sich die Pflegenden genügend Zeit während der Pflegemaßnahme? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Häufig stehen die Pflegekräfte unter Zeitdruck, schließlich will ja jeder rechtzeitig zum Frühstück fertig sein. 2. Das Personal nimmt sich genügend Zeit für mich und meine Belange. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Wird während der Pflege mit Ihnen geredet? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Das kommt ganz darauf an, welche Pflegekraft oder Hilfskraft gerade Dienst hat. 2. Mit mir wird sich unterhalten. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Werden Sie von den Mitarbeitern unterstützt / motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen und anzuziehen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, soweit ich es kann, wasche ich mich selbst, das kommt aber immer auf die Tagesform an. 2. Das Personal fragt immer nach, ob ich vielleicht meinen Oberkörper selbst waschen möchte. Aber in letzter Zeit ist das nicht mehr so möglich. 3. Ja, aber ich will mich auch immer selbst waschen. |
| Werden Sie auch nachts auf die Toilette geführt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Da ich bettlägerig bin, werde ich nicht zur Toilette geführt, aber wenn ich Hilfe brauche kommt jemand. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |

| | |
|---|--|
| Wann werden Sie morgens geweckt und gewaschen? Entspricht dies Ihren Wünschen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ich war noch nie eine Langschläferin, somit passt es mir ganz gut, dass ich früh geweckt werde. 2. Die Weckzeit entspricht meinen Wünschen. 3. Die Weckzeit entspricht meinen Wünschen. |
| Können Sie abends ins Bett gehen, wann Sie möchten? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn ich müde bin, dann gehe ich ins Bett. 2. Nun ich liege die ganze Zeit im Bett. Aber ich kann einschlafen, wann ich will. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Können Sie mitbestimmen, wann und wie häufig Sie gewaschen werden? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Ich wasche mich immer selbst. |
| Können Sie mitbestimmen, wann und wie häufig Sie duschen oder baden? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ich dusche 1-2 mal die Woche, aber ich würde lieber baden. Ist das möglich, auch wegen meiner Krankheit? 2. Wenn ich körperlich in der Lage dazu bin, kann ich das duschen. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Ist die Versorgung am Wochenende und an den Feiertagen genauso wie unter der Woche gewährleistet? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Erhalten Sie Medikamente, wenn Sie Schmerzen haben? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Gehen alle Mitarbeiter höflich und freundlich mit Ihnen um? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Ja. |
| Wenn Sie ein Problem haben, nimmt sich ein Mitarbeiter Zeit für Sie? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, wenn ich überhaupt etwas anzumerken habe. 2. Bestimmt, aber ich verzichte lieber darauf und kläre das mit mir selber. 3. Aber sicher haben die Mitarbeiter Zeit. |
| Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, jeden Abend werde ich gefragt, was ich anziehen will und für den Frühdienst auf den Stuhl gelegt. 2. Ja. 3. Ja. |
| Wer schneidet Ihnen die Fingernägel? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |

Wäsche

| | |
|--|--|
| Ist nur Ihre Kleidung in Ihrem Schrank? Oder finden Sie dort auch Kleidungsstücke, die Sie nicht kennen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Reinigung der Wäsche ist sehr gewissenhaft. 2. Bisher hatte ich noch keine Probleme mit der Wäsche. 3. Da ist alles in Ordnung. |
| Kommt alle Ihre Wäsche gewaschen zurück oder fehlen Kleidungsstücke? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es kommt alles gewaschen zurück. 2. Mir ist noch nicht aufgefallen, dass irgendetwas fehlt. 3. Alles gut. |
| Sind Sie mit der Wäschereinigung zufrieden? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, sehr. 2. Ja. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |

Essen

| | |
|---|--|
| Entsprechen die Essenszeiten Ihren Bedürfnissen oder Wünschen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Ja. |
| Können Sie auch früher oder später als die festgelegten Zeiten Ihr Essen einnehmen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, dann wird das Essen solange zurückgestellt und wieder Warm gemacht. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> 2. Ja, aber das nutze ich selten. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Steht Obst zur Verfügung? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja, aber ich nehme mir selten welches. 3. Ja. |
| Können Sie zwischen mehreren Menüs/Komponenten wählen? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Nein, es gibt immer ein Gericht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Nur ein Gericht. |
| Werden Sie satt? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Ja. |
| Schmeckt Ihnen das Essen? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja, und wenn nicht, dass esse ich eben nur den Nachtisch. Aber wenn es Nudeln gibt, dann bekomme ich immer Kartoffeln, weil ich Nudeln nicht mag. 2. Ja. 3. Ja. |
| Ist das Essen warm bzw. bei kalten Speisen kühl? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Ja. |
| Ist das Essen appetitlich angerichtet? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Haben Sie genügend Zeit zum Essen? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja, man kann in Ruhe essen. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Ja. |
| Bekommen Sie angemessene Unterstützung beim Essen, wenn es nötig ist? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Wenn ich Hilfe brauche, dann sag ich bescheid und dann ist immer eine Mitarbeiterin da. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Wie viele Mahlzeiten bekommen Sie? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Drei Mahlzeiten und sonntags Kaffee und Kuchen. 2. 3 Mahlzeiten. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Stehen Ihnen Getränke in ausreichender Menge kostenlos zur Verfügung? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Nein, Getränke muss man selber kaufen, aber meine Tochter bringt mir immer Wasserkästen mit. 2. Ja. 3. Die muss ich aber selber bezahlen. |

Betreuung

| | |
|---|--|
| Können Sie jederzeit Besuch empfangen? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Ja, aber es kommt keiner. |
| Kann Ihr Besuch solange bleiben wie Sie möchten? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Ja, aber es kommt doch keiner. |
| Klopfen alle Mitarbeiter vor Betreten des Zimmers an? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Ja. 3. Ja. |
| Können Sie ihr Zimmer abschließen? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja, aber ich will keinen Zimmerschlüssel. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Haben Sie ein verschließbares Fach in Ihrem Zimmer? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Nein. 2. Nein. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Dürfen Sie persönliche Gegenstände mitbringen? | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ja, habe ich auch gemacht. 2. Ja, aber ich will keine in diesem Zimmer haben. 3. Ja. |

| | |
|--|--|
| Wird Ihr Geburtstag gefeiert? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, das ist möglich und von der Einrichtung wird auch ein Kuchen gespendet. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Ja. |
| Feiern sie hier auch andere Feste? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wir feiern Frühlingsfeste und Weihnachtsfeste. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Werden Sie über Angebote informiert und eingeladen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Die stehen im Eingangsbereich auf der Tafel, aber viel findet hier nicht statt, das könnte ruhig mehr sein. 2. Ja. 3. Nein. |
| Können Sie hier einen Gottesdienst besuchen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn man will, dann wird man vom Fahrdienst der Kirche abgeholt. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Entspricht das Beschäftigungsangebot Ihren Wünschen und Bedürfnissen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nein, das ist viel zu wenig. 2. Ja, aber ich mache nicht viel. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Werden Ihre Wünsche und Anregungen berücksichtigt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Können Sie ein Haustier mitbringen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Haben Sie den Wunsch und die Möglichkeit die Einrichtung zu verlassen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ich gehe gerne raus, es kommt 2x in der Woche eine Privatperson, die geht mit mir raus. 2. Die Möglichkeit besteht. 3. Ja. |
| Gibt es Begleitung für Wege außerhalb des Hauses? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Als ich noch konnte, wurde ich regelmäßig nach außerhalb des Hauses begleitet, aber seit einem Vierteljahr geht das körperlich nicht mehr. 3. Nein, nicht das ich wüsste. |
| Können Sie jederzeit das Haus verlassen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nicht selbstständig. 2. Nicht selbstständig. 3. Ja. |
| Können Sie etwas einkaufen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |
| Gibt es einen Fahrdienst? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Es wurde keine Angabe gemacht. 2. Es wurde keine Angabe gemacht. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |

Heimmitwirkung

| | |
|---|---|
| Kennen Sie den Heimbeirat/Heimfürsprecher persönlich? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ja. 2. Nein. 3. Nein. |
| Haben Sie sich in der Einrichtung schon einmal beschwert? Was ist daraufhin passiert? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nein. 2. Nein. 3. Es wurde keine Angabe gemacht. |

Raum für Erläuterungen (ggf. Beiblätter verwenden):