

Landratsamt Regensburg | Postfach 120329 | 93025 Regensburg

Mit Postzustellungsurkunde

Gemeinde Mintraching
Frau 1. Bürgermeisterin
Angelika Ritt-Frank
Friedenstr. 2
93098 Mintraching

Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg

Raum

Telefon 0941 4009-0

Telefax 0941 4009-420

senioren.inklusion@lra-regensburg.de

Regensburg, 13.03.2018

**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG);
Prüfbericht gemäß Art. 11 PfleWoqG nach erfolgter Anhörung gemäß Art. 28 Bayerisches Verwal-
tungsverfahrensgesetz (BayVwVfG);**

Träger der Einrichtung:	Gemeinde Mintraching Friedenstr. 2 93098 Mintraching
Vertretungsberechtigte Person:	1. Bürgermeisterin Frau Ritt-Frank
Internetadresse des Einrichtungsträgers:	www.gemeinde-mintraching.de
Geprüfte Einrichtung:	Seniorenheim St. Josef Hauptstr. 28 93098 Mintraching

Sehr geehrte Frau Bürgermeisterin Ritt-Frank,

in der Einrichtung wurde am 01.02.2018 von 9.30 Uhr bis 17.00 Uhr eine turnusgemäße und unange-
meldete Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Wohn- und Lebensqualität
- Personal
- Besetzung der Leitungsfunktionen
- Mitarbeitergespräch
- Beschwerdemanagement
- Freiheit entziehende Maßnahmen
- Einarbeitungskonzept
- Pflege und Dokumentation
- Hausrundgang / Hygiene
- Umgang mit Medikamenten / Verbandsmaterialien
- Teilnehmende Beobachtung bei der Speisenversorgung
- Bewohnergespräche

Hierzu hat die FOA für den Zeitpunkt der Prüfung Folgendes festgestellt:

I. Daten zur Einrichtung

Einrichtungsart:

Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
Stationäre Pflegeeinrichtung
Stationäre Einrichtung für Menschen mit Demenz - eingestreut -
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
 o Für alte Menschen - eingestreut -

Angebotene Wohnformen: keine

Angebotene Plätze: 37
 davon Beschützte Plätze: keine
 davon Plätze für Rüstige: - eingestreut -
 davon Plätze für eingestreuete Tagespflege: keine

Belegte Plätze: 35

Einzelzimmerquote: 94 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 64,59 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 1

II. Information zur Einrichtung

Die Verwendung des Begriffes Bewohner bzw. Pflegebedürftiger bezieht sich im nachfolgenden Bericht geschlechtsneutral sowohl auf Bewohnerinnen und Bewohner und ist nicht diskriminierend zu verstehen. Vielmehr soll dadurch ein ungestörter Textfluss erreicht werden.

II.1. Positive Aspekte und allgemeine Informationen

[Hier erfolgt eine kurze, prägnante Aufstellung des positiven Sachverhalts bzw. der aus Sicht der FQA hervorzuhebenden Punkte und allgemeinen Informationen über die Einrichtung; bei anlassbezogenen Prüfungen muss hierauf nicht eingegangen werden.]

Wohn- und Lebensqualität:

Beim Hausrundgang präsentierte sich die Einrichtung sauber sowie jahreszeitlich dekoriert.

Beide Wohnbereichsküchen fielen durch eine aufgeräumte und ordentliche Vorratshaltung auf.

Im Speisesaal der Einrichtung wurde ein neuer Eckschrank eingebaut, welcher verschließbar ist. Darin enthalten ist ein Arbeits-PC, um dem Personal die Möglichkeit einer zeitnahen Dokumentation zu geben.

Positiv zu erwähnen ist die große Uhr, welche sich im Speisesaal befindet und den Bewohnern das Ablesen der Uhrzeit durch ihre Größe erleichtert.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II.3. Qualitätsempfehlungen).

Personal:

Zeichnungsberechtigt auf den Dienstplänen sind die Einrichtungsleitung, die stellvertretende Pflegedienstleitung und der Qualitätsmanagementbeauftragte.

Der Mitarbeiterbedarf in der Pflege, berechnet nach den mit den Kostenträgern vereinbarten Schlüsseln, ergibt ein Personalplus von 3,03 Stellenanteilen.

Die Fachkraftquote ist mit 64,59 % erfüllt.

Die Gerontofachkraftquote ist mit einem Stellenanteil von 1,0 erfüllt. Am Tag der Begehung wird bei 29 zu berechnenden Bewohnern ein Stellenanteil von 0,97 notwendig.

Die Nachtschichtbesetzung mit einem Schlüssel von 1:40 wird als Anwesenheitsschlüssel erfüllt. Nachts ist in der Zeit von 22.00 Uhr bis 6.00 Uhr jeweils eine Fachkraft anwesend.

Die Personalliste stimmt mit dem Dienstplan überein. Nach Überprüfung der Dienstpläne kann festgehalten werden, dass es wenig Fluktuation in der Einrichtung gibt.

Die Dienstpläne Dezember 2017 sowie Januar 2018 werden als beweishebliches Dokument geführt.

An verschiedenen überprüften Tagen konnte festgestellt werden, dass die jeweiligen Schichten mit Fachkräften besetzt sind.

Besetzung der Leitungsfunktionen:

Um die Einrichtungsleitung in ihren Aufgaben zu entlasten, welche sie als Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und Geschäftsleitung in Personalunion führt, wird sich Folgendes im Laufe dieses Jahres ändern:

Es ist beabsichtigt, dass die derzeitig stellvertretende Pflegedienstleitung zum 01.08.2018 Pflegedienstleitung in der Einrichtung wird.

Ebenfalls zum 01.08.2018 wird der Qualitätsmanagementbeauftragte ausschließlich für diese Position mit den erforderlichen Aufgaben geplant.

Auf die Anzeigenpflicht gem. Art. 4 PflWoqG wurde hingewiesen.

Mitarbeitergespräch:

Eine Pflegehilfskraft bestätigte im Gespräch, dass sie zu Beginn ihres Arbeitsverhältnisses sehr positiv in der Einrichtung aufgenommen wurde.

Gleichzeitig wurde aber die schlechte Einarbeitung von der Pflegehilfskraft moniert.

Die Einarbeitung sei sehr unstrukturiert verlaufen, Abläufe wurden trotz mehrfacher Nachfrage nicht zielführend besprochen. Die Abläufe seien ihr nicht persönlich erklärt, sondern nur anhand von Kopien aus dem Qualitätshandbuch dargelegt worden.

Die Pflegehilfskraft gibt selbst an, etwas langsamer in ihrem Arbeitstempo zu sein, aber sie pflegt eine gute Beziehung zu den Bewohnern. Dies führt zu Neid und Eifersucht von anderen Kollegen.

Dieses Verhalten und die darauf folgende Reaktion wurden seitens des Qualitätsmanagementbeauftragten bestätigt.

Die Pflegehilfskraft monierte weiterhin die schlechte Kommunikation im Team und gibt an, sie sei nur noch frustriert, zermürbt und enttäuscht.

Letzten Endes möchte sich die Pflegehilfskraft komplett aus der Altenpflege zurückziehen und sich beruflich neu verändern.

Beschwerdemanagement:

Das vorhandene Konzept wurde letztmalig im September 2017 evaluiert. Besonders *positiv* ist zu erwähnen, dass das Beschwerdemanagement sehr ausführlich überarbeitet wurde, die Protokolle gut gestaltet sind und die Beschwerden nachvollziehbar abgearbeitet wurden.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II.3. Qualitätsempfehlungen).

Freiheit entziehende Maßnahmen:

Besonders *positiv* ist festzuhalten, dass in der Einrichtung insgesamt nur sehr wenig Freiheit entziehende Maßnahmen angewandt werden.

Im Qualitätsmanagement-Handbuch wurde das Konzept zu Freiheit entziehenden Maßnahmen zuletzt im Januar 2018 evaluiert.

Die Überprüfung von zwei Stichproben ergab keine Beanstandungen.

Einarbeitungskonzept:

Das Einarbeitungskonzept wurde im November 2017 komplett neu überarbeitet. Dabei wurde das Konzept nach Pflegefachkräften und Pflegehelfern strukturiert gegliedert.

Insgesamt ist das Einarbeitungskonzept gelungen und hinterlässt einen strukturierten und übersichtlichen Gesamteindruck.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II.3. Qualitätsempfehlungen; III. Erstmals festgestellt Mängel).

Pflege und Dokumentation:

Im Bereich der bewohnerbezogenen Kriterien (Prozess- und Ergebnisqualität) erfolgte die Festlegung der Stichprobe per Zufallsauswahl.

Die Begehung fand in einer offenen und konstruktiven Atmosphäre statt, alle notwendigen Unterlagen wurden zur Verfügung gestellt bzw. konnten vor Ort eingesehen werden.

Im Verlauf der Prüfung fand eine punktuelle Beratung einzelner Mitarbeiter zu Verbesserungspotenzialen statt. Im Rahmen eines pflegefachlichen Abschlussgesprächs wurden die vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsprüfung erläutert.

Im Bereich der Struktur- und Prozessqualität hat die Pflegeeinrichtung auf die Empfehlungen aus der letzten Qualitätsprüfung reagiert und konnte somit ein besseres Qualitätsergebnis erzielen.

Im Bereich der Ergebnisqualität besteht weiterhin Handlungsbedarf, bei der Führung des Wundmanagement und mit dem Umgang mit sterilem Wundmaterial.

In der Einrichtung wurde die Dokumentation umgestellt. Der Pflegeprozess wird EDV-gestützt anhand des Struktur- und Entbürokratisierungsmodells (EBM) nach Beikirch abgebildet.

Die vorgestellte Pflegedokumentation enthielt alle vier Elemente einer strukturierten Informationssammlung (SIS) mit Risikoerfassungsmatrix, Tagesplan mit Maßnahmenplan, Pflegeberichtsblatt, notwendige Zusatzblätter und festgelegte Evaluationsvorgaben.

Die eingesehene SIS zu dem am Begehungstag überprüften Bewohner war handlungsleitend und überwiegend als zentrales Steuerungselement des Pflegeprozesses geeignet. Es spiegelte die individuellen Bewohnerbedürfnisse teilweise wider.

Die eingesehenen Tagesplanungen sind weitgehend handlungsleitend und überwiegend als zentrales Steuerungselement des Pflegeprozesses geeignet. Teilweise spiegelte die Pflegeprozessplanung die individuellen Wünsche der Bewohner wider.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II. 3. Qualitätsempfehlungen).

Die Pflegeberichte beinhalten alle relevanten Pflegeinformationen, Veränderungen und Reaktionen der Pflege.

Zur Nachvollziehbarkeit und Aktualität der Bewohnersituation werden Fallbesprechungen geführt. Sie werden in zwei- bis dreimonatlichen Abständen kontrolliert.

Die individuellen Ernährungsressourcen und -risiken waren erkannt und entsprechende Maßnahmen aus den Erkenntnissen werden erbracht.

Eine individuelle Sturzrisikoerhebung mit der Durchführung erforderlicher Prophylaxen war gegeben, Sturzereignisse werden dokumentiert.

Stichprobenartig konnten die notwendigen Assessmentinstrumente eingesehen werden.

Alle notwendigen Formblätter (wie z.B. Lager- und Flüssigkeitspläne) waren vorhanden und wurden adäquat verwendet.

Systematische Schmerzeinschätzungen erfolgten in allen Stichproben durchgängig. Die Bewohner mit chronischen Schmerzen erhalten durchgehend die verordneten Medikamente.

Das individuelle Dekubitusrisiko wurde erhoben und die Durchführung erforderlicher Prophylaxen war weitgehend gegeben.

Es wird ein Wechseldrucksystem zur Dekubitusprophylaxe verwendet. Die Einstellung der Wechseldruckmatratze war korrekt.

Die Versorgung bei Inkontinenz erfolgte mit angemessenen Inkontinenzprodukten und die Bewohner gaben an, bei den Toilettengängen angemessen unterstützt zu werden.

Die Durchführung der ärztlich verordneten Behandlungspflege entsprach den Verordnungen. Die Kommunikation mit dem Arzt ist nachvollziehbar.

Die eingesehene Wunddokumentation beinhaltet eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans auf der Grundlage ärztlicher Verordnungen.

Alle durchgeführten Maßnahmen werden fortlaufend evaluiert und dokumentiert (Fotodokumentation), sodass die Umsetzung des Maßnahmenplans sowie der Fortschritt der Behandlung der Wunde und der wund- und therapiebedingten Einschränkungen nachvollziehbar sind.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe IV. Erneut festgestellte Mängel, zu denen bereits eine Beratung erfolgt ist).

Der Umgang mit Verbandsmaterial war nicht korrekt und entspricht nicht den hygienischen Grundsätzen der Wundversorgung.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe III. Erstmals festgestellte Abweichung/Mängel).

Hausrundgang / Hygiene:

Beim Hausrundgang wurde die Pflegeeinrichtung unter infektionshygienischen Gesichtspunkten besichtigt. Es konnte festgestellt werden, dass in den gesehenen Räumlichkeiten Seifen- und Händedesinfektionsmittelspender sowie Einmalhandtuchspender an allen relevanten Stellen vorhanden waren. Hierzu waren an allen relevanten Stellen die aktualisierten Hygienepläne zu den verwendeten Desinfektionsmittel VAH (Verein f. angewandte Hygiene) angebracht.

Die vorgefundene Hygiene in der Pflegeeinrichtung ist jedoch an manchen Stellen verbesserungsbedürftig.

Es ist verstärkt auf die Einhaltung geltender Hygienegrundsätze zu achten, insbesondere hinsichtlich der optischen Sauberkeit, des hygienischen Zustandes und der Ordnung. In Lagerräumen wird nicht auf ordnungsgemäße Lagerhaltung geachtet (wie z.B. Hilfsmittel nach dem **Schwarz-Weiß-Prinzip** aufzubewahren und auf Sauberkeit zu achten usw.).

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II. 3. Qualitätsempfehlungen).

Die Ergebnisse der erforderlichen, einmal jährlichen Untersuchung des Warmwassersystems (Trink WV) auf Legionellen sowie die Wartungsprotokolle der Bioindikatoren von Waschmaschine und Spülautomaten sollten dem Gesundheitsamt unaufgefordert in Kopie vorgelegt werden.

Umgang mit Medikamenten:

Die Wochen-Dosiersysteme wurden anhand der Pflegedokumentation stichprobenartig kontrolliert. Hierzu gab es keine Abweichungen.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II. 3. Qualitätsempfehlungen).

Bewohnergespräche:

Zwei der ausgewählten Bewohner waren eingeschränkt auskunftsfähig.

Augenscheinlich hinterließen die Bewohner einen gepflegten und zufriedenen Eindruck. So bestätigten auch die auskunftsfähigen Bewohner im Gespräch, dass das Personal freundlich und hilfsbereit ist und dass sie mit Pflege und Versorgung zufrieden seien.

Die Bewohnerversorgung erfolgt bei den in Augenschein genommenen Bewohnern so weit als möglich individuell. Die Bewohner wurden in ihrer speziellen Lebenssituation und Stimmung von den Mitarbeitern abgeholt und begleitet.

Die Unterbringungssituation in den Zimmern und die Reinigungsqualität werden als gut empfunden.

Die Speisenversorgung entspricht den individuellen Bedürfnissen und das Essen wird als schmackhaft und gut eingeschätzt.

II.2. Qualitätsentwicklung

[Hier erfolgt die Darstellung der Entwicklung einzelner Qualitätsbereiche der Einrichtung über mindestens zwei turnusgemäße Überprüfungen hinweg.]

Besonders hinweisen möchten wir auf die nochmals kommunizierten Treppenabsturzsicherungen in den Treppenhäusern. Dabei verweisen wir auf das bereits Ihnen zugegangene Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 31.03.2009, Vollzug der Bayerischen Bauordnung, „Absicherung an notwendigen Treppen“.

Ein weiterer Hinweis ergeht dahingehend, dass während der Begehung auch das Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 09.01.2018, „Delegation medizinischer/heilberuflicher Aufgaben und Delegation pflegerischer Aufgaben“ ausführlich besprochen wurde.

Die Empfehlungen der letzten Einrichtungsbegehung 2017 wurden umgesetzt.

Insgesamt ist deutlich erkennbar, dass die Einrichtung sehr bestrebt ist, ein hohes Niveau in der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Beziehungsqualität zu erreichen.

Die Einrichtungsleitung sowie das gesamte Team sind sehr bemüht, die Qualitätsanforderungen für ihre Bewohner zu erfüllen und darüber hinaus ein gutes Qualitätsniveau in der Einrichtung beizubehalten.

II.3. Qualitätsempfehlungen

[Hier können Empfehlungen in einzelnen Qualitätsbereichen ausgesprochen werden, die aus Sicht der FQA zur weiteren Optimierung der Qualitätsentwicklung von der Einrichtung berücksichtigt werden können, jedoch nicht müssen. Es kann sich dabei nur um Sachverhalte handeln, bei denen die Anforderungen des Gesetzes erfüllt sind, die also keinen Mangel darstellen.]

Wohn- und Lebensqualität:

Im Eingangsbereich der Einrichtung ist eine Bewohnerliste mit Vor- und Nachnamen sowie Zimmernummern ausgehängt.

Dies hat zur Folge, dass der vollständige Name und das zugehörige Zimmer für alle Personen, welche die Einrichtung betreten, einsehbar sind.

Um den Bestimmungen des Datenschutzes gerecht zu werden, wird der Einrichtungsleitung empfohlen, von jedem Bewohner oder dessen gesetzlichen Vertreter die dafür notwendige Zustimmung einzuholen.

Beschwerdemanagement:

a)

Auf dem Beschwerdeerfassungsprotokoll wird unter anderem dokumentiert, wann und durch wen eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer über das Ergebnis der Beschwerdebearbeitung erfolgte.

Seitens der FQA wird empfohlen, diesbezüglich einen weiteren Vermerk aufzunehmen, ob der Beschwerdeführer mit dem Ergebnis der Beschwerdebearbeitung zufrieden war oder nicht. Sollte er nicht zufrieden sein, ist der Grund dafür zu dokumentieren.

b)

Im Konzept des Beschwerdemanagements wird darauf hingewiesen, dass bereits im Erstgespräch mit den Bewohnern und seinen Angehörigen der Hinweis auf ein bestehendes Beschwerdemanagement erfolgt.

Es wird empfohlen, diesen Hinweis z.B. im Aufnahmeprotokoll zu dokumentieren, um für die Einrichtung nachweisbar zu protokollieren, dass diese Information bekannt gegeben wurde.

Einarbeitungskonzept:

Vom Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtung wird das Einarbeitungskonzept erklärt. Wie er berichtet, gibt es ein Protokoll für ein Zwischengespräch und ein Abschlussgespräch.

Seitens der FQA wird der Vorschlag eingebracht, doch auch ein Erstgesprächsprotokoll mit in das Einarbeitungskonzept aufzunehmen.

Dies bietet die Möglichkeit, Wünsche und Erwartungen seitens der Einrichtung aber auch seitens des neuen Mitarbeiters zu verschriftlichen.

Somit besteht bereits zum Zwischengespräch während der Einarbeitungsphase die Möglichkeit abzugleichen, ob Wünsche und Erwartungen von beiden Seiten erfüllt wurden.

Sollte dies nicht der Fall sein, so kann in der Zeit von Zwischen- bis Endgespräch an den benannten Punkten gearbeitet werden.

Pflege und Dokumentation:

Sachverhalt:

Die Evaluationen der Tagesplanung fanden bei dem begutachteten Bewohner in einem regelmäßigen Rhythmus statt. Die Pflegeprobleme, Pflegemaßnahmen und Pflegeziele stimmten aber teilweise mit dem tatsächlichen Zustand des Bewohners bei der Prüfung nicht überein.

Beratung:

Eine regelmäßige Evaluation der Tagesplanung ist zur Sicherstellung einer ausreichenden Pflegequalität fachlich erforderlich. Bei aktuellen Veränderungen des Pflegeprozesses hat eine zeitnahe Ergänzung zu erfolgen. Die Veränderungen sollten so vorgenommen werden, dass die aktuell relevanten Informationen übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt werden. Die Einrichtung hat die Mitarbeiter auf die Notwendigkeit einer konsequent durchgeführten Pflegeplanung innerhalb des professionellen Pflegeprozesses hinzuweisen und regelmäßige Schulungen verpflichtend durchzuführen.

Führen von Lagerungsplänen:

Sachverhalt:

Die eingesehenen Lagerungspläne werden nicht einheitlich in der Einrichtung geführt.

Beratung:

Deshalb empfehlen wir, die geführten Lagerungspläne in Ihrem Haus zu überarbeiten, um eine einheitliche Führung in Ihrer Einrichtung zu erzielen und dadurch eine qualitativ gleichmäßige Pflege durchzuführen und dauerhaft zu gewährleisten.

Hierzu sollte beachtet werden:

- Lagerungen/Maßnahmen zur Bewegungsförderung sind über einen Bewegungsplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege zu planen, durchzuführen und zu dokumentieren.
- Die Intervalle zur geplanten Bewegungsförderung/Druckentlastung müssen individuell bestimmt und dem Risiko entsprechend angepasst werden.
- Der Hautzustand an den gefährdeten Stellen ist regelmäßig einzuschätzen und das Ergebnis zu dokumentieren. Wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert, muss der Hautzustand häufiger kontrolliert werden.
- Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass die Lagerungsprotokolle so geführt werden, dass sie lückenlos und (für alle Mitarbeiter) nachvollziehbar sind.

Hausrundgang / Hygiene:

Sachverhalt:

Beim Hausrundgang wurde die Kirche besichtigt. Hier wurden das Weihwassergefäß sowie der Weihwasserkessel in einem stark korrodierten Zustand vorgefunden.

Beratung:

Es wird ihrer Einrichtung empfohlen, die korrodierten Gefäße zu ersetzen.

Lagerhaltung:

Sachverhalt:

Nach wie vor ist die Situation in den Lagerräumen unverändert. Auch wenn in der Einrichtung nur beschränkt Lagerkapazitäten zur Verfügung stehen, ist auf eine **strikte** Trennung von **rein/unreiner** Lagerhaltung zu achten.

Beratung:

Eine Neuorganisation der vorhandenen Lagerräume wird dringend entsprechend den allgemeingültigen Hygienerichtlinien empfohlen.

Bewohnersicherheit:

Sachverhalt:

Beim Hausrundgang wurde in der Teeküche (1.15) ein Hängeschrank mit der Aufschrift „**Achtung Giftig**“ nicht verschlossen vorgefunden (aufbewahrt wurden in diesen Schrank z.B. Putzmittel und Desinfektionsmittel).

Beratung:

Der Einrichtung wird empfohlen, für Gegenstände bzw. Stoffe, welche zu einer Gefährdung von Bewohnern führen können, entsprechende Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen.

Umgang mit Medikamenten:

Sachverhalt:

Ein Bewohner in der Stichprobe erhielt das Medikament Pantoprazol 20 mg. Die gesamte Tages-Dosis dieses Medikamentes muss morgens nüchtern mindestens eine Stunde vor dem Frühstück unzerkaut mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden. Die gesonderte Anwendungszeit war im Apothekenblatt sowie im Medikamentenblatt nicht schriftlich hinterlegt worden.

Beratung:

Unsere Beratung ergeht dahingehend, dass die gesonderte Anwendungszeit im Apotheken- und Medikamentenblatt schriftlich hinterlegt wird.

Teilnehmende Beobachtung bei der Speisenversorgung:

Sachverhalt:

Bei einem Bewohner, bei dem Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme vorlagen, wurde mit dieser Pflegesituation nicht ausreichend sachgerecht umgegangen.

Beratung:

Unsere Qualitätsempfehlung ergeht lediglich dahingehend, dass sich die Pflegekräfte bei der Speiseeingabe der Bewohner auf Augenhöhe befinden.

Der Einrichtung wird deshalb empfohlen, sich Rollhocker für die Essenseingabe zu besorgen. Zumindest wird dann Essen auf Augenhöhe zwischen Pflegekraft und Bewohner eingegeben, was wiederum den allgemeinen Standards und Qualitätsanforderungen entsprechen würde.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Erstmals festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoqG, aufgrund derer gegebenenfalls eine Mängelberatung nach Art. 12 Abs. 2 S. 1 PflWoqG erfolgt

[Eine Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung der festgestellten Abweichungen erhebt keinen Anspruch auf Verbindlichkeit oder Vollständigkeit. Die Art und Weise der Umsetzung der Behebung der Abweichungen bleibt der Einrichtung bzw. dem Träger überlassen.]

Qualitätsbereich Einarbeitungskonzept:

Sachverhalt:

Trotz eines vorhandenen Einarbeitungskonzepts seitens der Einrichtung konnte für eine Pflegehilfskraft kein schriftlich dokumentierter Einarbeitungsnachweis erbracht werden.

Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

Beratung:

Gemäß Art. 3 Abs. 3 Ziff. 3 PflWoqG hat der Träger sicherzustellen, dass ein Qualitätsmanagement betrieben wird.

Gemäß Art. 7 PflWoqG hat der Träger nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass der ordnungsgemäße Betrieb festgestellt werden kann.

Ein Konzept ist der Spiegel der Praxis und umgekehrt, das bedeutet, dass es in die Praxis umzusetzen ist.

Es wird dringend angeraten, die Ergebnisqualität in diesem Qualitätsbereich zu verbessern.

Qualitätsbereich Umgang mit Verbandsmaterialien:

Sachverhalt:

Bei einem Besuch in einem Bewohnerzimmer wurde das Verbandsmaterial des Bewohners kontrolliert. Hierbei wurde die sterile Wundauflage (Urgotul 10 x 10 cm) zugeschnitten vorgefunden und der nicht benutzte Rest wurde in die Verpackung zurückgelegt. Dieser Rest wird dann für den nächsten Verbandswechsel wieder verwendet (laut Aussage der Wohnbereichsleitung).

Die verwendete Schere zum Zuschnitt der **sterilen Verbandsmaterialien** wird zwar gereinigt, aber nicht sterilisiert. Dies entspricht nicht den hygienischen Grundsätzen der Wundversorgung.

Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderung an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

Beratung:

Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass ein ausreichender Schutz der Bewohner vor Infektionen gewährleistet wird und von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden. Wir empfehlen dringend, dies sicherzustellen.

In diesem Zusammenhang raten wir dringendst an, Verbandmittel entsprechend den Herstellerangaben zu verwenden und den Wundverband nicht zurechtzuschneiden, da ansonsten ggf. die Materialeigenschaften zerstört oder Stoffe in die Wunde freigesetzt werden können.

Materialien, die in direktem Wundkontakt stehen, müssen steril sein. Handelt es sich bei dem Wundverband um ein Einmalprodukt, darf nach Anbruch keine Weiterverwendung erfolgen.

Um einem angepassten Schutz der Bewohner vor Infektionen zu gewährleisten empfehlen wir, Verbandmittel ausschließlich entsprechend den Herstellerangaben zu verwenden und mit dem anordnenden Arzt diesbezüglich Rücksprache zu halten.

IV. Erneut festgestellte Mängel, zu denen bereits eine Beratung erfolgt ist

Erneut festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoqG nach bereits erfolgter Beratung über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel, aufgrund derer eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PflWoqG geplant ist oder eine nochmalige Beratung erfolgt

Qualitätsbereich Pflege und Dokumentation:

Wundmanagement:

Sachverhalt:

Wie schon in der vorhergehenden Prüfung am 19.04.2017 vom FQA-Team festgestellt wurde (Mangel), hat sich in Ihrer Einrichtung bezüglich Ihres beauftragten Wundmanagers (der überwiegend als Dauernachtwache tätig ist) nichts verändert.

Die eingesehenen Eintragungen zu den Wunden und deren Versorgung erfolgen noch immer während der Nacht (Wunden würden am Morgen vor der Grundpflege in Augenschein genommen). Somit ist die Durchführung einer Pflegehandlung nicht zeitnah dokumentiert.

Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den erneut festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

Beratung:

Wir empfehlen noch einmal dringend, diese Vorgehensweise abzustellen und das Wundmanagement neu zu strukturieren.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

Festgestellte erhebliche Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoqG, aufgrund derer im Regelfall eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 PflWoqG erfolgt.

Am Tag der Überprüfung wurden in den geprüften Qualitätsbereichen keine erheblichen Mängel festgestellt.

VI. Mit Schreiben vom 21.02.18 hat sich der Träger für eine Veröffentlichung des Prüfberichtes im Internet seitens der zuständigen Behörde ausgesprochen. Dieser wird eine Woche nach Zustellung des Prüfberichtes 2 veröffentlicht werden.