

Servicestelle für Senioren und
Menschen mit Behinderung

Landratsamt Regensburg | Postfach 120329 | 93025 Regensburg

Mit Postzustellungsurkunde

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Regensburg
Hoher-Kreuz-Weg 7
93055 Regensburg

Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg

Raum

Telefon 0941 4009- oder 4009-0

Telefax 0941 4009-420

senioren.inklusion@lra-regensburg.de

Regensburg, 29.05.2017

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

Träger der Einrichtung:

**Bayerisches Rotes Kreuz
vertreten durch den Kreisverband Regensburg
Hoher-Kreuz-Weg 7
93055 Regensburg**

Vertretungsberechtigte Person:

Herr Direktor Zenger

Geprüfte Einrichtung:

**BRK Seniorenzentrum Regenstauf
Dechant-Wiser-Str. 20
93128 Regenstauf**

Allgemeine Öffnungszeiten

Mo.–Fr. 08:00–12:00 Uhr

Mo., Di. 13:00–15:30 Uhr

Do. 13:00–17:30 Uhr

Haltestellen des RVV

Isarstraße, Nordgaustraße,

Donaustauffer Straße

www.landkreis-regensburg.de



Seite 1

Sehr geehrter Herr Direktor Zenger,

in der Einrichtung wurde am 04.04.2017 von 9.15 Uhr bis 16.15 Uhr eine unangemeldete und turnus-gemäße Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Wohn-/Lebensqualität
- Personal
- Einarbeitungskonzept
- Freiheit entziehende Maßnahmen
- Palliativkonzept
- Pflege und Dokumentation
- Hausrundgang / Hygiene
- Teilnehmende Beobachtung beim Mittagstisch
- Bewohnergespräche
- Umgang mit Medikamenten
- Kommunikation mit dem Hausarzt
- Behandlungspflege
- Soziale Betreuung

Hierzu hat die FQA 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 - eingestreu-
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
o Für alte Menschen - eingestreu - -

Angebote Plätze:	60
davon Beschützte Plätze:	0
Tagespflegeplätze:	keine
Belegte Plätze:	58

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 54,82 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 0

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-/Lebensqualität:

Beim Hausrundgang präsentierte sich die Einrichtung in einem familiären und wohnlichen Ambiente. In den offenen Aufenthaltsbereichen standen ausreichend Getränke zur Verfügung. Viele Bewohner konnten hier angetroffen werden.

Die Mitarbeiter verrichteten ihre Arbeit den Bewohnern sehr zugewandt und strahlten allgemein Ruhe und Freundlichkeit aus.

Besonders positiv ist anzumerken, dass die Kommunikation mit den Mitarbeitern seitens der Führungskräfte auf Augenhöhe geschieht. Deutlich zu erkennen war dies an einem Schild in der Einrichtung, welches die Mitarbeiter für eine „Pflichtveranstaltung“ *einlädt*.

In den Aufenthaltsbereichen auf der Küchentheke konnte auch ein appetitlich präsentierter Obstkorb mit frischen Früchten gesichtet werden.

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

Beim Rundgang der Wohnbereiche konnte festgestellt werden, dass die gesehenen Räumlichkeiten augenscheinlich einen sehr gepflegten Eindruck hinterlassen.

Die Atmosphäre in der Einrichtung wurde als durchaus wohnlich und angenehm empfunden. Die besuchten Wohnbereiche mit deren Gemeinschaftsräumen und dem Eingangsbereich waren hell und freundlich sowie entsprechend jahreszeitlich geschmückt.

Die Zimmer der besuchten Bewohner sind individuell gestaltet und entsprechen den angemessenen Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner. Der Privatheit und Wohnlichkeit wird Rechnung getragen.

Palliativkonzept:

Dieses Konzept wurde im November 2016 erstellt.

Positiv hervorzuheben ist, dass darin die einzelnen Sterbephasen eingehend erklärt werden. Auch der Umgang mit Sterbenden verschiedener Konfessionen wird darin detailliert beschrieben.

Es gibt auch hauseigene Rituale, wie z.B. das Anbringen einer schwarzen Rose am Bewohnerzimmer beim Tod eines Bewohners.

Im Laufe des Jahres 2017 werden durch das Hospiz Pentling Schulungen der Betreuungskräfte durchgeführt.

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

Personal:

Die Dienstpläne März und April werden leserlich und nachvollziehbar geführt.

Der Dienstplan April stimmt mit der Personalliste überein.

Die an verschiedenen Tagen überprüften Schichten sind mit Fachkräften besetzt.

Die Legende hierzu ist vollständig.

Der Mitarbeiterbedarf in der Pflege, berechnet nach den mit den Kostenträgern vereinbarten Schlüsseln, ist erfüllt.

Einarbeitungskonzept:

Für die verschiedenen Arbeitsbereiche in der Einrichtung sind entsprechende Einarbeitungskonzepte, zuletzt evaluiert im August 2015, vorhanden.

Der erste Tag einer Pflegefachkraft z.B. beginnt grundsätzlich in der Spätschicht, damit die Mitarbeiter in der Frühschicht bei der Grundpflege im laufenden Betrieb entlastet werden.

Jeder neue Mitarbeiter bekommt für die ersten zwei Wochen einen sog. Paten zur Seite, in der Folgezeit wird ein Ansprechpartner bestimmt.

Das Konzept wird nachweislich in die Praxis umgesetzt.

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

Freiheit entziehende Maßnahmen:

Positiv hervorzuheben ist, dass in der Einrichtung für insgesamt 60 Bewohner lediglich zehn Freiheit entziehende Maßnahmen angewandt werden, davon sieben Transponder.

Zuletzt wurde das Konzept/die Verfahrensanweisung im November 2016 evaluiert.

Laut Auskunft des Einrichtungsleiters wurden die Qualitätsempfehlungen des letztjährigen Berichtes bisher nicht umgesetzt. Die Erweiterung des Konzeptes/der Verfahrensanweisung ist mit den Qualitätsempfehlungen der FQA in Bearbeitung und wird voraussichtlich bis Ende 2017 abgeschlossen sein.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe III. Erstmals festgestellte Abweichungen).

Pflege und Dokumentation:

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

Im Verlauf der Prüfung werden die positiven Aspekte aufgezeigt und Verbesserungsmöglichkeiten kommuniziert und durch Impulsberatungen ergänzt. Diese werden von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung offen und interessiert angenommen.

Im Rahmen eines pflegefachlichen Abschlussgesprächs wurden die vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsprüfung erläutert.

Die Einrichtung implementiert seit Januar das Strukturmodell „Ein-STEP“ (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) und die darin enthaltene Strukturierte Informationssammlung (SIS).

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.

Die Durchführung der ärztlichen Anordnungen entsprach nicht den Verordnungen. Die Kommunikation mit dem Arzt ist nicht nachvollziehbar.

Siehe unter III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Die Pflegeeinrichtung gewährleistet eine fachgerechte Wundversorgung sowie eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans auf der Grundlage ärztlicher Verordnung.

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

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

Siehe unter III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Es werden Wechseldrucksysteme zur Dekubitusprophylaxe verwendet. Die Anwendung und die Einstellungen der Wechseldruckmatratzen waren korrekt.

Die besuchten Bewohner waren entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen gekleidet. Sehr positiv war, dass selbst nicht mobilisierte Bewohner Tageskleidung trugen. So wird der gewohnte Tag – Nachtrhythmus gewährleistet.

Die besuchten Bewohner präsentierten sich augenscheinlich bei sehr gutem Pflege- und Ernährungszustand.

Auf eine aktivierende Pflege und eine adäquate Mobilisierung unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen wird überwiegend geachtet.

Der allgemeine Hautzustand war nicht zu beanstanden.

Die Bewohner zeigten zum heutigen Tag durchgehend ein gutes Mundpflegeergebnis.

Die Bewohner waren adäquat mit Hilfsmitteln ausgestattet.

Die Inkontinenzversorgung entsprach den Bedürfnissen der Bewohner.

Hausrundgang / Hygiene:

Beim Hausrundgang wurde die Pflegeeinrichtung unter infektionshygienischen Gesichtspunkten besichtigt. Es konnte festgestellt werden, dass die gesehenen Räumlichkeiten, Seifen- und Händedesinfektionsmittelspender sowie Einmalhandtuchspender an allen relevanten Stellen vorhanden sind.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass visuell keine gravierenden hygienischen Mängel festgestellt wurden. Die Einrichtung hinterlässt einen sehr gepflegten Gesamteindruck.

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

Verbesserungspotenzial wird gesehen, siehe II.3. Qualitätsempfehlung.

Teilnehmende Beobachtung beim Mittagstisch:

Zusammenfassend kann hier positiv festgestellt werden, dass die Essensversorgung zum Frühstück und zur Mittagszeit in einem sehr angenehmen, ruhigen und angemessenen Umfeld gereicht wird.

Die Bewohner werden mit gewünschten Getränken versorgt. Die Kommunikation ist sehr familiär und auf die Wünsche jedes Einzelnen wird eingegangen.

Es konnte auch beobachtet werden, dass die Mitarbeiter bei ihrer Tätigkeit sehr freundlich und offen mit den Bewohnern sowie Besuchern umgingen.

Die Essenseingabe bei den Bewohnern mit Unterstützungsbedarf erfolgte im Sitzen und auf Augenhöhe. Die Mitarbeiter nahmen sich auch bei der Essenseingabe ausreichend Zeit.

Bewohnergespräche:

Bei der durchgeführten Zufriedenheitsbefragung der Bewohner äußerten diese alle eine hohe Zufriedenheit mit der Versorgung durch die Mitarbeiter der Einrichtung.

Umgang mit Medikamenten:

Die Überprüfung der Medikamente von drei Bewohnern erfolgte im Wohnbereich Kirchberg und Schlossberg.

Die Wochen-Dosiersysteme wurden anhand der Pflegedokumentation stichprobenartig kontrolliert.

Bei zwei der Stichproben waren die Medikamente zu beanstanden.

Die kontrollierten Flüssigkeiten waren durchgehend mit dem Anbruchs- und Verbrauchsdatum versehen.

Thermolabile Medikamente werden im Kühlschrank korrekt gelagert.

Die Kühlschranktemperatur wird regelmäßig kontrolliert.

Die Führung des Datenblattes und der Bestand an BtM waren nicht zu beanstanden.

Betäubungsmittel werden entsprechend BtMVV gelagert, abgegeben und der Verbrauch entsprechend dokumentiert. Das Zugriffsrecht ist entsprechend geregelt.

Die Zuordnung von sogenannten Stechhilfen zur Blutzuckermessung zum jeweiligen Heimbewohner ist gegeben.

Siehe unter III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Soziale Betreuung:

Die Besprechungen der Bewohnervertreter werden protokolliert.

Beim Gruppenangebot und auf den Stationen zeigten die Betreuungskräfte einen zugewandten und aufmerksamen Umgang mit den Bewohnern.

Es finden täglich mündliche Übergabebesprechungen zwischen der Leitung der Sozialen Betreuung und den Betreuungskräften und einmal im Monat Teambesprechungen statt.

Schnittstellenbesprechungen zwischen Hauswirtschaft und Pflege und Sozialer Betreuung finden monatlich statt.

Die Leitung der Sozialen Betreuung hat eine Liste der Bewohner, welche nicht regelmäßig an Gruppenangeboten teilnehmen, erstellt. Somit ist gewährleistet, dass jeder Bewohner nahezu täglich aufgesucht wird.

Die Bewohner, Angehörigen und der Bewohnervertreter sind zufrieden mit dem Personal und den sozialen Angeboten.

Alle Bewohner werden, soweit möglich, mobilisiert. Hierzu wurde auch auf den Stationen ein Pflegenest/Sessel angeschafft.

Auf jeder Station befindet sich eine Totengedenkstätte mit Totengedenkbuch und Kreuz.

II.2. Qualitätsentwicklung

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

Hervorzuheben ist das Engagement und die Motivation aller Mitarbeiter in der Einrichtung. Die Ergebnisqualität in den geprüften Qualitätsbereichen befindet sich in einer ständigen Evaluation der Prozessabläufe, um so weitere Verbesserungen zum Wohle der Bewohner zu erreichen.

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-/Lebensqualität:

Im Eingangsbereich befindet sich ein sog. „Empfang“, welcher jedoch nicht besetzt ist.

Zur besseren Orientierung der Besucher, wie z.B. Betreuungsrichter, Betreuer oder Angehörige wie auch als erste Ansprechpersonen bei Eintritt in die Einrichtung, empfehlen wir, diesen Bereich, zumindest von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr, zu besetzen. Bei Abwesenheit dieser Mitarbeiterin könnte auch für den Besucher ein entsprechendes Schild angebracht werden, auf welchem steht, wie jemand von der Einrichtung gerufen werden kann.

In den Treppenhäusern sind allgemein Absturzsicherungen vorhanden.

Im Haupttreppenhaus liegt jedoch ein Baumangel derart vor, dass beim Ausgang der Wohnbereiche die Treppenstufe bereits in die Türöffnung ragt. Obwohl hier eine Absturzsicherung angebracht ist, ist es leicht möglich, aufgrund dieses Baumangels abzurutschen und unter dem Absturzbügel hindurch die Treppe hinabzufallen. Dies liegt sowohl in der ersten als auch in der zweiten Etage vor.

Es wird dringendst angeraten, hier ggf. Abhilfe zu schaffen und mit dem Bauträger in Verbindung zu treten.

Im Nebentreppenhaus empfehlen wir einen sog. „Aufhänghaken“ an der Wand anzubringen, damit die herausnehmbare Absturzsicherung sicher aufbewahrt werden kann.

Wie bereits bei der letztjährigen Begehung fiel der Hall in den Gängen auf, welcher noch nicht vollständig behoben werden konnte.

In den Aufenthaltsbereichen empfehlen wir, ggf. Raumteiler anzubringen.

Palliativkonzept:

Da die Palliativversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen in Zukunft einen großen Stellenwert einnehmen wird, empfehlen wir, einen geeigneten Mitarbeiter als Multiplikator, z.B. als „Sterbeamma“, weiterzubilden.

Einarbeitungskonzept:

Das Konzept bzw. die Verfahrensanweisung sollte dahingehend erweitert werden, indem beschrieben wird, wann ein neuer Mitarbeiter selbständig eine Nachtschicht übernehmen kann und will.

Eine Empfehlung ergeht dahingehend, dass mit diesem Mitarbeiter ein Gespräch geführt werden könnte, ob er sich denn bereit fühlt für diese Tätigkeit selbständig in der Nacht. Gleichzeitig könnte die Führungskraft während dieses Gesprächs den neuen Mitarbeiter dahingehend sensibilisieren, inwieweit dieser die Bewohner des Hauses mit deren besonderen Eigenheiten kennt. Dies wäre gleichzeitig auch eine Absicherung der Führungskräfte.

Pflege und Dokumentation:

Umgang mit Pflegeartikeln

Sachverhalt:

Bei der Besichtigung eines Pflegebades (Zi.2.48) wurden mehrere Pflegeartikel, die sich offensichtlich in Gebrauch befanden, ohne eine Zuordnung zu einem Bewohner (d.h. ohne jegliche Kennzeichnung) vorgefunden.

Beratung:

Es wird daher empfohlen, im Hinblick auf die Hygienischen Leitlinien (Bayer. Rahmenhygieneplan) darauf zu achten, Pflegeartikel bewohnerbezogen zu beschriften, um eine Verwechslung der bewohnereigenen Badeartikel auszuschließen.

Wir empfehlen auch andere passende Wege für die qualitätssichernde Arbeitsweise von Pflege Mitarbeitern sowie für die Lagerung von Pflegeartikeln zu entwickeln (z.B. fahrbare Rollcontainer).

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 Freiheit entziehende Maßnahmen:

Sachverhalt:

Bei insgesamt zwei Stichproben konnte bei der einen Stichprobe das Fixierungsprotokoll lediglich für Bettgitter vorgelegt werden. Das Fixierungsprotokoll für die Maßnahme Tisch/Brett am Stuhl wurde nicht geführt.

Das Fixierungsprotokoll für die Maßnahme Bettgitter war zudem nachts nicht nachvollziehbar. Der Bewohner wurde nachts kontrolliert sowie gelagert.

Bei der zweiten Stichprobe konnten keine entsprechenden Fallbesprechungen für die Maßnahme Gurt am Stuhl/Sitzhose vorgelegt werden.

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

Beratung:

Bereits der Beschluss des Amtsgerichtes Regensburg weist darauf hin, dass auch die „Art und Dauer“ der Maßnahme darzustellen ist. Dies sollte insofern nachvollziehbar sein, dass die Zeiten der Nichtfixierung sowie die Zeiten der Fixierung wie auch die Maßnahmenart, ob z.B. Bettgitter oder Tisch/Brett am Stuhl, eindeutig in einer zeitlichen Reihenfolge korrekt dargestellt werden, z.B. mit Hilfe eines nachvollziehbaren Fixierungsprotokolls.

Für jede einzelne Freiheit entziehende Maßnahme muss bei Anwendung ein entsprechender Eintrag im Fixierungsprotokoll vorgenommen werden, d.h. für die Maßnahme Bettgitter z.B. ein „B“ oder für einen Bauchgurt ein „BG“. Die Kürzel sind auf einer Legende zu beschreiben. Gemäß § 48 Abs. 1 Ziffer 8 PflWoqG ist auch die Überprüfung der Notwendigkeit einer Maßnahme regelmäßig zu reflektieren. Dies ist durch regelmäßige Fallbesprechungen gegeben.

Eine lückenlose Dokumentation der Fixierungsprotokolle sollte auch während der Nacht bei pflegerischen Tätigkeiten, wenn diese stattfinden, z.B. auch aufgrund haftungsrechtlicher Belange, geführt werden.

Qualitätsbereich Umgang mit Medikamenten:

Sachverhalt:

Bei zwei Bewohnern in der Stichprobe (Wohnbereiche Kirchberg und Schlossberg) waren die ärztlich verordneten Medikamente nicht korrekt gestellt.

Es wurde bei einem Bewohner an einem Tag statt Furosemid 40mg (1. Tablette) für morgens, 80 mg Furosemid (2. Tablette) für den Morgen gestellt.

Die falsch gerichteten Tabletten wurden aus dem Wochenblister umgehend entfernt.

Bei einem weiteren Bewohner waren die Lora Adgc Tabletten vom Hausarzt von 1-o-1 Tabletten auf 1-0-0 Tabletten geändert (dies wurde vom Hausarzt nur im Medikamentenblatt überstrichen und nicht im Arztanordnungsblatt vom Hausarzt schriftlich vermerkt. Dies war auch nicht anhand der Dokumentation erkennbar, dass in den letzten Tagen Medikamente abgesetzt oder verändert worden waren durch den Hausarzt).

Trotz der Reduzierung der Tabletten von 1-0-1 auf 1-0-0 Tabletten wurden die Tabletten für die ganze Woche weiterhin mit 1-0-1 Tabletten weitergerichtet.

Die falsch gerichteten Tabletten wurden aus dem Wochenblister umgehend entfernt.

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

Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des erstmals festgestellten Mangels:

Die Bewohner einer Einrichtung sind aufgrund ihres oft schlechten gesundheitlichen Zustandes auf die regelmäßige und korrekte Gabe ihrer durch den Hausarzt verordneten Medikamente durch die Pflegefachkräfte angewiesen.

Abzeichnung von ärztlichen Anordnungen und Medikamentenblättern durch die Hausärzte:

Die Hausärzte sind nicht verpflichtet, in der bewohnerbezogenen Dokumentation der Einrichtung abzuzeichnen. Für die Hausärzte besteht die Dokumentationspflicht in ihren eigenen Unterlagen.

Behandlungspflegerische Tätigkeiten dürfen durch das Pflegepersonal nur nach erfolgter ärztlicher Anordnung durchgeführt werden. Liegt eine ärztliche Anordnung nicht vor, handeln die Pflegekräfte in eigener Verantwortung. Es wäre deshalb der Heimleitung / Pflegedienstleitung anzuraten, diese Problematik mit dem jeweiligen behandelnden Arzt zu klären.

Qualitätsbereich Kommunikation mit dem Hausarzt:

Sachverhalt:

Bei einem begutachteten Bewohner mit Diabetes mellitus konnten aus dem Vitalwertebericht der Dokumentation niedrige und erhöhte Blutzuckerwerte (BZ-Werte) entnommen werden.

Hierzu wurden bei niedrigen BZ-Werten keine Kontrollen des BZ-Werts durchgeführt oder mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen (im Pflegebericht sind dazu keine Eintragungen. Nur am 26.03.17 ein Eintrag, dass um 7:00 Uhr eine Hausarztvisite war und es keine Änderungen gäbe).

Am 26.03.2017 BZ: 7:00 Uhr 93 mg/dl und 40 IE Actraphane 30/70 s.c. verabreicht, ohne Hausarzt Information (kein Eintrag im Pflegebericht).

Am 27.03.2017 BZ: 7:00 Uhr 97 mg/dl, keine 40 IE Actraphane 30/70 s.c. verabreicht. Hierzu konnte aber die Hausarzt Anordnung im Pflegebericht trotz Arztvisite, dass kein Insulin für den Morgen gespritzt werden sollte, nicht entnommen werden.

Am 28.03.2017 BZ: 7:00 Uhr 90 mg/dl, keine 40 IE Actraphane 30/70 s.c. verabreicht. Keine Information an den Hausarzt und keine ärztliche Hausarzt Anordnung (kein Eintrag im Pflegebericht).

Bei erhöhten BZ-Werten, wie z.B. am 27.03.2017 BZ: 401 mg/dl
am 28.03.2017 BZ: 305 mg/dl
am 29.03.2017 BZ: 378 mg/dl

Auch hier nahm das Pflegepersonal, trotz der abweichenden Blutzuckerwerte, weder mit dem Hausarzt Kontakt auf, noch wurden Kontrollen der erhöhten Blutzuckerwerte durchgeführt. Es konnten auch im Pflegeverlaufsbericht keine schriftlichen Eintragungen zur Befindlichkeit des Bewohners entnommen werden. Dies war auch hinsichtlich der häufig wiederkehrenden Einträge (mit erhöhten oder niedrigen Blutzuckerwerten) im Pflegeverlaufsbericht der Dokumentation nicht ersichtlich.

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

Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des erstmals festgestellten Mangels:

Es wird Ihrer Einrichtung dringend angeraten, bei Bewohnern mit bekannten Diagnosen auf Veränderungen des Allgemeinzustandes situationsgerecht zu reagieren. Bei o.g. Bewohner hätten dringend Blutzuckerkontrollen durchgeführt werden müssen, um eine Hyper- bzw. Hypoglykämie rechtzeitig zu erkennen.

Die Einrichtung sollte die Mitarbeiter auf die Notwendigkeit eines situationsgerechten Handelns auf Befindlichkeitsstörung von Bewohnern hinweisen und entsprechende Schulungen anbieten.

Auch sollte es für eine dem Standard entsprechende Pflege unabdingbar sein, bei Bewohnern mit bekannten Diagnosen (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie usw.) genaue ärztliche Anordnungen bei abweichenden Werten mit dem Hausarzt schriftlich in der Dokumentation zu hinterlegen, um so mit ärztlicher Anordnung auf Befindlichkeitsstörungen von Bewohnern, wie z.B. bei abweichenden Blutzuckerwerten, situationsgerecht zu reagieren.

Qualitätsbereich Behandlungspflege - Hausarzt Anordnungen:

Sachverhalt:

Die Pflegeeinrichtung kann am Begehungstag bei einem Bewohner die behandlungspflegerischen Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung eines behandelnden Arztes nicht schriftlich nachweisen.

Z. B. wird bei einem Bewohner mit niedrigen BZ-Werten (wie oben beschrieben) ohne ärztliche Rücksprache und Anordnung die morgendliche Gabe von Actraphane 30/70 40 IE s.c. nicht durchgeführt.

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

Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des erstmals festgestellten Mangels:

Dem behandelnden Arzt obliegt die sogenannte Anordnungsverantwortung, den Pflegekräften die sogenannte Durchführungsverantwortung. Dies bedeutet, dass die Pflegefachkräfte die ärztlichen Anordnungen lückenlos und genau auszuführen haben. Wird dies versäumt, ist grundsätzlich von einem Haftungsverschulden auszugehen.

Dabei prägt natürlich auch die fachgerechte Ausführung der ärztlichen Anordnungen die Durchführungsverantwortung.

Der Pflegefachkraft ist es untersagt, eigenmächtig Entscheidungen zu treffen, welche sich im Bereich der Anordnungsverantwortung des Arztes bewegen.

Außerdem dürfen die genauen Anordnungen des Arztes weder über- noch unterschritten werden. Kompetenzüberschreitungen der Pflegekräfte werden in der Rechtsprechung durchaus als grobe Behandlungsfehler gewertet.

Hierdurch wird deutlich, wie wichtig die korrekte Durchführung ärztlicher Anordnung ist und wie wichtig die richtige Dokumentation der ärztlichen Anordnung selbst. Denn nur wenn die ärztlichen Anordnungen vollständig dokumentiert sind und alle notwendigen Angaben beinhalten, bewegt sich die Pflegekraft nachweislich nicht kompetenzüberschreitend oder -unterschreitend und im Rahmen ihrer Durchführungsverantwortung.

Qualitätsbereich Hygiene - Umgang mit Maniküre-Sets:

Sachverhalt:

Es wurden bei der Begehung in einem Pflegebad (Zi. 2.48) Maniküre-Scheren gesichtet.

Auf meine Frage, ob diese Maniküre-Scheren für alle Bewohner benutzt würden, bejahte die Mitarbeiterin dieses.

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

Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des erstmals festgestellten Mangels:

Die Bewohner sollen vor Krankheiten und Infektionen geschützt werden (Folgen, wie z.B. Nagelpilz oder Ähnliches, sind zu vermeiden).

Von der Verwendung von Maniküre-Sets an mehreren Bewohnern ist aus hygienischen Vorschriften abzusehen.

Deshalb empfehlen wir dringend, für jeden Bewohner sein eigenes Maniküre-Set zu verwenden.

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

Am Tag der Überprüfung wurden in den geprüften Qualitätsbereichen keine erneut festgestellten Abweichungen (Mängel) festgestellt.

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 09.05.2017 hat sich der Träger für eine Veröffentlichung des Prüfberichtes im Internet seitens der zuständigen Behörde, FQA-Landratsamt Regensburg-, ausgesprochen. Der Prüfbericht 2 wird 1 Woche nach Zustellung veröffentlicht.

VII. Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe entweder Widerspruch eingelegt (siehe 1) oder unmittelbar Klage erhoben (siehe 2) werden.

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift beim Landratsamt Regensburg, Altmühlstr. 3, 93059 Regensburg, einzulegen. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage bei dem Bayer. Verwaltungsgericht in Regensburg, Postfachanschrift: Postfach 11 01 65, 93014 Regensburg, Hausanschrift: Haidplatz 1, 93047 Regensburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden. Die Klage kann nicht vor Ablauf von drei Monaten seit der Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, außer wenn wegen besonderer Umstände des Falles eine kürzere Frist geboten ist. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in Regensburg, Postfachanschrift: Postfach 11 01 65, 93014 Regensburg, Hausanschrift: Haidplatz 1, 93047 Regensburg, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in

Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.