

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 4009-0

Telefax 0941 4009-420

senioren.inklusion@lra-regensburg.de

Regensburg, 06.11.2018

**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG);
Prüfbericht gemäß PfleWoqG nach erfolgter Anhörung gemäß 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 Regenstau
Dechant-Wiser-Str. 20
93128 Regenstau**

Sehr geehrter Herr Direktor Zenger,

in der Einrichtung wurde am 04.09.2018 von 9.15 Uhr bis 16.00 Uhr eine unangemeldete und turnusgemäße Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Wohn- und Lebensqualität (Hausrundgang)
- Personal
- Palliativkonzept
- Freiheit entziehende Maßnahmen
- Pflege und Dokumentation
- Hausrundgang / Hygiene
- Umgang mit Medikamenten
- 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 - eingestreu -
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
o Für alte Menschen - eingestreu -

Angebote Plätze:	60
davon Beschützte Plätze:	0
Tagespflegeplätze:	keine
Belegte Plätze:	59

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 59,98 %

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 FOA hervorzuhebenden Punkte und allgemeinen Informationen über die Einrichtung; bei anlassbezogenen Prüfungen muss hierauf nicht eingegangen werden.]

Wohn- und Lebensqualität (Hausrundgang):

Allgemein ist festzuhalten, dass alle Mitarbeiter sehr freundlich und aufgeschlossen sowie den Bewohnern zugewandt angetroffen wurden.

Die Einrichtung präsentierte sich sehr sauber, wohnlich sowie der Jahreszeit entsprechend dekoriert.

Zum Begehungszeitpunkt konnten in allen Wohnbereichen in den Aufenthaltsräumen viele Bewohner bei einem sozialen Angebot beobachtet werden, an welchem sie sehr interessiert und aktiv teilnahmen. Im Erdgeschoss fand im sog. Multifunktionsraum ein Wellnessprogramm für die Bewohner statt, an welchem sehr viele von ihnen teilnahmen.

Insgesamt waren die Wohnbereiche sehr ansprechend dekoriert. Besonders aufgefallen sind dabei die vielen alten Schwarz-Weiß-Bilder, auf welchen Gebäude, Gegenstände oder Situationen aus der Region und der Vergangenheit abgebildet sind.

Die gesehenen Pflegebäder auf den Wohnbereichen hinterließen augenscheinlich einen sehr gepflegten und ansprechend dekorierten Eindruck.

Personal:

Die Dienstpläne August und September 2018 konnten eingesehen werden.

Zeichnungsberechtigt auf den Dienstplänen sind die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitung.

Die Dienstpläne August und September 2018 sind nachvollziehbar, korrekt und lesbar geführt.

Die Personalliste stimmt mit dem Dienstplan überein.

Die Dienstpläne August und September 2018 werden als beweishebliches Dokument geführt.

Der Mitarbeiterbedarf, berechnet nach den mit den Kostenträgern vereinbarten Schlüsseln, ergibt ein Personalplus von 1,16 Stellenanteilen.

Die Fachkraftquote ist mit 59,98 % erfüllt. Bei der gesetzlich geforderten Fachkraftquote von 50 % handelt es sich um eine Mindestanforderung.

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

Palliativkonzept:

Das im November 2016 erstellte Konzept wurde in die Praxis umgesetzt. Sehr *positiv* hervorzuheben ist, dass in der Einrichtung fünf Mitarbeiter die Ausbildung zum Palliativbegleiter gemacht haben.

Im Sinne des Palliativkonzepts wird als ganzheitliches, multiprofessionelles Team gearbeitet. So kümmern sich um die Betreuung und Versorgung sterbender Bewohner Pflegekräfte, Hausärzte, Hospizhelfer und Mitarbeiter der Sozialen Betreuung, um die würdevolle und adäquate Begleitung sterbender Bewohner zu gestalten.

Um das Thema Palliativkonzept neuen Mitarbeitern in der Einrichtung von Anfang an nahe zu bringen, könnte seitens der Einrichtung überlegt werden, das Palliativkonzept als eigenständigen Punkt mit in das Einarbeitungskonzept aufzunehmen.

Freiheit entziehende Maßnahmen:

Sehr *positiv* hervorzuheben ist, dass in der Einrichtung für insgesamt 60 Bewohner lediglich zwei Freiheit entziehende Maßnahmen angewandt werden.

Bei der Überprüfung der Stichprobe konnte festgestellt werden, dass in der Einrichtung Fallbesprechungen zu Freiheit entziehenden Maßnahmen ca. halbjährlich durchgeführt werden. Im Konzept ist hinterlegt, dass dies regelmäßig zu veranlassen ist. Die gesehenen Fallbesprechungen wurden ausführlich und immer unter dem Aspekt der Überprüfung zu Alternativen Freiheit entziehender Maßnahmen durchgeführt.

Die eingesehenen Fixierungsprotokolle sind nachvollziehbar, korrekt und lückenlos geführt.

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.

Bei dieser Begehung stand die Ergebnisqualität im Vordergrund, aufgrund dessen wurden die Pflegedokumentationen stichprobenartig kontrolliert.

Bei jedem Bewohner konnte eine EDV-gestützte Pflegedokumentation eingesehen werden.

Die eingesehene Systematische Informationssammlung (SIS) zu den am Begehungstag geprüften Bewohnern war handlungsleitend und als zentrales Steuerungselement des Pflegeprozesses geeignet. Es spiegelte die individuellen Bewohnerbedürfnisse wider.

Die in Augenschein genommenen Tagesplanungen sind weitgehend handlungsleitend und überwiegend als zentrales Steuerungselement des Pflegeprozesses geeignet. Die Pflegeprozessplanung spiegelt die individuellen Wünsche der Bewohner wider.

Die Evaluation wird regelmäßig und bei Bedarf durchgeführt.

Alle notwendigen Formblätter (z.B. Mobilisationspläne und Einfuhrpläne) waren vorhanden und wurden adäquat geführt.

Der Ernährungszustand der besuchten Bewohner kann als angemessen gut bezeichnet werden. Die individuellen Ernährungsressourcen und -risiken wurden erkannt und entsprechende Maßnahmen aus den Erkenntnissen, wie z. B. Einfuhrprotokoll, Bilanzierungen, hochkalorische Zusatznahrung und Andicken von Flüssigkeiten, daraus abgeleitet.

Das Körpergewicht und der Body-Mass-Index werden regelmäßig erhoben und dokumentiert.

Die Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken bei Urininkontinenz war bei allen von dieser Einschränkung betroffenen Bewohnern gegeben.

Das individuelle Kontrakturrisiko wurde, wenn erforderlich, erhoben und entsprechende Prophylaxen wurden durchgeführt.

Das individuelle Dekubitusrisiko wurde festgestellt und die Durchführung erforderlicher Prophylaxen war weitgehend gegeben. Positionswechsel und Hautbeobachtungen wurden regelmäßig durchgeführt und dokumentiert. Der Hilfsmiteleinsetz war adäquat.

Eine individuelle Sturzrisikoerhebung mit der Durchführung erforderlicher Prophylaxen war augenscheinlich gegeben. Die Risikoeinschätzungen wurden regelmäßig überprüft.

Systematische Schmerzeinschätzungen erfolgten mittels Selbstauskunft (Verbal Rating Skala) oder BESD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz).

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

Stichprobenartig konnten die notwendigen Assessmentinstrumente eingesehen werden.

Die Pflegeberichte sind sach- und fachlich erstellt. Sie enthalten die regelmäßigen Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten und den daraus resultierenden Maßnahmen.

Die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege ist gesichert. In der Regel liegen schriftlich fixierte, ärztliche Anordnungen vor.

Alle durchgeführten Maßnahmen sind mit Datum und Unterschrift (Handzeichen) dokumentiert. Die Kommunikation mit dem Arzt ist nachvollziehbar.

Die regelmäßig durchgeführten Fallbesprechungen in der Einrichtung stellen sicher, dass die Bedürfnisse, die medizinisch-pflegerischen Bedarfe und Aspekte der Alltagsgestaltung der Bewohner abgebildet werden.

Einen sehr positiven Eindruck hinterließ am Prüftag die angenehme Atmosphäre in der Einrichtung.

Der am Prüfungstag zu beobachtende Umgang des Pflegepersonals mit den Bewohnern war höflich, freundlich und respektvoll.

Die besuchten Pflegebedürftigen wurden ausnahmslos in hygienisch einwandfreien Pflegezuständen angetroffen.

Auf eine aktivierende Pflege unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen der Bewohner wurde offensichtlich geachtet.

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 sind.

Die beim Hausrundgang gesehenen Räumlichkeiten hinterließen einen gepflegten Eindruck.

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

Umgang mit Medikamenten:

Die Überprüfung der Medikamente der Stichproben erfolgte auf den Wohnbereichen „Schlossberg“ und „Kirchberg“.

Die Stichproben waren nicht zu beanstanden.

Die kontrollierten Flüssigarzneimittel waren jeweils auf der Flasche oder auf der Verpackung durchgehend mit einem Anbruchs- und Ablaufdatum versehen.

Die korrekte Lagerung der thermolabilen Medikamente, die kühlbedürftig sind, wird durch die Einhaltung der Kühltanktemperatur gewährleistet.

Die Medikamentenkühlschränke wiesen eine Temperatur auf, die im angestrebten Temperaturfenster von 2 bis 8 Grad Celsius lag. Die Temperaturen wurden regelmäßig protokolliert.

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

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

Die Zuordnung von sog. Stechhilfen zur Blutzuckermessung zum jeweiligen Bewohner ist möglich.

Die Aufbewahrung und der Umgang mit Medikamenten gaben keinen Grund zu Beanstandungen.

Bewohnergespräche:

Die befragten Bewohner sind mit der Pflege und Versorgung des Personals sehr zufrieden.

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

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

Von den Bewohnern wurden keinerlei Klagen oder Beschwerden vorgebracht, sie äußerten sich sehr positiv über die Einrichtung und deren Mitarbeiter.

II.2. Qualitätsentwicklung

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

Das in den vergangenen Jahren bereits festgestellte hohe Niveau der Ergebnisqualität wurde auch bei dieser Begehung wieder bestätigt.

Aufgrund des sehr guten Betriebsklimas und der hervorragenden Zusammenarbeit aller Mitarbeiter sowie der Führungskompetenzen der Verantwortlichen spiegelt sich dieses in der Zufriedenheit der Bewohner wider.

Die Pflege der Beziehungsqualität wird in der Einrichtung bestmöglich gelebt. Dabei steht der Bewohner nicht nur auf Augenhöhe der Mitarbeiter und Führungspersonen, sondern sichtbar im Fokus der Bestrebungen.

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.

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.]

keine

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.]

Am Tag der Überprüfung wurden in den geprüften Qualitätsbereichen keine erstmals festgestellten Abweichungen/Mängel festgestellt.

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 E-Mail vom 01.10.2018 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.