

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, 19.11.2018

**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 12.09.2018 von 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr eine anlassbezogene Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Personal
- Beschwerdemanagement
- Pflege und Dokumentation
- Bewohnergespräch

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 – eingestreut –
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
○ Für alte Menschen – eingestreut –

Angebote Wohnformen: keine

Angebote 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 %): 55,99 %

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.]

Personal:

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

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.

Die Fachkraftquote ist mit 55,99 % erfüllt.

Der Dienstplan September 2018 wird als beweiserhebliches Dokument geführt.

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

Die Verantwortlichen in der Einrichtung sind sehr bemüht, Fachkräfte als neue Mitarbeiter gewinnen zu können. Aktuell wird mit diversen Zeitarbeitsfirmen zusammengearbeitet. Des Weiteren laufen seit geraumer Zeit durchgehend Stellenausschreibungen über verschiedenste Medien.

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

Beschwerdemanagement:

Zuletzt evaluiert wurde das Beschwerdemanagement im September 2017.

In den Grundsätzen des einrichtungswirtschaftlichen Beschwerdemanagements steht geschrieben: „Wir gehen allen Beschwerden nach. Auch dann wenn diese von Beschwerdeführern geäußert werden, die uns gegenüber eine sehr kritische Grundhaltung zeigen und sich bereits in der Vergangenheit mehrfach grundlos beschwert haben.“

Des Weiteren steht für die Erfassung der Beschwerde im Beschwerdemanagement explizit geschrieben, dass die Beschwerden schriftlich auf dem Beschwerdeerfassungsprotokoll dokumentiert werden mit besonders relevanten und präzisen Dokumentationen hinsichtlich was, wann, wie ist es passiert, welche Personen waren beteiligt und welche Folgen sind daraus entstanden.

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

Pflege und Dokumentation:

Die in der Beschwerde aufgeführten Qualitätsbereiche ergaben bei der Überprüfung keine Beanstandungen.

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

Die in Augenschein genommene Tagesplanung war weitgehend handlungsleitend und überwiegend als zentrales Steuerungselement des Pflegeprozesses geeignet. Die Pflegeprozessplanung spiegelt die individuellen Wünsche der Bewohnerin wider.

Die Evaluation wird regelmäßig und bei Bedarf durchgeführt.

Alle notwendigen Formblätter (z.B. Mobilisationspläne, Ernährungs- und Flüssigkeitspläne) konnten eingesehen werden.

Die individuellen Ernährungsressourcen und -risiken wurden erkannt sowie entsprechende Maßnahmen aus den Erkenntnissen, wie z. B. Einfuhrprotokoll, Bilanzierungen, hochkalorische Zusatznahrung, 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 diesem Bewohner gegeben.

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

Das individuelle Dekubitusrisiko wurde erfasst, ggf. wurden prophylaktische Maßnahmen durchgeführt.

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 der Stichprobe statt. Der Bewohner hat chronische Schmerzen und erhält durchgehend die verordneten Medikamente.

Bei Verabreichung der Bedarfsmedikation wurde die Schmerzintensität und -lokalisierung beschrieben.

Die Wirksamkeit der Schmerzmedikation wurde adäquat überprüft.

Stichprobenartig konnten die notwendigen Assessmentinstrumente eingesehen werden.

Die Pflegeberichte wurden sach- und fachlich erstellt. Sie enthielten 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.

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II.3. Qualitätsempfehlung; III. Erstmals festgestellte Abweichung / Mängel).

Bewohnergespräch:

Bei dem Gespräch mit dem Bewohner wurden keinerlei Klagen oder Beschwerden vorgebracht. Er äußerte sich sehr positiv über die Einrichtung und deren Mitarbeiter.

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

Der besuchte Pflegebedürftige wurde in einem einwandfreien Pflegezustand angetroffen.

II.2. Qualitätsentwicklung

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

Die anlassbezogene Prüfung am 12.09.2018 hat ergeben, dass die Beschwerde sich in folgenden Qualitätsbereichen bestätigt hat:

- Personal
- Beschwerdemanagement

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.]

Pflege und Dokumentation:

Die eingesehenen Lagerungspläne werden nicht einheitlich in der Einrichtung geführt.

Es wird empfohlen, die geführten Lagerungspläne in der Einrichtung zu überarbeiten und dadurch eine einheitliche und gleichmäßige Qualität in der Pflege 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.

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 Personal:

Sachverhalt:

Der Mitarbeiterbedarf in der Pflege, berechnet nach den mit den Kostenträgern vereinbarten Schlüsseln, ergibt ein Personalminus von 0,38 Stellenanteilen.

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

Beratung:

Es sollte darauf geachtet werden, dass der Mitarbeiterbedarf der Pflege, berechnet nach den mit den Kostenträgern vereinbarten Schlüsseln, eingehalten wird.

Des Weiteren ist auch zu bedenken, dass es sich um eine Mindestanforderung im Pflege- und Wohnqualitätsgesetz handelt.

Gleichzeitig sollte darauf geachtet werden, dass die Mitarbeiter bei der Unterdeckung dieser Mindestanforderungen nicht überlastet werden und dadurch die Pflege bei den Bewohnern bzw. die Ergebnisqualität „Pflege und Dokumentation“ defizitär werden kann.

Qualitätsbereich Beschwerdemanagement:

Sachverhalt:

Der Beschwerdeführer gab an, dass er sich über seinen Beschwerdegrund mit der Einrichtungsleitung unterhalten hat. Diese Beschwerde konnte im Beschwerdeordner nicht eingesehen werden, da seitens der Einrichtungsleitung die Beschwerde weder aufgenommen noch verschriftlicht wurde. Dies bedeutet, dass die Beschwerde nicht dem Konzept entsprechend erfasst, verschriftlicht und bearbeitet wurde.

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

Beratung:

Der Träger ist verpflichtet, ein Qualitäts- und Beschwerdemanagement zu betreiben. Dies bedeutet, dass die Konzeption entsprechend in die Praxis umzusetzen ist.

Da kein Bemühen, den Sachverhalt aufzuklären, nachvollziehbar ist, ist eine konzeptkonforme Abarbeitung der Beschwerde nicht erkennbar.

Eine dem Konzept entsprechende Umsetzung der Beschwerdeerfassung konnte nicht nachvollzogen werden, da die Beschwerde nicht schriftlich erfasst wurde.

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 Pflege und Dokumentation:

Sachverhalt:

Bei einem an Demenz erkrankten Bewohner musste am Begehungstag festgestellt werden, dass die Notrufglocke in seinem Zimmer entfernt war.

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

Beratung:

Auch bei demenziell beeinträchtigten Bewohnern muss durch die Einrichtungsverantwortlichen jederzeit sichergestellt sein, dass die Bewohner stets Hilfe rufen können.

Erkennt der Bewohner aufgrund der demenziellen Veränderung den Sinn der Notrufglocke nicht, so ist dies in einem Fallgespräch gemeinsam mit allen am Pflegeprozess Beteiligten zu thematisieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten (z. B. zusätzliche engmaschige Kontrollgänge außerhalb der Pflegezeiten).

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 02.11.18 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.