

Senioren und Inklusion
- unabhängig und neutral -

Landratsamt Regensburg | Postfach 120329 | 93025 Regensburg

Mit Postzustellungsurkunde
Katholische Kirchenstiftung
Beratzhausen
Marktstr. 26
93176 Beratzhausen

Altmühlstraße 3, 93059 Regensburg
Raum
Telefon 0941 4009-0
Telefax 0941 4009-420
senioren.inklusion@lra-regensburg.de

Regensburg, 14.05.2019

**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: Katholische Kirchenstiftung
Beratzhausen
Marktstr. 26
93176 Beratzhausen

Vertretungsberechtigte Person: Herr Dekan-Monsignore Dunst

Geprüfte Einrichtung: Senioren- und Pflegeheim St. Hedwig
Pfarrer-Fichtl-Str. 16
93176 Beratzhausen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Einrichtung wurde am 09.04.2019 von 9.15 Uhr bis 16.30 Uhr eine turnusgemäße und unange-
meldete Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Wohn- und Lebensqualität (Hausrundgang)
- Personal
- Beschwerdemanagement
- Einarbeitungskonzept
- Freiheit entziehende Maßnahmen
- Pflege und Dokumentation
- Hausrundgang / Hygiene
- Bewohnergespräche
- Umgang mit Medikamenten

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 - eingestreit -
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
 o Für alte Menschen - eingestreit -

Therapieangebote:
 Ergotherapie

Angebotene Plätze: 90
 davon Beschützende Plätze: 0
 davon Plätze für Rüstige: - eingestreit -
 davon Tagespflegeplätze: keine
Belegte Plätze: 90
Einzelzimmerquote: 86,96 %
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 61,8 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 2

II. Informationen 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 (Hausrundgang):

Beim Hausrundgang präsentierte sich die Einrichtung sehr sauber, wohnlich sowie der Jahreszeit entsprechend dekoriert.

Die Pflegedienstleitung teilte während des Hausrundgangs mit, dass Ende 2018 sämtliche Brandschutztüren sowie Rauchmelder in der Einrichtung neu installiert wurden.

Zum Begehungszeitpunkt konnten auf den einzelnen Wohnbereichen in den Aufenthaltsräumen viele Bewohner bei einem sozialen Angebot beobachtet werden, wie z.B. Teilnahme an einer Essensrunde, in der mit den Bewohnern gemeinsam besprochen wird, wie früher gekocht wurde sowie im späteren Verlauf beim Backen von Osterlämmern, an welchem sie sehr interessiert, aktiv und mit viel Freude teilnahmen.

Insgesamt verfügt die Einrichtung über ein sehr gutes Netzwerk von zwölf bis dreizehn ehrenamtlichen Helfern, die der Einrichtung teilweise schon jahrelang verbunden sind. Acht dieser Ehrenamtlichen kommen regelmäßig in die Einrichtung, um die Bewohner bei den unterschiedlichsten Aktivitäten zu begleiten.

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

Personal:

Der Dienstplan April 2019 konnte eingesehen werden.

Zeichnungsberechtigt auf dem Dienstplan sind die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitungen.

Der Dienstplan April 2019 stimmt mit der Personalliste überein.

Die Fachkraftquote ist am Stichtag mit 61,8 % im Soll erfüllt.

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

Der gesehene Dienstplan wurde korrekt und nachvollziehbar sowie als beweiserhebliches Dokument geführt.

Beschwerdemanagement:

Das Beschwerdemanagement wurde zuletzt evaluiert am 07.09.2011.

Besonders *positiv* kann festgestellt werden, dass es nur sehr wenige Beschwerden in der Einrichtung gibt. Die eingesehenen Beschwerden wurden alle ordnungsgemäß und entsprechend dem Konzept erfasst. Die Beschwerden wurden in das Formular korrekt und vollständig eingetragen. Eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer erfolgte durchgängig.

Eine Beschwerdematrix ist vorhanden.

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

Einarbeitungskonzept:

Das Einarbeitungskonzept wurde zuletzt im April 2017 evaluiert. 2020 soll es erneut überarbeitet werden.

Beim Einarbeitungskonzept für Pflegekräfte wird zwischen Fach- und Hilfskräften unterschieden.

Die reguläre Einarbeitungszeit erstreckt sich über einen Zeitraum vom insgesamt zwei Wochen. Dabei hat der neue Mitarbeiter in der ersten Woche ausschließlich Frühdienste und in der zweiten Woche ausschließlich Spätdienste. Der neue Mitarbeiter ist in den ersten beiden Wochen immer zusätzlich geplant und zusammen mit dem Mentor tätig.

Es werden ein Erstgespräch nach sechs Wochen und ein Abschlussgespräch nach drei Monaten mit dem Mitarbeiter geführt.

Die eingesehenen Einarbeitungskonzepte verschiedener Mitarbeiter wurden alle ordnungsgemäß, korrekt und vollständig ausgefüllt.

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

Freiheit entziehende Maßnahmen:

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

Bei der Überprüfung der Stichproben konnte festgestellt werden, dass in der Einrichtung Fallbesprechungen zu Freiheit entziehenden Maßnahmen regelmäßig in einem dreimonatigen Rhythmus durchgeführt werden. Dies ist besonders *positiv* festzuhalten, da laut Konzept, welches zuletzt am 08.01.2018 evaluiert wurde, Fallbesprechungen halbjährlich zu Freiheit entziehenden Maßnahmen erforderlich wären.

Die Überprüfung der zwei Stichproben ergab keine Beanstandungen.

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 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.

Bei der aktuell durchgeführten Qualitätsprüfung zeigte sich insgesamt ein sehr positives Ergebnis. Geeignete Strukturen, wie Handlungsanweisungen und Assessmentinstrumente, sind vorhanden.

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

Bei jedem Bewohner konnten eine EDV-gestützte Pflegedokumentation sowie die notwendigen Assessmentinstrumente stichprobenartig eingesehen werden.

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

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

Die Evaluation wird sowohl regelmäßig als auch bei Bedarf durchgeführt.

Alle notwendigen Formblätter (z.B. Lagerungsprotokolle) waren vorhanden und wurden adäquat verwendet.

Das individuelle Dekubitusrisiko wurde erfasst und die Durchführung der erforderlichen Prophylaxen war weitgehend gegeben. Positionswechsel wurden regelmäßig durchgeführt und dokumentiert.

Hautbeobachtungen wurden fortlaufend schriftlich fixiert. Der Hilfsmiteleinsatz war adäquat.

Systematische Schmerzeinschätzungen wurden mittels Selbstauskunft (Verbal Rating Skala) oder BESD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) erfasst und erfolgten in allen Stichproben durchgängig. Die Bewohner mit chronischen Schmerzen erhalten durchgehend die verordneten Medikamente.

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 eingesehene Wunddokumentation beinhaltet eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans auf der Grundlage ärztlicher Verordnung und Hinzuziehung eines externen Wundmanagement (Firma Reiss) sowie die Einbeziehung der Bewohner und deren Angehörigen.

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

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

Die regelmäßig durchgeführten Fallbesprechungen in der Einrichtung stellen sicher, dass die Bedürfnisse sowie 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 Bewohner präsentierten sich augenscheinlich bei sehr gutem Pflege- und Ernährungszustand und waren entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen gekleidet.

Die Bewohner zeigten zum Begehungszeitpunkt durchgehend ein gutes Mundpflegeergebnis.

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

Hausrundgang / Hygiene:

Beim Hausrundgang wurde die Pflegeeinrichtung unter infektionshygienischen Gesichtspunkten besichtigt. Es konnte festgestellt werden, dass die gesehenen Räumlichkeiten augenscheinlich einen sehr gepflegten Eindruck hinterlassen und Seifen- und Händedesinfektionsmittelpender sowie Einmalhandtuchspender an allen relevanten Stellen vorhanden sind.

Die Atmosphäre in der Einrichtung wurde als durchgängig wohnlich und angenehm empfunden.

Die besichtigten Wohnbereiche und deren Gemeinschaftsräume sowie der Eingangsbereich waren hell, freundlich und entsprechend jahreszeitlich geschmückt.

Die Zimmer der besuchten Bewohner sind individuell gestaltet und entsprechen den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner.

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

Bewohnergespräche:

Alle in die Befragung einbezogenen Pflegebedürftigen äußerten sich lobend über die individuelle Pflege, die hauswirtschaftliche Versorgung, die soziale Betreuung und den freundlichen Umgangston der Mitarbeiter.

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

Das Essen, welches in der einrichtungseigenen Küche zubereitet wird, bewerten die Bewohner als abwechslungsreich und geschmacklich gut.

Das kostenlose Angebot von Getränken wird als gut und ausreichend geschätzt.

Umgang mit Medikamenten:

Die Überprüfung der Medikamente der Stichprobe erfolgte auf dem Wohnbereich „Ludwig“.

Die Medikamente werden von einer Apotheke in einem Wochen-Dosiersystem gestellt. Diese wurden anhand der Pflegedokumentation stichprobenartig kontrolliert. Die Stichprobe war nicht 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 Betäubungsmitteln (BtM) waren nicht zu beanstanden. Betäubungsmittel werden entsprechend Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) gelagert, abgegeben und der Verbrauch danach dokumentiert. Das Zugriffsrecht ist entsprechend geregelt.

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

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.

Das Schreiben des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vom 18.06.2018 „Datenschutz – Einwilligungsformulare und Informationspflichten nach Art. 13 und 14 EU-DSGVO“ wurde besprochen. Ein separater Hinweis erfolgte an die Einrichtungsverantwortlichen dahingehend, den Hausrundbrief den Bewohnern als auch ggf. deren gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten zur Verfügung zu stellen.

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.]

Beschwerdemanagement:

Das Beschwerdemanagementkonzept sollte dahingehend ergänzt werden, ein sog. Flussdiagramm mit in das Konzept aufzunehmen.

Ein Flussdiagramm zum Themenbereich Beschwerden würde den Mitarbeitern eine vereinfachte und visualisierte Übersicht geben. Es soll dazu dienen, den Prozessablauf im Umgang mit einer Beschwerde grafisch darzustellen.

Einarbeitungskonzept:

Im Einarbeitungskonzept ist bei den Gesprächsprotokollen ein Punkt „Bemerkungen/ Anregungen“. Dieser wird zwar ausgefüllt, teilweise aber nur durch einen sehr allgemein gehaltenen Sachverhalt.

Dokumentiert ist aber nicht, wie das vorhandene Defizit am besten abgearbeitet werden soll oder welches Unterstützungspotenzial notwendig wäre.

Um den Mitarbeiter in seinen Verbesserungspotenzialen zu unterstützen, wäre es sinnvoll, die Darstellung des Defizits zu konkretisieren und gezielte Maßnahmen mit festgelegten Fristen dafür abzuleiten.

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 Schreiben vom 26.04.2019 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.