

Senioren und Inklusion
- unabhängig und neutral -

Raum
Telefon 0941 4009-0
Telefax 0941 4009-420
senioren.inklusion@lra-regensburg.de

Landratsamt Regensburg | Postfach 120329 | 93025 Regensburg

Mit Postzustellungsurkunde

Bayerisches Rotes Kreuz
Kreisverband Regensburg
z.Hd. Herrn Heinrich
Hoher-Kreuz-Weg 7
93055 Regensburg

Regensburg, 02.09.2019

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

Träger der Einrichtung:	Bayerisches Rotes Kreuz vertreten durch den Kreisverband Regensburg Hoher-Kreuz-Weg 7 93055 Regensburg
Vertretungsberechtigte Person:	Herr Björn Heinrich
eprüfte Einrichtung:	BRK Seniorenzentrum Regenstau Dechant-Wiser-Str. 20 93128 Regenstau

Sehr geehrter Herr Heinrich,

in der Einrichtung wurde am 17.07.2019 von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr eine unangemeldete und turnus-
gemäße Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Wohn- und Lebensqualität (Hausrundgang)
- Personal
- Beschwerdemanagement
- 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 - eingestreu -
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
○ Für alte Menschen - eingestreu -

Angebote Plätze: 60
davon Beschützte Plätze: 0
Tagespflegeplätze: keine
Belegte Plätze: 56
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 50,06 %

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

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.

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

Die Einrichtung verfügt über ein gutes Netzwerk von vier bis fünf ehrenamtlichen Helfern, die der Einrichtung teilweise schon jahrelang verbunden sind. Die Ehrenamtlichen kommen regelmäßig in die Einrichtung, um die Bewohner bei den unterschiedlichsten Aktivitäten zu begleiten.

Zum Begehungszeitpunkt konnten auf den einzelnen Wohnbereichen in den Aufenthaltsräumen viele Bewohner bei einem sozialen Angebot beobachtet werden, wie z.B. beim Singkreis, an welchem sie sehr freudig, interessiert und aktiv teilnahmen.

Personal:

Der Dienstplan Juli 2019 konnte eingesehen werden.

Zeichnungsberechtigt auf den Dienstplänen sind die Einrichtungsleitung und die Wohnbereichsleitung.

Der Mitarbeiterbedarf in der Pflege, berechnet nach den mit den Kostenträgern vereinbarten Schlüsseln, ergibt ein Personalplus von 0,83 Stellenanteilen.

Die Fachkraftquote ist am Stichtag im „Soll“ mit 50,06 % erfüllt.

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.

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

Der Juli-Dienstplan 2019 wurde korrekt und nachvollziehbar geführt.

Beschwerdemanagement:

Das Beschwerdemanagement wird in der Einrichtung „Management kritischer Ereignisse“ genannt und wurde zuletzt im August 2015 evaluiert. Das Konzept „Management kritischer Ereignisse“ wird durch eine Prozessbeschreibung „Kritisches Ereignis“ vervollständigt.

Eine Beschwerdematrix zur Auswertung eingegangener und bearbeiteter Beschwerden ist vorhanden.

Besonders *positiv* kann festgestellt werden, dass es nur 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.

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

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 pflegfachlichen Abschlussgesprächs wurden die vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsprüfung erläutert.

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

Bei allen Bewohnern konnten eine EDV-gestützte Pflegedokumentation sowie die notwendigen Assessmentinstrumente stichprobenartig eingesehen werden.

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

Die Evaluation wird sowohl regelmäßig und bei Bedarf durchgeführt.

Alle notwendigen Formblätter, z.B. Mobilisations- und Flüssigkeitspläne, waren vorhanden und wurden teilweise 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, Andicken von Flüssigkeiten, abgeleitet.

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

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

Eine individuelle Sturzrisikoerhebung mit der Durchführung notwendiger Prophylaxen war augenscheinlich gegeben. Die Risikoeinschätzungen wurden regelmäßig überprüft. Den mobilen, sturzgefährdeten Bewohnern kann ein mobiler Notruf zur Verfügung gestellt werden.

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

Das individuelle Dekubitusrisiko wurde erfasst, das Einleiten erforderlicher Prophylaxen war weitgehend gegeben. Positionswechsel wurden teilweise regelmäßig durchgeführt und dokumentiert. Hautbeobachtungen (Fingertest) wurden fortlaufend schriftlich fixiert. Der Hilfsmiteinsatz war adäquat.

Systematische Schmerzeinschätzungen wurden mittels Selbstauskunft (Verbal Rating Skala) oder BESD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) erfasst und erfolgten teilweise 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 auf der Grundlage ärztlicher Verordnungen eine kontinuierliche Umsetzung des Maßnahmenplans.

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

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.

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

Verbesserungspotenzial wird gesehen (siehe II.3. Qualitätsempfehlungen; III. Erstmals festgestellte Abweichungen/Mängel).

Hausrundgang / Hygiene:

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

eignete Verfahrensanweisungen zum Umgang mit „MRSA“ waren in der Einrichtung vorhanden und konnten von den Mitarbeitern entsprechend erklärt werden.

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

Bewohnergespräche:

Zwei Bewohner wurden in ihrem Zimmer besucht.

Bei einem Bewohner konnte wegen fehlender Auskunftsfähigkeit keine Befragung durchgeführt werden.

Beim zweiten Bewohner ist ein strukturiertes Gespräch nicht möglich. Der Bewohner kann einigen einfachen Anforderungen folgen und kann einfach gestellte Fragen beantworten.

Augenscheinlich hinterließen die Bewohner einen zufriedenen Eindruck. Sie wurden in ihrer speziellen Lebenssituation und Stimmung durch die Mitarbeiter begleitet.

Die besuchten Pflegebedürftigen wurden ausnahmslos in hygienisch einwandfreien Pflegezuständen angetroffen.

Umgang mit Medikamenten:

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

Die Medikamente werden von den Pflegefachkräften der Einrichtung in sog. Wochen-Dosiersystemen gestellt. Diese wurden anhand der Pflegedokumentation stichprobenartig kontrolliert.

Die Stichprobe war nicht zu beanstanden. Die kontrollierten Flüssigarzneimittel waren jeweils auf der Flasche oder auf der Verpackung durchgehend mit dem Anbruchs- und Ablaufdatum versehen.

Die korrekte Lagerung der thermolabilen Medikamente, die kühlbedürftig sind, wird durch die Einhaltung der Kühlschrankschranktemperatur gewährleistet. Die Medikamentenkühlschränke wiesen eine Temperatur auf, die im angestrebten Temperaturfenster von 2 bis 8 Grad Celsius lag. Die Temperaturen waren regelmäßig protokolliert.

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

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

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

II.2. Qualitätsentwicklung

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

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

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.

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:

Sachverhalt:

Das Beschwerdemanagementkonzept, also das Management „Kritischer Ereignisse“, sollte neuen Mitarbeitern bereits in der Einarbeitungsphase vorgestellt werden. Da alle Mitarbeiter in der Einrichtung Beschwerden entgegennehmen, sollten diese auch im Umgang mit Beschwerden/kritischen Ereignissen vertraut sein.

Beratung:

Um sicherzustellen, dass neue Mitarbeiter mit dem Management zu kritischen Ereignissen vertraut sind und diese auch entsprechend dem Konzept umsetzen, sollte das Einarbeitungskonzept in der Einrichtung dahingehend ergänzt werden. Der Prozessablauf Management „Kritischer Ereignisse“ sollte in das Einarbeitungskonzept aufgenommen werden und in der Einarbeitungsphase durch den Mentor mit dem neuen Mitarbeiter durchgesprochen werden.

Umgang mit Medikamenten:

Sachverhalt:

Bei der stichprobenartigen Überprüfung der Bedarfsmedikation ist nicht eindeutig festgehalten, bei welchen Symptomen welches Medikament zuerst verabreicht werden soll, z.B. Novaminsulfon 500 mg und Ibuprofen 400 mg Tabletten sind jeweils „bei Bedarf“ angeordnet. Hier zeigt sich, dass eine weitergehende Konkretisierung der Indikation durch den jeweils verordnenden Arzt überwiegend noch erfolgen sollte.

Beratung:

Damit es für das jeweilige Pflegepersonal nachvollziehbar ist, wann und wie die jeweilige Bedarfsmedikation eingesetzt werden soll, ist eine Indikation bei den Bewohnern so zu formulieren, dass hier eine weitergehende Beschreibung des Bedarfsgrundes erfolgt, so dass dies für das Pflegepersonal nachvollziehbar ist. Sollte keine Indikation bei den jeweiligen Bewohnern formuliert worden sein oder sollte diese Indikation so formuliert worden sein, dass sie missverständlich ist, so ist im jeweiligen Bedarfsfall unbedingt der verordnende Arzt zu kontaktieren, um eine falsche Medikation zu vermeiden.

Es sollte auch weiterhin darauf geachtet werden, dass nicht nur die gesamte Bedarfsdosis und die Bedarfsfrequenz aufgeführt sind, sondern dass auch die Minimalabstände zwischen den jeweiligen Bedarfsverabreichungen ersichtlich sind.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Erstmals festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoq, aufgrund derer gegebenenfalls eine Mängelberatung nach Art. 12 Abs. 2 S. 1 PflWoq 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 Pflege und Dokumentation:

a.) Sachverhalt:

Bei einem Bewohner wurden die Einfuhrpläne überprüft. Anhand der eingesehenen Pläne konnte an manchen Tagen eine Unterschreitung der ärztlich verordneten Tagesrindmenge festgestellt werden. Laut Protokoll: am 05.07.2019 650 ml und am 15.07.2019 950 ml.

Die ärztliche angeordnete Tagestrinkmenge von 1000 ml wurde nicht erreicht und die für diesen Fall verordnete subkutane Infusion (500 ml NaCl 0.9 %) wurde nicht nachvollziehbar appliziert.

b.) Sachverhalt:

Die Überprüfung der Lagerungsintervalle bei einem dekubitusgefährdeten Bewohner ergab eine zeitweise Überschreitung der festgelegten Intervalle von mehr als vier Stunden, wie z.B.:

am 10.07.2019 von 5.05 Uhr bis 09.50 Uhr keine Lagerung

am 15.07.2019 von 5.20 Uhr bis 10.00 Uhr keine Lagerung

c.) Sachverhalt:

Bei einer Stichprobe kann eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung, die einmal in der Woche geplant war, am Prüftag nicht vorgelegt werden.

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

a.) Beratung:

Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass die Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigung geschützt werden sowie eine angemessene Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert ist. Ausnahmen sind mit schlüssiger Begründung zu dokumentieren.

Deshalb muss die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen entsprechen.

Dem behandelnden Arzt obliegt die sogenannte Anordnungsverantwortung, den Pflegekräften die sogenannte Durchführungsverantwortung.

Dies bedeutet, dass die Pflegefachkräfte die ärztlichen Anordnungen lückenlos und genau durchzuführen haben. Wird dies versäumt, ist grundsätzlich von einem Haftungsverschulden auszugehen.

Dabei prägt auch die fachgerechte Ausführung der ärztlichen Anordnungen die Durchführung der Maßnahmen.

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

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 und die richtige Dokumentation ärztlicher Anordnung ist. Nur wenn die ärztlichen Anordnungen vollständig dokumentiert sind und alle notwendigen Angaben beinhalten, verhält sich die Pflegekraft nachweislich nicht kompetenzüberschreitend oder -unterschreitend im Rahmen ihrer Durchführungsverantwortung.

b.) Beratung:

Die in der Pflegeplanung festgelegten Lagerungszeiten sind verbindlich einzuhalten. Abweichungen sind mit schlüssiger Begründung zu dokumentieren.

Eine gute Pflegedokumentation, insbesondere bei der Dekubitus-Behandlung, erleichtert die Arbeit. Eine unzureichende Dokumentation erschwert Abläufe, reduziert Qualität, verringert die Zufriedenheit aller Beteiligten und kann in einzelnen Fällen zu gefährlicher Pflege führen.

c.) Beratung:

Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass die Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigung geschützt werden sowie eine angemessene Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert ist. Ausnahmen sind mit schlüssiger Begründung zu dokumentieren.

Deshalb muss eine Durchführung der geplanten Schmerzeinschätzung erfolgen.

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 PflWoq nach bereits erfolgter Beratung über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel, aufgrund derer eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PflWoq 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 PflWoq, aufgrund derer im Regelfall eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 PflWoq erfolgt.

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

VI. Mit E-Mail vom 13.08.2019 hat sich der Träger für eine Veröffentlichung des Prüfberichtes im Internet seitens der zuständigen Behörde ausgesprochen. Dieser wird eine Woche nach Zustellung des Prüfberichtes veröffentlicht werden.