

Senioren und Inklusion  
- unabhängig und neutral -

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, 13.11.2019

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

<b>Träger der Einrichtung:</b>	<b>Gemeinde Mintraching Friedenstr. 2 93098 Mintraching</b>
<b>Vertretungsberechtigte Person:</b>	<b>1. Bürgermeisterin Frau Ritt-Frank</b>
<b>Internetadresse des Einrichtungsträgers:</b>	<b><a href="http://www.gemeinde-mintraching.de">www.gemeinde-mintraching.de</a></b>
<b>geprüfte Einrichtung:</b>	<b>Seniorenheim St. Josef Hauptstr. 28 93098 Mintraching</b>

Sehr geehrte Frau Bürgermeisterin Ritt-Frank,

in der Einrichtung wurde am 08.10.2019 von 9.30 Uhr bis 14.15 Uhr eine turnusgemäße und unange-  
meldete Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Wohn- und Lebensqualität (Hausrundgang)
- Personal
- Speiserversorgung, Teilnehmende Beobachtung
- Fachgerechter Umgang mit Arzneimitteln
- Pflege und Dokumentation
- Hausrundgang / Hygiene
- Umgang mit Medizinprodukten

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 - eingestreut -  
Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung  
○ Für alte Menschen - eingestreut -

Angebotene Wohnformen: keine

Angebotene Plätze: 37  
davon Beschützende Plätze: keine  
davon Plätze für Rüstige: - eingestreut -  
davon Plätze für eingestreuse Tagespflege: keine

Belegte Plätze: 35

Einzelzimmerquote: 94 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 55,47 %

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 trotz des Alters des Gebäudes und der Abnutzungserscheinungen in einem sauberen und ordentlichen Zustand.

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

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

#### Personal:

Der Dienstplan Oktober 2019 konnte eingesehen werden.

Der Dienstplan Oktober 2019 ist nachvollziehbar, korrekt und lesbar geführt.

An verschiedenen überprüften Tagen konnte festgestellt werden, dass die jeweiligen Schichten auf jedem Wohnbereich mit Fachkräften besetzt waren.

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.

Der Mitarbeiterbedarf in der Pflege, berechnet nach den mit den Kostenträgern vereinbarten Schlüsseln ergibt ein Personalplus von 3,09 Stellenanteilen.

Die Fachkraftquote ist im „Soll“ mit 55,47 % erfüllt.

#### Speisenversorgung, Teilnehmende Beobachtung:

##### Speisepläne:

Bei Inaugenscheinnahme der Speisepläne der letzten Wochen konnte festgestellt werden, dass samstags und sonntags nur ein Menü zur Auswahl steht. An den restlichen Wochentagen kann immer zwischen zwei Menüs gewählt werden.

In der Einrichtung werden seniorenrechtliche und abwechslungsreiche Speisen angeboten. Im Speiseplan werden die angebotenen Menüs gut beschrieben.

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

Teilnehmende Beobachtung:

Zusammenfassend kann hier *sehr positiv* festgestellt werden, dass das Essen zur Mittagszeit in einem sehr willkommenen, ruhigen und angemessenen Umfeld gereicht wird.

Die Kommunikation während des Mittagessens ist sehr familiär und auf die Wünsche jedes Einzelnen wird eingegangen.

Die Mitarbeiter waren bei ihrer Tätigkeit stets freundlich, offen und den Bewohnern zugewandt. Die Essenseingabe bei den Bewohnern mit Unterstützungsbedarf erfolgte im Sitzen und auf Augenhöhe.

Das Essen wird von den befragten Bewohnern allgemein als schmackhaft und abwechslungsreich beschrieben.

Auf Wunsch wird Nachschlag gereicht. Das Speisenangebot im Servierwagen war auch für Nachschlag ausreichend, ebenso konnten spontane Entscheidungen der Bewohner bezüglich der Essenswünsche umgesetzt werden. Einzelne Komponenten konnten demzufolge auch in individuell gewünschter, variabler Zusammensetzung ausreichend serviert werden.

Insgesamt konnte beim Mittagstisch festgestellt werden, dass ausreichend Personal bei der Essensausgabe und Essensverteilung anwesend war. Dies ermöglichte es den Bewohnern, relativ zeitgleich Suppe, Hauptgericht sowie Nachspeise einnehmen zu können.

#### Fachgerechter Umgang mit Arzneimitteln:

Prüfgegenstand war:

Fachgerechter Umgang mit Arzneimitteln, Anbruch- und Ablaufdatum, Lagerung, Külschranktemperatur, ewährleistung, Überprüfung des Bestandes und der Dokumentation der vorrätigen Betäubungsmittel, Entsorgung der TTS(BtM)-Pflaster und Verwendung von Einmallanzetten bei der Blutzuckerbestimmung.

Die Überprüfung der sonstigen Arzneimittel zeigte, dass diese verschlossen und bewohnerbezogen aufbewahrt werden. Arzneimittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, werden gesondert in einem Stahlschränkchen aufbewahrt.

Die Vorgaben für einen fachgemäßen Umgang gem. den Richtlinien zur BtM-Dokumentation werden eingehalten. Die Überprüfung des Bestandes auf den Stationen stimmte mit dem dokumentierten BtM-Bestand überein.

Der Umgang mit gebrauchten TTS (sog. Fentanylpflastern) erfolgte analog der Empfehlungen zum Umgang mit gebrauchten TTS der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen.

Zur Blutzuckerbestimmung werden ausschließlich Einmallinganzetten verwendet.

Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass ein Mangel beim Umgang mit Flüssigarzneimitteln ersichtlich war. Die Qualitätsempfehlung zum Umgang mit Psychopharmaka im Bedarfsfall wurde vor Ort ebenso thematisiert wie die korrekte Schulung der Mitarbeiter im Hinblick auf das Temperaturfenster des Medikamentenkühlschranks.

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

#### 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. Die erforderlichen Unterlagen wurden vorgelegt und gemeinsam ausgewertet. Leitende Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung standen dem Prüfungsteam für Rückfragen und organisatorische Angelegenheiten kooperativ zur Seite.

Während der Qualitätsprüfung werden den Mitarbeitern Verbesserungspotenziale aufgezeigt und durch Impulsberatungen ergänzt. Diese werden von den Mitarbeitern positiv aufgenommen.

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 sowie die notwendigen Assessmentinstrumente stichprobenartig kontrolliert.

Bei allen Bewohnern konnte eine EDV-gestützte Pflegedokumentation eingesehen werden

Es wurde Einsicht in die Strukturierte Informationssammlungen (SIS) zu dem am Begehungstag geprüften Bewohner genommen.

Die überprüften Tages-Maßnahmenplanungen sind weitgehend handlungsleitend und überwiegend als zentrales Steuerungselement des Pflegeprozesses geeignet.

Die Pflegeplanungen orientierten sich an den aktuellen Pflegebedürfnissen der Bewohner.

Die Evaluation wird regelmäßig und bei Bedarf durchgeführt.

Alle notwendigen Formblätter, z.B. Mobilisations-, Ernährungs- und Flüssigkeitspläne, 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 und Zwischenmahlzeiten, 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 erforderlicher Prophylaxen war augenscheinlich gegeben. Die Risikoeinschätzungen wurden regelmäßig überprüft.

Bei den betroffenen Pflegebedürftigen mit Einschränkung im Bereich der Harninkontinenz erfassen die Pflegefachkräfte die individuellen Ressourcen der Betroffenen und führen die daraus erforderlichen und geplanten Maßnahmen handlungsleitend und transparent durch.

Das individuelle Dekubitusrisiko der Bewohner wurde erfasst und das Einleiten erforderlicher Prophylaxen war weitgehend gegeben. Positionswechsel wurden regelmäßig durchgeführt und lückenlos dokumentiert. Der Hilfsmitelesatz war adäquat.

Systematische Schmerzeinschätzungen wurden mittels Selbstauskunft (Numerische Rating Skala (NRS)) 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 regelmäßig durchgeführten Fallbesprechungen in der Einrichtung stellen sicher, dass die Bedürfnisse sowie die medizinisch-pflegerischen Bedarfe und Aspekte der Alltagsgestaltung der Bewohner abgebildet werden.

Wechseldrucksysteme werden zur Dekubitusprophylaxe verwendet.

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

## 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 Ergebnisse der erforderlichen, einmal jährlichen 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.

## 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 – Einwilligungensformulare 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.

Insgesamt ist deutlich erkennbar, dass die Einrichtung sehr bestrebt ist, ein hohes Niveau in der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Beziehungsqualität zu erreichen.

Die Einrichtungsleitung sowie das gesamte Team sind sehr bemüht, die Qualitätsanforderungen für die Bewohner zu erfüllen und darüber hinaus ein gutes Qualitätsniveau in der Einrichtung beizubehalten.

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 FOA 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- und Lebensqualität (Hausrundgang):

Während des Hausrundgangs konnten auf einem Wohnbereich (2. O) am sog. „Schwarzen Brett“ u.a. Pfarrpläne für den Monat August 2019 gesichtet werden.

Es wird empfohlen, Pläne, Schreiben, etc. welche am „Schwarzen Brett“ der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt werden, aktuell zu halten und veraltete Pläne zeitnah zu entfernen oder auszutauschen.

### Speisenversorgung, Teilnehmende Beobachtung:

Auf den gesichteten Speiseplänen der Einrichtung werden als ganztätig kostenlos zur Verfügung stehende Getränke Mineralwasser, Tee und Kaffee aufgeführt.

Gemäß Versorgungsvertrag sind u.a. auch diverse Säfte den Bewohnern kostenlos zur Verfügung zu stellen. Laut Einrichtungsleitung findet dies in der Praxis auch statt. Die Einrichtung sollte sich gemäß den Vereinbarungen mit den Kostenträgern entsprechend sichtbar auf den für die Bewohner erstellten Plänen präsentieren.

Die Speisepläne wurden bereits am 09. Oktober 2019 durch die Einrichtungsverantwortlichen der FQA überarbeitet und konform der Vergütungsvereinbarung nachgereicht.

### Fachgerechter Umgang mit Arzneimitteln:

Die stichpunktartige Überprüfung der verordneten Psychopharmaka im Bedarfsfall zeigte, dass hier eine weitergehende Beschreibung des Bedarfsgrundes durch den jeweils verordnenden Arzt häufig nicht erfolgte bzw. nicht vorlag. Es wurde z.B. als Bedarfsindikation beim Medikament Melperon Tbl. 50 mg lediglich aufgeführt „bei Unruhe, max. 4 x 0,5 Tbl in 24 h“.

Damit es für das jeweilige Pflegepersonal nachvollziehbar ist, wann und wie die jeweilige Bedarfsmedikation eingesetzt werden soll, soll eine Indikation bei den Bewohnerinnen und Bewohnern so formuliert sein, dass hier eine weitergehende Beschreibung des Bedarfsgrundes erfolgt, so dass dies für das Pflegepersonal nachvollziehbar ist.

Sollte keine Indikation bei den jeweiligen Bewohnerinnen und 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.

In diesem Zusammenhang wird auf die Dienstbesprechung der FQA vom 30.04.2015 verwiesen.



### 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.

### Die korrekte Lagerung der Arzneimittel, die kühlbedürftig sind:

Sachverhalt:

Die korrekte Lagerung der Arzneimittel, die kühlbedürftig sind, wird durch die Einhaltung der Kühlschrankschranktemperatur gewährleistet.

Die Überprüfung der Arzneimittel zeigte, dass die Kühlschrankschranktemperatur im angestrebten Bereich von +2 bis + 8 Grad Celsius liegt. Es wurde die Temperatur täglich dokumentiert.

Beratung:

Die im Kühlschrank zu lagernden Arzneimittel bedürfen aufgrund ihrer Temperaturempfindlichkeit einer besonderen Aufmerksamkeit. Die Qualität dieser Arzneimittel kann nur gewährleistet werden, wenn die vorgeschriebene Temperatur konsequent eingehalten wird. Deshalb muss im QM-Handbuch im Kapitel „Kühlschrankschrankkontrolle“ dies auch so hinterlegt werden.

Dort wird lediglich eine zulässige Temperatur im Oberbereich von +8 Grad Celsius genannt, nicht jedoch, dass die Temperatur von +2 Grad Celsius nicht unterschritten werden darf.

### Umgang mit Medizinprodukten:

Sachverhalt:

Im Rahmen des Hausrundgangs wurden beschädigte Desinfektionsmittelspender sowie ein Bewohner-Rollator, dessen Bremsen nicht mehr funktionstüchtig waren, gesichtet. Bei einem weiteren Bewohner wurde festgestellt, dass die Wechseldruckmatratze nicht in regelmäßigen Abständen gewartet wird.

Beratung:

Den Einrichtungsverantwortlichen wird empfohlen, den Umgang mit Medizinprodukten der Bewohner und der Einrichtung neu zu strukturieren. Zudem sollte ein Verfahrensstandard und evtl. ein Mitarbeiter der Einrichtung als Medizinproduktebeauftragter festgelegt werden.

Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass die Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigung geschützt sowie eine angemessene Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert sind. Hierzu gehört insbesondere, ausreichend fachlich geeignetes Personal vorzuhalten.

### 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 Speisenversorgung, Teilnehmende Beobachtung:

##### Sachverhalt:

Bei der Durchsicht der Speisepläne der letzten Wochen konnte festgestellt werden, dass samstags und sonntags zum Mittag- und Abendessen nur ein Menü zur Auswahl steht. An den restlichen Wochentagen kann immer zwischen zwei Menüs gewählt werden. Lt. der Vereinbarungen mit den Kostenträgern wurde jedoch Menüwahl auch an Sonn- und Feiertagen verhandelt.

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

##### Beratung:

Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass eine angemessene Qualität der Verpflegung der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Einrichtung gesichert ist. Diese angemessene Qualität der Speisenversorgung wird u.a. durch die Verhandlungen mit den Kostenträgern gedeckt. Grundsätzlich ist der Träger gehalten, diese Abmachungen umzusetzen und die Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung dementsprechend adäquat zu versorgen. Demzufolge sollte Menüwahl konform der Vereinbarung („Menüwahl an jedem Tag“) auch an Sonn- und Feiertagen für die Bewohnerinnen und Bewohner möglich sein.

Bereits am 09.10.2019 wurden der FQA überarbeitete Speisepläne durch die Einrichtungsverantwortlichen übermittelt, in welchen täglich (inklusive Samstag und Sonntag) eine Menüwahl beim Mittag- und Abendessen möglich ist.

#### Qualitätsbereich Fachgerechter Umgang mit Arzneimitteln:

##### Sachverhalt:

Es konnte festgestellt werden, dass sämtliche Flüssigarzneimittel nur mit dem Anbruchsdatum versehen waren, das Abbruchdatum fehlte jeweils.

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

Flüssigarzneimittel sind im Hinblick auf ihre Verwendbarkeit regelmäßig zu überprüfen. Diese sind regelhaft mit An- und Abbruchdatum zu versehen.  
Das QM-Handbuch sollte im Kapitel "Medikamentenausgabe" explizit dazu Stellung nehmen.

#### Qualitätsbereich Pflege und Dokumentation:

Sachverhalt:

Bei einem Dekubitus gefährdeten Bewohner stimmte die Einstellung der Wechseldruckmatratze auf 86 kg mit dem tatsächlichen Gewicht des Bewohners von 74 kg nicht überein.

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

Beratung:

Es wird dringend angeraten, bei vorhandenen Wechseldruckmatratzen auf das tatsächliche Körpergewicht des Bewohners zu achten. Eine regelmäßige Überprüfung des Drehreglers zur Einstellung des Patientengewichtes ist unabdingbar. Es wird empfohlen, die Einstellungsdocumentation direkt am Steuerungsgerät anzugeben. So wäre bei einem unabsichtlichen Verstellen, etwa bei Reinigungsarbeiten, der vorgegebene Einstellungswert jederzeit zu überprüfen bzw. wiederherzustellen.

Die Mitarbeiter der Einrichtung sollten auf eine engmaschige Kontrolle der Einstellung der Wechseldrucksysteme sensibilisiert werden.

#### **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 Schreiben vom 07.11.2019 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.**