

Landratsamt Roth, 91152 Roth

Diakonische Dienste Neuendettelsau GmbH
Direktion Altenhilfe
Wilhelm-Löhe-Str. 23
91564 Neuendettelsau

Datum 06.06.17
Unser Zeichen 31-Ka
Auskunft erteilt
Telefon
Fax
E-Mail
Zi.Nr.
Ihr Schreiben vom
Ihr Geschäftszeichen

Nutzen Sie die Möglichkeit der telefonischen Terminvereinbarung. So können Sie ggf. längere Wartezeiten vermeiden und Ihr/e zuständige/r Ansprechpartner/in steht Ihnen zur Verfügung.

**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)
Prüfbericht gemäß PflWoqG nach erfolgter Anhörung nach Art. 28 Bayerisches
Verwaltungsverfahrensgesetz (BayVwVfG);**

Träger der Einrichtung: Diakonische Dienste Neuendettelsau GmbH
Wilhelm-Löhe-Str. 23
91564 Neuendettelsau

Internetadresse: www.diakonieneuendettelsau.de

Geprüfte Einrichtung: Seniorenhof Büchenbach
Nemetkerstr. 2
91186 Büchenbach

In der Einrichtung wurde am 23.03.17 von 9.00 Uhr bis 14.40 Uhr eine turnusmäßige Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität
Pflege und Pflegedokumentation
Soziale Betreuung
Arzneimittel
Hygiene
Freiheit einschränkende Maßnahmen
Personal

Haupt-
anschrift
Weinbergweg 1
91154 Roth

Telefon 09171 81-0
Fax 09171 81-1328
E-Mail info@landratsamt-roth.de
Webseite www.landratsamt-roth.de

Besucherzeiten
Mo – Fr 8.00 – 12.00 Uhr
Mo und Di 13.00 – 16.00 Uhr
Do 13.00 – 18.00 Uhr

Verkehrsbehörde
Mo und Di 7.30 – 16.00 Uhr
Do 7.30 – 18.00 Uhr
Mi und Fr 7.30 – 13.00 Uhr
Annahmeschluss ¼ Std. vor Dienstende

Bankverbindungen
Sparkasse Mittelfranken-Süd
IBAN DE89 7645 0000 0430 0058 50
BIC BYLADEM1SRS

HypoVereinsbank Roth
IBAN DE16 7642 0080 0005 6091 00
BIC HYVEDEMM065

Raiffeisenbank Roth-Schwabach
IBAN DE48 7646 0015 0000 1111 12
BIC GENODEF1SWR

Postbank Nürnberg
IBAN DE59 7601 0085 0003 5828 57
BIC PBNKDEFF

Hierzu hat die FQA für den Zeitpunkt der Prüfung folgendes festgestellt:

I. **Daten zur Einrichtung:**

Einrichtungsart

Stationäre Pflegeeinrichtung
Stationäre Einrichtung für ältere Menschen

Plätze aktuell:	40
Belegte Plätze:	38
Einzelzimmerquote:	51,85
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50%):	55,31 %
Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung:	3

II. **Informationen zur Einrichtung**

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.]

Von den anwesenden Pflegebedürftigen wurde bei mehreren Bewohner/innen die individuelle Lebens- und Versorgungssituation begutachtet. Inhalte der Prüfung waren Beobachtungen innerhalb der Einrichtung und Gespräche mit den Bewohner/innen sowie Mitarbeiter/innen. Die allgemeine Verwendung der Begriffe „Bewohner“, „Mitarbeiter“ etc. in diesem Bericht ist geschlechtsneutral zu werten und soll keinesfalls diskriminierend sein. Vielmehr soll dies einem ungestörten Textfluss beim Lesen dienen.

Hausrundgang / Wohnqualität / Dokumentation

Die vorgehaltenen 40 Pflegeplätze verteilen sich auf zwei Stockwerke. Das Erdgeschoss mit seinen 21 Plätzen bildet die Station 1 und das Untergeschoss mit seinen 19 Plätzen die Station 2. Durch die vorhandenen 14 Einzelzimmer errechnet sich eine Einzelzimmerquote i.H.v. 51,85 %. Alle eingesehenen Räumlichkeiten zeigten sich am Tag der Begehung sauber. Die Wohnräume der Bewohner waren nach den individuellen Wünschen und Bedürfnissen gestaltet. In der Einrichtung wurde eine EDV-gestützte Dokumentation eingeführt. Die geplante Einführung einer verschlankten Dokumentation wurde noch nicht umgesetzt.

Ehrenamtliche Mitarbeiter

Positiv zu nennen ist, dass die Einrichtung über einen festen Stamm an ehrenamtlichen Mitarbeitern verfügt. Diese Helfer unterstützen die Bewohner bei ihren Spaziergängen und begleiten sie zu den Gottesdiensten. Ein hauptamtlicher Seelsorger, der vierzehntätig im Hause ist, leistet Besuchsdienste ab und hält auf Wunsch der Bewohner Gottesdienste in deren Zimmern ab.

Soziale Betreuung

Die beobachteten Gruppenangebote fanden in einer angemessenen Gruppenstärke statt. Hierbei zeigte sich bei den Betreuungsassistenten ein freundlicher und zugewandter Umgang

mit den Bewohnern.

Personal

Die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote i.H.v. mindestens 50 % sowie die Vorhaltung von gerontopsychiatrischen Fachpersonal zeigte sich am Tag der Begehung als erfüllt. Dem Dienstplan zufolge zeigte sich im Nachtdienst der Einsatz von einer Pflegefachkraft.

Pflege

Der Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern konnte als zugewandt und aufmerksam beobachtet werden. Die anwesenden Mitarbeiter zeigten sich am Tag der Prüfung kooperativ. Seitens der Bewohner wurden die Mitarbeiter als freundlich und zugewandt umschrieben. Eine Qualitätsentwicklung im Bereich der Pflege war nicht erkennbar.

II.2 Qualitätsentwicklung

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

Bei der diesjährigen Begehung konnte insgesamt eine negative Qualitätsentwicklung festgestellt werden. Allen Anschein nach ist diese Entwicklung mit auf die seit Jahren fehlende Mitarbeiterkonstanz in der Führungsebene als Einrichtungs- und Pflegedienstleitung zurückzuführen. Wesentliche Aspekte scheinen derzeit die mangelnde Pflegeorganisation, die mangelnde adäquate Umsetzung der Personalführung sowie die mangelnde Kenntnis mit der Dokumentation zu sein.

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.]

Ausstattungs-elemente

Barrierefrei nutzbare Türen müssen nach der DIN 1840-2 mit einem geringen Kraftaufwand zu öffnen und zu schließen sein. Andernfalls sind automatische Türsysteme erforderlich. Hinsichtlich dieser Norm wird eine Überprüfung der Zugangstüren zu den Stationen angeregt.

Im Aufenthaltsraum (Station 1) fand sich eine lose Sockelleiste. Diese sollte ausgetauscht bzw. befestigt werden.

Personal

Derzeit scheinen die einzelnen Verantwortungsbereiche der Mitarbeiter noch nicht klar definiert. Diesbezüglich wird eine Überarbeitung der einzelnen Verantwortungsbereiche der in der Pflege tätigen Berufsgruppen angeregt. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass die zugewiesenen Aufgaben und Kompetenzen jedem Mitarbeiter bekannt und nachvollziehbar sind. Entsprechende Stellenbeschreibungen wären hierfür eine wichtige Orientierungshilfe für die tägliche Arbeit. Im Zuge der Personalaufbauorganisation sollte auch das Organigramm überarbeitet werden, dass aus diesem die Hierarchie mit den jeweiligen Weisungsbefugnissen in der Einrichtung klar ersichtlich ist, bzw. hervorgeht.

Dienstpläne

Aktuell wird für beide Stationen ein gemeinsamer Dienstplan geführt. Hieraus lässt sich keine Information über die Personalsituation auf den einzelnen Stationen ableiten. Die Erstellung von separaten Dienstplänen würde für eine entsprechende Transparenz sorgen. Bei der Personaleinsatzplanung sollten angemessene Übergabezeiten mit einfließen, um den ordnungsgemäßen Informationsaustausch bei Schichtübergabe zu gewährleisten.

Bewohnergespräche

Bei den geführten Bewohnergesprächen zeigte sich diesjährig eine Unzufriedenheit bei den ein oder anderen Bewohner der Einrichtung. Inwieweit die geäußerte Kritik in allen Punkten der Einrichtung gegenüber gerechtfertigt ist, lässt sich schwer bzw. nicht abschließend beurteilen. Beim Zuhörer entstand jedoch der Eindruck, dass wiederkehrende Gespräche mit diesen Bewohnern hinsichtlich ihrer speziellen Vorlieben eine Abhilfe schaffen könnte. Dies wäre u.a. der Fall bei den geäußerten Wünschen zum Frühstück, zugleich ein Kännchen Kaffee anstatt einer Tasse zu erhalten und auch auf ein gut greifbares Besteck bzw. Geschirr zu achten. Auch der individuelle Wunsch -mehr Zeit fürs baden-, könnte zugleich berücksichtigt werden.

Pflege

Im Gespräch mit den Pflegekräften entstand der Eindruck einer unzureichenden Einarbeitung in das EDV-Programm. Einigen Mitarbeitern schien es noch schwer zu fallen, schnell relevante Informationen zu finden. Um eine ausreichende, übersichtliche Dokumentation über die einzelnen Bewohner zu gewährleisten bzw. auch um die Unsicherheiten und Ängste des Pflegepersonals abzubauen, wird eine erneute Schulung angeraten.

Qualitätsmanagement

Ein wesentliches Instrument, um die Bewohnerzufriedenheit in der Einrichtung zu erfahren, stellt die schriftliche Bewohner- bzw. Angehörigenbefragung dar. Die letzte Befragung fand nach Angaben der Einrichtung vor drei Jahren statt. Eine erneute Befragung wird angeregt.

Bewohnervertretung

Bislang konnte keine Bewohnervertretung gebildet werden. Ersatzweise wurde ein Bewohnerfürsprecher bestellt. Das Amt des bestellten Bewohnerfürsprechers endet im Oktober 2017. Durch Aushänge sollte die Einrichtung frühzeitig die Bereitschaft für die Wahl einer Bewohnervertretung wecken bzw. bekunden. Nach den gesetzlichen Vorgaben können auch Angehörige, gesetzliche Betreuer sowie sonstige Vertrauenspersonen der Bewohner wählen bzw. gewählt werden. Der seit Jahren sehr engagierte, bestellte Bewohnerfürsprecher könnte sich dieser Wahl stellen, um weiterhin sein Amt wahrzunehmen.

Soziale Betreuung

In der Dokumentation wurde häufig der Punkt „Speiseplan besprechen“ als soziale Betreuung abgezeichnet. Dies stellt jedoch keine individuelle, zielgerichtete und geplante soziale Betreuung dar, sondern entspricht eher einer gewöhnlichen Alltagshandlung. Es wird empfohlen, in der Dokumentation nur die Aktivitäten einzutragen und zu beschreiben, die einer zielgerichteten, individuellen und geplanten sozialen Betreuung entsprechen.

Ein Bewohner äußert im Gespräch, dass er gerne mehr spazieren gehen würde. Er könne dies aber nicht alleine, da die Wege sehr schlecht seien und mit dem Rollator nicht bzw. sehr schlecht zugänglich wären. Es sollte von Seite der Einrichtung überlegt werden, ob und wie der Wunsch des Bewohners umgesetzt werden könnte.

Hygiene

In den Stationsbädern sowie auf den Pflegewägen fanden sich beschriftete Pflegeprodukte wie bspw. Duschgel, Körperlotion, Haarwäsche etc., so dass von einem nicht bewohnerbezogenen Gebrauch ausgegangen werden muss. Pflegeprodukte sind ausschließlich bewohnerbezogen aufzubewahren und zu beschriften.

Auf den beiden Stationen zeigte sich eine unterschiedliche Handhabung der Beschriftung der Händedesinfektionsmittelgebinde. Während auf Station 2 überwiegend das Datum des Anbruchs vermerkt wird, wird auf Station 1 hingegen das Anbruchs- und Verfallsdatum verwendet. Beide Varianten sind per se möglich. Allerdings stellt die alleinige Dokumentation des Datums des Anbruchs hohe Anforderungen an Mitarbeiter und Kenntnisse über das Verfallsdatum. In der Einrichtung sollte ein klares Konzept für alle Mitarbeiter vorliegen, welches die Verantwortlichkeiten für die Befüllung und Beschriftung der Händedesinfektionsmittelgebinde definiert. Die Beschriftungen sollten zudem beständig gegen die verwendeten Desinfektionsmittel sein (ggfs. Verwendung von Prüfplaketten, Aufkleber etc.).

Die vorgefundenen Blutdruckmessgeräte werden regelmäßig messtechnisch gewartet bzw. alle 2 Jahre ausgetauscht. Allerdings werden diese Medizinprodukte nur in einer Inventarliste geführt. Ein Medizinproduktebuch konnte nicht vorgelegt werden. Für Medizinprodukte mit Messfunktion wird eine messtechnische Kontrolle nach § 11 der MPBetreibV vorgeschrieben. Die Betreiber der Medizinprodukte, so auch Pflegeheime und Pflegedienste, haben messtechnische Kontrollen durch geeignete Personen oder die Eichbehörde durchführen zu lassen. Ebenso soll entsprechend § 7 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung für die Medizinprodukte ein Medizinproduktebuch geführt werden. Das Medizinproduktebuch (ebenso Gebrauchsanweisungen und die dem Medizinprodukt beigefügten Hinweise) ist so aufzubewahren, dass die Angaben dem Anwender während der Arbeitszeit zugänglich sind. Nach der Außerbetriebnahme des Medizinproduktes ist das Medizinproduktebuch noch fünf Jahre aufzubewahren.

Die telefonischen Arztverordnungen werden im PC dokumentiert. Allerdings fand sich bei zahlreichen Bewohnern kein schriftliches Handzeichen bzw. eine Unterschrift des Arztes, welches die Verordnung tatsächlich belegt. Es muss bei allen Verordnungen immer die Unterschrift des Arztes oder ein unterschriebenes Fax vorliegen. Dies ist wichtig, damit sichergestellt ist, dass wirklich die vorliegende Verordnung vom Arzt auch so gemeint ist. Mit der Unterschrift übernimmt der Arzt die Verantwortung für seine Verordnung.

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.]

III.1 Qualitätsbereich: Angemessene Qualität der Pflege

III.1.1.1 Kernqualitätsbereich Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung:

Mobilität

Für den besuchten, immobilen Bewohner ist in der Tagesstruktur eine tägliche Mobilisation in den Pflegerollstuhl vorgesehen. Laut Aussage des Bewohners und der Pflegekräfte findet eine Mobilisation auf Grund Zeitmangels nur jeden zweiten Tag statt. In der Dokumentation wird die

Mobilisation täglich als durchgeführt vermerkt. Es waren keine Begründungen für Abweichungen der Tagesstruktur dokumentiert.

III.1.1.2 Kernqualitätsbereich Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung:

Alltagsaktivitäten

Bei zwei besuchten Bewohnern wurde die Rufanlage in nicht erreichbarer Nähe vorgefunden. Im Bedarfsfall ist es den Bewohnern nicht möglich, Hilfe einzufordern. Im Pflegeplan der Bewohner sind keine Maßnahmen/Nachschauregelungen geplant.

III.1.1.3 Kernqualitätsbereich Gesundheitsfürsorge

Dekubitusprophylaxe

Bei einem immobilen Bewohner konnte eine fehlerhafte Einstellung der Wechsellagermatratze festgestellt werden. Der im Liegen gelagerte, dekubitusgefährdete Bewohner wiegt aktuell 65 kg. Der Stellregler der Matratze zeigte 90 kg an. Die Überprüfung zeigte einen zu hohen Auflagedruck des Bewohners am Gesäß. Der Nutzen der Matratze wurde durch die zusätzliche Moltonauflage unterdrückt. Eine besondere Beachtung bei der Anwendung von druckverteilenden Hilfsmitteln ist nicht vorhanden.

III.1.2

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

III.1.3.1 Beratung

Wir raten der Einrichtung dringend die in der Pflegeplanung festgelegten Mobilisationszeiten auch tatsächlich durchzuführen. Abweichungen sind mit schlüssiger Begründung zu dokumentieren. Bewegung ist ein zentraler Bestandteil des Lebens und die Hauptsäule vieler prophylaktischer Maßnahmen.

III.1.3.2 Beratung

Den Bewohnern muss es möglich sein, jederzeit ohne körperliche Anstrengung Hilfe herbeizuholen. Bei eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten des Bewohners müssen Maßnahmen und Nachschauregelungen geplant und in der Pflegeplanung vermerkt werden.

III.1.3.3 Beratung

Eine gewichtsadaptierte, korrekte Einstellung und regelmäßige Überprüfung des Wechsellagerdrucksystems ist unabdingbar, um ein sicheres und zielorientiertes Handeln (Dekubitus vermeiden) gewährleisten zu können. Der Nutzungsempfehlung für Wechsellagerdrucksysteme vom Hersteller ist Beachtung zu schenken.

III.2 Qualitätsbereich: Angemessene Qualität der Hygiene

III.2.1.1 Sachverhalt

In den Händedesinfektionsmittelspendern fand sich überwiegend ein Desinfektionsmittel namens SkinmanSoft. In zwei weiteren Spendern wurde ein Desinfektionsmittel namens Spitacid vorgefunden. Der jeweils aushängende Hygiene- und Desinfektionsplan listet aber zur Händedesinfektion nur SkinmanSoft auf.

III.2.1.2 Sachverhalt

Auf der Station 2 fanden sich im Stationszimmer am Handwaschbecken ein Seifenspender, welcher keine berührungsfreie Entnahme ermöglicht, sowie ein in Benutzung befindliches Hygiene-Handgel aus dem Drogeriemarkt.

III.2.1.3 Sachverhalt

In den Stationszimmern fanden sich lose metallene Instrumente (Pinzetten). Eine Erklärung, ob eine Benutzung dieser Instrumente stattfindet, konnte nicht gegeben werden. Prinzipiell ist aber beim Vorhalten dieser Instrumente auch von einem entsprechenden Gebrauch auszugehen.

III.2.1.4 Sachverhalt

In den Stationen wurden Absauggeräte gefunden, welche nicht bewohnerbezogen benutzt werden und zudem über Einwegabsaugkatheter, Absaugschläuche aus Plastik und Auffangbehälter aus Glas verfügen.

III.2.1.5 Sachverhalt

In den Wäschelagern werden Inkontinenzmaterialien sowie Umverpackungen auf dem Boden unter den Regalen gelagert.

III.2.1.6 Sachverhalt

Auf Station 2 war am Tag der Begehung das Stationszimmer nicht verschlossen bzw. die Tür nicht geschlossen und somit für jeden zugänglich.

III.2.1.7 Sachverhalt

In der Wäscherei / Lager der Reinigung fand sich ein Holzregal mit einer sehr rauen und daher schlecht bzw. nicht ausreichend zu reinigenden / zu desinfizierenden Oberfläche. Zudem werden in diesem Regal die sauberen Wischmopps offen gelagert.

III.2.1.8 Sachverhalt

Die Wischmopps zur Flächenreinigung werden zum Teil von der externen Reinigungsfirma sowie von den Mitarbeitern im Haus in einer Waschmaschine gewaschen. Dabei wird die Waschmaschine ohne Benutzung einer Schutzkleidung bestückt. Die Entnahme der Wischmopps erfolgt ohne vorhergehende Desinfektion der Waschmaschinenöffnung, so dass hierbei eine Kontamination der Arbeitskleidung sowie der sauberen Wischmopps und damit eine Weiterverbreitung von Keimen möglich sind.

III.2.1.9 Sachverhalt

In der Einrichtung wird ein unzureichender Mundschutz vorgehalten.

III.2.2

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

III.2.3.1 Beratung

Wie bereits auf dem Hygiene- und Desinfektionsplan beschrieben, verliert dieser seine Gültigkeit bei dem Einsatz nicht genannter Produkte. Außerdem zeigte das Datum der letzten Überarbeitung den Stand von 2011. Die vorliegenden Hygiene- und Desinfektionsmittelpäne sollten auch den tatsächlich vorhandenen Gegebenheiten entsprechen. Zudem sollte dieser mindestens einmal jährlich auf Vollständigkeit und Aktualität überprüft werden.

III.2.3.2 Beratung

Eine Verwendung von anderen Händedesinfektionsmitteln /-gelen o.ä. Zubereitungen, die nicht im Hygieneplan und VAH-gelistet sind, ist nicht zulässig.

III.2.3.3 Beratung

Entsprechend der MPBetreibV §4 Abs. 2 ist die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Ordnungswidrig im Sinne des § 42 Abs. 2 Nr. 16 des Medizinproduktegesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 4 Abs. 2 Satz 1 die Aufbereitung eines dort genannten Medizinprodukts nicht richtig durchführt. Da eine Sterilisation in der Einrichtung nicht möglich ist, empfehlen wir die verbliebenen Instrumente zu entsorgen und auf Einmalartikel umzustellen.

III.2.3.4 Beratung

Entsprechend der MPBetreibV §4 Abs. 2 ist die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Da eine Sterilisation (z.B. des Auffangbehältnisses) in der Einrichtung nicht möglich ist, empfehlen wir die Umstellung auf Einmalartikel (Absaugkatheter, Auffangbeutel etc.).

III.2.3.5 Beratung

Grundsätzlich ist die Lagerung von Umverpackungen in reinen Bereichen hygienisch unzulässig. Zudem sollten Einzelbinde zur Lagerung aus der Umverpackung entnommen werden. Ebenso sollten laut RKI-Richtlinie zur Flächendesinfektion und Hygiene in Altenheimen alle Oberflächen und Böden leicht zu reinigen und desinfizieren sein. Aufgrund der Lagerung der Umverpackungen auf dem Boden ist dies nicht möglich.

III.2.3.6 Beratung

Stationszimmer sind immer verschlossen zu halten, um den notwendigen Datenschutz zu gewährleisten.

III.2.3.7 Beratung

Hygienisch sollten bauliche und technische Voraussetzungen vorliegen, die es ermöglichen, Oberflächen (Fußböden, Arbeitsflächen, Oberflächen von Arbeitsmitteln) leicht zu reinigen, die beständig gegen die verwendeten Reinigungsmittel und gegebenenfalls Desinfektionsmittel sind. Hier muss ein Austausch der Holzregale gegen Metall- oder Kunststoffregale erfolgen. Saubere Wischmopps sind geschlossen bzw. staubgeschützt zu lagern.

III.2.3.8 Beratung

Zur Beladung der Waschmaschine ist eine geeignete Schutzkleidung zu tragen. Diese sollte als Einmalmaterial Verwendung finden (bspw. Einmal-Schutzkittel aus PVC). Der unmittelbare Bereich vor der Maschine ist nach der Beladung zu reinigen und die Maschinenöffnung zu desinfizieren. Vor Entnahme der Wäsche ist die Schutzkleidung abzulegen. Eine schriftliche Verfahrensanweisung zum Hygieneplan ist zu erstellen.

III.2.3.9 Beratung

Geeignet ist ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz (MNS), wenn er die Anforderungen an die Gerätekategorie FFP1 nach DIN EN 149 erfüllt. Dieser MNS, schützt aber nicht den Tragenden, sondern den Patienten vor einer Infektion, so dass bei Arbeiten mit erregerehaltigen Aerosolen (bspw. Enteritiserreger) die Mitarbeiter einen Mundschutz der Stufe FFP2 tragen sollen.

III.3 Qualitätsbereich: Angemessene Qualität der Medikamente / Betäubungsmittel

III.3.1 Sachverhalt

Bei Überprüfung der Betäubungsmittel konnte eine Flasche Tinctura opii außerhalb / neben dem Tresor vorgefunden werden.

III.3.2

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

III.3.3 Beratung

Nach § 15 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) hat jeder Teilnehmer am Betäubungsmittelverkehr die in seinem Besitz befindlichen Betäubungsmittel gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig einer vollziehbaren Anordnung nach § 15 Satz 2 zuwiderhandelt.

III.4 Qualitätsbereich: Angemessene Qualität der sozialen Betreuung

III.4.1.1 Sachverhalt

Bei der Durchsicht verschiedener Dokumentation zeigt sich, dass die soziale Betreuung unzureichend aufgezeichnet wird. Biografische Informationen der Bewohner sind zu knapp eingetragen und teilweise auch nicht aktuell. Ebenso zeigt sich, dass die Zieleformulierungen und Maßnahmenplanung der sozialen Betreuung zu allgemein und nicht individuell formuliert sind. Eine regelmäßige Ergänzung und Evaluation der Maßnahmenplanung kann nicht nachvollzogen werden. Zudem scheinen die Mitarbeiter schlecht im Umgang mit dem Computerprogramm geschult. Ein umfassender und zügiger Überblick über die aktuelle Lebenssituation der Bewohner ist so schlecht möglich.

III.4.1.2 Sachverhalt

Eine Koordination und gezielte Planung der sozialen Betreuung ist nicht nachvollziehbar. Die Betreuungsassistentinnen arbeiten derzeit ohne Koordination durch eine Fachkraft, ohne regelmäßige Absprachen, Planungen und Dienstbesprechungen. Die Gerontofachkräfte sind derzeit ausschließlich in der Pflege beschäftigt und haben daher keine Ressourcen, um ihrer Multiplikatorenrolle und der Koordination der sozialen Betreuung nachzukommen. Auch eine schlüssige Konzeption der sozialen Betreuung liegt nicht vor.

III.4.2

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

III.4.3.1 Beratung

Um eine sinnvolle, zielgerichtete und individuelle Planung der sozialen Betreuung und Begleitung der Bewohner sicherzustellen, ist es unabdingbar, konkrete, überprüfbare und realisierbare Ziele und die hierfür notwendigen Maßnahmen zu formulieren, zu dokumentieren und auch zu evaluieren. Eine ausführliche Biografie des Bewohners ist eine wichtige Grundlage, um überhaupt Ziele für die Bewohner formulieren zu können. Hier sind auch die Ressourcen bei der Maßnahmenplanung umfassend zu berücksichtigen. Die Beachtung des PDCA – Zyklus ist hier eine wichtige Methode der Qualitätssicherung. Eine Nachschulung der Mitarbeiter im Umgang mit dem EDV Programm scheint unumgänglich.

III.4.3.2 Beratung

Einer Fachkraft sollte die Verantwortung für die Koordination und Planung der sozialen Betreuung übergeben werden. Hierfür sollten auch die zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

III.5. Qualitätsbereich: angemessene Qualität der Personaleinsatzplanung

III.5.1 Sachverhalt

Eine stichprobenartige Auswertung der Dienstpläne zeigte den Einsatz von nur einer Pflegefachkraft für beide Stationen.

Dies betrifft folgende Tage und Zeiten:

01.02,	6.15 bis 13.30 Uhr.
03.02, 07.02.,	6.15 bis 8.00 Uhr
05.02, 13.02, 15.02, 25.02, 27.02,	14.00 bis 15.30 Uhr
07.02, 17.03,	15.30 bis 20.45 Uhr
09.02, 11.02, 17.02, 19.02, 03.03, 05.03, 13.03, 15.03, 21.03	14.00 bis 20.45 Uhr

III.5.2

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

III.5.3 Beratung

Um eine kontinuierliche Pflege und Versorgung der Bewohner zu gewährleisten, erscheint der durchgehende Einsatz von mindestens einer Pflegefachkraft pro Station im Früh- sowie im Spätdienst dringend erforderlich.

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.

IV.1 Qualitätsbereich: Angemessene Qualität der Pflege

IV.1.1.1 Kernqualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung

Ernährung

Bei dem besuchten immobilien Bewohner mit Druckgeschwür am Gesäß konnte laut Pflegedokumentation eine kontinuierliche Gewichtsabnahme festgestellt werden.

Bei einem weiteren immobilien Bewohner konnte sowohl eine kontinuierliche Gewichtsabnahme als auch eine mangelhafte Flüssigkeitsversorgung festgestellt werden. In der Dokumentation des Bewohners konnte eine Arztanordnung eingesehen werden, die bei einer Trinkmenge von weniger als 750ml eine zusätzliche subkutane Infusion vorsieht. Ein schriftlicher Einfuhrplan liegt nicht vor, die Eintragungen werden in der computergestützten Dokumentation nur lückenhaft vorgenommen. Die Übersicht ist dadurch sehr erschwert. So konnten Einträge in der Dokumentation von 600ml festgestellt werden. Eine Gabe der angeordneten Infusion war nicht zu erkennen. Für beide Bewohner ist keine individuelle Ernährungsplanung oder Flüssigkeitsversorgung geplant. Ein fachgerechter Umgang mit dem Gewichtsverlust beider Bewohner fand nicht statt.

IV.1.1.2 Kernqualitätsbereich: Helfender Umgang

Wundmanagement

Wie bereits bei der Begehung am 31.01.2015 und am 10.03.2016 bestehen wiederholt Mängel im Wundmanagement. Bei einem begutachteten Bewohner mit vorhandenem Dekubitus am Gesäß konnte kein Wundprotokoll vorgelegt werden. Eine aktuelle Aussage über die Wundverhältnisse konnten der Dokumentation nicht entnommen werden.

IV.1.2

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

IV.1.3.1 Beratung

Eine individuelle, auf den jeweiligen Bewohner bezogene Planung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist mittels Ernährungsmanagement zu erstellen. Für Risikobewohner ist ein nachweislicher Ein-/Ausfuhrplan zu führen.

IV.1.3.2 Beratung

Im Rahmen des Wundmanagements ist die Wunddokumentation ein fester Bestandteil der Qualitätssicherung. Eine Wunddokumentation ist zu führen. Eine Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit dem Wundmanagement wird angeraten.

IV.2 Qualitätsbereich: Angemessene Qualität der Hygiene

IV.2.1. Sachverhalt

Auf der Station 2 fand sich im unreinen Arbeitsraum ein Hände-Desinfektionsmittelgebinde ohne Anbruch- bzw. Verfallsdatum.

IV.2.2

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

IV.2.3 Beratung

Nach Anbruch von Hände-Desinfektionsmittelgebinden sollte auf allen Flaschen das Anbruch-, aus Praktikabilitätsgründen eher aber das Verfallsdatum dokumentiert werden, um eine Überlagerung zu vermeiden. Nach § 2(1) des deutschen Arzneimittelgesetzes (AMG) sind Händedesinfektionsmittel sind als zulassungspflichtige Arzneimittel definiert. Damit unterliegen sie den arzneimittelrechtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes. Bei Arzneimitteln, zu denen die Hände-Desinfektionsmittel in Deutschland gehören, muss die Haltbarkeit nach Anbruch ausgewiesen werden. Grund: Sobald ein Produkt geöffnet ist, verkürzt sich dessen Haltbarkeitszeit deutlich. Es gelangt Luft in die Gebinde, die Wirksubstanzen lassen mit der Zeit nach oder es besteht die Gefahr der Kontamination.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

Festgestellte erhebliche Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 des PflWoqG, aufgrund derer im Regelfall eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 PflWoqG erfolgt.

V.1.1.1 Kernqualitätsbereich Gesundheitsfürsorge

Dekubitusprophylaxe

Für den besuchten Bewohner konnte trotz erheblicher Risiken keine individuell geplante Dekubitusprophylaxe vorgelegt werden. Durch die fehlenden Prophylaxen ist bei dem Bewohner innerhalb kürzester Zeit ein Dekubitus am Gesäß entstanden. Die Gesundheitsgefährdung durch Unterlassen wurde als erheblicher Mangel gewertet.

V.1.1.2 Kernqualitätsbereich: Helfender Umgang

Schmerzmanagement

Ein Bewohner mit Wunde am linken Schienbein klagte am Begehungstag über Schmerzen. Im Verlaufsbericht der Pflegedokumentation fand sich ein Eintrag vom 18.03.2017: „Bewohner klagt über Schmerzen“. Eine pflegerische Konsequenz war nicht dokumentiert. Eine reflektierte Schmerzerfassung wurde nicht vorgenommen. In der Bedarfsmedikation war ein Schmerzmittel ärztlich verordnet.

Bei einem Bewohner sind Sturzereignisse am 18.03.2017 und 22.03.2017 dokumentiert. Eine Schmerzerfassung wurde nach diesen akuten Ereignissen, die pflegfachliches Handeln erfordern, nicht durchgeführt.

Ein weiterer Bewohner mit Zustand nach Zehenamputation und aktuellem Ulcus an der Ferse berichtet von Schmerzen beim Verbandwechsel. Der Dokumentation konnte ein Eintrag vom 08.03.2017 „Verbandwechsel sehr schmerzhaft“ und vom 12.03.2017 „ist bedrückt, dass Fuß schmerzt“ entnommen werden. Eine Schmerzerfassung wurde nicht durchgeführt. Maßnahmen wurden nicht eingeleitet.

V.1.2

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

V.1.3.1

Ab sofort ist bei jedem pflegebedürftigen Bewohner eine grundsätzliche, nachvollziehbare Einschätzung hinsichtlich einer möglichen Dekubitusgefährdung zu treffen. Bei Feststellung einer solchen Gefährdung sind konkrete Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus zu planen, durchzuführen und in geeigneten Abständen auf ihre Eignung hin zu evaluieren. (Auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege wird verwiesen)

Ein individueller Bewegungsplan ist zu erstellen. Ein schriftlicher Durchführungsnachweis ist am Bewohnerbett vorzuhalten.

V.1.3.2

Ab sofort ist bei jedem pflegebedürftigen Bewohner eine grundsätzliche, nachvollziehbare Einschätzung hinsichtlich möglicher Schmerzen zu treffen und bei vorhandenen Schmerzen eine systematische Schmerzerfassung anzuwenden. (Auf den Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen und auf den Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen wird hingewiesen)

Der Träger hat sicherzustellen, dass sich die pflegerische Versorgung der Bewohnerschaft nach dem anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse richtet. Dies ist nur möglich, wenn die Mitarbeiter laufend geschult werden. Eine Fortbildung des Pflegepersonals für die Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ ist notwendig.

VI. Dieser Prüfbericht wird dem Wunsch des Trägers entsprechend veröffentlicht.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem am Tag der Einrichtungsbegehung bzw. Prüfung festgestellten Mangelsachverhalt um eine Momentaufnahme handelt, sodass ein im Nachgang zu der Prüfung evtl. erfolgtes Abstellen von Mängeln im Rahmen des Anhörungsverfahrens unberücksichtigt bleiben musste.