

**Qualitätsprüfung
in der vollstationären Pflegeeinrichtung
Wohnpflegezentrum Reinickendorf
Haus Teichstrasse
Teichstrasse 44
13407 Berlin**

Anlass für die unangemeldete Qualitätsprüfung waren dezidierte Hinweise auf mögliche Qualitätsmängel (Einzelprüfung).

Die gesetzlichen Grundlagen sind der § 112 SGB XI und die Vereinbarungen zu den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI. Die einheitliche Umsetzung der Qualitätsprüfungen basiert auf der "MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI". Die Prüfung umfasste die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflegeeinrichtung.

Die Qualitätsprüfung fand vom **26. 04. bis 27. 04. 2006** statt.

PRÜFBERICHT

1. Allgemeine Angaben

Folgende Personen haben die Qualitätsprüfung durchgeführt:

Mitarbeiterinnen des MDK Berlin-Brandenburg e. V.:

Frau Caspers
Frau Freidank
Frau Freimuth

Während der Prüfung anwesende Personen:

Gesprächspartner/innen der Pflegeeinrichtung:

Frau Nowatzki	Heimleiterin
Frau Schernig	verantwortliche Pflegefachkraft
Frau Preußner	Vertreterin des Trägers
Frau Pape	Qualitätsbeauftragte
Frau Klebs	Wohnbereichsleitung, im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität

Weitere Anwesende:

Herr Scholz Praktikant des MDK Berlin-Brandenburg e. V.

Zu Beginn der unangemeldeten Qualitätsprüfung wurden den Verantwortlichen folgende **Prüfanlässe** genannt, diese resultieren aus:

- den durch die Heimaufsicht im Rahmen einer Begehung im März 2006 aufgenommenen Mängeln
- der angespannten Personalsituation und einem häufigen Personalwechsel
- einer unzureichenden Bewohnerversorgung u. a. hinsichtlich der erbrachten Körperpflegefrequenz
- Hygienemängeln

Im März 2006 wurde die Pflegeeinrichtung durch die **Heimaufsicht** nach Anmeldung besucht. Ein diesbezüglicher Bericht mit den aufgenommenen Mängeln sowie eine darauf bezogene Rückmeldung der Pflegeeinrichtung lag vor. Es wurden demzufolge lt. Angaben der Verantwortlichen folgende Veränderungen eingeleitet:

- die Türen der Fäkalspülräume wurden mit einem schwer zu öffnenden Drehknopf versehen
- Bettleuchten in der ersten Etage wurden verändert
- eine Anpassung der Helligkeit/Leuchtkraft in den Bädern erfolgte
- Lüftungsanlagen wurden gesäubert
- Malerarbeiten wurden durchgeführt
- Armaturen sollen ausgetauscht werden

In die genannten und weiterhin vorgesehenen Veränderungen sei das Servicemanagement, die Vermietungsgesellschaft und die Heimleitung eingebunden.

Ende des Jahres 2005 erfolgte eine Begehung durch das **Gesundheitsamt** aufgrund gehäuft aufgetretener Durchfallerkrankungen.

Durch den **MDK Berlin-Brandenburg e. V.** fand 03/2002 eine unangemeldete anlassbezogene Qualitätsprüfung statt. 07/2003 und letztmalig 11/2004 wurde eine unangemeldete anlassbezogene Evaluation durchgeführt. Hierbei wurden jeweils u. a. eine angespannte Personalsituation und Defizite in allen Qualitätsbereichen festgestellt und der dringende Handlungsbedarf verdeutlicht.

Name der Einrichtung:

Wohnpflegezentrum Reinickendorf, Haus Teichstrasse

Träger/Inhaber der Einrichtung:

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Ein gemeinsamer Versorgungsvertrag liegt mit einer weiteren Pflegeeinrichtung in der Sommerstrasse vor. In dieser Pflegeeinrichtung sind separate Leitungsmitarbeiter eingesetzt. In unmittelbarer Nachbarschaft wird eine weitere vollstationäre Pflegeeinrichtung des Trägers eigenständig mit insgesamt 117 Pflegeplätzen betrieben.

Heimleiter:

Frau Nowatzki Qualifikation: u. a. zur Leitung von Pflegeeinrichtungen.

Sie ist für zwei weitere Pflegeeinrichtungen des Trägers in der Büschingstrasse (Friedrichshain) und in der Sommerstraße im Bezirk Reinickendorf zuständig. Bei ihren Abwesenheiten wird sie durch die jeweiligen verantwortlichen Pflegefachkräfte vertreten.

Verantwortliche Pflegefachkraft:

Frau Schernig Qualifikation: Kinderkrankenschwester mit leitungsbezogener Weiterbildung

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft:

Frau Martin Qualifikation: Krankenschwester

Die **Einrichtung** besteht seit 1978 als Seniorenwohnhaus, seit 1996 als vollstationäre Pflegeeinrichtung. Laut Angaben werden **keine Zusatzleistungen** angeboten. Ein Heimvertrag blanko wurde eingesehen.

Art der Einrichtung und Versorgungssituation (Siehe auch Anlage - A - des Prüfberichts)

Angaben zur pflegerischen Situation der Bewohner lt. der durch die Pflegeeinrichtung ausgehändigten Übersicht:

WB	Dekubitus	transurethrale Blasen Katheter	PEG-Sonde	Fixierungen/ Bettgitter	Kontrakturen	Vollst. immobil	Diab. Mell.
1	0	10	4	20	6	12	6
2	1	7	3	0	3	5	3
3/4	2	5	1	3	11	21	10
5/6	0	8	2	11	0	0	8

Anmerkung zu o. g. Blasen Katheter:

Lt. Angabe erfolgt bei diesen Bewohnern die Harnableitung teilweise seit Jahren über einen transurethralen Blasen Katheter. Legen und Wechsel erfolgt durch eine Urologin, die Hausbesuche durchführt.

Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität bei betroffenen Bewohner war den Pflegefachkräften keine Begründung für den Blasen Katheter bekannt, eine ärztliche Indikation lag nicht vor. Bei Nachfrage wurde angegeben, dass dies höchstwahrscheinlich auch die anderen Bewohner mit einem transurethralen Blasen Katheter betrifft.

- Es wurde dringend zu einer Kommunikation mit der behandelnden Ärztin geraten und in diesem Zusammenhang auf den Arbeitstext „Kontinenzförderung“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) von 10/2005 hingewiesen.

Auch die o. g. gemachte Angabe zum Wohnbereich 5/6, dass dort kein Bewohner einen Dekubitus hat, ist in Frage zu stellen. Bei Nachfrage in dem Wohnbereich äußerte sich die diensthabende Pflegefachkraft hierzu nicht ausreichend informiert. Im Gespräch wurden auch Unsicherheiten u. a. bez. der Feststellung eines Dekubitus 1° deutlich.

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche (Siehe Anlage - B - des Prüfberichts)

Wohnbereich 1 und 2 sind jeweils in einer Etage, Wohnbereich 3 erstreckt sich über die 3. und 4. Etage, Wohnbereich 5 über die 5. und 6. Etage.

Zur **Standardausstattung** der Bewohnerzimmer gehören u. a.

- ein höhenverstellbares Pflegebett,
- ein Nachtschrank,
- ein Tisch,
- Stühle
- sowie ein abschließbarer Schrank.

Eigenmöbel können mitgebracht werden.

Eine Sanitärzelle ist allen Bewohnerzimmern zugeordnet

Bei der **Gestaltung der Wohnräume** wird den Wünschen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit nicht durchgehend Rechnung getragen. Einige Zimmer der im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität aufgesuchten Bewohner waren sehr individuell und wohnlich eingerichtet, in anderen hingegen waren lediglich wenige persönliche Gestaltungselemente vorhanden. Einige Bewohnerzimmer zeigten auch einen deutlichen Renovierungsbedarf.

Weiteres siehe Ausführungen zur Überprüfung der Ergebnisqualität.

Da wie o. g. in 03/06 eine Prüfung der Heimaufsicht stattfand, wurde im Rahmen der Qualitätsprüfung die **Einrichtungsausstattung** punktuell einbezogen.

- *stufenloser Eingang* .In den Wohnbereichen sind lt. Angabe die Räume nicht durchgehend schwellenfrei. Die an die Bewohnerzimmer angrenzenden Balkone haben ebenfalls Schwellen. Eine Änderung sollte demnächst vorgenommen werden und sei im Investitionsplan aufgenommen.
- *Zwei Aufzüge* mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen (Höhe unter 1,20 m)
- *bds. Handläufe in den Fluren*
- *behindertengerechtes Bad und Toilette auf jeder Etage*. In Stichproben wurde in einigen Pflegebädern festgestellt, dass diese sehr eng, dunkel und in deutlich renovierungsbedürftigem Zustand waren; dies wurde lt. Angabe von der Heimaufsicht bereits näher geprüft.
- *Fäkalienspüle auf jeder Etage*. In Stichproben zeigte sich u. a., dass die Beleuchtung in diesen Arbeitsräumen nicht ausreichend hell war.
- *Aufenthaltsräume*. In jeder Bewohneretage steht Bewohnern ein Aufenthaltsraum zur Verfügung, der jedoch hinsichtlich der Ausgestaltung im wesentlichen für die Einnahme von Mahlzeiten gedacht ist. An beiden Prüftagen wurden hier nur vereinzelt Bewohner angetroffen. Im Erdgeschoss gibt es einen großen Speise- und Veranstaltungsraum, der jedoch seit längerem lt. Angabe aufgrund der defekten Heizung nicht genutzt werden konnte. Eine Reparatur sei vorgesehen.
- *Rufanlage*. Ein Auslösen der Klingel wird akustisch und optisch wahrgenommen. Neben einer entsprechenden Anzeige in den Dienstzimmern hat lt. Angabe in jeder Schicht jede diensthabende Pflegekraft einen Pieper, auf dem das entsprechende Zimmer angezeigt wird. Ob es zur Nutzung der Pieper eine Verfahrensregelung gibt, blieb unklar. Bei der Begehung des Hauses wurde festgestellt, dass in den Aufenthaltsräumen keine für bewegungseingeschränkte Bewohner erreichbaren Notrufklingeln zur Verfügung standen. Mehrfach wurden dort und auch im Flurbereich sitzende Bewohner angetroffen (auch rollstuhlabhängige und offensichtlich verwirrte Bewohner), Pflegekräfte befanden sich nicht in der Nähe. Nicht alle der im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität aufgesuchten Bewohner hatten eine erreichbare Klingel.
 - Es wurde dringend geraten, die ständige Erreichbarkeit von Mitarbeitern für alle Bewohner sicherzustellen. Die Präsenz von Pflegekräften muss ebenfalls sichergestellt werden.
- *Beleuchtung*. Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität wurde festgestellt, dass die Flurbeleuchtung nicht in allen Bewohneretagen ausreichend hell war und somit eine potentielle Sturzgefahr darstellt. In einigen Bewohnerzimmern und angrenzenden Sanitärbereichen war die Oberbeleuchtung ebenfalls nicht ausreichend hell.
- *Orientierungshilfen*. Eine Beschilderung und ein Wegeleitsystem setzen sich ab dem Eingangsbereich der Pflegeeinrichtung in die Bewohneretagen fort. Die Farbanstriche der Wohnebenen sind unterschiedlich gestaltet. In den beiden Aufzügen befinden sich Hinweise zu den einzelnen Bewohneretagen. Die farblich hinterlegte Kennzeichnung korrespondiert mit der Farbgestaltung der jeweiligen Etage. Die in den Bewohneretagen in den Fluren angebrachten Aushänge waren teilweise in Schriftgröße und Layout nicht ausreichend bewohnerorientiert gestaltet.

Die Pflegeeinrichtung wird den **besonderen Anforderungen geronto-psychiatrisch beeinträchtigter Bewohner** nicht ausreichend gerecht. Die Farbgestaltung ist zwar etagenbezogen unterschiedlich gestaltet und für den Aufenthalt im Freien steht ein umfriedeter Garten zur Verfügung, aber o. g. verbesserungsbedürftige Auffälligkeiten (z. B. zur Rufanlage und fehlender personeller Präsenz) machen den Handlungsbedarf deutlich. Auch ist die unzureichende Beleuchtung in Flurbereichen und Bewohnerzimmer für desorientierte Bewohner ungeeignet. Wohnlich gestaltete Aufenthaltsräume z. B. mit milieuthérapeutischer Möblierung und Gestaltungselementen gibt es nicht.

Die Atmosphäre in den Bewohneretagen wurde an beiden Prüftagen insgesamt als unbelebt und wenig einladend wahrgenommen. Auffallend wenige Bewohner hielten sich im Flurbereich oder (außerhalb der Mahlzeiten) im Tagesraum auf. Mehrfach waren dies rollstuhlabhängige bzw. offensichtlich desorientierte Bewohner. Pflegekräfte waren nicht anwesend.

Weitere verbesserungsbedürftige Auffälligkeiten, auch bez. Sauberkeit/Hygiene:

In den Flurbereichen zeigte sich u. a. anhand der Abnutzungsspuren an Türen, Türrahmen und Wänden ein deutlicher Renovierungsbedarf. In einem Wohnbereich war im Flurbereich ein Pflegewagen abgestellt worden, in dem sich u. a. Insulin-Pens und Verbandsmaterialien befanden. Der Wagen war unverschlossen. In einem anderen Wohnbereich stand im Flurbereich ein unverschlossener Pflegedokumentationswagen.

Bei der Begehung am 1. Prüftag wurde zufällig bei offener Zimmertür eine Bewohnerin, die offensichtlich bewegungseingeschränkt und hochgradig desorientiert war, allein in ihrem Zimmer am Tisch sitzend angetroffen. Das Zimmer befand sich am Ende des langen Flures in weiter Entfernung vom Dienstzimmer, eine Notrufklingel stand ihr nicht zur Verfügung. Pflegekräfte waren nicht zu sehen. Der Fernseher war mit einem nicht bewohnerorientierten Programm eingestellt worden. Der Stuhl, auf dem sie saß, zeigte erhebliche Verschmutzungen, das Zimmer wirkte unaufgeräumt, der Wandanstrich zeigte Verschmutzungen und Abnutzungserscheinungen und der Nachttisch war ebenfalls schmutzig.

An beiden Prüftagen wurde im Rahmen teilnehmender Beobachtung festgestellt, dass das Eindecken von Tischen zu den Mahlzeiten nicht immer bewohnerorientiert, d. h. in ansprechender Weise, erfolgte. Teilweise waren Tische auch nicht vorher ausreichend gesäubert worden und Bewohner erhielten z. B. mit einem Heißgetränk gefüllte Becher, die innen und außen nicht ausreichend sauber waren.

- Zu allen o. g. Auffälligkeiten wurde entsprechend beraten und dringend zu umgehenden Änderungen geraten.

Den Bewohnern und Pflegekräften stehen lt. Angabe ausreichend Hilfsmittel, z. B. Mobilitäts- und Lagerungshilfen, eine Liegewaage, Toilettenstühle und Anti-Dekubitusmatratzen zur Verfügung.

Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität wurde mehrfach ein unsachgemäßer Umgang mit Hilfsmitteln festgestellt. Weiteres siehe an anderer Stelle des Prüfberichtes.

Kooperationsvereinbarungen/Dienstleistungsverträge bestehen u. a. mit Vivantes Tochterunternehmen:

- eine Reinigungsfirma setzt von Montag bis Samstag bis 14:00 Uhr vier Mitarbeiter ein. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden durch geleaste Pflegehilfskräfte erbracht, die für "bewohnerfremde Tätigkeiten" (BFT) zuständig sind. Diese sind wohnbereichsbezogen zugeordnet und tage- und/oder stundenweise eingesetzt.
- die Speisenversorgung erfolgt durch einen Dienstleistungsvertrag mit der Küche des Humboldtlinikums
- einer Wäscherei

weitere Kooperationsverträge bestehen mit:

- einem Hundebesuchsdienst
- mit einer Apotheke zur Belieferung, Schulung der Mitarbeiter und Überprüfung der Medikamentenbestände.

Die **Zusammenarbeit mit anderen** an der Bewohnerversorgung Beteiligter gestaltet sich folgendermaßen:

- für die Bewohner besteht eine freie Arztwahl. Mit den niedergelassenen Hausärzten könne man gut zusammenarbeiten. Fachärzte kommen ins Haus, u. a. eine Urologin und ein Chirurg im Rahmen der Wundbehandlung. Weiteres hierzu siehe Feststellungen im Rahmen der Überprüfung der Pflegezustände und Auswertung der Pflegedokumentation.
- eine Vielzahl von Physiotherapeuten sei in der Pflegeeinrichtung tätig. Hierzu siehe Feststellungen im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität bei einigen immobilen Bewohnern u. a. mit Kontrakturen
- enge Kontakte bestehen u. a. zu umliegenden Krankenhäusern und zu Kirchengemeinden in der Nähe, die sich auch um die seelsorgerische Begleitung der Bewohner kümmern.

2. Pflegetheoretische Grundlagen

Es liegt lt. Angabe kein **pflegefachlicher Schwerpunkt** vor. Bewohner mit besonderen gerontopsychiatrischen Auffälligkeiten wie zum Beispiel extremer Umtriebigkeit und Weglauftendenz werden nach Angabe nicht aufgenommen, dieses ist im Versorgungsvertrag und im Pflegekonzept nicht formuliert.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über ein schriftliches **Pflegeleitbild**. Dieses ist einrichtungsbezogen, hängt aus, wurde den Mitarbeitern bekannt gemacht und kann in den Qualitätshandbüchern eingesehen werden. Das Pflegeleitbild bezieht sich auf das gewählte Pflegemodell nach M. Krohwinkel und ist in drei Bereiche (Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Bedürfnisse und Zielstellungen gegliedert.

Ein einrichtungsübergreifendes **Einrichtungs- und Pflegekonzept**, welches individuell dieser Pflegeeinrichtung angepasst wurde, liegt vor und wurde zum Jahresende 2005 durch die einrichtungsinternen Mitarbeiter des Pflege-, Bewohner- und Qualitätsmanagements überarbeitet. Die Inhalte des Pflegekonzeptes sind vollständig und aussagefähig. Eine nachweisliche Mitarbeiterkenntnisnahme liegt zur aktuellen Fassung vor. Die Kenntnisgabe des Pflegekonzeptes wurde auch in die Einarbeitungschecklisten für neue Mitarbeiter integriert. Eine überarbeitete Fassung des Pflegekonzeptes ist noch nicht Bestandteil der Qualitätshandbücher. Es wurde angegeben, dass dieses mit der dringend erforderlichen Neusortierung aller Qualitätshandbücher vorgesehen sei.

- Das Gesamtergebnis der Qualitätsprüfung, und hier insbesondere die gravierenden Mängel in der Ergebnisqualität macht deutlich, dass die Inhalte des Pflegeleitbildes wie auch des Pflegekonzeptes nicht in die tägliche Arbeit umgesetzt werden.

3. Pflegemanagement

3.1 Aufbauorganisation Personal

Die **Organisationsstruktur dieser Pflegeeinrichtung** wird in einem einrichtungsspezifischen Organigramm, Stand 12/2005, dargestellt. Aus der Gliederung sind Unterstellungsverhältnisse, Dienstwege und Weisungsbefugnisse der Mitarbeiter erkennbar.

Die **verantwortliche Pflegefachkraft** Frau Schemig ist Kinderkrankenschwester und hat eine leitungsbezogene Weiterbildung mit einem Umfang von 1000 Stunden abgeschlossen. Entsprechende Nachweise sowie ihre Stellenbeschreibung wurden eingesehen. Sie ist vollzeitbeschäftigt (38,5 Wochenstunden) und nicht in der direkten Pflege tätig. In Abwesenheit der Heimleiterin übernimmt sie deren Aufgabenbereich.

Zu ihren Aufgaben als verantwortliche Pflegefachkraft nannte sie folgendes:

- Organisation der Pflege
 - Personaleinsatzplanung
 - Qualitätssicherung
 - Gestaltung der Pflegeprozesse
 - Überprüfung der Wirksamkeit der Pflege z. B. durch Pflegevisiten
 - Kommunikation der einzelnen Versorgungs- und Leitungsebenen aufrechterhalten
- Im Verlauf der Qualitätsprüfung wurde aufgrund der festgestellten teilweise gravierenden Mängel deutlich, dass die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Leitungsaufgaben zur fachlichen Anleitung, Kontrolle, Beratung der Pflegekräfte und zur Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen nicht ausreichend wahrnimmt.

Die **stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft** Frau Martin ist Krankenschwester und vollzeitbeschäftigt. Sie hat eine Stationsleitungsweiterbildung abgeschlossen und ist zu 70 % als stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft eingesetzt und zu 30 % ihrer Arbeitszeit als Wohnbereichsleitung des Wohnbereiches 5 tätig. Die vorliegenden Qualifikationsnachweise sowie ihre Stellenbeschreibung wurden eingesehen. Arbeitsteilige Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft werden von ihr mit übernommen, wie z. B. Überprüfung der Dienstpläne, Organisation der Einsätze von Leasing-Mitarbeitern und die Teilnahme an Pflege- und Dokumentationsvisiten. Frau Martin nimmt die Abwesenheitsvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft wahr.

Zusammensetzung Pflegepersonal (Siehe auch Anlage - C - des Prüfberichts)

- In der Personalübersicht sind die verantwortliche Pflegefachkraft und die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft enthalten.
- Die Qualifikationsnachweise aller Pflegefachkräfte lagen vor. Bei dem Einsatz von Leasingmitarbeitern lasse man sich deren Urkunden faxen.
- Derzeit sind zwei Auszubildende beschäftigt, diese werden durch die hauseigenen Mentoren angeleitet.
- Ein Zivildienstleistender ist bis Ende Mai 2006 für tagesstrukturierende Maßnahmen eingesetzt, danach sollen keine weiteren Zivildienstleistenden beschäftigt werden.
- Weitere Hilfskräfte, z. B. MAE-Kräfte, sind in dieser Pflegeeinrichtung nicht tätig.

Es besteht lt. Angabe der Gesprächspartnerinnen **unverändert eine schwierige Personalsituation** mit hohen Krankenständen und weiterhin hohem und regelmäßigem Einsatz von wechselnden Leasingmitarbeitern.

Am ersten Prüftag waren insgesamt 7 Mitarbeiter erkrankt.

Laut einer zusammengefassten von der Pflegeeinrichtung ausgehändigten Übersicht des Jahres 2006 wurden folgende durch arbeitsunfähige Mitarbeiter bedingte Ausfälle und deren Kompensation durch Leasing-Mitarbeiter deutlich:

Mitarbeiter	Januar	Februar	März	April
Pflegefachkräfte	7 VK	5 VK	8 VK	5,75 VK
Pflegehilfskräfte	8 VK	7 VK	15,75 VK	8,5 VK
Ersatz durch Leasingkräfte, auch BFT-Mitarbeiter	Insgesamt 1218 Std., davon 42,2 Std. durch Pflegefachkräfte, 453,8 Std. durch Pflegehilfskräfte	Insgesamt 843 Std., davon 15 Std. durch Pflegefachkräfte, 184 Std. durch Pflegehilfskräfte	Insgesamt 1091 Std., davon 68 Std. durch Pflegefachkräfte, 310 Std. durch Pflegehilfskräfte	Insgesamt 1157 Std., davon 38,5 Std. durch Pflegefachkräfte, 520 Std. durch Pflegehilfskräfte

VK = Vollzeitkräfte
BFT = bewohnerferne Tätigkeiten

Aufgrund der äußerst problematischen Feststellungen zur personellen Besetzung einschließlich dem hohen Einsatz von Leasingmitarbeitern ist eine bedürfnis- und bewohnerorientierte Durchführung der Pflege auch unter dem Aspekt der Bezugspflege nicht nachzuvollziehen. Eine potentielle Überforderung der Mitarbeiter und daraus resultierende mögliche negative und risikobehaftete Folgen für die Pflegebedürftigen sind nicht auszuschließen bzw. wie die Feststellungen im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität verdeutlichen, bereits eingetreten (weiteres siehe Ausführungen zur Überprüfung der Ergebnisqualität/Auswertung der Pflegedokumentation). Ebenfalls ist die erforderliche sicherzustellende fachliche Anleitung, Überprüfung und Beratung von Pflegehilfskräften und Zusatzkräften durch Pflegefachkräfte nicht nachzuvollziehen.

- Die angespannte Personalsituation und deren negative Auswirkungen in allen Qualitätsbereichen wurden wiederholt mit den Verantwortlichen der Pflegeeinrichtung erörtert und dringend geraten, umgehend Maßnahmen einzuleiten.

Eine aktuelle Namensliste der Mitarbeiter mit Angabe der Qualifikation, Unterschrift und ausgewiesenen Handzeichen liegt vor. Diese wird regelmäßig einmal jährlich aktualisiert. Für Leasing-Mitarbeiter werden separate Kürzellisten geführt.

Im Rahmen der Auswertung der Pflegedokumentationen konnten die genutzten Namenskürzel im Abgleich mit den Handzeichenlisten wiederholt nicht zweifelsfrei zugeordnet werden, dies betraf auch die Durchführung von Behandlungspflegen.

- Es wurde eine Aktualisierung und Vervollständigung der Namenskürzellisten empfohlen.

Es liegen folgende **Stellenbeschreibungen** vor für

- die verantwortliche Pflegefachkraft
- die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
- Wohnbereichsleitungen
- Pflegefachkräfte
- Pflegekräfte
- Zivildienstleistende
- Qualitätsbeauftragte
- Mitarbeiter in der tagesstrukturierenden Maßnahme

Eine Kenntnisnahme zu ausgehändigten Stellenbeschreibungen konnte nachvollzogen werden.

Für die Mitarbeiter der BFT (Bewohnerferne Tätigkeiten) sollen lt. Angabe noch Stellenbeschreibungen erarbeitet werden.

3.2 Ablauforganisation

Aussagen zum **Bezugspflegesystem** mit entsprechender Aufgabenverdeutlichung für die zugeordneten Mitarbeiter sind sowohl in ihren jeweiligen Stellenbeschreibungen als auch im Pflegekonzept hinterlegt.

Die Pflegeorganisation wurde im Gespräch wie folgt erläutert:

- Die 4 Wohnbereiche sind zwei Wohnbereichsleitungen zugeordnet.
- Frau Klebs ist Wohnbereichsleiterin der Wohnbereiche 1, 2 und Wohnbereich 3 (3. und 4. Etage),
- Frau Martin ist für den Wohnbereich 5 (5. und 6. Etage) verantwortlich.

Die vier Wohnbereiche wurden in Wohngruppen unterteilt. Diesen wurden festgelegte Zimmer oder gesamte Etagen (3., 4., 5., 6. Etage) mit dafür verantwortlichen Mitarbeitern zugeordnet. Nach Angabe sind ca. 6 bis 8 Bewohner jeweils einer Pflegefachkraft und einer Pflegehilfskraft zugeordnet. Diese zugeordneten Mitarbeiter stellen sich lt. Angabe am Aufnahmetag den neuen Bewohnern und ggf. deren Angehörigen vor. Der Pflegedokumentationsführung sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte in Kooperation zugeordnet.

In den ausgewerteten Pflegedokumentationen waren nicht immer die jeweiligen Bezugspflegekräfte namentlich benannt. Die befragten Bewohner konnten keine Angaben zu zugeordneten Bezugspflegekräften machen. In den Pflegedokumentationen war eine personelle Kontinuität nicht nachzuvollziehen. Weiteres siehe auch Angaben auskunftsfähiger Bewohner zum Personal und zu teilnehmender Beobachtung des Prüfteams.

- Insgesamt wurde aufgrund der Feststellungen im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität und der Pflegedokumentationen deutlich, dass eine Umsetzung des theoretischen Ansatzes zur Bezugspflege in die Praxis nicht stattfindet.

Die fachliche Überprüfung der Pflege durch Pflegefachkräfte wird lt. Angabe durch folgende Maßnahmen gewährleistet:

Die Erstellung von Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Pflegeevaluation wird durch Pflegefachkräfte ausgeführt. Dies konnte nach Auswertung der Pflegedokumentationen nicht durchgehend bestätigt werden. Anzumerken ist auch, dass die Pflegedokumentationen aufgrund gravierender inhaltlicher Mängel derzeit kein ausreichendes Instrument darstellen zur Handlungsorientierung für die Mitarbeiter der Pflege. Weiteres siehe Auswertung Pflegedokumentation.

Pflegevisiten

Ein Konzept zur Durchführung von Pflegevisiten liegt vor, Hinweise dazu sind im Pflegekonzept integriert. Entsprechend der konzeptionellen Vorgabe sollen Pflegevisiten routinemäßig mindestens einmal jährlich bei jedem Bewohner durchgeführt werden. Durchführende sind die Qualitätsbeauftragte und die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung, nach Möglichkeit würden Bezugspflegekräfte mit hinzugezogen. Pflegevisiten werden im Voraus durch die Qualitätsbeauftragte geplant, bereits durchgeführte Pflegevisiten sind in einer Übersicht aufgenommen. Die Pflegevisitenprotokolle sind in mehrere Modulkomplexe gegliedert, die u. a. die Bewohnerzufriedenheit, deren Umgebung, ihren Pflegezustand und Aussagen zur Versorgung enthält. Es finden nachweislich regelmäßig entsprechend der o. g. Vorgabe Pflegevisiten statt.

- Es wurde jedoch aufgrund der festgestellten teilweise gravierenden Mängel im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität dringend geraten, umgehend verstärkt auch anlassbezogene Pflegevisiten wie z. B. bei akuten Veränderungen des gesundheitlichen Zustandes und nach Klinikaufenthalt konzeptionell zu integrieren und umzusetzen.

Die Angabe, dass Pflegekräfte (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte) immer entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden, konnte nur bezogen auf den Bereich Einarbeitung neuer Mitarbeiter nachvollzogen werden.

Einarbeitungen finden unter der Aufsicht und Anleitung von Mentoren (Pflegefachkräfte) statt.

Die pflegefachliche Dienstverantwortung wird durch einen Anhang zum Dienstplan verdeutlicht, wenn nicht jede Etage durch mindestens eine Pflegefachkraft besetzt ist. Aufgrund der Feststellungen zur Personalsituation ist jedoch nicht nachzuvollziehen, dass die erforderliche Anleitung, Überprüfung und Kontrolle von Pflegehilfskräften und sonstigen Zusatzkräften durch Pflegefachkräfte tatsächlich sichergestellt ist. Hinzu kommt, dass weitere Defizite hinsichtlich der Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung festgestellt wurden, z. B. zur o. g. bisher unzureichenden Durchführung von Pflegevisiten, zur Durchführung von Fallbesprechungen und zu Anwendungen von Pflegestandards/Richtlinien.

Handzeichen in Pflegedokumentationen, u. a. in den Durchführungsnachweisen waren im Abgleich mit den Handzeichenlisten mehrfach nicht personell zuzuordnen. Eintragungen von Pflegekräften in Pflegeberichten (auch hier nicht immer ein Abgleich des Handzeichens möglich) zeigten mehrfach bei risikobehafteten Situationen keine adäquate pflegerische Reaktion.

Ärztlich verordnete Behandlungspflegen würden ausschließlich anhand von ärztlichen Anordnungen und von Pflegefachkräften durchgeführt. Dies konnte nach Auswertung der Pflegedokumentationen nicht durchgehend bestätigt werden. Siehe hierzu festgestellte teilweise gravierende Defizite in Pflegedokumentationen.

Die **Dienstplanerstellung** erfolgt auf der Grundlage einer trägerinternen Vorgabe. Die Dienstpläne werden 4 - 6 Wochen im Voraus durch die sog. Dienstplanbeauftragten erstellt und durch die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft überprüft. Bei dem Einsatz der Leitungsmitarbeiter in der direkten Pflege werden diese auf den Dienstplänen geführt. Die Formalien der Dienstplangestaltung sind überwiegend erfüllt. Name, Adresse der Pflegeeinrichtung, Erstellerdatum und Unterschrift, Mitarbeiter Vor- und Zunamen, Qualifikationsangaben, Regelarbeitszeit und Soll-Ist-Abgleiche sind integriert.

- Ergänzend wurde beraten, Teambesprechungen der Wohnbereiche an den jeweiligen Daten zu kennzeichnen und zu verdeutlichen, für welche Bereiche Mitarbeiter eingesetzt wurden (BFT oder Pflege). Eine Unkenntlichmachung der Dienstplaneinträge durch Korrekturen ist zu vermeiden.

Personelle Besetzung anhand von Stichproben (Siehe auch Anlage - D - des Prüfberichts)

In der Anlage D sind die Hauptdienstzeiten aufgenommen. Weitere Dienstvarianten werden analog der jeweiligen Regelarbeitszeit genutzt. Insgesamt gibt es:

- 8 Frühdienstvarianten
- 1 Zwischendienst
- 7 Spätdienstvarianten
- 3 Nachtdienstvarianten

Bei dem Einsatz von Leasingmitarbeitern können nicht immer die gleichen Mitarbeiter eingesetzt werden, dadurch entsteht zwangsläufig eine weitere Mehrbelastung für die Mitarbeiter der Wohnbereiche bedingt durch deren Einweisung und Aufsicht. **Auch für die zu versorgenden Bewohner sind Negativeffekte nicht auszuschließen, diese resultieren aus unzureichender Informationsgewährleistung sowie fehlenden pflegerischen Versorgungsbezügen.**

Am 1. Prüftag waren z. B. 4 Leasing-Pflegehilfskräfte eingesetzt.

Am 2. Prüftag waren nach Angabe der verantwortlichen Pflegefachkraft ca. 7 Mitarbeiter erkrankt.

Ergänzungen zur Dienstplanauswertung (Anlage D):

- Am 1. 1. 2006, am 24. 1. 2006 sowie am 12. 2. 2006 und am 28. 2. 2006 waren in allen Wohnbereichen BFT Mitarbeiter im Früh- und Spätdienst für je 2 - 3 Std. eingesetzt.
- Im Wohnbereich 5/6 war am 24. 1. 2006 1 Pflegefachkraft v. 8:00 bis 12:00 Uhr eingesetzt, 1 Zivildienstleistender war im Frühdienst tätig.
- Im Wohnbereich 3/4 war am 12. 2. 2006 ein Zivildienstleistender im Frühdienst tätig
- Im Wohnbereich 1 war am 26. 4. 2006 eine Leasing Pflegehilfskraft v. 16:00 bis 20:00 Uhr eingesetzt.
- Der **Nachtdienst** wird von insgesamt 4 Pflegekräften geleistet, davon mindestens eine Pflegefachkraft.
- Am **Wochenende** sei die personelle Besetzung gleich zu den Wochentagen, dazu s. Dienstplanauswertung.
- Insgesamt bestand mit den Gesprächspartnerinnen der Pflegeeinrichtung Übereinstimmung, dass die personelle Besetzung/Personaleinsatzplanung unter Berücksichtigung des jeweiligen Pflege- und Betreuungsbedarfes der Bewohner (u. a. zahlreiche schwer- und schwerstpflegebedürftige Bewohner), der baulichen Gegebenheiten (Wohnbereiche teilweise über mehrere Etagen) und der erforderlichen Sicherstellung der tatsächlichen Anleitung, Beratung und Überprüfung der Pflegehilfskräfte durch Pflegefachkräfte weiterhin als kritisch zu bezeichnen ist.

Ein wöchentlicher **Speiseplan** wird ausgehängt und wird lt. Angabe bei Bedarf den Bewohnern auch ausgehändigt.

Die Bewohner können beim Mittagessen zwischen **drei verschiedenen Gerichten** (Vollkost, leichte Vollkost und vegetarisches Menü) auswählen.

Bei Bedarf wird von der Pflegeeinrichtung eine entsprechende **Diätkost** angeboten.

Es besteht die Möglichkeit, **Wunschkost** zu erhalten bzw. könne im voraus bestellt werden.

Die Bewohner haben nach Angabe die Möglichkeit, **abhängig von Ihren Fähigkeiten**, ihre Mahlzeiten selbst mundgerecht zuzubereiten, ansonsten erfolgt dies durch die Mitarbeiter. Ein sog. mobiles Büffetsystem dient der selbständigen Auswahl von Speisekomponenten durch die Bewohner. Im Wohnbereich I findet lt. Angabe eine betreute Frühstücksguppe statt, die dort teilnehmenden Bewohner bedürfen nach Angabe der besonderen Begleitung bei der Essensaufnahme. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung wurde in einem Wohnbereich gegen 10.00 Uhr eine allein im Flur an einem Tisch sitzende Bewohnerin im Rollstuhl wahrgenommen. Sie war halbseitengelähmt, wirkte antriebsarm und war offensichtlich nicht ausreichend orientiert. Das Frühstück stand nahezu unangetastet vor ihr. Pflegekräfte zur erforderlichen Unterstützung der Bewohnerin waren nicht anwesend.

Die **Mahlzeiten** werden offiziell zu folgenden Zeiten angeboten:

1. Frühstück	ab:	08:00 Uhr
2. Frühstück	ab:	10:00 Uhr
Mittagessen	ab:	12:00 Uhr
Kaffee	ab:	14:30 Uhr
Abendessen	ab:	17:30 Uhr, dieses wurde bei der Bewohnerbefragung nicht bestätigt.
Spätmahlzeit	ab:	21:00 Uhr, dieses wurde bei der Bewohnerbefragung nicht bestätigt.

Siehe hierzu Bewohnerangaben im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität.

- Zur Sicherstellung, dass die Nahrungskarenz in der Nacht bei allen Bewohnern nicht mehr als 12 Stunden und insbesondere bei dementiell Erkrankten und Diabetikern nicht mehr als 10 Stunden beträgt, wird empfohlen, zukünftig auf der Grundlage einer verbindlichen Verfahrensvorgabe sämtlichen Bewohnern eine Spätmahlzeit anzubieten bzw. bei Bedarf zu verabreichen.

Kalt- und Warmgetränke stehen den Bewohnern lt. Angabe jederzeit in unbegrenzter Menge zur Verfügung. Neben Getränken in den Zimmern befanden sich in den Tagesräumen Flaschen mit Saft und Mineralwasser.

Regelmäßige Gewichtskontrollen werden lt. Angabe bei allen Bewohnern durchgeführt. Bei einem BMI unter 18 soll dies monatlich erfolgen.

Risikoassessmentbögen stehen u. a. zur Ermittlung von Risikofaktoren zur Ernährung zur Verfügung. Die eingesehenen Pflegedokumentationen zeigten zwar die Nutzung dieser standardisierten Vorgabe, machten aber u. a. deutlich, dass Erhebungen nicht reflektiert werden und trotz ermittelter Risikofaktoren keine Einleitung erforderlicher Maßnahmen erfolgt.

- Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität und Auswertung der Pflegedokumentationen wurden hinsichtlich der Nahrungs- und Getränkeversorgung insbesondere bei schwer- und schwerstpflegebedürftigen Bewohnern gravierende Defizite festgestellt. Weiteres dazu s. Auswertung der Pflegedokumentationen und Überprüfung der Pflegesituationen.

Zur **Regelung der Durchführung medizinischer Behandlungspflege** sind lt. Angabe folgende Vereinbarungen vorgesehen:

- schriftliche ärztliche Verordnungen/Anordnungen in der Pflegedokumentation sollen vorliegen
- die Durchführung erfolgt ausschließlich durch Pflegefachkräfte
- die durchgeführten Behandlungen sollen mit Datum und Unterschrift dokumentiert werden
- der regelmäßige Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt und die Rückmeldungen an den Arzt sollten nachvollziehbar dokumentiert werden

Zu allen Punkten wurden bei der Überprüfung der Ergebnisqualität/Auswertung der Pflegedokumentationen gravierende Mängel festgestellt.

- Dies wurde vom Prüfteam deutlich problematisiert und darauf hingewiesen, dass Pflegekräfte entsprechend ihrer Qualifikation einzusetzen sind. Die Verantwortungsbreite bei den Sorgfaltspflichten sowohl der delegierenden (Anordnungsverantwortung) als auch bei der ausführenden Person (Durchführungsverantwortung) wurde ebenfalls verdeutlicht.

Medikamente werden bewohnerbezogen in allen Wohnbereichen in abgeschlossenen Schränken aufbewahrt. Stichproben bestätigten die Angabe.

Kühlpflichtige Medikamente waren in entsprechenden KÜHLSCHRÄNKEN bewohnerbezogen gelagert. Regelmäßige Temperaturkontrollen fanden wöchentlich protokolliert statt.

BTM-pflichtige Medikamente waren bei Stichproben ordnungsgemäß aufbewahrt, der jeweilige Bestand wurde dokumentiert.

Die **Vorbereitung der Medikamente** erfolgt in Tagesboxen lt. Angabe anhand der Pflegedokumentation durch Pflegefachkräfte. Flüssigmedikamente werden kurz vor Verabreichung vorbereitet.

3.3 Qualitätsmanagement

Seit 2003 ist Frau Pape **Qualitätsbeauftragte** in dieser Pflegeeinrichtung. Sie ist Altenpflegerin. Eine entsprechende Fachweiterbildung zur Qualitätsbeauftragten sei angestrebt. Sie ist vollzeitbeschäftigt und ausschließlich für diesen Aufgabenbereich freigestellt. Einmal wöchentlich unterstützt sie die Pflegeeinrichtung in der Sommerstrasse in Aufgaben des Qualitätsmanagements.

Ihr Aufgabenbereich besteht lt. Angabe u. a. aus:

- Begleitung der Mitarbeiter bei der Umsetzung des Pflegeprozesses
- Kontrollen der Pflegedokumentationen
- Einzelschulungen zu Inhalten und zur Führung der Pflegedokumentation
- Durchführung von Pflegevisiten
- Planung von internen Fortbildungen
- Leitung von Qualitätszirkeln
- Auswertung von Sturzereignissen

Die Pflegeeinrichtung beteiligt sich an folgenden **externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung**:

- Monatliche Treffen finden mit dem zentralen Qualitätsmanagement statt, es seien demnächst 2 monatliche Treffen vorgesehen.
- Durch das Vivantes Institut für Gesundheit und Hygiene finden jährliche Prüfungen statt.

Einrichtungsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung:

Pflegevisiten – s. o. zu dargestelltem Verbesserungsbedarf

Fest installierte Qualitätszirkel, z. B. unter Leitung der Wohnbereichsleitung Fr. Klebs zum Thema Hygiene sowie unter Leitung der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft zur Dienstplangestaltung. Mitarbeiter aus den Wohnbereichen nehmen daran teil.

Pflegestandards und Pflegerichtlinien:

Insgesamt liegen drei Pflegestandards vor: zur Dekubitusprophylaxe, zur Sturzprophylaxe und zur Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung. Des weiteren werden insgesamt 11 Pflegerichtlinien zur Grund- und Behandlungspflege vorgehalten. Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen liegt eine Handlungsanweisung vor. Eine Schulung zu Inhalten der o. g. qualitätsrelevanten Vorgaben fand statt. Lt. Angabe soll die Anwendung von Pflegestandards/Pflegerichtlinien in die Pflegedokumentation aufgenommen werden. In den eingesehenen Pflegedokumentationen war eine Anwendung unter Berücksichtigung der individuellen Erfordernis nicht nachzuvollziehen. Aufgrund der Ergebnisse der Überprüfung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentationen (u. a. bei den Bewohnerinnen P1 - P5) muss davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte (auch Pflegehilfskräfte) die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchführten. Auch aufgrund festgestellter fehlender Fachlichkeit von Pflegefachkräften und nicht erkennbarer Reflektion des pflegerischen Handelns werden Risiken nicht bedacht und es sind bereits negative Folgen bei Bewohnern eingetreten. Weiteres siehe Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegedokumentationen.

Fallbesprechungen

Zur Durchführung steht eine strukturierte hausspezifische Protokollvorgabe zur Verfügung. Fallbesprechungen werden lt. Angabe anlassbezogen und nach Bedarf durchgeführt. Bei der Auswertung stichprobenartig eingesehener Protokolle zeigten sich nachvollziehbare Interventionen und deren Verläufe in Problemsituationen. Bezogen auf die in die Überprüfung der Ergebnisqualität einbezogenen Bewohner (hier P1 - P5) und deren unangemessene pflegerische Versorgung zeigte sich jedoch ein dringender Handlungsbedarf hinsichtlich der Durchführung von Fallbesprechungen als gezieltes Instrument zur Qualitätssicherung.

Ein Qualitätshandbuch steht den Mitarbeitern der Wohnbereiche und der verantwortlichen Pflegefachkraft zur Verfügung,

- deren Aktualisierung und Sortierung bzgl. besserer Handhabung ist dringend vorzunehmen

Es liegt ein aktuelles schriftliches **Einarbeitungskonzept** mit ergänzender strukturierter Tätigkeitencheckliste für neue Mitarbeiter vor. Es konnte lediglich ein vollständig angewandter Einarbeitungsnachweis eingesehen werden, da fast alle Mitarbeiter bereits langjährig in der Pflegeeinrichtung tätig sind.

Zur **Sicherstellung der Informationsweitergabe** verdeutlicht eine Übersicht die Kommunikationsstruktur dieser Pflegeeinrichtung.

U. a. finden statt:

- schichtbezogene Übergabegespräche
- Jour fix

Nach Angabe finden regelmäßige Dienstbesprechungen in den Wohnbereichen mit Ergebnisprotokollen und Teilnehmerlisten statt. Dazu lagen z. B. für den Wohnbereich 5 lediglich 3 Protokolle von 2005 und bisher ausschließlich 1 Protokoll für 2006 vor. Im Wohnbereich 3 fanden Dienstbesprechungen im Jahr 2005 überwiegend alle 2 Monate statt.

- Um Informationsverluste und Missverständnisse mit negativen Auswirkungen auf die Versorgung von Pflegebedürftigen auszuschließen, wurde zu einem verbindlichen und zuverlässigen Informationstransfer geraten. Es sollte auch verbindlich geregelt werden, dass nicht anwesende Mitarbeiter (und ggf. auch Leasing-Kräfte) Protokolle zur Kenntnis nehmen.
 - professionsübergreifende Teambesprechungen
 - Rundschreiben
 - Dienstanweisungen
 - diverse Informationstafeln und Aushänge sind in der Pflegeeinrichtung angebracht
 - das Reitersystem der Pflegedokumentation werde nicht kontinuierlich genutzt.
- Die Pflegedokumentationen stellen aufgrund der festgestellten inhaltlichen Mängel derzeit kein geeignetes Informations- und Kommunikationsinstrument dar, was auch auf dem Hintergrund des beschriebenen Einsatzes von Pflegekräften der Leasing-Firmen als problematisch anzusehen ist.

Für **Erste Hilfe-Maßnahmen** bei Bewohnern gibt es folgende schriftlich festgelegte verbindliche Regelungen: Ein Notfallstandard wurde entwickelt und den Mitarbeiter nachweislich zur Kenntnis gegeben. Regelmäßige Erste Hilfe-Schulungen finden für die Mitarbeiter statt, letztmalig in diesem Monat „Erste Hilfe und Reanimation“. Nachweise wurden eingesehen.

Zum Thema **Hygiene** wurden folgende Schulungen durchgeführt und stehen folgende Handlungsgrundlagen zur Verfügung: Im Rahmen des innerbetrieblichen Arbeitsschutzes erfolgten zum Themenbereich Hygiene nachweislich regelmäßige Unterweisungen. Eine Hygieneordnung liegt vor, diesbezügliche Kenntnisnahmen der Mitarbeiter waren überwiegend von 2002. Ein Qualitätszirkel thematisierte die hauseigene Hygieneordnung. Regelmäßige Hygienebegehungen erfolgen lt. Angabe durch die hausinterne Hygienebeauftragte. Lt. Angabe stehen alle im Hygiene-/Desinfektionsplan angegebenen Desinfektionsmittel zur Verfügung. Im Rahmen der Begehung wurde bei Stichproben festgestellt, dass nicht in allen Funktionsräumen ein entsprechender Plan angebracht war.

- Hinsichtlich der an anderer Stelle erläuterten festgestellten Auffälligkeiten zur Sauberkeit/Hygiene wird empfohlen, die Umsetzungen der vorliegenden Inhalte und erfolgten Schulungen regelmäßig durch die Hygienebeauftragte anhand einer darauf bezogenen/erweiterten Checkliste zu überprüfen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Ein zentrales **Beschwerdemanagement** des Trägers führt Statistiken und Auswertungen zu den aufgenommenen Beschwerden. Diese werden zweimal jährlich ausgewertet, eine Gesamtbeschwerdeübersicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen des Trägers wird zur Verfügung gestellt. Zur Aufnahme von Beschwerden in der Pflegeeinrichtung wird ein Protokoll genutzt, dafür seien alle Mitarbeiter zuständig. In eingesehenen Protokollen konnten Verläufe der aufgenommenen Beschwerden nachvollzogen werden. Die eingangs genannten Anlässe der Qualitätsprüfung fanden sich in den diesjährigen Beschwerden wieder.

U. a. waren folgende Beschwerdesituationen durch die Beschwerdeführer verdeutlicht:

- unangemessener Umgang mit Pflegebedürftigen bei der Ansprache und Versorgung, z. B. wurde von einem eingerissenen Ohrläppchen einer Bewohnerin berichtet
- Unsauberkeiten und technische Defekte in Bewohnerzimmern
- unzureichende Körperpflege

3.4 Beratung - Soziale Betreuung - Heimgeschehen

Für die Planung und Durchführung **tagesstrukturierender Maßnahmen (TSM)** ist eine Altenpflegerin mit 100 % RAZ zuständig. Weitere hauseigene Mitarbeiter bzw. andere Zusatzkräfte, die regelhaft unterstützend in die Durchführung tagesstrukturierender Maßnahmen eingebunden werden, sind nicht vorhanden. Ein Zivildienstleistender, der unterstützend in diesem Bereich eingesetzt wurde, wird die Pflegeeinrichtung Ende Mai verlassen. In Abwesenheitsfällen wie z. B. Krankheit und Urlaub wird die Altenpflegerin nicht vertreten, in diesen Fällen finden Beschäftigungsangebote lt. Angabe nicht statt.

Zwischen 6 - 10 Ehrenamtliche der ökumenischen Kirchengemeinde unterstützen bei größeren Veranstaltungen und zum Teil auch während der Woche an Montagen. Diese führen lt. Angabe auch Einzelbesuche bei Bewohnern durch.

Die seelsorgerische Einzelbetreuung erfolgt durch eine Pfarrerin.

Ein Hundebesuchsdienst kommt regelmäßig mittwochs.

Ein Konzept zur Durchführung von tagesstrukturierenden Maßnahmen liegt vor. Beschäftigungsangebote sind in den Wohnbereichen ausgehängt. Lt. Übersicht findet dies von Montag bis Freitag vor- und nachmittags statt. Die Angebote erfolgen demnach zentral zusammengefasst und gliedern sich in Gruppen- und Einzelangebote und eine betreute Essgruppe.

Die Durchführung der sozialen Betreuung wird lt. Angabe auf separaten Formblättern mit Durchführung und Verlauf geführt.

Im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität und teilnehmender Beobachtung wurde im Bereich der psycho-sozialen Versorgung dringender Handlungsbedarf deutlich. Auskunftsfähige Bewohner gaben u. a. an, dass Langeweile den Alltag bestimme. Gezielte Einzelbetreuungen wurden bei aufgesuchten immobilen und desorientierten Bewohnern nicht durchgeführt. Weiteres hierzu siehe Ausführungen an anderer Stelle des Prüfberichtes.

- Mit den Verantwortlichen der Pflegeeinrichtung wurden die erheblichen Schwachstellen im Zusammenhang mit einer bewohnerorientierten psycho-sozialen Betreuung und tagesstrukturierendem Angebot unter Berücksichtigung des Bewohnerklientel erörtert.

Der **Heimbeirat** besteht aus 7 Mitgliedern. Mitglieder des derzeitigen Heimbeirats setzen sich aus Bewohnern, Angehörigen und einer Ehrenamtlichen der Kirchengemeinde zusammen. Der Heimbeirat trifft sich einmal monatlich unter Teilnahme leitender Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung und ihrer Funktionsbereiche. Eine Neuwahl findet Ende Mai statt.

Die **Einrichtung stellt ihre Leistungen** u. a. im Pflegekonzept, im Heimvertrag, in einer Informationsbroschüre sowie einem Falblatt dar.

Eine **Sozialarbeiterin** mit 75 % Regelarbeitszeit ist für die soziale Beratung an zwei festen Tagen zuständig.

Ein veraltetes **Aufnahmekonzept** liegt vor, dieses werde zentral überarbeitet und sieht in diversen Bereichen die Regelung zur Aufnahme und zum Einzug neuer Bewohner vor.

4. Pflegedokumentation

Das Pflegedokumentationssystem umfasst folgende Elemente:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese
- Biografie
- Pflegeplanung sowie die Evaluation der Pflegeergebnisse
- Pflegebericht
- Kommunikation Arzt/Pflege sowie Anordnungen behandelnder Ärzte
- Medikamentenblatt
- Durchführungsnachweise Grund- und Behandlungspflege
- Lagerungsprotokoll
- Überleitungsbogen
- Protokolle zur Nahrungsaufnahme
- Trink-/Bilanzierungspläne
- Wunddokumentation
- Assessmentbogen zur Dekubitus- und Sturzrisikoerhebung und zu Risikoerfassung im Zusammenhang mit Ernährung

5. Sonstiges

Es wurden folgende Unterlagen eingesehen oder von der Einrichtung als Fotokopien zur Verfügung gestellt:

1. Allgemeine Angaben

- Anzahl der vorgehaltenen und belegten Wohnplätze,
- Aufstellung über die Anzahl der von der Pflegeeinrichtung nach SGB XI versorgten Bewohner, differenziert nach Pflegestufen,
- wohnbereichsbezogene Aufstellung über die Anzahl der Bewohner u. a. mit Dekubitus, Blasenverweilkatheter und PEG-Sonden,
- Leistungsangebot der Pflegeeinrichtung/Informationsmaterial,
- Blanko-Heimvertrag

2. Unterlagen zur Pflegeorganisation

- Qualifikationsnachweise der verantwortlichen Pflegefachkraft,
- Qualifikationsnachweise der stellv. Pflegefachkraft,
- Qualifikationsnachweise weiterer Pflegefachkräfte
- Aufstellung über Beschäftigungsumfang aller in der Betreuung und Pflege tätigen Mitarbeiter,
- aktuelle Handzeichenlisten,
- Liste vorhandener Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel,
- Dienstpläne,
- Stellenbeschreibungen,
- Unterlagen zu Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Dienstbesprechungen.

3. Nachweise zur Qualitätssicherung

- Konzept und Nachweis zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter,
- Fortbildungskonzept und -nachweise
- Pflegestandards/Pflegeleitlinien,
- Weitere Unterlagen über interne und externe Maßnahmen zur Qualitätssicherung

4. Pflege

- Pflegeleitbild,
- Pflegekonzept,
- Pflegedokumentationen.

Risikomanagement:

Hierzu stehen den Pflegekräften standardisierte Assessmentvorgaben zur Ermittlung eines Dekubitus- und Sturzrisikos sowie zur Ernährungssituation mit möglichen Risikofaktoren zur Verfügung. In den Assessmentbögen der eingesehenen Pflegedokumentationen war zwar dokumentiert worden, aber aufgrund der teilweise gravierenden Defizite im Rahmen der Überprüfung der Ergebnisqualität und den insgesamt defizitären Pflegedokumentationen konnte ein reflektierter Umgang mit den Erhebungen nicht nachvollzogen werden.

Insgesamt wurde deutlich, dass zwar theoretische Grundlagen und Instrumente zur Internen Qualitätssicherung in der Pflegeeinrichtung vorhanden sind, diese aber insbesondere vor dem Hintergrund der mangelbehafteten Ergebnisqualität weder zielführend genutzt noch in ihrer effektiven Anwendung kontinuierlich überprüft und handlungsorientiert reflektiert werden. Die Leitungsverantwortung im Bereich der Internen Qualitätssicherung ist nicht nachzuvollziehen.

- U. a. bezogen auf die Durchführung von Pflegevisiten und Fallbesprechungen sollten sich diese Methoden der internen Qualitätssicherung unabdingbar an festgestellten Auffälligkeiten und ggf. Notwendigkeiten orientieren und eine notwendige Maßnahmeneinleitung mit anschließender Kontrolle sollte nachvollziehbar erfolgen. Zur fachgerechten Umsetzung von Pflegestandards und Pflegerichtlinien müssen alle Pflegekräfte kontinuierlich geschult werden. Auch ist eine regelmäßige Überprüfung der Inhalte der Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien sicherzustellen. Die Anwendung sollte sich in der individuellen Pflegeprozessplanung und Durchführungsnachweisen spiegeln und eine fachgerechte Umsetzung in die Pflege könnte z. B. im Rahmen von Pflegevisiten überprüft werden.

Die **Fortbildungsplanung** erfolgt auf der Grundlage einer entsprechenden Trägerrichtlinie halbjährlich durch die Qualitätsbeauftragte. Mitarbeiterwünsche werden bei der Fortbildungsplanung berücksichtigt. Fortbildungen werden sowohl von Frau Pape als auch von anderen Referenten durchgeführt. Mitarbeitern wird die Teilnahme an trägereigenen Fortbildungen und weiteren externen Fortbildungen ermöglicht. Fortbildungszeit ist lt. Angabe Arbeitszeit

Für das laufende Jahr sind u. a. folgende **Fortbildungsveranstaltungen** geplant:

- Kommunikation im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen
- Handlungsanweisung freiheitsentziehende Maßnahmen
- der Pflegebericht
- Ergebnisbericht Qualitätszirkel Hygiene

Nachweise zu stattgefundenen Fortbildungen wurden stichprobenhaft eingesehen.

- Unter Berücksichtigung der festgestellten teilweise gravierenden Defizite im Bereich der Ergebnisqualität und in den Pflegedokumentationen wurde dringend geraten, entsprechend erforderliche Bildungsthemen in die Fortbildungsplanung mit aufzunehmen und alle Pflegekräfte mit einzubeziehen, u. a. zum Pflegeprozess, zur fachgerechten Führung von Pflegedokumentationen, zu Prophylaxen, zu geronto-psychiatrischen Themen und zum Thema Gewalt in der Pflege. In diesem Zusammenhang wird auch empfohlen, allen Mitarbeitern die Inhalte der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI zur Kenntnis zu geben.

Fachliteratur steht in ausreichendem Maß und Thematik den Mitarbeitern in der Bibliothek zur Verfügung. Dazu wird eine Übersicht geführt.

- Ergänzend wird empfohlen, das Erscheinungsjahr in der Übersicht zu verdeutlichen.

Fachzeitschriften sind abonniert. Deren Inhaltsverzeichnisse werden kopiert in die Wohnbereiche gegeben, anhand dieser kann eine Auswahl durch die Mitarbeiter getroffen werden.

6. Überprüfung der Pflegequalität und der Zufriedenheit einzelner Bewohner

Im Rahmen der Ergebnisqualität wurden 8 Bewohner, im Folgenden P1 – P8 benannt, der Pflegestufen I, II und III gem. SGB XI stichprobenartig ausgewählt, um ein Gespräch zur Zufriedenheit und eine Überprüfung des Pflegezustandes durchzuführen. Deren bzw. das Einverständnis der Betreuer wurde zuvor eingeholt.

Bei den Bewohnern P1 – P5 war krankheitsbedingt kein Gespräch möglich, hier lag der Schwerpunkt bei der Überprüfung des Pflegezustandes und der Erläuterung der Pflegesituation durch die jeweils anwesenden Pflegefachkräfte. Bei der Überprüfung des Haut- und Pflegezustandes war bei diesen Bewohnern jeweils eine Pflegefachkraft des Wohnbereiches und die Wohnbereichsleitung Frau Klebs anwesend.

Die entsprechenden Pflegedokumentationen wurden im Anschluss unter Einbeziehung weiterer Unterlagen ausgewertet.

Ursprünglich war eine höhere Anzahl aufzusuchender Bewohner geplant. Aufgrund der personellen Situation in den Wohnbereichen wurde davon Abstand genommen, da die jeweils einzigen diensthabenden und zur gesundheitlichen und pflegerischen Situation der Bewohner auskunftsfähigen Pflegefachkräfte offensichtlich zeitlich nicht in der Lage waren, das Prüfteam zu unterstützen. Zum Beispiel mussten von der jeweiligen Pflegefachkraft in den Wohnbereichen Leasing-Kräfte bez. der Grundversorgung von Bewohnern angewiesen oder die Medikamenten- und Essensversorgung musste sichergestellt werden.

Allgemeine Angaben

Die auskunftsfähigen Bewohnerinnen äußerten, dass die Mitarbeiter überwiegend höflich und freundlich sind. Die Mitarbeiter stehen sehr unter Zeitdruck und wirken häufig sehr erschöpft. Es besteht häufig Personalmangel. Viele Aushilfen sind eingesetzt, diese kennen sich meist bez. der aktuellen Pflegesituation nicht aus.

Die Pflegekräfte seien bemüht, den Bewohnern gerecht zu werden und diese zu unterstützen, z. B. bei der Körperpflege. Um das Pflegepersonal zu entlasten, würde man sich häufig selbst behelfen bzw. auf erforderliche Teilhilfen wie z. B. Füße waschen verzichten (P6 - P8).

Die auskunftsfähigen Bewohnerinnen gaben an, gerne häufiger zu Duschen/Baden, aufgrund der Personalsituation finde dies aber unregelmäßig statt.

Es werde beim Kleidungswechsel erfragt, welche Kleidung man tragen möchte.

Die Speisenversorgung entspreche überwiegend den individuellen Bedürfnissen. Die Speisen seien aber nicht immer ausreichend gewürzt. In der Vergangenheit war das Mittagessen häufig nicht ausreichend warm. Es wurden neue Essenswagen angeschafft, seitdem sind die Temperaturen der Speisen überwiegend ausreichend warm bzw. auf Wunsch erfolge eine Erwärmung in der Mikrowelle.

Zwischen verschiedenen Gerichten kann ausgewählt werden.

Mit den Essenszeiten waren die Befragten überwiegend zufrieden.

Die Ausgabe des Abendessens wurde mit 17.00 Uhr angegeben. Zwei Bewohnerinnen empfanden dies als zu früh, konnten aber lt. Angabe das vorbereitete Abendessen in ihrem Zimmer zu einem späteren Zeitpunkt einnehmen.

Das Angebot einer Spätmahlzeit war den Bewohnern nicht bekannt.

Zuzahlungsfreie Getränke, u. a. wie Kaffee, verschiedene Teesorten, Mineralwasser und Säfte stehen jederzeit ausreichend zur Verfügung.

Angebote zur Unterhaltung und Beschäftigung seien insgesamt nicht ausreichend und entsprächen überwiegend nicht den individuellen Bedürfnissen. Insgesamt bestimmte Langeweile den Alltag. Positiv wurde die sog. Montagsgruppe von den Befragten P6 und P8 genannt. Der Bewohnerin P7 war dieses Angebot nicht bekannt. Sie gab an, dass die Beschäftigungsangebote ausschließlich im Erdgeschoss stattfinden und sie nicht in der Lage sei, diese dort selbständig aufzusuchen.

Von der Bewohnerin P6 wurde zusätzlich bedauert, dass sie ihre Mahlzeiten nicht mehr im Speiseraum im Erdgeschoss einnehmen kann, da die Heizung seit dem Winter defekt ist. Kontakte zu anderen Bewohnern sind dadurch eingeschränkt. Man habe ihr vor kurzem zugesagt, dass die Heizung nunmehr repariert würde.

Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien würden im Sommer im angrenzenden Garten der Pflegeeinrichtung bestehen. In der kalten Jahreszeit bestand bisher keine Möglichkeit für einen Aufenthalt im Freien.

Zur Dauer, bis eine Pflegekraft nach dem Klingeln kommt, wurde angegeben, dass es auf die personelle Besetzung ankommen würde. Von der Bewohnerin P6 wurde angegeben, dass sie den Notruf nicht nutze. Ihre Wahrnehmung bezogen auf andere Bewohner war, dass es häufig etwas länger dauert bis eine Pflegekraft nach Auslösen des Notrufs kommt. Für die Bewohnerin P7 war die Notrufklingel nicht erreichbar angebracht.

Jederzeit könne Besuch empfangen werden.

Mit der Zimmerreinigung waren die Befragten zufrieden. Bei der Bewohnerin P8 war gegen 13.00 Uhr das Bett vom Vormittag noch nicht gerichtet. Sie gab an, dass dies immer wieder mal vorkäme, da das Pflegepersonal zu wenig Zeit habe.

Mit der Wäscheversorgung gäbe es seit dem Wechsel des Anbieters keine Probleme mehr.

Beschwert hatte sich bisher keine der Bewohnerinnen.

Wünsche seitens der Bewohnerinnen an die Einrichtung bezogen sich insgesamt auf mehr Personal und mehr Abwechslung im Alltag.

Von einer Bewohnerin wurde angegeben „alle Bewohner wünschen sich hier mehr Aufmerksamkeit“.

- Teilergebnisse der Bewohnergespräche wurden den Verantwortlichen im Abschlussgespräch mitgeteilt.

Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation.

Bei P1 (Pflegestufe III gemäß SGB XI) liegen lt. Stammbblatt der Pflegedokumentation folgende Diagnosen (Stand 03/2004) vor: „infantile spast. Cerebralparese, Diab. mell. Typ 2, KHK, Refluxösophagitis, Gastroduodenitis, Exsikkose, Dysarthrie und Schluckstörung“.

Die Bewohnerin lebt in dieser Einrichtung seit 17. 4. 2000.

Letzter KH-Aufenthalt war vom 19. 2. - 7. 3. 06 wegen akuter Bronchitis und akutem Harnwegsinfekt.

Vor dem Aufsuchen der Bewohnerin wurden von der diensthabenden Pflegefachkraft Informationen zur Pflegesituation eingeholt.

Die Bewohnerin ist lt. Angabe in allen Bereichen vollständig auf personelle Hilfen angewiesen.

Die Bewohnerin sei immobil und werde tgl. bis zu ca. 5 Std. in den Rollstuhl mobilisiert. Ein Lagewechsel im Bett erfolge selbständig. Im Laufe der Zeit seien Kontrakturen entstanden.

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung erfolge durch die Pflegekräfte über die PEG anhand eines Ernährungsplanes. Zusätzlich erhalte sie auch oral Nahrung und Getränke ausschließlich von der Mutter der Bewohnerin, die ebenfalls in der Pflegeeinrichtung lebt und tgl. zu Besuch kommt. Die orale Vergabe von Nahrung/Getränken seitens der Angehörigen wurde von der Pflegefachkraft als problematisch angesehen, da aufgrund von Schluckstörungen die Gefahr einer Aspiration bestehe. Offensichtlich war dies aber bisher von den Pflegekräften nicht reflektiert und weder mit der Angehörigen noch mit dem behandelnden Arzt kommuniziert worden.

- Hierzu wurde beraten.

Die Harnausscheidung erfolge seit mind. 2 Jahren über einen transurethralen Blasenkatheter. Eine Begründung war der Pflegefachkraft nicht bekannt, eine ärztliche Indikation lag nicht vor. Wie bei den anderen Bewohnern der Pflegeeinrichtung mit einem transurethralen Blasenkatheter erfolgte der Katheterwechsel durch eine Urologin.

Lt. Angabe lag eine Stuhlinkontinenz vor. Die Versorgung erfolgte durchgehend mit geschlossenen Inkontinenzartikeln. Eine fachliche Begründung wurde nicht genannt. Offensichtlich wurde diese Vorgehensweise als pflegeerleichternde Maßnahme angesehen.

- Die nicht fachgerechte Inkontinenzversorgung wurde erörtert. Unter Berücksichtigung einer erforderlichen Cystitis- und Dekubitusprophylaxe wurde dringend zu einer adäquaten Versorgung geraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Inkontinenz zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf den Arbeitstext „Kontinenzförderung“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) von 10/2005 hingewiesen.

Zum Hautzustand wurde angegeben, dass bis auf rezidivierend auftretende oberflächliche Hautabschürfungen (lt. Angabe kratze sich die Bewohnerin häufiger) aktuell keine Hautschädigungen vorliegen.

Außer den tgl. Besuchen der o. g. Angehörigen wurde die Bewohnerin in keine Angebote zur sozialen Betreuung seitens der Pflegeeinrichtung einbezogen.

Die Bewohnerin wurde in ihrem Einzelzimmer im Pflegebett liegend angetroffen. Die Bettholme waren bds. hochgestellt. Eine erreichbare Notrufklingel war angebracht.

Sie war mit einem hauseigenen Nachthemd bekleidet.

Im Zimmer befanden sich neben dem Standardmobiliar einige persönliche Gestaltungselemente.

Auffallend war der renovierungsbedürftige Zustand des Zimmers (u. a. deutliche Abnutzungs- und Schmutzspuren an den Wänden) und des angrenzenden Sanitärbereiches.

- Hierzu wurde beraten. Es wurde auch empfohlen, die unzureichende Deckenbeleuchtung im Bewohnerzimmer und Sanitärbereich bewohner- und mitarbeiterorientierter zu verändern.

Die Bewohnerin war in einem reduzierten Allgemeinzustand.

Sie war augenscheinlich in einem schlanken Ernährungszustand.

Körpergröße lt. Pflegedokumentation: 157 cm.

Regelmäßige engmaschige Gewichtskontrollen waren der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Das letztmalig in 02/06 ermittelte Körpergewicht beträgt laut Pflegedokumentation 52,3 kg, davor in 11/05: 50 kg und 09/05: 49,7 kg.

Der BMI war von der Einrichtung nicht erhoben und wurde vom Prüftteam ermittelt. Er beträgt 21.

/ Der Ernährungszustand befindet sich im Risikobereich.

Anzeichen von Exsikkose wurden nicht festgestellt.

Die Bewohnerin war mit einer PEG-Sonde versorgt. Eine Ernährungspumpe befand sich im Zimmer. Der Ernährungsplan zur Sondenernährung enthielt die Unterschrift des Arztes und der Ernährungsberatung, Stand 1. 10., jedoch ohne Jahresangabe.

Hier waren u. a. neben dem Produktnamen der Sondennahrung als tgl. Kalorienbedarf 1000 kcal und als zusätzliche Flüssigkeitsmenge 1200 ml angegeben.

Die vorgehaltene Sondenkost stimmte mit der auf dem Ernährungsplan überein.

Weder im Gespräch mit der Pflegefachkraft noch der Pflegedokumentation konnte eine Begründung für die reduzierte Kalorienzufuhr entnommen werden.

- Es wurde zu einer zeitnahen Kommunikation mit dem behandelnden Arzt geraten.

Die Pflegeprozessplanung enthielt keine handlungsleitenden Angaben zur Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung bezüglich der Sondenernährung, zur angegebenen oralen Aufnahme fehlten ebenfalls Angaben. Nachvollziehbare Durchführungsnachweise zur Sondenernährung lagen nicht vor, zur oralen Nahrungs- und Getränkeaufnahme wurde ebenfalls nicht dokumentiert.

Der Verbandswechsel der PEG-Austrittsstelle war an diesem Tag bereits durchgeführt worden. Der Verband war fachgerecht angelegt. Unter Berücksichtigung des reduzierten Allgemeinzustandes der Bewohnerin wurde auf eine Wundinspektion verzichtet.

Die Einstichstelle sei lt. Angabe der Pflegefachkraft reizlos, 3 x wö. werde ein trockener Verband angelegt.

Die Pflegedokumentation enthielt weder eine ärztliche Anordnung zum Verbandswechsel noch eine Wunddokumentation.

- Hierzu wurde beraten.

Die Harnableitung erfolgte über einen transurethralen Blasenkatheter. Der Urinauffangbeutel war fachgerecht unter Blasenniveau angebracht. Der Urin war trübe.

Eine Dokumentation zur Ausscheidungsmenge/Bilanzierung wurde bisher nicht durchgeführt.

- Hierzu wurde dringend geraten.

Die Bewohnerin war mit einem geschlossenen Inkontinenzartikel versorgt.

- Zur entsprechenden Beratung s. o.

Im Bett befand sich eine funktionstüchtige Wechselluftmatratze. Unklar blieb, ob die Einstellung dem tatsächlichen Körpergewicht entsprach.

Die Pflegefachkraft war dazu nicht informiert, der Pflegedokumentation war hierzu keine Angabe zu entnehmen.

- Zu einer umgehenden fachgerechten Druckeinstellung wurde beraten.

Im Zimmer befand sich ein Faltrollstuhl, in den die Bewohnerin lt. Angabe täglich bis zu 5 Std. gesetzt werde. Der Pflegedokumentation waren weder ein Bewegungsplan noch Durchführungsnachweise zu entnehmen. Das im Rollstuhl befindliche Sitzkissen war erheblich verschmutzt und stellte keine geeignete druckentlastende Sitzaufgabe dar.

- Hierzu wurde beraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Dekubitusgefahr sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sowie auf die Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS hingewiesen.

Zu einem zielgerichteten Gespräch war die Bewohnerin nicht in der Lage, sie war in allen Bereichen desorientiert. Ein allgemeines Gespräch und eine nonverbale Kommunikation war jedoch möglich.

- Der anwesenden Pflegefachkraft wurde empfohlen, mit dem behandelnden Arzt zur Erfordernis einer gesetzlichen Betreuungsregelung zu kommunizieren.

Die Bewohnerin war bei bestehender spastischer Tetraparese in ihrer Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Obere und untere Extremitäten waren geringfügig aktiv beweglich. Entgegen der Angabe der Pflegefachkraft war ein zielgerichteter und ausreichender Lagewechsel im Bett selbständig nicht möglich.

Stehen und Gehen war nicht möglich, erforderliche Transfers in den Rollstuhl sind nur mit Unterstützung von zwei Pflegekräften möglich. Der Rollstuhl kann nicht allein bewegt werden.

An den Hüft- und Kniegelenken zeigten sich Kontrakturen.

Eine gezielte Kontrakturenprophylaxe u. a. mit Bewegungsplanung und Durchführungsnachweisen war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

Eine Physiotherapie zur Kontrakturenbehandlung wurde lt. Angabe nicht durchgeführt.

- Hierzu wurde beraten.

Es besteht lt. Sturzrisikoerhebung in der Pflegedokumentation ein hohes Sturzrisiko. Die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Sturzprophylaxe war jedoch nicht erkennbar.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Schmerzen wurden von der Bewohnerin bei Nachfrage verneint.

Bei Inspektion des Mundzustandes fiel ein erheblich fauliger Mundgeruch auf. Die Zähne im Ober- und Unterkiefer waren überwiegend kariös und teilweise abgebrochen.

Unklar blieb sowohl die Vorgehensweise zur erforderlichen Mundpflege als auch zu einer zahnärztliche Konsultation.

- Hierzu wurde beraten.

Das rechte Auge war deutlich gerötet mit Sekretabsonderung.

Ob die auf dem Nachttisch befindliche Tube mit Augensalbe mit Anbruchdatum 11/2005 aufgetragen wurde, war der Pflegefachkraft nicht bekannt.

Der Pflegedokumentation waren hierzu ebenfalls keine Angaben zu entnehmen. Im Medikamentenblatt war eine ärztliche verordnete Augensalbe abgesetzt worden.

- Es wurde zu einer umgehenden Klärung und Kommunikation mit dem Arzt geraten.

Haare, Fuß- und Fingernägel und Hautfalten waren unauffällig.

Bei weiterer Prüfung des Hautzustandes zeigte sich am linken Handrücken eine oberflächliche Hautabschürfung.

Die Pflegedokumentation enthielt hierzu keinen Eintrag.

Anzeichen von Dekubiti wurden nicht festgestellt. Eine Dekubitusrisikoerhebung wurde von der Einrichtung anhand einer Dekubitusrisikokala (Braden) monatlich durchgeführt. Trotz hierbei ermitteltem Dekubitusrisiko mit 12 Punkten war die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in die Pflegeprozessplanung nicht handlungsleitend aufgenommen worden. Durchführungsnachweise zur Mobilisation in den Rollstuhl bzw. zum Lagewechsel lagen nicht vor.

Zusammenfassung:

Aufgrund der Ergebnisse der Überprüfung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentation muss davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte (auch Pflegehilfskräfte) die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchführten. Auch aufgrund fehlender Fachlichkeit von Pflegekräften, nicht erkennbarer Reflektion des pflegerischen Handelns und unzureichender Motivation werden Risiken nicht bedacht und es sind bereits negative Folgen für die Pflegebedürftige eingetreten. Eine fördernde prozesshafte Versorgung der Pflegebedürftigen ist nicht erkennbar. Die Bewohnerin muss sich den Gegebenheiten anpassen.

Als problematisch ist auch die unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften zu nennen. Auch fanden keine interdisziplinären lösungsorientierten Fallbesprechungen zur Einleitung bewohnerorientierter Maßnahmen statt.

Die Pflegedokumentationsunterlagen zeigten ebenfalls gravierende Mängel. Insgesamt waren hier die Grundlagen des Pflegeprozesses, d. h. eine ressourcenorientierte Planung und Steuerung des Pflegeprozesses mit kleinschrittiger Zielplanung und entsprechender Erfolgskontrolle nicht nachzuvollziehen. Auswirkungen und Zusammenhänge können daher nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden.

Durchgeführte Pflegemaßnahmen entsprachen nicht den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung im Rahmen ihrer Fachaufsicht bisher regelmäßig über die Pflegesituation der Bewohnerin informiert wurde, blieb unklar.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Pflege und Betreuungssituation der Bewohnerin unangemessen ist und eine konkrete Gefährdung (u. a. bez. der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusgefährdung) besteht.

Unter Einbeziehung der Feststellungen zur Ergebnisqualität, der fehlenden fachlichen Beratung, Kontrolle und Anleitung der Pflegekräfte (einschließlich der Pflegehilfskräfte), unzureichender Fachkenntnisse, den gravierenden Mängeln der Pflegedokumentation, den unzureichenden Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung und der problematischen Personalsituation ist nicht mit einer unverzüglichen und nachhaltigen Verbesserung der pflegerischen Rahmenbedingungen und Versorgungssituation entsprechend der angeregten Sofortmaßnahmen zu rechnen.

Der MDK Berlin-Brandenburg empfiehlt, gem. § 115, Abs.4 SGB XI die betroffene Versicherte über die Möglichkeit der Vermittlung eines anderen geeigneten Pflegeheimes zur nahtlosen Übernahme der pflegerischen Versorgung zu beraten.

Bei P2 (Pflegestufe II gemäß SGB XI) liegen lt. Stammbblatt der Pflegedokumentation folgende Diagnosen vor: „rheumat. Arthritis, Demenz, Osteoporose, Kachexie“.

Die Bewohnerin lebt seit 1992 in der Pflegeeinrichtung.

Sie steht in allen Bereichen unter gesetzlicher Betreuung.

Vor dem Aufsuchen der Bewohnerin wurden von der diensthabenden Pflegefachkraft Informationen zur Pflegesituation eingeholt.

Die Bewohnerin ist lt. Angabe in allen Bereichen vollständig auf personelle Hilfen angewiesen.

Sie sei seit langem bettlägerig; eine Mobilisation sei aufgrund chron. Schmerzen nicht möglich. Regelmäßig werde ein Lagewechsel durchgeführt.

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung erfolge oral mit Hilfe der Pflegekräfte. Die Bewohnerin erhalte passierte Kost und zusätzlich aufgrund der Kachexie 2 x tgl. eine hochkalorische Zusatznahrung (à 200 kcal).

Die Harnausscheidung erfolge seit langem über einen transurethralen Blasenkatheter. Eine Begründung war der Pflegefachkraft nicht bekannt, eine ärztliche Indikation lag nicht vor. Der Katheterwechsel erfolgte durch eine Urologin.

Lt. Angabe lag eine Stuhlinkontinenz vor. Die Versorgung erfolgte durchgehend mit geschlossenen Inkontinenzartikeln. Eine fachliche Begründung wurde nicht genannt. Offensichtlich wurde diese Vorgehensweise als pflegeerleichternde Maßnahme angesehen.

- Die nicht fachgerechte Inkontinenzversorgung wurde erörtert. Unter Berücksichtigung einer erforderlichen Cystitis- und Dekubitusprophylaxe wurde dringend zu einer adäquaten Versorgung geraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Inkontinenz zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf den Arbeitstext „Kontinenzförderung“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) von 10/2005 hingewiesen.

Zum Hautzustand wurde angegeben, dass die Haut insgesamt intakt sei.

Zur sozialen Betreuung wurde angegeben, dass der Betreuer 1 x wö. einen Besuchsdienst organisiert habe, in (Einzel-) Angebote seitens der Pflegeeinrichtung wurde die Bewohnerin nicht einbezogen.

Die Bewohnerin wurde in ihrem Einzelzimmer im Pflegebett liegend angetroffen. Sie war mit einem hauseigenen Nachthermd bekleidet.

Die Bettholme waren bds. hochgestellt. Eine erreichbare Notrufklingel war nicht angebracht, da die Bewohnerin lt. Angabe der Pflegefachkraft zur adäquaten Nutzung nicht in der Lage sei. Ein entsprechender Vermerk in der Pflegedokumentation fehlte.

Im Zimmer befanden sich neben dem Standardmobiliar einige persönliche Gestaltungselemente.

Im Zimmer stand ein Pflegerollstuhl, der seit langem nicht mehr eingesetzt wurde.

Der Allgemeinzustand war reduziert.

Sie war in einem untergewichtigen Ernährungszustand. ⁱ

Anzeichen von Exsikkose wurden nicht festgestellt.

Körpergröße lt. Pflegedokumentation: 150 cm.

Regelmäßig wurden lt. Pflegedokumentation 1 x monatlich Gewichtskontrollen durchgeführt. Demnach kam es im Zeitraum 10/05 mit 32,2 kg bis zur letztmaligen Gewichtskontrolle in 03/06 mit 31,3 kg, BMI: 14,3 zu einem Gewichtsverlust von fast 1 kg.

Eine Reflexion und pflegerische Interventionen waren nicht nachvollziehbar.

Insgesamt wies die Pflegedokumentation gravierende Mängel hinsichtlich der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung auf.

Der Pflegeprozessplanung waren keine handlungsleitenden Angaben zur individuellen Nahrungs- und Getränkeversorgung im Rahmen einer erforderlichen Kachexie- und Exsikkoseprophylaxe zu entnehmen. Es waren lediglich allgemein 5 Mahlzeiten tgl. und 2 x tgl. hochkalorische Zusatznahrung ohne konkrete Nennung z. B. zur Kostform und zum tgl. Gesamtkalorienbedarf aufgeführt. Protokolle zur tatsächlich aufgenommenen Nahrung wurden tgl. geführt, waren jedoch nicht nachvollziehbar.

Individuelle Angaben zu Getränken und zur Soll-Trinkmenge fehlten ebenfalls in der Pflegedokumentation. Protokolle zur Getränkeaufnahme wurden tgl. geführt und zeigten eine durchschnittliche Flüssigkeitsaufnahme von ca. 1200 ml.

Eine Kommunikation zwischen den Pflegekräften und dem behandelnden Arzt zur Ernährungssituation war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

- Hierzu wurde dringend geraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf die Grundsatzstellungnahme des MDS zu Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen hingewiesen.

Die Harnableitung erfolgte über einen transurethralen Blasenkatheter. Der Urinauffangbeutel war fachgerecht unter Blasenniveau angebracht. Der Urin zeigte keine Auffälligkeiten.

Eine Dokumentation zur Ausscheidungsmenge wurde durchgeführt.

Die Bewohnerin war mit einem geschlossenen Inkontinenzartikel versorgt.

- Zur entsprechenden Beratung s. o.

Im Bett befand sich eine AD-Matratze.

Zu einem zielgerichteten Gespräch war die Bewohnerin nicht in der Lage, sie war in allen Bereichen desorientiert. Ein allgemeines Gespräch und eine nonverbale Kommunikation war jedoch möglich.

Die Bewohnerin war zu zielgerichteten und ausreichenden Bewegungen nicht in der Lage. Auffallend waren rheumatische Deformationen der Hände. An den Hüft-, Knie- und Fußgelenken zeigten sich Kontrakturen.

Eine gezielte Kontrakturenprophylaxe u. a. mit Bewegungsplanung und Durchführungsnachweisen war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

Eine Physiotherapie zur Kontrakturenbehandlung wurde lt. Angabe nicht durchgeführt.

- Hierzu wurde beraten.

Als Lagerungshilfsmittel waren diverse Lagerungskissen eingesetzt worden, die Lagerung der immobilen Bewohnerin war insgesamt nicht fachgerecht und ausreichend druckentlastend durchgeführt worden.

- Hierzu wurde beraten. Im Gespräch mit der Pflegefachkraft wurden fachliche Unsicherheiten bezüglich Lagerungstechniken deutlich. Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Dekubitusgefahr sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sowie auf die Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS hingewiesen.

Es besteht lt. monatlicher Sturzrisikoerhebung in der Pflegedokumentation ein hohes Sturzrisiko. Die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Sturzprophylaxe spiegelte sich in der Pflegeprozessplanung nicht wider.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Zu Schmerzen machte die Bewohnerin keine Angabe.

Bei Inspektion des Mundzustandes fiel ein zahnloser Oberkiefer auf, im Unterkiefer befanden sich Restzähne. Unklar blieb sowohl eine prothetische Versorgung als auch die Vorgehensweise zur erforderlichen Mundpflege.

- Hierzu wurde beraten.

Haare, Fuß- und Fingernägel und Hautfalten waren unauffällig.

Anzeichen von Dekubiti wurden nicht festgestellt.

Eine Dekubitusrisikoerhebung wurde von der Einrichtung anhand einer Dekubitusrisikoskala (Braden) monatlich durchgeführt. Trotz hierbei ermitteltem Dekubitusrisiko mit 16 Punkten war die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in die Pflegeprozessplanung nicht handlungsleitend aufgenommen. Auffallend war auch, dass die jeweils ermittelten Items zum Punktwert nicht der tatsächlichen Situation entsprachen und der Punktwert tatsächlich niedriger ist. Lagerungsprotokolle wurden tgl. geführt mit Lagerungsintervallen von 3- 4 Stunden.

Zusammenfassung:

Aufgrund der Ergebnisse der Überprüfung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentation muss davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte (auch Pflegehilfskräfte) die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchführten. Auch aufgrund fehlender Fachlichkeit von Pflegekräften, nicht erkennbarer Reflektion des pflegerischen Handelns und unzureichender Motivation werden Risiken nicht bedacht und es sind bereits negative Folgen für die Pflegebedürftige eingetreten. Eine fördernde prozesshafte Versorgung der Pflegebedürftigen ist nicht erkennbar. Die Bewohnerin muss sich den Gegebenheiten anpassen.

Als problematisch ist auch die unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften zu nennen. Auch fanden keine interdisziplinären lösungsorientierten Fallbesprechungen zur Einleitung bewohnerorientierter Maßnahmen statt.

Die Pflegedokumentationsunterlagen zeigten ebenfalls gravierende Mängel. Insgesamt waren hier die Grundlagen des Pflegeprozesses, d. h. eine ressourcenorientierte Planung und Steuerung des Pflegeprozesses mit kleinschrittiger Zielplanung und entsprechender Erfolgskontrolle nicht nachzuvollziehen. Auswirkungen und Zusammenhänge können daher nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden.

Durchgeführte Pflegemaßnahmen entsprachen nicht den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung im Rahmen ihrer Fachaufsicht bisher regelmäßig über die Pflegesituation der Bewohnerin informiert wurde, blieb unklar.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Pflege und Betreuungssituation der Bewohnerin unangemessen ist und eine konkrete Gefährdung (u. a. bez. der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusgefährdung) besteht.

Unter Einbeziehung der Feststellungen zur Ergebnisqualität, der fehlenden fachlichen Beratung, Kontrolle und Anleitung der Pflegekräfte (einschließlich der Pflegehilfskräfte), unzureichender Fachkenntnisse, den gravierenden Mängeln der Pflegedokumentation, den unzureichenden Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung und der problematischen Personalsituation ist nicht mit einer unverzüglichen und nachhaltigen Verbesserung der pflegerischen Rahmenbedingungen und Versorgungssituation entsprechend der angeregten Sofortmaßnahmen zu rechnen.

Der MDK Berlin-Brandenburg empfiehlt, gem. § 115, Abs.4 SGB XI die betroffene Versicherte über die Möglichkeit der Vermittlung eines anderen geeigneten Pflegeheimes zur nahtlosen Übernahme der pflegerischen Versorgung zu beraten.

Bei P3 (Pflegestufe III gemäß SGB XI) liegen lt. Stammbblatt der Pflegedokumentation folgende u. a. Diagnosen (Stand 2002) vor: „Multiinfarkt-Syndrom, Niereninsuff., Tumor des Colon“.

Die Bewohnerin lebt in dieser Einrichtung seit 09/2002.

Unter Berücksichtigung der offensichtlich knappen Zeitressourcen der in diesem Wohnbereich tätigen Pflegefachkraft wurden vor dem Aufsuchen der nicht auskunftsfähigen Bewohnerin keine näheren Informationen zur Pflegesituation eingeholt, dies wurde während der Überprüfung des Pflegezustandes mit der Pflegefachkraft besprochen.

Die Bewohnerin sei in allen Bereichen auf personelle Hilfen angewiesen.

Die Bewohnerin wurde in ihrem Einzelzimmer im Pflegebett liegend angetroffen. Die Bettholme waren bds. hochgestellt. Eine Notrufklingel befand sich an der Aufrichthilfe am Bett, war jedoch für die Bewohnerin nicht erreichbar angebracht worden.

- Hierzu wurde beraten.

Sie war mit einem hauseigenen Nachthemd bekleidet.

Im Zimmer befanden sich neben dem Standardmobiliar einige persönliche Gestaltungselemente.

Auffallend war der renovierungsbedürftige Zustand des angrenzenden Sanitärbereiches und eine unzureichende Deckenbeleuchtung im Bewohnerzimmer und Sanitärbereich.

- Hierzu wurde beraten.

Auf dem angrenzenden Balkon war ein Rollator und ein Rollstuhl abgestellt worden.

Im Zimmer befand sich ein weiterer Faltrollstuhl, in den die Bewohnerin lt. Angabe 2x wöchentlich mobilisiert wurde. Der Reifendruck war deutlich zu niedrig, eine adäquate druckentlastende Sitzauflage fehlte.

- Hierzu wurde beraten.

Der Allgemeinzustand war reduziert.

Die Bewohnerin war augenscheinlich in einem sehr schlanken Ernährungszustand.

Anzeichen von Exsikkose wurden nicht festgestellt.

Lt. Angabe der Pflegefachkraft nehme die Bewohnerin oral Nahrung und Getränke mit personeller Hilfe zu sich, zeitweise trinke und esse sie aber zu wenig und verschlucke sich.

Die Pflegedokumentation enthielt keine Angaben zur Körpergröße.

Regelmäßige engmaschige Gewichtskontrollen waren der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Letztmalig war in 01/06 in zwei unterschiedlichen Formblättern ein Gewicht dokumentiert: 13. 1. 06: 52,5 kg, an anderer Stelle war lediglich Jan. 06 vermerkt mit 58 kg.

Davor wurde in 11/05 ein Gewicht von 58,5 kg dokumentiert, ansonsten in großen Zeitabständen.

Die Pflegedokumentation zeigte insgesamt gravierende Mängel bezüglich der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung.

Der Pflegeprozessplanung waren keine handlungsleitenden Angaben zur individuellen Nahrungs- und Getränkeversorgung im Rahmen einer erforderlichen Kachexie- und Exsikkoseprophylaxe zu entnehmen. Es waren lediglich allgemein tgl. 5 pass. Mahlzeiten ohne konkrete Nennung z. B. zum tgl. Gesamtkalorienbedarf aufgeführt.

Protokolle zur tatsächlich aufgenommenen Nahrung wurden nicht geführt.

In den Pflegeberichten wurde lediglich sporadisch dokumentiert, dass die Bewohnerin schlecht trinke und sich manchmal verschlucke.

Individuelle Angaben zu Getränken und zur Soll- Trinkmenge fehlten ebenfalls in der Pflegeprozessplanung.

Protokolle zur Getränkeaufnahme wurden tgl. geführt.

Auffallend war hierbei, dass dokumentierte Einzelgaben bez. der Flüssigkeitsmenge erheblich unterschiedlich waren. Die Vermutung, dass es keine verbindliche Regelung zur Dokumentation der Flüssigkeitsaufnahme gibt, wurde von der anwesenden Pflegefachkraft bestätigt.

Den Protokollen zufolge lag die Gesamtfüssigkeitsmenge pro Tag wiederholt unter 500 ml.

Auffallend war mehrfach auch, dass demnach im Spätdienst und im Nachtdienst kaum Getränke verabreicht wurden. In Stichproben wurde hierbei eine Flüssigkeitskarenz von 13 Stunden festgestellt

Eine Reflexion und pflegerische Intervention sowie eine erforderliche Kommunikation zwischen den Pflegekräften und dem behandelnden Arzt zur Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

- Hierzu wurde dringend geraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf die Grundsatzstellungnahme des MDS zu Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen hingewiesen.

Lt. Angabe besteht eine Harn- und Stuhlinkontinenz.

Durchgehend wurden geschlossene Inkontinenzartikel eingesetzt.

Eine fachliche Begründung wurde nicht genannt. Offensichtlich wurde diese Vorgehensweise als pflegeerleichternde Maßnahme angesehen.

- Die nicht fachgerechte Inkontinenzversorgung wurde auch unter Berücksichtigung des derzeit bestehenden Dekubitus im Sakralbereich erörtert. Unter Berücksichtigung einer erforderlichen Cystitis- und Dekubitusprophylaxe wurde dringend zu einer adäquaten Versorgung geraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Inkontinenz zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf den Arbeitstext „Kontinenzförderung“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) von 10/2005 hingewiesen.

Im Bett befand sich eine funktionstüchtige Wechselluftmatratze. Unklar blieb, ob die Einstellung tatsächlich dem Körpergewicht entsprach.

Die Pflegefachkraft war dazu nicht informiert, der Pflegedokumentation war hierzu keine Angabe zu entnehmen.

- Zu einer umgehend fachgerechten Druckeinstellung wurde beraten.

Zu einem zielgerichteten Gespräch war die Bewohnerin nicht in der Lage, sie war in allen Bereichen desorientiert. Eine nonverbale Kommunikation war jedoch möglich.

- Der anwesenden Pflegefachkraft wurde empfohlen mit dem behandelnden Arzt zur Erfordernis einer gesetzlichen Betreuungsregelung zu kommunizieren.

Die Bewohnerin war in ihrer Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Obere und untere Extremitäten waren geringfügig aktiv beweglich. Stehen und Gehen war nicht möglich.

Lt. Angabe werde die Bewohnerin 2 x wö. im Zusammenhang mit Angehörigenbesuchen in den Rollstuhl gesetzt, ansonsten sei sie seit längerem bettlägerig.

An den Schulter-, Hüft-, Knie- und Fußgelenken zeigten sich deutliche Kontraktionen.

Eine gezielte Kontrakturenprophylaxe u. a. mit Bewegungsplanung und Durchführungsnachweisen war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

Eine Physiotherapie zur Kontrakturenbehandlung wurde lt. Angabe nicht durchgeführt.

- Hierzu wurde beraten.

Die Lagerung der immobilen Bewohnerin war insgesamt nicht fachgerecht und ausreichend druckentlastend durchgeführt worden.

- Hierzu wurde beraten. Im Gespräch mit der Pflegefachkraft wurden fachliche Unsicherheiten bezüglich Lagerungstechniken deutlich. Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Dekubitusgefahr sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sowie auf die Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS hingewiesen.

Es besteht lt. monatlicher Sturzrisikoerhebung in der Pflegedokumentation ein hohes Sturzrisiko. Die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Sturzprophylaxe war jedoch nicht erkennbar.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Schmerzen wurden von der Bewohnerin nach dem Verbandswechsel des Dekubitus im Bereich des Os sacrum geäußert.

- Der Pflegefachkraft wurde empfohlen, diesbezüglich umgehend den behandelnden Arzt zu informieren und ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement sicherzustellen.

Bei Inspektion des Mundzustandes fiel ein zahnloser Ober- und Unterkiefer auf. Lt. Angabe der Pflegefachkraft werde die Vollprothese lediglich im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme eingesetzt. Weder im Gespräch mit der Pflegefachkraft noch der Pflegedokumentation war eine Begründung hierzu zu entnehmen.

- Die Vorgehensweise wurde erörtert und zu einer bewohnerorientierten Änderung geraten.

Unklar blieb die Art und Häufigkeit einer Mundpflege. Die Zunge war auffallend belegt.

- Hierzu wurde ebenfalls beraten.

Haare, Fuß- und Fingernägel waren unauffällig.

Bei weiterer Inspektion des Hautzustandes wurde folgendes festgestellt:

Im Bereich des Os sacrum war ein Verband angebracht worden. Lt. Angabe der Pflegefachkraft war in diesem Bereich ein Dekubitus entstanden, derzeit 3. Grades. Tgl. erfolge ein Verbandswechsel anhand der ärztlichen Anordnung. Die Wundtherapie erfolge in Zusammenarbeit mit einem Chirurgen, der regelhaft 1 x monatlich ins Haus käme zur Wundversorgung bei Bewohnern mit Dekubitus.

Zur näheren Wundinspektion wurde von der Pflegefachkraft der Verband entfernt. Hierbei zeigte sich die problematische Beleuchtung im Zimmer, die eine Haut-/Wundinspektion erschwerte.

Es zeigte sich ein ca. 3 cm x 2,5 cm großer und ca. 2 cm tiefer Dekubitus 4° mit Taschenbildung. Der Wundrand war gerötet, das Wundareal teilweise nekrotisch belegt.

Im Bereich des Klebeareals des Wundpflasters zeigte sich eine erhebliche Hautrötung und eine ca. 2 mm große Hautabschürfung.

- Zu einer umgehenden Informationsweiterleitung an den behandelnden Arzt wurde geraten.

Die gesamte Wunddokumentation incl. der Wundtherapie zum in der Pflegeeinrichtung entstandenen Dekubitus zeigte gravierende Mängel und war insgesamt nicht nachvollziehbar.

Anzeichen weiterer Dekubiti wurden nicht festgestellt.

Die Haut an beiden Armen und Unterschenkel war sehr trocken und zeigte Anzeichen einer sog. Pergamenthaut mit Unterhauteinblutungen.

Die Angabe der Pflegefachkraft, dass die Hautareale mit einer ärztlich angeordneten harnstoffhaltigen Salbe versorgt würden, war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

Am li. Unterschenkel war in Schienbeinhöhe ein Verband (Wundgaze/Mullkompressen) angebracht worden. Nach Entfernen des Verbandes durch die Pflegefachkraft wurde ein ca. 1 cm x 2 cm großer oberflächlicher Hauteinriss sichtbar.

Die Pflegedokumentation enthielt hierzu keine nachvollziehbare Wunddokumentation, die Wundversorgung blieb ebenfalls unklar.

Am rechten Unterarm war ein Hydrocol-Verband angebracht worden. Nach Entfernen des Verbandes zeigten sich Anzeichen eines abgeheilten ca. 1 cm großen Hauteinrisses.

Auch hierzu enthielt die Pflegedokumentation keine nachvollziehbare Wunddokumentation.

Eine Dekubitusrisikoerhebung wurde von der Einrichtung anhand einer Dekubitusrisikoskala (Braden) monatlich durchgeführt. Trotz hierbei ermitteltem Dekubitusrisiko mit 15 Punkten und bereits in der Pflegeeinrichtung entstandenem Dekubitus war die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in die Pflegeprozessplanung nicht handlungsleitend aufgenommen. Ein Bewegungsplan lag nicht vor, Lagerungsprotokolle wurden nicht geführt.

Zusammenfassung:

Aufgrund der Ergebnisse der Überprüfung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentation muss davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte (auch Pflegehilfskräfte) die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchführten. Auch aufgrund fehlender Fachlichkeit von Pflegekräften, nicht erkennbarer Reflektion des pflegerischen Handelns und unzureichender Motivation werden Risiken nicht bedacht und es sind bereits negative Folgen für die Pflegebedürftigen eingetreten. Eine fördernde prozesshafte Versorgung der Pflegebedürftigen ist nicht erkennbar. Die Bewohnerin muss sich den Gegebenheiten anpassen.

Als problematisch ist auch die unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften zu nennen. Auch fanden keine interdisziplinären lösungsorientierten Fallbesprechungen zur Einleitung bewohnerorientierter Maßnahmen statt.

Die Pflegedokumentationsunterlagen zeigten ebenfalls gravierende Mängel. Insgesamt waren hier die Grundlagen des Pflegeprozesses, d. h. eine ressourcenorientierte Planung und Steuerung des Pflegeprozesses mit kleinschrittiger Zielplanung und entsprechender Erfolgskontrolle nicht nachzuvollziehen. Auswirkungen und Zusammenhänge können daher nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden.

Durchgeführte Pflegemaßnahmen entsprachen nicht den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung im Rahmen ihrer Fachaufsicht bisher regelmäßig über die Pflegesituation der Bewohnerin informiert wurde, blieb unklar.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Pflege und Betreuungssituation der Bewohnerin unangemessen ist und eine konkrete Gefährdung (u. a. bez. der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusgefährdung bzw. bereits entstandener Dekubitus) besteht.

Unter Einbeziehung der Feststellungen zur Ergebnisqualität, der fehlenden fachlichen Beratung, Kontrolle und Anleitung der Pflegekräfte (einschließlich der Pflegehilfskräfte), unzureichender Fachkenntnisse, den gravierenden Mängeln der Pflegedokumentation, den unzureichenden Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung und der problematischen Personalsituation ist nicht mit einer unverzüglichen und nachhaltigen Verbesserung der pflegerischen Rahmenbedingungen und Versorgungssituation entsprechend der angeregten Sofortmaßnahmen zu rechnen.

Der MDK Berlin-Brandenburg empfiehlt, gem. § 115, Abs. 4 SGB XI die betroffene Versicherte über die Möglichkeit der Vermittlung eines anderen geeigneten Pflegeheimes zur nahtlosen Übernahme der pflegerischen Versorgung zu beraten.

Bei P4 (Pflegestufe III gemäß SGB XI) liegen lt. Stammbblatt der Pflegedokumentation folgende Diagnosen (Stand 2002) vor: „Insult mit Hemiparese II., senile Demenz, Schrittmacherimplantat 04/2002, PEG-Anlage 8. 5. 2002 bei Ess-/Trinkstörung“.

Die Bewohnerin lebt in dieser Einrichtung seit 05/2004.

Sie steht in allen Bereichen unter gesetzlicher Betreuung.

Vor dem Aufsuchen der Bewohnerin wurden von der diensthabenden Pflegefachkraft Informationen zur Pflegesituation eingeholt.

Die Bewohnerin ist lt. Angabe in allen Bereichen vollständig auf personelle Hilfen angewiesen, aufgrund zunehmender Kontrakturen teilweise mit zwei Pflegekräften (u. a. Lagewechsel, Intimpflege). Die Bewohnerin sei bereits bei Einzug in die Pflegeeinrichtung vollständig bettlägerig gewesen. Regelmäßig werde ein Lagewechsel durchgeführt.

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung erfolge ausschließlich über die PEG anhand eines Ernährungsplanes.

Seit Einzug in die Pflegeeinrichtung 2004 erfolge die Harnausscheidung über einen transurethralen Blasenkatheter. Eine Begründung war der Pflegefachkraft nicht bekannt, eine ärztliche Indikation lag nicht vor. Wie bei den anderen Bewohnern der Pflegeeinrichtung mit einem transurethralen Blasenkatheter erfolgte der Katheterwechsel durch eine Urologin.

Dem Pflegebericht war zu entnehmen, dass sich die Bewohnerin am 11. 2. 06 den Blasenkatheter gezogen hatte. In Folge wird dokumentiert, dass die Bewohnerin „ausreichend“ bzw. „genügend“ Urin ließ. Unklar blieb, weshalb die Urologin am 13. 2. 06 einen neuen Blasenkatheter legte.

Lt. Angabe lag eine Stuhlinkontinenz vor. Die Versorgung erfolgte durchgehend mit geschlossenen Inkontinenzartikeln. Eine fachliche Begründung wurde nicht genannt. Offensichtlich wurde diese Vorgehensweise als pflegeerleichternde Maßnahme angesehen.

- Die nicht fachgerechte Inkontinenzversorgung wurde erörtert. Unter Berücksichtigung einer erforderlichen Cystitis- und Dekubitusprophylaxe wurde dringend zu einer adäquaten Versorgung geraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Inkontinenz zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf den Arbeitstext „Kontinenzförderung“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) von 10/2005 hingewiesen.

Zum Hautzustand wurde angegeben, dass kein Dekubitus vorläge.

Die Bewohnerin würde sich aber häufig durch starkes Kratzen Hautabschürfungen zufügen. Als weitere Problematik wurde ein starkes Schwitzen genannt.

Zu beiden genannten Auffälligkeiten war der Pflegedokumentation keine Kommunikation mit dem behandelnden Arzt zu entnehmen.

- Hierzu wurde beraten.

Die Bewohnerin erhalte kaum Besuche z. B. von Angehörigen, in (Einzel-) Angebote zur sozialen Betreuung seitens der Pflegeeinrichtung wurde sie nicht einbezogen.

Die Bewohnerin wurde in einem Doppelzimmer im Pflegebett liegend angetroffen.

Die abgepolsterten Bettholme waren bds. hochgestellt. Eine erreichbare Notrufklingel war nicht angebracht, da die Bewohnerin lt. Angabe der Pflegefachkraft zur adäquaten Nutzung nicht in der Lage sei. Ein entsprechender Vermerk in der Pflegedokumentation fehlte.

Sie war mit einem privaten Nachthemd bekleidet.

Im Zimmer befanden sich neben dem Standardmobiliar einige persönliche Gestaltungselemente.

Auffallend war in diesem Zimmer und im angrenzenden Sanitärbereich eine unzureichende Deckenbeleuchtung.

- Hierzu wurde beraten.

Der Allgemeinzustand war reduziert.

Die Bewohnerin war augenscheinlich in einem sehr schlanken Ernährungszustand. /

Anzeichen von Exsikkose wurden nicht festgestellt.

Die Pflegedokumentation enthielt keine Angaben zur Körpergröße.

Regelmäßige engmaschige Gewichtskontrollen waren der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Das letztmalig in 03/06 ermittelte Körpergewicht beträgt laut Pflegedokumentation 49,2 kg, davor in 11/05: 50 kg und 10/05: 47 kg.

Anzumerken ist, dass lt. Pflegedokumentation in 12/2004 das Gewicht 60 kg betragen hatte.

Die Bewohnerin war mit einer PEG-Sonde versorgt. Der Ernährungsplan zur Sondenernährung enthielt das Handzeichen des Arztes und die Unterschrift der Ernährungsberatung, Stand 20. 9. 05. Im Ernährungsplan waren u. a. neben dem Produktnamen der Sondennahrung und Flussrate als tgl. Kalorienbedarf 1500 kcal und als zusätzliche Flüssigkeitsmenge 800 ml Wasser angegeben. Die vorgehaltene bzw. aktuell verabreichte Sondenkost stimmte mit der auf dem Ernährungsplan überein.

Die eingestellte Flussrate entsprach jedoch nicht den Vorgaben des Ernährungsplanes.

- Hierzu wurde beraten.

Protokolle zur Verabreichung der Sondennahrung und Flüssigkeit wurden tgl. geführt, mehrfach waren jedoch die Durchführungsnachweise analog dem Ernährungsplan lückenhaft. Im Pflegebericht war hierzu nichts vermerkt, sodass unklar blieb, ob die Vergabe tatsächlich erfolgt war oder die Dokumentation vergessen wurde.

Eine Kommunikation mit dem behandelnden Arzt zur Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

Der Verbandswechsel der PEG-Austrittsstelle war an diesem Tag bereits durchgeführt worden. Der Verband war fachgerecht angelegt. Unter Berücksichtigung des reduzierten Allgemeinzustandes der Bewohnerin und einer wahrzunehmenden nonverbalen Abwehrhaltung wurde auf eine nähere Wundinspektion verzichtet.

Die Einstichstelle der PEG-Anlage sei unauffällig, alle 3 Tage erfolge ein Verbandswechsel mit trockener Kompresse.

Eine Wunddokumentation wurde bisher nicht geführt, zum Verbandswechsel lag keine ärztliche Anordnung vor.

- Hierzu wurde beraten.

Die Harnableitung erfolgte über einen transurethralen Blasenkatheter. Der Urinauffangbeutel war fachgerecht unter Blasenniveau angebracht. Der Urin zeigte eine auffallend dunkle Färbung und Ablagerungen.

- Es wurde zu einer Informationsweiterleitung an den behandelnden Arzt geraten.

Eine Dokumentation zur Ausscheidungsmenge wurde tgl. durchgeführt, es erfolgte jedoch keine Bilanzierung.

Die Bewohnerin war mit einem geschlossenen Inkontinenzartikel versorgt.

- Zur entsprechenden Beratung s. o.

Im Bett befand sich eine AD-Matratze.

Zu einem zielgerichteten Gespräch war die Bewohnerin nicht in der Lage, sie war in allen Bereichen desorientiert. Eine nonverbale Kommunikation war geringfügig möglich.

Aufgrund des wahrzunehmenden Abwehrverhaltens wurde die Überprüfung des Pflegezustandes eingeschränkt durchgeführt.

Die Bewohnerin war in ihrer Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Obere und untere Extremitäten waren geringfügig aktiv beweglich.

An den Schulter-, Hüft-, Knie- und Fußgelenken zeigten sich deutliche Kontrakturen.

Eine gezielte Kontrakturenprophylaxe u. a. mit Bewegungsplanung und Durchführungsnachweisen war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

Eine Physiotherapie zur Kontrakturenbehandlung wurde lt. Angabe nicht durchgeführt.

- Hierzu wurde beraten.

Die Lagerung der immobilen Bewohnerin war insgesamt nicht fachgerecht und ausreichend druckentlastend durchgeführt worden.

- Hierzu wurde beraten. Im Gespräch mit der Pflegefachkraft wurden fachliche Unsicherheiten bezüglich Lagerungstechniken deutlich. Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Dekubitusgefahr sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sowie auf die Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS hingewiesen.

Es besteht lt. monatlicher Sturzrisikoerhebung in der Pflegedokumentation ein hohes Sturzrisiko. Die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Sturzprophylaxe war jedoch nicht erkennbar.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Zu Schmerzen äußerte sich die Bewohnerin nicht.

Eine Inspektion des Mundzustandes war nicht möglich, die Bewohnerin öffnete nur geringfügig den Mund. Soweit erkennbar waren Ober- und Unterkiefer zahnlos. Unklar blieb eine prothetische Versorgung und Art und Häufigkeit einer Mundpflege.

- Hierzu wurde beraten.

Haare und Fußnägel waren unauffällig.

Die Fingernägel waren trotz bekannter Verhaltensauffälligkeit nicht entsprechend gekürzt und gepflegt.

- Hierzu wurde dringend geraten, zumal festgestellt wurde, dass sich die Bewohnerin im Kehlkopfbereich offensichtlich eine frische Kratzwunde zugefügt hatte, Größe ca. 1,5 cm x 3 cm, leicht sezernierend. Zur umgehenden Wundversorgung und Informationsweiterleitung an den Arzt wurde ebenfalls beraten.

Im Bereich beider Knie war ein Verband angelegt worden. Lt. Angabe der Pflegefachkraft handelte es sich um Kratzdefekte.

Zur näheren Wundinspektion wurden die Verbände (ölhaltige Gaze, Mullkompressen) von der Pflegefachkraft entfernt. Hierbei zeigte sich die problematische Beleuchtung im Zimmer, die eine Haut-/Wundinspektion erschwerte.

Auf der rechten Kniescheibe zeigte sich ein ca. 3 cm x 2 cm großer verschorfter Bereich, der Wundrand war leicht gerötet. Über der linken Kniescheibe waren zwei Hautabschürfungen erkennbar (ca. 2 cm x 1 cm und ca. 1 cm x 0,5 cm) mit Abheilungstendenz.

Obwohl in den Pflegeberichten mehrfach Kratzdefekte aufgeführt werden, ist der Pflegedokumentation eine nachvollziehbare pflegerische Intervention und zeitnahe Informationsweiterleitung an den Arzt nicht zu entnehmen.

Sporadisch wurden zu Hautdefekten Wunddokumentationen geführt, die jedoch hinsichtlich Wundstatus, ärztlicher Therapie und Durchführung sowie zum Wundverlauf nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

Anzeichen eines Dekubitus wurden nicht festgestellt.

Eine Dekubitusrisikoerhebung wurde von der Einrichtung anhand einer Dekubitusrisikokala (Braden) monatlich durchgeführt. Trotz hierbei ermitteltem Dekubitusrisiko mit 12 Punkten war die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in die Pflegeprozessplanung nicht handlungsleitend aufgenommen. Ein Bewegungsplan lag nicht vor. Lagerungsprotokolle wurden tgl. geführt, demnach erfolgten Lagewechsel im 4stdl. Abstand.

Zusammenfassung:

Aufgrund der Ergebnisse der Überprüfung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentation muss davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte (auch Pflegehilfskräfte) die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchführten. Auch aufgrund fehlender Fachlichkeit von Pflegekräften, nicht erkennbarer Reflektion des pflegerischen Handelns und unzureichender Motivation werden Risiken nicht bedacht und es sind bereits negative Folgen für die Pflegebedürftigen eingetreten. Eine fördernde prozesshafte Versorgung der Pflegebedürftigen ist nicht erkennbar. Die Bewohnerin muss sich den Gegebenheiten anpassen.

Als problematisch ist auch die unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften zu nennen. Auch fanden keine interdisziplinären lösungsorientierten Fallbesprechungen zur Einleitung bewohnerorientierter Maßnahmen statt.

Die Pflegedokumentationsunterlagen zeigten ebenfalls gravierende Mängel. Insgesamt waren hier die Grundlagen des Pflegeprozesses, d. h. eine ressourcenorientierte Planung und Steuerung des Pflegeprozesses mit kleinschrittiger Zielplanung und entsprechender Erfolgskontrolle nicht nachzuvollziehen. Auswirkungen und Zusammenhänge können daher nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden.

Durchgeführte Pflegemaßnahmen entsprachen nicht den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung im Rahmen ihrer Fachaufsicht bisher regelmäßig über die Pflegesituation der Bewohnerin informiert wurde, blieb unklar.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Pflege und Betreuungssituation der Bewohnerin unangemessen ist und eine konkrete Gefährdung (u. a. bez. der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusgefährdung) besteht.

Unter Einbeziehung der Feststellungen zur Ergebnisqualität, der fehlenden fachlichen Beratung, Kontrolle und Anleitung der Pflegekräfte (einschließlich der Pflegehilfskräfte), unzureichender Fachkenntnisse, den gravierenden Mängeln der Pflegedokumentation, den unzureichenden Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung und der problematischen Personalsituation ist nicht mit einer unverzüglichen und nachhaltigen Verbesserung der pflegerischen Rahmenbedingungen und Versorgungssituation entsprechend der angeregten Sofortmaßnahmen zu rechnen.

Der MDK Berlin-Brandenburg empfiehlt, gem. § 115, Abs. 4 SGB XI die betroffene Versicherte über die Möglichkeit der Vermittlung eines anderen geeigneten Pflegeheimes zur nahtlosen Übernahme der pflegerischen Versorgung zu beraten.

Bei P5 (Pflegestufe III gemäß SGB XI) liegen lt. Stamblatt der Pflegedokumentation folgende Diagnosen vor: „Demenz, KHK, Anämie“.

Letzter KH-Aufenthalt 6. 4. - 14. 4. 06; Diagnosen lt. Arztbericht: „Exsikkose, Harnwegsinfekt, Multiple Muskelkontrakturen, Kachexie, vask. Demenz“.

Einzug in die Pflegeeinrichtung war am 20. 1. 2006. Sie lebte vorher in einer anderen vollstationären Pflegeeinrichtung.

Lt. Angabe ist eine gesetzliche Betreuung eingeleitet worden.

Vor dem Aufsuchen der Bewohnerin wurden von der diensthabenden Pflegefachkraft Informationen zur Pflegesituation eingeholt.

Die Bewohnerin ist lt. Angabe in allen Bereichen vollständig auf personelle Hilfen angewiesen, aufgrund ausgeprägter Kontrakturen teilweise mit zwei Pflegekräften (u. a. Lagewechsel, Intimpflege). Alle 3 Tage erhalte sie im Rahmen der Schmerztherapie ein Durogesic-Pflaster.

Ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

- Hierzu wurde beraten.

Die Bewohnerin sei bereits bei Einzug in die Pflegeeinrichtung vollständig bettlägerig gewesen. Lagewechsel würden regelmäßig durchgeführt werden.

Die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung erfolge oral und wurde von der Pflegefachkraft als äußerst problematisch und zeitintensiv beschrieben. Die Bewohnerin nehme kaum Nahrung und Getränke zu sich, weswegen sie am 6. 4. 06 in ein Krankenhaus zur Abklärung einer PEG-Anlage überwiesen wurde. Dies wurde jedoch im Krankenhaus nicht durchgeführt, da die Angehörige dies abgelehnt hätte. Dem Arztbericht des Krankenhauses ist dies ebenfalls zu entnehmen.

Im Gespräch mit der Pflegefachkraft wurde deutlich, dass diese Situation von den Pflegekräften, auch unter ethisch-moralischen Gesichtspunkten, offensichtlich als sehr belastend empfunden wird. Eine lösungsorientierte Kommunikation, z. B. in Form einer Fallbesprechung mit Pflegekräften, behandelndem Arzt und der Angehörigen, wurde bisher nicht in Erwägung gezogen.

- Hierzu wurde dringend geraten.

Weiteres s. u. im Rahmen der Überprüfung des Pflegezustandes.

Bereits in der vorherigen Pflegeeinrichtung erfolgte die Harnausscheidung lt. Angabe über einen transurethralen Blasenkatheter. Eine Begründung war der Pflegefachkraft nicht bekannt, eine ärztliche Indikation lag nicht vor. Wie bei den anderen Bewohnern der Pflegeeinrichtung mit einem transurethralen Blasenkatheter erfolgt der Katheterwechsel durch eine Urologin.

Lt. Angabe lag eine Stuhlinkontinenz vor. Die Versorgung erfolgte durchgehend mit geschlossenen Inkontinenzartikeln. Eine fachliche Begründung wurde nicht genannt. Offensichtlich wurde diese Vorgehensweise als pflegeerleichternde Maßnahme angesehen.

- Die nicht fachgerechte Inkontinenzversorgung wurde erörtert. Unter Berücksichtigung einer erforderlichen Cystitis- und Dekubitusprophylaxe wurde empfohlen, größtmöglichst offene Inkontinenzartikel einzusetzen. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Inkontinenz zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf den Arbeitstext „Kontinenzförderung“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) von 10/2005 hingewiesen.

Zum Hautzustand wurde angegeben, dass bereits bei Einzug in die Pflegeeinrichtung ein Dekubitus 2° am li. Ellenbogen vorgelegen habe.

Die im Nachgang ausgewertete Pflegedokumentation bestätigte diese Angabe nicht, sondern verdeutlicht, dass der Dekubitus in dieser Pflegeeinrichtung entstanden ist.

Im Pflegebericht wurde am 16. 3. 06 „Klitzekleine Hautabschürfung am linken Ellbogen!“ und am nächsten Tag „Dekubitus am li. Ellenbogen entsteht“ dokumentiert.

Die gesamte Wunddokumentation hierzu incl. ärztlicher Anordnung zur Wundtherapie, Durchführungsnachweisen und Verlauf zeigte gravierende Mängel und war insgesamt nicht nachvollziehbar.

Zum Hautzustand wurde weiter angegeben, dass am re. Knöchel ein chron. Ulcus cruris besteht, der Verbandswechsel erfolge ebenfalls entsprechend der ärztliche Anordnung.

Auch hierzu lag keine nachvollziehbare Wunddokumentation zum Wundstatus, Wundtherapie, Durchführungsnachweisen und Wundverlauf vor.

Die Bewohnerin erhalte Besuche von Angehörigen, in (Einzel-) Angebote zur sozialen Betreuung seitens der Pflegeeinrichtung wurde sie nicht einbezogen.

Die Bewohnerin wurde in einem Doppelzimmer im Pflegebett liegend angetroffen.

Sie war mit einem hauseigenen Nachthemd bekleidet und befand sich in einer 90° Lage.

Die Bettholme waren bds. hochgestellt. Eine erreichbare Notrufklingel war nicht angebracht, da die Bewohnerin lt. Angabe der Pflegefachkraft zur adäquaten Nutzung nicht in der Lage sei. Ein entsprechender Vermerk in der Pflegedokumentation fehlte.

Im Zimmer befanden sich neben dem Standardmobiliar einige persönliche Gestaltungselemente.

Der Allgemeinzustand war reduziert.

Zu einem Gespräch war die Bewohnerin nicht in der Lage, sie war in allen Bereichen desorientiert. Sie war ansprechbar, aber eine nonverbale Kommunikation war nicht möglich.

Auffallend war, dass die Bewohnerin unartikulierte klagende Laute von sich gab und trotz Immobilität sehr unruhig war. Das Durogesic-Pflaster zur Schmerztherapie war angebracht.

- Aufgrund der Beobachtung bestand Übereinstimmung mit der Pflegefachkraft, umgehend den behandelnden Arzt zu informieren, da ggf. die derzeitige Schmerztherapie nicht ausreichend ist.

Aufgrund des Allgemeinzustandes wurde die Überprüfung des Pflege- und Hautzustandes eingeschränkt durchgeführt.

Der Ernährungszustand war kachektisch.

Anzeichen von Exsikkose wurden festgestellt, u. a. stehende Hautfalten, konzentrierter Urin.

Körpergröße lt. Pflegedokumentation: 154 cm.

Lt. Pflegeüberleitungsbogen der vorherigen Pflegeeinrichtung betrug das Körpergewicht am 20. 1. 06: 42 kg. Regelmäßige engmaschige Gewichtskontrollen waren der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Das erstmalig in der Pflegeeinrichtung am 27. 2. 06 ermittelte Körpergewicht betrug lt. Pflegedokumentation 39,0 kg, danach am 3.4.06: 35,8 kg und am 4.4.06: 35,2 kg/BMI 14,6.

Der Pflegeprozessplanung waren keine handlungsleitenden Angaben zur individuellen Nahrungs- und Getränkeversorgung im Rahmen einer erforderlichen Kachexie- und Exsikkoseprophylaxe zu entnehmen. Es waren lediglich allgemein 5 passierte Mahlzeiten tgl. ohne konkrete Nennung z. B. zum tgl. Gesamtkalorienbedarf aufgeführt.

Individuelle handlungsleitende Angaben zur Flüssigkeitsversorgung fehlten ebenfalls.

Protokolle zur tatsächlich aufgenommenen Nahrung wurden tgl. geführt, waren jedoch nicht nachvollziehbar.

Protokolle zur Getränkeaufnahme wurden ebenfalls tgl. geführt. Hierbei schwankten dokumentierte Einzelgaben zwischen 20 ml und als nächste Flüssigkeitsmenge gesamt z. B. 250 ml. Die Vermutung, dass es keine verbindliche Regelung zur Dokumentation der Flüssigkeitsaufnahme gibt, wurde von der Pflegefachkraft bestätigt.

Den Protokollen zufolge lag die Gesamtlüssigkeitsmenge pro Tag wiederholt deutlich unter 1000 ml.

Anzumerken ist, dass in Pflegeberichten mehrfach ein starkes Schwitzen und Durchfälle dokumentiert sind, was einen zusätzlichen Flüssigkeitsverlust mit dem Risiko der Dehydratation darstellt.

Eine Kommunikation zwischen den Pflegekräften und dem behandelnden Arzt war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

- Hierzu wurde dringend geraten. Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf die Grundsatzstellungnahme des MDS zu Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen hingewiesen.

Die Harnableitung erfolgte über einen transurethralen Blasenkatheter. Der Urinauffangbeutel war fachgerecht unter Blasenniveau angebracht. Der Urin zeigte eine konzentrierte Farbe.

Eine Dokumentation zur Ausscheidungsmenge wurde tgl. durchgeführt, es erfolgte jedoch keine Bilanzierung.

Die Bewohnerin war mit einem geschlossenen Inkontinenzartikel versorgt.

- Zur entsprechenden Beratung s. o.

Im Bett befand sich eine Wechseldruckmatratze. Die Druckeinstellung war nicht fachgerecht vorgenommen worden, sondern entsprach einem Körpergewicht von 80 kg.

- Zu einer umgehenden fachgerechten Druckeinstellung wurde beraten.

Auffallend war auch, dass auf dem Motor der Matratze ein anderer Bewohnername vermerkt war. Bei Nachfrage konnten die anwesenden Pflegefachkräfte zur Herkunft der Matratze keine Angaben machen.

Die Bewohnerin war in ihrer Beweglichkeit erheblich eingeschränkt.

An den Schulter-, Hüft-, Knie- und Fußgelenken zeigten sich ausgeprägte Kontrakturen.

Eine gezielte Kontrakturenprophylaxe u. a. mit Bewegungsplanung und Durchführungsnachweisen war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen.

Eine Physiotherapie zur Kontrakturenbehandlung wurde lt. Angabe nicht durchgeführt.

- Hierzu wurde beraten.

Die Lagerung der immobilen Bewohnerin war insgesamt nicht fachgerecht und ausreichend druckentlastend durchgeführt worden.

- Hierzu wurde beraten. Im Gespräch mit der Pflegefachkraft wurden fachliche Unsicherheiten bezüglich Lagerungstechniken deutlich. Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Dekubitusgefahr sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sowie auf die Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS hingewiesen.

Es besteht lt. monatlicher Sturzrisikoerhebung in der Pflegedokumentation ein hohes Sturzrisiko. Die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Sturzprophylaxe war jedoch nicht erkennbar.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Eine Inspektion des Mundzustandes war nicht möglich, die Bewohnerin öffnete nur geringfügig den Mund. Soweit erkennbar waren Ober- und Unterkiefer zahnlos. Unklar blieb eine prothetische Versorgung und Art und Häufigkeit einer Mundpflege.

- Hierzu wurde beraten.

Fuß- und Fingernägel waren unauffällig.

Der Zustand der sehr fettigen Haare und der erheblich schuppigen Kopfhaut ließ keine regelmäßige Pflege erkennen.

Bei Nachfrage wurde angegeben, dass die Bewohnerin seit Einzug in die Pflegeeinrichtung weder gebadet/geduscht wurde noch war bisher eine Haarwäsche durchgeführt worden.

- Dies wurde erörtert und dringend zu einer adäquaten Körperpflege geraten.

Wie o. g. wurde mit Rücksicht auf den reduzierten Allgemeinzustand der Bewohner der Hautzustand nur eingeschränkt geprüft.

Beide Unterarme zeigten eine Pergamenthaut mit Unterhauteinblutungen.

Am rechten Knöchel war ein Verband fachgerecht angebracht, eine nähere Wundinspektion wurde nicht durchgeführt.

Auf der rechten Kniescheibe zeigte sich eine ca. 2 cm x 3 mm große oberflächliche Hautläsion.

Über der linken Kniescheibe war eine ca. 2 cm x 3 cm große Rötung erkennbar, soweit beurteilbar mit Anzeichen eines abgeklungenen Dekubitus.

Am linken Fuß war Dig III in einer Größe von ca. 2 cm x 2 mm schorfig bedeckt.

In der Pflegeprozessplanung spiegelte sich insgesamt die Hautproblematik nicht wider und Wunddokumentationen waren hinsichtlich Wundstatus, ärztlicher Therapie, Durchführung sowie zum Wundverlauf nicht eindeutig nachvollziehbar.

Eine Dekubitusrisikoerhebung wurde von der Einrichtung anhand einer Dekubitusrisikoskala (Braden) monatlich durchgeführt. Trotz hierbei ermitteltem Dekubitusrisiko und

in der Pflegeeinrichtung entstandenen Hautschädigungen war die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in die Pflegeprozessplanung nicht handlungsleitend aufgenommen. Lagerungsprotokolle wurden tgl. geführt, demnach erfolgten jedoch keine engmaschigen Lagewechsel, sondern im 4stdl. Abstand.

Zusammenfassung:

Aufgrund der Ergebnisse der Überprüfung des Pflegezustandes und der Pflegedokumentation muss davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte (auch Pflegehilfskräfte) die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchführten. Auch aufgrund fehlender Fachlichkeit von Pflegekräften, nicht erkennbarer Reflektion des pflegerischen Handelns und unzureichender Motivation werden Risiken nicht bedacht und es sind bereits negative Folgen für die Pflegebedürftige eingetreten.

Eine fördernde prozesshafte Versorgung der Pflegebedürftigen ist nicht erkennbar. Die Bewohnerin muss sich den Gegebenheiten anpassen.

Als problematisch ist auch die unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften zu nennen. Auch fanden keine interdisziplinären lösungsorientierten Fallbesprechungen zur Einleitung bewohnerorientierter Maßnahmen statt.

Die Pflegedokumentationsunterlagen zeigten ebenfalls gravierende Mängel. Insgesamt waren hier die Grundlagen des Pflegeprozesses, d. h. eine ressourcenorientierte Planung und Steuerung des Pflegeprozesses mit kleinschrittiger Zielplanung und entsprechender Erfolgskontrolle nicht nachzuvollziehen. Auswirkungen und Zusammenhänge können daher nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden.

Durchgeführte Pflegemaßnahmen entsprachen nicht den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung im Rahmen ihrer Fachaufsicht bisher regelmäßig über die Pflegesituation der Bewohnerin informiert wurde, blieb unklar.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Pflege und Betreuungssituation der Bewohnerin unangemessen ist und eine konkrete Gefährdung (u. a. bez. der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusgefährdung bzw. entstandener Dekubitus) besteht.

Unter Einbeziehung der Feststellungen zur Ergebnisqualität, der fehlenden fachlichen Beratung, Kontrolle und Anleitung der Pflegekräfte (einschließlich der Pflegehilfskräfte), unzureichender Fachkenntnisse, den gravierenden Mängeln der Pflegedokumentation, den unzureichenden Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung und der problematischen Personalsituation ist nicht mit einer unverzüglichen und nachhaltigen Verbesserung der pflegerischen Rahmenbedingungen und Versorgungssituation entsprechend der angeregten Sofortmaßnahmen zu rechnen.

Der MDK Berlin-Brandenburg empfiehlt, gem. § 115, Abs. 4 SGB XI die betroffene Versicherte über die Möglichkeit der Vermittlung eines anderen geeigneten Pflegeheimes zur nahtlosen Übernahme der pflegerischen Versorgung zu beraten.

Weitere Feststellungen im Zusammenhang mit der Überprüfung der Ergebnisqualität und im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung:

Die bei den Bewohnern P1 - P5 anwesende Wohnbereichsleitung Fr. Klebs war sehr engagiert, fachlich versiert und aufgeschlossen gegenüber den Empfehlungen des Prüfteams.

In Gesprächen mit den anderen anwesenden Pflegefachkräften bei P1 - P5 verfügten diese nicht in allen pflegerelevanten Bereichen über ausreichend fachliche Kenntnisse (u. a. zur Inkontinenzversorgung und zur Durchführung erforderlicher Prophylaxen).

Einige der anwesenden Pflegefachkräfte, die in der jeweiligen Schicht an diesen Tagen allein verantwortliche Pflegefachkraft waren (teilweise in Wohnbereichen über 2 Etagen) wirkten gehetzt und insgesamt stark belastet.

Bei o. g. Beratungen durch das Prüfteam, wobei auch der dringende Handlungsbedarf und umgehend einzuleitende erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation verdeutlicht wurden, reagierten einige der Pflegefachkräfte überfordert und zeigten eine Resignation und Frustration.

An beiden Prüftagen wurde sowohl im Früh- als auch im Spätdienst insgesamt wahrgenommen, dass die diensthabenden Pflegekräfte gehetzt und überlastet wirkten.

Eine mögliche psychische Überlastung wurde auch am unangemessenen Verhalten einer diensthabenden Pflegefachkraft in einem Wohnbereich deutlich. Diese verhielt sich im Beisein des Prüfteams gegenüber einer im Rollstuhl sitzenden Bewohnerin, die offensichtlich nicht in allen Bereichen ausreichend orientiert war, sehr gereizt und reglementierend.

Die Atmosphäre in den Bewohneretagen wurde an beiden Prüftagen als leblos und wenig einladend wahrgenommen.

Auffallend wenige Bewohner hielten sich im Flurbereich oder im Tagesraum auf. Mehrfach waren dies rollstuhlabhängige bzw. offensichtlich desorientierte Bewohner. Pflegekräfte hielten sich dort nicht auf.

Insgesamt zeigte sich eine psycho-soziale Unterversorgung.

- Im Abschlussgespräch wurden die o. g. Feststellungen den Anwesenden mitgeteilt. Hierbei wurde neben dem Fortbildungsbedarf auch aufgrund der wahrgenommenen Überlastung der Pflegekräfte die potentielle Gefahr von Gewalt in der Pflege angesprochen und der dringende Handlungsbedarf verdeutlicht. Den Handlungsbedarf macht auch folgender Eintrag einer Pflegekraft (Handzeichen nicht abzugleichen mit der Handzeichenliste) im Pflegebericht zur Bewohnerin P4 am 16. 2. 06 deutlich: „Dr. Albert-Not-Konsil wegen Bluthochdruck 180/90. Bekam Nifedipin verabreicht oral, leider musste mit leichter Gewalt der Mund geöffnet werden.“

Bei P6 (Pflegestufe I gemäß SGB XI) liegen lt. Stammbblatt der Pflegedokumentation folgende Diagnosen vor: „mediale eingestauchte Schenkelhalsfraktur (geschlossene Reposition n. Schraubenosteosynthese), Osteoporose, Folgen eines Schlaganfalls, senile Depression, Refluxoesophagitis, Hypertonie, Angina pectoris“.

Die Bewohnerin lebt in dieser Einrichtung seit dem 25. 05. 2001.

Sie wurde mit Tageskleidung bekleidet in ihrem Zimmer am Tisch sitzend angetroffen. Beide Beine waren auf einem Rollstuhl hochgelagert. Hierbei fiel auf, dass die Sitzposition und die Lagerung fachlich nicht adäquat waren. Beide Knie waren durchgedrückt, die Bewohnerin saß seitlich zum Rollstuhl. Fußstützen waren am Rollstuhl nicht angebracht, da die Bewohnerin selbständig innerhalb der Pflegeeinrichtung unterwegs ist und sich hierzu mit den Füßen fortbewegt.

Mit der Bewohnerin konnte ohne Einschränkung ein Gespräch geführt werden.

Sie ist Mitglied im Heimbeirat und nimmt regelmäßig an den Sitzungen teil.

Das Zimmer der Bewohnerin war wohnlich und individuell eingerichtet.

Das Körpergewicht beträgt laut Pflegedokumentation 64,5 kg und wurde in 01/2006 erhoben. Die Körpergröße war nicht dokumentiert, sie wurde vom Prüfer auf ca. 168 cm geschätzt. Der BMI war von der Einrichtung nicht erhoben.

Die Bewohnerin ist kontinent und trägt nach eigener Angabe zur Sicherheit ein offenes Inkontinenzmaterial (kleine Vorlage).

Als Hilfsmittel werden genutzt: Rollstuhl mit eingelegtem Schaumstoffkissen, Inkontinenzartikel, Gehwagen mit Korb und Sitzfläche.

Die Bewohnerin ist in ihrer Bewegung in der rechten Schulter und im rechten Arm eingeschränkt. Als Begründung wurde von ihr Osteoporose angegeben. Sie habe ständig Schmerzen in diesem Bereich und bekomme Schmerzmittel verabreicht.

In der Vergangenheit war sie gestürzt und hatte sich nach eigenen Angaben eine gestauchte Schenkelhalsfraktur links zugezogen. Sie nutzt zur Fortbewegung innerhalb der Pflegeeinrichtung einen Rollstuhl überwiegend selbständig. Teilweise benötigt sie personelle Hilfen beim Transfer vom Bett - Rollstuhl bzw. Rollstuhl - Toilette - Rollstuhl. Mit der Physiotherapeutin übt sie je nach Befinden 2 x wöchentlich mit dem Gehwagen. Kurzes Stehen war mit Festhalten am Mobiliar möglich.

Eine Sturzrisikoerhebung war von der Einrichtung durchgeführt und ein „hohes Sturzrisiko“ ermittelt worden. Eine erforderliche Einleitung von Maßnahmen zur Sturzprävention war der Pflegedokumentation jedoch nicht zu entnehmen. Unter anderem war die Bewohnerin mit nicht geeignetem Schuhwerk (offene Hausschuhe) bekleidet. Von der hierauf angesprochenen Pflegefachkraft wurde angegeben, dass es an der mangelnden Einsicht der Bewohnerin bzw. der Angehörigen läge. Ein Hinweis hierzu fand sich nicht in der Pflegedokumentation.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Die Bewohnerin hat chronische Schmerzen und erhalte regelmäßig ein Schmerzmedikament. Sie trägt eine Oberkieferzahnprothese, die Zähne im Unterkiefer sind kariös und abgebrochen. Das Zerkleinern der Speisen sei ihr trotzdem möglich. Nach ihrer Angabe reichen ihre finanziellen Mittel für eine umfangreiche Zahnbehandlung nicht aus. Der Zustand von Mund und Zähnen zeigte ansonsten keine weiteren Auffälligkeiten. Haare, Fuß- und Fingernägel und Hautfalten waren unauffällig. Die Unterschenkel waren ödematös. Die getragenen Kniestrümpfe waren ungeeignet, sie waren im oberen Bereich eng und schnitten etwas ein. Die Haut an den Beinen und Füßen war trocken und schuppig.

Ein Dekubitusrisiko wurde von der Einrichtung anhand einer Dekubitusrisikoskala (Braden) letztmalig im Februar 2006 mit einem Punktwert von 18 ermittelt. Weitere regelmäßige Erhebungen haben nicht stattgefunden und die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe waren nicht erfolgt. Weiteres siehe Auswertung Pflegedokumentation.

Bei P7 (Pflegestufe I gemäß SGB XI) liegen lt. Stammbblatt der Pflegedokumentation folgende Diagnosen vor: „WS-Syndrom, perthrochantäre Femurfraktur 2003, Z. n. Clavikula Fraktur, Hypertonus, KHK, Z. n. Myocardinfarkt 1996, Z. n. Tablettenabusus, V.a. lakunäre Hirnstammischämie mit Dysarthrie und Fascialisschwäche li., intermittierender AV-Block II Mobitz“.

Die Bewohnerin lebt in dieser Einrichtung seit dem 17. 01. 2002.

Sie wurde mit Tageskleidung bekleidet in ihrem Zimmer in einem Fernsehsessel mit verstellbarem Rücken- und Fußteil halb liegend angetroffen.

Mit der Bewohnerin konnte ohne Einschränkung ein Gespräch geführt werden.

Das Zimmer der Bewohnerin war wohnlich und individuell eingerichtet.

Das Körpergewicht betrug laut Pflegedokumentation 70, 0 kg und wurde in 04/2006 erhoben. Der BMI betrug lt. Dokumentation 31,1 (Übergewicht). Unklar blieb die Ermittlung des BMI, da in der Pflegedokumentation keine Körpergröße dokumentiert war. Die Körpergröße wurde von der Prüferin auf 160 cm geschätzt.

Die Bewohnerin ist harninkontinent und war mit einem geschlossenem Inkontinenzartikel versorgt. Laut Pflegeplanung war aber eine Versorgung am Tage mit einem offenen Inkontinenzartikel und lediglich zur Nacht mit einem geschlossenen Inkontinenzartikel vorgesehen.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise im Umgang mit Inkontinenz zu gewährleisten, wird in diesem Zusammenhang auf den Arbeitstext „Kontinenzförderung“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) von 10/2005 hingewiesen.

Als Hilfsmittel werden genutzt: Rollator, Inkontinenzartikel

Die Bewegungsfähigkeit der unteren Extremitäten war eingeschränkt, es besteht eine Schwäche in beiden Beinen. Kurze Strecken kann sie innerhalb des Zimmers vom Bett in den Fernsehsessel und zurück teilweise selbst vornehmen, für weitere bzw. längere Strecken benötigt sie personelle Hilfe. Kurzes Stehen ist mit Festhalten am Mobiliar möglich. Eine Sturzrisikoerhebung war durch die Pflegeeinrichtung erfolgt und ein hohes Sturzrisiko ermittelt worden. Eine erforderliche Einleitung von Maßnahmen zur Sturzprävention war der Pflegedokumentation jedoch nicht zu entnehmen.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Chronische Schmerzen wurden von der Bewohnerin verneint.

Die Bewohnerin hat eigene Zähne. Der Zustand von Mund und Zähnen zeigte keine Auffälligkeiten.

Die Haare waren unauffällig. Die Fingernägel an beiden Händen waren lang und kotverschmiert. Die Füße waren ungewaschen, die Zehenzwischenräume waren krümelig und die Füße rochen unangenehm. Die Haut an den Beinen und Füßen war trocken und schuppig.

- Die zuständige Pflegefachkraft wurde im Anschluss auf die unzureichend durchgeführte Nagelpflege und Fußhygiene hingewiesen und dringend zu einer adäquaten Körperpflege geraten.

Die Hautfalten waren unauffällig.

Eine Dekubitusrisikoerhebung wurde von der Einrichtung anhand einer Risikokala (Braden) letztmalig im März 2006 mit einem Punktwert von 24 durchgeführt, demzufolge bestehe kein Dekubitusrisiko. Die Bewohnerin ist aber inkontinent und in ihrer Bewegung eingeschränkt. Sie verbringt nach eigenen Angaben den Tag überwiegend in ihrem Fernsehsessel. Ein geeignetes druckentlastendes Hilfsmittel ist nicht eingesetzt.

- Es wird beraten, das Ergebnis der Gesamtbewertung zum Dekubitusrisiko und hinsichtlich der aufgenommenen Punktzahl/Kriterien nochmals kritisch zu überprüfen. Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Dekubitusgefahr sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sowie auf die Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS hingewiesen. Weiteres siehe Auswertung Pflegedokumentation.

Bei P8 (Pflegestufe I gemäß SGB XI) liegen lt. Pflegedokumentation folgende Diagnosen vor: „art. Hypertonus, Herzinsuffizienz, Adipositas, komp. Niereninsuffizienz, zunehmende Vergesslichkeit, Parks IV bds.“.

Die Bewohnerin lebt in dieser Einrichtung seit dem 03. 06. 2005.

Sie wurde im Tagesraum sitzend in ihrem Wohnbereich angetroffen und begleitete die Prüferin mit einem Rollator zur Befragung in ihr Zimmer. Die Bewohnerin war mit Tageskleidung bekleidet.

Mit der Bewohnerin konnte ohne Einschränkung ein Gespräch geführt werden.

Das Zimmer der Bewohnerin war wohnlich und individuell eingerichtet.

Das Körpergewicht betrug laut Pflegedokumentation vom 15. 04. 2006 99,5 kg bei einer geschätzten Größe von ca. 160 cm. Der BMI betrug lt. Dokumentation 39,1.

Die Bewohnerin ist kontinent.

Sie ist in ihrer Bewegungsfähigkeit teilweise eingeschränkt und nutzt innerhalb der Pflegeeinrichtung selbständig einen Rollator.

Eine Sturzrisikoerhebung war durch die Pflegeeinrichtung erfolgt und ein „sehr hohes Sturzrisiko“ ermittelt worden. Eine erforderliche Einleitung von Maßnahmen zur Sturzprävention war der Pflegedokumentation jedoch nicht zu entnehmen.

- Um eine sachgerechte Vorgehensweise bei Sturzgefährdung sicherzustellen, wird in diesem Zusammenhang auf den nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe hingewiesen.

Schmerzen wurden von der Bewohnerin verneint.

Der Zustand von Mund und Zähnen zeigte keine Auffälligkeiten. Sie trug eine Zahnprothese oben und unten.

Die Haare waren gepflegt. Die Fingernägel waren sauber. Die Füße waren ungewaschen, die Zehenzwischenräume waren krümelig. Die Haut an den Füßen und Unterschenkeln war sehr trocken und schuppig. Nach Angabe der Bewohnerin und deren Aufzeichnungen erfolgte ein Fußbad letztmalig durch die Angehörigen am 22. 4. 06.

- Die zuständige Pflegefachkraft wurde im Anschluss auf die unzureichend durchgeführte Fußhygiene hingewiesen und dringend die Sicherstellung einer ausreichenden Körperpflege angeraten.

Der Unterbrustbereich links war krümelig belegt, der rechte Unterbrustbereich war unauffällig. Von der Bewohnerin wurde angegeben, dass dieser Bereich in der Vergangenheit wiederholt gerötet war. Ebenso war der Bereich unter der Bauchfalte wiederholt gerötet. Aktuell wurden hier ebenso krümelige Beläge festgestellt, eine Rötung bestand nicht.

An den Unterschenkeln und Füßen wurden erhebliche Oedeme festgestellt. Die Haut war sehr trocken und schuppig, insbesondere die Fußsohlen waren sehr trocken.

Die angezogenen Kniestrümpfe waren im oberen Bereich als auch im Knöchelbereich deutlich zu eng.

Ein Dekubitusrisiko besteht nicht.

Weiteres siehe Auswertung Pflegedokumentation.

- Die Feststellungen bei den Pflegebedürftigen im Rahmen der Überprüfung des Pflegezustandes wurden mit der jeweiligen Pflegefachkraft direkt erörtert und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Teilergebnisse wurden den Verantwortlichen der Pflegeeinrichtung im Rahmen des Abschlussgespräches mitgeteilt.

Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation

Den ausgewerteten Pflegedokumentationen war ein **Gespräch vor oder beim Einzug** nicht zu entnehmen.

Nicht alle **Stammdaten** wurden erfasst. Es fehlten z. B. Angaben zur aktuellen Kostform, zu Patientenverfügungen und zu pflegebegründenden Diagnosen. Überwiegend wurden ärztliche Diagnosen (teilweise älteren Datums) aus Krankenhaus-Entlassungsberichten übernommen und waren nicht mehr aktuell. Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln waren nicht immer vollständig. Bei P4 befand sich in der Pflegedokumentationsmappe ein Schrittmacherausweis der Bewohnerin. Demnach lag der letzte Check bereits 2 Jahre zurück.

Pflegeanamnesen waren bei P1, P3, P7, P8 von Pflegefachkräften erhoben. Zu P5 lag keine Pflegeanamnese vor, bei den anderen Pflegeanamnesen war das Namenskürzel der Ersteller im Abgleich mit den Handzeichenlisten nicht zweifelsfrei zu identifizieren. Nicht alle Vorgaben waren ausgefüllt bzw. überwiegend waren die Angaben veraltet und entsprachen nicht mehr der aktuellen Pflegesituation bezogen auf individuelle Pflegegewohnheiten, Bedürfnisse, Wünsche, Abneigungen, Ressourcen und Fähigkeiten sowie Probleme und Defizite.

In einem separaten standardisiertem Formblatt waren zu allen Bewohnern nur wenige **biografiebezogene Angaben** ohne pflegerelevanten Informationsgehalt dokumentiert. Ein Handzeichen und das Datum war nicht zu entnehmen.

Individuelle Pflegeziele waren bei allen Bewohnern nicht benannt, Pflegeziele wurden überwiegend allgemein bzw. als Erhaltungsziele benannt.

Pflegeplanungen waren handschriftlich für alle aufgesuchten Pflegebedürftigen von Pflegefachkräften erstellt. Insgesamt wurde überwiegend eine problemorientierte Sichtweise deutlich, ein aktivierender Ansatz war nicht erkennbar.

Individuelle Pflegemaßnahmen auf Grundlage der Bedürfnisse, Probleme/Defizite und Ressourcen/Fähigkeiten wurden überwiegend allgemein und nicht ausreichend nachvollziehbar formuliert und stellten somit keine verbindliche Handlungsanleitung für die Pflegekräfte dar. Dies betraf auch erforderliche Prophylaxen. Die o. g. pflegerischen Versorgungen mit zwei Pflegekräften war ebenfalls nicht eindeutig formuliert. Die aktuellen Pflegesituationen spiegelten sich in den Pflegeplanungen insgesamt nicht wider.

Die **soziale Betreuung** wurde in den Pflegeplanungen nicht (P1, P4) bzw. ansonsten nicht ausreichend berücksichtigt, sondern lediglich ansatzweise erwähnt. Maßnahmen ließen keine bewohnerorientierte Vorgehensweise erkennen, Beispiel P3: "kann sich nicht mehr beschäftigen. Fernseher einschalten und nach Liegeposition des Bewohners ausrichten".

Evaluationen waren zwar überwiegend regelmäßig mit Datum und Handzeichen vermerkt, eine entsprechende Anpassung der Pflegeziele und Pflegemaßnahmen bei Veränderung der Pflegesituation z. B. nach Krankenhausaufenthalt, bei Entstehung eines Dekubitus, bei Sturzgefährdung erfolgte jedoch nicht.

Die **Anwendung von Pflegestandards/Richtlinien** spiegelte sich nicht nachvollziehbar in den Pflegeplanungen bzw. in den Durchführungsnachweisen wider. Es waren ausschließlich die Bezifferungen in den Pflegeplanungen aufgeführt, eine individuelle Anpassung durch ergänzenden Text war nicht dokumentiert.

Erforderliche **Prophylaxen** waren bei allen Bewohnern nicht bzw. nicht ausreichend in den Pflegeplanungen berücksichtigt.

Die **Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen** erfolgte schichtbezogen mit Handzeichen der Mitarbeiter. Ein Bezug zur Pflegeprozessplanung war aufgrund der o. g. Defizite in der Maßnahmenplanung nicht herzustellen. Bei P3 war am 25. 4. 06 im Spätdienst und bei P4 in 04/06 mehrfach im Frühdienst keine erforderliche Grundpflege gegengezeichnet. Im Pflegebericht gab es hierzu keinen erläuternden Eintrag, sodass davon ausgegangen werden muss, dass dies nicht durchgeführt wurde.

Ob die Durchführung von Behandlungspflegen ausschließlich durch Pflegefachkräfte erfolgte, war nicht durchgehend nachvollziehbar, da nicht alle Handzeichen in den Durchführungsnachweisen im Abgleich mit den Handzeichenliste zuzuordnen waren.

Pflegeberichte wurden schichtbezogen überwiegend regelmäßig geführt. Nicht immer war jedoch trotz Vorgabe die Uhrzeit des Eintrags vermerkt, sodass nicht nachzuvollziehen ist, ob Eintragungen immer zeitnah erfolgen. Inhaltlich enthielten die Angaben überwiegend keine aussagekräftigen Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten und Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen.

Ein **situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter bei akuten Ereignissen** konnte den Berichten nicht immer entnommen werden.

Beispiele:

Bei **P1** wurde wiederholt Erbrechen dokumentiert ohne erforderliche pflegerische Interventionen, z. B. sofortige Informationsweiterleitung an den Arzt. Am 17. 2. 06 dokumentierte eine Krankenpflegehelferin, dass die Bewohnerin eine höhere Temperatur entwickelt. Sie verabreichte eigenverantwortlich ohne ärztliche Anordnung 1 Supp. Paracetamol. Eine sofortige Informationsweiterleitung an eine Pflegefachkraft und den Arzt war nicht ersichtlich. In Folge wurden lediglich sporadisch Vitalwerte kontrolliert (von Pflegefachkraft). Am 19. 2. 06 wurde eine Temperatur von 39,1 °C dokumentiert. Der informierte Arzt veranlasste eine Krankenhauseinweisung. Lt. Arztbericht des Krhs. war die Einweisungsdiagnose akute Bronchitis und akuter Harnwegsinfekt.

Bei **P3** wurden mehrfach Schluckstörungen bzw. in anderen Eintragungen die Zunahme von Kontrakturen dokumentiert; pflegerische Interventionen sowie eine Kommunikation mit dem Arzt waren nicht nachzuvollziehen.

Bei **P4** erfolgte trotz wiederholter Eintragungen z. B. zu „Hautdefekten“, „Wasserblase entsteht am Knie“ keine umgehende Informationsweiterleitung an den Arzt; ein Verlauf war nicht dokumentiert. Eintrag einer Pflegekraft (Handzeichen nicht abzugleichen mit der Handzeichenliste). Am 16. 2. 06: „Dr. Albert-Not-Konsil wegen Bluthochdruck 180/90. Bekam Nifedipin verabreicht oral, leider musste mit leichter Gewalt der Mund geöffnet werden.“ Folgeeintragen zur Befindlichkeit und zum Verlauf, u. a. zu Vitalwertkontrollen fehlten. Neben der offensichtlichen Gewaltanwendung wurde auch nicht reflektiert, dass die Bewohnerin aufgrund von Ess-/Trinkstörungen seit langem über eine PEG-Anlage ernährt wird.

Bei **P5** wurde am 5. 4. 06/10.00 Uhr von einer Pflegekraft (Handzeichen nicht abzugleichen mit der Handzeichenliste) vermerkt (Zitat i. Orig.): „Li. Fuß-Sohle + Ballen Hautabschürfung 1. Wundblatt. R. Knie beidseitig großflächiger Hämatom?? - rot gefärbt. Rechter Unterarm großer, dunkelblauer Hämatom. r. Hüfte leichter Rötung. Sr. Ursel und Sr. Dagmar sind informiert worden, haben die Verletzungen gesehen.“ Weitere pflegerische Interventionen sowie eine sofortige Kommunikation mit dem Arzt sind nicht nachvollziehbar. Wie o. g. war die Bewohnerin vom 6. 4. - 14. 4. 06 im Krankenhaus zur Abklärung einer PEG-Anlage. Im Pflegebericht ist am 14. 4. 06 lediglich die Rückkehr der Bewohnerin vermerkt mit dem Zusatz „lt. Krankenhaus re. Hüfte Deku II“. Krankenhausbericht nicht mitgeschickt.“ Ein Aufnahmestatus wurde nicht erhoben, eine Anpassung der Pflegeprozessplanung erfolgte nicht, wie o. g. war die gesamte Wunddokumentation nicht nachzuvollziehen. Eine umgehende Kommunikation mit dem behandelnden Arzt war ebenfalls nicht dokumentiert, lt. Eintrag war der Arzt erst am 18. 4. 06 bei der Bewohnerin und verordnete ein Schmerzpflaster.

Bei **P6** erfolgten seit dem 23. 3. 06 mehrere Einträge, dass sich die Bewohnerin erbrach und unter starker Übelkeit litt. Sie lehnte lt. Eintrag zunächst eine Information an den Arzt ab. Am 24. 3. 06 wurde der Arzt auf ihren Wunsch hin informiert. Lt. Bericht ordnete der Arzt telefonisch 3 x 30 Tr. MCP an. Unklar blieb die Vergabe des Medikamentes. Zur Befindlichkeit wurde an diesem Tag lediglich vermerkt, dass es der Bewohnerin besser ginge. Am 25. 3. 06 wurde vom Frühdienst dokumentiert: „Bewohnerin fühlt sich nicht wohl wegen Magenschmerzen, bitte beobachten“. Folgeeintragen zu pflegerischen Interventionen fehlten. Nächster Eintrag erfolgte erst am 26. 3. 06: „12.00 Uhr, Fr.....heute sehr schlechte Laune“. Vom Nachtdienst gegen 1.30 Uhr „...kann nicht schlafen“.

Mehrfachdokumentationen in den Pflegedokumentationen wurden nicht vermieden. Häufig wurde die Durchführung regelmäßiger pflegerischer Tätigkeiten oder Angaben, die zur Wunddokumentationen gehörten, im Pflegebericht dokumentiert.

Bei den BewohnerInnen P1 und P5 lag kein **Pflegeüberleitungsbogen** der Pflegeeinrichtung zu den o. g. Krankenhauseselweisungen vor.

Anhand der Handzeichen in den Durchführungsnachweisen zu allen Bewohnern war eine **personelle Kontinuität** im Früh- und Spätdienst nicht erkennbar. Ein personeller Wechsel erfolgte durchschnittlich häufig täglich bzw. nach 2 - 3 Tagen.

Behandlungspflege:

Die **ärztliche Anordnung und Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen** war überwiegend nicht nachvollziehbar. Zu Anordnungen steht ein Formblatt ärztliche Anordnungen/Kommunikation Arzt/Pflegekraft zur Verfügung. Wiederholt waren Eintragungen von Ärzten kaum bzw. nicht lesbar und enthielten überwiegend keine nachvollziehbaren handlungsweisenden Angaben. Auffallend war auch, dass hier kaum Eintragungen bez. einer Kommunikation zwischen Pflegekräften und dem Arzt erfolgten. Nicht immer lagen ärztliche Anordnungen zu Behandlungspflegen vor; s. o. im Rahmen der Überprüfung der Pflegezustände bei P1 - P5 u. a. zu Verbandswechsel bei PEG-Anlage, Dekubiti und sonstigen Hautschädigungen. Durchführungsnachweise hierzu waren ebenfalls nicht eindeutig nachvollziehbar. Weiteres siehe oben zur Überprüfung der Ergebnisqualität und zu akuten Ereignissen in Pflegeberichten.

Sonstiges:

Bei P7 ist in der Pflegeplanung vom 26. 1. 06 dokumentiert: „Antimoliestrümpfe an- und ausziehen“. Laut Durchführungsnachweis wurden diese bis zum März 2006 regelmäßig an- bzw. ausgezogen. Vor der Krankenseinweisung am 12. 4. 06 wurden die Kompressionsstrümpfe nicht regelmäßig, nach Krankenhausesentlassung (22. 4. 06) gar nicht mehr angezogen. Eine Begründung für diese Vorgehensweise war der gesamten Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Eine ärztliche Anordnung lag nicht vor.

Medikamente waren auf dem Formblatt zur Medikation nicht immer vollständig und korrekt dokumentiert. Mehrfach fehlte die Jahresangabe zu den Eintragungen. Die Applikationsform der Medikamente, vor allem bei Bewohnern mit PEG-Sonde, war nicht nachvollziehbar. Zu P6 lag keine eindeutige ärztliche Anordnung von MCP-Tropfen vor. Bei Bedarfsmedikation wurde deren Indikation, Dosierung und tägliche Maximaldosis nicht immer angegeben. Weiteres siehe oben zu akuten Ereignissen in Pflegeberichten.

Ein **sachgerechter Umgang mit chronischen Wunden** (z. B. Ulcus cruris) war nicht nachvollziehbar, hier zu P5. Siehe oben Überprüfung des Pflegezustandes.

Bewohnerbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität:

Ein **sachgerechter Umgang bei Dekubitusgefahr** konnte nicht nachvollzogen werden. Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand.

Ein **sachgerechter Umgang bei vorliegendem Dekubitus und anderen Hautschädigungen** konnte nicht nachvollzogen werden. Weiteres siehe oben zur Überprüfung der Ergebnisqualität und zu akuten Ereignissen in Pflegeberichten.

Ein **sachgerechter Umgang bei Bewohnern mit Inkontinenz (ohne Blasenkatheter)** konnte überwiegend nicht nachvollzogen werden. Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand. Pflegerelevante Diagnosen zur Inkontinenz waren nicht aufgenommen. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite wurden nicht ausreichend erkannt. Erforderliche Maßnahmen wurden nicht immer nachvollziehbar formuliert, z. B. Wechselfrequenz und Art des Inkontinenzmaterials. Der Einsatz von Hilfsmitteln erfolgt nicht immer sach- und fachgerecht.

Ein **sachgerechter Umgang bei Bewohnern mit Blasenkatheter** konnte nicht nachvollzogen werden. Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand. Die Begründung für den Blasenverweilkatheter war den Pflegekräften nicht bekannt, eine ärztliche Indikation lag nicht vor. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite wurden nicht erkannt. Erforderliche Maßnahmen wurden nicht nachvollziehbar formuliert. Prophylaktische Maßnahmen waren nicht geplant, z. B. zur Cystitisprophylaxe.

Ein **sachgerechter Umgang bei Bewohnern mit Sturzrisiko** konnte nicht ausreichend nachvollzogen werden. Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand.

Ein sachgerechter Umgang bei Bewohnern mit Kontrakturgefahr bzw. bereits bestehenden Kontrakturen konnte nicht nachvollzogen werden. Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand.

Ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement bei Bewohnern mit Schmerzzuständen konnte in der Pflegedokumentation nicht nachvollzogen werden (hier P3, P5, P6). Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand. Eine systematische Schmerzeinschätzung für Schmerzen und ggf. schmerzbedingter Probleme sowie Verlaufskontrollen wurden nicht durchgeführt. Eine Kommunikation zwischen den Pflegekräften und dem behandelnden Arzt war nicht ersichtlich.

- In diesem Zusammenhang wird auf den nationalen Expertenstandard zum Schmerzmanagement hingewiesen.

Ein sachgerechter Umgang bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme konnte nicht ausreichend nachvollzogen werden. Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand, P1 - P5.

Sonstiges:

Bei P8 betrug das Gewicht lt. Pflegedokumentation am 15. 4. 06 99,5 kg/ BMI lt. Dokumentation 39,1. Unklar blieb die Angabe des BMI, da in der Pflegedokumentation keine Körpergröße dokumentiert war. (Von der Prüferin geschätzte Größe ca. 160 cm.) Trotz offensichtlichem Übergewicht war im standardisierten Formblatt zum Risikoassessment der Ernährungsstatus mit „Normal“ angegeben worden. Auf welcher Grundlage hier auch als tgl. Kalorienbedarf 2269 kcal angegeben wurde, blieb unklar; ebenso war eine Kommunikation mit dem Arzt nicht nachvollziehbar. In der gesamten Pflegedokumentation spiegelte sich die Ernährungssituation nicht nachvollziehbar wider.

Ein sachgerechter Umgang bei Bewohnern mit einer PEG-Sonde konnte nicht nachvollzogen werden. Es fehlte eine ärztliche Indikation zur PEG. Weiteres siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand.

Ein sachgerechter Umgang bei Bewohnern mit geronto-psychiatrischen Beeinträchtigungen oder anderen krankheitsbedingten Orientierungsstörungen konnte nicht nachvollzogen werden. Siehe oben Überprüfung der Ergebnisqualität/Pflegezustand P1 - P5. Ein biografiebezogener Ansatz sowie eine individuelle Tagesgestaltung für dieses Bewohnerklientel war nicht erkennbar. Geeignete Methoden im Umgang mit diesen Bewohnern konnten den Pflegedokumentationen nicht entnommen werden. Im Pflegebericht zu P5 ist mehrfach dokumentiert, dass die Bewohnerin über eine längere Zeit „schrie“, „nach Schwester rief“, „Bewohnerin äußert bleib am Bett stehen“, „bleib bei mir“. Reaktionen der Pflegekräfte sind an keiner Stelle dokumentiert.

Zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen, hier regelhaftes Hochstellen der Bettgitter und bei P3 lt. Pflegedokumentation auch „Fixierung“ im Rollstuhl lagen keine Zustimmungen der Bewohner und/oder richterliche Genehmigungen vor.

Zur Durchführung von erforderlichen Körperpflegen, Mund- und Zahnpflegen wurde festgestellt, dass ein regelmäßiges Duschen/ Baden der Bewohner sowie eine tägliche Pflege der Füße nicht immer stattfindet. Siehe auch oben zur Überprüfung der Pflegezustände.

Beispiele aus den Pflegedokumentationen:

- P1 wurde demnach letztmalig in 01/06 1 x geduscht/gebadet.
- Zu P4 lagen keine Durchführungsnachweise zum Duschen/Baden vor.
- P6 wurde in 04/06 bisher 1 x geduscht, im März 3 x, im Februar 1 x. Laut Durchführungsnachweis erhielt die Bewohnerin im März keine personellen Hilfe/Unterstützung bei der täglichen Körperpflege. In der Pflegeplanung wurde der tatsächliche Hilfebedarf einschließlich regelmäßigem Duschen nicht berücksichtigt.
- Die Bewohnerin P7 wurde letztmalig am 15. 1. 06 geduscht.

Individuell erforderliche Mundpflegen, auch zur Soor- und Parotitisprophylaxe, war bei den Bewohnern mit PEG-Sonde nicht handlungsleitend geplant, nachvollziehbare Durchführungsnachweise lagen ebenfalls nicht vor. Insgesamt wurden in den Pflegedokumentationen bei den Maßnahmen zur Körperpflege die Bedürfnisse und Gewohnheiten nicht berücksichtigt.

Eine aktivierende Pflege war nicht erkennbar.

Zusammenfassung:

Im Gesamtergebnis ist festzustellen, dass in den ausgewerteten Pflegedokumentationen die Grundlagen des Pflegeprozesses, d. h. eine ressourcenorientierte Planung und Steuerung des Pflegeprozesses mit kleinschrittiger Zielplanung und entsprechender Erfolgskontrolle nicht nachzuvollziehen waren.

Auswirkungen und Zusammenhänge können daher nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden.

Angegebene Pflegemaßnahmen stellten keine handlungsorientierende Grundlage für die Pflegekräfte dar, was auch auf Hintergrund des hohen Einsatzes von Leasing-Kräften als problematisch anzusehen ist.

Eine fördernde prozesshafte Versorgung war nicht nachzuvollziehen.

Es muss davon ausgegangen werden, dass Pflegekräfte (auch Pflegehilfskräfte) die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchführen.

Die Pflege wird nicht entsprechend dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse durchgeführt.

Auch aufgrund fehlender Anwendung von Pflegestandards/Richtlinien sowie unzureichender Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten und dem Pflegepersonal und den Schwachstellen im Bereich der internen Qualitätssicherung (u. a. bez. Pflegevisiten) sind Risiken für die Pflegebedürftigen nicht auszuschließen bzw. Folgeschäden bereits eingetreten.

Aufgrund der festgestellten teilweise gravierenden Mängel in der Ergebnisqualität und den Pflegedokumentationen kann nicht nachvollzogen werden, dass die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung ihre Leitungsverantwortung zur Anleitung, Überprüfung und Beratung sämtlicher in der Pflege tätigen Mitarbeiter einschließlich zur fachgerechten Führung der Pflegedokumentationen wahrnimmt.

- Es wird dringend empfohlen, sämtliche Pflegekräfte zum Pflegeprozess und zur fachgerechten Führung der Pflegedokumentationen kontinuierlich zu schulen. Im Rahmen von Pflegevisiten und regelmäßigen Kontrollen durch die Leitungsmitarbeiter sollten die Pflegedokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft werden. Regelmäßige und nachvollziehbare Evaluationen der Pflegeplanung mit entsprechenden Anpassungen sind ebenfalls sicherzustellen. In diesem Zusammenhang wird auf die Grundsatzstellungnahme des MDS „Pflegeprozess und Dokumentation“ hingewiesen. Die Entwicklung der Pflegeeinrichtung, insbesondere hinsichtlich der Pflege- und Betreuungsqualität, ist abhängig von der Bereitschaft der Einrichtung, die empfohlenen Maßnahmen umzusetzen. Darüber hinaus ist entsprechend Punkt 3.3 der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI die Ergebnisqualität regelmäßig zu überprüfen.

Teilergebnisse der Pflegedokumentationsauswertungen wurden im Abschlussgespräch erörtert.

Empfohlene Maßnahmen:

1.
Die Pflegebedürftigen müssen die der jeweiligen Pflegestufe angemessene entsprechende Hilfeleistung erhalten. Abweichungen müssen dokumentiert werden, ggf. ist im Einzelfall eine Überprüfung durch den MDK wegen Veränderung des Hilfebedarfs zu veranlassen.
Entspr. Pkt. 1.1. in Verbindung mit Pkt. 3.2.2 und Pkt. 3.3. der Qualitätsrichtlinien.
2.
Ein ausreichendes Getränkeangebot und ein altersgerechtes, abwechslungsreiches und vielseitiges Speisenangebot einschließlich individuell geeigneter Diätkost sind zu gewährleisten. Die Essenszeiten sind dahingehend zu flexibilisieren, dass sich die lange Nahrungskarenz in der Nacht verkürzt.
Entspr. Pkt. 3.1.5 der Qualitätsrichtlinien
3.
Die Organisation der Pflege ist schrittweise in eine bewohnerorientierte Bezugspflege umzuwandeln. Damit verbunden ist die nachvollziehbare Delegation von Verantwortlichkeiten für die gesamte Pflege an geeignete Mitarbeiter.
Entspr. Pkt. 3.2.4 der Qualitätsrichtlinien.
4.
Pflegeeinrichtungen erbringen Leistungen mit dem Ziel, mit den Bewohnern den Alltag sinnvoll zu gestalten und ihnen die Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben zu ermöglichen; dabei bilden die aktivierende Pflege und die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen die Grundlage. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, sind hier deutlich vermehrt tagesstrukturierende Maßnahmen und soziale Betreuungen anzubieten. Die Wünsche der Bewohner und deren Bezugspersonen sowie ggf. deren Einbeziehung in den Pflege- und Betreuungsprozess sind zu gewährleisten.
Entspr. Pkt. 1.1 in Verbindung mit Pkt. 3.2.2.3 der Qualitätsrichtlinien.
5.
Eine intakte Notrufanlage ist vorzuhalten. Die ständige Erreichbarkeit der Mitarbeiter der Pflege durch die Notrufanlage ist sicherzustellen.
Entspr. Pkt. 3.1.4 der Qualitätsrichtlinien.
6.
Ein angemessenes und wohnliches Raumangebot einschließlich Gemeinschaftsräumen mit alten- und behindertengerechter Ausstattung ist vorzuhalten.
Entspr. Pkt. 3.1.4 der Qualitätsrichtlinien.
7.
Die verantwortliche Pflegefachkraft muss eine wesentlich verstärkte Leitungsverantwortung bez. der fachlichen Anleitung, Kontrolle, Beratung der Pflegekräfte und zur Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen wahrnehmen.
Entsprechend Pkt. 3.1.1.2 in Verbindung mit Pkt. 4. der Qualitätsrichtlinien.
8.
Die Inhalte des (überarbeiteten) Pflegekonzeptes und des Pflegeleitbildes sollten allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben und in der täglichen Arbeit umgesetzt werden.
Entspr. Pkt.1.1 in Verbindung mit Pkt. 3.2.1 und 3.2.2.1 der Qualitätsrichtlinien.
9.
Um Leistungen bedürfnis- und qualitätsgerecht erbringen zu können, sind allen Mitarbeitern die Inhalte der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI zur Kenntnis zu geben.

10.

Der rückwirkend nachvollziehbare Dienstplan mit vollständiger Legende sollte so erstellt werden, dass alle Mitarbeiter und deren Funktionen namentlich genannt werden. Übergaben, Pausen und Dienstbesprechungen sollten erkennbar sein. Im Dienstplan als Dokument dürfen keine Überschreibungen stattfinden. Der geplante Personaleinsatz ist am Pflegebedarf der Bewohner zu orientieren und durch überschaubare Pflegeteams ist eine größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen,

entspr. Pkt. 3.1.1.2 in Verbindung mit Pkt. 3.1.3 und Pkt. 3.2.4 der Qualitätsrichtlinien.

11.

Bei der Personaleinsatzplanung ist zu berücksichtigen, dass in jeder Schicht eine Pflegefachkraft tätig ist, die u.a. die speziellen behandlungspflegerischen Maßnahmen durchführt und sowohl Anleitung als auch Überprüfung des Hilfspersonals tatsächlich wahrnimmt.

Entspr. Pkt. 3.1.1.2 in Verbindung mit Pkt. 3.1.3 der Qualitätsrichtlinien.

12.

Der Träger hat entsprechend seiner Verantwortung Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen und durchzuführen, z. B.

- regelmäßige Pflegevisiten mit Ergebnisprotokoll und Zielformulierung
- regelmäßige Fallbesprechungen mit Ergebnisprotokoll und Zielformulierung.

Entspr. Pkt. 4.1. in Verbindung mit Pkt. 3.3.1 der Qualitätsrichtlinien.

13.

Alle in der Pflege tätigen Personen sind hinsichtlich der kontinuierlichen und plausiblen Führung einer Pflegedokumentation zu informieren und zu schulen.

Folgende inhaltliche Schwerpunkte sind zu berücksichtigen:

- Aufnahmegespräch/Erstbesuch
- biographiebezogene Pflegeanamnese
- ressourcenorientierte Pflegeplanung mit überschaubaren Evaluationszeiträumen
- Evaluation des Pflegeergebnisses
- Pflegebericht
- Einsatz von Hilfsmitteln
- Durchführungsnachweise
- Dokumentation von ärztlichen Anweisungen/Maßnahmen/Verordnungen von Medikamenten
- Dokumentation der Integration von Angehörigen
- Dekubitusrisikoerfassung/Bewegungs-/Lagerungsplan
- Wunddokumentation
- Ernährungsassessment incl. Bilanzierungsblatt
- Sturzrisikoassessment

Die Anwendung des Pflegeprozesses ist durch Handzeichen nachzuweisen, das Ergebnis des Pflegeprozesses ist zu dokumentieren.

Entspr. Pkt. 3.2.2 in Verbindung mit Pkt. 3.2.3 der Qualitätsrichtlinien.

14.

Zur Sicherstellung der Qualität ist die Anwendung von handlungsweisenden Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien von Arbeitsinhalten und -abläufen nachzuweisen. Die weitere Entwicklung von Pflegestandards/Richtlinien sollte sich eng an den Rahmenbedingungen der Einrichtung orientieren und anhand einer vorab erstellten Prioritätenliste erarbeitet werden. Dabei stehen besonders problemträchtige Arbeitsabläufe/Pflegesituationen im Vordergrund. Die Implementierung sollte in kleinen Schritten erfolgen, um frühzeitig Fehlentwicklungen gegensteuern zu können. Die Inhalte sollten regelmäßig überprüft und aktualisiert werden sowie in die individuelle Pflegeprozessplanung einfließen.

Entsprechend Pkt. 4.1 der Qualitätsrichtlinien.

15.

Die Dokumentation der Medikamentenversorgung ist fachgerecht vorzunehmen.

Entspr. Pkt. 4.1 der Qualitätsrichtlinien.

16.

Es ist eine nachvollziehbare Liste aller Namenskürzel/Unterschriften mit dem kompletten Namen des jeweiligen Mitarbeiters und Nennung der entsprechenden Qualifikation anzufertigen.
Entspr. Pkt. 3.2.3 der Qualitätsrichtlinien.

17.

Ein Fortbildungsplan für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter/innen entsprechend ihrer Erfahrungen und Fähigkeiten und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung ist zu erstellen und die Teilnahme nachvollziehbar sicherzustellen. Entspr. Pkt. 3.1.1.3 der Qualitätsrichtlinien.

18.

Damit Verantwortlichkeiten festgelegt werden sind für alle Mitarbeiter (hier bezogen auf Mitarbeiter der BFT (Bewohnerferne Tätigkeiten) Stellenbeschreibungen zu erarbeiten. Diese sind den Mitarbeiter/innen zur Kenntnis zu geben. Darauf bezogen ist der jeweilige Mitarbeiter entsprechend seiner Qualifikation einzusetzen.
Entspr. Pkt. 3.1.3 der Qualitätsrichtlinien.

19.

Von der verantwortlichen Pflegefachkraft sind regelmäßige und nachvollziehbare Dienstbesprechungen durchzuführen,
entspr. Pkt. 3.1.1.2 in Verbindung mit Pkt. 3.2.5 der Qualitätsrichtlinien.

20.

Verbindliche, nachvollziehbare Informationen zur Hygiene an die Mitarbeiter einschließlich Hygienekontrollen sollten regelmäßig erfolgen.

21.

Entsprechend Pkt. 3.2.2.1 in Verbindung mit Pkt. 4.1. der Qualitätsrichtlinien sollte das Einzugs-/Aufnahmekonzept überarbeitet werden.

Zusammenfassung:

Die unangemeldete Qualitätsprüfung konnte mit einer geringen zeitlichen Verzögerung begonnen werden. Diese war durch die Abwesenheit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertreterin durch Krankenstand bzw. Fortbildung bedingt. Diese beiden Mitarbeiterinnen trafen nach kurzer Zeit ein, das Prüfungsgespräch konnte mit ihnen durchgeführt werden. Die Qualitätsprüfung fand in einer sachlichen und konstruktiven Atmosphäre statt.

Im Ergebnis der Qualitätsprüfung wurden Defizite in der Strukturqualität und teilweise gravierende Mängel in der Prozess- und Ergebnisqualität festgestellt.

Trotz von der Pflegeeinrichtung erarbeiteter Grundlagen zur internen Qualitätssicherung (mit Verbesserungsbedarf) zeigen v. a. die Feststellungen in der Ergebnisqualität, dass eine prozessorientierte Übertragung in die täglichen Versorgungsabläufe nicht stattfindet.

Eine individuelle, fördernde und prozesshafte Versorgung der Bewohner im Sinne der aktivierenden Pflege findet nicht statt. Neben der festgestellten teilweise unangemessenen und risikobehafteten pflegerischen Versorgung wurde auch eine psycho-soziale Unterversorgung bei Bewohnern deutlich.

Bewohner müssen sich in hohem Maße an die unzureichenden Gegebenheiten in der Pflegeeinrichtung anpassen.

Unter Berücksichtigung des jeweiligen Pflege- und Betreuungsbedarfes der Bewohner (u. a. zahlreiche schwer- und schwerstpflegebedürftige Bewohner), der baulichen Gegebenheiten (Wohnbereiche teilweise über mehrere Etagen) und der erforderlichen Sicherstellung der tatsächlichen Anleitung, Beratung und Überprüfung der Pflegehilfskräfte durch Pflegefachkräfte ist auch die angespannte Personalsituation als kritisch zu bezeichnen.

In Gesprächen mit Pflegekräften und im Rahmen teilnehmender Beobachtung wurde deren hohe Belastung deutlich. Einige Feststellungen zu unangemessenem und übergreifendem Verhalten gegenüber Bewohnern weisen auf Anzeichen einer bereits eingetretenen Überforderung und Überlastung hin.

Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung kam trotz ihres Engagements und Fachlichkeit bisher ihrer Leitungsverantwortung bezogen auf Anleitung, Überprüfung und Beratung aller am Pflegeprozess beteiligten Pflegekräfte und zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen nicht in erforderlichem Maße nach.

Zu den aufgeführten Mängeln fand während der gesamten Qualitätsprüfung eine ausführliche Beratung statt.

Im Abschlussgespräch wurden die Anwesenden über die vorläufigen Ergebnisse der Qualitätsprüfung informiert. Der dringende Handlungsbedarf wurde verdeutlicht.

Hierbei wurde auch die nicht nachvollziehbare Trägerverantwortung erörtert.

Anzumerken ist, dass die jetzigen Feststellungen u. a. zur angespannten Personalsituation mit negativen Auswirkungen auf die Durchführung interner Qualitätssicherung und der Pflegequalität bei Bewohnern bereits in den letzten Jahren bei den durchgeführten Qualitätsprüfungen/Evaluationen mit nachdrücklicher Verdeutlichung der Trägerverantwortung und des dringenden Handlungsbedarfes thematisiert wurden.

Die eingangs aufgeführten Beschwerden zur anlassbezogenen Qualitätsprüfung lassen sich aufgrund der festgestellten Defizite nicht entkräften.

B. Caspers

D. Freidank

B. Freimuth