

Berichtsvorlage öffentlich

Federführendes Amt Sozialamt	Nr. 194/2008
--	------------------------

Betreff:

Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht

Beratungsfolge	Termin
-----------------------	---------------

Sozialausschuss Berichterstattung: Frau Filthaut, Herr Strickmann	20.02.2008
---	------------

Zur Kenntnis.

Erläuterungen:

1. Allgemeines

Die Heimaufsicht im Kreis Warendorf erstreckt sich auf derzeit

27 Altenpflegeheime

13 Einrichtungen der Eingliederungshilfe

4 Tagespflegeeinrichtungen

2 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

1 Hospiz

1 Einrichtung des Betreuten Wohnens (in Anbindung an ein Altenheim)

mit insgesamt 2.945 Plätzen.

Im Jahr 2007 sind 2 Einrichtungen mit 102 vollstationären Pflegeplätzen sowie eine Tagespflege mit 13 Plätzen in Beckum und Wadersloh-Liesborn in Betrieb genommen worden; die Tagespflege im Marienhospital Oelde wurde zum 31.03.2007 geschlossen.

2. Durchführung von Prüfungen 2007

Gem. § 15 Heimgesetz (HeimG) werden die Heime durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen überwacht. Die Prüfungen können jederzeit angemeldet und unangemeldet erfolgen. Die Heimaufsicht nimmt für jedes Jahr grundsätzlich mindestens eine Prüfung vor. Sie kann Prüfungen in größeren Abständen vornehmen, soweit ein Heim durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft worden ist.

In 2007 wurden in allen Einrichtungen Begehungen durch die Heimaufsicht durchgeführt. 43 der Begehungen erfolgten angemeldet und 1 unangemeldet. Anlassbezogen war 1 Prüfung.

Durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen wurden 2 Qualitätsprüfungen durchgeführt.

3. Ausweitung der Prüfungen seit dem 01.10.2007

Seit dem 01.10.2007 ist eine Pflegefachkraft (Dipl. Pflegewirt) in der Heimaufsicht tätig, so dass nun auch pflegerische Aspekte intensiv geprüft werden können.

Außerdem werden verstärkt ungemeldete Begehungen durchgeführt. In 2008 ist dies bislang (Stand: 07.02.2008) in 3 Einrichtungen erfolgt.

4. Prüfkonzep der pflegefachlichen Prüfung

Zur Überprüfung ist ein umfangreicher Erhebungsbogen entwickelt worden. Dieser ist inhaltlich stark an den Erhebungsbogen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) zur Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI angelehnt worden. Entsprechend sind zu den einzelnen Problembereichen:

- Dekubitusprophylaxe,
- Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung,
- Inkontinenzversorgung und
- Versorgung von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Personen

Prüfkriterien aufgestellt worden, mit denen es möglich ist, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu ermitteln. Übertragen auf die pflegerische Arbeit bedeutet dies, dass neben der Planung von Maßnahmen auch deren Umsetzung und die erzielten Ergebnisse bewertet werden.

Der Zeitraum der pflegfachlichen Prüfung beläuft sich aufgrund des detaillierten Prüfverfahrens und in Abhängigkeit von dem jeweils vor Ort festgestellten Grad an Mängeln auf ca. 1–2 Tage.

Die Überwachung nach § 15 Abs. 1 HeimG ist insgesamt in folgende Bereiche aufgeteilt:

1. Teil: Vorgespräch mit der Heim- und Betriebsleitung (Erläuterung der Vorgehensweise)

2. Teil: Überprüfung sämtlicher Aufzeichnungen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung (§ 13 Abs. 1 Nr. 8 HeimG)

3. Teil: Überprüfung der geplanten Pflege und deren Umsetzung

Dieser Teil der Prüfung befasst sich intensiv mit den oben beschriebenen Problembereichen.

4. Teil: Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern

Neben der Befragung des Heimbeirates werden 2-3 weiteren Bewohnerinnen und Bewohnern insgesamt 26 Fragen zu folgenden Themen gestellt:

- Personal (Zu diesem Kriterium wird bspw. ermittelt, ob eine wertschätzende Grundeinstellung gegenüber dem Bewohner vorhanden ist, § 11 Abs. 1 Nr. 1 HeimG.)
- Ernährung
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Soziale Betreuung
- Individuelle Beratung/Pflege
- Beschwerdemanagement

5. Teil: Ermittlung des Pflegezustandes bei 2-3 Personen

Ein weiterer, wichtiger Bestandteil bei der Begehung ist die Kontrolle der Ergebnisqualität am Bewohner. So wird innerhalb einer Prüfung der Pflegezustand von ca. drei Bewohnerinnen und Bewohnern überprüft. Dazu wurde ein Bogen entwickelt, der z. B. nach

- dem Ernährungszustand,
- der Situation der Haut, des Mundes,
- der Versorgung mit Hilfsmitteln,
- nach dem Dekubitusrisiko
- und der Versorgung von Wunden

fragt.

6. Teil: Rundgang durch Haus

Beim Rundgang durchs Haus wird abschließend die optische Sauberkeit überprüft, zudem wird kontrolliert, ob Gefahrenstoffe (Reinigungsmittel, Medikament) ordnungsgemäß verschlossen sind.

7. Teil: Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch werden den Einrichtungsleitungen anschließend die Ergebnisse vorgestellt. Gemäß § 4 HeimG findet im Gespräch eine Beratung dahingehend statt, wie die Mängel schnellstmöglich und effektiv abgestellt werden können.

8. Teil: Ergebnisbericht

Im abschließenden Ergebnisbericht werden je nach Schweregrad der festgestellten Mängel Empfehlungen oder Maßnahmen formuliert.

Bei den Empfehlungen steht es den Einrichtungen frei, ob diese berücksichtigt werden, die Maßnahmen hingegen sind innerhalb einer festgelegten Frist umzusetzen.

Vorab werden die Einrichtungen um eine Stellungnahme zur Umsetzung gebeten.

5. Festgestellte Mängel im Rahmen der pflegfachlichen Überprüfung

Bei den Prüfungen werden für jeden beschriebenen Problembereich jeweils zwei Bewohnerdokumentationen überprüft. Die Auswahl der jeweiligen Dokumentationen wird anhand der vorliegenden wohnbereichsbezogenen Aufstellungen vom Prüfenden getroffen. Zeigt sich innerhalb der Begehung, dass beide Dokumentationen wesentliche Mängel aufweisen, wird die Kontrolle auf weitere Dokumentationen ausgeweitet.

In folgenden Bereichen sind sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung Mängel festgestellt worden.

▪ Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung

Bei untergewichtigen Bewohnerinnen und Bewohnern wird das Gewicht/der BMI nicht immer in regelmäßigen Abständen kontrolliert. Bei untergewichtigen Bewohnerinnen und Bewohnern finden sich keine kürzeren Intervalle für Gewichtsmessungen.

Gewichtseinträge werden unreflektiert dokumentiert (z. B. erfolgt bei einem Gewichtsverlust keine Kontrollmessung oder sonstige Maßnahme). Bewohnerinnen und Bewohner verlieren Gewicht, ohne dass das Problem bekannt ist bzw. mit dem Bewohner, dem Arzt und/oder Angehörigen nachweislich besprochen wurde.

Die Gabe von hochkalorischer Kost/Flüssignahrung ist oft nicht ausreichend geplant. Es werden keine detaillierte Angabe zur verabreichten Sondenkost gemacht (der Name des Produkts und die dadurch verabreichte Anzahl der Kilokalorien fehlt). Auch die notwendige Absprache mit den Ärzten ist nicht dokumentiert. Da in einigen Fällen für die Gabe von Getränken die Art der verabreichten Flüssigkeit nicht angegeben ist (Bsp.: 10.00 Uhr: 200 ml) , lässt sich auch die verabreichte hochkalorische Flüssignahrung im Trinkplan nicht nachweisen.

Die Gabe von Getränken entspricht in einigen Fällen nicht den geplanten Vorgaben. Mindesttrinkmengen sind festgelegt, werden jedoch nach dem Trinkplan nicht eingehalten. Auch fehlen beschriebene Maßnahmen für den Fall, dass die festgelegten Mindesttrinkmengen nicht eingehalten werden.

In der Pflegeplanung sind die geplanten Ziele zu ungenau formuliert (z. B.: Bewohner erhält ausreichend Flüssigkeit, Nahrung) oder nicht umsetzbar (z. B. ist eine individuelle Mindesttrinkmenge errechnet worden, die der Bewohner aufgrund seines reduzierten Allgemeinzustandes jedoch nicht zu sich nehmen kann).

Die Situation der Nahrungsaufnahme ist nicht individuell dargestellt, so dass der konkrete Hilfebedarf bzw. die Probleme der Bewohner nicht immer deutlich werden (Bsp. für

Definitionen: Sorge für Flüssigkeitsübernahme von Pflegekraft, Bewohner hat Ess- und Trinkeinschränkungen).

▪ **Umsetzung und Planung der Dekubitusprophylaxe, Umgang und Planung von Wunden**

In den Planungen ist die Dekubitusprophylaxe häufig nur unzureichend dargestellt. Für die an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen fehlen wesentliche Informationen, die zur Umsetzung der Dekubitusprophylaxe notwendig sind. In den Pflegeplanungen steht z. B. "Dekubitusprophylaxe nach Standard". Es fehlt u. a.:

- die Angabe über das Führen eines Lagerungsplanes,
- das Lagerungsintervalls,
- die durchgeführten Lagerungsarten,
- der Einsatz einer Spezialmatratze,
- die Angabe, dass das Dekubitusrisiko regelmäßig erhoben wird,
- die dokumentierte Gabe Flüssigkeit und eiweißreicher Nahrung.

Es werden gleichzeitig Hilfsmittel verwendet, die sich in ihrer Wirkung gegenseitig aufheben (Wechseldruckmatratze und Inkontinenzunterlage).

Das ärztlich angeordnete Intervall für die Versorgung des Dekubitus/der Wunde wird überschritten oder es ist kein ärztliches Intervall angegeben.

Ein Heilungsverlauf ist häufig nur eingeschränkt nachvollziehbar, da regelmäßige Wundbeschreibungen nicht erfolgen.

Beim Vorliegen von Dekubiti/mehr als einer Wunde ist eine Trennung oft schwierig, da diese in einem Protokoll gemeinsam geführt werden.

Die Wunddokumentation erfolgt auf unterschiedlichen Bögen, da externe Wundmanagement-Dienste ihre Leistungen nicht in die vorhandene Wunddokumentation eintragen. Dadurch ist ein Gesamtüberblick über die regelmäßige Versorgung der Wunde erschwert.

▪ **Ergebnisse der Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern**

In Gesprächen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern konnte insgesamt eine hohe Zufriedenheit ermittelt werden.

Für die Bereiche Speiserversorgung, soziale Betreuung und Wäscheversorgung wurden einzelne Mängel benannt. Diese wurden im Abschlussgespräch mit den Heim- und Betriebsleitungen erörtert.

6. Weitere Aufgaben der Heimaufsicht

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Heimbegehungen ist ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit der Heimaufsicht die Prüfung der Baupläne neuer Einrichtungen bzw. Umbaumaßnahmen bestehender Einrichtungen auf die Einhaltung der Heimmindestbauverordnung und Besichtigungen vor Ort. Derzeit sind 3 weitere Einrichtungen im Planungsverfahren und in mehreren der bestehenden Einrichtungen werden Umbaumaßnahmen durchgeführt.

Im Bereich der Eingliederungshilfe werden ebenfalls vermehrt Außenwohngruppen gebaut oder angemietet, des Weiteren wechseln wieder mehr Bewohner in das dezentrale stationäre Einzelwohnen. Die Gebäude und Wohnungen sind jeweils vor dem Bezug bzw. Einzug der Bewohner durch die Heimaufsicht zu besichtigen.

7. Tätigkeitsbericht für 2005 und 2006

Gem. § 22 Abs. 3 Heimgesetz ist alle 2 Jahre ein Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht zu erstellen und zu veröffentlichen.

Der Tätigkeitsbericht für die Jahre 2005 und 2006 ist als weitere Information beigefügt.

1. _____
Amtsleitung
2. _____
Dezernent
3. _____
Kämmerer (nur bei Vorlagen mit finanziellen
Auswirkungen)
4. _____
Landrat