

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Briefpostanschrift: Stadtverwaltung Amt 50, 40200 Düsseldorf

Phönix Seniorenzentren
Beteiligungsgesellschaft mbH
Geschäftsführung
vertreten durch Frau Momberg
und Herrn Zeltner
Hiebelerstr. 29
87629 Füssen

Landeshauptstadt
Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Amt für soziale
Sicherung und
Integration
Heimaufsicht

Willi-Becker-Allee 8
40227 Düsseldorf

Kontakt

Frau Pensel

Zimmer

129

Telefon

0211.89-24314

Fax

0211.89.34314

E-Mail

monika.pensel@
duesseldorf.de

Datum

02.04.2015

AZ

50/31-20-819

**Anlassbezogene Prüfung nach § 14 Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) am
23.03.2015 in der Einrichtung Senioren- und Pflegezentrum Phönix Haus St.
Hedwig**

und

Angebot der Anhörung nach § 28 Verwaltungsverfahrensgesetz NRW (VwVfG)

Sehr geehrte Frau Momberg,
Sehr geehrter Herr Zeltner,

am 23.03.2015 erfolgte in der oben genannten Einrichtung eine anlassbezogene
Prüfung nach § 14 Abs. 1 Satz 3 WTG.

**Hinweis: Inhalte mit Beratungscharakter gemäß § 15 WTG sind im
Berichtstext wie diese Textpassage -eingerückt- dargestellt.
Sie erhalten nach § 15 WTG die Möglichkeit, festgestellte Mängel in
einer angemessenen Frist zu beheben. In diesem Sinne hat dieser
Bericht auch beratenden Charakter.**

**Ihre Stellungnahme und die Darstellung der von Ihnen ergriffenen Maßnahmen
zur Behebung festgestellter Mängel erwarte ich, wenn im Bericht nicht anders
angegeben, bis zum 15.05.2015**

An der Prüfung haben teilgenommen:

Frau Seeberger
Frau Lukanowski
Frau Jänisch
Frau Gombert

Regionalleitung
TQM
TQM
Pflegedienstleitung und
kommissarische Einrichtungsleitung

Telefonzentrale
0211.89-91

Internet

www.duesseldorf.de

Sprechzeiten

nach Vereinbarung

Bankkonten

Stadtparkasse
Düsseldorf
10 000 495
BLZ 300 501 10
IBAN DE61 3005 0110
0010 0004 95
Swift-Code
DUSSDEDDXXX

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Frau Rieche	stellvertretende Pflegedienstleitung (bis ca. 16.30) Uhr
Frau Lampenscherf	Stadt Düsseldorf, WTG - Prüfbehörde
Frau Michaelis	Stadt Düsseldorf, WTG - Prüfbehörde
Frau Pensel	Stadt Düsseldorf, WTG - Prüfbehörde
Frau Schulte	Stadt Düsseldorf, WTG - Prüfbehörde (Auszubildende)
Frau Müller	AOK

Anlass der Prüfungen waren insgesamt vier Beschwerden, die am 19. und 20.03.2015 bei der WTG - Prüfbehörde eingegangen sind. Alle Beschwerden bezogen sich im Wesentlichen auf die Personalsituation in der Einrichtung. Die nicht ausreichende personelle Besetzung, der häufige Wechsel des auf den einzelnen Wohnbereichen eingesetzten Personals, der Einsatz von Zeitarbeitskräften und die damit einhergehende überdurchschnittliche Belastung des Personals führe zu massiven Defiziten in der pflegerischen Versorgung der Nutzerinnen und Nutzern.

Zur Konkretisierung werden die Beschwerdeinhalte den folgenden Prüfkriterien zugeordnet:

Kategorie: Personelle Ausstattung der Betreuungseinrichtung

- die Beschäftigten seien überfordert, die Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer erfolgt daher nicht bedarfsgerecht
- zwei Neuaufnahmen erfolgten am Freitagnachmittag während des Spätdienstes ohne Überleitungsbogen der entlassenen Klinik. Dieser Spätdienst sei mit nur einer Fachkraft besetzt gewesen (13.03.2015). Die erforderlichen Morphin- und Insulingaben konnten nicht fachgerecht erfolgen.
- Mitarbeiter der Zeitarbeit seien überfordert, sie kennen den Versorgungsbedarf der Nutzerinnen und Nutzer nicht
- Pfleger müssen spülen und Tische eindecken und könnten folglich keine Speisen anreichen

Kategorie: Hauswirtschaftliche Versorgung/Speisenversorgung

- der Unterstützungsbedarf bei der Speise- und Getränkeversorgung werde nicht immer gewährleistet,

Kategorie: Pflegerische und soziale Betreuung

- gerichtete Medikamente stehen unbeaufsichtigt und für jeden zugänglich im Speisesaal (einmalig)
- generell stehen gerichtete Medikamente frei zugänglich im Dienstzimmer bei geöffneter Tür und ohne Aufsicht
- verschiedene Nutzerinnen und Nutzer sollen stark abgenommen haben
- die pflegerische Versorgung sei als „gefährliche Pflege“ zu bezeichnen
- Thrombosemedikation sei nicht verabreicht worden
- Insuline von Nutzerinnen und Nutzern seien vertauscht worden
- Medikamente werden auch bei erforderlichem Unterstützungsbedarf nicht angereicht, sondern nur bereit gestellt
- Toilettenstühle werden nicht geleert, die Zimmer riechen daher unangenehm

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Für die Überprüfung des Beschwerdeinhaltes „gefährliche Pflege“ wurden neben den beschriebenen konkreten Beschwerdeinhalten, risikogeneigte Prozesse wie freiheitsentziehende / freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM) Umgang mit Medikamenten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BTM) sowie verschiedene Pflegedokumentationen mit in den Prüfumfang aufgenommen.

Zunächst werden die Rahmenbedingungen dargestellt, unter denen die Prüfung erfolgte.

Die Pflegedienstleitung wurde nach Vorstellung der Prüfinhalte gebeten, eine Risikoliste ab dem 16.02.2015 für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Nutzerinnen und Nutzer zur Verfügung stellen.

Außerdem sollten die aktuellen Dienstpläne eingesehen werden. Die Pflegedienstleitung teilte darauf hin mit, dass die Dienstpläne auf den jeweiligen Wohnbereichen aushingen und die letzte Aktualisierung am 20.03.2015 erfolgt sei. Die Krankmeldungen vom Wochenende (ca. drei bis vier) seien auf den Plänen noch nicht erfasst. Insgesamt gäbe es derzeit zehn Krankmeldungen. Auf Nachfrage erklärte die Pflegedienstleitung, dass sich die Krankmeldungen übergreifend auf alle Wohnbereiche beziehen und keine Konzentration auf einen bestimmten Wohnbereich festzustellen sei.

Während die Pflegedienstleitung die benötigten Unterlagen in Auftrag gab und die Begleitung der Prüfung organisierte, begaben sich die Prüferinnen der WTG-Prüfbehörde auf die Wohnbereiche.

Nachdem die Prüfung eine gute Stunde andauerte, erinnerten die Prüferinnen an die Risikoliste. Die Pflegedienstleitung begann daraufhin, während der Prüfung eine Liste aus dem Programm zu generieren. Diese Liste war weder vollständig, noch enthielt sie die aktuellen Informationen über die bestehenden pflegerischen Risiken der Nutzerinnen und Nutzer. Laut Auskunft der Pflegedienstleitung sollen die teilweise nicht abgeschlossenen Pflegeplanungen ursächlich für die defizitäre Liste sein. Eine Nutzerauswahl basierend auf den pflegerischen Risiken war nicht möglich. Da die Positionen der Pflegedienstleitung und der stellvertretenden Pflegedienstleitung erst kürzlich neu besetzt wurden, konnten weder Auskünfte zu pflegerelevanten Risiken gegeben werden noch Fragen zu einzelnen Nutzerinnen und Nutzern beantwortet werden.

Vor diesem Hintergrund ist unklar, auf welcher Basis pflegerischen Risiken erfasst werden und vor allem, wie die Nutzerinnen und Nutzer die für sie notwendige Versorgung erhalten.

Weiterhin ist nicht nachvollziehbar, wieso nicht bereits bei Anforderung der Risikoliste mitgeteilt wurde, dass die benötigte Liste nicht erstellt werden kann.

Alternativ sollte die Auswahl der Dokumentationen anhand der Pflegestufen nach den Wohnbereichen, erfolgen. Dies war ebenfalls nicht komplikationslos möglich. Grund hierfür war, dass weder die Pflegedienstleitung, noch das TQM die Wohnbereiche namentlich den jeweiligen Etagen zuordnen konnten. Es war eine Recherche zur Klärung erforderlich, auf welcher Etage sich die Wohnbereiche

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Königsallee, Rheinufer und Schloss Benrath befinden. Unverständlich ist, wieso in der Einrichtung mit Listen gearbeitet wird, die durch die Mitarbeitenden nicht ausgewertet werden können.

Ferner war die stellvertretende Pflegedienstleitung nicht mit der Handhabung der EDV-gestützten Dokumentation vertraut. Dies führte dazu, dass häufig eine weitere Mitarbeiterin, die erst seit Februar 2015 auf dieser Etage als Pflegefachkraft im Einsatz ist, um Unterstützung und Klärung gebeten werden musste. Die die Prüfung begleitende Pflegefachkraft im Spätdienst konnte die Fragen zu den in der 3. Etage lebenden Nutzerinnen und Nutzern nicht beantworten, weil sie erst seit kurzem auch für diese Etage als Wohnbereichsleitung zuständig ist.

Der Prüfablauf gestaltete sich aufgrund dieser Bedingungen in allen Bereichen äußerst schleppend. **Als Fazit ist festzuhalten, dass die Unkenntnis der seitens der Einrichtung Beteiligten im Bezug auf die Versorgungssituation der Nutzerinnen und Nutzer und der unstrukturierte Umgang mit der Prüfsituation, die Prüfung erheblich erschwerten. Informationsdefizite hinsichtlich der geprüften Sachverhalte können nicht ausgeschlossen werden, sind aber ebenfalls ein Ergebnis von ungesteuerten und nicht nachhaltig geregelten Prozessen.**

Prüfkategorie: Personelle Ausstattung

Die Überprüfung der personellen Ausstattung der Betreuungseinrichtung beantwortet die Frage, ob diese im Sinne des Gesetzeszweckes nach § 1 WTG am persönlichen Bedarf orientiert, gesundheitsfördernd, wertschätzend und qualifiziert gem. § 1 Abs. 4 Nr. 5 ist gewährleistet wird

Im Rahmen der Prüfung wurde mitgeteilt, dass zum 01.03.2015 die ursprünglich vier Wohnbereiche zu zwei Wohnbereichen zusammengefasst wurden. Somit bilden nun EG und 1. Etage, sowie die 2. und die 3. Etage einen gemeinsamen Wohnbereich. Hiervon verspricht sich die Einrichtung mehr Transparenz im Bezug auf die jeweils verantwortliche Pflegefachkraft. Den Beschäftigten war jedoch lediglich die Tatsache bekannt, dass eine Zusammenlegung erfolgt ist. Wie sich die Zusammenlegung inhaltlich auf ihre Aufgaben und Tätigkeiten auswirkt, war nicht geläufig. Der Versorgungsbedarf der Nutzerinnen und Nutzer der jeweils neu hinzu gekommenen Etage war nach Ablauf von drei Wochen nicht bekannt. Auf Befragen wurde mitgeteilt, dass bislang keine gemeinsamen Übergaben für den gesamten Wohnbereich erfolgt seien.

Die Dienstplanprüfung, der in den Wohnbereichen aushängenden Dienstpläne konnte nicht erfolgen, da die aktuellen Änderungen für die Zeit vom 21. bis einschließlich zum 23.03.2015 nicht eingepflegt waren. Zum Dienstplan für das EG und die 1. Etage erklärte die Pflegedienstleitung, dass zwei Pflegefachkräfte den Dienst ohne Absprache getauscht hätten, mit dem Ergebnis, dass keine Pflegefachkraft im Frühdienst für das EG im Einsatz sei. Aus diesem Grund habe eine Pflegefachkraft, die eigentlich feste Kraft auf der 3. Etage sei, als verantwortliche Pflegefachkraft auf dem EG einspringen müssen. Auf

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Befragten erklärte diese Kraft, dass ihr die Nutzerinnen und Nutzer, sowie die risikogeeigneten Pflegesituationen nicht bekannt seien.

Die Pflegedienstleitung konnte keine Auskunft darüber geben, welche Beschäftigten mit welcher Qualifikation auf dem zusammengelegten Wohnbereich EG und 1.Etage für den Frühdienst eingeteilt waren. Etagenübergreifend war den Beschäftigten ebenfalls nicht bekannt, wer sich aktuell im Einsatz befand.

Die Personalausstattung der 2. Etage war im Frühdienst äußerst knapp bemessen. Hier waren eine Pflegefachkraft, eine Pflegehilfskraft und eine 87b-Kraft eingesetzt. Die Pflegefachkraft war gleichzeitig für die Fachaufsicht in der 3. Etage zuständig. Eine weitere Pflegefachkraft war auf diesen beiden Etagen im Frühdienst nicht eingesetzt. Die Pflegefachkraft war in ihrer Funktion als Wundbeauftragte der Einrichtung zwischenzeitlich auch auf einer der unteren Etagen tätig (siehe hierzu auch Ergebnisse für den Bereich Wundmanagement).

Insgesamt ist festzuhalten, dass bedingt durch die Vielzahl der Personalausfälle aktuell verstärkt Zeitarbeitskräfte zum Einsatz kommen. Die Personaleinsatzplanung ist nicht transparent und damit nicht nachvollziehbar. Die Beschäftigten werden bei Änderungen nicht adäquat mit eingebunden, oder in neue Strukturen eingearbeitet, so dass die Aufgabenverteilung und die Zuständigkeiten unklar bleiben. Eine verbindliche Einbindung der Zeitarbeitskräfte ist somit nicht möglich. Bereits bei früheren Prüfungen wurde empfohlen, durch eine Kooperation mit den Anbietern von Zeitarbeit eine Kontinuität im Bezug auf die Einsätze der Zeitarbeiter zu erreichen. Diese Anregung wurde erst Mitte März 2015 aufgegriffen und ist noch nicht umgesetzt. Festzustellen war außerdem, dass die Qualifikation nicht durchgängig für alle Beschäftigten auf dem Dienstplan ausgewiesen wird. Eine Aktualisierung der Bezeichnung der Wohnbereiche nach der Zusammenlegung ist auf dem Dienstplan nicht erfolgt.

Die Personaleinsatzplanung erfüllt damit nicht die Anforderungen an eine am persönlichen Bedarf orientierten gesundheitsfördernden, Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer nach dem WTG

Die Beschwerde ist im Bezug auf die personelle Ausstattung berechtigt, um Stellungnahme wird gebeten.

Prüfkategorie: Hauswirtschaftliche Versorgung

Speisen- und Getränkeversorgung:

Im Wohnbereich der 1. Etage wurden das Eindecken der Tische und die Verteilung der Mahlzeiten zur Mittagszeit beobachtet.

Das Eindecken der Tische erzeugte eine wenig angenehme Atmosphäre, das Besteck wurde an den Tischen ohne erkennbare Reihenfolge bereitgelegt, Servietten wurden wahllos auf den Tisch verteilt, der Serviettenständer wurde nicht benutzt.

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Zum Teil waren die Getränkekaraffen nicht aufgefüllt. In die bereits gefüllten Suppenteller wurden die Löffel in die Suppe gelegt. Eine Nutzerin, die Schwierigkeiten hatte den Stuhl zurückzuschieben, um sich an den Tisch zu setzen erhielt keine Unterstützung. In einem Fall wurde die Mahlzeit bereits auf den Tisch gestellt, obwohl die Nutzerin noch nicht im Speisesaal war.

Die Mahlzeitenverteilung war von Unsicherheit geprägt, da die Speisen nicht immer zuzuordnen waren. Die Ansprache der Nutzerinnen und Nutzer war gering, sodass eine anregende und fördernde Atmosphäre nicht aufkommen konnte.

Anschließend erfolgte die Begehung im Erdgeschoss zur Beurteilung der Mahlzeitsituation am Mittag. Die Tische waren ansprechend eingedeckt, die Ansprache der Nutzerinnen und Nutzer war nicht zu beanstanden. Allgemein wurde die Einnahme der Mahlzeiten in einer freundlichen und ruhigen Atmosphäre angetroffen.

Auf der 2. Etage erfolgte die Information, dass die Pflege, teilweise in Zusammenarbeit mit dem sozialen Dienst (87b-Kräfte), seit dem 01.03. für Mahlzeitenversorgung in den Wohnbereichen zuständig sei.

Das Mittagessen musste hier insgesamt sieben Nutzerinnen und Nutzern angereicht werden, davon drei Bettlägerigen. Das Anreichen des Mittagessens im Speiseraum, welches von der Pflegehilfskraft übernommen wurde, begann um 12:20 Uhr und war um 12:45 (nach Beobachtung von Frau Müller) beendet. Danach reichte die Pflegehilfskraft einer der bettlägerigen Pflegebedürftigen das Essen an. Die 87b-Kraft war beim Mittagessen für das Auftragen der Mahlzeiten, das Abräumen und die Erledigung der sonstigen Küchenarbeit zuständig.

Der Umgang mit den unterstützungsbedürftigen Nutzerinnen war freundlich und zugewandt.

Die Mahlzeitenversorgung erfolgte jedoch unter starkem Zeitdruck, der gerade dementen Menschen nicht zuträglich ist.

Die Beschwerde, bezüglich der fehlenden Unterstützung beim Anreichen der Speisen konnte nicht verifiziert werden. Die Beschäftigten haben die Nutzerinnen und Nutzer mit entsprechendem Bedarf am Prüftag versorgt. In diesem Punkt ist die Beschwerde nicht berechtigt.

Die Gesamtsituation in Bezug auf die Speisenversorgung ist jedoch nicht WTG-konform.

Gem. § 19 Abs. 4 WTG müssen Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Hierbei ist insbesondere der Zweck des Gesetzes zu beachten. So sollen die Nutzerinnen und Nutzer gem. § 1 Abs. 5 WTG eine am persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Betreuung erhalten. Maßstab ist das Alltagsleben in einer privaten Häuslichkeit nach § 12 WTG. Wie oben beschrieben gewährleistet die Einrichtung nicht durchgängig eine an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtete Speisenversorgung.

Wäscheversorgung:

Eine Nutzerin, bei der der Pflegezustand aufgrund einer Beschwerde überprüft wurde, trug eine mit getrockneten Urinflecken verschmutzte Netzhose. Hierzu wurde mitgeteilt, dass keine Netzhosen mehr vorhanden seien. Im Schrank der Nutzerin wurden tatsächlich weder Netzhosen noch Unterhosen gefunden. Auch im Lagerraum des Wohnbereiches fanden sich keine Netzhosen.

Prüfkategorie: Pflegerische und soziale Betreuung

- Risikoassessment

Eine aktuelle Risikoliste konnte nicht vorgelegt werden, somit war die geplante Auswahl der Nutzerinnen und Nutzer anhand der Auflistung in der Risikoliste nicht möglich.

Ebenso war eine Befragung der verantwortlichen Schichtleitung zu Nutzerinnen und Nutzern mit bestimmten Risiken nicht möglich, da eine Pflegefachkraft der 3. Etage nach zweiwöchiger Krankheit den Dienst im Erdgeschoss absolvierte und keine differenzierten Aussagen zum Versorgungsbedarf treffen konnte. Der Pflegedienstleitung war der Versorgungsbedarf ebenfalls nicht bekannt.

- Planung und Umsetzung von prophylaktischen Maßnahmen

Dekubitusprophylaxe

Es wurden insgesamt 14 Bewegungsprotokolle eingesehen, die im Ergebnis alle lückenhaft und nicht korrekt geführt wurden. Die Legenden der Lagerungsprotokolle waren nicht in allen Fällen ausgefüllt. Die Spalte zur Beschreibung des Hautzustandes wurde überwiegend nicht ausgefüllt. Die Lücken wurden schichtübergreifend, insbesondere aber im Spätdienst festgestellt.

Die in der Pflegeplanung festgesetzten Lagerungsintervalle wurden nicht eingehalten. Der Dokumentation zufolge betrug die Lagerungsabstände bis zu zwölf Stunden, in einem Fall sogar 21 Stunden.

Mobilisationen außerhalb des Bettes waren nicht aussagekräftig in der Pflegeplanung dargestellt.

Eine Nutzerin wurde regelmäßig auch auf die rechte Seite gelagert, obwohl dies aufgrund von Ödembildung vermieden werden soll. Ebenso wurde sie regelmäßig auch auf den Rücken gelagert, obwohl sie einen Dekubitus Grad 2 am Steiß hatte und eine Lagerung auf den Rücken nur bei anderweitig gewährleisteter Druckentlastung des Dekubitus hätte erfolgen dürfen.

Da die Lagerung insbesondere der Dekubitusprophylaxe dient und alle vorgelegten Bewegungsprotokolle Lücken über längere Zeiträume aufwiesen, kann die Durchführung der erforderlichen Prophylaxen nicht nachgewiesen werden. Die Protokolle in der vorliegenden Form werden völlig sinnfrei geführt und können folglich nicht genutzt werden, um erforderliche Maßnahmen anzupassen.

Es besteht ein erhebliches Gefährdungspotential für die Gesundheit der Nutzerinnen und Nutzer. Die Anforderungen an eine am persönlichen Bedarf

orientierten gesundheitsfördernden, Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer gem. § 1 WTG sind vorliegend nicht erfüllt.

Malnutritions- Dehydratationsprophylaxe

Im Erdgeschoss und der 1. Etage wurden jeweils zwei Ernährungsprotokolle und zwei Trinkprotokolle eingesehen.

Die Ernährungsprotokolle waren lückenhaft geführt, eine Auswertung war nicht erkennbar.

Die Aussagen der befragten Fachkräfte zur Legende der Protokolle waren abweichend.

Bei der Nutzerin im Erdgeschoss wurde lediglich das Körpergewicht, jedoch nicht die Körpergröße ermittelt. Somit konnte keine Aussage zum Body Mass Index getroffen werden, da nicht alle notwendigen Parameter ermittelt wurden. Der Dokumentation war zu entnehmen, dass die Bewohnerin häufig über Übelkeit klagt und sich erbrechen müsse. Eine Diagnostik bezüglich der Ursachen wurde nicht benannt.

In der seit fünf (!) Monaten in Erstellung befindlichen Pflegeplanung war als Maßnahme das Anreichen von mindestens sechs kleineren Portionsgrößen benannt, das Ernährungsprotokoll wies die Umsetzung jedoch nicht aus.

Die Trinkprotokolle wiesen ebenfalls Lücken auf, in beiden Fällen wurde an mehreren Tagen die ärztliche Verordnung einer subcutanen Infusion bei einer Trinkmenge unter 1.000 ml nicht umgesetzt.

Auf der 2.Etage wurde in einem Fall die ärztliche Verordnung über die dreimal in der Woche zu verabreichende NaCl- Infusion an zwei Tagen im geprüften Zeitraum (ab 01.03.) nicht umgesetzt.

Der Umgang mit der Ernährungsproblematik war in einem Fall (ebenfalls auf der 2. Etage) nicht adäquat: Die Gewichtskontrollen erfolgten monatlich statt - wie geplant - zweiwöchentlich. Die automatisch in Zusammenhang mit der Nahrungsbilanzierung errechneten Angaben zum Kalorienbedarf in der edv-gestützten Pflegedokumentation sind widersprüchlich, die Pflegeplanung zur Problematik wurde nicht evaluiert.

Abschließend ist festzustellen, dass trotz explizierter wiederholter Hinweise der WTG-Prüfbehörde, grundlegende Mängel im Umgang mit Risiken der Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung nicht abgestellt wurden.

Ursächlich hierfür sind u.a. die nicht transparente Personalplanung und die fehlenden Regelungen zu Verantwortlichkeiten der Beschäftigten, wie oben dargestellt. Der dauerhaft defizitäre Umgang mit Ernährungsproblematiken und Flüssigkeitsversorgung stellt eine erhebliche Gefährdung für die Gesundheit der Nutzerinnen und Nutzer dar.

- Behandlungspflege/Wundmanagement

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Im Wohnbereich des Erdgeschosses wurden zwei Wundbehandlungen geprüft. In einem Wundprotokoll war eine Hautverletzung aufgrund einer Pergamenthaut dokumentiert. Die Wundverlaufsdokumentation war beginnend datiert auf den 01.03.2015, der Verbandswechsel sollte täglich erfolgen. Am 02.03., 06.03. und 13.03. war die Wundgröße mit einer Länge von 1,5 cm mal 0,5 cm Breite eingeschätzt. Der nächste Eintrag erfolgte am 13.03.2015 mit einer Länge von 7,5 cm mal 1,5 cm.

Die Betreuerin stimmte einer Inaugenscheinnahme telefonisch zu, ebenso die Nutzerin.

Der Mulltupfer war mit der Wunde so stark verklebt, dass auch nach zehnmütiger permanenter Befeuchtung des Tupfers mit NaCl – Lösung sich der Verband nicht von der Wunde lösen ließ. Auf Befragung erklärte die Nutzerin, dass seit mehreren Tagen kein Verbandswechsel stattgefunden habe. Da der in der Prüfungssituation durchgeführte Verbandswechsel für die Nutzerin schmerzhaft war, wurde auf eine weitere Inaugenscheinnahme verzichtet. Das Verbandsmaterial Jelonet Gaze © mit einem Packungsinhalt von 10 Päckchen war mit dem Anbruchsdatum 01.03.2015, also passend zur Ersterfassung der Wunde, versehen. Der Inhalt der Packung betrug am Prüfungstag 8, 5 Päckchen. Laut Wundprotokoll hätte demnach 23 mal ein Verbandswechsel stattfinden müssen, dem Inhalt des Verbandsmaterials entsprechend ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit der letzte Wechsel tatsächlich am 13.03.2015 vorgenommen worden.

Bei einer anderen Nutzerin wurde das Bewegungsprotokoll eingesehen, der Nachtdienst kreuzte in regelmäßigen Abständen Rötungen am Oberschenkel, Unterschenkel und der Hüfte an, ein Fingertest wurde nicht durchgeführt. Der Tagdienst ermittelte keine Rötungen in diesen Bereichen, bzw. wurde die Option des Ankreuzens von Rötungen nur sehr geringfügig genutzt.

Die begleitende Pflegefachkraft erklärte, dass ein Dekubitus an der linken Ferse vorläge und die Wundbehandlung nach Anordnung der Fußambulanz durchgeführt werde.

Das daraufhin eingesehene Wundprotokoll erfasste neben dem Dekubitus an der linken Ferse eine Druckstelle an der linken Hüfte von 0,5 cm mal 2 cm, datiert auf den 09.03.2015.

Mit gleichem Datum wurde eine Druckstelle an der Außenkante des linken Fußes protokolliert mit einer Größenbestimmung von 0,3 cm mal 1,5 cm.

Differenzierte Aussagen bezüglich dieser beiden Wunden konnten von der Pflegefachkraft nicht getroffen werden.

Die Pflegefachkraft wurde im Beisein der Pflegedienstleitung von der Prüferin gebeten, die Druckstellen an der linken Hüfte und Fußaußenkante zu begutachten, die Wundgröße zu bestimmen und eine Fotodokumentation anzulegen. Diese Aufforderung wurde ebenfalls im Abschlussgespräch der Prüfung den Verantwortlichen mitgeteilt.

Am 24.03.2015 sendete die Pflegedienstleitung per Mail die gewünschten Angaben zur Wundversorgung zu. In der Anlage der Mail war lediglich eine

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Anordnung zur Verbandspflege der Fußambulanz, datiert auf den 13.03.2015, des bestehenden Dekubitus der linken Ferse.

Obwohl im Abschlussgespräch am Prüfungstag den Verantwortlichen der Einrichtung deutlich dargestellt wurde, dass das Wundmanagement wesentliche Mängel aufweist und eine Gefährdung der Nutzerinnen und Nutzer in diesem Bereich vorliegt, wird offensichtlich weiterhin die Notwendigkeit eines adäquaten, fach- und sachgerechten Wundmanagements missachtet.

Im Wohnbereich der 1. Etage wurde eine Wunddokumentation eingesehen. Bei einer Verbrennungswunde im Bauchbereich, die Wunde bestand seit August 2014, wurde der tägliche Verbandswechsel vom 20.03. bis 22.03.2015 nicht durchgeführt. Die gemeinsame Recherche mit der Pflegefachkraft ergab, dass das Verbandsmaterial bis zum 20.03.2015 aufgebraucht war und keine zeitnahe Bestellung erfolgte.

Des Weiteren wurde eine Wunde an der linken Schläfe dokumentiert. Einen Nachweis über die Wundversorgung am 21.03. und 22.03.2015 konnte nicht vorgelegt werden.

In allen drei geprüften Wunddokumentationen fällt auf, dass die Einschätzung der Wundgröße durch die hausinterne Wundmanagerin erheblich von den Einschätzungen der Pflegefachkräfte abwich.

Die Abweichungen lagen zwischen 2 cm und 6 cm. Da in keinem Fall eine Fotodokumentation angelegt wurde war die Ursache der stark abweichenden Einschätzungen nicht zu klären.

Auch konnten die befragten Pflegefachkräfte keine Aussagen bezüglich der Informationsweitergabe und der regelmäßigen Wundvisite durch die hausinterne Wundmanagerin treffen.

Der aus der Dokumentation ersichtliche Umgang mit Wunden war im diesbezüglich geprüften Fall in der 3. Etage ebenfalls nicht fachgerecht. Es lagen zwei Wunden vor: die aktuell entzündete Eintrittsstelle des suprapubischen Katheters (SPK) und ein Dekubitus Grad 3 am Hallux valgus links. Zur Versorgung der SPK-Eintrittsstelle wird zur Wundbehandlung u.a. Jodsalbe verwendet, über die eine ärztliche Verordnung nicht vorgelegt werden konnte. Zum Dekubitus wurde ab dem 12.03.2015 keine Wundbeschreibung mehr geführt. Lediglich die Durchführung der Verbände in den ärztlich verordneten Zeitabständen konnte nachgewiesen werden.

Festzuhalten ist, dass der Umgang mit Wunden, trotz umfassender Beratungen im Vorfeld dieser Prüfung, weiterhin nicht adäquat erfolgt und ein erhebliches Gefährdungspotential für die Nutzerinnen und Nutzer besteht. In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen im Zusammenhang mit der Erfassung pflegerelevanter Risiken und dem Einsatz der Wundmanagerin verwiesen.

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

- Umgang mit Hämatomen

Bei einer Nutzerin fiel während der Mittagessenssituation auf, dass sie im Bereich des rechten Auges ein Hämatom hatte. Zu dessen Entstehung konnte die begleitende Pflegefachkraft keine Auskunft geben.

Im Verlaufsbericht ist hierzu lediglich ein Eintrag des Frühdienstes am 18.03.2015 vorzufinden. Dieser besagt inhaltlich, dass das Hämatom erst an diesem Morgen festgestellt wurde und beim Zubettgehen am Vorabend nicht bestanden habe. Angaben zur Größe des Hämatoms und zu weiteren Beobachtungen sind dem Pflegebericht weder am 18.03.2015 noch im weiteren Verlauf zu entnehmen. Im Abschlussgespräch wurde seitens der Verantwortlichen mitgeteilt, dass auch ein Arzt hinzugezogen worden sei. Es hätte erwartet werden dürfen, dass die begleitende Pflegefachkraft von sich aus die Prüferin hierüber informiert. Selbst dann wäre allerdings keine Klarheit über die Entstehung des Hämatoms geschaffen worden.

Das Hämatom zog sich vom äußeren Augenwinkel - und war hier dunkelviolet verfarbt - nach oben rechts in den Schläfenbereich, hier war es gelb-grün verfarbt. Die Gesamtgröße wurde von der Prüferin mit 1,5 x 0,5 cm im Augenwinkel und mit ca. 4cm x 1,5 cm im Schläfenbereich eingeschätzt, Das Hämatom wurde zur Beweissicherung fotografiert.

Zur Entstehung des Hämatoms ist durch die Verantwortlichen des Leistungsanbieters / der Einrichtung eine Ermittlung des Sachverhalts / des Sachstandes vorzunehmen. Hierbei ist zu beachten, dass das dem Hämatom möglicherweise zugrunde liegende Trauma nicht unbedingt erst in der fraglichen Nacht erfolgte weil ein Hämatom in aller Regel erst nach mehreren Tagen sichtbar wird. Hierzu wurde der Regionalleitung am 27.03.2015 ein separates Schreiben zugesandt. In Bezug auf die zur Beweissicherung vorgenommenen Fotografien des Hämatoms wird mitgeteilt, dass die vorsorgebevollmächtigte Tochter der Nutzerin der Prüferin hierzu nachträglich ihr Einverständnis gegeben hat.

Bei einer weiteren Nutzerin, deren Pflegezustand aufgrund einer Beschwerde überprüft wurde, wurde ein links oberhalb des Steißbeines befindliches, ablassendes, ca. 1,5 x 3 cm großes Hämatom festgestellt, dessen Ursprung unklar ist. Stürze in der letzten Zeit waren dem Pflegepersonal nicht bekannt; das letzte Sturzereignis liegt ca. 6 Monate zurück. Auch unter Berücksichtigung des Sachverhalts, dass die Nutzerin marcumarisiert ist, ist nicht anzunehmen, dass das Hämatom von dem Sturz vor sechs Monaten herrührt.

- Umgang mit Arzneimitteln

Bei der Begehung des Speisesaals im EG wurde zum 3. Mal ! eine Tablette auf dem Boden vorgefunden. Das Medikament konnte keinem Nutzer zugeordnet werden. Völlig unklar war, wie sich diese Nicht-Einnahme auswirkt. Der Sachverhalt wurde durch die Pflegedienstleitung zur Kenntnis genommen und mit einem „ich finde das jetzt nicht mehr lustig“ kommentiert. Ein Versuch das Medikament zu identifizieren und damit in Frage kommende Nutzerinnen und

Nutzer, um diese auf Veränderungen zu beobachten, wurde für die Prüferinnen nicht erkennbar unternommen.

Das Dienstzimmer im Erdgeschoss war zum wiederholten Mal nicht abgeschlossen und folglich frei zugänglich. Dies galt auch für die bereits gestellten Medikamente und sonstigen unverschlossen aufbewahrten Medikamente. Die gleiche Situation wurde bei einer der letzten Prüfungen vorgefunden. Auf die hiermit einhergehende Gefährdung wurde hingewiesen. Die Gefahr wurde nicht abgestellt.

Die Beschwerde bezüglich des unsachgemäßen Umgangs mit Medikamenten in der Einrichtung folglich als berechtigt zu betrachten. Um Stellungnahme wird gebeten.

Der Umgang mit Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen war in zwei Fällen nicht fachgerecht.

Im Erdgeschoss lagen für eine Nutzerin zwei ärztliche Verordnungen über die Vergabe von Fentanylpflaster vor. Die letzte war auf den 10.03.2015 datiert. Danach sollte [REDACTED] alle drei Tage ein Pflaster 25µg erhalten. Tatsächlich bekam sie alle drei Tage zwei Pflaster 25µg.

Die stellvertretende Pflegedienstleitung hatte am Morgen durch ihre Unterschrift die Richtigkeit des Umgangs mit BTM bestätigt. Sie konnte auf Befragen jedoch nicht erklären, wieso zwei statt einem Pflaster geklebt werden.

Die Pflegedienstleitung erklärte, dass es einen weiteren Ordner zum Thema „ärztliche Kommunikation“ geben müsse, diesen könne sie nicht finden. Im edv-gestützten Dokumentationssystem war kein entsprechender Hinweis auf eine Änderung der Verordnung oder Anpassung der Dosierung zu finden. Die geänderte Dosierung wurde seit dem 28.02.2015 umgesetzt. Trotz der täglichen BTM Kontrolle, die fach - und sachgerecht nicht nur den Bestand im Abgleich mit dem aufgeführten Bestand im BTM Formular sondern auch die Prüfung der ärztlichen Anordnung hinsichtlich Dosierung und Vergaberhythmus beinhalten muss, wurde der beschriebene Sachverhalt nicht erkannt.

Im Wohnbereich der 1. Etage war der Bestand eines BTM Pflaster nicht korrekt. laut dem BTM Formular hätte ein Soll von 31 Pflastern vorliegen müssen. Tatsächlich waren noch 32 Pflaster vorhanden. Aus dem Formular ergaben sich keine Fehler beim Übertrag, keine bei den Zugängen, oder den Abgängen. Der Sachverhalt erschließt sich nur, wenn ein Pflaster zwar ausgetragen, tatsächlich aber nicht verabreicht wurde.

Auch hier wurde am Morgen des Prüftages eine Kontrolle hinsichtlich des korrekten Bestandes vorgenommen.

Die im Fall eines Nutzers geprüfte reguläre Gabe von Insulin und die bedarfsbezogene Gabe von Insulin nach Schema ist nicht korrekt und nachvollziehbar dokumentiert.

Obwohl das Medikamentenmanagement im besonderen Fokus steht, bestehen weiterhin Mängel. Der Umgang mit BTM erfolgt nicht sachgerecht und erfolgt nicht mit der hierfür erforderlichen Sorgfalt. Die Unterschriften auf den Kontrollblättern werden automatisch geleistet. Eine tatsächliche Prüfung geschieht nicht oder nur nachlässig. Der Umgang ist nicht Wtg-konform. Es besteht ein erhebliches Gefährdungspotential im Bezug auf die Gesundheit für die Nutzerinnen und Nutzer

- Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM)

Die Pflegedienstleitung erklärte, dass am Prüftag keine freiheitseinschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen in der Einrichtung umgesetzt werden. Auf erneute Nachfrage erklärte sie, dass der vorgefundene Einsatz einer Bettschere - auf der einen Seite hochgezogen und auf der anderen Seite auf halber Höhe hochgezogen - keine freiheitsentziehende Maßnahme darstelle. Hier erfolgte umgehend eine Beratung, in welchen Fällen diese Maßnahme durchaus eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellen könnte.

Lediglich bei einer Bewohnerin werde als Alternativmaßnahme eine Matratze vor das Bett gelegt. Bei allen sturzgefährdeten Nutzerinnen und Nutzer werde als Alternative das Niederflurbett eingesetzt.

Da aufgrund der Aussage der Pflegedienstleitung zu vermuten war, dass möglicherweise FeM zum Einsatz kommen, wurde sie gebeten im Erdgeschoss alle Zimmer hinsichtlich des Einsatzes von Bettscheren zu prüfen.

Ergebnis:

Im Erdgeschoss kamen bei drei Nutzerinnen Bettscheren zum Einsatz. Eine Nutzerin hat im Mai 2012 eine diesbezügliche Einwilligung unterschrieben, in der Pflegeplanung von 01/2015 war dokumentiert, dass sie abends den Wunsch äußere, die Bettscheren hochzuziehen.

Bei einer weiteren Nutzerin wurde im Rahmen der Inaugenscheinnahme festgestellt, dass eine Bettschere hochgezogen und die andere Bettschere auf halber Höhe hochgezogen war. Die Legitimation zu dieser Maßnahme wurde nicht geprüft.

Bei einer anderen Nutzerin lag keine Einwilligung vor, ein Sturzrisiko wurde ermittelt, seit Einzug im Oktober 2014 war die Pflegeplanung nicht in Gänze abgeschlossen.

Im Verlauf der Prüfung wurde ein von der Verwaltung ausgedrucktes Formular „Beschlüsse zu den betreuten Personen“ vorgelegt, eine Nutzerin wird aufgeführt, die im Dezember 2011 ein freiwilliges Einverständnis zum Einsatz von Bettscheren gegeben habe. Nach Aussage der Pflegedienstleitung würden die Bettscheren auf Wunsch der Bewohnerin nicht mehr eingesetzt.

Eine Nutzerin, die im Zusammenhang mit einem ungeklärten Hämatom im Augenbereich zur Inaugenscheinnahme in ihrem Zimmer aufgesucht wurde (siehe dort) hat ein Niederflurbett. Dieses war bei Betreten des Zimmers auf die niedrigste Stufe eingestellt. Vor dem Bett befand sich eine nicht gegen ein

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

Wegrutschen gesicherte, dünne Matratze. Die Nutzerin wurde auf der rechten Körperseite liegend angetroffen, die Unterschenkel befanden sich auf der vor dem Bett liegenden Matratze. Nach Abschluss der Inaugenscheinnahme zog die begleitende Pflegefachkraft (bei wieder auf die niedrigste Stufe eingestellter Betthöhe!) die Bettschere am Kopfende halb hoch - mit der Begründung, die Nutzerin so vor dem Herausrollen schützen zu wollen.

Dieser Umgang mit dem Sturzrisiko ist auch vor dem Hintergrund der möglichen Überschneidung zum Bereich der FeM nicht angemessen. Hier entstand der Eindruck, dass der begleitenden Pflegefachkraft nicht bewusst war, dass unter Vorliegen bestimmter Bedingungen sowohl das Hochziehen der Bettschere, (und sei es nur auf halber Höhe) als auch die vorgelegte Matratze eine FeM darstellen können. Ebenso schien ihr das mit diesen Maßnahmen möglicherweise verbundene Sturz- und Verletzungsrisiko nicht klar zu sein.

In der Pflegeplanung wird auf das Thema FeM nicht Bezug genommen.

Aussagen zu den in diesem Zusammenhang u.a. notwendigen Einschätzungen zum Bewegungsmuster sind unzureichend.

Nach Hinweis der Prüferin auf die Verletzungsrisiken wurde das Bettseitenteil von der Pflegefachkraft wieder heruntergelassen. Im Rahmen einer Impulsberatung wurde auf die Notwendigkeit einer umfassenden Klärung der erforderlichen Maßnahmen zur Reduzierung der Sturz- und Verletzungsgefahr hingewiesen, was die sorgfältige Prüfung und Legitimation von eventuell durchzuführenden Maßnahmen mit freiheitsentziehendem Charakter einschließt.

- Umgang mit Neuaufnahmen

Am 13.03. (Freitag) erfolgten auf der 2. Etage zwei Neuaufnahmen. An diesem Nachmittag war nur eine Pflegefachkraft im ganzen Haus. Einer der beiden neu eingezogenen Nutzer hat einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Aufgrund fehlender Informationen über die bisherige Medikation wurde der Bereitschaftsarzt ins Haus geholt, der eine Anordnung über die Gabe von Insulin traf, die von der Nachtwache erstmals umgesetzt wurde. Außer diesem Eintrag, der von einer Pflegehilfskraft vorgenommen wurde, enthält der Pflegebericht an diesem Tag keine Informationen zum Nutzer. Die Durchführung einer Hautinspektion (bei Diabetes mellitus!) ist auch an den Folgetagen nicht ersichtlich.

Der Pflegebericht des zweiten Nutzers beginnt mit der Dokumentation eines Sturzereignisses am Morgen des Tages nach der Aufnahme. Eine Information des Arztes konnte der Dokumentation nicht entnommen werden. Die Durchführung einer Hautinspektion nach der Aufnahme ist nicht ersichtlich. Am 17.03. 2015 wurde beim Duschen festgestellt, dass bläuliche Verfärbungen aller Finger und Zehen sowie Hautveränderungen unter dem rechten Fuß bestehen. Die Information an den Hausarzt erfolgte erst am nächsten Tag.

Die Beschwerde ist im Bezug auf das Aufnahmemanagement berechtigt, um Stellungnahme wird gebeten.

Bezogen auf die pflegerische Versorgung haben sich zu allen geprüften Sachverhalten Mängel bzw. wesentliche Mängel ergeben, die die Beschwerde bezüglich der Thematik „gefährliche Pflege“ bestätigen. Hierin ist ein erhebliches Gefahrenpotential für die Nutzerinnen und Nutzer zu sehen. Keine der bisher ergriffenen Maßnahmen hatte nachhaltig Erfolg und hat zu einer Verbesserung der Versorgungssituation für die Bewohnerinnen und Bewohner

Soziale Sicherung, Integration Landeshauptstadt Düsseldorf

geführt. Vor diesem Hintergrund war es unerlässlich, zum Schutz der Bewohner sofort Anordnungen gem. § 15 Abs. 2 WTG auszusprechen.

Anhörung nach § 28 Verwaltungsverfahrensgesetz NRW (VwVfG)

Werden festgestellt oder drohende Mängel nicht abgestellt, können gegenüber den Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern gem. § 15 Abs. 2 WTG NW Anordnungen erlassen werden. Aufgrund der akut und umfassenden bestehenden Mängel mit einhergehender wesentlicher Gefährdung der Nutzerinnen und Nutzer im Bezug auf die pflegerische und soziale Betreuung, habe ich mit Abschluss der Prüfung folgende Anordnungen nach § 15 Abs. 2 WTG mündlich ausgesprochen:

- Sofortiger Belegungsstopp für die Dauer von zunächst 6 Monaten
- Personelle Ausstattung: Jede Etage muss in jeder Schicht (außer dem Nachtdienst) mit einer Pflegefachkraft besetzt sein

Da es sich hierbei um einen belastenden Verwaltungsakt handelt, der in Ihre Rechte als Beteiligter des Verfahrens eingreift, habe ich Frau Seeberger im Anschluss an die Prüfung auf das Anhörungsrecht hingewiesen und eine sofortige mündliche Anhörung angeboten. Zu diesem Zeitpunkt wurde darum gebeten die Anhörung zu einem späteren Zeitpunkt, gerne schriftlich durchführen zu wollen. Daher biete ich Ihnen, wie gewünscht noch einmal gemäß § 28 VwVfG an, sich im Rahmen einer Anhörung zu dem Sachverhalt zu äußern. Die Anhörung kann mündlich oder schriftlich erfolgen. Sofern Sie eine mündliche Anhörung wünschen, bitte ich Sie, sich bis zum 30.04.2015 zwecks Terminabsprache mit mir in Verbindung zu setzen. Sollte ich bis zum 30.04.2015 keine Rückmeldung von Ihnen erhalten, gehe ich davon aus, dass Sie von Ihrem Anhörungsrecht keinen Gebrauch machen möchten und werde nach Aktenlage entscheiden.

Eine Ausfertigung dieses Schreibens erhalten:

- AOK Rheinland/Hamburg als zuständige Pflegekasse
- MDK Nordrhein
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Gebührenentscheidung:

Die anlassbezogene Überprüfung nach § 14 WTG hat die ihr zugrundeliegenden Beschwerdeanlässe bestätigt, daher erfolgt grundsätzlich eine Gebührenerhebung. Die rechtlichen Grundlagen für Erhebung der Gebühr befinden sich derzeit aufgrund der Novellierung des WTG in einer Überprüfung. Sie erhalten den Gebührenbescheid daher zu einem späteren Zeitpunkt.

Im Auftrag

Pensel

Seite 15/15