



**Betreff: Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)
Prüfbericht gemäß PfleWoqG**

Geprüfte Einrichtung: AWO Altenpflegeheim Wilhelm-Hoegner-Haus
Albrecht-Dürer-Straße 27
85579 Neubiberg

Träger: AWO KV München-Stadt gemeinnützige Betriebs-GmbH
Gravelottestr. 8
81667 München

In der Einrichtung wurde am 14. Februar 2019 eine unangemeldete, turnusmäßige Überprüfung durchgeführt.

Die allgemeine Verwendung der Begriffe „Bewohner“, „Mitarbeiter“ etc. in diesem Bericht ist geschlechtsneutral zu bewerten und soll keinesfalls diskriminierend sein. Vielmehr soll dies einem ungestörten Textfluss beim Lesen dienen.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität
Soziale Betreuung
Verpflegung
Pflege und Dokumentation
Qualitätsmanagement
Arzneimittel
Hygiene
Personal
Mitwirkung
Bauliche Gegebenheiten

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

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Pflegeeinrichtung
- Stationäre Einrichtung für Menschen mit Demenz
- Stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung für ältere Menschen

Angebotene Wohnformen:

Allgemeine stationäre Wohnbereiche
Offener gerontopsychiatrischer Wohnbereich

Angebotene Plätze:	110
davon gerontopsychiatrische Plätze:	20
davon Plätze für Rüstige:	0
Belegte Plätze:	105
Plätze für Kurzzeitpflege:	eingestreut
Einzelzimmerquote:	45,07 %
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %):	51,51 %
Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung:	13

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

Wohnqualität

Besonders positiv fallen bei den Hausrundgängen in beiden Häusern die von Bewohnern gestalteten Bilder, Kollagen und persönlichen Fotos der Bewohner auf. Flure, Nischen und Aufenthaltsräume sind sehr individuell, zum Teil jahreszeitspezifisch geschmückt.

Die Liebe ist aufgrund des Valentinstags (Begehungstag) das Thema der Woche in der Einrichtung. Die Liebe findet sich in den Angeboten der Sozialen Betreuung und der Dekoration wieder.

Im Treppenhaus der Pflegeabteilung Neubiberg hängt der geplante grobe Tagesablauf der Einrichtung aus. Damit haben insbesondere die Angehörigen grobe Anhaltspunkte, wann die besten Besuchszeiten sein könnten.

In Putzbrunn ist baulich viel Wert auf Helligkeit gelegt worden. Besonders die Treppenhäuser sind ansprechend hell. In der Außenstelle wurden zusätzlich kleine Barrieren (Polter) angebracht, sodass Rollstuhlklienten nicht ausversehen die Treppe herunterstürzen können.

Soziale Betreuung

Am Prüftag fällt bei der Frühstückssituation positiv auf, dass zum heutigen Valentinstag jeder Bewohner ein ausgeschnittenes rotes Papierherz auf seinem Tischset liegen hat. Die Pflegekraft gibt auf Nachfragen an, dass ein Bewohner aus dem Wohnbereich diese gefertigt habe, da er sich gerne kreativ beschäftigt.

Am Begehungstag findet sowohl in der Pflegeabteilung Neubiberg als auch in der Pflegeabteilung Putzbrunn ein Candle-Light-Dinner für die Bewohner statt. Es wird der Valentinstag gefeiert. Zum Candle-Light-Dinner ist der Aufenthaltsraum aufwendig gedeckt. Es wird Wein zum Essen ausgeschenkt.

Jeweils einmal im Monat werden ein katholischer und ein evangelischer Gottesdienst angeboten.

Im Keller der Pflegeabteilung Neubiberg befindet sich ein Friseursalon. Dieser ist professionell, unter anderem mit Trockenhauben für die Dauerwelle, ausgestattet. Jeden Dienstag kommt ein Friseur in die Einrichtung, um den Bewohnern gegen ein Entgelt die Haare zu verschönern.

Eine besondere Kooperation pflegt die Einrichtung seit Jahren mit dem örtlichen Hospizverein.

Bei einem Bingo-Spiel in der Pflegeabteilung Putzbrunn ist die Vorlage der Zahlen angemessen groß, damit die Bewohner diese gut lesen können. Die Mitarbeitenden geben Hilfestellung für die Bewohner, die zum Beispiel trotz der großen Schriftgröße die Zahlen nicht erkennen oder Schwierigkeiten haben, bereits gezogene Zahlen zu kennzeichnen.

Verpflegung

Das Mittagessen riecht zum Prüfzeitpunkt gut. Die Mittagstische sind ansprechend unterschiedlich farblich eingedeckt.

Auf den Speiseplänen sind die Gerichte mit Fleisch mit den entsprechenden Tiersymbolen bebildert (Huhn, Schwein, etc.).

Um einen groben Anhaltspunkt über die benötigten Mengen beim Mittagessen zu erhalten, werden die Bewohner wöchentlich nach ihren Menüwünschen gefragt. Die Mitarbeiter der Einrichtung geben an, dass die Menüs jedoch beim Mittagessen jederzeit noch getauscht werden können. Zum Prüfzeitpunkt wird die Mittagessenssituation auf dem Wohnbereich Pflege 2 der Pflegeabteilung Neubiberg beobachtet. Die Mittagmenüs werden den Bewohnern vorgelesen. Ein Bewohner tauscht zum Prüfzeitpunkt das Menü, nachdem er die Gerichte gesehen hat. Der Tausch ist zum Prüfzeitpunkt problemlos.

Die Mitarbeiter tragen während der Essenssituation Schutzschürzen über ihrer Kleidung. Ein Mitarbeiter geht sehr empathisch auf einen Bewohner ein, der sich über einen kognitiv veränderten Mitbewohner am Tisch aufregt. Der Mitarbeiter bittet ihn einfühlsam aber bestimmt, nicht über den Mitbewohner, der andauernd „Ah“ sagt, zu schimpfen.

Pflege und Dokumentation

Erhalt u. Förderung der eigenständigen Lebensführung / Alltagsaktivitäten

Bei der Mahlzeitsituation im gerontopsychiatrischen Wohnbereich fällt positiv auf, dass die anwesenden Bewohner zum Prüfzeitpunkt augenscheinlich gut gepflegt sind.

Während des Bingo-Spiels stehen für die Bewohner Getränke zum eigenständigen Trinken in deren unmittelbaren Reichweite bereit.

Pflege und Dokumentation

Gesundheitsvorsorge / Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen

Die ärztlichen Anordnungen zur Insulingabe werden bei einem hierzu überprüften Bewohner entsprechend der Anordnung durchgeführt. Es soll zwei Mal wöchentlich der Blutzuckerwert ermittelt werden. Ein Blutzuckerprotokoll liegt hierüber lückenlos vor.

Qualitätsmanagement

Es ist immer wieder sowohl auf Aushängen als auch auf einem Flipchart im großen Saal des Haupthauses das Pflegeleitbild des Trägers beschrieben.

Arzneimittel

Zum Prüfzeitpunkt sind die Medikamente bei den hierzu überprüften Bewohnern ordnungsgemäß beschriftet. Die im Wochendispenser gestellten Medikamente stimmen mit den ärztlichen Anordnungen überein.

Hygiene

In beiden Häusern machen die Wohnbereiche, Sanitärbereiche und Essensbereiche einen sauberen Eindruck. Die besichtigten Pflegestützpunkte sind ordentlich und sauber.

Personal

Die Mitarbeiter der Einrichtung zeigen sich zum Prüfzeitpunkt fachlich fundiert, kompetent und engagiert. Zum Prüfzeitpunkt herrscht eine lebendige Atmosphäre in der Einrichtung. Der Umgang mit den Bewohnern ist insgesamt wertschätzend und respektvoll. Die Bewohner begeben den Gästen der Einrichtung offen und zugewandt.

Die Rückmeldungen der Bewohner über das Personal in der Einrichtung sind bei der Begehung durchweg positiv.

Zum Prüfzeitpunkt sind in Putzbrunn im Frühdienst eine Pflegefachkraft (Wohnbereichsleitung), zwei Hilfskräfte und zwei Auszubildende zur Fachkraft für tagesaktuell 27 Bewohner mit verschiedenen Unterstützungsbedarfen eingesetzt.

Mitwirkung

Die Bewohnervertretung stellt sich in beiden Pflegeabteilungen in Aushängen mit Namen, Fotos und der Erreichbarkeit vor.

Bauliche Gegebenheiten

Die Pflegebäder in den Wohnbereichen Pflege 1 und 2 der Pflegeabteilung Neubiberg werden zum Prüfzeitpunkt als sehr einladend gestaltet wahrgenommen.

II.2 Qualitätsentwicklung

Verpflegung

Die beobachteten Essenseingaben finden zum Prüfzeitpunkt im Sitzen statt.

Pflege und Dokumentation

Helfender Umgang / Dementielle Erkrankungen

Bei unserer letzten Begehung am 8. Januar 2018 haben wir festgestellt, dass auf dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich die Musik des Radios der Einrichtung nicht den Bewohnerbedürfnissen angepasst war (vgl. III.7 unseres Prüfberichts vom 9. Juli 2018).

Bei unserer Begehung am 14. Februar 2019 ist bei einem Gespräch mit einem Bewohner im Speisesaal des gerontopsychiatrischen Wohnbereichs fortlaufend Radiomusik hörbar. Der Bewohner hält sich zu diesem Zeitpunkt alleine in dem Speisesaal auf. Durch die durchgängige Hintergrundmusik ist ein Dialog erschwert, da Gesprächsinhalte schwerer verstanden werden können. Inwiefern den Bewohner die Hintergrundmusik zum Prüfzeitpunkt stört ist unklar.

Während des Mittagessens läuft der Fernseher im Aufenthaltsraum weiter, ohne dass sich Bewohner dort aufhalten.

Auch wenn hier eine Überforderung von Bewohnern durch ein zu großes Angebot an Reizen nicht festgestellt werden konnte, zeigt sich zum Prüfzeitpunkt, dass der Einsatz von Radio und Fernsehen auf dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich noch immer nicht konsequent reflektiert wird.

Das Medienangebot sollte sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner orientieren und möglichst bewusst ausgewählt werden. Musik und Fernseher sollten auf individuellen Wunsch der Bewohner ein- und ausgeschaltet werden. Bei dementiell veränderten Bewohnern ist darauf zu achten, dass durch das Medienangebot kein zu großes Angebot an Reizen entsteht (zum Beispiel durch Dauerberieselung oder zu laute, der Situation unangemessene Musik).

Qualitätsmanagement

Seit Januar 2019 erfolgt eine Umstellung der Dokumentation auf SIS. Der Einrichtung steht hierzu ein gesonderter Qualitätsbeauftragter zur Verfügung, der in beide Pflegeabteilungen kommt. Zudem ist ein Multiplikator vorhanden, der alle Mitarbeiter in SIS einweist. Fast alle Mitarbeiter in der Außenstelle in Putzbrunn sind hierbei schon geschult worden, während im Haupthaus noch ein deutlich höherer Schulungsbedarf besteht.

In der Einrichtung werden neue Putzwägen benutzt. Diese haben nun verschließbare Boxen für die Reinigungsmittel. Zum Prüfzeitpunkt wurden alle Reinigungsmittel nach Gebrauch sicher in den verschließbaren Boxen verstaut. Diese Maßnahme erhöht die Sicherheit der Bewohner.

Arzneimittel

Im Rahmen der Arzneimittelüberprüfung wird festgestellt, dass die liquiden Medikamente und Salben ordnungsgemäß mit Anbruchsdatum beschriftet sind. Es besteht noch Qualitätsentwicklungspotential, darüber hinaus auch das aus dem Anbruchsdatum resultierende Verfallsdatum zu vermerken.

Hygiene

Zum Prüfzeitpunkt wird auf den Deckeln der Wäscheabwurfbehälterwagen keine frische Wäsche transportiert. Es wurde die Beratung der FQA der letzten Begehung umgesetzt.

Personal

Seitens der Einrichtung ist angedacht, alle Pflegemitarbeiter in einem Basiskurs zur palliativen Pflege weiterbilden zu lassen.

Seit Oktober 2018 war keine Zeitarbeitskraft mehr in der Einrichtung tätig. Zwischen Februar und Oktober 2018 war nur an einem Tag eine Zeitarbeitskraft eingesetzt. Insbesondere für die Beziehungsqualität zu den Bewohnern ist dies eine sehr erfreuliche Entwicklung.

Die Einrichtung konnte darüber hinaus erfreulicherweise noch mehr auszubildende Pflegefachkräfte gewinnen. Waren es bei unserer letzten Begehung am 8. Januar 2018 noch 9 Auszubildende zur Pflegefachkraft, sind es zum Prüfzeitpunkt sogar 13 Auszubildende zur Pflegefachkraft. Die Einrichtung ist damit auf einem guten Weg, ihren Fachkräftebedarf für die Zukunft so gut es geht eigenständig abzudecken.

Der neue Pausenraum für die Mitarbeiter auf dem Wohnbereich Pflege 1 der Pflegeabteilung Neubiberg ist einladend gestaltet. Er wurde neu gestrichen. Außerdem wurde neues Mobiliar angeschafft.

Bei Überprüfung der Dienstpläne des Februars 2019 fällt auf, dass die Spätdienstbesetzung, insbesondere in der Pflegeabteilung Putzbrunn, äußerst knapp kalkuliert ist. Die Regel-Besetzung liegt bei zwei Pflegekräften im Spätdienst. Vom 1. bis 14. Februar 2019 sind lediglich an einem Tag (13. Februar 2019) mehr als zwei Pflegekräfte im Spätdienst eingesetzt. An zwei Tagen (11. und 12. Februar 2019) sind sogar nur jeweils eine Pflegefachkraft und ein Auszubildender eingesetzt. In Putzbrunn werden 30 Plätze vorgehalten. Zum Prüfzeitpunkt sind davon 29 Plätze belegt. Damit versorgt eine Pflegekraft etwa 15 pflegebedürftige Personen. Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass ausreichend Personal eingesetzt ist (Art. 3 Abs. 3 Nr. 1 PflWoqG). Wird in der Ergebnisqualität festgestellt, dass die Pflege- und Betreuungskräfte nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind, um die Versorgung der Bewohner nach den gesetzlichen Mindeststandards sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG), stellt dies einen Mangel dar.

Mitwirkung

Die Bewohnervertreterwahl fand am 30. April 2018 statt. Es konnten neue Mitglieder für das Amt zum Bewohnervertreter gewonnen werden. Die Bewohnervertretung versteht sich nach eigenen Angaben als Bindeglied zwischen den Bewohnern und der Einrichtung. Die Bewohnervertreter sind sehr engagiert bei der Sache.

Bauliche Gegebenheiten

Die bei der letzten Begehung am 8. Januar 2018 festgestellten baulichen Mängel wurden behoben.

Der Träger plant, den offenen gerontopsychiatrischen Bereich zu einem geschlossenen gerontopsychiatrischen Bereich umzuwandeln. Zum Prüfzeitpunkt wird hierzu eine neue Brandmeldeanlage eingebaut. Die Einrichtungsleitung gibt an, dass es im Moment noch keinen konkreten Termin gebe, wann der Bereich von offen zu geschlossen umgewandelt wird.

Der Haupteingang der Pflegeabteilung Neubiberg besteht aus einer automatischen Glasschiebetüre. Bisher konnte diese nachts nur über einen Taster an einer seitlichen Wand geöffnet werden, auf dem ein Schlüssel abgebildet war. Die Einrichtung hat dies technisch abgeändert. Die Glasschiebetüre reagiert nachts nun wie am Tag auch auf Bewegungen. Sie öffnet sich jetzt auch nachts von innen automatisch, sobald sie eine Bewegung wahrnimmt. Damit ist die Bedienung der Türe benutzerfreundlicher geworden.

II.3 Qualitätsempfehlungen

II.3.1 Qualitätsbereich: Wohnqualität

Ein in einem Zweibettzimmer palliativ versorgter Bewohner gibt zum Prüfzeitpunkt auf Nachfrage durch Kopfnicken an, dass ihn der Fernseher des Zimmernachbars störe. Mit Kopfnicken gibt er an, dass dieser ausgemacht werden soll. Der Zimmernachbar kommt dieser Bitte nach. Der Zimmernachbar gibt aber an, dass ihn der Fernseher bisher noch nie gestört habe.

Im Gespräch mit mehreren Mitarbeitenden der Einrichtung kann nicht geklärt werden, ob der Bewohner gefragt wird, ob ihn der Fernseher seines Zimmernachbars störe. Der Bewohner ist auf Fragen der ihn Versorgenden angewiesen, da ihm das Sprechen nicht möglich ist.

Da es den Bewohner nach den Aussagen des Mitbewohners und der Mitarbeitenden nicht immer stört, wenn der Fernseher läuft, empfehlen wir den Bewohner regelmäßig zu befragen. Gegebenenfalls kann dem Zimmernachbarn, wie zum Prüfzeitpunkt geschehen, ein alternativer Raum zum Fernsehen angeboten werden.

II.3.2 Qualitätsbereich: Soziale Betreuung

Die sozialen Gruppenangebote der Pflegeabteilung Neubiberg werden im Gemeinschaftsraum im Erdgeschoss des Haupthauses für alle Wohnbereiche durchgeführt. Die Angebote sprechen eher rüstigere Klienten an. Diese nehmen aufgrund ihrer höheren Mobilität und geringer ausgeprägten Demenz vorwiegend an den hausübergreifenden sozialen Gruppenangeboten wie Gedächtnistraining im Gemeinschaftsraum teil.

Im gerontopsychiatrischen Wohnbereich finden nur unregelmäßig soziale Gruppenangebote statt.

Über die Angebote, die im gerontopsychiatrischen Wohnbereich stattfinden, gibt es keine Aushänge. Daher ist es für Bewohner nicht möglich, sich auf eine bevorzugte soziale Gruppe einzustellen beziehungsweise sich für eine Teilnahme zu entscheiden.

Wir empfehlen das Konzept der sozialen Gruppenangebote dahingehend fortzuschreiben, dass soziale Gruppenangebote auch in den Wohnbereichen regelmäßig erfolgen. Wir empfehlen diese Angebote so auszugestalten und durchzuführen, dass insbesondere bewegungseingeschränkte Bewohner und dementiell veränderte Bewohner daran teilnehmen können.

Wir empfehlen hierzu wöchentliche soziale Gruppenangebote zu festen Zeiten mit festen Themen zu planen und diese mit Angaben zu den durchführenden Personen auf Aushängen zu bewerben.

II.3.3 Qualitätsbereich: Soziale Betreuung

Das soziale Gruppenangebot Gedächtnistraining findet zum Prüfzeitpunkt zeitverzögert statt. Für das Angebot Candle Light Dinner wird im Aushang angegeben, dass es im Aufenthaltsraum des 2. Obergeschosses stattfindet. Schließlich findet es zum Prüfzeitpunkt im Gemeinschaftsraum im Erdgeschoss statt.

Um den Bewohnern eine selbstbestimmte eigenständige Lebensführung zu ermöglichen, ist es unerlässlich möglichst zuverlässig Terminvereinbarungen einzuhalten. Zudem sollten auch die Ortsangaben für die Beschäftigungs- und Freizeitangebote auf den Aushängen korrekt angegeben und bei Bedarf aktualisiert werden.

Wir empfehlen darauf zu achten, dass die Ortsangaben für soziale Gruppenangebote auf Aushängen korrekt wiedergeben sind. Gibt es Änderungen bei sozialen Gruppenangeboten (Ort, Zeit, Inhalt) sollten alle Aushänge aktualisiert und darüber hinaus gegebenenfalls interessierte Bewohner zusätzlich mündlich benachrichtigt werden.

II.3.4 Qualitätsbereich: Soziale Betreuung

Die Aushänge über soziale Gruppenangebote sind sehr klein ausgedruckt und wirken unscheinbar auf den Aushangtafeln. Auf den Aushängen sind keine Bilder oder Symbole zu den einzelnen Angeboten angebracht.

Eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt und die Förderung einer eigenständigen Lebensführung ist, dass den Bewohnern die Informationen über die sozialen Gruppenangebote leicht zugänglich gemacht werden. Die kleine Schriftgröße und das Fehlen an dazugehörigen Bildern beziehungsweise Veranschaulichungsmaterial können dazu führen, dass sich Bewohner nicht über soziale Gruppenangebote informieren können.

Wir empfehlen daher die sozialen Gruppeneuhänge dahingehend zu verändern, dass eine größere Schriftgröße verwendet wird und der Inhalt des Angebots non-verbal erklärt wird.

II.3.5 Qualitätsbereich: Soziale Betreuung

Ein Bewohner gibt an, dass zwei Bewohner, zu denen er einen guten Kontakt hatte, verstorben seien. Ihm werden keine Gespräche seitens des Personals angeboten, wenn jemand aus seinem Umfeld verstirbt.

In einer Pflegeeinrichtung erleben es Bewohner häufig, dass Mitbewohner sterben. Dies führt dazu, dass die Bewohner verstärkt mit der Thematik Tod, Abschied und Trauer befasst sind und sich verstärkt mit dem eigenen Ableben konfrontiert sehen. Dies stellt eine besondere emotionale Belastung für die Bewohner dar, für die sie im Wilhelm-Hoegner-Haus aktuell keine hinreichende Möglichkeit der (Trauer-)Bewältigung haben.

Wir empfehlen daher das Palliativkonzept der Einrichtung dahingehend auszubauen, dass auch gezielt Angebote für Bewohner, die befreundete Mitbewohner verloren haben, bereitgestellt werden. Die sollten dazu verhelfen Abschied zu nehmen und diese Erlebnisse verarbeiten zu können. Hierzu empfehlen wir eng mit dem nahegelegenen Hospizverein zu kooperieren und dessen Anregungen mitaufzugreifen.

II.3.6 Qualitätsbereich: Soziale Betreuung

Im gerontopsychiatrischen Wohnbereich im Erdgeschoss des Haupthauses befindet sich eine ehemalige (zweite) Wohnküche. Diese wurde renoviert und wird nicht mehr aktiv benutzt. Dieser ehemalige Wohnküchenbereich ist ansprechend gestaltet. Der Bereich ist günstig zu erreichen und befindet sich in unmittelbarer Nähe zum Aufenthaltsraum

Er könnte daher einen zusätzlichen Raum für Beschäftigungsangebote (zum Beispiel soziale Gruppenangebote in den Bereichen Kochen, Basteln etc.) darstellen.

Wir empfehlen diese Raumkapazität (ehemalige Wohnküche im gerontopsychiatrischen Bereich) zugunsten sozialer Gruppenangebote künftig gezielter zu nutzen.

II.3.7 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

Bei einem Bewohner, der palliativ versorgt wird, ist ein Notfallplan hinterlegt. In diesem ist vereinbart, dass der Notfallplan die individuelle Pflegeplanung ersetzt. Der Notfallplan bezieht sich überwiegend auf die Behandlungspflege und trifft keine Aussagen über die pflegerische Versorgung. Die in der Einrichtung festgehaltene Tagestruktur spiegelt nicht den aktuellen Versorgungsbedarf wieder. Fachlich erläutert die Wohnbereichsleitung, was sich in der Versorgung geändert hat.

Wir empfehlen die zum Prüfzeitpunkt im Fachgespräch getroffenen Äußerungen zur wichtigsten pflegerischen palliativen Versorgung, wie Mundpflege, Ernährung, Trinken, Mobilisation (falls gewünscht), Mindestmaß an Körperpflege, Schmerzerhebung, Symptomkontrolle, etc. auch in der Planung der Tagestruktur oder als Ergebnis einer Fallbesprechung festzuhalten.

II.3.8 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

Zum Prüfzeitpunkt ist der Kalender im gerontopsychiatrischen Wohnbereich nicht tagesaktuell. Gerade im gerontopsychiatrischen Bereich, der konzeptionell auf die Bedürfnisse dementiell veränderter Bewohner spezialisiert ist, ist ein aktueller Kalender von großer

Bedeutung, um den Bewohnern zeitliche Orientierung und dadurch begleitend Sicherheit zu geben.

Der Kalender sollte stets aktuell gehalten werden. Wir empfehlen den Prozess zu überprüfen, welche Mitarbeiter zu welchen Zeiten den Kalender aktualisieren sollten. Wir empfehlen daraufhin den vorgesehenen Prozess entweder anzupassen oder für die Mitarbeiter transparenter zu machen.

II.3.9 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

Mitarbeiter berichten, dass das Fortbildungsangebot hauptsächlich globale Themen umfasst und für ihre Profession zu unspezifisch ist. Um die individuelle Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter und Professionen zu fördern, sind auch fachspezifische Themen für die jeweiligen Professionen indiziert.

Das Fortbildungsangebot sollte für die jeweiligen Professionen dahingehend erweitert werden, dass auch mehr fachspezifische Kenntnisse darin erworben und vertieft werden können.

II.3.10 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

Bei der Mittagessenssituation auf dem Wohnbereich Pflege 2 in Neuiberg geben drei Pflegekräfte Essen ein. Auf dem Wohnbereich sind keine Hocker vorhanden. Die Stühle im Aufenthaltsraum sind knapp und werden von den Bewohnern benötigt. Die Mitarbeiter müssen sich daher zur Essenseingabe im Sitzen zunächst Stühle suchen.

Wir empfehlen Beistellhocker für die Aufenthaltsräume anzuschaffen. Diese sind klein und handlich. Sie stören daher nicht im Aufenthaltsraum. Den Pflegekräften stehen durch die Hocker immer genügend Sitzmöglichkeiten zur Essenseingabe auf Augenhöhe zur Verfügung.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Erstmals festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoqG, aufgrund derer gegebenenfalls eine Mängelberatung nach Art. 12 Abs. 2 S. 1 PflWoqG erfolgt.

[Eine Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung der festgestellten Abweichungen erhebt keinen Anspruch auf Verbindlichkeit oder Vollständigkeit. Die Art und Weise der Umsetzung der Behebung der Abweichungen bleibt der Einrichtung bzw. dem Träger überlassen.]

III.1 Qualitätsbereich: Verpflegung (Erhalt u. Förderung der eigenständigen Lebensführung / Alltagsaktivitäten)

III.1.1 Bei einer teilnehmenden Beobachtung der Mahlzeitsituation im gerontopsychiatrischen Wohnbereich fällt auf, dass zum Prüfzeitpunkt keine Kommunikation zwischen den Bewohnern und den Pflegekräften stattfindet. Zum Prüfzeitpunkt erhält ein Bewohner Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Frühstück) ohne Kommunikation durch die Pflegekraft.

Für viele Bewohner einer stationären Einrichtung stellt die Pflegekraft der einzige Kontakt dar, weil viele von ihnen wenig oder gar keinen Besuch erhalten. Darum ist es enorm wichtig, für diese Bewohner einen regen Kontakt durch Kommunikation mit den Mitarbeitern zu pflegen, um einer möglichen Deprivation vorzubeugen.

Zudem stellen Essen und Trinken beziehungsweise die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme eine pflegerische Handlung dar, die durch eine angemessene Kommunikation mit dem Bewohner begleitet werden sollte, um beispielsweise einem dementiell veränderten Menschen Orientierung zu geben und ihn so zu unterstützen. Gerade bei dementiell erkrankten Bewohnern können die Pflegekräfte durch die gemeinsame Kommunikation ein Bild davon erhalten, wo sich der Bewohner mental gerade befindet. Sie haben damit die Möglichkeit ihn bei Bedarf dort abzuholen, bevor er sich aufgrund von Desorientierung in eine negative Situation hineinmanövriert.

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ist auch ein Instrument der Kontaktaufnahme und Beziehungspflege. Eine Kommunikation während der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme kann auch als Informationssammlung dienen, um beispielsweise zu erfragen, wie das Befinden heute ist oder was sich der Betroffene vom heutigen Tag wünscht.

Eine der Situation angepasste Kommunikation wurde den Bewohnern von den Mitarbeitern der Einrichtung daher bei der Mahlzeitsituation nicht angeboten.

- III.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- III.1.3 Wir raten sicherzustellen, dass die Mitarbeiter der Einrichtung eine angemessene Kommunikation mit den Bewohnern, insbesondere während der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, pflegen. Wir empfehlen die Mitarbeiter dahingehend zu schulen.

III.2 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

- III.2.1 Im Wohnbereich Pflege 1 der Pflegeabteilung Neubiberg ist zum Prüfzeitpunkt auf dem Personal-WC ein Seifenspender und ein Händedesinfektionsmittelspender vorhanden. Auf beiden Flaschen befindet sich ein Aufkleber, der anzeigt, wann die Flasche angebrochen wurde. Der Aufkleber zeigt jedoch nur den Monat an, in dem die Flasche angebrochen wurde. Das Jahr ist nicht vorhanden.

Im Pflegebad der Pflegeabteilung Putzbrunn fehlt das Anbruchsdatum auf der Seife in dem am Waschbecken angebrachten Spender komplett.

Händedesinfektionsmittel und Seifen fallen unter das Arzneimittelgesetz (§ 2 AMG). Nach Anbruch kann sich ihre Wirksamkeit vermindern, weil sie zum Beispiel im Laufe der Zeit verkeimen. Der Hersteller legt für diese Produkte daher einen Zeitraum fest, indem er eine uneingeschränkte Wirksamkeit nach Anbruch garantiert. Um in der Einrichtung sicherstellen zu können, dass die Produkte nach Ablauf dieses Zeitraums verworfen werden, ist ein Anbruchsdatum inklusive Jahresangabe zu notieren. Die Produktsicherheit daher nicht gewährleistet.

- III.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- III.2.3 Wir raten, auf Händedesinfektionsmitteln und Seifen nach Anbruch das Anbruchsdatum inklusive Jahresangabe zu notieren. Das Jahresdatum könnte auf den verwendeten Aufklebern mit einem wasserfesten Stift ergänzt werden oder es könnten Aufkleber verwendet werden, die eine Jahresangabe bereits aufgedruckt haben.

III.3 Qualitätsbereich: Arzneimittel (Gesundheitsvorsorge /Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

- III.3.1 Zum Prüfzeitpunkt verabreicht eine Pflegekraft einem Bewohner seine Medikation ohne ein Wort mit ihm zu sprechen. Eine Information über die bevorstehende Pflegehandlung

findet nicht statt. Darüber hinaus ist keine Interaktion beziehungsweise ein in Beziehung treten mit dem Bewohner sichtbar oder hörbar.

Der Bewohner sollte stets im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns stehen. Bevor die Pflegekraft ihren pflegerischen Auftrag ausübt ist ein „in Beziehung treten“ erforderlich.

Dazu gehört eine Kommunikation, um den Bewohner darüber in Kenntnis zu setzen, was bevorsteht. Der Bewohner hat damit auch die Möglichkeit zuzustimmen oder abzulehnen. Nur so kann seine Selbstbestimmung gewahrt werden (Art. 3 Abs. 3 Nr. 2 PflWoqG).

Gerade bei der Medikamentengabe ist es essentiell, dass der Bewohner darüber in Kenntnis gesetzt wird, dass ihm die Pflegekraft jetzt seine Medikamente verabreichen möchte, um deutlich zu machen, dass es sich nicht beispielsweise um ein Lutschdragee handelt. Eine versteckte Medikamentengabe ist nicht zulässig (vgl. hierzu zum Beispiel auch § 1906a BGB).

Eine der Situation angepasste Kommunikation wurde dem Bewohner von dem Mitarbeiter der Einrichtung daher nicht angeboten.

III.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

III.3.3 Wir raten sicherzustellen, dass die Mitarbeiter der Einrichtung eine angemessene Kommunikation mit den Bewohnern pflegen. Wir raten dazu sicherzustellen, dass die Pflegekräfte die Bewohner vor Verabreichung eines Medikaments über die geplante Medikamentengabe informieren. Wir empfehlen die Mitarbeiter dahingehend zu schulen.

III.4 Qualitätsbereich: Arzneimittel (Gesundheitsvorsorge /Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

III.4.1 Laut einer ärztlichen Anordnung vom 6. März 2017 erhält ein Bewohner „bei Aggression“ das Medikament Melperon 25 mg. Es sind eine Tablette als Einzeldosis und zwei Tabletten als Maximaldosis in 24 Stunden angesetzt.

Die alleinige Indikation „bei Aggression“ ist zu ungenau. Sie lässt dadurch Interpretationsspielraum zu.

Um der Durchführungsverantwortung adäquat nachkommen zu können und Sicherheit in der Anwendung des Bedarfsmedikaments zu haben, sind Pflegefachkräfte auf eine klar lautende Indikation angewiesen. Durch eine genau definierte Indikation sind die Pflegefachkräfte nicht der Gefahr ausgesetzt, eine versehentliche Kompetenzüberschreitung zu begehen.

III.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

III.4.3 Der genaue Grund beziehungsweise das Verhalten des Bewohners, der beziehungsweise das einer Bedarfsmittelgabe zugrunde liegt (genaue Indikation), muss in der Einrichtung ersichtlich sein. Wir raten dazu der Einrichtung, den behandelnden Arzt zu bitten, die Indikation für das Bedarfsmedikament zu konkretisieren. Wir raten, die Angaben des Arztes als handlungsleitendes Instrument genau zu dokumentieren.

III.5 Qualitätsbereich: Arzneimittel (Gesundheitsvorsorge /Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

III.5.1 Laut einer ärztlichen Anordnung vom 1. Juli 2015 erhält ein Bewohner bei Schmerzen des Bewegungsapparates Diclac akut Gel.

Das Gel ist zum Prüfzeitpunkt nicht vorrätig.

Der Bewohner gibt auf Nachfragen an, dass er zum Prüfzeitpunkt keine Schmerzen des Bewegungsapparates hat.

Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass die ärztlich angeordneten Medikamente umgehend vorrätig sind. Der Umgang mit dem Medikament war insofern nicht fachgerecht (Art. 3 Abs. 2 Nr. 5 PflWoqG).

III.5.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

III.5.3 Wir raten sicherzustellen, dass die vom Arzt verordneten Medikamente (hier: Salbe / Gel) vorrätig sind. Sollte der Bewohner das Präparat vermutlich nicht mehr benötigen, raten wir den Arzt zu kontaktieren, sodass dieser das Medikament gegebenenfalls absetzen kann.

III.6 Qualitätsbereich: Arzneimittel

(Gesundheitsvorsorge /Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

III.6.1 Zum Prüfzeitpunkt befindet sich in einem Bewohnerzimmer in einem Regal eine transparente Box ohne Deckel. In dieser Box wird Verbandmaterial aufbewahrt.

Laut Herstellerangaben auf der Umverpackung ist das Elastomull 02 / 2018 abgelaufen. Laut Herstellerangaben auf der Umverpackung ist das Elastomull haft 12 / 2018 abgelaufen.

Das Verbandsmaterial wird zum Prüfzeitpunkt durch die Pflegekraft aus dem Bewohnerzimmer entfernt und verworfen.

Verbandsmaterial muss staub- und lichtgeschützt aufbewahrt werden und darf nur bis zu dem vom Hersteller angegebenen Haltbarkeitsdatum verwendet werden. Damit war das Verbandsmaterial nicht ordnungsgemäß aufbewahrt (Art. 3 Abs. 2 Nr. 5 PflWoqG).

III.6.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

III.6.3 Wir raten das Verbandsmaterial vor Licht und Staub geschützt aufzubewahren. Wir empfehlen zur Aufbewahrung des Verbandsmaterials eine bewohnerbezogene Box mit Deckel. Darüber hinaus raten wir, auf das Ablaufdatum laut Herstellerdruck zu achten und das Verbandsmaterial nach Ablauf dieses Datums nicht mehr zu verwenden. Wir empfehlen die Mitarbeiter darüber zu schulen.

III.7 Qualitätsbereich: Hygiene

III.7.1 Im Wohnbereich Pflege 2 der Pflegeabteilung Neubiberg arbeitet zum Prüfzeitpunkt ein Betreuungsassistent (§ 43b SGB XI). Dieser hat nach eigenen Angaben gleichzeitig auch die Qualifikation zur Pflegefachkraft. Zum Prüfzeitpunkt gibt der Betreuungsassistent einem Bewohner das Essen ein. Die Betreuungskraft trägt rot lackierte Fingernägel.

Voraussetzungen für eine sachgerechte Durchführung der hygienischen Händedesinfektion sind kurz- und rundgeschnittene Fingernägel sowie kein Tragen von Nagellack.

Unter Nagellack und langen Fingernägeln können sich Keimherde bilden, die dann von Bewohner zu Bewohner getragen werden. Eine gründliche Händedesinfektion ist nicht mehr möglich. Außerdem könnte der Nagellack beim Essen eingeben absplintern.

Eine ausreichende Handhygiene ist auch für Betreuungsassistenten notwendig, um eine Übertragung von Krankheiten zu vermeiden (vgl. auch ArbG Aachen, Urteil vom 21. Februar 2019 – 1 Ca 1909/18 –, juris).

Nähere Informationen zur Personalhygiene (Punkt 3.2.1) gibt es beispielsweise unter: <http://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/hygiene/doc/rahmenhygieneplan.pdf>

- III.7.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- III.7.3 Wir raten sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter in der direkten Betreuung und / oder Pflege kurz- und rundgeschnittene Fingernägel und keinen Nagellack tragen.

III.8 Qualitätsbereich: Personal (Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte)

- III.8.1 Bei der Überprüfung der Dienstpläne fällt auf, dass am 2. und 3. Februar 2019 von 21.00 Uhr bis zum Eintreffen der Nachtwachen um 21:40 Uhr nur noch eine Pflegekraft (Fachkraft) in der gesamten Pflegeabteilung Neubiberg eingesetzt ist. Diese einzige Pflegekraft ist an beiden Tagen auf dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich eingesetzt.

Zum Prüfzeitpunkt sind in der Pflegeabteilung Neubiberg 76 Pflegeplätze belegt. Es ist nicht ersichtlich, dass es am 2. und 3. Februar 2019 wesentliche Veränderungen verglichen zum Prüfzeitpunkt bei der Bewohnerzahl und -struktur (Versorgungsauswand) gab. Damit ergibt sich ein Betreuungsschlüssel von einer Pflegekraft für 76 pflegebedürftige Bewohner.

Auch wenn es sich nur um 40 Minuten handelt, ist aufgrund der Anzahl der in der Einrichtung zu versorgenden Bewohnern die Personalbesetzung mit nur einer Pflegekraft nicht ausreichend. Ein Anhaltspunkt liefert hier der Nachtwachenschlüssel. Demnach wird im Zeitraum von etwa 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr ein Nachtwachenschlüssel von einer Pflegekraft für höchstens 30 bis 40 pflegebedürftige Bewohner als erforderlich beurteilt (siehe Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 8. Januar 2015 und 10. Juni 2015).

Da die Bewohner vor 22:00 Uhr eher wach sind, ist der Versorgungsaufwand für die Pflegekräfte hier sogar noch höher als in der Nacht (mehr Anfragen, pflegerische Interventionen gegen Einschlafstörungen, etc.). Gerade in den Abendstunden gehen viele Bewohner vor dem Einschlafen nochmal auf die Toilette. Es besteht daher ein erhöhtes Sturzrisiko. Eine adäquate Reaktion auf Notsituationen ist bei einem Betreuungsschlüssel von 1:76 nicht mehr gewährleistet. Stürzt beispielsweise ein Bewohner im zweiten OG ist nicht sichergestellt, dass die Pflegekraft im gerontopsychiatrischen Bereich (EG) hiervon zeitnah Kenntnis erlangt (z.B. Hilferufe hört). Alle 76 Bewohner haben in der Pflegeabteilung Neubiberg einen Pflegegrad (mind. Pflegegrad 2). Es gibt viele multimorbide Bewohner. Dadurch muss jederzeit damit gerechnet werden, dass auch zwei Notsituationen gleichzeitig auftreten können. In einem solchen Fall kann eine Pflegekraft, die alleine ist, nicht oder kaum sofort die notwendigen Hilfen leisten.

Somit ist an den beiden genannten Tagen nicht sichergestellt, dass die Pflegekräfte in ausreichender Anzahl vorhanden sind (Art. 3 Abs. 3 Nr. 1 PflWoqG).

Darüber hinaus ist bei nur einer Pflegekraft im gesamten Haus eine Übergabe an den Nachtdienst erschwert. Die Pflegekräfte der anderen Wohnbereiche müssen der einzig verbleibenden Pflegekraft alle wichtigen Informationen geben, bevor sie die Einrichtung verlassen. Die einzig verbleibende Pflegekraft muss dann mit den Nachtdienstmitarbeitern eine Übergabe über alle drei Wohnbereiche machen. Auf zwei der drei Wohnbereiche hat

sie im Spätdienst jedoch nicht durchgehend gearbeitet. Sind keine Ansprechpartner einzelner Wohnbereiche mehr da, kann auf Missverständnisse und unklare Sachverhalte nicht mehr adäquat reagiert werden.

- III.8.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- III.8.3 Wir raten sicherzustellen, dass durchgehend ausreichend Pflegekräfte vor Ort anwesend sind, um die Betreuung der Bewohner zu gewährleisten. Ein Betreuungsschlüssel von einer Pflegekraft für 76 Bewohner reicht auch für nur kurze Zeit nicht aus. Der Nachtwachenschlüssel von einer Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohner stellt die absolute Mindestbesetzung dar. Tagsüber (etwa vor 22:00 Uhr) sind je nach Bedarf der Bewohner tendenziell sogar noch höhere Schlüssel anzusetzen.

Wir empfehlen sicherzustellen, dass im Spätdienst jeder Wohnbereich mindestens mit einer, besser mit zwei Pflegekräften bis zur Übergabe an die Nachtwachen besetzt ist.

III.9 Qualitätsbereich: Personal (Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte)

- III.9.1 Sachverhalte im Rahmen der Prüfung von Dienstplänen. Alle genannten Dienstpläne beziehen sich auf die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung aushängenden Dienstpläne des Monats Februar 2019.

a) unklare Einsatzorte und zum Teil auch Einsatzzeiten

Einige Pflegekräfte sind übergreifend auf verschiedenen Wohnbereichen eingesetzt. Zum Teil sind sie dabei auf mehreren Wohnbereichen gleichzeitig, teilweise sogar mit abweichenden Dienstzeiten geplant. Der genaue Einsatz (Wohnbereich und Einsatzzeiten) ist damit nicht mehr nachvollziehbar.

Eine Pflegekraft ist am 8. Februar 2019 laut dem Dienstplan des gerontopsychiatrischen Wohnbereichs im Dienst S21 auf dem Wohnbereich Pflege 1 eingesetzt. Auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 1 ist bei ihm an dem Tag vermerkt: S21 11:42- 20:00. Auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 2 ist bei ihm am 8. Februar 2019 der Dienst S22 eingetragen. Tatsächlich war er laut der Einrichtungsleiterin an dem Tag im Dienst S22 auf dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich eingesetzt.

Die beiden Dienste „N01“ eines weiteren Mitarbeiters am 4. und 5. Februar 2019 sind gleichzeitig auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 1 und auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 2 geplant.

b) unklare Legende

Aus dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 2 (Neubiberg) ist bei einem Auszubildenden an mehreren Tagen der Dienst „AF“ notiert (vgl. z.B. 4. und 6. bis 8. Februar 2019). Eine Erklärung zu den Dienstzeiten eines Dienstes „AF“ geht aus der Legende nicht hervor. Es gibt mehrere Dienste mit unterschiedlichen Zeiten, die mit AF beginnen. Die Einrichtungsleiterin erklärt hierzu, dass der Auszubildende im AF2 (Frühdienst für die Schüler im 1. und 2. Ausbildungsjahr) eingeplant war. Die Dienstzeiten des Auszubildenden sind damit nicht ersichtlich.

Die Personaleinsatzplanung ist auf den Dienstplänen für die Mitarbeiter der Einrichtung somit nicht transparent und nachvollziehbar. So können die Dienstpläne nicht in geeigneter Weise als Steuerungsinstrument im Sinne der Personaleinsatzplanung genutzt werden (Art. 3 Abs. 3 Nr. 1 PflWoqG).

Darüber hinaus ist damit eine ordnungsgemäße Buch- und Aktenführung in der Einrichtung nicht sichergestellt (Art. 7 PflWoqG).

All dies dient – auch in haftungsrechtlicher Hinsicht - dem Schutz der Bewohner und der Mitarbeiter der Einrichtung.

- III.9.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- III.9.3 Wir raten die Dienstpläne tagesaktuell, vollständig, korrekt und unmissverständlich zu führen. Ein Dienstplan muss unter anderem dokumentieren, welche Mitarbeiter (Vor- und Zuname) mit welcher Qualifikation (Fachkraft / Hilfskraft) zu welchen Zeiten gearbeitet haben. Die Legende muss dazu vollständig alle verwendeten Dienst Kürzel ausweisen (Dienstzeiten). Bei einem übergreifenden Einsatz von Mitarbeitern auf mehreren Wohnbereichen darf der Mitarbeiter darüber hinaus nicht auf mehreren Wohnbereichen gleichzeitig geplant werden.

IV. Erneut festgestellte Mängel, zu denen bereits eine Beratung erfolgt ist

Erneut festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 S. 1 PflWoqG nach bereits erfolgter Beratung über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel, aufgrund derer eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PflWoqG geplant ist oder eine nochmalige Beratung erfolgt.

IV.1 Qualitätsbereich: Verpflegung (Erhalt u. Förderung der eigenständigen Lebensführung / Alltagsaktivitäten)

- IV.1.1 Zum Prüfzeitpunkt unterbricht die Pflegekraft die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme bei einem Bewohner im Speisesaal des gerontopsychiatrischen Wohnbereichs, um für den Bewohner etwas zu trinken zu holen. Sie verlässt die Pflegesituation ohne den Bewohner darüber in Kenntnis zu setzen.

Durch die Unterbrechung verliert das Essen nicht nur an Temperatur, es stört auch die Beziehungspflege zwischen Bewohner und Pflegekraft. Für Bewohner, die nicht so viel Besuch erhalten, könnte es eine der wenigen Möglichkeiten sein, sich mitzuteilen und auszutauschen. Ist während der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ein ungestörtes Gespräch sichergestellt, kann dies mitunter sogar einer möglichen Deprivation vorbeugen.

Der Bewohner könnte sich darüber hinaus insbesondere bei einer wortlosen Unterbrechung der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme nicht als Person wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen. Als Reaktion könnte sein, dass sich der Bewohner zurückzieht, was insbesondere bei einer Deprivationsgefahr eigentlich verhindert werden soll.

Der Appetit des zu Pflegenden könnte nach der Unterbrechung gemindert sein, was auf Dauer zu einer Gewichtsreduktion führen kann und dadurch das Bewohnerwohl beeinträchtigt.

Ein sach- und fachgerechter Umgang ist zum Prüfzeitpunkt damit nicht ersichtlich.

Auch bei unserer Begehung am 8. Januar 2018 erfolgte die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme unruhig. Daher wurde der Mangel im Prüfbericht vom 9. Juli 2018 erstmals festgestellt (vgl. III.11).

- IV.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

- IV.1.3 Wir raten die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme weitestgehend nicht durch andere pflegerische Tätigkeiten zu unterbrechen. Wir empfehlen, die Mitarbeiter darin zu schulen, die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ruhig und ohne Störungen durchzuführen. Damit der Pflegeablauf ohne Unterbrechungen gestaltet werden kann, sollten vor Beginn des Essens ausreichend Getränke auf den Tischen bereitgestellt werden, die den Wünschen und Bedürfnissen der anwesenden Bewohner entsprechen.

Sollte eine Unterbrechung der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme dennoch nicht zu vermeiden sein, raten wir Ihnen, den Bewohner vor der Unterbrechung über die notwendige Unterbrechung zu informieren und damit für einen wertschätzenden und respektvollen Umgang zu sorgen.

IV.2 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

- IV.2.1 Auf dem Wohnbereich Pflege 2 in der Pflegeabteilung Neubiberg wird zum Prüfzeitpunkt auf der Gemeinschaftsfläche ein Pflegewagen verwendet, der von der Einrichtung eigentlich bereits ausrangiert worden ist. Auf diesem steht eine Händedesinfektionsmittelflasche mit einem einfachen Schnappverschluss ohne Sicherheitsverschluss. Die Flasche ist offen zugänglich und der Pflegewagen unbeaufsichtigt. Daher könnte aus der Flasche unbemerkt getrunken werden.

Nach einem Hinweis des Bundesinstitutes für Risikobewertung sollten Desinfektionsmittel niemals in Reichweite von älteren und verwirrten Personen gelangen, da diese sich durch versehentliches Trinken gesundheitlichen Schaden zufügen können. Gelegentlich kann es zu schweren Vergiftungen bis hin zu Todesfällen kommen. Desinfektionsmittel gehören in einen abgeschlossenen Raum.

Bei unserer Begehung vom 21. Oktober 2015 waren Desinfektionsmittel ohne Sicherheitsverschluss offen zugänglich in der Einrichtung abgestellt. Deshalb wurde dieser Mangel im Prüfbericht vom 13. Mai 2016 erstmals festgestellt (vgl. III.4). Bei unseren Begehungen am 10. Mai 2017 und 8. Januar 2018 waren ebenfalls Desinfektionsmittel ohne Sicherheitsverschluss offen zugänglich in der Einrichtung abgestellt. Daher wurde dieser Mangel in den Prüfberichten vom 21. August 2017 (vgl. IV.3) und vom 9. Juli 2018 (IV.5) erneut festgestellt.

- IV.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- IV.2.3 Wir raten Desinfektionsmittel (insb. ohne geeignete Sicherungsmechanismen) abgeschlossen aufzubewahren.

IV.3 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

- IV.3.1 Bei einem Hausrundgang im Wohnbereich Pflege 2 der Pflegeabteilung Neubiberg steht auf einem Pflegewagen auf der Gemeinschaftsfläche eine Shampoo-Flasche. Der Pflegewagen wird zum Prüfzeitpunkt verwendet, obwohl er von der Einrichtung eigentlich bereits ausrangiert worden ist. Die Flasche hat einen einfachen Schnappverschluss, ohne Sicherheitsverschluss. Daher könnte aus ihr getrunken werden. Der Pflegewagen ist zum Prüfzeitpunkt unbeaufsichtigt.

Nach einem Hinweis des Bundesinstitutes für Risikobewertung sollten in Wohnerräumen von älteren und verwirrten Personen keine Flaschen mit Duschgel, Shampoo oder Schaumbad stehen, aus denen man trinken könnte, da diese sich durch versehentliches Trinken dieser Körperpflegeartikel gesundheitlichen Schaden zufügen können. Gelegentlich kann es zu schweren Vergiftungen bis hin zu Todesfällen kommen.

Bei unserer Begehung am 10. Mai 2017 waren auch Shampoo-Flaschen, aus denen getrunken werden kann, unbeaufsichtigt offen zugänglich. Daher wurde dieser Mangel im Prüfbericht vom 21. August 2017 erstmals festgestellt (vgl. III.3). Auch bei unserer Begehung am 8. Januar 2018 haben wir den Sachverhalt festgestellt. Daher wurde dieser Mangel in dem Prüfbericht vom 9. Juli 2018 (vgl. IV.3) erneut festgestellt.

IV.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

IV.3.3 Wir raten alle nicht durchgängig beaufsichtigten Shampoo-Flaschen, aus denen man trinken könnte, in den für die Bewohner frei zugänglichen Räumen verschlossen aufzubewahren. Wir empfehlen dazu, abschließbare Pflegewägen zu nutzen, in denen die Flaschen verschlossen aufbewahrt werden können.

IV.4 Qualitätsbereich: Arzneimittel

(Gesundheitsvorsorge /Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

IV.4.1 Laut einer ärztlichen Anordnung vom 12. Juli 2018 erhält ein Bewohner bei „Schmerzen aller Art“ Novaminsulfon 500 mg Tabletten. Als Einzeldosis sind eine Tablette und als Maximaldosis zwei Tabletten in 24 Stunden angesetzt.

Die alleinige Indikation „Schmerzen aller Art“ ist zu ungenau. Sie lässt dadurch Interpretationsspielraum zu.

Um der Durchführungsverantwortung adäquat nachkommen zu können und Sicherheit in der Anwendung des Bedarfsmedikaments zu haben, sind Pflegefachkräfte auf eine klar lautende Indikation angewiesen. Durch eine genau definierte Indikation sind die Pflegefachkräfte nicht der Gefahr ausgesetzt, eine versehentliche Kompetenzüberschreitung zu begehen.

Bei unserer Begehung am 10. Mai 2017 war ebenfalls ein Schmerzmittel mit der ungenauen Indikation „bei Schmerzen aller Art“ verordnet. Daher wurde dieser Mangel im Prüfbericht vom 21. August 2017 erstmals festgestellt (vgl. III.8). Auch bei unserer Begehung am 8. Januar 2018 haben wir den Sachverhalt festgestellt. Daher wurde dieser Mangel in dem Prüfbericht vom 9. Juli 2018 (vgl. IV.6) erneut festgestellt.

IV.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

IV.4.3 Der genaue Grund beziehungsweise das Verhalten des Bewohners, der beziehungsweise das einer Bedarfsmittelgabe zugrunde liegt (genaue Indikation), muss in der Einrichtung ersichtlich sein. Wir raten dazu der Einrichtung, den behandelnden Arzt zu bitten, die Indikation für das Bedarfsmedikament zu konkretisieren. Wir raten, die Angaben des Arztes als handlungsleitendes Instrument genau zu dokumentieren.

IV.5 Qualitätsbereich: Arzneimittel

(Gesundheitsvorsorge /Verabreichung v. Arzneimitteln, Umgang m. ärztl. Anordnungen)

IV.5.1 Zum Prüfzeitpunkt befinden sich in der Medikamentenbox bei zwei Bewohnern abgesetzte Medikamente zusammen mit der Regelmedikation. Bei einem Bewohner handelt es sich beispielsweise um das am 7. Februar 2019 abgesetzte Medikament Risperidon 0,5 mg.

Der aktuelle Medikamentenbestand ist bei den beiden Bewohnern damit in der Box nicht wirklich übersichtlich.

Bei unserer Begehung vom 8. Januar 2018 wurden ebenfalls nicht ärztlich angeordnete Medikamente in der Medikamentenbox aufbewahrt. Deshalb wurde dieser Mangel im Prüfbericht vom 9. Juli 2018 (vgl. III.12) erstmals festgestellt.

IV.5.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)

IV.5.3 Wir raten abgesetzte Medikamente an den Bewohner beziehungsweise seinen Vertreter (Betreuer oder Bevollmächtigter) zurückzugeben.

Alternativ könnten die abgesetzten Medikamente von der Einrichtung separat in einem transparenten Zip-Beutel in der Medikamentenbox des Bewohners aufbewahrt werden. Dieser Beutel sollte dann jedoch mit „abgesetzte Medikamente“ beschriftet werden, um Verwechslungen zu vermeiden. Darüber hinaus sollte für eine Aufbewahrung durch die Einrichtung vorab immer Rücksprache mit dem Bewohner beziehungsweise seinem Vertreter gehalten werden. Der Bewohner beziehungsweise dessen Vertreter muss einer solchen Aufbewahrung durch die Einrichtung zustimmen, da es sich bei den Medikamenten um Bewohnereigentum handelt.

IV.6 Qualitätsbereich: Personal (Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte)

IV.6.1 Sachverhalte im Rahmen der Prüfung von Dienstplänen. Alle genannten Dienstpläne beziehen sich auf die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung aushängenden Dienstpläne des Monats Februar 2019.

a) Einsatzbereiche nicht eindeutig

Eine in der Einrichtung beschäftigte § 43b SGB XI-Kraft (sogenannte Betreuungsassistenten) wird auch als Pflegehilfskraft auf dem Wohnbereich Pflege 1 der Pflegeabteilung Neubiberg eingesetzt.

Die Betreuungsassistenten der Einrichtung werden auf einem gesonderten Betreuungsdienstplan geführt. Dort ist der Mitarbeiter, der sowohl in der Pflege als auch als Betreuungsassistenten eingesetzt ist, mit einer Vollzeitstelle geführt. Der Mitarbeiter wird darüber hinaus auch auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Pflege 1 der Pflegeabteilung Neubiberg als Betreuungsassistent mit einer Vollzeitstelle geführt.

Er ist laut Mitarbeiterliste zu 0,5 Vollzeitstellenäquivalenten als Pflegehilfskraft und zu 0,5 Vollzeitstellenäquivalenten als Betreuungsassistent eingesetzt.

Eine nach Einsatzbereich (Pflege oder § 43b SGB XI) gekennzeichnete Soll- und Ist-Planung wurde auf dem Dienstplan nicht vorgenommen. Die angegebenen Stellenanteile sind somit auf dem Dienstplan nicht nachvollziehbar. Es ist auf den Dienstplänen nicht erläutert, in welchen Schichten der Mitarbeiter als Betreuungsassistent eingesetzt ist und in welchen Schichten er als Pflegehilfskraft tätig wird.

b) fehlende Qualifikationen

Auf den Dienstplänen der Wohnbereiche Pflege 1 und Pflege 2 sind Mitarbeiter handschriftlich ohne Angaben zur deren Qualifikation eingetragen. Die Qualifikationen der Mitarbeiter (Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft, Auszubildende/r, Wohnbereichshilfe, etc.) sind damit auf den Dienstplänen nicht ersichtlich.

c) Einsatzbereich unklar

Ein Mitarbeiter wird auf dem Dienstplan des gerontopsychiatrischen Wohnbereichs als Wohnbereichshilfe (Hauswirtschaft) geführt. Auf der Excel-Tabelle zur Fachkraftquotenberechnung wird er als Pflegehilfskraft angegeben. Die Einrichtungsleitung gibt hierzu an, dass der Mitarbeiter früher als Wohnbereichshilfe tätig war, inzwischen jedoch in die Pflege gewechselt habe. Zum Prüfzeitpunkt sei er bereits als Pflegehilfskraft eingesetzt. Der Einsatzbereich des Mitarbeiters ist damit nicht korrekt angegeben.

d) Dienstplan nicht tagesaktuell

Eine Pflegekraft des Wohnbereichs Pflege 1 WHH ist auf dem Dienstplan bis einschließlich 12. Februar 2019 mit „K“ eingetragen. „K“ bedeutet laut Legende „Krankheit ohne Entgeltfortzahlung“. Ab dem 13. Februar 2019 ist sie wieder regulär mit Diensten geplant. Die Einrichtungsleitung gibt an, dass der Mitarbeiter bereits am 29. Februar 2018 aus der Lohnfortzahlung gefallen sei. Der Dienstplan ist daher nicht tagesaktuell. Zum Prüfzeitpunkt hätte zumindest vermerkt sein müssen, dass der Mitarbeiter den Dienst am 13. Februar 2019 nicht absolviert hat.

Laut den Dienstplänen wären am 13. Februar 2019 nur zwei Pflegekräfte im Nachtdienst in der Pflegeabteilung Neubiberg eingesetzt gewesen. Tatsächlich waren es nach Angaben der Einrichtungsleiterin jedoch drei Pflegekräfte. Einer der drei Pflegekräfte ist jedoch zum Prüfzeitpunkt nicht auf den Dienstplänen eingetragen. Der Dienstplan ist daher nicht tagesaktuell.

Bei unserer Begehung vom 21. Oktober 2015 wurden die Dienstpläne in den Punkten a) und b) ebenfalls nicht ausreichend geführt. Deshalb wurde dieser Mangel im Prüfbericht vom 13. Mai 2016 erstmals festgestellt (vgl. III.8). Auch bei unseren Begehungen am 10. Mai 2017 und 8. Januar 2018 wurden die Dienstpläne in den genannten Punkten nicht ausreichend geführt. Daher wurde dieser Mangel in den Prüfberichten vom 21. August 2017 (vgl. IV.2) und vom 9. Juli 2018 (vgl. IV.2) erneut festgestellt.

Bei unserer Begehung vom 8. Januar 2018 wurden die Dienstpläne in den Punkten c) und d) ebenfalls nicht ausreichend geführt. Deshalb wurde dieser Mangel im Prüfbericht vom 9. Juli 2018 (vgl. III.1) erstmals festgestellt.

- IV.6.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- IV.6.3 Wir raten die Dienstpläne tagesaktuell, vollständig, korrekt und unmissverständlich zu führen. Ein Dienstplan muss unter anderem dokumentieren, welche Mitarbeiter (Vor- und Zuname) mit welcher Qualifikation (Fachkraft / Hilfskraft) zu welchen Zeiten gearbeitet haben. Darüber hinaus muss erkennbar sein, in welchen Bereichen die Mitarbeiter eingesetzt sind (beispielsweise in der Pflege oder als Betreuungsassistent oder als Wohnbereichshilfe).

Wir empfehlen, bei dem Mitarbeiter, der sowohl in der Pflege als auch als Betreuungsassistent eingesetzt wird, auf dem Dienstplan zu vermerken, mit welchem Stellenanteil er als Betreuungsassistent und mit welchem Stellenanteil er als Pflegehilfskraft/Pflegefachhelfer eingesetzt ist. Darüber hinaus sollten dann die Schichtbezeichnungen in der Legende näher erläutert werden, sodass vermerkt ist, welche Schicht eine Schicht in der Pflege ist und welche Schicht als Betreuungsassistent zu leisten ist.

IV.7 Qualitätsbereich: Personal (Personelle Besetzung / Ausreichend gerontopsych. Fachkräfte)

- IV.7.1 Am Begehungstag leben in der Einrichtung 105 Bewohner, davon 20 Bewohner auf dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich in der Pflegeabteilung Neubiberg. Es sind zwei gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte mit einem Stellenanteil von zwei Vollzeitstellen in der Einrichtung tätig.

Für nicht-gerontopsychiatrische Wohnbereiche in stationären Pflegeeinrichtungen ist eine Quote von einer gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkraft pro 30 Bewohner vorgegeben. Für gerontopsychiatrische Wohnbereiche ist eine Quote von einer gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkraft pro 20 Bewohner vorgegeben (§ 15 Abs. 3 Satz 1 AVPfleWoqG).

Mit Schreiben vom 24. April 2018 erläutert das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), dass diesen Personalschlüsseln eine Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden zugrunde liegt. Beträgt die Wochenarbeitszeit in einer konkreten Einrichtung 39 oder 40 Wochenstunden, so müsse der Personalschlüssel entsprechend angepasst werden. Die Einrichtung hat am Begehungstag eine Wochenarbeitszeit von 39 Wochenstunden. Damit werden die zwei gerontopsychiatrischen Fachkräfte der Einrichtung mit insgesamt 2,02 Vollzeitstellenäquivalenten angerechnet.

Am Begehungstag berechnet sich der Bedarf an Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung für die Einrichtung auf 3,83 Vollzeitstellenäquivalente.

Somit liegt eine Bedarfsunterdeckung von 1,81 Vollzeitstellenäquivalenten vor.

Es befinden sich zum Prüfzeitpunkt drei Vollzeitkräfte in der entsprechenden Weiterbildungsmaßnahme.

Bei unserer Begehung am 21. Oktober 2015 waren ebenfalls nicht ausreichend gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte in der Einrichtung tätig. Daher wurde dieser Mangel im Prüfbericht vom 13. Mai 2016 erstmals festgestellt (vgl. III.3). Bei unseren Begehungen am 10. Mai 2017 und 1. Januar 2018 waren auch nicht ausreichend gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte in der Einrichtung tätig. Daher wurde dieser Mangel in den Prüfberichten vom 21. August 2017 und vom 9. Juli 2018 (vgl. jeweils IV.1) erneut festgestellt.

- IV.7.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG)
- IV.7.3 Wir raten, den in § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG vorgeschriebenen Beschäftigungsumfang von gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften einzuhalten.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

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

V.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation (Helfender Umgang / Schmerz-/Wundmanagement)

- V.1.1 Bei einem Bewohner im gerontopsychiatrischen Bereich wird am Nachmittag der Hautzustand an den Beinen und im Intimbereich durch die FQA-Vertreter überprüft.

Beide Leisten weisen zum Prüfzeitpunkt Rötungen auf, die sich von der Vorderseite beider Oberschenkel bis zur Rückseite ziehen.

In der rechten Leiste besteht ein ca. zwei Zentimeter langer, 0,2 Zentimeter breiter und 0,1 Zentimeter tiefer Hautdefekt, aus dem Blut heraustritt. Der Bewohner äußert zum Prüfzeitpunkt Schmerzen in der rechten Leistengegend.

Der letzte und aktuelle Übergabe-Eintrag am 29. Januar 2019 um 13:10 Uhr lautet: „Leisten des Bew. schauen gut aus, keine Rötung“.

Die Einrichtung kann zum Prüfzeitpunkt weder mündlich, noch anhand der Dokumentation darlegen, seit wann die Rötungen beziehungsweise der Hautdefekt des Bewohners in den Leisten bestehen.

Einen Nachweis über die Arztkommunikation des aktuellen Hautdefekts kann die Einrichtung am Prüftag ebenso nicht vorhalten.

Es sind folgende Festmedikamente für den Bewohner zur Behandlung der Leisten angesetzt.

Laut ärztlicher Anordnung vom 25. Februar 2018 erhält der Bewohner in die „Leisten beidseits“ einmal täglich morgens einen Zentimeter Imazol comp. Creme.

Laut ärztlicher Anordnung vom 11. Februar 2016 erhält der Bewohner täglich am Abend einen Zentimeter Betamethason Salbe an allen Psoriasis Stellen und Leiste.

Laut ärztlicher Anordnung vom 10. Februar 2016 erhält der Bewohner täglich morgens und abends einen Zentimeter Multilind Salbe in beide Leisten.

Darüber hinaus ist folgendes Bedarfsmedikament angesetzt.

Laut ärztlicher Anordnung vom 26. September 2011 erhält der Bewohner bei „Hautdefekte, rote Flecken am Körper einmal täglich maximal einen Zentimeter Betamethason Salbe“.

Die verwendete Imazol comp. Creme ist zum Prüfzeitpunkt mit dem Anbruchdatum 24. November 2018 beschriftet. Laut Herstellerangaben ist die Creme nach dem Öffnen einen Monat haltbar. Daraus errechnet sich das Ablaufdatum 24. Dezember 2018. Zum Prüfzeitpunkt ist die Creme also seit ca. sieben Wochen abgelaufen.

Die verwendete Betamethason Salbe ist mit dem Anbruchdatum 18. Juli 2018 beschriftet. Laut Herstellerangaben ist die Salbe nach dem Öffnen sechs Monate haltbar. Daraus errechnet sich das Ablaufdatum 18. Januar 2019. Zum Prüfzeitpunkt ist die Salbe also seit ca. vier Wochen abgelaufen.

Aufgrund der ärztlichen Anordnungen hat die Einrichtung zumindest morgens und abends Hautinspektionen der Leisten durchzuführen. Es ist aufgrund der Ausprägung des Hautdefekts in der rechten Leiste davon auszugehen, dass dieser bereits vor dem Prüftag entstanden ist. Bei einer korrekten Durchführung der ärztlichen Anordnungen hätte die Einrichtung also bereits längere Zeit vor dem Prüfzeitpunkt, spätestens bei der Hautinspektion am Morgen des Prüftages, von dem Hautdefekt Kenntnis erlangen müssen.

Der Hautzustand des Bewohners hat sich durch den entstandenen Hautdefekt bedeutend verändert. Der Bewohner hat nun eine offene Wunde. Um sicherzustellen, dass die offene Wunde adäquat versorgt werden kann, zum Beispiel mithilfe eines Wundverbands, hätte die Einrichtung umgehend nachdem sie von der offenen Hautstelle Kenntnis erlangt hat einen Arzt informieren müssen. Der Arzt ist zur Versorgung der offenen Wunde in der Anordnungsverantwortung.

Es wäre der Einrichtung zumutbar gewesen, den Arzt bereits vor dem Prüfzeitpunkt über den Hautdefekt zu informieren. Die Einrichtung hat also nicht sichergestellt, dass der Hautdefekt schnellstmöglich behandelt werden kann. Es besteht daher die konkrete Gefahr, dass die Heilung der Wunde verzögert wird beziehungsweise sich die Wunde weiter verschlechtert.

Es ist zum Prüfzeitpunkt davon auszugehen, dass die Einrichtung die beiden abgelaufenen Medikamente Imazol comp. Creme und Betamethason Salbe auf die offene Hautstelle aufträgt.

Nach Ablauf der Verwendbarkeit könnte sich der Wirkstoff dahingehend verändert haben, dass er nicht mehr die gewünschte therapeutische Wirkung zeigt. Dadurch kann die Gesundheit des Bewohners gefährdet oder sogar beeinträchtigt werden.

Außerdem könnten die beiden Medikamente aufgrund der fehlenden Haltbarkeit bereits verkeimt sein. Werden verkeimte Salben auf offene Wunden aufgetragen, kann sich die Wunde verschlimmern und sogar entzünden.

Ein Behandlungserfolg des Arztes ist daher seitens der Einrichtung nicht mehr sichergestellt.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Rötungen beziehungsweise der Hautdefekt dadurch entstanden ist, dass die abgelaufenen Salben nicht mehr die gewünschte therapeutische Wirkung zeigen. Es ist darüber hinaus nicht auszuschließen, dass eine Heilung der schmerzhaften Wunde aufgrund der fehlenden Arztinformation sowie der Verwendung der abgelaufenen Salben bereits verzögert wurde beziehungsweise sich die Wunde durch die Versäumnisse der Einrichtung verschlimmert hat.

V.1.2 Erteilte Anordnung der FQA zur Abstellung des erheblichen Mangels
(Siehe unseren Anordnungsbescheid vom 23. April 2019)

V.1.3 Der Träger beziehungsweise die Einrichtung haben sicherzustellen, dass die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Einrichtung selbst oder in angemessener anderer Weise gewährleistet wird.

Hierzu haben der Träger beziehungsweise die Einrichtung sicherzustellen, dass offene Wunden bei Bewohnerinnen und Bewohnern adäquat versorgt werden können. Dazu haben der Träger beziehungsweise die Einrichtung sicherzustellen, dass umgehend, das heißt ohne schuldhaftes Verzögern, eine Ärztin beziehungsweise ein Arzt über eine entstandene offene Wunde informiert wird. Der Träger beziehungsweise die Einrichtung haben sicherzustellen, dass die Einrichtung hierzu ohne schuldhaftes Verzögern von der entstandenen Wunde Kenntnis erlangt.

Seitens des Trägers beziehungsweise der Einrichtung ist sicherzustellen, dass in der Einrichtung ärztliche Anordnungen im Zusammenhang mit Hautbeschwerden exakt und vollständig umgesetzt werden. Hierzu haben der Träger beziehungsweise die Einrichtung sicherzustellen, dass die ärztlich angeordneten Salben nur bis zu dem Zeitpunkt verwendet werden, zu dem der Hersteller die Haltbarkeit der Medikamente garantiert.

VI. Veröffentlichung des Prüfberichtes

Dieser Prüfbericht wird auf der Internetseite des Landratsamtes München veröffentlicht.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem am Tag der Einrichtungsbegehung bzw. Prüfung festgestellten Sachverhalt um eine Momentaufnahme handelt, sodass ein

im Nachgang zu der Prüfung evtl. erfolgtes Abstellen von Mängeln im Rahmen des Anhörungsverfahrens unberücksichtigt bleiben musste.

Die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, der Bezirk Oberbayern, der Verband der Privaten Krankenversicherung - Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. und der MDK erhalten einen Abdruck dieses Prüfberichts zur Kenntnis.

VII. Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe entweder Widerspruch eingelegt (siehe 1.) oder unmittelbar Klage erhoben (siehe 2.) werden.

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

Der Widerspruch ist **schriftlich oder zur Niederschrift** beim Landratsamt München, Marienhilfplatz 17, 81541 München einzulegen.

Er kann **auch elektronisch mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen** unter der Adresse poststelle@lra-m.bayern.de eingelegt werden.

Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden.

Die Klage kann nicht vor Ablauf von drei Monaten seit der Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, außer wenn wegen besonderer Umstände des Falles eine kürzere Frist geboten ist. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 **schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts** zu erheben. **Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen** und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

- Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung vom 22. Juni 2007 (GVBl S. 390) wurde im Bereich des Heimrechts ein fakultatives Widerspruchsverfahren eingeführt, das eine Wahlmöglichkeit eröffnet zwischen Widerspruchseinlegung und unmittelbarer Klageerhebung.
- Ein elektronisch eingelegter Widerspruch muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen sein. Eine elektronische Widerspruchseinlegung ohne qualifizierte elektronische Signatur ist unzulässig.
- Eine Klageerhebung in elektronischer Form ist unzulässig.

- [Sofern kein Fall des § 188 VwGO:] Kraft Bundesrechts ist in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten seit 1. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

Schäfer