



Landratsamt München

**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes
(PfleWoqG)**

Geprüfte Einrichtung: AWO Seniorenpark Oberschleißheim
Prof.-Hupp-Str. 30
85764 Oberschleißheim

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

In der Einrichtung wurde am 17.04.2019 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Es wurden in folgenden Bereichen stichprobenartige Überprüfungen vorgenommen:

Prüfgegenstände

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität
Soziale Betreuung
Verpflegung
Freiheit einschränkende Maßnahmen
Pflege und Dokumentation
Qualitätsmanagement/Beschwerdemanagement
Arzneimittel
Hygiene
Personal/Personaleinsatzplanung
Bewohnersicherheit

I. Daten zur Einrichtung

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebotene Plätze:	95
Belegte Plätze:	87
Plätze für Kurzzeitpflege:	nach Bedarf/Verfügbarkeit
Einzelzimmerquote:	41,67 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 53,6 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungskräfte in der Einrichtung: 11

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

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.

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte

- Der Eingangsbereich ist großzügig und hell. Der große Sitzbereich im Foyer bietet viele Sitzmöglichkeiten für die Bewohner und ihre Angehörigen und lädt zum Verweilen ein.
- Im Eingangsbereich findet sich eine große Informationstafel mit wichtigen Informationen, z.B. Veranstaltungshinweise, Bewohnervertretung, Notdienste / Ärzte, Beschäftigungsangebote, Speiseplan, usw.
- In der Einrichtung wird großen Wert auf die Ausbildung von Fachkräften gelegt. So absolvieren derzeit 11 Auszubildende die dreijährige Ausbildung zu Altenpflegern. Dies wird, wie in der Vergangenheit, als gute Möglichkeit angesehen, geeignetes Personal für die Zukunft zu akquirieren.
- Der Umgang mit den Bewohnern sowie der Mitarbeiter untereinander werden am Prüftag als wertschätzend und respektvoll erlebt.
- Im Wohnbereich Geronto II ist der Aufenthaltsraum der Bewohner für Ostern dekoriert. Die Tische sind mit Wachstischdecken und österlichem Blumenschmuck eingedeckt.
- Der für den Sozialdienst verantwortliche Mitarbeiter ist seit mehr als zehn Jahren in der Einrichtung im Bereich der Beschäftigung tätig. Diese personelle Kontinuität in der sozialen Betreuung spürt man im Haus und in der Zufriedenheit der Bewohner mit der Durchführung der Betreuungsangebote. Der Mitarbeiter ist auf den Wohnbereichen präsent und bei den Bewohnern bekannt und beliebt. Durch sein herzliches, offenes und authentisches Auftreten schafft er es, die Bewohner zur Teilnahme an den Angeboten und in ihren Aktivitäten zu motivieren, ja geradezu „mitzureißen“.
- Das Angebot der sozialen Betreuung ist vielseitig und spricht verschiedene Lebensbereiche an. Es umfasst Angebote von Kraft- und Balancetraining, Kegeln, Erinnerungsarbeit, gemeinsame Gebetsstunden, Ausflüge (Volksfeste, Tierpark), Kaffeenachmittage und einiges mehr.
- Der ansprechend gestaltete Außenbereich vor der Einrichtung lädt bei schönem Wetter zum Sitzen und Verweilen ein. Tagsüber nutzen die Bewohner am Prüftag die Sitzplätze und gehen miteinander ins Gespräch.

- Der große Speisesaal neben dem Foyer wird zahlreich von externen Gästen besucht. Die Bodentiefen Fenster sorgen für viel Licht und Transparenz, da die Besucher die Geschehnisse auf der Straße und vor der Einrichtung wahrnehmen können.
- Bei der Überprüfung eines Bewohners fiel positiv auf, dass es den Pflegekräften gelungen ist einem Bewohner, der in einem kachektischen Zustand und ohne Lebensfreude zum Sterben in die Einrichtung zog, neuen Lebensmut zu geben und das Gewicht aus dem Risikobereich zu steuern. Der Bewohner äußert sich positiv über seinen Allgemeinzustand und will verlorene Fähigkeiten neu erlernen. Der gesamte Verbesserungsprozess gelang der Einrichtung ohne externe Hilfe.

II.2 Qualitätsentwicklung

II.2.1 Die Vertreter der FQA verweisen im Rahmen der Begehung auf die gesetzlichen Regelungen zur Angleichung der baulichen Gegebenheiten an die Vorschriften der §§ 1 - 9 der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPfleWoqG) i.V.m. der DIN 18040-2.

Die FQA beim Landratsamt München verweist darauf, dass nach aktueller Weisungslage des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) bei Neubauten

- ein Anteil von mindestens 25 % an rollstuhlgerechten Wohnplätzen
- sowie ein Einzelzimmeranteil von 75 %,

gemessen an der Gesamtplatzzahl der Einrichtung, als angemessen erachtet wird.

Diese Richtwerte sollen laut StMGP auch in Bestandseinrichtungen durch entsprechende bauliche Angleichungsmaßnahmen angestrebt werden. Zur Erreichung dieser Zielvorgabe ist jedoch eine flexible Vorgehensweise gefordert, die sich an den Möglichkeiten der Bestandseinrichtungen unter Berücksichtigung bautechnischer, wirtschaftlicher sowie denkmalschutzrechtlicher Aspekte orientieren muss.

Die zum Prüfzeitpunkt festgestellte Einzelzimmerplatzquote beträgt 41,67 %. Damit ist der seitens des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vorgegebenen Richtwert im stationären Altenhilfebereich mit einem Einzelzimmerplatzanteils von 75 % nicht erfüllt.

Ein entsprechender fristwahrender Antrag wurde von der AWO München-Stadt gemeinnützige Betriebs-GmbH mit Datum vom 28.07.2016, also vor Ablauf der gesetzlichen Angleichungsfrist (31.08.2016), gestellt. Die Anhörungen ergingen mit Schreiben vom 19.07.2019 an den Träger.

II.2.2 Gemäß der Anweisung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 08.01.2015 ist seit 01.07.2015 ein Nachtwachenschlüssel von 1:30 bzw. 1:40 in der Nacht sicherzustellen, also eine Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohner.

Mit Pflegekraft sind dabei sowohl Fach- als auch Hilfskräfte gemeint. Wie bisher muss mindestens eine der in der Nacht anwesenden Pflegekräfte eine Fachkraft sein.

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:29 ohne Rüstige im Nachtdienst, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit drei Pflegekräften, davon eine Pflegefachkraft, zum Prüfzeitpunkt als gut betrachtet wird. Zu den festgestellten Mangelsachverhalten verweisen wir auf III.2, III.3 und III.4.

Hinweis:

Sollten seitens der FQA Zweifel an einer ausreichenden personellen Betreuung der Bewohner bestehen, kann sie Einrichtungsbegehungen zur Nachtzeit durchführen und die pflegerische und betreuende Ergebnisqualität überprüfen. Sofern dabei Abweichungen von den Anforderungen des Gesetzes (Mängel) in der Ergebnisqualität festgestellt werden, welche Rückschlüsse auf einen unzureichenden Personaleinsatz zulassen, kann die FQA ggf. ordnungsrechtliche Maßnahmen im Hinblick auf die Umsetzung und Einhaltung eines Personalbetreuungsschlüssels von bis 1:30 veranlassen.

Der Träger bzw. die Einrichtung sind gehalten, eine kontinuierliche Umsetzung des erforderlichen Nachtwachenschlüssels bzw. eines ausreichenden Personaleinsatzes, nach Maßgabe der geltenden Indikatoren, durch regelmäßige Evaluationen des bewohnerorientierten Pflege- und Betreuungsbedarfs zu gewährleisten.

- II.2.3 In der Einrichtung werden zum Prüfzeitpunkt keinerlei Freiheit einschränkende Maßnahmen außer der richterlichen Beschlüsse für die Unterbringung in einem beschützenden Wohnbereich angewandt.
- II.2.4 Im Rahmen der Überprüfung zur Dekubitusprophylaxe ist bei einem Bewohner die Einstellung der Wechseldruckmatratze dessen individuellem Gewicht angepasst. Ein weiterer überprüfter Bewohner ist zum Prüfzeitpunkt pflegfachlich positioniert. Der Hautzustand weist keine Rötungen auf. Die festgestellten Mängel unter III.11 und III.12 aus der letzten Prüfung wurden abgestellt.
- II.2.5 Im Bereich der Körperpflege wurden keine Auffälligkeiten festgestellt. Bei einer direkten Pflegekontrolle eines Bewohner sind die Zehenzwischenräume sauber und trocken. Rötungen oder Hautläsionen sind nicht festzustellen. Die festgestellten Mängel unter III.7 und III.10 aus der letzten Prüfung wurden abgestellt.

II.3 Qualitätsempfehlungen

II.3.1 Qualitätsbereich: Wohnqualität
hier: Brandschutz

An den Brandschutztüren in den Fluren befinden sich sowohl Vorhänge an den Fenstern als auch Übergardinen. Laut Einrichtungsleiter seien diese aus einem feuerfesten bzw. schwer entflammbar Material. Um an die Entriegelungsmechanismen der Brandschutztüren zu gelangen, muss man erst den Weg durch die Vorhänge an den Fenstern finden.

Auch wenn die Vorhänge aus feuerfesten oder schwer entflammbar Materialien sind, empfehlen wir, diese zur Sicherheit der Bewohner zu entfernen, um im Gefahrenfall kein zusätzliches Hindernis darzustellen und einen ungehinderten Fluchtweg zu ermöglichen.

II.3.2 Qualitätsbereich: Soziale Betreuung

In der geschlossenen Wohngruppe Geronto 1 ist die Gestaltung des Wohnbereiches entsprechend den Bedürfnissen der Zielgruppe, d.h. der an Demenz erkrankten Menschen, hinreichend. Eine wohnliche Gestaltung ist vorhanden. Einige wenige Materialien und Gebrauchsgegenstände, die den Bewohnern die Freiheit zusichern, sich im Rahmen ihrer, ohnehin eingeschränkten, Möglichkeiten selbst zu beschäftigen und ihre eigene Aktivität zu fördern, sind eingeschränkt vorhanden. Insbesondere im Flurbereich, der auch als Aufenthalts- und Gemeinschaftsbereich dient, finden sich wenige geeignete Aktivierungselemente.

Um eine angemessene Qualität des Wohnens zu gewährleisten und die Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern, empfehlen wir der Einrichtung, die Einrichtung und Gestaltung der geschlossenen Wohngruppe durch Elemente der Milieugestaltung auszubauen. Möbel, Sitzgruppen, Bilder, Gardinen, Erinnerungsstücke u.v.m., die der bekannten Wohnsituation der Bewohner entsprechen, können Geborgenheit, Sicherheit und ein Gefühl von „Zuhause sein“ vermitteln. Auch frei zugängliche, ungefährliche Materialien zur selbständigen Aktivität und Sinnesanregung, wie Spiele, Bildbände, Zeitschriften, ggf. Puppen, Materialien zur sensorischen Stimulation sollten vermehrt angeboten werden, da insbesondere für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Anregung der Sinne sowie sinnstiftende Beschäftigungsmöglichkeiten wesentlich sind, um vorhandene Fähigkeiten, Aktivität, Persönlichkeit und Denkvermögen zu erhalten und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Hier sind kreative Ideen von Seiten der Pflegenden und Betreuenden gefragt.

II.3.3 Qualitätsbereich: Verpflegung

Der Speiseplan enthält Angaben über die in den Speisen enthaltenen Zusatzstoffe sowie einen Hinweis, dass die Liste der Allergene in der Küche bzw. auf der Station eingesehen werden könne.

Wir empfehlen, neben den Zusatzstoffen auch die Allergene auf den Aushangspeiseplänen mit anzugeben oder ein Beiblatt zu den Aushangspeiseplänen zu fertigen und mit auszuhängen, auf denen die verwendeten Zusatzstoffe und Allergene beschrieben sind. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass der Aushang stets an der Tafel angebracht ist.

II.3.4 Qualitätsbereich: Verpflegung

Zum Prüfzeitpunkt während des Mittagessens (im Wohnbereich Geronto 2) fällt auf, dass für die Bewohner keine Gewürze auf den Tischen stehen. Ein Bewohner gibt an, das Essen schmecke in der Regel gut, Manchmal würde er gerne nachwürzen. Weitere Bewohner geben auf Nachfrage an, dass sie Salz- und Pfefferstreuer vermissen.

Wir empfehlen der Einrichtung, den Bewohnern -je nach deren Kognition und Möglichkeiten- ein eigenständiges Nachwürzen, z.B. durch Salz- und Pfefferstreuer oder nach den jeweiligen Bedürfnissen zu ermöglichen.

II.3.5 Qualitätsbereich: Verpflegung

Beim Mittagessen (im Wohnbereich Geronto 2) stehen ausreichend Getränke zum eigenständigen Nachschenken für die Bewohner in Griffnähe auf den Tischen. In handlichen Flaschen befinden sich stilles und mit Kohlensäure versetztes Mineralwasser. Der Saft wird in großen, einfachen Messbechern aus Plastik serviert.

Wir empfehlen, den Saft, soweit möglich, in optisch ansprechenderen Gefäßen zu servieren.

II.3.6 Qualitätsbereich: Verpflegung

Am Prüftag kann im Speisesaal 1 / 1. OG beobachtet werden, dass alle anwesenden Bewohner aus Plastikbechern trinken, zum Teil mit einem Trinkaufsatz. Als der Prüfer einem Bewohner auf Wunsch nachschenkt, ist er in der Lage ohne Trinkaufsatz selbständig aus dem Becher zu trinken.

Wir empfehlen der Einrichtung, den Einsatz von Plastikbechern und Trinkhilfen zu reflektieren und anhand des Ergebnisses die Trinkgefäße ressourcenorientiert und bedarfsgerecht einzusetzen.

Das könnte nicht nur das Selbstwertgefühl sondern auch die Lebensqualität jedes Einzelnen erhalten bzw. verbessern. Wir empfehlen den Einsatz von leichten und bruch sicheren Glas, dadurch könnte der Gebrauch bei Kraftlosigkeit länger gewährleistet werden.

II.3.7 Qualitätsbereich: Verpflegung

Zum Prüfzeitpunkt wird einem Bewohner im Wohnbereich Geronto 2, welcher nicht eigenständig den Löffel zum Mund führen kann, die Vorsuppe vom Mittagmenü sehr früh serviert. Der Mitarbeitende ist zwischenzeitlich noch mit der Essensausgabe an andere Bewohner beschäftigt. Die Suppe ist daher bei Eintreffen der Pflegekraft, die den Bewohner mit dem Anreichen der Suppe unterstützt, nach Aussagen des Bewohners kalt. Der Mitarbeitende erwärmt die Suppe ohne weitere Aufforderung

Um sicherzustellen, dass die Bewohner ihre warmen Mahlzeiten auch warm erhalten empfehlen wir eine Optimierung des Ablaufs bei der Essensausgabe oder Isoliergegeschirr zu verwenden. Dies kann ein Unterbrechen der jeweiligen Tätigkeit der Mitarbeitenden bei der Unterstützung zur Nahrungsaufnahme durch Wiedererwärmen der Mahlzeit verringern.

II.3.8 Qualitätsbereich: Arzneimittel

Ein Bewohner des WB Pflege 1 soll gemäß ärztlichen Verordnung das Medikament „Durogesic SMAT Pflaster 12 µg/h“ alle 72 Std. erhalten. Dabei handelt es sich um ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Es ist sachgerecht im BTM-Tresor gelagert und der Zugang zum BTM-Tresor ist ausschließlich über die Pflegefachkraft / Schichtleitung geregelt. Das Lieferdatum (22.03.2019) wurde auf der Packung vermerkt.

Nach Durchsicht der Dokumentationsnachweise über den Betäubungsmittelbestand findet sich kein Prüfvermerk.

Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV) sind die Eintragungen über Zugänge, Abgänge und Bestände der Betäubungsmittel sowie die Übereinstimmung der Bestände mit den geführten Nachweisen von dem verschreibungsberechtigten Arzt oder einer von ihm beauftragten, eingewiesenen und kontrollierten Pflegefachkraft am Ende eines jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen.

Wir empfehlen, auf eine Sicherstellung dieser Vorschrift entsprechend hinzuwirken, um eine zusätzliche Kontrollfunktion über den Bestand zu haben. Sofern eine Pflegefachkraft die Kontrolle vornimmt, muss der Arzt über die erfolgte Prüfung und Nachweisführung schriftlich oder elektronisch unterrichtet werden.

II.3.9 Qualitätsbereich: Arzneimittel

Im Umgang mit gebrauchten Schmerzmittelpflastern, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, wurde die Entsorgung in der Einrichtung erfragt. Zum Prüfzeitpunkt werden die gebrauchten Pflaster in eine Mullwindel eingewickelt über den Restmüll entsorgt. Da gebrauchte Schmerzmittelpflaster eine nicht unerhebliche Menge an Restwirkstoffen enthalten, ist eine Entsorgung über den Restmüll nicht angebracht.

Wir empfehlen, auf besondere Sorgfalt im Umgang mit Betäubungsmitteln zu achten. Dazu gehört auch eine fachgerechte Entsorgung gebrauchter Schmerzmittelpflaster, um einen unbefugten Zugriff auf diese und evtl. Missbrauch auszuschließen. Es wird empfohlen, verworfene Pflaster in geeigneter Weise und unter Verschluss, z.B. im BTM-Schrank, zu sammeln. Weiter empfehlen wir, mit der beliefernden Apotheke eine Vereinbarung über die Entsorgung gebrauchter Schmerzmittelpflaster zu treffen.

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

III.1.1 Bei der teilnehmenden Beobachtung des Mittagessens im Wohnbereich Pflege 2 / Speiseraum 2 fällt auf, dass dieses in unruhiger Atmosphäre stattfindet, weil Mitarbeiter aus- und eingehen, um für die Bewohner im Speiseraum 1 dort das Essen (Vorspeise, Hauptspeise, Nachspeise) abzuholen. Weiterhin entsteht Unruhe durch einen Bewohner, der während des gesamten Mittagessens immer wieder aufsteht, den Mitarbeiter der FQA nach der Uhrzeit fragt, sich wieder hinsetzt. Der anwesende, das Essen ausgebende Mitarbeiter spricht diesen Bewohner nicht an, versucht nicht, ihn zu beruhigen, stattdessen reagiert er lediglich auf diesbezügliche Unmutsbekundungen anderer Bewohner im Speiseraum durch Aussagen, wie z.B.: „...dann muss er halt im Stehen essen.“ Auf Nachfrage der FQA erklärt der Mitarbeiter, der Bewohner mache das immer so. Es ist nicht ersichtlich, dass schon mal etwas ausprobiert wurde, was dem Bewohner die Unruhe nehmen könnte, so z.B. ihm eine Uhr an den Tisch zu legen oder ihn so umzusetzen, dass er einen Blick auf die im Speiseraum befindliche Uhr hat, ggf. auch Essen „im Gehen“ anzubieten, wie Fingerfood o.ä. Insgesamt werden Bewohnerbedürfnisse nicht bemerkt oder erfragt. So essen die Bewohner im Speiseraum 2 zwar vorwiegend selbständig, einige haben jedoch sichtlich Probleme beim Zerkleinern der Speisen oder bei der richtigen Besteckwahl (ein Bewohner versucht, mit seinem Dessertlöffel die Hauptspeise zu essen) und könnten Unterstützung gebrauchen, fragen aber nicht selbständig danach, und es wird auch keine Hilfe von den Mitarbeitern angeboten. Außerdem fällt auf, dass keine offenen Getränke zum eigenständigen Nachschenken oder Gewürze zum Nachwürzen auf den Tischen stehen. Die anwesenden Rollstuhlfahrer können nicht vollständig unter die Tische fahren, sobald weitere Bewohner mit am Tisch sitzen, was das Essen schwieriger macht. Beispielsweise muss ein Bewohner die Suppenschale beim Herauslöffeln die ganze Zeit über in der Hand halten, um sich nicht zu bekleckern. Gegen Ende des Mittagessens verlässt der Essen ausgebende Mitarbeiter den Raum mit dem Hinweis an die Bewohner, dass er jetzt nach oben fahre. Auf Nachfrage erklärt er, dass er dort weitere Bewohner mit Mittagessen zu versorgen habe.

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 der Einrichtung, die Mahlzeitsituation im Wohnbereich Pflege 2 ruhiger, ansprechender und aktivierender zu gestalten. Im Sinne einer Pflege und Betreuung, die die Würde und Bedürfnisse der Bewohner achtet und ihre Selbständigkeit und Selbstbestimmung fördert, ist es erforderlich, die Bewohner entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten in der eigenständigen Einnahme des Essens, dem Einschenken von Getränken, dem Heranfahren an den Esstisch zu unterstützen und einzubeziehen, z.B. durch das Erfragen

bzw. Wahrnehmen von Bedürfnissen, das Zerkleinern der Speisen, das Bereitstellen offener Getränke und Vorhalten von Gewürzen auf den Tischen und auch, indem sich unruhiger Bewohner angenommen und deren Verhalten hinterfragt wird. Jeglicher Zeitdruck und Hektik während der Mahlzeitsituation sind zu vermeiden. Weiterhin wird die Einrichtung beraten, die Raumsituation für die Einnahme der Mahlzeiten für den Wohnbereich Pflege 2 zu überprüfen und Tische zur Verfügung zu stellen, die auch für Rollstuhlfahrer komplett unterfahrbar sind, auch wenn weitere Bewohner mit am Tisch sitzen.

III.2 Qualitätsbereich: Verpflegung

- III.2.1 Zum Prüfzeitpunkt äußert ein Bewohner, dass das Mittagessen kalt sei. Die Mahlzeit wurde im Speisesaal 2 vorgeschöpft und anschließend im Speisesaal nach der Suppe serviert.

Nachdem der Bewohner diese Äußerung gegenüber dem FQA-Prüfer getroffen hat, fordert dieser die anwesende Pflegekraft auf, dieses Gericht und vier vorgeschöpfte Mahlzeiten, die sich auf einem Servierwagen befinden, mittels vorhandener Mikrowelle auf eine angemessene Temperatur zu erwärmen.

- 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 der Einrichtung, den Ablauf der Mahlzeitenverteilung zu reflektieren, damit für die Bewohner sichergestellt ist, die warmen Speisen in einer angemessenen Temperatur einzunehmen. Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass die Verpflegung in einer angemessenen Qualität gewährleistet ist. Jeder Mensch hat seinen individuellen Essgewohnheiten wie zum Beispiel die Geschwindigkeit des Essens oder die Dauer des Kauens, die sich auf die jeweilige Dauer der Mahlzeitsituation auswirken. Daher raten wir der Einrichtung, diese Bedürfnisse und Interessen sicherzustellen, indem beispielsweise die warmen Speisen zeitnah vor dem Verzehr serviert werden.

III.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation hier: Körperpflege

- III.3.1 Bei einem Bewohner wird die Fußpflege sowie das Kürzen der Fußnägel durch einen externen Fußpfleger erbracht. Zum Prüfzeitpunkt weist der Bewohner sehr lange Fußnägel auf. Der Bewohner ist nicht mehr in der Lage, die erforderliche Fußpflege selbstständig zu organisieren beziehungsweise durchzuführen.

Durch mögliches Scheuern der Fußnägel am Nachbarzeh oder durch Hängenbleiben in der Bettdecke oder Socken besteht eine Verletzungsgefahr, wenn die Fußnägel nicht gekürzt und angemessen gepflegt gehalten werden.

Die Pflegedienstleitung sichert schnellstmöglich die Organisation einer adäquaten Fußpflege zu.

- 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 Die Inspektion der Fußnägel auf Sauberkeit und angemessene Länge sowie die bei Bedarf erforderliche Organisation der notwendigen Nagelpflege stellt unter anderem einen wichtigen Bestandteil zur täglichen Körperpflege der Bewohner dar. Fußnägel sollten spätestens alle 4 - 6 Wochen fachgerecht gekürzt werden.

Wir raten daher dazu, dass die Einrichtung eine angemessene, den individuellen Bedürfnissen der Bewohner entsprechende Nagelpflege nachweislich sicherstellt.

III.4 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

hier: Sturzprophylaxe

- III.4.1 Ein Bewohner ist am 15.04.2019 erstmalig in der Einrichtung in seinem Zimmer gestürzt. Ein Sturzprotokoll und eine Überprüfung des Sturzrisikos sowie sich daraus ableitende Maßnahmen kann die Einrichtung zum Prüfzeitpunkt nicht vorhalten. Zum Prüfzeitpunkt ist ein PDCA-Zyklus nicht erkennbar.
- 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 Um eine sichere Mobilität für die Bewohner zu fördern, raten wir zu einer rechtzeitigen oder erneuten Einschätzung der individuellen Risikofaktoren -besonders nach einem erstmaligen Sturzereignis- sowie zu einer systematischen Sturzerfassung. Dies soll sicherstellen, dass gegebenenfalls geeignete Maßnahmen für den jeweiligen Bewohner abgeleitet und umgesetzt werden können.

III.5 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

hier: Schmerzmanagement

- III.5.1 Ein von chronischem Schmerz betroffener, selbstbestimmter und kognitiv uneingeschränkter Bewohner erhält zusätzlich zur hierfür ärztlich angeordneten Festmedikation bei Schmerzen ein Analgetikum bei Bedarf. Die Gaben sind ausgewiesen, die erforderlichen Wirksamkeitskontrollen finden sich jedoch nicht.

Ein Mitarbeitender gibt an, der Bewohner äußere nach der Gabe weiterhin Schmerzen, wolle jedoch keinen weiteren Bedarf nehmen. Gegenüber dem FQA Vertreter äußert der Bewohner, er wolle den Bedarf nicht ausschöpfen und nutze daher Alternativen wie regelmäßige Ruhepausen zur Schmerzreduktion. Empfundene Schmerzspitzen, zum Prüfzeitpunkt äußert der Bewohner auf der NRS 1-10 eine 12 in Ruhe, wolle er aushalten, da er Bedenken gegenüber einer weitergehenden Schmerzreduktion durch Medikamente habe. Er räumt ein, dass seine Lebensqualität durch den Schmerz leide.

- 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 Um eine Schmerzversorgung nach anerkanntem Stand pflegewissenschaftlicher und medizinischer Kenntnisse zu gewährleisten, raten wir bei der Gabe von Bedarfsmedikamenten, die daraus resultierenden Wirksamkeitskontrollen zu dokumentieren und ggf. zu evaluieren.
Ohne zeitnahe und regelmäßige Wirksamkeitskontrollen nach der Verabreichung von Bedarfsmedikamenten kann eine schnellstmögliche, wirksame Behandlung der aufgetretenen Symptome (z. B. Schmerzlinderung / Steigerung des Bewohnerwohlbefindens) nicht umgesetzt bzw. nachvollzogen werden.

Wenn ein Bewohner nach zu erwartender Wirksamkeit der Gabe weiterhin Schmerzen in einem interventionsbedürftigem Spektrum äußert und gleichzeitig die Bedarfsgabe ablehnt beziehungsweise seinen ärztlich angeordneten Bedarf nicht ausschöpfen möchte und zur Schmerzreduktion Alternativen nutzt, raten wir dies ebenfalls zu dokumentieren.

Da die Einstellung der Schmerzmedikamente bei einem von Schmerzen betroffenen Bewohner langwierig sein kann, ist eine angemessene Schmerzdokumentation erforderlich für den Behandlungserfolg. Gleichzeitig dient dies der Qualitätssicherung in der Schmerzversorgung.

Ein möglicher Erfolg- oder Nichterfolg (Wirksamkeit) kann zudem anhand der Dokumentation als Basis zur Argumentation bei einer angedachten Ausschöpfung der Bedarfsmedika-

mente gegenüber dem Bewohner und dem behandelnden Arzt genutzt werden. Gegebenenfalls kann die Schmerztherapie dadurch soweit angepasst werden, dass Schmerzspitzen weitestgehend vermieden und die Lebensqualität des Bewohners erhöht werden könnte.

III.6 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation
hier: Schmerzmanagement

III.6.1 Während einer teilnehmenden Prozessbeobachtung zur Körperpflege eines weitestgehend immobilten Bewohners ist der Mitarbeitende sehr umsichtig und behutsam. Der linke Arm und die linke Hand des Bewohners sind kontrahiert. Er äußert trotz der umsichtigen Durchführung des Mitarbeitenden laut Schmerzen bei Bewegungen des linken Armes und der linken Hand.

Die Schmerzen sind dem Mitarbeitenden bekannt. Nach erfolgter Körperpflege gibt der Bewohner an, er habe keine Schmerzen mehr.

Im Fachgespräch wird festgestellt, dass der Bewohner für die Schmerzen kein Medikament erhalten kann. Eine Schmerzeinschätzung fehlt, und die bekannten Schmerzäußerungen des Bewohners sind nicht dokumentiert.

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 Um eine Schmerzversorgung nach anerkanntem Stand pflegewissenschaftlicher und medizinischer Kenntnisse zu gewährleisten, raten wir zu einer systematischen Schmerzeinschätzung, um so gegebenenfalls eine für den Bewohner angemessene Schmerzbehandlung, hier: bei zu erwartenden Schmerzen während der pflegerischen Versorgung, in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt einleiten zu können.

III.7 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation
Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge
Qualitätsindikator: Verabreichung von Medikamenten

III.7.1 Laut ärztlicher Anordnung vom 03.01.2019 erhält der Bewohner „ein Klistier rektal, bei > 3 Tage ohne Stuhlgang“. Das Klistier ist zum Prüfzeitpunkt nicht vorrätig. Die Pflegekraft bestellt noch am Prüftag das Medikament in der Apotheke.

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 der Einrichtung sicherzustellen, dass die ärztlich angeordneten Medikamente vorrätig sind, um die ärztliche und gesundheitliche Betreuung der Bewohner ad hoc gewährleisten zu können.

III.8 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation
Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge
Qualitätsindikator: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.8.1 Der Bewohner erhält laut ärztlicher Anordnung vom 03.01.2019 „ein Klistier rektal, bei > 3 Tage ohne Stuhlgang. Laut Pflegedokumentation war der letzte Stuhlgang am 12.04.2019. Der Bewohner hätte laut ärztlicher Anordnung am 16.04.2019 ein Klistier rektal erhalten müssen. Die ärztliche Anordnung wurde seit dem 12.04.2019 bis zum Prüftag nicht fach- und sachgerecht umgesetzt.

Der Bewohner verneint am Prüftag die Anfrage der Pflegekraft, ob er Bauchschmerzen habe. Der Bauch ist zum Prüfzeitpunkt weich.

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 der Einrichtung sicherzustellen, dass die ärztliche Anordnung umgesetzt wird. Der Bewohner neigt aufgrund seiner Grunderkrankung zu einer Verdauungsproblematik, daher raten wir, die Stuhlfrequenz kontinuierlich zu beobachten und zu dokumentieren. Ein Versäumnis der Medikamentengabe bei mehr als drei Tagen ohne Stuhlgang bzw. Obstipation, kann für den Bewohner mit heftigen Bauchschmerzen und einem angeschwollenen Bauch einhergehen, die das Bewohnerwohl beeinträchtigen und im schlimmsten Fall durch die Gefahr eines Schocks gefährden können.

III.9 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

Kernqualitätsbereich: Personelle Besetzung

Qualitätsindikator: Ausreichend fachlich geeignete Pflege- und Betreuungskräfte

- III.9.1 Die Unterstützung und Übernahme von Pflegehandlungen an einem Bewohner, wie Lagern/Mobilisieren und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme finden zum Prüfzeitpunkt ohne Kommunikation von der Pflegekraft mit dem Bewohner statt. Der zu Pflegenden wird zum Prüfzeitpunkt von den Mitarbeitern weder mit Namen angesprochen noch findet eine Information über die bevorstehenden pflegerischen Maßnahmen statt.

Zum Prüfzeitpunkt ist keine angemessene Qualität des pflegerischen Handelns erkennbar. Eine Achtung der Menschenwürde bei der Betreuung des Pflegebedürftigen in angemessener Weise wird zum Prüfzeitpunkt nicht vollbracht.

- 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 der Einrichtung, sicherzustellen, dass die pflegerischen Leistungen in einer dem Bewohner angemessenen Qualität d.h. fachlich geeignetes Personal und Betreuungskräfte eingesetzt wird, damit für die Bewohner, unter Achtung der Menschenwürde, eine angemessene und individuelle Pflege und Betreuung gewährleistet ist.

III.10 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

- III.10.1 Die Verteilung der Mahlzeiten in der Mittagssituation im 1. OG / Speisesaal 1 findet am Prüftag ohne Kommunikation der Mitarbeiter mit den Bewohnern statt. Die Teller werden wortlos durch die Pflegekräfte auf dem Tisch vor den Bewohnern platziert.

Eine angemessene Qualität der Verpflegung durch die fehlende Kommunikation ist am Prüftag nicht gewährleistet.

- III.10.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

- III.10.3 Wir raten der Einrichtung, die Mitarbeiter zu schulen, dass eine angemessene Kommunikation für den Bewohner existentiell ist. Sie dient zunächst einmal der Kontaktaufnahme mit dem pflegebedürftigen Menschen, in Form der Bausteine „In Kontakt treten“, „in Beziehung gehen“. „Erfragen“, „Erläutern“ und „Hinterfragen“. Diese Instrumente der Kommunikation schützen den Bewohner vor einer sozialen Isolation, aus der eine Deprivation entstehen kann.

Eine angemessene Kommunikation hat bzw. bringt auch Information und Orientierung für den Zuhörer, die beispielsweise einem an Demenz erkrankten Bewohner Sicherheit und damit Lebensqualität vermitteln kann.

III.11 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

- III.11.1 Am Prüftag kann der Vertreter der FQA beim Landratsamt München für 1,5 bis 2,0 Stunden im 1. OG beobachten, dass sich auf der obersten Ablagefläche des Pflegewagen, frei zugänglich, ein Schriftstück abgelegt ist, auf dem sich personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten von ca. 8 - 10 Bewohnern des Wohnbereichs befinden.

Während dieser Zeit begegnet dem Vertreter der FQA beim Landratsamt München keine Pflegekraft, um nachzufragen, welche Intention dahinter steckt.

Persönliche Daten sind vor der Einsicht Dritter zu schützen. Dieser Schutz war zum Prüfzeitpunkt nicht gegeben, da jeder Besucher oder sonstige Personen die Möglichkeit hatten, die Daten einzusehen bzw. zu lesen.

- III.11.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

- III.11.3 Wir raten der Einrichtung sicherzustellen, dass zum Schutz der Bewohner personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten vor der Einsicht unbefugter Personenkreise geschützt werden.

Wir raten daher, Schriftstücke mit sensiblen Daten beispielsweise in einer verschließbaren Schublade oder im Schrank aufzubewahren bzw. wenn das Format des Schriftstücks es erlaubt, in der Kitteltasche des Mitarbeiters.

III.12 Qualitätsbereich: Arzneimittel

- III.12.1 Zum Prüfzeitpunkt ist der Insulin-Pen eines Bewohners nicht ordnungsgemäß beschriftet. Es fehlen der Bewohnername, das Anbruch- und das sich daraus ergebende Verfallsdatum.

- III.12.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

- III.12.3 Liquide Medikamente sind nach Anbruch oft nur eine begrenzte Dauer haltbar und die Wirksamkeit kann sich nach der vom Hersteller angegebenen Haltbarkeit verändern. Um eine gesicherte Abgabe des Medikamentes innerhalb der vorgegebenen Verwendbarkeitsdauer zu gewährleisten, raten wir daher zu einer ordnungsgemäßen Beschriftung mit Bewohnernamen, Anbruchs- und dem daraus entsprechend den jeweiligen Herstellerangaben resultierenden Verfallsdatum.

III.13 Qualitätsbereich: Arzneimittel

- III.13.1 Zum Prüfzeitpunkt befinden sich im Zimmer auf dem Sideboard des Bewohners eine Furacin SOL 0,2 % Salbe, 10 x 10 Zentimeter große, unsterile Kompressen in der offenen Primärverpackung, eine Verbandschere, eine Verpackung Opsite Flexifix und Softasept.

Das Verbandsmaterial wird nicht sach- und fachgerecht vor Staub und Schmutz aufbewahrt.

- III.13.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

- III.13.3 Wir raten der Einrichtung, die Mitarbeiter zu schulen, dass Verbandsmaterial vor Umwelteinflüssen, wie Staub und Licht, geschützt aufbewahrt werden sollte, damit gewährleistet und sichergestellt ist, dass bei der Anwendung keine Gefahr einer Kontamination durch Schmutz und andere Erreger für die Wunde und somit für das Bewohnerwohl besteht.

Wir raten daher, das ärztlich angeordnete Verbandsmaterials in einer bewohnerbezogenen Plastikbox mit Deckel aufzubewahren.

III.14 Qualitätsbereich: Hygiene

- III.14.1 Am Prüftag befinden sich auf dem Servierwagen, auf dem 1. OG im Speisesaal 1, vier vorbereitete Teller mit dem Mittagessen darauf.

Diese Form der Bereitstellung von Speisen, in diesem Fall das Mittagessen der Bewohner, entspricht nicht den hygienischen Anforderungen. Das Essen ist weder vor Schmutz noch vor einem Kontakt durch einen anderen Bewohner geschützt.

- III.14.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

- III.14.3 Wir raten der Einrichtung sicherzustellen, dass die Aufbewahrung von Speisen für den späteren Verzehr den hygienischen Anforderung entspricht.
Wir raten deshalb bei vorbereiteten Speisen, die zu einem späteren Verzehr bereitgestellt werden, eine Schutzabdeckung zu verwenden. Das könnte zum Beispiel ein Plastikdeckel sein.

III.15 Qualitätsbereich: Personal

- III.15.1 In der Zeit von 16:00 Uhr am Nachmittag bis 8:00 Uhr des jeweils folgenden Tages geht das Personal auf eingehende Notrufe aus dem benachbarten betreuten Wohnen.

Sowohl am Tag als auch in der Nacht wird dadurch Personal, das uneingeschränkt für den stationären Bereich zur Verfügung stehen soll, zeitweise außerhalb eingesetzt.

- III.15.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG i.V.m. § 15 Abs. 5 AVPflWoqG).

- III.15.3 Gemäß § 15 Abs. 5 AVPflWoqG ist der Einsatz von in einer stationären Einrichtung tätigen Betreuungskräften während ihrer Dienstzeit in ambulanten oder teilstationären Einrichtungen im Sinn des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in anderen Wohnformen im Sinn des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes oder in Formen des betreuten Wohnens unzulässig, soweit nicht Abweichendes in einem Gesamtversorgungsvertrag geregelt ist.

Wir raten der Einrichtung, die Versorgung der Bewohner des Betreuten Wohnens in geeigneter Weise sicherzustellen, ohne Personal des stationären Bereichs während dessen Dienstzeiten heranzuziehen.

III.16 Qualitätsbereich: Personal

- III.16.1 Die Überprüfung der Dienstpläne für Januar bis April 2019 ergab, dass grundsätzlich in den Nächten, hier in der Zeit von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr, immer drei Mitarbeiter, davon mindestens eine Pflegefachkraft, zum Nachtdienst eingeteilt waren. Am 11.04.2019 ist die Eintragung in rot „L“ (Krankheit mit Lohnfortzahlung) und darunter N 11 durchgestrichen unklar. Im abgerechneten Dienstplan ist N11 eingetragen. Nachfrage beim Einrichtungsleiter ergab, dass der Mitarbeiter am 11.04.2019 im ND war, die Eintragung „L“ war falsch und bezog sich nur auf den 12.04.2019. Eine entsprechende Bestätigung werde vom Mitarbeiter nachgereicht. Es sei vergessen worden, dies im Dienstplan zu berichtigen. Eine schriftliche Bestätigung wurde im Rahmen der Stellungnahme zum Prüfbericht 1 eingereicht.

- III.16.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

- III.16.3 Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG muss in der Nacht ausreichend Personal, davon mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein, um die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend dem fachlichen Konzept und der Bewohnerstruktur der stationären Einrichtung sicherzustellen. Der Einrichtung wird geraten, durch eine nachvollziehbare Dienstplangestaltung dieser gesetzliche Vorgabe gerecht zu werden. Deshalb sind Änderungen im Dienstplan einzutragen.
Damit werden Unklarheiten und Missverständnisse bei den Mitarbeitern vermieden bzw. eine nachvollziehbare Personaleinsatzplanung nach dem allgemein anerkannten Standard fachlicher Erkenntnisse gewährleistet.

III.17 Qualitätsbereich: Personal

- III.17.1 Am 15.04.2019 hat sich ein Mitarbeiter um 22 Uhr krankgemeldet und niemand konnte so kurzfristig einspringen. In dieser Nacht ist der maximal zulässige Korridor von 1:40 nicht gewährleistet.
- III.17.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.17.3 Wir raten der Einrichtung, bei der Diensteinteilung darauf zu achten, dass im Nachtdienst, also hier in der Zeit von 21:30 Uhr bis 06:15 Uhr, immer -je nach Bewohnerzahl- die erforderliche Anzahl an Pflegekräften (davon mindestens eine Pflegefachkraft) anwesend ist. Neben der Gewährleistung einer bestmöglichen Betreuungs- und Pflegequalität in der Nacht für die Bewohner dient dies auch der Sicherheit der Einrichtung und der verantwortlichen Pflegekräfte.

III.18 Qualitätsbereich: Personal

- III.18.1 Bei der teilnehmenden Beobachtung in der beschützenden Wohngruppe Geronto 1 am Nachmittag stürzt ein Bewohner im Flurbereich/Aufenthaltsbereich aufgrund eines Schwindelanfalls. Da der diensthabende Sozialpädagoge allein im Dienst ist und dem Bewohner nicht allein ordnungsgemäß wieder auf die Beine helfen kann, telefoniert er nach einer Pflegekraft, damit diese von einem anderen Wohnbereich aus dem Haus zur Hilfe kommen kann. Dabei erreicht er nicht sofort jemanden. Es erfordert einige Anrufversuche. Vom Bemerkten durch den Mitarbeiter bis zum Eintreffen der Pflegekraft vergehen 10 - 15 Minuten. Dem gestürzten Bewohner konnte nicht umgehend geholfen werden. Die anderen Bewohner warten, stehen beim gestürzten Bewohner oder sitzen in der Wohnküche am bereits eingedeckten Kaffeetisch. Da der einzige diensthabende Mitarbeiter der Wohngruppe eine nicht unerhebliche Zeit mit dem Notfall eingebunden war, mussten somit auch die übrigen Bewohner warten.

Auf Nachfrage erklärt der Mitarbeiter, dass er öfter im Spätdienst alleine sei, dass es eine Herausforderung sei, alle Bewohner adäquat zu versorgen, die oftmals unruhigen Nachmittagsstunden für und mit den Bewohnern zu gestalten und diese später für die Nachtruhe vorzubereiten. Tagesstrukturierende Aktivitäten könne er wenig planen, er könne nur reagieren, wenig agieren bzw. planen. Der Mitarbeiter räumt ein, dass er für pflegerische Einrichtungen, die er sich nicht zutraue, jedoch jederzeit eine Pflegekraft von einer anderen Wohngruppe anrufen könne, die dann dazukommen würde. Auch nach Durchsicht der vorgelegten Dienstpläne, ist für die FQA fraglich, wie der diensthabende Sozialpädagoge, der regelmäßig und tatsächlich auch am Prüftag im Spätdienst bis 21:00 Uhr, abgesehen von einer Wohnbereichshilfe von 17:00 - 19:00 Uhr, alleine im Dienst geplant ist, für alle zwölf Bewohner der beschützenden gerontopsychiatrischen Wohngruppe, die teilweise sehr stark kognitiv eingeschränkt und zugleich auch auf pflegerische Versorgung angewiesen sind, überwiegend alleine eine angemessene Pflege und Versorgung (z. B. Abendtoilette) und Betreuung (Alltagsgestaltung) sicherstellen soll. Auch ein Nachtdienst ist allein für die beschützende Wohngruppe regelmäßig nicht geplant.

III.18.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.18.3 Wir raten der Einrichtung, zur Sicherung einer angemessenen Qualität der pflegerischen Versorgung und Betreuung ausreichend fachlich geeignetes Personal einzusetzen, um eine nach Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit angemessene individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen und eine humane aktivierende Pflege zu gewährleisten.

Für Notfälle in der Einrichtung raten wir, die internen Abläufe regelmäßig auf deren Wirksamkeit und Effizienz, insbesondere auch in zeitlicher Hinsicht, zu überprüfen und ggf. anzupassen. Wir raten der Einrichtung sicherzustellen, dass diese Abläufe den Mitarbeitern auch bekannt sind.

III.19 Qualitätsbereich: Personal

III.19.1 Zum Prüfzeitpunkt werden acht Bewohner unterschiedlicher Pflegegrade, bei der Mahlzeitsituation durch einen Pflegehelfer und einem Azubi, der vor sechs Monaten mit der Ausbildung gestartet hat, pflegerisch betreut.
Auf Nachfragen des Vertreters kann der Mitarbeiter keine adäquate Information zu einem Bewohner geben.

Die zum Prüfzeitpunkt festgestellten pflegerischen und sozialpflegerischen Handlungen entsprechen nicht dem Anspruch einer humanen und aktivierenden Pflege und einer angemessenen Qualität.

III.19.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.19.3 Wir raten der Einrichtung eine angemessene Qualität der pflegerischen Versorgung der Bewohner nach dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sicherzustellen.
Zudem raten wir, bei Bewohnern während der Mahlzeitsituation, fachlich geeignetes Personal nach Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit einzusetzen.

IV. Festgestellte wiederholte Mängel

IV.1 Qualitätsbereich: Personal

IV.1.1 Eine Überprüfung der Dienstpläne für die Monate Februar bis April 2019 ergab, dass auf diesen die Mitarbeiterqualifikationen nicht durchgängig angegeben wurden. Dies bezieht sich sowohl auf händische Ergänzungen als auch auf abgerechnete Eintragungen.

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 Es wird geraten, auf die Sicherstellung einer Personaleinsatzplanung nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu achten. Die Mitarbeiter der jeweiligen Wohnbereiche müssen auf den für sie maßgeblichen, wohnbereichsbezogenen Dienstplänen die diensthabenden Pflege- und Betreuungskräfte übersichtlich und transparent, mit jeweiligem Vor- und Zunamen, erkennen können. Darüber hinaus sind den namentlich zu bezeichnenden Pflege- und Betreuungskräften die jeweiligen Qualifikationen (Pflegefachkraft/ Pflegehilfskraft) zuzuordnen. Dies gilt insbesondere auch für den Einsatz von möglichen Zeitarbeitskräften. Für die Mitarbeiter der Einrichtung muss zweifelsfrei erkennbar sein, welche Fachkräfte aus dem Bereich der Pflege und Betreuung im Versorgungsfall zur Verfügung stehen.

V. **Festgestellte erhebliche Mängel**

Zum Prüfzeitpunkt am 17.04.2019 wurden seitens der FQA beim Landratsamt München keine erheblichen Mängel festgestellt.

VI. **Veröffentlichung des Prüfberichtes**

Dieser Prüfbericht wird dem Wunsch des Trägers entsprechend 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 überprüfte Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, der Bezirk Oberbayern und der MDK erhalten einen Abdruck dieses Prüfberichtes 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, Mariahilfplatz 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 (GVBI 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 Gebührenvorschuss zu entrichten.

Wiesner