



**Heimaufsicht, Gesundheits-  
förderung und -prävention**

München, 20.02.2017

**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 11.10.2016 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

**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:	94
Belegte Plätze:	92
Plätze für Kurzzeitpflege:	nach Bedarf/Verfügbarkeit
Einzelzimmerquote:	40,68 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 48,69 %

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**

- Die Einrichtung unternimmt Anstrengungen, um das Bewusstsein für die Palliativarbeit in der Einrichtung zu fördern. Die Einrichtungsleitung macht derzeit eine Weiterbildung zur Palliativ Care Fachkraft. Zudem steht die Einrichtung in engem Kontakt mit der Gemeinde Oberschleißheim und dem Hospizverein. Hierzu finden alle drei Monate Palliativbesprechungen. Das vorgehaltene Ausweichzimmer kann außerdem als Palliativzimmer genutzt werden. Hier findet sich eine Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige.
- Das Foyer lädt mit seiner zum Zeitpunkt der Begehung herbstlichen Dekoration zum Verweilen ein. Der große Sitzbereich im Foyer bietet viele Sitzmöglichkeiten für die Bewohner und ihre Angehörigen. Zudem ist der Eingangsbereich sehr hell und einladend gestaltet.
- Im Eingangsbereich findet sich eine große Informationstafel mit allen wichtigen Informationen wie z.B. bevorstehende Veranstaltungen, Bewohnervertretung, Notdienste/Ärzte, Beschäftigungsangebot und verschiedene Dienstleister.
- Der AWO Seniorenpark verfügt über eine ausgeprägte Abschiedskultur um den Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern Zeit zum würdevollen Abschiednehmen einzuräumen. Im ersten Stock befindet sich eine Abschiedsecke mit einem Abschiedsbuch, in dem für jeden verstorbenen Bewohner eine Seite individuell mit Bildern, Zeichnungen und Kondolenzsprüchen gestaltet wird. In der Abschiedsecke besteht auch die Möglichkeit Bilder von verstorbenen Bewohnern aufzuhängen. Zudem verfügt das Seniorenzentrum über einen Abschiedsraum.
- In der Einrichtung wird großen Wert auf die Ausbildung von Fachkräften gelegt. So absolvieren derzeit neun Auszubildende die dreijährige Ausbildung zu Altenpflegern und zwei Auszubildende die einjährige Ausbildung zu Pflegehelfern. Dies wird, wie in der Vergangenheit, als gute Möglichkeit angesehen, geeignetes Personal für die Zukunft zu akquirieren. Begleitet werden die Auszubildenden von drei Praxisanleitern.
- In der Einrichtung engagieren sich ca. 7 ehrenamtliche Mitarbeiter, um zu einer Steigerung der Lebens- und Wohnqualität der Bewohner beizutragen. Hierfür besteht eine Kooperation mit der Gemeinde. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter begleiten die Bewohner bei Ausflügen und besuchen sie in der Einrichtung.
- Im Kultursaal der Einrichtung finden sowohl katholische, als auch evangelische Gottesdienste im monatlichen Wechsel statt. Der Kultursaal wird aufgrund seiner Gestaltung auch oftmals für die Märchenstunde genutzt.

- Der Speiseplan bietet ein vielfältiges und abwechslungsreiches Angebot an warmen und kalten Speisen, welche in der Küche im Keller frisch zubereitet werden. Der Speiseplan enthält Angaben über die in den Speisen enthaltenen Zusatzstoffe. Zur besseren Verständlichkeit der angebotenen Fleischarten werden Bilder der jeweiligen Tiere auf dem Speiseplan abgebildet.
- Der für den Sozialdienst verantwortliche Mitarbeiter ist bereits seit 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 sehr 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.
- Die Versorgung und Betreuung in den gerontopsychiatrischen Wohngruppen erfolgt in einem multiprofessionellen Team durch Pflegekräfte und Sozialpädagogen gemeinsam von montags bis sonntags. Dies gewährleistet eine kontinuierliche tagesstrukturierende Begleitung der dementiell beeinträchtigten Bewohner, auch an den Wochenenden.
- Die Angebote der sozialen Betreuung sind vielseitig und berücksichtigen jahreszeitliche und biografische Aspekte sowie kulturelle und religiöse Bedürfnisse. Es finden gruppen-, einzel- und gemeinwesenorientierte Aktivitäten statt.
- Zum Prüfzeitpunkt herrscht in der Einrichtung eine ruhige und freundliche Atmosphäre. Der Umgang mit den Bewohnern ist wertschätzend und dem jeweiligen Bewohner angemessen.

## 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 40,68 %. 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.

II.2.2 Gemäß der Anweisung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vom 08.01.2015 zur Nachtdienstbesetzung, wonach seit 01.07.2015 ein Nachtwachenschlüssel von 1:30 bzw. 1:40 in der Nacht sicherzustellen ist, also eine Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohner, wird die Einrichtung zu den beispielhaften Indikatoren, die das Ministerium hierzu als Hilfestellung angeführt hat und die für die Anwendung des Schlüssels 1:30 sprechen, befragt.

Die Personalbesetzung im Nachtdienst erfolgt den Angaben der Einrichtung zufolge im Regelfall mit jeweils einer Pflegefachkraft und zwei Pflegehilfskräften.

Entsprechend dieser Grundregelung beträgt der Betreuungsschlüssel damit ausgehend von einer zum Prüfzeitpunkt aktuellen Belegungszahl mit 92 Bewohnern 1:30,67.

Die FQA verweist jedoch ergänzend auf ein aktuelles Schreiben des StMGP vom 19.10.2015, wonach rüstige Bewohner im Rahmen des Nachtwachenschlüssels dann unberücksichtigt bleiben können, wenn diese nicht nur eingestreut sind, sondern einen nicht unerheblichen Anteil an der Gesamtbewohnerschaft darstellen.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgabe kann aus Sicht der FQA im vorliegenden Fall kein Abzug der vier rüstigen Bewohner von der Berechnungsgrundlage des Nachtwachenschlüssels erfolgen, so dass sich der vorgenannte Betreuungsschlüssel von 1:30,67 nicht verändert.

Die Vertreter der FQA verweisen darauf, dass gemäß dem o.g. Schreiben des StMGP vom 08.01.2016 jedoch auch eine Prüfung der übrigen Indikatoren im Hinblick auf eine ggf. erforderliche Anwendung des erhöhten Nachtwachenschlüssels von 1:30 erfolgen müsse.

1. Hoher Anteil immobilier Bewohner:

Von einer hohen Zahl im Sinne der Verwaltungsvorschrift kann ausgegangen werden, wenn mehr als 25 % der Bewohner immobil sind. Der Anteil der immobilien Bewohner, so z.B. derjenigen Bewohner, die nachts besondere Unterstützung, z.B. Hilfe beim Toilettengang, bei der Inkontinenzversorgung oder bei Lagerungen benötigen, liegt laut Einrichtungsleitung zum Prüfzeitpunkt bei ca. 80 %.

=> Dieser Indikator ist zum Prüfzeitpunkt erfüllt.

2. Anzahl der Pflegestufen 2 und 3 im Vergleich zur Anzahl der Pflegestufen 0 und 1 überwiegt:

Aus pflegfachlicher Sicht haben Bewohner mit Pflegestufe 2 und 3 grundsätzlich einen höheren zeitlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand.

Die jeweilige Anzahl wird anhand der Bewohnerliste, auf der die Pflegestufen aufgeführt sind, ermittelt. Die Anzahl der Bewohner mit Pflegestufen 2 und 3 beträgt zum Prüfzeitpunkt 55 (davon 37 Bewohner mit Pflegestufe 2 und 18 Bewohner mit Pflegestufe 3), mit Pflegestufen 0 und 1 befinden sich 37 Bewohner in der Einrichtung (davon 2 Bewohner mit Pflegestufe 0 und 35 Bewohner mit Pflegestufe 1).

=> Dieser Indikator ist zum Prüfzeitpunkt erfüllt.

3. Erkenntnisse über Unruhezuständen:

Nach Auskunft der Einrichtung gebe es zum Prüfzeitpunkt 4 Bewohner im allgemeinen Bereich und 4 Bewohner im geschlossenen gerontopsychiatrischen Wohnbereich mit sogenanntem herausforderndem Verhalten. Die Bewohner werden dann je nach ihren Anliegen versorgt.

Die Vertreter der Einrichtung erklären, dass der erforderliche Pflege- und Betreuungsaufwand für dieses Bewohnerklientel durch die bisherige Nachtwachenbesetzung bewältigt werden konnte.

Damit gibt es zum Prüfzeitpunkt zwar acht Bewohner mit Unruhezuständen in der Nacht, jedoch mit einem verhältnismäßig geringen Anteil gemessen an der Gesamt-Bewohnerzahl.

=> Der Indikator ist zum Prüfzeitpunkt nicht erfüllt.

4. Anzahl und Anordnung der Gebäude (mehrere oder verwinkelte Gebäude):

Bezüglich dieses Indikators erstreckt sich die Einrichtung weder auf mehrere Gebäude, noch ist von einer sternförmigen Gebäudearchitektur mit eigenen Gebäudeteilen auszugehen, welche über eigene Nebeneingänge erschlossen sind.

=> Dieser Indikator ist zum Prüfzeitpunkt nicht erfüllt.

5. Die Einrichtung erstreckt sich über mehr als zwei Geschosse:

Die Einrichtung verfügt über insgesamt 4 Wohnbereiche, welche sich auf 3 Stockwerke verteilen.

=> Dieser Indikator ist zum Prüfzeitpunkt erfüllt.

Da, wie oben dargelegt, zum Prüfzeitpunkt 3 der 5 Indikatoren erfüllt sind beträgt der maximal zulässige Personalbetreuungsschlüssel im Nachtdienst zum Prüfzeitpunkt (26.01.2016) gemäß den Vorgaben des StMGP 1:30. Die Einrichtung kann jedoch gemäß den Feststellungen der FQA nur einen Betreuungsschlüssel von 1:30,67 vorhalten. Zum Prüfzeitpunkt erklärt die Einrichtung, dass es sich um eine geringfügige Abweichung von dem Nachtwachenschlüssel 1:30 handelt und die Einrichtung die nächtliche Versorgung ihrer Bewohner mit den vorgehaltenen 3 Pflegekräften gewährleisten kann.

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.

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. Die FQA weist vorsorglich darauf hin, dass mit Pflegekräften im Sinne der Verwaltungsvorschrift sowohl Fach- als auch Hilfskräfte aus dem Bereich der Pflege gemeint sind. Wie bisher muss mindestens eine der in der Nacht anwesenden Pflegekräfte eine Fachkraft sein.

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.3 Qualitätsempfehlungen

### II.3.1 Qualitätsbereich: Personal

hier: Personelle Besetzung/ ausreichend personelle Besetzung

Eine Überprüfung der Dienstpläne für die Monate August 2016, September 2016 und Oktober 2016 ergab, dass Pflegefachkräfte nicht in jedem Wohnbereich und jeder Schicht eingeteilt werden. Vor allem in den Spätschichten werden meist nur eine oder zwei Pflegefachkräfte und mehrere Pflegehilfskräfte für insgesamt drei Wohnbereiche verteilt auf fünf Stockwerke eingesetzt.

Aufgrund der verwinkelten „U“-Form der Einrichtung und den drei Stockwerken sind längere Wegstrecken durch die Pflegekräfte zurückzulegen.

Durch einen erhöhten Einsatz von Pflegefachkräften (z.B. mindestens 1 Pflegefachkraft pro Wohnbereich) können mögliche Gefahren wie z.B. dass Pflegekräfte nicht adäquat und in angemessener Zeit auf einen Notruf reagieren kann, wenn die Pflegefachkräfte bereits mit einer konkreten Pflege- oder Betreuungssituation befasst sind vermieden werden. Somit kann der Gefahr möglicher Betreuungs- und Versorgungslücken v.a. im Spätdienst effektiv begegnet werden.

**Zur Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität wird empfohlen, pro Wohnbereich und Schicht jeweils eine Pflegefachkraft einzuteilen, um mit ausreichend fachlich geeignetem Personal eine angemessene Qualität der pflegerischen Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse i. S. d. Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PflWoqG sichern zu können.**

### II.3.2 Qualitätsbereich: Hygiene

Den Angaben der Vertreter der Einrichtung zufolge werden die Mitarbeiter regelmäßig durch den Hygienebeauftragten in Themen der Hygiene geschult.

Aus dem Fortbildungsplan 2016 sind keine Schulungen im Bereich der Hygiene, weder durch interne Mitarbeiter noch durch externe Firmen, in der Einrichtung ersichtlich.

**Es wird empfohlen, die Einweisungen / ggf. Folgeeinweisungen und Schulungen im Bereich der Hygiene (Hauswirtschaft und Pflege) unter Angabe der konkreten Schulungsthemen im Fortbildungsplan zu benennen bzw. in den Fortbildungsplan 2016 mit aufzunehmen.**

### II.3.3 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

hier: Beschwerdemanagement

Als Beschwerdebeauftragter wurde die Einrichtungsleitung bestimmt. Eingehende Beschwerden werden von den Mitarbeitern auf einem entsprechenden Formblatt erfasst und an den zuständigen Bereich weitergeleitet. Nach Erledigung findet ein Abschlussgespräch mit dem Beschwerdeführer statt. Das Formblatt liegt jedoch nicht für die Bewohner oder die Angehörigen in der Einrichtung offen aus, so dass eine anonymisierte Beschwerde nicht möglich ist.

**Es wird empfohlen, das in der Einrichtung vorhandene Formblatt an geeigneter Stelle auszulegen, um damit die Hemmschwelle für evtl. Beschwerdeführer zu verringern und die Möglichkeit einer anonymen Beschwerdeeinbringung zu bieten.**

### II.3.4 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

hier: Beschwerdemanagement

Beim Hausrundgang wird festgestellt, dass am Schwarzen Brett im Eingangsbereich ein Hinweis auf vorhandene Beratungs- und Beschwerdestellen, nämlich die FQA beim Landratsamt München nebst Anschrift vorhanden ist. Die Ansprechpartnerin für die Verwaltung

wird mit Telefonnummer angegeben, nicht jedoch die Ansprechpartner für die Pflege und die Soziale Betreuung mit den jeweiligen Telefonnummern.

**Der Einrichtung wird empfohlen, ergänzend alle Ansprechpartner der einzelnen Professionen der zuständigen FQA zu nennen.**

### II.3.5 Qualitätsbereich: Brandschutz

Nach Maßgabe eines durch die Einrichtung vorgelegten Durchführungsnachweises wurde im Vorfeld der FQA-Prüfung letztmalig am 22.11.2014 eine Brandschutzübung für alle Mitarbeiter mit der Feuerwehr gemacht.

Die Einrichtung legt auch weitere Durchführungsnachweise über eine am 28.10.2015 durchgeführte Brandschutzunterweisung für Brandschutzhelfer vor. Die darin vermittelten Informationen können vorgelegt werden.

Zudem sind aus dem internen Fortbildungsplan keine Sicherheitseinweisungen (inkl. Brandschutz) für die Kräfte aus Pflege, Betreuung und HSK ersichtlich, weder durch interne Mitarbeiter noch durch externe Firmen.

**Zur Verbesserung des allgemeinen Brandschutzes in der Einrichtung wird empfohlen, regelmäßige (jährliche) Brandschutzübungen (z.B. Evakuierungsübungen, praktische Übungen mit Feuerlöschern) ggf. in Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr durchzuführen, um den bestmöglichen Schutz der Bewohner vor möglichen Gefahren hinreichend gewährleisten zu können. Durch regelmäßige, jährliche Brandschutzübungen kann die Kenntnis und Sicherheit der Mitarbeiter in der Einrichtung im Umgang mit möglichen Gefahrensituationen verbessert und einem möglichen Informationsverlust, in Anbetracht möglicher Veränderungen im Personalbereich, entgegen gewirkt werden.**

**Außerdem wird empfohlen, die Sicherheitseinweisungen / ggf. Folgeeinweisungen mit evtl. Brandschutzübungen bzw. Ersthelfer-Grundlehrgänge und Ausbildungen zum Brandschutzhelfer in den Fortbildungsplan 2016 mitaufzunehmen, um die angebotenen Maßnahmen in der Einrichtung transparent und übersichtlich für alle Mitarbeiter darzustellen.**

### II.3.6 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Einem Bewohner des Wohnbereichs Geronto 1 soll gemäß einer wirksamen ärztlichen Verordnung vom 02.09.2015 das Medikament „Quetiapin 25 mg“ verabreicht werden. Laut ärztlicher Verordnung erhält der Bewohner von dem Medikament morgens und nachts je eine Tablette.

Den Angaben des Aufklebers auf der Umverpackung zufolge wurde das Bedarfsmedikament am 09.08.2016 geliefert. Auf dem Deckel der Umverpackung wurde das Datum 07.09.2016 handschriftlich ergänzt. Die Mitarbeiter der Einrichtung erklären, dass es sich dabei um das Anbruchsdatum handelt.

**Es wird empfohlen Arzneimittel mit Anbruch- und Verfallsdaten zu beschriften. Ohne das gesonderte und gesicherte Vermerken eines Anbruchdatums auf den hierfür vorgesehenen Aufkleber mit ggf. notwendigen zusätzlichen korrekten Hinweisen zum Verfall (insb. bei vorzeitigem Verfall des Medikaments nach Anbruch) kann die Haltbarkeit des Medikaments nur erschwert festgestellt und eine gesicherte Abgabe nur eingeschränkt gewährleistet werden. Bei der Ermittlung des zutreffenden Verfallsdatums sind insbesondere bei Flüssigmedikamenten Auswertungen der zugehörigen Beipackzettel vorzunehmen, sofern Anhaltspunkte für einen von der Prägung abweichenden, vorzeitigen Verfall nach Anbruch des Medikaments bestehen.**

II.3.7 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung  
hier: soziale Lebensbereiche

Zum Prüfzeitpunkt gibt ein Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 auf Nachfrage an, er habe keine Betreuung oder Besuche und ihm sei manchmal ein bisschen fad. Er würde gerne mal nach draußen und spazieren gehen. „Es kommt so gut wie gar nicht jemand, daran hapert's“.

Im Bereich der sozialen Betreuung sind für den Bewohner tatsächlich keine Einzelbetreuungen oder Spaziergänge geplant.

**Es wird empfohlen für die Bewohner für sie geeignete Angebote deren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend sicherzustellen.**

**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.**

III.1 Qualitätsbereich: Personal  
hier: Personelle Besetzung/ Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

III.1.1 Das Personalsoll in der Einrichtung beträgt 39,84 Vollzeitstellen. Davon müssen 50 % Fachkräfte sein (= 19,92 Vollzeitstellen). Es werden in der Einrichtung 19,4 Vollzeitstellen bezüglich der Fachkräfte vorgehalten. Somit beträgt die Fachkraftquote (zum Personalsoll) 48,69 % zum Prüfzeitpunkt. Im Nachgang zur Begehung konnte die Einrichtungsleitung anhand von Mitarbeiter- und Bewohnerlisten für den Monat November 2016 belegen, dass die Fachkraftquote mit 50,33 % wieder erreicht wurde.

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 Es wird geraten, ausreichend Fachkräfte in der Betreuung und Pflege einzusetzen, um eine angemessene Qualität der Versorgung zu erreichen. Die in § 15 Abs. 1 Satz 2 AVPflWoqG festgelegte Fachkraftquote von 50 %, gemessen am Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohner, ist einzuhalten. Bei der Fachkraftquote handelt es sich um eine konkrete rechtliche Vorgabe, die zu jeder Zeit erfüllt sein muss, so dass die FQA bei Abweichungen stets gehalten ist, einen Mangel festzustellen. Abweichungen von den gesetzlichen Anforderungen bzw. Mängel stellen grundsätzlich eine Gefahr für das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner dar. Es wird geraten, bei einer Unterschreitung oder absehbarer Unterschreitung der Fachkräfte frühzeitig bzw. schnellstmögliche zusätzliche Fachkräfte zu akquirieren.

III.2 Qualitätsbereich: Personal  
hier: Personelle Besetzung/ ausreichend gerontopsychiatrische Fachkräfte

III.2.1 Der gerontopsychiatrische Fachkräfteanteil in der Einrichtung liegt am Prüftag mit 2,0 Vollzeitstellen unterhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Quote gemessen an der zu betreuenden Bewohnerzahl in der Einrichtung. In der Einrichtung wohnen am Prüftag 67 Bewohner im allgemeinen Pflegebereich und 25 Bewohner in den gerontopsychiatrischen Wohnbereichen. Auf der Grundlage des nach § 15 Abs. 3 AVPflWoqG zu ermittelnden, gerontopsychiatrischen Fachkräfteanteils errechnet sich am Prüftag ein Personalbedarf von 3,48 Vollzeitstellen. In Abhängigkeit vom bewohnerorientierten Personalbedarf liegt insofern eine Bedarfsunterdeckung von 1,48 Vollzeitstellen vor.

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 Es wird geraten, den in § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG vorgeschriebenen Beschäftigungsumfang von gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften gemessen am gerontopsychiatrischen Betreuungsbedarf der Gesamtbewohnerschaft einzuhalten. In stationären Einrichtungen der Pflege und für ältere Menschen wird eine Quote von einer Fachkraft pro 30 Bewohnerinnen und Bewohner und in gerontopsychiatrischen Einrichtungen oder Wohnbereichen von einer Fachkraft pro 20 Bewohnerinnen und Bewohner vorgegeben. Durch diese ordnungsrechtliche Vorgabe sollen die besonderen Bedürfnisse der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen Berücksichtigung finden. Die Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Menschen umfasst nicht nur die somatische Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern insbesondere auch Aspekte der sozialen Betreuung und des Wissens im Umgang mit dieser Erkrankung.
- Damit der Einsatz gerontopsychiatrisch qualifizierter Fachkräfte seinen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität leisten kann, hat die Einrichtung nicht nur die vorgegebene Fachkraftquote zu erfüllen, sondern auch sicherzustellen, dass das dadurch vorhandene größere Know-how der Pflege- und Betreuungskräfte im erforderlichen Umfang Raum greift und von den weitergebildeten Personen als Multiplikatoren an die anderen in der Einrichtung tätigen Personen weiter gegeben wird.
- Durch die ausreichende Vorhaltung von gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften kann insofern eine verbesserte, bedarfsorientierte Pflege und Betreuung der Bewohnerschaft in der Einrichtung erreicht werden.

### III.3 Qualitätsbereich: Personal hier: Personaleinsatzplanung

- III.3.1 Bei Durchsicht der Dienstpläne für die Monate August 2016 und September 2016 fällt auf, dass bei zwei Mitarbeitern der Einsatz in einer anderen Einrichtung desselben Trägers vermerkt ist. Im Nachgang werden von der Einrichtungsleitung die Bestätigungen über die kurzfristigen Versetzungen der beiden Mitarbeiter eingereicht.
- Diese Mitarbeiter werden auf den Dienstplänen als Vollzeitkräfte mit 39 Wochenstunden und einem Stellenanteil von 1,0 aufgeführt, obwohl sie nachweislich nicht nur in der geprüften Einrichtung tätig waren. Ebenso verhält es sich mit den Mitarbeiterlisten. Hier werden die Mitarbeiter als Fachkräfte mit einem Stellenanteil von 1,0 angegeben, obwohl sich dieser Stellenanteil um den Anteil der Tätigkeit in einer anderen Einrichtung mindern müsste.
- 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 Es wird geraten, bei einem einrichtungsübergreifenden Einsatz von Mitarbeitern dafür Sorge zu tragen, dass die Dienstpläne sowie die Mitarbeiterlisten entsprechend berichtigt und aktualisiert werden. Der Stellenanteil von 1,0 entspricht einer Vollzeitstelle und damit 39 Wochenstunden. Sofern ein Mitarbeiter in eine andere Einrichtung versetzt wird, ist die Wochenarbeitszeit entsprechend um diese Stunden zu reduzieren. Der Stellenanteil von 1,0 auf den Mitarbeiterlisten ist damit auch in allen Einrichtungen um den Anteil der jeweils in einer anderen Einrichtung geleisteten Arbeitsstunden zu kürzen. Ein Mitarbeiter soll bei der Berechnung der Fachkraftquote der jeweiligen Einrichtungen nicht mehrfach mit einem Stellenanteil von je 1,0 angerechnet werden, sondern in der Summe höchstens eine 1,0-Vollzeitstelle ergeben. Damit wird eine ordnungsgemäße Personaleinsatzplanung gewährleistet.

### III.4 Qualitätsbereich: Personal hier: Personaleinsatzplanung

- III.4.1 Eine Überprüfung der Dienstpläne für den Monat September 2016 ergab, dass auf diesen die Mitarbeiterqualifikationen nicht durchgängig angegeben wurden. Auf den Dienstplänen der Wohnbereiche Geronto 1, Geronto 2, Pflege 1 und Pflege 2 wurden jeweils handschriftlich zusätzlich eingeteilte Mitarbeiter angefügt, ohne die jeweilige Qualifikation (Pflegefachkraft/Pflegehilfskraft) bzw. Profession der Mitarbeiter zu bezeichnen.

Auf dem Dienstplan des Wohnbereichs Geronto 1 für den Monat Oktober 2016 ist die Ergänzung „Geronto 2, Ma“ zu finden, welche keine Rückschlüsse auf den betreffenden Mitarbeiter schließen lässt.

- 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 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.

### III.5 Qualitätsbereich: Bauliche Anforderungen

- III.5.1 Beim Hausrundgang fällt beim Betreten des Treppenhauses im zweiten Stock auf, dass die Stufenmarkierung an der obersten Trittstufe sehr abgenutzt und dadurch kaum erkennbar ist. Dadurch können ältere Menschen nicht auf die Stufen einer Treppe aufmerksam gemacht werden, so dass eine Verletzungsgefahr für die Bewohner besteht.
- 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 Es wird geraten, im Rahmen der Obhutspflicht Verletzungsgefahren für Bewohner zu vermeiden bzw. entsprechend zu kennzeichnen.  
Gemäß § 2 Abs.1 S.1 AVPflWoqG i.V.m. 4.3.6.4 der DIN 18040-2 müssen die Elemente der Treppe leicht erkennbar sein. Als Lösung für die leichte Erkennbarkeit von Einzelstufen und Stufen einer Treppe sind Stufenmarkierungen mit einem durchgehenden Streifen, der visuell kontrastierend zu den Stufenbelägen und den Podestflächen ist, anzubringen. Da sich die Treppe in einem Treppenhaus befindet, muss mindestens eine Markierung der ersten und letzten Stufe der Treppenläufe vorgenommen werden.

### III.6 Qualitätsbereich: Bewohnersicherheit

- III.6.1 Beim Hausrundgang fällt im geschlossenen, beschützenden Wohnbereich ein Reinigungswagen der externen Reinigungsfirma vor einem Bewohnerzimmer auf. Auf dem Putzwagen befindet sich das Reinigungsmittel „Milizid Lemonfresh“, welches offen und unverschlossen ist. Die Reinigungskraft ist zu diesem Zeitpunkt mit der Reinigung des Bewohnerzimmers beschäftigt. Die Einrichtungsleitung spricht die Reinigungskraft auf das offene Reinigungsmittel an. Diese erwidert sie wisse schon, dass die Reinigungsmittel weggeräumt werden müssen.
- 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 Ältere Menschen können kleingedruckte oder zu bunte Schriften nicht oder nur mit Mühe lesen; sie verwechseln z. B. Getränkeflaschen mit Reinigungsmitteln oder Shampoo. Ältere und betagte Menschen haben häufig einen reduzierten Geruchs- und Geschmackssinn. Deshalb können sie nicht oder nur schlecht feststellen, ob sie etwas Genießbares essen und trinken.  
Es wird daher geraten, Reinigungs- oder Desinfektionsmittel niemals in Reichweite von Bewohnern gelangen zu lassen und diese in einem abgeschlossenen Raum aufzubewahren.

### III.7 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.7.1 Einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 soll gemäß einer wirksamen ärztlichen Verordnung vom 06.07.2016 vom Medikament „Metoprolol“ 47,5 mg verabreicht werden. Laut ärztlicher Verordnung erhält der Bewohner von dem Festmedikament morgens ½ Tablette. Zum Prüfzeitpunkt kann mit der anwesenden Pflegedienstleitung und der zuständigen Pflegefachkraft nicht geklärt werden, wie 47,5 mg von diesem Medikament verabreicht werden können, wenn Tabletten mit 100 mg vorgehalten werden. Die Pflegedienstleitung gibt an den behandelnden Arzt darüber zu informieren.
- 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 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat zweifelsfreie Anordnungen des behandelnden Arztes sicherzustellen. Dies dient sowohl der Sicherheit des Bewohners als auch der Sicherheit der durchführenden Pflegekraft.

### III.8 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.8.1 Einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 soll gemäß einer wirksamen ärztlichen Verordnung vom 11.07.2016 das Medikament „Novalgine“ in Form von Tropfen verabreicht werden. Laut ärztlicher Verordnung erhält der Bewohner von dem Festmedikament morgens, mittags und abends je 30 Tropfen.  
Dieses Festmedikament wurde am 19.09.2016 vom Arzt abgesetzt und gleichzeitig mit der Dosierung 15–15–15 wieder angesetzt.  
Laut dem Aufkleber auf der Umverpackung und der Flasche wurde das Medikament am 27.09.2016 von der Apotheke geliefert. Als Anbruchsdatum wurde der 07.09.2016 auf dem Aufkleber vermerkt. Laut Aussagen der Mitarbeiter handle es sich bei dem Anbruchsdatum um ein Versehen, da das Anbruchsdatum zeitlich nicht vor dem Lieferdatum liegen kann. Es befinden sich weder auf der Umverpackung noch auf der Flasche Angaben zum Verfallsdatum.
- 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 Es wird geraten, Arzneimittel mit Anbruch- und Verfallsdaten korrekt zu beschriften. Arzneimittel – insbesondere Salben, Emulsionen und Lösungen – verändern ihre Konsistenz mit längerer Lagerung und aufgrund äußerer Einflüsse; sie sind nur begrenzt verwendungsfähig. Das Vermerken des korrekten Anbruch- und Verfallsdatums ist bei diesen Arzneimitteln entscheidend, um einen ordnungsgemäßen Umgang gewährleisten zu können. So sind Tropfen nach dem Öffnen meist nur begrenzte Zeit haltbar. Ohne das gesonderte und gesicherte Vermerken eines Anbruchdatums mit ggf. notwendigen zusätzlichen korrekten Hinweisen zum Verfall (insb. bei vorzeitigem Verfall des Medikaments nach Anbruch) kann die Haltbarkeit des Medikaments nur erschwert festgestellt und eine gesicherte Abgabe nur eingeschränkt gewährleistet werden. Bei der Ermittlung des zutreffenden Verfallsdatums sind insbesondere bei Flüssigmedikamenten Auswertungen der zugehörigen Beipackzettel vorzunehmen, sofern Anhaltspunkte für einen von der Prägung abweichenden, vorzeitigen Verfall nach Anbruch des Medikaments bestehen.

### III.9 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.9.1 Einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 soll gemäß einer wirksamen ärztlichen Verordnung vom 11.07.2016 das Medikament „Novalgin 500 mg“ bedarfsweise bei Schmerzen verabreicht werden. Laut ärztlicher Verordnung erhält der Bewohner von dem Medikament bedarfsweise maximal 30 Tropfen in 24 Stunden.  
Die Indikation „bei Schmerzen“ entspricht keiner ordnungsgemäßen Anordnung. Eine Verabreichung von Schmerzmedikamenten bei oben genannter Indikation kann bei akuten Erkrankungen die Behandlung verzögern und unter Umständen sogar lebensgefährlich werden.
- 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 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat zweifelsfreie Anordnungen des behandelnden Arztes sicherzustellen. Dies dient sowohl der Sicherheit des Bewohners als auch der Sicherheit der durchführenden Pflegekraft.  
Im Falle einer Bedarfsmedikation hat der anordnende Arzt die Bedarfsdiagnose, das Medikament sowie deren Dosierung, die Art und den Zeitpunkt der Applikation eindeutig zu bezeichnen.

### III.10 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.10.1 Bei der Überprüfung des Medikamentenkühlschranks im Wohnbereich Pflege 1 wird festgestellt, dass hinsichtlich der täglich durchzuführenden Kontrollen über die Einhaltung der vorgegebenen Temperaturgrenzwerte (min. + 2 C° bis max. + 8 C°) keine Kontrollliste durch die Mitarbeiter geführt wird. Die Mitarbeiter geben an, dass der Frühdienst morgens die Temperatur des Medikamentenkühlschranks kontrolliere, jedoch nicht dokumentiere. Bei Abweichungen von den vorgegebenen Temperaturgrenzwerten halte man Rücksprache mit der Apotheke und informiere den Hausmeister.
- 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 Es wird geraten, die Temperaturen von Medikamentenkühlschränken täglich zu kontrollieren und auf einer hierfür vorgesehenen Kontrollliste abzuzeichnen, um die ordnungsgemäße Lagerung von thermolabilen Medikamenten kontinuierlich und nachweislich sicherstellen zu können.

### III.11 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.11.1 Einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 soll gemäß einer wirksamen ärztlichen Verordnung vom 06.07.2016 vom Medikament „Metoprolol 47,5 mg“ verabreicht werden. Laut ärztlicher Verordnung erhält der Bewohner von dem Festmedikament morgens ½ Tablette. Zum Prüfzeitpunkt werden zwei Packungen unterschiedlicher Hersteller mit dem Wirkstoff „Metoprololtartrat“ für den Bewohner vorgehalten. Eine Umverpackung ist bewohnerbezogen beschriftet und enthält Angaben zu Liefer- und Anbruchsdatum. Die zweite Umverpackung ist weder mit Namen des Bewohners noch mit Liefer- und Anbruchsdatum beschriftet. Die Pflegefachkraft kann zum Prüfzeitpunkt nicht sagen, ob die zweite Umverpackung des anderen Herstellers für diesen Bewohner gedacht ist oder nicht. Deshalb entfernt er diese aus der Bewohnerschütte.

- 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 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat sicherzustellen, dass die verordneten Medikamente in der Einrichtung bewohnerbezogen vorrätig sind.  
Es wird daher geraten, generell alle ärztlich verordneten Medikamente nach einem innerhalb der Einrichtung festgelegten Turnus, z.B. vor der wöchentlichen Arztvisite auf die ausreichende Anzahl hin zu überprüfen und die zu bestellenden Medikamente rezeptieren zu lassen.  
Zudem wird geraten, bei Lieferung neuer Medikamente diese umgehend zu beschriften, um Unklarheiten und Missverständnisse zu vermeiden.

### III.12 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.12.1 Einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 soll gemäß einer wirksamen ärztlichen Verordnung vom 11.07.2016 das Medikament „Novaminsulfon 500 mg“ bedarfsweise bei Schmerzen verabreicht werden. Laut ärztlicher Verordnung erhält der Bewohner von dem Medikament bedarfsweise maximal 30 Tropfen in 24 Stunden.  
Laut der Bewohnerdokumentation hat der Bewohner am 11.08.2016 um 21:14 Uhr 30 Tropfen dieses ärztlich angeordneten Bedarfsmedikaments erhalten. Eine Wirksamkeitskontrolle wurde laut der Übergabe-Einträge erst am folgenden Tag um 5:53 Uhr durch den Nachtdienst durchgeführt. Laut Aussage der Mitarbeiter hätte die Pflegekraft im Nachtdienst die Wirksamkeitskontrolle zeitnah durchgeführt, jedoch erst um 5:54 Uhr dokumentiert. Dabei hätte sie vergessen die tatsächliche Uhrzeit der Wirksamkeitskontrolle in dem dafür vorgesehen Feld anzugeben, so dass sich das Datum und die Uhrzeit der Eingabe automatisch gebildet hatten.  
Wann die Wirksamkeitskontrolle tatsächlich durchgeführt wurde, kann nicht geklärt werden.
- 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 Um einen ordnungsgemäßen Umgang mit Bedarfsmedikamenten zu gewährleisten wird geraten, Wirksamkeitskontrollen durchzuführen und zu dokumentieren. Hierbei ist großer Wert auf die Dokumentation von Verläufen zu legen. Es ist – auch um den Anforderungen des PflWoqG in Bezug auf eine Pflege nach dem aktuellen Stand fachlicher Erkenntnisse gerecht zu werden (Expertenstandard Schmerz) – von großer Bedeutung, dass bei der Gabe von Bedarfsmedikationen die Wirksamkeit durch geeignete Kontrollen nachvollzogen werden kann. Ohne zeitnahe und regelmäßige Wirksamkeitskontrollen nach der Verabreichung von Bedarfsmedikamenten kann eine schnellstmögliche, wirksame Behandlung der aufgetretenen Symptome (Schmerzlinderung/ Steigerung des Bewohnerwohlbefindens) nicht umgesetzt bzw. nachvollzogen werden.

### III.13 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung

hier: soziale Lebensbereiche

- III.13.1 In der geschlossenen gerontopsychiatrischen Wohngruppe fehlt es an einer Gestaltung, die den demenzkranken Menschen Vertrautheit, Geborgenheit, Sicherheit und ein Gefühl von „Zuhause sein“ vermittelt. Zugleich fehlt es an offenen und frei zugänglichen Regalen, Tischen, Schränken und Gebrauchsgegenständen mit denen sich die Bewohner auch selbstständig beschäftigen können. Orientierungshilfen, wie Namens- oder Hinweisschilder, Fotos, Uhren, Kalender und Orientierungstafeln sind nicht immer vorhanden.
- 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 Um eine angemessene Qualität des Wohnens zu gewährleisten und die Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern, wird der Einrichtung geraten, die Einrichtung und Gestaltung des geschlossenen Wohnbereiches entsprechend an die Bedürfnisse der Zielgruppe, d. h. der an Demenz erkrankten Bewohner, anzupassen. Dabei können Elemente der Milieugestaltung auch in den Aufenthaltsbereichen hilfreich sein, wonach die Einrichtung und Gestaltung so weit wie möglich, der altbekannten Wohnsituation entsprechen sollte. Vertraute Möbel oder Bilder sollten hier Vertrautheit und Geborgenheit vermitteln. Offene und frei zugängliche Regale, Tische, Schränke und Gebrauchsgegenstände sichern den Bewohnern die Freiheit zu, sich selbst zu beschäftigen und ihre eigene Aktivität im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu fördern. Orientierungshilfen, wie Namens- oder Hinweisschilder, Uhren, Kalender, Fotos, Orientierungstafeln sollten in jedem Fall vorhanden sein.

#### III.14 Qualitätsbereich: Hygiene

III.14.1 Zum Prüfzeitpunkt ist das Bett eines Bewohners des Wohnbereichs Pflege 1 am Rahmen und der elektrischen Mechanik stark verschmutzt. Der Boden unter dem Bett ist ebenfalls sehr schmutzig und klebrig.  
Mit der Pflegedienstleitung wurde zum Prüfzeitpunkt sofort besprochen, dass der Boden und das Bett zu reinigen sind.

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 Es wird geraten, dass die Einrichtung eine ausreichende und angemessene Hygiene gewährleistet.

#### III.15 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung hier: soziale Lebensbereiche

III.15.1 Zum Prüfzeitpunkt erfolgt eine grundpflegerische Versorgung bei einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 im Beisein seines anwesenden Zimmernachbars.  
Seitens der Einrichtung wird hierzu angegeben, ein Sichtschutz sei nicht notwendig, da der betroffene Bewohner im gegenüberliegenden Bett sehr stark dement und kognitiv soweit eingeschränkt sei, so dass er die Körperpflege des Zimmernachbars nicht mitbekommen würde.  
Der Bewohner ist weitestgehend immobil und kann sich nicht selbständig in eine andere Liegeposition bewegen und ist somit gezwungen, z.B. bei der Intimpflege zuzusehen.

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).

III.15.3 Es wird geraten, im Sinne der Würde und auch der Wertschätzung, den Bewohnern gegenüber einen Sichtschutz zu verwenden, beziehungsweise anzubieten.

#### III.16 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge hier: Dekubitusprophylaxe

III.16.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 weist am Rücken auf der linken Seite einen tendenziellen Dekubitus Stadium 1 - nicht wegdrückbare Rötung - über eine Länge von ca. 2 cm und eine Breite von ca. 0,5 cm auf. Im Fachgespräch und differenzierter Betrachtung der Lokalisation der Rötung stellt sich heraus, dass der Bewohner versehentlich auf den zuführenden Sauerstoffkatheter der Sauerstoffbrille gelegen ist.

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 Die Einrichtung hat im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass eine Dekubitusentstehung weitestgehend vermieden wird. Des Weiteren wird geraten, dass die Einrichtung geeignete Maßnahmen ergreift, wie z. B. den Sauerstoffkonzentrator so zu stellen, dass der Bewohner nicht auf dem zuführenden Sauerstoffkatheter liegen kann.

III.17 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge  
hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.17.1 Bei einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 lautet eine schriftliche, ärztliche Anordnung vom 19.09.2016 lautet „Allevyn Schaumverband bei Dekubitus, wenn sich Verband ablöst, bis zu 7 Tage drauflassen“.  
Im PC des Wohnbereiches ist als ärztliche Anordnung für den Verbandwechsel hinterlegt, der Verband solle Montag und Donnerstag gewechselt werden.  
Laut Wundprotokoll wurde die Wunde am Gesäß des Bewohners am 26.09.2016 und am 04.10.2016 verbunden. Dies entspricht einem Abstand von 8 Tagen und stimmt weder mit der schriftlichen Anordnung noch mit der im PC hinterlegten überein.  
Bei der Wunde an der Wirbelsäulenvorwölbung erfolgte ein Verbandwechsel am 04.10., 07.10., und 11.10.2016.  
Dies entspricht ebenso weder der schriftlichen noch der im PC hinterlegten ärztlichen Anordnung.
- 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 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat eine eindeutige Anordnung durch den anordnenden Arzt sicherzustellen. Dies dient zum einem der Bewohner- und Therapiesicherheit sowie der Sicherheit des Durchführenden. Zudem wird der Einrichtung geraten auf eine ordnungsgemäße Umsetzung der ärztlichen Anordnungen zu achten.

III.18 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation  
hier: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

- III.18.1 Für einen Bewohner des Wohnbereichs Geronto 2 ist eine Mindesttrinkmenge von 800 ml in 24 Stunden ärztlich angeordnet. Am 16.09.2016 erfolgte eine ärztliche Verordnung über 500 ml „NaCl 0,9% Infusion“.  
Vom 19.09. bis 28.09.2016 wurde kein Protokoll geführt. Es ist nicht ersichtlich, ob der Bewohner die Mindesttrinkmenge erreicht und die Infusion erhalten hat.
- 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 Die ärztliche Anordnung ist einzuhalten. Daher wird geraten, dass ärztlich angeordnete Flüssigkeitsversorgungen weisungsgemäß durchgeführt werden. Die jeweils umgesetzte ärztliche Anordnung der Flüssigkeitsversorgung ist im Sinne der Durchführungsverantwortung zu dokumentieren  
Ein Flüssigkeits- oder Einfuhrprotokoll ist ein pflegerelevantes Dokument um die ausreichende Einfuhr an Flüssigkeit bei dem jeweiligen Bewohner, insbesondere bei einem Schadenseintritt, nachzuweisen.

III.19 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation  
hier: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

- III.19.1 Für einen Bewohner des Wohnbereichs Geronto 2 ist eine Mindesttrinkmenge von 800 ml in 24 Stunden ärztlich angeordnet. Am 16.09.2016 erfolgte eine ärztliche Verordnung über 500 ml „NaCl 0,9% Infusion“.

Laut Flüssigkeitsprotokoll hat der Bewohner am 18.09/19.09.2016 inklusive der Infusion 700 ml erhalten. Die Trinkmenge wurde somit unterschritten. Anhand der Dokumentation ist nicht nachvollziehbar, ob dem Bewohner Getränke angeboten und er diese verweigert hat oder ob eine Arztinformation erfolgte.

- 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 Um eine Dehydration und deren Folgen zu vermeiden, wird geraten die, vom Arzt angeordnete Mindesttrinkmenge unbedingt einzuhalten. Abweichungen hiervon sind mit der jeweiligen fachlichen Begründung zu dokumentieren. Bei einer Unterschreitung ist darüber hinaus der anordnende Arzt zu informieren.

### III.20 Qualitätsbereich: Medikamente

hier: Gesundheitsvorsorge/ Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.20.1 Laut ärztlicher Anordnung vom 27.09.2016 soll ein Bewohner des Wohnbereichs Geronto 2 das Medikament „Vancomycin 125 mg“ viermal täglich bis zum Packungsende erhalten. Das Medikament ist in der Einrichtung seit 27.09.2016 ungeöffnet vorrätig und wurde dem Bewohner nicht verabreicht.
- III.20.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.20.3 Die Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlichen Anordnungen beachtet und ausgeführt werden. Die Gabe des verordneten Medikaments dient der Therapiesicherheit.

### III.21 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge

hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.21.1 Bei einem Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 ist die Sauerstoffflussrate mit 4,5 l O<sub>2</sub> pro Minute eingestellt. Eine ärztliche Verordnung hierfür kann die Einrichtung nicht vorhalten.
- III.21.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.21.3 Da Sauerstoff ein Arzneimittel ist, bedarf die Gabe von Sauerstoff einer ärztlichen Verordnung. Daher wird geraten, dass die Einrichtung eine ärztliche Verordnung für die Sauerstoffgabe sicherstellt. Die Verordnung muss Dauer der Therapie und Dosierung beinhalten. Festgehalten werden sollte zudem, ob die Sauerstoffgabe befeuchtet werden soll. Eine fehlende Dokumentation der ärztlichen Anordnung kann dazu führen, dass der Bewohner entsprechend der fehlenden Anordnung die für sie notwendige Sauerstofftherapie nicht oder ggf. in einer zu hohen oder zu niedrigen Dosierung erhält.

### III.22 Qualitätsbereich: Hygiene

- III.22.1 Ein Bewohner erhält eine Sauerstofftherapie mittels Sauerstoffkonzentrators und Nasenkanüle/Sauerstoffbrille. Laut Einrichtung würde die Sauerstoffbrille einmal wöchentlich nach einem einrichtungsinternen Standard gewechselt. Zum Prüfzeitpunkt kann der Standard nicht vorgelegt werden. Die Einrichtung kann nicht nachweisen, wie oft die Sauerstoffbrille gewechselt wird.  
Laut den Angaben der Einrichtung entfernt der Bewohner die Nasenkanüle mehrmals am Tag selbst und es ist nicht ausgeschlossen, dass die Nasenkanüle auf den Boden fällt. Durch die chronische Lungenerkrankung ist das Immunsystem des Bewohners geschwächt. Das angegebene Wechselintervall von einmal wöchentlich erscheint daher als unzureichend, da nicht sichergestellt ist, dass kein Kontakt mit kontaminierten Flächen besteht und dadurch in der Sauerstoffkanüle ein Keimherd entsteht.



III.22.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.22.3 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat durch angemessene Hygienemaßnahmen eine Infektionsprävention zu gewährleisten.  
Da die Nasenkanüle einen Keimherd darstellen kann wird geraten, diese alle 48 Stunden sowie bei Bedarf - Erkältung, Verschmutzung - zu wechseln.  
Eine Sauerstoffbrille oder Nasenkanüle ist ein Verschleißteil. Die Herstellerangaben zum erforderlichen Wechselintervall richten sich hierbei lediglich an die Dauer der Verwendbarkeit des Produktes, nicht jedoch an das unbedenkliche Verwenden ohne die erforderliche Hygiene.

III.23 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation  
hier: Wundmanagement

III.23.1 Für einen Dekubitus Stadium 2 ist für einen Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 eine ärztliche Anordnung im PC hinterlegt, wonach als Verbandsmaterial „Allewyn Ag Adhäsive“ verwendet werden soll.  
Zum Prüfzeitpunkt ist das angegebene Verbandmaterial in der Einrichtung nicht vorrätig.

III.23.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.23.3 Der Einrichtung wird geraten, die von ärztlicher Seite angeordneten Materialien zur Wundversorgung bewohnerbezogen vorzuhalten und zu verwenden. Dies dient der Therapiesicherheit und damit dem Behandlungserfolg. Abweichungen von der Verordnung können nur durch ärztliche Seite erfolgen und müssen zeitnah dokumentiert werden.

III.24 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation  
hier: Behandlungspflegerische Maßnahmen

III.24.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs Pflege 1 weist unter beiden Brüsten eine ausgeprägte Intertrigo auf. Er zuckt beim Säubern und äußert Schmerzen. Die Pflegefachkraft gibt an, der Bewohner habe für die Intertrigobehandlung und -prophylaxe eine „Mirfulan-Creme“. Eine ärztliche Anordnung hierfür fehlt.  
Kompressen zwischen den Hautfalten können laut Aussage nicht eingelegt werden, weil diese nicht unter den Brüsten halten würden. Zum Prüfzeitpunkt sind keine Prophylaxemaßnahmen geplant. Eine ärztliche Verordnung für eine geeignete Intertrigobehandlung liegt nicht vor.

III.24.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.24.3 Um eine Intertrigo sowie eine Infektion zu vermeiden bzw. diesen entgegenzuwirken, wird geraten, die entsprechenden Stellen der Haut möglichst trocken zu halten.  
Nach dem Waschen oder Duschen ist die Haut gut abzutrocknen, ohne zu reiben. Da eine Intertrigo ein Nährboden für Infektionen durch Bakterien und Pilze ist und zudem Juckreiz und Schmerzen beim Bewohner verursacht, ist generell besonders bei immobilen Menschen an Körperstellen, welche Haut auf Haut liegen, für eine angemessene und ausreichende Hautpflege zu sorgen. Um eine adäquate Behandlung der Intertrigo sicherzustellen, ist bei Bedarf der Arzt zu informieren.

III.25 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation  
hier: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

- III.25.1 Laut einer internen Auswertung zum Gewicht eines Bewohners des Wohnbereichs Geronto 2 weist dieser zum Prüfzeitpunkt eine relevante Gewichtsabnahme von 11,3 % in den letzten 90 Tagen auf. Der Bewohner hat vom 05.09.2016 bis 06.10.2016 2,1 kg abgenommen. Eine Einschätzung zu einem ernährungsbedingten Risiko oder ggf. zu einer Mangelernährung ist ebenso wie eine tiefergehende Erfassung des Ernährungszustandes, nicht erfolgt. Für den Bewohner wird kein Ernährungsprotokoll geführt um ggf. Lieblings Speisen und die Menge der verzehrten Nahrung zu identifizieren. Maßnahmen, um das Gewicht zu stabilisieren und eine Gewichtsabnahme weitestgehend zu vermeiden, sind nicht geplant und werden nicht durchgeführt. Hinsichtlich der relevanten Gewichtsabnahme wird keine Ursachenforschung betrieben. Eine Prognose zum Ernährungszustand lässt sich demnach nicht ableiten.
- III.25.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.25.3 Es wird geraten, relevante Gewichtsabnahmen in Zusammenarbeit mit dem Arzt abklären zu lassen, um gegebenenfalls notwendige therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Eine Ursachenklärung soll anhand folgender Kriterien erfolgen (siehe auch nationaler Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 2010 Seite 38):
- Körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, z. B. Schmerzen, Demenz, Müdigkeit
  - Fehlende Lust zum Essen/Trinken durch: z.B. Schmerzen, Bewegungsmangel, individuelle Abneigung
  - Ungünstige Umgebungsfaktoren, z.B. hoher Geräuschpegel, ungünstige Essenszeiten
  - Inadäquates Essens- bzw. Trinkangebot, z.B. unangemessene Konsistenz
  - Gründe für einen erhöhten Energieverbrauch bzw. erhöhte Verluste, z.B. Krankheiten, Hyperaktivität
  - Vereinsamung, fehlende soziale Kontakte

**IV. Festgestellte wiederholte Mängel**

Zum Prüfzeitpunkt am 11.10.2016 wurden seitens der FQA beim Landratsamt München keine wiederholten Mängel festgestellt.

**V. Festgestellte erhebliche Mängel**

V.1 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge  
hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- V.1.1 Zum Prüfzeitpunkt ist der stationäre Sauerstoffkonzentrator eines Bewohners stark verschmutzt und staubig. Die Pflegedienstleitung wird seitens der FQA Vertreterin sofort informiert. Es ist nicht nachvollziehbar, wann oder ob das Gerät gewartet und ein Filterwechsel durchgeführt wurde. Die Einrichtung kann nicht nachweisen, wann das Sauerstoffgerät letztmalig gewartet wurde. Eine Gebrauchsanweisung kann die Einrichtung nicht vorhalten. Ein Nachweis im Rahmen der Medizinproduktebetriebersverordnung zur Produkteinweisung der Mitarbeiter fehlt.

Es fehlt eine Anweisung, wie oft das Gefäß des Luftbefeuchters zu reinigen ist und ggf. mit welchem Reinigungsmittel. Intervalle hierzu können seitens der Einrichtung nicht nachgewiesen werden. Die erforderlichen Intervalle zur Reinigung des Konzentrators sowie zum Filterwechsel können ebenfalls nicht belegt werden.

Die Einrichtung kann bedingt durch die fehlenden Nachweise, fehlende Medizinprodukteeinweisungen und der fehlenden Herstellerangaben nicht sicherstellen, dass ein Infektionsrisiko für den Bewohner weitestgehend ausgeschlossen ist. Somit besteht nach Auffassung der FQA eine konkrete Gesundheitsgefährdung für den Bewohner.

Am 12.10.2016 wurde im Nachgang zur Begehung eine Wartung durch den Hersteller durchgeführt. Der Nachweis wurde der FQA nachgereicht.

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

V.1.3 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat einen ausreichenden Schutz der Bewohner vor Infektionen zu gewährleisten und eine Gefährdung der Bewohner weitestgehend zu vermeiden.

Es wird dringend geraten, den Sauerstoffkonzentrator entsprechend den Herstellerangaben regelmäßig zu reinigen und die Reinigungsintervalle sowie den Filterwechsel und die Wartung aufzuzeichnen.

Der Sauerstoffkonzentrator sollte, ebenso der Filter, der an der Raumluftansaugung sitzt, regelmäßig gemäß den Herstellerangaben gereinigt werden.

Gemäß § 4 Abs.6 MPBetreibV hat sich der Anwender vor dem Anwenden eines Medizinproduktes von der Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand des Medizinproduktes zu überzeugen und die Gebrauchsanweisung sowie die sonstigen beigefügten sicherheitsbezogenen Informationen und Instandhaltungshinweise zu beachten.

Im Zusammenhang mit der Verwendung von Medizinprodukten ist für jedes Gerät deshalb stets an einem allgemein gut zugänglichen Ort, ggf. auch direkt am Gerät, eine Gebrauchsanweisung für das entsprechende Medizinprodukt vorzuhalten. Alle Mitarbeiter sollen im Umgang mit den, in der Einrichtung zur Anwendung kommenden Medizinprodukten, vertraut sein.

Im Sinne des Qualitätsmanagements wird geraten, die Erst- und ggf. Folgeeinweisungen der Mitarbeiter zu dokumentieren. Die einschlägigen Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung sind einzuhalten. Medizinprodukte müssen in einwandfreien Zustand zur Anwendung kommen.

## V.2 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge

### hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

V.2.1 Für den Sauerstoffkonzentrator wird das erforderliche Destillat für die Luftbefeuchtung im Bewohnerzimmer gelagert. Hiervon befinden sich zwei fünf Liter Flaschen. Eine Flasche ist geöffnet, ein Anbruchsdatum fehlt.

Um eine Infektion der Atemwege zu vermeiden ist die Verwendung von sterilem Wasser zwingend notwendig. Zum Prüfzeitpunkt kann die Standzeit des Produktes nicht geklärt werden. Die erforderliche Sterilität ist zum Prüfzeitpunkt nicht sichergestellt.

Auf dem Sprudelbehälter, in welchem das Destillat zur Sauerstoffbefeuchtung gegeben wird, ist ebenso kein Einfülldatum angegeben.

Laut Angabe der Pflegefachkraft wird das Destillat alle drei Tage in den dafür vorgesehenen Sprudelbehälter umgefüllt. Laut den Angaben eines anderen Mitarbeiters reicht das umgefüllte Destillat einen Tag und wird daher täglich neu befüllt.

Eine Verfahrensanweisung kann die Einrichtung zum Prüfzeitpunkt nicht vorlegen. Es fehlt eine Anweisung, wie oft das Gefäß des Luftbefeuchters zu reinigen ist und ggf. mit welchem Reinigungsmittel. Intervalle hierzu können seitens der Einrichtung nicht nachgewiesen werden.

Bedingt durch die fehlenden Verfahrensanweisungen, fehlende Medizinprodukteeinweisungen und der fehlenden Herstellerangaben ist seitens der Einrichtung nicht sichergestellt,

dass eine angemessene Prophylaxe gegenüber einem Infektionsrisiko für den Bewohner gegeben ist.

Eine Systemverunreinigung des Sauerstoffkonzentrators und ein damit verbundenes Infektionsrisiko sind nicht auszuschließen. Es besteht nach Auffassung der FQA eine konkrete Gesundheitsgefährdung für den Bewohner.

V.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

V.2.3 Es wird dringend geraten, einen geeigneten Nachweis über die Haltbarkeit bzw. Verwendungszeit je nach Herstellerangaben des Destillats oder sterilem Wassers während des Gebrauchs zu führen. Der Einfüllzeitpunkt ist in geeigneter Weise zu dokumentieren. Wegen der hohen Verkeimungsgefahr sollte umgefülltes Destillat nach maximal 24 Stunden entsorgt werden. Der mehrfachverwendbare Sprudlertopf sollte täglich vor dem erneuten Befüllen einer desinfizierenden Reinigung unterzogen werden. Die Herstellerangaben sind zu beachten.

Bei Gebrauch von Einwegbehältnissen ist das Behältnis entsprechend mit Datum und Uhrzeit zu versehen.

## 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, 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](mailto: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 beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt 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.