



München, 28.08.2017

**Landratsamt München**

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

**Geprüfte Einrichtung:** Caritas Altenheim St. Gisela  
Pasinger Str. 23  
82166 Gräfelfing

**Träger:** Caritasverband für die Erzdiözese München und Freising e.V.  
Hirtenstr. 2 - 4  
80335 München

In der Einrichtung wurde am 14.06.2017 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Es wurden in folgenden Bereichen stichprobenartige Überprüfungen vorgenommen:

**Prüfgegenstände**

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität  
Soziale Betreuung -eingeschränkt-  
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

Angebote Plätze:	154
Belegte Plätze inkl. Kurzzeitpflege:	129
Plätze für Kurzzeitpflege:	nach Bedarf / Verfügbarkeit
Einzelzimmerquote:	80 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 58,5 %  
Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 6

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 und allgemeine Informationen

- Die Ausstattung und Gestaltung des Hauses ist großzügig und geschmackvoll. Die Zimmer der Bewohner sind individuell möbliert und gestaltet. Dies wird von der Einrichtung auch ausdrücklich gewünscht und unterstützt.
- Freiheit einschränkende Maßnahmen werden weitestgehend vermieden und stattdessen Alternativen angewandt. Die Einrichtung hält eine hohe Zahl an Niederflurbetten und Sensormatten vor.
- Die Angebote der sozialen Betreuung sind vielseitig und berücksichtigen jahreszeitliche sowie kulturelle und religiöse Bedürfnisse. Es finden gruppen-, einzel- und gemeinwesenorientierte Aktivitäten statt. Die befragten Bewohner äußerten sich zum Angebot der sozialen Betreuung sehr zufrieden, für alle Interessen sei etwas dabei.
- Die Beschäftigungsangebote sind auf den Wohnbereichen gut sichtbar im DIN A3-Format ausgehängt. Die Pläne sind ansprechend und mit Piktogrammen und Bildern verständlich gestaltet.
- Der Umgang und die Haltung der Mitarbeiter zu den Bewohnern werden am Prüftag sehr wertschätzend erlebt. Dies spiegelt sich auch in den Rückmeldungen der Bewohner wider, die eine große Zufriedenheit äußern.
- Es werden regelmäßige Schulungen und praktische Übungen im Bereich des Brandschutzes durchgeführt, um die Bewohnersicherheit zu gewährleisten. Insgesamt 20 Mitarbeiter sind als Brandschutzhelfer in der Einrichtung bestellt.
- Die Einrichtung hat eine eigene Kapelle, um regelmäßig Gottesdienste und Andachten zu feiern. Die Gottesdienste werden von den Bewohnern, so auch am Begehungstag, gut besucht. Die Einrichtung beschäftigt eine Seelsorgerin in Vollzeit.
- Die Einrichtung bietet täglich zwei verschiedene Gerichte zur Auswahl an. Die befragten Bewohner äußerten sich zufrieden mit dem Essen, der Speiseplan ist abwechslungsreich

gestaltet und jedes Gericht wird mit einer Überschrift beschrieben (Aus dem Kessel, Italienisch, Bayrisch, Hausgemacht, Wunschessen, Tradition, Aus dem Atlantik, usw.). Freitags findet sich stets ein Fischgericht auf dem Speiseplan.

- Es engagieren sich viele (ca. 50) ehrenamtliche Helfer im Haus, um zu einer Steigerung der Lebens- und Wohnqualität der Bewohner beizutragen. Die Ehrenamtlichen backen mit den Bewohnern, begleiten diese zu Gottesdiensten und Ausflügen, es wird musiziert, es gibt eine Aquarellmalgruppe und den Freigeister Herrentreff, auch kommen in 14-tägigem Rhythmus Therapiehunde in die Einrichtung.
- Das Caritas Altenheim St. Gisela ist fest in das Gemeindeleben integriert. Die Einrichtung arbeitet regelmäßig mit dem „Kinderhaus“ der Caritas, dem Palliativdienst, den Kirchengemeinden und Vereinen zusammen. Insbesondere zu den kirchlichen Feiertagen (Ostern, Weihnachten, St. Martin) kommen die Kinder zum Singen, in den Räumen der Einrichtung finden Singspiele oder Marionettentheateraufführungen für die Kinder statt, im Gegenzug kann auch der Gymnastikraum im „Kinderhaus“ für größere Veranstaltungen genutzt werden.

## 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 denkmalrechtlicher Aspekte orientieren muss.

Die zum Prüfzeitpunkt festgestellte Einzelzimmerplatzquote beträgt 80 %. Damit ist der seitens des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vorgegebenen Richtwert für Neubauten im stationären Altenhilfebereich mit einem Einzelzimmerplatzanteils von 75 % erfüllt.

Ein entsprechender fristwahrender Antrag wurde vom Caritasverband mit Datum vom 10.08.2016, also vor Ablauf der gesetzlichen Angleichungsfrist (31.08.2016), gestellt. Über den Antrag wurde bisher noch nicht entschieden, da noch Abstimmungsbedarf besteht.

II.2.2 Im Zusammenhang mit der Verwaltungsvorschrift des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vom 08.01.2015 zur Nachtdienstbesetzung, nach der 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 fünf in der Verwaltungsvorschrift aufgeführten Indikatoren beraten. Dabei hat die FQA bei der Erfüllung von mindestens drei der Indikatoren zu prüfen, ob die Einhaltung eines Personalschlüssels von bis zu 1:30 gefordert werden muss.

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

1. Hoher Anteil immobiler Bewohner:

Die Anzahl der immobilen Bewohner wird anhand der Bewohnerliste und Befragung der Pflegedienstleitung ermittelt, so z.B. diejenigen Bewohner, die Hilfe beim Toilettengang oder Wechsel des Inkontinenzmaterials benötigen oder regelmäßig gelagert werden müssen. Von einer hohen Zahl im Sinne der Verwaltungsvorschrift kann dabei ausgegangen werden, wenn mehr als 25 % der Bewohner immobil sind. Es werden anhand einer entsprechenden Bewohnerliste, auf der die jeweiligen Unterstützungsbedarfe –tw. auch Mehrfachbedarfe- aufgeführt sind, über 80 Bewohner ermittelt, die immobil sind und nachts besondere Unterstützung benötigen. Der Anteil an der Gesamtbewohnerzahl von 129 zum Prüfzeitpunkt beträgt 62 %.

-> Dieser Indikator ist erfüllt.

2. Anzahl Pflegegrade 4 und 5 im Vergleich zu Anzahl Pflegegrade 2 und 3:

Die jeweilige Anzahl wird anhand der Bewohnerliste, auf der die Pflegegrade aufgeführt sind, ermittelt. Die Anzahl der Bewohner mit Pflegegraden 4 und 5 beträgt zum Prüfzeitpunkt 49 (davon 36 Bewohner mit Pflegegrad 4 und 13 Bewohner mit Pflegegrad 5), mit Pflegegraden 2 und 3 befinden sich 76 Bewohner in der Einrichtung (davon 25 Bewohner mit Pflegegrad 2 und 51 Bewohner mit Pflegegrad 3). Aus pflegfachlicher Sicht ist dies ein wichtiger Indikator, da Bewohner mit Pflegegraden 4 und 5 grundsätzlich einen höheren zeitlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand haben.

-> Dieser Indikator ist nicht erfüllt.

3. Von Seiten der Einrichtung werden 5 Bewohner mit einem nächtlichen Laufverhalten sowie 3 Bewohner mit einem hohen Rufaufkommen benannt. Dies entspricht einem Anteil von 6 % der zum Prüfzeitpunkt aktuellen Bewohnerzahl.

-> Der Indikator ist nicht erfüllt.

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

Es handelt sich um ein Gebäude in Y-Form mit zentralem Treppenhaus, eine verwinkelte Bauweise besteht nicht.

-> Dieser Indikator ist nicht erfüllt.

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

Die Einrichtung hat drei Stockwerke (EG, 1. und 2. OG).

-> Dieser Indikator ist erfüllt.

Die Personalbesetzung im Nachtdienst erfolge den Angaben der Einrichtung zufolge mit drei Pflegekräften (-mindestens- eine Pflegefachkraft und zwei Pflegehilfskräften) sowie durch einen späten Spätdienst bis 23 Uhr. Damit ist der Betreuungsschlüssel von max. 1:40, der über die gesamte Nachtzeit, also von 22 Uhr bis 6 Uhr gewährleistet sein soll, nicht eingehalten.

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:42 ohne Rüstige, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit drei Pflegekräften zum Prüfzeitpunkt als nicht mehr ausreichend betrachtet wird. Diesbezüglich wird auf die Mangelfeststellung unter III.1 verwiesen.

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 Nachwachenschlüssels bzw. eines ausreichenden Personaleinsatzes, nach Maßgabe der geltenden Indikatoren, durch regelmäßige Evaluationen des bewohnerorientierten Pflege- und Betreuungsbedarfs zu gewährleisten.

- II.2.3 Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Palliativdienst West und den SAPV Ärzten der Klinik Großhadern. Die Mitarbeiter der Malteser bieten Besuchsdienste an. Je nach Bewohnerwunsch erfolgt die individuelle Sterbebegleitung sowohl durch die Palliativ Care Fachkräfte und weitere Mitarbeiter der Einrichtung als auch durch externe Dienste für die Bewohner der Einrichtung St. Gisela.

### II.3 Qualitätsempfehlungen

#### II.3.1 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Ein Bewohner des Wohnbereichs 1. OG erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 09.09.2015 laut Medikamentenblatt das Festmedikament „Oxycodon 5 mg Retard“. Das entsprechende Handzeichen zu dieser Verordnung ist vorhanden.

Dabei handelt es sich um ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Die Verpackung ist bewohnerbezogen beschriftet. Das Liefer- und Verfallsdatum sind ordnungsgemäß vermerkt. Die ärztliche Verordnung ist vollständig. Es ist sachgerecht im BTM-Tresor gelagert und der Zugang zum BTM-Tresor ist ausschließlich über die Pflegefachkraft / Schichtleitung geregelt. Zur Verabreichungsmenge ist 2 morgens, 1 mittags und 1 abends angegeben.

Nach Durchsicht der Dokumentationsnachweise über den Betäubungsmittelbestand finden sich kein aktuelles monatliches Handzeichen des verordnenden Arztes hinsichtlich einer Legitimierung der ordnungsgemäßen Zu- und Abgänge. Der letzte Prüfvermerk datiert vom 05.04.2017.

**Es wird empfohlen, auf besondere Sorgfalt im Umgang mit Betäubungsmitteln zu achten. Dies bezieht sich sowohl auf die ordnungsgemäße Gabe gemäß der ärztlichen Anordnung als auch auf eine nachvollziehbare Führung der entsprechenden Dokumentationsnachweise. Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 Betäubungsmittelverordnung sind Betäubungsmittelbücher durch den verschreibungsberechtigten Arzt am Ende jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen. Der Einrichtung wird empfohlen, auf eine Sicherstellung dieser Vorschrift entsprechend hinzuwirken.**

#### II.3.2 Qualitätsbereich: Medizinprodukte

Aus dem jährlichen Fortbildungsplan sind keine Schulungen / Einweisungen in die vorhandenen Medizinprodukte ersichtlich.

**Der Einrichtung wird empfohlen, die Einweisungen nach der Medizinproduktebetriebsverordnung in den Fortbildungsplan mitaufzunehmen und auf den Durchführungsnachweisen stets den jeweiligen Dozenten sowie die genauen Angaben zum Medizinprodukt nebst Herstellerangaben einzutragen.**

### II.3.3 Qualitätsbereich: Personelle Besetzung / Dienstplangestaltung

Die Auswertung der Dienstpläne für Juni 2017 ergab folgenden Sachverhalt:

Am 06. / 07.06.2017 war eine Pflegefachhelferin im Wohnbereich 2. OG im Spätdienst bis 21:15 Uhr und am Folgetag im Frühdienst ab 06:30 Uhr in Folge eines freiwilligen Tauschs mit einem Kollegen eingeteilt. Die gesetzlich vorgeschriebene Ruhezeit von mindestens 10 Stunden ist somit nicht gewährleistet. Die ursprüngliche Dienstplanung erfolgte korrekt.

**Der Einrichtung wird empfohlen, bei der Dienstplanung und -besetzung -auch bei einem Tausch- darauf zu achten, die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Ruhezeiten, die sich aus Arbeitszeitgesetz und ggf. Jugendarbeitsschutzgesetz ergeben, einzuhalten. Für Arbeitnehmer in Pflegeeinrichtungen ist dabei mindestens eine Ruhezeit von 10 Stunden einzuhalten. Dabei ist jede Verkürzung von den üblichen 11 Stunden auf die Mindestruhezeit von 10 Stunden innerhalb eines Kalendermonats oder innerhalb von vier Wochen durch Verlängerung einer anderen Ruhezeit auf zwölf Stunden auszugleichen. Für Jugendliche ist eine Ruhezeit von mindestens 12 Stunden einzuhalten. Bei volljährigen Auszubildenden ist deren vorheriges Einverständnis einzuholen.**

### II.3.4 Qualitätsbereich: Personelle Besetzung / Dienstplangestaltung

Eine Überprüfung der Dienstpläne für die Monate März bis Juni 2017 ergab, dass auf dem Dienstplan Dienstabkürzungen vergeben werden, die nicht in der Legende erläutert sind, so z.B. T1F, T1S, RB.

**Es wird empfohlen, nur Abkürzungen zu verwenden, die auch in der Legende zu den Dienstplänen erläutert werden. Dies vermeidet Unklarheiten und Missverständnisse bei den Mitarbeitern. Es wird empfohlen, die Legende stets aktuell zu halten.**

### II.3.5 Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Ein Bewohner erhält Insulininjektionen nach einem ärztlich angeordneten Spritzen-schema. Es fällt auf, dass die verabreichten i.E., welche anhand des Blutzucker-Schemas ermittelt werden, nicht aufgezeichnet sind.

So ist z.B. am 15.05.2017 um 08:00 Uhr ein BZ- Wert von 99 vermerkt. Laut Insulin-schema soll der Bewohner kein Insulin erhalten. Um 12:00 Uhr ist ein Wert von 114 aufgezeichnet.

Am 18.05.2017 ist um 08:00 Uhr ein Wert von 89 aufgezeichnet und um 12:00 Uhr ein Wert von 108.

Durch die fehlende Dokumentation ist nicht nachvollziehbar, ob die ärztliche Anordnung bei einem Blutzucker-Wert von 80 bis 120 laut Insulinschema kein Insulin zu geben, korrekt umgesetzt wurde.

Am 06.06.2017 um 12:00 Uhr ist ein Blutzucker-Wert von 218 dokumentiert. Laut Insulin-schema sind 12 i.E. zu injizieren. Ob die Gabe erfolgte, ist nicht dokumentiert.

**Es wird empfohlen, bei Bewohnern mit Blutzucker-Insulin-Schema neben den ermittelten Blutzuckerwerten die konkret verabreichte Insulinmenge zu dokumentieren. So soll die Transparenz bei ärztlichen Anordnungen und behandlungspflegerischen**

**Maßnahmen sichergestellt werden. Dies dient einerseits der Sicherheit der jeweiligen durchführenden Pflegefachperson als Nachweis der korrekten Umsetzung der ärztlichen Anordnung und andererseits der Bewohnersicherheit, da so unzweifelhaft bei eventuellen Blutzuckerschwankungen nachgewiesen werden kann, dass die Insulingabe der ärztlichen Anordnung entsprechend erfolgte.**

II.3.6 Kernqualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung / Alltagsaktivitäten

Zum Prüfzeitpunkt sitzt der Bewohner in einem Drehsessel in seinem Einzelzimmer, welches individuell eingerichtet ist.

Ein Monatskalender ist vorhanden, zeigt jedoch nicht den aktuellen Monat, sondern den vorangegangenen Monat Mai.

**Es wird empfohlen, den Kalender kontinuierlich zu führen, damit eine zeitliche Orientierung für den Bewohner gegeben ist.**

II.3.7 Kernqualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung / Soziale Lebensbereiche

Anhand der Wochenpläne der sozialen Betreuung wird festgestellt, dass an Samstagen im Wechsel „Film“ oder „Singen“, an Sonntagen neben dem Gottesdienst keine weiteren Aktivitäten angeboten werden.

**Es wird empfohlen, an den Wochenenden das Angebot der Sozialen Betreuung zu erweitern. So könnten z.B. ein monatlicher Sonntags-Brunch, zu dem auch Angehörige, Freunde oder Bekannte mitgebracht werden dürfen, oder ein Kaffee-Treff am Nachmittag, evtl. mit musikalischer Begleitung, weitere unterhaltsame Aktivitäten für die Bewohner sein.**

**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: Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte  
Personelle Besetzung / ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

III.1.1 Die Überprüfung der Dienstpläne für März bis Juni 2017 ergab, dass in den Nächten, hier in der Zeit von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr, drei Mitarbeiter, davon mindestens eine Pflegefachkraft, zum Nachtdienst eingeteilt waren. Da entsprechend der Bewohnerzahl vier Betreuungskräfte im Nachtdienst eingesetzt werden müssen, liegt hier ein Mangel in der Nachtdienstbesetzung vor. Somit wurde die Vorgabe, im Nachtdienst ausreichend Personal einzusetzen (derzeit vier Pflegekräfte insgesamt) unterschritten. Durch die Besetzung mit einem späten Nachtdienst, der von 16:25 Uhr bis 22:55 Uhr geplant ist, wird die Vorgabe zum Nachtdienst nicht erfüllt. Der maximal zulässige Korridor von 1:40 ist demnach nicht eingehalten.

Bei einer hinsichtlich der erforderlichen Anzahl an Pflegekräften nicht ausreichenden Besetzung des Nachtdienstes wie dargestellt wird von Seiten der Einrichtung in Kauf genommen, dass Betreuungs- und Versorgungslücken entstehen können.

- 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 Der Einrichtung wird geraten, bei der Diensterteilung darauf zu achten, dass im Nachtdienst, also in der Zeit von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr, immer -je nach Bewohnerzahl- die erforderliche Anzahl an Pflegekräften (davon immer 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.2 Qualitätsbereich: Personal

#### hier: Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

- III.2.1 Die Vertreter der Einrichtung geben an, dass grundsätzlich in allen Nächten, hier in der Zeit von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr, immer drei Mitarbeiter, davon mindestens eine Pflegefachkraft, zum Nachtdienst eingeteilt seien. Die Überprüfung der Dienstpläne für März bis Juni 2017 ergab, dass grundsätzlich, hier in der Zeit von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr, drei Mitarbeiter, davon mindestens eine Pflegefachkraft, zum Nachtdienst eingeteilt waren. Ein krankheitsbedingter Ausfall am 16. und 17.04.2017 von einer Pflegefachkraft konnte nicht ausgeglichen werden, so dass hier nicht nur ein Mangel in der zahlenmäßigen Nachtdienstbesetzung vorliegt, sondern keine Fachkraft im Dienst war. Somit wurde die Vorgabe, im Nachtdienst immer mindestens eine Fachkraft einzusetzen, nicht erfüllt. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Bewohnerstruktur ist es aus Sicht der FQA beim Landratsamt München nicht verantwortbar, wenn während der Nachtzeit keine Pflegefachkraft eingesetzt ist. Es besteht die Gefahr, dass die Pflegehilfskräfte nicht adäquat und in angemessener Zeit auf einen Notruf reagieren können.
- 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 Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPflWoqG 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, bei der Diensterteilung darauf zu achten, dass im Nachtdienst, also in der Zeit von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr, immer mindestens eine Pflegefachkraft ständig anwesend ist. Bei einem kurzfristigen Ausfall soll gewährleistet sein, dass eine Pflegefachkraft diesen Dienst ggf. übernehmen kann. 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.3 Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.3.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs 1. OG erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 20.07.2016 laut Medikamentenblatt das Bedarfsmedikament „Melperon 25“. Das entsprechende Handzeichen zu dieser Verordnung ist vorhanden.

Zur Verabreichungsmenge ist bei Bedarf 1x innerhalb von 24 Std. angegeben.

Als Indikation ist hier „bei Unruhe, Angst“ angegeben. Die Pflegefachkraft wird dahingehend beraten, dass die Indikation zu ungenau ist, da für die ausführende Pflegefachkraft



Interpretationsspielraum bleibt. Die Einschätzung und Interpretation der verschiedenen Pflegefachkräfte kann unterschiedlich ausfallen.

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 Der Einrichtung wird geraten, auf eine genaue Angabe der Indikation, hier die Art der Unruhe, durch die Ärzte hinzuwirken, z.B. „quälende Unruhe“ oder die Art der Angst genauer zu beschreiben. Dies dient auch der Sicherheit der Pflegekräfte, um eine Anwendung von Psychopharmaka als ggf. freiheitseinschränkende Maßnahmen auszuschließen.

#### III.4 Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.4.1 Ein Bewohner kann bei Bedarf das Medikament Novaminsulfon Tropfen, als Einzeldosis 30gtt / maximal 4 x 30gtt in 24 Stunden, erhalten. Die Indikation lautet hier „bei Schmerzen aller Art“. Die Pflegefachkraft wird dahingehend beraten, dass die Indikation zu ungenau ist.

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, im Sinne der Durchführungs- und Handlungsverantwortung der Pflegefachkräfte auf eine eindeutige ärztliche Anordnung zu achten. Dadurch können Pflegekräfte eindeutig und ohne Zweifel handeln und werden nicht der Gefahr ausgesetzt, eine versehentliche Kompetenzüberschreitung zu begehen.  
Die jeweilige Behandlung im Bedarfsfall ist abhängig von der ärztlichen Diagnose.  
Um eventuell auftretende Komplikationen für den Bewohner und für die Pflegefachkraft im Sinne ihrer Handlungsverantwortung zu vermeiden, wird der Einrichtung geraten, eine eindeutige Bedarfsdiagnose des behandelnden Arztes sicherzustellen.

#### III.5 Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.5.1 Ein Bewohner kann als Bedarfsmedikament Risperidon 0,5 mg mit Verordnungsdatum vom 29.07.2016 mit der Indikation „Unruhe“ erhalten. Die Pflegefachkraft wird dahingehend beraten, dass die Indikation zu ungenau ist, da für die ausführende Pflegefachkraft Interpretationsspielraum bleibt. Die Einschätzung und Interpretation der verschiedenen Pflegefachkräfte kann unterschiedlich ausfallen.

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 Im Sinne der Organisationsverantwortung der Einrichtung wird geraten, zweifelsfreie Anordnungen des behandelnden Arztes sicherzustellen, insbesondere muss der therapeutische Zweck des verordneten Medikaments eindeutig erkennbar sein. Dies dient sowohl der Sicherheit des Bewohners als auch der Sicherheit der durchführenden Pflegekraft.

#### III.6 Kernqualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung hier: Ernährung

III.6.1 Eine ärztliche Empfehlung zur Kostzubereitung und Nahrungsaufnahme empfiehlt, weiche Kost, alle Flüssigkeiten in Einzelschlucken anbieten und regelmäßiges Nachtrinken beim Essen.  
In einer Fallbesprechung vom 06.03.2017 mit Ärzten, Betreuungskräften und Angehörigen ist weiterhin das Anbieten von angedickter Kost vereinbart.

Laut Aussage der Pflegepersonen benötigt der Bewohner komplette Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Getränke nehme er noch weitestgehend selbständig zu sich. Hierbei würde er durch Pflegepersonen begleitet. Das Andicken der Getränke lehne der Bewohner ab.

Zum Prüfzeitpunkt während der Mahlzeitsituation ist der zuständige Pflegemitarbeiter dem Bewohner nicht zugewandt. Er gibt einem anderen zu Versorgenden das Essen ein und unterhält sich mit diesem. Zum Prüfzeitpunkt wird festgestellt, dass der Bewohner entgegen der Aussagen nicht begleitet wird.

Die Nahrungsaufnahme laut ärztlicher Empfehlung ist nicht sichergestellt. Der Bewohner kommt mit der Trinkhilfe -Nasenbecher-, in welcher Suppe ist, nicht zurecht. Er verschluckt sich mehrmals und kann den Becher nicht absetzen. Durch die zwei anwesenden Pflegehelfer erfährt der Bewohner keine Unterstützung. Auf Bitte der FQA Vertreter hilft die Wohnbereichsleitung dem Bewohner dabei, den Becher abzusetzen und stellt fest, dass die im Becher befindliche Suppe nicht den Schluckstörungen des Bewohners entsprechend gesiebt ist und holt dies sofort nach.

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 Schluckstörungen können zu einer Lungenentzündung führen. Da der Schluckreflex gestört ist, gelangen Nahrung, Flüssigkeit oder Speichel auch in die Atemwege. Diese können nicht mehr abgehustet werden. Es wird daher geraten, die jeweilige Flüssigkeit dem Bewohnerbedürfnis entsprechend zuzubereiten und eine adäquate Essensbegleitung sicherzustellen, um einem eventuellen Aspirieren der Nahrung entgegenzuwirken.

Zudem wird der Einrichtung geraten, dafür Sorge zu tragen, dass alle an der Nahrungsversorgung beteiligten Mitarbeiter im Umgang mit Schluckstörungen geschult bzw. angeleitet werden.

Es wird weiter geraten, bei gefährdeten Bewohnern vor jeder Flüssigkeitseingabe den Schluck- und Hustenreflex zu testen. Die jeweils durchführende Pflegefachkraft hat sicherzustellen, dass der Mundraum des Bewohners vor dem nächsten Schluckvorgang frei von Speise- und Getränke- resten ist.

Abweichungen von ärztlichen Verordnungen sind nachvollziehbar in der Bewohnerdokumentation zu beschreiben und pflegefachlich zu begründen.

Sollte der Bewohner die seinem Krankheitsbild erforderlichen Maßnahmen ablehnen, wird geraten, diesen über die möglichen Auswirkungen bei Nichtbefolgung, hier z.B. Aspirationsgefahr, aufzuklären und dies entsprechend zu dokumentieren.

### III.7 Kernqualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung hier: Ernährung

III.7.1 Zwei an den jeweiligen Kopfenden sitzende Pflegepersonen unterhalten sich während der Essenseingabe bei zwei Bewohnern über den Tisch hinweg.

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 Der Einrichtung wird geraten, auf einen wertschätzenden, respektvollen und die Bewohnerwürde achtenden Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern zu achten. Im Sinne einer Pflege, die die Würde der Bewohner achtet, wird geraten, dass sich die Mitarbeiter beim Eingeben des Essens für den jeweiligen Bewohner Zeit nehmen. Die Mitarbeiter sollten grundsätzlich Blickkontakt zum Bewohner aufnehmen und Gespräche über deren Kopf hinweg vermeiden, um für Sicherheit und Stabilität zu sorgen.

Um eine angemessene Beziehungsqualität und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu gewährleisten, wird geraten, dass die Pflegepersonen den Bewohnern während der Mahlzeitenversorgung zugewandt sind.

### III.8. Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.8.1 Laut ärztlicher Anordnung sollen bei einem Bewohner die Beine täglich wegen Ödembildung bis zum Knie gewickelt werden. Zum Prüfzeitpunkt sind die Kompressionsverbände nicht angelegt.

Im Fachgespräch gibt eine Pflegefachperson an, der Verband sei heute nicht angelegt worden, da der Bewohner geduscht wurde. Eine Absprache mit dem behandelnden Arzt hierzu ist nicht erfolgt.

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 Im Sinne der Durchführungsverantwortung der jeweiligen Pflegefachkraft wird geraten, die ärztlich verordneten, pflegende Maßnahmen umzusetzen. Abweichungen von ärztlichen Verordnungen sind nachvollziehbar in der Bewohnerdokumentation zu beschreiben und pflegfachlich zu begründen.

Sollte der Bewohner eine ärztlich verordnete Maßnahme ablehnen, wird geraten, diesen hinreichend über die möglichen Auswirkungen bei Nichtbefolgung aufzuklären. Es wird weiter geraten, Beratungsgespräche zu dokumentieren.

## **IV. Festgestellte wiederholte Mängel**

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

### IV.1 Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

IV.1.1 Ein Bewohner erhielt am 03.06.2017 das ärztlich angeordnete Bedarfsmedikament Tramadol 20 gtt. Eine Wirksamkeitskontrolle hierzu ist nicht erfolgt.

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, die Gabe von Bedarfsmedikamenten im Verlaufsbericht zu dokumentieren. Nach der Verabreichung von Bedarfsmedikamenten sind stets Wirksamkeitskontrollen durchzuführen und die Entwicklung der symptomatischen Verläufe genau zu dokumentieren. Es ist – auch um den Anforderungen des PflWoqG in Bezug auf eine Pflege nach dem aktuellen Stand fachlicher Erkenntnisse gerecht zu werden – von Bedeutung, dass bei der Gabe von Bedarfsmedikationen die Wirksamkeit durch geeignete Kontrollen nachvollzogen werden kann. Durch eine detaillierte, aussagekräftige Verlaufsdokumentation hinsichtlich der Entwicklung der Symptome nach erfolgter Bedarfsgabe kann die schnelle, wirksame Behandlung (Steigerung des Bewohnerwohlbefindens) nachweislich und unzweifelhaft nachvollzogen werden. Sollte bei der Wirksamkeitskontrolle festgestellt werden, dass die Wirkung noch nicht ausreicht, kann somit ggf. eine weitere Bedarfsgabe im Rahmen der ärztlichen Verordnung erfolgen.

#### IV.2 Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- IV.2.1 Am 01.05.2017 erhielt ein Bewohner das ärztlich angeordnete Bedarfsmedikament Risperidon 0,5 mg. Die erforderliche Wirksamkeitskontrolle fehlt.
- IV.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- IV.2.3 Es wird geraten, die Gabe von Bedarfsmedikamenten im Verlaufsbericht zu dokumentieren. Nach der Verabreichung von Bedarfsmedikamenten sind stets Wirksamkeitskontrollen durchzuführen und die Entwicklungen der symptomatischen Verläufe genau zu dokumentieren. Es ist – auch um den Anforderungen des PflWoqG in Bezug auf eine Pflege nach dem aktuellen Stand fachlicher Erkenntnisse gerecht zu werden – von Bedeutung, dass bei der Gabe von Bedarfsmedikationen die Wirksamkeit durch geeignete Kontrollen nachvollzogen werden kann. Durch eine detaillierte, aussagekräftige Verlaufsdokumentation hinsichtlich der Entwicklung der Symptome nach erfolgter Bedarfsgabe kann die schnelle wirksame Behandlung (Steigerung des Bewohnerwohlbefindens) nachweislich und unzweifelhaft nachvollzogen werden. Sollte bei der Wirksamkeitskontrolle festgestellt werden, dass die Wirkung noch nicht ausreicht, kann somit ggf. eine weitere Bedarfsgabe im Rahmen der ärztlichen Verordnung erfolgen.

#### **V. Festgestellte erhebliche Mängel**

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

#### V.1 Kernqualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge hier Dekubitusprophylaxe

- V.1.1 Zum Prüfzeitpunkt um 14:30 Uhr liegt ein Bewohner pflegefachlich positioniert auf dem Rücken im Bett. Die Fersen sind frei gelagert. Bei einer Inaugenscheinnahme des Hautzustands am Gesäß werden zum Prüfzeitpunkt rechts vom Kreuzbein sowie an beiden Sitzbeinhöckern je kreisrunde Rötungen mit ca. 2 cm auf 2 cm festgestellt. Beim Fingerkompressionstest lassen sich die Rötungen nicht wegdrücken.

Im Bewegungsprotokoll ist vermerkt, dass der Bewohner ab 04:00 Uhr des Prüftages bis um 10:00 Uhr auf der rechten Seite positioniert war. Inwieweit in dieser Zeit weitere Positionswechsel (z.B. für Frühstück und Grundpflege) erfolgten, ist nicht ersichtlich. Ab 10:00 Uhr sitze er im Rollstuhl, ab 12:00 Uhr liege er am Prüftag im Bett, wobei hier eine Positionierung nicht angegeben ist.

Seitens der FQA Vertreter ist die Zeitangabe 12:00 Uhr nicht nachvollziehbar, da der Bewohner sich zu diesem Zeitpunkt noch im Rollstuhl sitzend im Speiseraum des Wohnbereichs befindet, was zuvor bei der teilnehmenden Beobachtung an der Mahlzeitsituation (in der Zeit von 11:55 Uhr bis 12:25 Uhr) beobachtet werden konnte. Der Bewohner ist während dieser Zeit ständig anwesend.

Weiter ist im vorliegenden Bewegungsprotokoll nicht dokumentiert, ob die jeweilige Position des Bewohners z.B. für Zeiten der sozialen Betreuung, Toilettengänge, Pflegehandlungen oder weitere Anwendungen oder Aktivitäten, verändert wurde.

Durch die nicht wegdrückbaren Rötungen einerseits, und die nicht vollständig und hinsichtlich der Zeitangaben widersprüchlichen Angaben in der Dokumentation kann die Einrichtung nicht nachweisen, im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten die erforderliche Dekubitusprophylaxe pflegefachlich umgesetzt zu haben.

Am 14.06.2017 erfolgten bezüglich des erheblichen Mangels hinsichtlich der Dekubitusprophylaxe folgende mündliche Anordnungen gegenüber der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung:

1. Die Maßnahmen zur Vermeidung eines möglichen Dekubitus müssen bewohnerindividuell und nach dem allgemein anerkanntem Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse durchgeführt und deren Durchführung den Tatsachen entsprechend dokumentiert werden.
2. Die Dekubitus-Gefährdung und die notwendigen Maßnahmen müssen allen an der Versorgung Beteiligten bekannt sein.

In der Email vom 20.06.2017 gab die Einrichtung ergänzend an, dass sich der Bewohner nach der Seitenlagerung immer wieder zurück auf den Rücken drehe. Eine Kommunikation mit dem Arzt zur Abklärung bzgl. der Diagnose Dekubitus und –prophylaxe sei mit der Bitte um zeitnahe Visite erfolgt. Darüber hinaus werden im Juli (am 17. und 24.07.2017) zwei Fortbildungen zum Thema Dekubitusprophylaxe erfolgen.

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 Ziel einer prophylaktischen Maßnahme ist, die Entstehung eines Dekubitus zu verhindern und gesundheitlichen Schaden vom Bewohner abzuwenden.  
Rötungen und Druckstellen können auch bei fachgerechter Pflege auftreten, jedoch werden diese bei nicht angemessener Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen als Pflegefehler angesehen.

Daher wird dringend geraten, bei Dekubitus gefährdeten Bewohnern die erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen - nach den jeweiligen Ursachen für die Gefährdung - bewohnerindividuell zu planen und deren Durchführung nachweislich zu dokumentieren. Die Einrichtung muss hierzu sicherstellen, dass die Pflegefachkraft über aktuelles Wissen zur Dekubitus Entstehung sowie über geeignete Maßnahmen, diesen weitestgehend zu vermeiden, verfügt.

Die Dekubitusprophylaxe soll kontinuierlich durchgeführt, dokumentiert und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

Ein schriftlich nachvollziehbarer Bewegungsplan soll im Sinne der Sorgfaltspflicht vorliegen, um eine ordnungsgemäße pflegerische Versorgung nachzuweisen.

Ein pflegefachlicher Umgang mit Dekubitus gefährdeten Bewohnern erfordert, dass die Positionierungsintervalle in angemessenen, den individuellen Bewohnerbedürfnissen entsprechenden Abständen erfolgen. Zeigen sich hierbei Hautrötungen, sind die Zeitabstände zwischen den Positionierungen zu lange und müssen angepasst werden. Eine Positionierung auf bereits gerötete Hautstellen ist auf ein Mindestmaß zu begrenzen. Sofern sich ein Bewohner -teilweise- selbst entlagert, sollte dies entsprechend dokumentiert werden.

Um eine pflegefachliche Einschätzung der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zu gewährleisten, wird geraten, den Hautzustand der gefährdeten Bewohner nach jeder erfolgten Maßnahme zu individuell bestimmten Zeiten zu überprüfen. Hierbei eignet sich der Fingertest, mit dem man durch kurzes Eindrücken des Fin-

gers auf eine gerötete Stelle der Haut feststellen kann, ob es sich um einen Dekubitus Kategorie I handelt (siehe NES Dekubitusprophylaxe). Weiter sind für den jeweiligen Bewohner abgestimmte Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren durchzuführen.

## V.2 Kernqualitätsbereich Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln

V.2.2 Am Prüftag gegen 11.30 Uhr nimmt die Pflegefachkraft die benötigten Materialien für das BZ-Messen und der s.c. Injektion und geht in den Speisesaal. Dort holt sie sich vom Bewohner die Einwilligung für die Behandlungspflege. Sie ermittelt den BZ-Wert ohne Händedesinfektion und ohne Handschuhe für den Eigenschutz. Die Hände des Bewohners werden vorher nicht gereinigt. Der gemessene Blutzucker-Wert beträgt 231 mg/%. Laut Spritzenschema sind 12 Insulineinheiten zu injizieren. Die Pflegekraft injiziert im 45 Grad Winkel in den Bauch, ohne eine Bauchfalte zu machen.

Durch die fehlende Reinigung der Haut, insbesondere der Hände, besteht die Gefahr, einen zu hohen Blutzuckerwert zu ermitteln. Die daraus resultierende Injektion mit den entsprechenden Einheiten kann dann ggf. zu hoch erfolgen.

Am 06.06.2017 um 12:00 Uhr ist ein Blutzucker-Wert von 218 dokumentiert. Laut Insulinschema sind 12 i.E. zu injizieren. Ob die Gabe erfolgte, ist nicht dokumentiert. Um 17:00 Uhr desselben Tages ist ein BZ-Wert von 33 aufgezeichnet.

Kommt es zu Werten unter 40 mg/dl spricht man grundsätzlich von einer Hypoglykämie. Wird dieser Wert noch weiter unterschritten, kann der Bewohner das Bewusstsein verlieren und ein hypoglykämischer Schock kann eintreten. Dieser Notfall ist lebensbedrohlich und kann schlimmstenfalls zum Tod führen.

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 geraten, bei der Blutzuckermessung die Hände des Bewohners zu reinigen, um korrekte Werte zu erlangen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass ein Bewohner nur die erforderlichen Werte gespritzt bekommt und nicht aufgrund falscher Messergebnisse zu viele Einheiten verabreicht werden.

Darüber hinaus wird geraten, bei einer s.c. Injektion in den Bauch immer eine Bauchfalte zu machen, um das Medikament korrekt zu applizieren. Dies ist erforderlich, um die Wirkzeit sicherzustellen und somit Abweichungen bei der nächsten Blutzuckerwertmessung zu vermeiden, nachdem die Injektion erfolgt. Auch können so Wechselwirkungen und Reaktionen reduziert bzw. vermieden werden.

Es wird weiter geraten, vor und nach jedem Bewohnerkontakt die Hände zu desinfizieren und die Hygienevorschriften einzuhalten.

## **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.

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](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.

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 beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt 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.