



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

München, 26.07.2016

Landratsamt München

Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)

Geprüfte Einrichtung: Caritas St. Rita
Innerer Stockweg 6
82041 Oberhaching

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

In der Einrichtung wurde am 21.04.2016 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Es wurden in folgenden Bereichen stichprobenartige Überprüfungen vorgenommen:

Prüfgegenstände

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

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

Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebote Plätze:	147
Belegte Plätze:	132
Plätze für Kurzzeitpflege:	nach Bedarf / Verfügbarkeit
Einzelzimmerquote:	78,9 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 53,56 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 5

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

- Das Altenheim St. Rita ist sehr gut in die Gemeinde Oberhaching integriert: Ehrenamtliche der Nachbarschaftshilfe unterstützen und organisieren bspw. Ausflüge für die Bewohner, die Räumlichkeiten der Einrichtung werden für verschiedenste Kursangebote von extern genutzt, einige Gruppenangebote der Betreuung werden sowohl von Bewohnern des Hauses, als auch von Externen besucht, ein ambulanter Hospiz- und Palliativdienst hat seine Büroräume in der Einrichtung, wöchentlich kommen KiTa-Kinder ins Haus, usw.
- Neben dem großen hellen Eingangsbereich befindet sich eine Cafeteria, die nicht durchgängig mit Personal besetzt ist. Dienstag-, Freitag- und Sonntagnachmittags erfolgt der Betrieb der Cafeteria durch Ehrenamtliche. Die Cafeteria ist dabei auch für die Senioren der Gemeinde geöffnet.
- Im Eingangsbereich bietet eine Litfaßsäule sehr anschaulich Platz für Veranstaltungstermine im Haus (z.B. Gottesdienste, Tag der offenen Tür, Schachpartner) und im Ort (z.B. Gospelkonzert, Tanz).
- In der Einrichtung wird großen Wert auf die Ausbildung von Fachkräften gelegt. So absolvieren derzeit drei Auszubildende (dreijährig) und zwei Auszubildende (einjährig) die Ausbildung zu Altenpflegern bzw. zum Pflegehelfer. Dies wird, wie in der Vergangenheit, als gute Möglichkeit angesehen, geeignetes Personal für die Zukunft zu akquirieren.
- In der Einrichtung engagieren sich ca. 60 ehrenamtliche Mitarbeiter, um zu einer Steigerung der Lebens- und Wohnqualität der Bewohner beizutragen. In Anbetracht der Größe des Hauses, lässt die hohe Zahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter auf eine gute Zusammenarbeit der Einrichtung mit den ehrenamtlichen Helfern schließen.
- Es gibt viele Sitzmöglichkeiten auf den Wohnbereichen und ein Aquarium. Im großen Garten zum beschützenden Bereich gibt es einen Rundweg, Sitzgelegenheiten, um auch die Mahlzeiten draußen einnehmen zu können und Beete zum Pflanzen von Blumen und Kräutern. Im Gartenbereich im Innenhof ist Raum zur freien Gestaltung und die Möglichkeit, unter dem Pavillon einen Schattenplatz zu finden.

- Die Einrichtung hat einen eigenen Fitnessraum für die Bewohner, der mit entsprechenden Trainingsgeräten (Fahrrad, Laufband, Step-Gerät, Gymnastikball) ausgestattet ist.
- Das Caritas Haus St. Rita verfügt über eine ausgeprägte Abschiedskultur, um den Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern Zeit zum würdevollen Abschiednehmen einzuräumen. So findet jährlich ein Gedenkgottesdienst statt. In den Wohnbereichen befinden sich jeweils kleine Gedenkecken zum Andenken an verstorbene Bewohner. Die Einrichtung verfügt über einen separaten Abschiedsraum.
- Die Einrichtung hat eine eigene Kirche. Es finden regelmäßig Gottesdienste und Andachten statt. Die hauseigene Seelsorgerin bietet durch ihre tägliche Anwesenheit den Bewohnern viel Zeit für Gespräche.
- In der Einrichtung werden bei Bedarf in einem hierfür eingerichteten Friseursalon durch einen Friseur Termine für die Bewohner angeboten.
- In professionsübergreifenden Workshops erfolgt ein gemeinsamer Austausch von Mitarbeitern der Pflege, Betreuung, Verwaltung, Reinigung, Hauswirtschaft und Haustechnik zum Thema Bewohnerorientierung. Die Einrichtung bzw. der Träger möchten hier die Schnittstellen bzw. die Zusammenarbeit der Professionen zum Wohle der Bewohner stärken und verbessern.

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 78,9 %. Damit ist der seitens des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vorgegebenen Richtwert im stationären Altenhilfebereich mit einem Einzelzimmerplatzanteils von 75 % erfüllt.

Die FQA-Vertreter verweisen am Prüftag auf die für eine ggf. erforderliche Angleichung der baulichen Standards gemäß § 10 AVPfleWoqG bestehenden gesetzlichen Fristen; insbesondere können Anträge auf angemessene Fristverlängerungen nunmehr seit 01.09.2015 bis spätestens 31.08.2016 gestellt werden. In diesem Zusammenhang werden die Vertreter der Einrichtung gebeten, entsprechende Anträge auf Fristverlängerung bzw. Befreiung separat zu stellen und entsprechend zu begründen.

Ein entsprechender Erhebungsbogen wird ausgehändigt mit der Bitte um Angabe der aktuellen Daten. Von Seiten der Einrichtung wird mitgeteilt, dass sich der Träger zentral um die baulichen Vorgaben der DIN 18040-2 kümmern werde. Die ausgefüllten Rückmeldebögen liegen der FQA bis zum Prüfzeitpunkt noch nicht vor.

- II.2.2 Im Zusammenhang mit einer neuen 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 durch Befragung der Pflegedienstleitung ermittelt. Nach deren Auskunft gebe es in der Einrichtung zum Prüfzeitpunkt 18 immobile Bewohner im Sinne von bettlägerigen Bewohnern bzw. bei denen eine Mobilisation in den Multifunktionsrollstuhl erfolgt. Bei 19 Bewohnern kann man durch Mobilisation in den Rollstuhl erreichen, dass sie daraufhin selbständig mobil seien. Dies entspricht einem Anteil (vollständig bettlägerige Bewohner im Verhältnis zur aktuellen Bewohnerzahl) von rund 14 %. Nächtliche Unterstützung beim Toilettengang bzw. Einlagenwechsel sowie aufgrund erforderlicher Lagerungen benötigen 77 Bewohner. Dies entspricht einem Anteil (im Verhältnis zur aktuellen Bewohnerzahl) von 58 %.

-> Dieser Indikator ist erfüllt.

2. Anzahl Pflegestufen 2 und 3 im Vergleich zu Anzahl Pflegestufen 0 und 1:

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 67 (davon 47 Bewohner mit Pflegestufe 2, 19 Bewohner mit Pflegestufe 3 und ein Bewohner mit Pflegestufe 3 +), mit Pflegestufen 0 und 1 befinden sich 50 Bewohner in der Einrichtung (davon 7 Bewohner mit Pflegestufe 0 und 43 Bewohner mit Pflegestufe 1). Aus pflegefachlicher Sicht ist dies ein wichtiger Indikator, da Bewohner mit Pflegestufe 2 und 3 grundsätzlich einen höheren zeitlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand haben.

-> Dieser Indikator ist erfüllt.

3. Erkenntnisse über Unruhezuständen:

Die PDL der Einrichtung benennt je 10 Bewohner der offenen Wohnbereiche und des beschützenden Wohnbereichs mit regelmäßigen Unruhezuständen in der Nacht. Dabei handelt es sich um etwa 15 % bei dem aktuellen Bewohnerstamm der gesamten Einrichtung, jedoch 50 % allein im beschützenden Bereich, was auf einen hohen Betreuungsaufwand schließen lässt.

-> Der Indikator ist erfüllt.

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

Es handelt sich um ein Gebäude in O-Form, rings um einen Innenhof angelegt, für die stationäre Pflege, 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.

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:39 ohne Berücksichtigung der rüstigen Bewohner, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit drei Pflegekräften zum Prüfzeitpunkt noch als ausreichend betrachtet wird. Im Hinblick darauf, dass jedoch vier von fünf Indikatoren erfüllt sind, sollte die Einrichtung prüfen, inwieweit sie den Einsatz einer weiteren Pflegekraft in der Nacht für erforderlich hält.

Hinweis:

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

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

II.3 Qualitätsempfehlungen

II.3.1 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement hier: Beschwerdemanagement

In der Einrichtung wird ein Beschwerdemanagement geführt. Beauftragte für das Beschwerdemanagement ist die EL, über die sämtliche Beschwerden laufen. Eingehende Beschwerden werden dabei auf einem Formblatt abgearbeitet und in einem Ordner gesammelt. Auf Nachfrage erklären die Vertreter der Einrichtung, dass zwar die Möglichkeit bestehe, sich anonym zu beschweren, jedoch werde hierfür kein entsprechendes Formular für Bewohner oder Angehörige ausgelegt.

Es wird empfohlen, ein Formblatt (z.B. Beschwerden, Anregungen, Verbesserungen) an geeigneter Stelle auszulegen, um damit evtl. die Hemmschwelle für Beschwerdeführer zu verringern und die Möglichkeit einer anonymen Beschwerdeeinbringung anzubieten.

II.3.2 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement hier: Informationspflicht

Beim Hausrundgang wird festgestellt, dass am Schwarzen Brett oder an einer vergleichbar zentralen Stelle der Einrichtung, z.B. im Eingangsbereich, kein Hinweis auf vorhandene Beratungs- und Beschwerdestellen vorhanden ist. Der Hinweis auf Beschwerdestellen gehört zu den Informationspflichten des Trägers nach Art. 6 Abs. 2 PflWoqG gehört. Von den Vertretern der Einrichtung wurde jedoch vorgetragen, dass man diese Informationspflicht durch den Heimvertrag sicherstelle, in dem die entsprechenden Adressen von Beratungs- und Beschwerdestellen aufgeführt werden. Ein entsprechender Bewohnervertrag wurde der FQA vorgelegt. Die entsprechenden Beschwerdestellen gehen daraus hervor.

Zur Verbesserung der Informationspflicht des Trägers über vorhandene Beratungs- und Beschwerdestellen aus Art. 6 Nr. 2 PflWoqG wird empfohlen, die Ansprechpartner der FQA des Landratsamtes München nebst Telefonnummer zu nennen. Des Weiteren wird empfohlen, an geeigneter Stelle, z.B. am Schwarzen Brett oder an einer vergleichbar zentralen Stelle der Einrichtung, einen Aushang für die Angehörigen mit den entsprechenden Beratungs- und Beschwerdestellen zu machen. So kann die Information auch an Angehörige, die nicht zwingend den Heimvertrag vorliegen haben, sichergestellt werden.

II.3.3 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

Ein Bewohner des Wohnbereichs 3 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 15.03.2016 das Festmedikament „Targin“. Hierbei handelt es sich um ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt.

Zur Verabreichungsmenge ist bei der Festmedikation jeweils 1 Tablette morgens und abends angegeben. Die Verpackung ist bewohnerbezogen beschriftet. Das Liefer- und Verfallsdatum sind ordnungsgemäß vermerkt. Das Medikament ist sachgerecht im BTM-Tresor gelagert.

Nach Durchsicht der Dokumentationsnachweise über den Betäubungsmittelbestand finden sich keine monatlichen Handzeichen des verordnenden Arztes hinsichtlich einer Legitimierung der ordnungsgemäßen Zu- und Abgänge.

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.3.4 Qualitätsbereich: Personal

hier: Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

Für die Einrichtung liegen zwei Versorgungsverträge der ARGE für den beschützenden und den allgemein stationären Bereich der Einrichtung mit einer zum Prüfzeitpunkt gültigen Laufzeit vom 01.05.2015 bis 30.04.2016 vor. Gemäß den Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI soll sowohl für den beschützenden als auch für den allgemein stationären Bereich jeweils eine ständige Präsenz einer Pflegefachkraft rund um die Uhr, also auch in jeder Nachtschicht, sichergestellt werden. Entgegen den Vergütungsvereinbarungen werden für die gesamte Einrichtung in der Nacht eine Pflegefach- und zwei Pflegehilfskräfte eingesetzt.

Der Einrichtung wird empfohlen, in eigener Verantwortung zu überprüfen, inwieweit im Nachtdienst zwei Pflegefachkräfte (statt wie bisher eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft) eingesetzt werden können, um die Anforderungen der mit der ARGE geschlossenen Vergütungsvereinbarung zu erfüllen und darüber hinaus ggf. die Betreuungsqualität für die Bewohner im Nachtdienst zu verbessern.

II.3.5 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

Der Hautzustand eines Bewohners ist insgesamt sehr trocken, besonders an den Schienbeinen und Waden. Die Haut schuppt sich und die Schuppen lösen sich bei Berührung, wie

z.B. beim Aus- und Anziehen von Socken oder Hose. Der Bewohner gibt an, die Haut würde jucken.

Als Hautpflegemittel wird zum Prüfzeitpunkt „rotes Weinlaub“ verwendet. Laut Herstellerangaben handelt es sich dabei um ein Mittel für schwere und müde Beine, z.B. bei Venenschwäche. Die Creme wirkt durch ihren hohen Alkoholgehalt kühlend. Bedingt durch den hohen Alkoholgehalt erscheint die Creme zum Prüfzeitpunkt nicht geeignet für die aktuell trockene und juckende Haut des Bewohners, da sie die Haut u.U. noch stärker austrocknet.

Der Einrichtung wird empfohlen, bei trockener Haut sogenannte Wasser-in-Öl-Emulsionen oder Cremes auf Urea-Basis zu verwenden, soweit dies der Bewohner akzeptiert.

II.3.6 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

hier: Ernährung

Laut Risikoliste weist ein Bewohner einen BMI von 20,4 auf. Laut Nationalem Expertenstandard Ernährungsmanagement müssten demnach Interventionen zu einer Gewichtszunahme erfolgen, da ein BMI von 20 bei Menschen über 65 Jahren bereits als Risiko gewertet wird.

Darüber hinaus fällt auf, dass der Bewohner mit Kleidung gewogen wurde. Der BMI, welchen die Einrichtung ermittelt, ist somit verfälscht.

Im Abschlussgespräch erklärt die Pflegedienstleitung, eine Ermittlung des Body Mass Index hätte inzwischen wenig Aussagekraft.

Da die Einrichtung den BMI jedoch selbst auf der Risikoliste ermittelt und eine Ermittlung des BMI nicht vorgeschrieben ist, wird der Einrichtung empfohlen, falls sie die Auffassung vertritt, der BMI habe eine unzureichende Aussagekraft, sich auf andere Messverfahren bezüglich eines Risikos in der Ernährung zu einigen. Generell sollte die Einrichtung Menschen mit Risiko in der Ernährung einmal wöchentlich wiegen.

Des Weiteren wird der Einrichtung empfohlen, die Bewohner soweit als möglich ohne Kleidung zu wiegen.

II.3.7 Qualitätsbereich: Medizinprodukte

Die Vertreter der Einrichtung erklären, dass die Ersteinweisungen in der Regel durch die Hersteller bzw. Lieferanten erfolgen, die Folgeeinweisungen durch Multiplikatoren, das sind in der Einrichtung die eingewiesenen Fachkräfte, oder die Praxisanleiter. Dabei gebe es keine regelmäßigen Schulungen, sondern diese erfolgen bei Bedarf. Die entsprechenden Durchführungsnachweise über die Ersteinweisung und Folgeeinweisungen können vorgelegt werden.

Es wird empfohlen, die Einweisungen / ggf. Folgeeinweisungen nach der Medizinproduktebetreiberverordnung in den Fortbildungsplan 2016 mitaufzunehmen.

II.3.8 Qualitätsbereich: Hygiene

Aus dem jährlichen Fortbildungsplan sind Schulungen im Bereich der Hygiene in der Einrichtung im Februar, März und April 2016 ersichtlich.

Es wird empfohlen, die konkreten Schulungsthemen im Bereich der Hygiene im Fortbildungsplan zu benennen.

II.3.9 Qualitätsbereich: Infektionsschutz

Aus dem jährlichen Fortbildungsplan 2016 sind keine Schulungen / Nachbelehrungen nach dem Infektionsschutzgesetz für die Kräfte aus Pflege, Betreuung und HSK ersichtlich, weder durch interne Mitarbeiter noch durch externe Firmen.

Es wird empfohlen, die Schulungen bzw. Einweisungen / ggf. Folgeeinweisungen im Bereich des Infektionsschutzes in den Fortbildungsplan 2016 mitaufzunehmen.

II.3.10 Qualitätsbereich: Brandschutz und Sicherheitseinweisung

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

Von Seiten der Einrichtung konnte gesondert eine Anmeldebestätigung zum Ersthelfer-Grundlehrgang am 22.09.2016 für etwa 10 – 15 Teilnehmer (Mitarbeiter der Einrichtung) vorgelegt werden.

Eine weitere Anmeldebestätigung liegt vor für die Ausbildung der Brandschutzhelfer am 08.09.2016 für max. 15 Teilnehmer.

Es wird empfohlen, die Sicherheitseinweisungen / ggf. Folgeeinweisungen mit evtl. Brandschutzübungen bzw. wie in diesem Fall 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.3.11 Qualitätsbereich: Personal

Nach Durchsicht der Dienstpläne für alle Wohnbereiche für die Monate Februar bis April 2016 ist aufgefallen, dass Abkürzungen wie „D“, „N2“, „IK“, „G“ und „R11“ verwendet werden. Diese Abkürzungen werden jedoch in der Legende zu den Dienstplänen nicht erklärt.

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.

II.3.12 Qualitätsbereich: Personal

Die Dienstpläne für den Monat April 2016 für die Wohnbereiche 1 und 3 sowie für den Nachtdienst tragen nachweislich der der FQA am Prüftag überlassenen Kopien den Genehmigungsvermerk vom 29.03.2016, es fehlen jedoch die Daten für den Erstellzeitpunkt.

Es wird empfohlen, die Dienstpläne hinsichtlich der Erstellung und Genehmigung durchgängig mit Datum und Handzeichen zu vermerken sowie darauf zu achten, diese circa zwei Wochen vor Beginn des Monats zu erstellen und auszuhängen, um für das Personal eine höhere Transparenz und bessere Planbarkeit der Dienste 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.

[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: Gerontopsychiatrische Fachkräfte

hier: Personelle Besetzung / ausreichend gerontopsychiatrische Fachkräfte

III.1.1 Entsprechend den Angaben der Einrichtung können insgesamt 147 Bewohner, davon 20 Bewohner im beschützenden Bereich, aufgenommen werden. Demnach errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 5,23 Fachkräften bei maximaler Belegung für die Einrichtung. Ausgehend von der Bewohnerzahl zum Prüfzeitpunkt und nach Abzug der Rüstigen errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 4,23 Fachkräften. Da mindestens zwei rechnerische Vollzeitstellen mit Fachkräften für Gerontopsychiatrie vorzuhalten sind, muss mindestens eine gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkraft aus dem Bereich der Pflege eingesetzt werden.

Die Einrichtung hält zum Prüfzeitpunkt gemäß der vorgelegten Personalliste Fachkräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 3,0 Vollzeitstellen vor. Zum Prüfzeitpunkt vorgelegt werden die Zertifikate für vier Mitarbeiter. Davon können drei Mitarbeiter angerechnet werden (3,0 Vollzeitstellen), von denen zwei Mitarbeiter (2,0 Vollzeitstellen) aus dem Bereich der Pflege sind.

Eine weitere Mitarbeiterin, die über die erforderliche Weiterbildung zur Geronto-Fachkraft verfügt und ebenfalls aus dem Bereich der Pflege ist, ist langzeiterkrankt und kann daher nicht in die Quote miteinberechnet werden.

In Abhängigkeit vom ermittelten Betreuungsbedarf ergibt sich am Prüftag eine personelle Unterdeckung von 1,23 Vollzeitstellen bezüglich der Anzahl der erforderlichen Pflege- und Betreuungskräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung in der Einrichtung. Bei Vollbelegung ergebe sich unter Umständen eine personelle Unterdeckung von bis zu 2,23 Vollzeitstellen bei unveränderter Mitarbeiterzahl mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung.

Von Seiten der Einrichtung bzw. des Trägers wurde bislang kein Antrag nach § 51 Abs. 4 AVPflWoqG hinsichtlich einer ggf. zulässigen Abweichung von der erforderlichen Anzahl an gerontopsychiatrischen Fachkräften gestellt.

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, den in § 15 Abs. 3 AVPflWoqG 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 er-

krankter 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 weitergegeben wird.

Durch die ausreichende Vorhaltung von gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften kann insofern eine verbesserte, bedarfsorientierte Pflege und Betreuung der Bewohnerschaft in der Einrichtung erreicht werden.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass für die Weiterbildung zwei Mitarbeiter gewonnen wurden, jedoch in diesem Jahr kein entsprechender Kurs mehr stattfindet. Eine entsprechende Anmeldung der Mitarbeiter erfolgt, sobald der Fortbildungsplan des Caritas Instituts für 2017 freigegeben sei.

III.2 Qualitätsbereich: Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte hier: Personelle Besetzung / ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

III.2.1 Die Überprüfung der Dienstpläne für die Monate Februar bis April 2016 ergab, dass zwar durchgehend die erforderliche personelle Besetzung in der Nacht entsprechend der Bewohnerzahl zum Dienst eingeteilt wurde. Jedoch wurde festgestellt, dass am 24.02., 18.03., 30.03. und 31.03.2016 keine Fachkraft im Nachtdienst eingesetzt war.

Nach Angaben der Einrichtungsleitung habe keine Möglichkeit bestanden, kurzfristig eine Fachkraft aus dem Tagdienst abzugeben. Sowohl Pflegedienstleitung als auch stellvertretende Pflegedienstleitung seien als sog. Hintergrundbereitschaft in Rufbereitschaft eingeteilt gewesen, dies könne jedoch nicht in der Dienstplanlegende hinterlegt werden. Die Handynummern von Pflegedienstleitung als auch stellvertretender Pflegedienstleitung würden auf sämtlichen Wohnbereichen aushängen. Die stellvertretende Pflegedienstleitung könne innerhalb weniger Minuten in der Einrichtung sein, da sie im Ort wohne.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Bewohnerstruktur, insbesondere des beschützenden Wohnbereichs, 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, mindestens aber 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. 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.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass am 24.02.2016 keine Möglichkeit bestanden habe, eine Fachkraft vom Tag- in den Nachtdienst zu planen, da sonst die gesetzlichen Ruhezeiten nicht eingehalten worden wären.

Am 18.03., 30.03. und 31.03.2016 befand sich, den weiteren Angaben der Einrichtung zufolge, eine –ausländische- Fachkraft im Dienst, die seit einem Jahr auf ihre Anerkennung warte. Sie habe nach Angaben des Trägers alle Voraussetzungen erfüllt und alle erforderlichen Papiere eingereicht. Dieses langwierige Verfahren erschwere es zusätzlich, die vorgeschriebenen Fachkräfte vorzuhalten. Aus diesem Grund sei der beschriebene Hintergrunddienst durch die Pflegedienstleitung und stellvertretende Pflegedienstleitung erfolgt. Nach Angaben des Trägers werde in Zukunft noch genauer auf die Einhaltung der Vorgaben zur Fachkraftbesetzung im Nachtdienst geachtet.

III.3 Qualitätsbereich: Personal

hier: Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

- III.3.1 Eine Überprüfung der Dienstpläne für die Monate Februar bis April 2016 ergab, dass auf diesen die Mitarbeiterqualifikationen nicht durchgängig angegeben wurden. Auf den Dienstplänen der Wohnbereiche 1 und 3 wurden jeweils handschriftlich zusätzlich eingeteilte Mitarbeiter angefügt, ohne die jeweilige Qualifikation (Pflegefachkraft / Pflegehilfskraft) bzw. Profession der Mitarbeiter zu bezeichnen.

Des Weiteren wurden teilweise nur die Vornamen oder nur die Vornamen mit Anfangsbuchstaben des Familiennamens angegeben, teilweise ebenfalls ohne Angabe der jeweiligen Qualifikation bzw. ohne Angaben „Pflegefachkraft/-helfer“, sodass ebenfalls nicht eindeutig die Qualifikation benannt ist.

- 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, 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.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass es sich bei diesen Mitarbeitern nicht um verbandszugehörige Mitarbeiter gehandelt habe, sondern um Mitarbeiter von Firmen der Arbeitnehmerüberlassung. Nach Angabe des Trägers werde zukünftig darauf geachtet, dass sowohl der Name als auch die Qualifikation vollständig seien.

III.4 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

- II.4.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs 3 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 15.03.2016 das Bedarfsmedikament „Movicol“. Als Einzel- sowie Maximaldosis innerhalb von 24 Stunden ist eine Anwendung verordnet. Es ist keine Indikation angegeben. Bei Durchsicht des Medikamentenbestands des Bewohners ist das vom Arzt verordnete Medikament nicht vorhanden. Das Medikament ist zum Prüfzeitpunkt auch nicht abgesetzt.

Im Nachgang zur Prüfung wird am Folgetag von der PDL mitgeteilt, dass das Bedarfsmedikament „im Medikamentenschrank ganz unten“ vorgefunden wurde. Warum es in der Eile übersehen worden sei, sei nicht nachvollziehbar.

Auf dem beigefügten Foto ist als Lieferdatum auf dem Beutel der 16.02.2016 vermerkt. Zu diesem Zeitpunkt war das Bedarfsmedikament noch nicht ärztlich verordnet. Dies ist nicht

weiter nachvollziehbar, da auch keine ältere ärztliche Verordnung aus dem Medikamentenblatt hervorgeht.

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, ärztlich verordnete Medikamente vorzuhalten und auf die Angabe einer hinreichend konkreten ärztlichen Verordnung (Indikation mit Angaben zur Dosierung und Verabreichungsweise) zu achten. Darüber hinaus wird geraten sicherzustellen, dass die Pflegekräfte über den Aufbewahrungsort von ggf. selten benötigten Bedarfsmedikamenten informiert sind.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass die Mitarbeiter verpflichtet seien, einmal im Monat eine Kontrolle aller ärztlichen Verordnungen durchzuführen, einschließlich Überprüfung der Bedarfsmedikation. Hier würden durch die Pflegedienstleitung Schulungen erfolgen, um den Mitarbeitern die Notwendigkeit verständlich zu machen.

III.5 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen
hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.5.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs 2 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 07.01.2015 das Bedarfsmedikament „Okoubarell“. Als Einzeldosis sind 20 Tropfen, als Maximaldosis innerhalb von 24 Stunden 3 x 20 Tropfen verordnet. Als Indikation ist „bei Durchfall“ angegeben. Bei Durchsicht des Medikamentenbestands des Bewohners ist das vom Arzt verordnete Medikament nicht vorhanden. Das Medikament ist zum Prüfzeitpunkt auch nicht abgesetzt.

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, ärztlich verordnete Medikamente vorzuhalten, um eine Versorgung der Bewohner im Bedarfsfall entsprechend der ärztlichen Verordnung sicherstellen zu können.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass die Mitarbeiter verpflichtet seien, einmal im Monat eine Kontrolle aller ärztlichen Verordnungen durchzuführen, einschließlich Überprüfung der Bedarfsmedikation. Hier würden durch die Pflegedienstleitung Schulungen erfolgen, um den Mitarbeitern die Notwendigkeit verständlich zu machen.

III.6 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen
hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.6.1 Bei der Durchsicht des Medikamentenbestands eines Bewohners des Wohnbereichs 2 wird festgestellt, dass das Medikament „Laxoberal Tropfen“ vorhanden ist. Für dieses Medikament liegt keine ärztliche Verordnung vor. Aus dem Verordnungsblatt geht auch nicht hervor, dass das Medikament zu einem früheren Zeitpunkt verordnet war.

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 Es wird geraten, keine Medikamente vorzuhalten, die nicht ärztlich verordnet sind.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass die Mitarbeiter verpflichtet seien, einmal im Monat eine Kontrolle aller ärztlichen Verordnungen durchzuführen, einschließlich Überprüfung der Bedarfsmedikation. Hier würden durch die Pflegedienstleitung Schulungen erfolgen, um den Mitarbeitern die Notwendigkeit verständlich zu machen.

III.7 Qualitätsbereich: Dekubitusprophylaxe hier: Gesundheitsvorsorge / Dekubitusprophylaxe

- III.7.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs 3 weist am linken Großzehenballen eine kreisförmige stark gerötete Fläche von circa 2,5 cm auf. Der Kompressionstest ist nach mehrmaliger Anwendung negativ, jedoch muss dieser, um zu einem eindeutigen Ergebnis zu kommen, wiederholt ausgeführt werden.

Es besteht ein erhöhtes Dekubitusrisiko, und es müssen druckentlastende Maßnahmen ergriffen werden.

Laut Pflegedienstleitung habe der Bewohner bis zum Prüfzeitpunkt keine Rötung in diesem Bereich aufgewiesen. Es handele sich um ein aktuelles Ereignis. Sie räumt ein, dass die Schuhe in Kombination mit den Socken des Bewohners zu eng seien. Zum Prüfzeitpunkt werden dem Bewohner durch die Pflegedienstleitung die Schuhe nicht mehr angezogen.

Im Bereich der Risikobewertung zur Dekubitusprophylaxe findet sich keine Erwähnung zur Gefährdung des Großzehenballens.

Die Einrichtung wird seitens der FQA darauf hingewiesen, zukünftig darauf zu achten, dass passendes Schuhwerk angezogen wird. Es sind ferner druckentlastende Maßnahmen anzuwenden.

- 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 Um eine Bewohnergefährdung durch versehentliche Förderung eines Druckgeschwürs durch unpassendes Schuhwerk zu vermeiden, wird geraten, prophylaktische Maßnahmen in diesem Bereich dem jeweiligen Bewohnerbedürfnis entsprechend, z.B. durch Verbandsschuhe oder geeignete, druckentlastende Polster, bei einer Fehlstellung des Großzehenballens vorzunehmen.

Die Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe müssen ferner auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und beurteilt werden.

In der Stellungnahme des Trägers vom 05.07.2016 stellt dieser fest, dass es sich bei den Schuhen des Bewohners um orthopädische Schuhe gehandelt habe. Die Pflegedienstleitung werde sich mit dem Sanitätshaus in Verbindung setzen, um die Qualität der Schuhe zu verbessern.

Zudem gibt die Einrichtung an, die Mitarbeiter würden bezüglich der Dekubitusprophylaxe noch intensiver geschult.

III.8 Qualitätsbereich: Dekubitusprophylaxe hier: Gesundheitsvorsorge / Dekubitusprophylaxe

- III.8.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs 1, beschützend, weist zum Prüfzeitpunkt am rechten Großzehenballen eine circa 3 cm im Durchmesser kreisförmig stark gerötete Fläche auf. Der Kompressionstest ist negativ, das heißt, die Rötung ist mittels Fingerdrucktest noch wegdrückbar, es besteht jedoch ein erhöhtes Dekubitusrisiko an dieser Stelle, und es müssen druckentlastende Maßnahmen ergriffen werden.

Bedingt durch die fehlende Risikoidentifizierung im Zusammenhang mit den Großzehenballen und der drückenden Schuhe des Bewohners ist zum Prüfzeitpunkt keine effektive Dekubitusprophylaxe feststellbar.

Im Fachgespräch wird mit der Wohnbereichsleitung erörtert, dass auf bequeme und passende Schuhe zu achten ist. Das Risiko am Großzehenballen sollte zudem in die Maßnahmenplanung zur Dekubitusprophylaxe miteinbezogen werden.

III.8.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.8.3 Um eine Bewohnergefährdung durch versehentliche Förderung eines Druckgeschwürs durch unpassendes Schuhwerk zu vermeiden, wird geraten, prophylaktische Maßnahmen in diesem Bereich dem jeweiligen Bewohnerbedürfnis entsprechend, z.B. durch Verbandsschuhe oder geeignete druckentlastende Polster, bei einer Fehlstellung des Großzehenballens vorzunehmen.

Die Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe müssen ferner auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und beurteilt werden.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass die Mitarbeiter bezüglich der Dekubitusprophylaxe noch intensiver geschult würden.

III.9 Qualitätsbereich: Soziale Lebensbereiche, hier: Dokumentation
hier: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung / Soziale Lebensbereiche

III.9.1 In der Dokumentation von zwei geprüften Bewohnern war eine differenzierte Angebotsplanung (was, wann, wie häufig angeboten werden soll) und eine systematische Auswertung und Anpassung der Betreuungsangebote nicht nachvollziehbar. Es fanden sich einige kurze Stichworte wie, „Gespräche, Spazierfahrten im Rollstuhl“ oder „Bew. damit (Multifunktionsrollstuhl, Anm. d. Verf.) in den Aufenthaltsraum od. Flur fahren um einer sozialen Vereinsamung vorzubeugen.“ in der Planung. Die individuelle Evaluierung der Betreuungsangebote sowie die Anpassung der Angebote waren nicht nachvollziehbar. Nach Angabe der Mitarbeiter der Betreuung gebe die vorgegebene Struktur der Dokumentation weder ausreichend Raum für eine differenziertere Angebotsplanung noch für eine Evaluation der Angebote. Dafür ein Extradokument zu verwenden, sei von Seiten des Trägers nicht vorgesehen.

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 Der Einrichtung wird geraten, die Betreuungsangebote individuell und differenziert für die Bewohner zu planen und entsprechend regelmäßig zu evaluieren. Nur mit Hilfe einer differenzierten Planung der Angebote sowie deren regelmäßiger Evaluation lassen sich individuelle Betreuungsleistungen und Verbesserungsmaßnahmen ableiten, die den verschiedenen Interessen und Bedürfnisse der Bewohner gerecht werden. Sie dienen daher als handlungsleitende und qualitätssichernde Instrumente für eine individuelle, am Bewohnerbedarf ausgerichtete Betreuung.

Von Seiten des Trägers sind daher in der Dokumentation Möglichkeiten zu schaffen, die den Mitarbeitern der sozialen Betreuung eine differenziertere Angebotsplanung und die Evaluierung der Angebote erlauben.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass -soweit es die Dokumentation zulasse- Betreuungsangebote noch individueller und differenzierter geplant und evaluiert würden.

III.10 Qualitätsbereich: Verpflegung

hier: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung / Helfender Umgang / Alltagsaktivitäten / Dementielle Erkrankungen

Teilnehmende Beobachtung der Mahlzeitsituation – Mittagessen Wohnbereich 5

III.10.1 Bei der teilnehmenden Mahlzeitsituation im Wohnbereich 5 wird festgestellt, dass die Tische auf dem Wohnbereich mit Stofftischdecken, Gläsern und einer Wasserkaraffe vorbereitet sind.

4 Bewohner sind im Speisezimmer anwesend und werden von einer Mitarbeiterin aus dem Bereich der Pflege betreut. Das Essen wird auf dem Tablett ausgeteilt, für einen Bewohner wird es bereitgestellt, da dieser später nachkomme. Die Tablett sind bereits mit Besteck, Servietten und dem kleinen Medikamentenbecher vorbereitet. Die Bewohner nehmen ihr Essen selbständig ein. Es benötigt keiner Unterstützung bei der Essenseingabe.

Die Bedürfnisse der Bewohner werden grundsätzlich bei der Essensausgabe erfragt: „Soll ich Ihnen zu trinken einschenken?“, „Fangen Sie mit der Suppe an?“, „Soll ich Ihnen das Essen aufdecken?“. Die Ansprache und der Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern sind durchweg wertschätzend und unterstützend. Das Mittagessen findet, soweit beobachtet, in einer ruhigen Atmosphäre statt.

Jedoch verlässt die Mitarbeiterin der Pflege den Raum für einige Zeit. Ein Bewohner kann sein Fleisch nicht selbst schneiden und lässt dieses auf dem Teller. Da die Pflegekraft noch nicht zurück ist, beginnt er mit dem Dessert. Als die Pflegekraft zurückkommt, fragt sie den Bewohner, ob sie ihm das Fleisch schneiden solle. Das sei eine tolle Idee, antwortet der Bewohner, und die Pflegekraft schneidet ihm das Fleisch klein. Danach isst der Bewohner noch das Hacksteak, bevor er das Gericht mit dem Dessert beendet.

Bei der Mahlzeitsituation wurde versäumt, dass auch während dem Essen jeder Bewohner -zeitnah- die erforderliche Unterstützung erhält.

Eine zweite Pflegekraft kommt zur Medikamentenausgabe. Auf Nachfrage, weshalb denn zum Beispiel keine Betreuungskraft an der Mahlzeitsituation teilnehme, wird mitgeteilt, dass diese Kräfte auf anderen Wohnbereichen dringender gebraucht werden.

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, dass die Pflege- und Betreuungskräfte so eingesetzt werden, dass jeder Bewohner die erforderliche Unterstützung während dem Essen erhalten kann. Wenn ein Mitarbeiter den Raum verlassen muss, ist zuvor dafür Sorge zu tragen, dass alle Bewohner ausreichend versorgt sind und selbständig weiteressen können.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass es durch die räumlichen Gegebenheiten (kleine Aufenthaltsräume) nicht immer einfach sei, eine ruhige und entspannte Atmosphäre zu ermöglichen. Die Sitzmöglichkeiten seien begrenzt, so dass es für die Betreuenden oft nicht einfach sei, einen geeigneten Sitzplatz einzunehmen. Da jedoch auf eine wertschätzende Umgangsweise gegenüber den Bewohnern großen Wert gelegt werde, würde alles ermöglicht, um die Verpflegungssituation zukünftig in entspannter Atmosphäre erleben zu können.

III.11. Qualitätsbereich: Verpflegung

hier: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung / Helfender Umgang / Alltagsaktivitäten / Dementielle Erkrankungen

Teilnehmende Beobachtung der Mahlzeitsituation – Mittagessen Wohnbereich 3

III.11.1 Bei der teilnehmenden Mahlzeitsituation in Wohnbereich 3 wird festgestellt, dass die Bewohner am Tisch warten, auf dem Gläser und Getränke bereit stehen. Das Essen wird auf dem Tablett ausgeteilt. Die Servietten befinden sich in einem Regal, statt auf dem Tisch. Es wird beobachtet, dass jede Serviette einzeln geholt wird, wobei auch die Essenseingabe unterbrochen werden muss.

Ein Bewohner versucht, mit dem Messer Kartoffeln zu essen, was nicht gelingt. Er sitzt längere Zeit vor dem Essen, ohne es anzurühren.

Einem Bewohner wird das Essen kleingeschnitten und auf eine Gabel gelegt, obwohl er mit den Fingern essen will.

Einem Bewohner im Rollstuhl wird das Essen eingegeben, jedoch von der Seite.

Ein Bewohner sitzt vor dem Essen und es erfolgt keine Nachfrage durch die Mitarbeiter, ob dieser Hilfe benötige. Der Bewohner sitzt eine halbe Stunde vor dem Tablett und den verdeckten Schüsseln / Tellern ohne dass er Unterstützung bei der Essenseingabe erhält.

Eine ehrenamtliche Helferin gibt bei zwei Bewohnern gleichzeitig das Essen ein.

Mangels Stuhl gibt ein Mitarbeiter einem Bewohner das Essen im Stehen ein.

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 Um eine angemessene Beziehungsqualität und Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu gewährleisten, wird geraten, dass die Pflegepersonen den Bewohnern die erforderliche Unterstützung während dem Essen zukommen lassen und das Essen im Sitzen eingeben.

Es wird geraten, den Bewohnern angemessene und den Wünschen entsprechende Nahrungsangebote zu machen und noch vorhandene Fähigkeiten der Bewohner bei der Mahlzeitsituation zu erhalten und zu fördern. So kann Bewohnern, die mit den Händen essen möchten oder können, geeignetes Fingerfood angeboten werden.

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. Dabei sollte sich der Mitarbeiter bei der Eingabe des Essens zu dem Bewohner setzen und sich somit auf Augenhöhe zum Bewohner begeben.

Es wird geraten, jegliche Hektik und Zeitdruck zu vermeiden. Um dieses Vorgehen umzusetzen, hat die Einrichtung ggf. ihre Abläufe bei der Mahlzeitsituation dem jeweiligen Bewohnerbedürfnis anzupassen.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass es durch die räumlichen Gegebenheiten (kleine Aufenthaltsräume) nicht immer einfach sei, eine ruhige und entspannte Atmosphäre zu ermöglichen. Die Sitzmöglichkeiten seien begrenzt, so dass es für die Betreuenden oft nicht einfach sei, einen geeigneten Sitzplatz einzunehmen. Da jedoch auf eine wertschätzende Umgangsweise gegenüber den Bewohnern großen Wert gelegt

werde, würde alles ermöglicht, um die Verpflegungssituation zukünftig in entspannter Atmosphäre erleben zu können.

III.12 Qualitätsbereich: Freiheit einschränkende Maßnahmen
hier: Helfender Umgang / Freiheit einschränkende Maßnahmen

III.12.1 Bei einem Bewohner des beschützenden Wohnbereichs liegt ein Schreiben der Abteilung für Betreuungssachen des Amtsgerichtes München vom 15.01.2015 vor, in dem die Unterbringung des Betreuten in der beschützenden Abteilung einer Pflegeeinrichtung bis längstens 14.01.2017 genehmigt wurde.

Laut Beschluss leide der Bewohner unter einer Demenz bei primärem Parkinson Syndrom. Es bestehe die Gefahr, dass der Betreute sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufüge. Der Betreute müsse geschlossen untergebracht werden, weil er weglaufgefährdet ist und aufgrund mangelnder Orientierung bzw. Verkehrssicherheit erheblich gefährdet wäre.

Der Betreute habe zur Zeit keine ausreichende Krankheitseinsicht, er sei zu keiner freien Willensbildung zumindest hinsichtlich der Entscheidungen im Zusammenhang mit der Erkrankung in der Lage. Er vermöge auch die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme nicht zu erkennen. Daher sei die Maßnahme zum Wohl des Betreuten erforderlich.

Als weitere Freiheit einschränkende Maßnahmen werden ein Easywalker (weiß und schwarz) und eine Sitzhose im Rollstuhl angewandt.

Für die Sitzhose im Rollstuhl liegt ein gültiger Beschluss des Amtsgerichts München vom 08.10.2015 bis längstens 14.01.2017 vor. Nach Angaben der Pflegedienstleitung wird die Maßnahme aktuell nicht angewandt, der Beschluss werde jedoch nicht aufgehoben, falls der Bedarf doch wieder entstehe. Laut Beschluss konnte mit dem im Walker mobilen Betroffenen die Maßnahme nicht sinnvoll besprochen werden. Demzufolge leide der Betroffene nach aktuellem ärztlichen Attest vom 17.09.2015 an einer psychischen Krankheit bzw. geistigen / seelischen Behinderung, nämlich einer Demenz bei Parkinsonerkrankung. Der Betroffene benötige zeitweise die mechanische Beschränkung (Sitzhose im Rollstuhl), um Verletzungen durch Sturz oder unkontrollierte Bewegungen zu verhindern.

Der Betreute habe, gemäß den weiteren Ausführungen im Beschluss, zur Zeit keine ausreichende Krankheitseinsicht, er sei zu keiner freien Willensbildung zumindest hinsichtlich der Entscheidungen im Zusammenhang mit der Erkrankung in der Lage. Er vermöge auch die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme nicht zu erkennen. Dies folge aus dem Ergebnis der gerichtlichen Ermittlungen, insbesondere aus dem aktuellen ärztlichen Zeugnis vom 17.09.2015, der Stellungnahme der Bevollmächtigten und dem unmittelbaren Eindruck des Gerichts, den sich dieses anlässlich der Anhörung des Betroffenen in der üblichen Umgebung des Betroffenen verschafft hat. Daher sei die Maßnahme zum Wohl des Betreuten erforderlich.

Für den Easywalker liegt ein Beschluss des Amtsgerichtes München vom 06.08.2015 bis längstens 14.01.2017 vor. Nach den Angaben der Pflegedienstleitung wird die Maßnahme aktuell täglich angewandt, nachdem sich der Bewohner nach einer vorübergehenden Verringerung der Mobilität infolge eines Infekts wieder erholt habe.

Bei der persönlichen Anhörung zur Entscheidung über die Anwendung des Easywalkers hat das Gericht im Weiteren folgendes festgestellt:

Der Bewohner könne sich gut und zügig mit dem Walker bewegen und erkläre, er müsse sich noch an ihn gewöhnen. Ein differenziertes Gespräch konnte mit ihm nicht darüber geführt werden.

Laut Beschluss leide der Betroffene nach aktuellem ärztlichen Attest vom 16.07.2015 an einer psychischen Krankheit bzw. geistigen / seelischen Behinderung, nämlich einer De-

menz bei primärer Parkinson-Erkrankung. Der Betroffene benötige zur Zeit die mechanische Beschränkung (Verwendung eines Easywalkers), um Verletzungen durch Sturz zu verhindern.

Der Betroffene habe zur Zeit keine ausreichende Krankheitseinsicht, er sei zu keiner freien Willensbildung zumindest hinsichtlich der Entscheidungen im Zusammenhang mit der Erkrankung in der Lage. Er vermöge auch die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme nicht zu erkennen. Dies folge aus dem Ergebnis der gerichtlichen Ermittlungen, insbesondere aus dem aktuellen ärztlichen Zeugnis vom 16.07.2015, der Stellungnahme der Bevollmächtigten und dem unmittelbaren Eindruck des Gerichts, den sich dieses anlässlich der Anhörung des Betroffenen in der üblichen Umgebung des Betroffenen verschafft hat. Daher sei die Maßnahme zum Wohl des Betreuten erforderlich.

Ergänzend wird angeführt, dass auf die Bestellung eines Verfahrenspflegers verzichtet wurde, da die Maßnahme in erster Linie Mobilität des Betroffenen sichere.

Die Genehmigung der Maßnahme erfolgt laut Beschluss unter der Maßgabe, dass sich der Durchführende vor und während der Maßnahme jeweils von der Unbedenklichkeit überzeugen muss, sich die Beschränkung immer nur auf das unbedingt erforderliche Maß erstrecken darf, eine schriftliche Aufzeichnung über Art und Dauer zu erstellen ist und das Personal für den Betroffenen stets erreichbar sein muss.

Zum Prüfzeitpunkt befand sich der Bewohner in einem schwarzen Easywalker. Nach Angaben der Pflegedienstleitung sei der Easywalker erst kürzlich (laut Dokumentation am 06.04.2016) individuell entsprechend der Körpergröße des Bewohners in der Höhe angepasst worden. Der Easywalker hat eine Art Fahrradsattel und in Brust- und Schulterblatthöhe mit Schaumstoff überzogene Stützen, so dass sich der Bewohner aufrecht halten könne. Im Gegensatz dazu verfügt der weiße Easywalker, den der Bewohner ebenfalls benutzen könne, über eine einem Stuhl vergleichbare Sitzfläche, sodass sich der Bewohner immer wieder richtig hinsetzen und ausruhen könne. Allerdings bestehe bei dem weißen Easywalker ein höheres Sturzrisiko. Der schwarze Easywalker sei in dieser Hinsicht deutlich sicherer, jedoch biete er nicht die Möglichkeit, sich bequem hinzusetzen. Der Bewohner habe lediglich den Fahrradsitz als Stütze. Zu einem späteren Zeitpunkt wird der Bewohner, der sich immer noch im schwarzen Easywalker befindet und auf dem Gang in der beschützenden Abteilung hin- und herläuft, erschöpft und mit zitternden Beinen angetroffen. Auf Nachfrage der Pflegefachkraft der FQA macht der Bewohner deutlich, dass er Hilfe benötigt und aus dem Easywalker heraus möchte. Eine Pflegekraft der Einrichtung öffnet die Schutzvorrichtung des Easywalkers und führt den Bewohner zum Tisch des Aufenthaltsraums, wo das Abendessen vorbereitet wird. Der Bewohner verbleibt auch am Tisch und nimmt das Abendessen zu sich.

Aus der Dokumentation geht hervor, dass als Maßnahme der Easywalker regelmäßig angewendet wird. Zum Prüfzeitpunkt (21.04.2016) ist kein Beginn und Ende der Maßnahme, ggf. mit Unterbrechungen, dokumentiert, obwohl der Bewohner von den Vertretern der FQA des Landratsamtes München mehrmals im Easywalker angetroffen wurde. Ob sich der Bewohner an diesem Tag ohne Unterbrechung im Easywalker befand, ist nicht ersichtlich. Auch für den Vortag (20.04.2016) und den 18.04.2016 finden sich keine Aufzeichnungen über Beginn, Dauer und Ende der Maßnahme in der Dokumentation.

Folgende Anwendungszeiten wurden in der Woche vor dem Prüfzeitpunkt dokumentiert:

13.04.2016	8:00 Uhr bis 20:00 Uhr
14.04.2016	7:30 Uhr bis 20:00 Uhr
15.04.2016	7:30 Uhr bis 19:00 Uhr
16.04.2016	7:30 Uhr bis 20:00 Uhr
17.04.2016	7:30 Uhr bis 20:00 Uhr
19.04.2016	10:00 Uhr bis 20:00 Uhr

Die Aufzählung ist beispielhaft und nicht abschließend zu sehen.

Der Dokumentation ist ein handgeschriebenes Schreiben zu entnehmen, aus dem hervorgeht, dass am 06.04.2016 der Easywalker auf die Körperhöhe des Bewohners eingestellt wurde. Dabei wurde dem Betroffenen auch das Gerät erklärt. Unter Anweisung des Firmenvertreters ging der Betroffene im Easywalker auf dem Flur spazieren. Gemäß der handgeschriebenen Doku (Verfasser ist nicht ersichtlich) solle der Betroffene die ersten Tage nur unter Beobachtung mit dem Easywalker gehen sowie nur wenige Minuten, die dann langsam gesteigert werden könnten. Dabei wurde auch vermerkt, dass der Betroffene am 20.04.2016 zum ersten Mal in den -schwarzen- Easywalker gesetzt worden sei.

Aus dem Beschluss des Amtsgerichtes München vom 06.08.2015 ist zu entnehmen, dass sich der Durchführende vor und während der Maßnahme jeweils von der Unbedenklichkeit überzeugen muss, sich die Beschränkung immer nur auf das unbedingt erforderliche Maß erstrecken darf, eine schriftliche Aufzeichnung über Art und Dauer zu erstellen ist und das Personal für die Betroffene stets erreichbar sein muss.

Nach Angaben der Pflegedienstleitung stehe im Vordergrund, den Bewohner hinsichtlich seines aufgrund des Krankheitsbildes bestehenden, großen Bewegungsdrangs höchstmögliche Mobilität unter gleichzeitig so gering wie möglichem Sturzrisiko zu ermöglichen. Der Bewohner lasse sich nicht längere Zeit an einen Tisch setzen, ohne dass dieser aufzustehen und seinem Bewegungsdrang nachzugehen versucht. Auch sei man in diversen Fallgesprächen mit den Töchtern und zugleich Bevollmächtigten des Bewohners übereingekommen, dass diese wünschen, dem Bewohner die Mobilität derart zu gewähren.

Als Nachweis wurde ein Schreiben der Angehörigen (Töchter und zugleich Bevollmächtigte) vom 17.03.2015 vorgelegt, wonach es sinnvoll wäre, „zur Prophylaxe der Sturzgefahr ein Easywalker und ein Schlafsack für das Bett zu beantragen“.

Zur Sturzprophylaxe fand am 08.06.2015 eine Beratung für den Bewohner und dessen Angehörige statt. Dabei wurden die Sturzrisikofaktoren aufgrund Funktionsbeeinträchtigungen (eingeschränkter Bewegungsfähigkeit, Gangunsicherheit), Demenz, Einnahme von Medikamenten (Antidepressiva und Sedativa) beschrieben. Geeignete Maßnahmen zur Minimierung des Sturzrisikos wurden wie folgt kenntlich gemacht: Niedrigbett, mobile Glocke, Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, Gymnastikangebote nutzen, Übungen zum Muskelaufbau durchführen, nach Medikamenteneinnahme (starke Schmerz- und Beruhigungsmittel) nur mit Hilfe aufstehen und gehen und die Glocke nutzen, Problembesprechung mit dem Pflegepersonal und Niedrigflurbett, Sensormatte und Hüftprotektoren.

Aus einer internen Fallbesprechung mit Mitarbeitern der Einrichtung vom 11.06.2015 geht hervor, dass mit den Angehörigen gesprochen werden solle, ob der Bewohner versuchsweise in den Easywalker gesetzt werden dürfe. Ein Nachweis, ob dieses Gespräch erfolgte und ggf. mit welcher Vereinbarung, liegt nicht vor.

Aus einer weiteren internen Fallbesprechung mit der PDL und Mitarbeitern der Einrichtung vom 05.11.2015 geht hervor, dass sich die Mobilität des Bewohners deutlich verbessert habe, dass er jedoch versuche, aus dem Easywalker zu klettern, wodurch eine höhere Sturzgefahr bestehe. Ziel der Fallbesprechung sollten sein: Mobilitätsförderung, Sturzrisiko minimieren, Einigkeit darüber, wann Easywalker oder T-Sitzhose die passende Maßnahme seien. Als Maßnahmen/Vereinbarungen/Ergebnisse wurden festgehalten:

1. Der Bewohner könne Absprachen verstehen und einhalten, deswegen immer darüber aufklären, warum?, was?, wieso?
2. Aufgrund der gesteigerten Mobilität sei die T-Sitzhose nicht mehr zur Anwendung geeignet.
3. Der Bewohner solle zu den Mahlzeiten an den Tisch mobilisiert werden

4. Bei großer Unruhe solle man den Bewohner aus dem Easywalker herausholen und einen Spaziergang anbieten, er lasse sich oft dadurch beruhigen.

Als weiteren Nachweis wurde ein Protokoll einer Fallbesprechung vom 26.01.2016 vorgelegt, deren Anlass „häufige Stürze – trotz Easywalker“ beschrieb. Die Tochter sei dabei über sämtliche Gefahren der Anwendung des Easywalkers, u.a. Strangulation, weitere Gefahren beim Sturz, aufgeklärt worden. Eine weitergehende Beratung diesbezüglich wurde angefordert. Ein Nachweis, ob diese Beratung erfolgte und ggf. mit welcher Vereinbarung liegt nicht vor.

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 Es wird geraten, gemäß den Anforderungen des Beschlusses des Amtsgerichtes München vom 06.08.2015 eine schriftliche Aufzeichnung über Art und Dauer der angewendeten Maßnahme zu erstellen, aus der jede einzelne Anwendung hervorgeht. Ggf. erscheint es sinnvoll, nach der Anwendung des weißen und schwarzen Easywalkers getrennte Aufzeichnungen vorzunehmen, da die Maßnahmen sich in der körperlichen Beanspruchung des Bewohners deutlich unterscheiden.

Da die angewendete Maßnahme „Easy-Walker“ laut Beschluss einerseits in erster Linie der Mobilitätssicherung diene, andererseits dennoch eine Freiheit einschränkende Maßnahme darstellt, ist kritisch zu hinterfragen, ob die Gefahr einer Daueranwendung besteht, und es sind geeignete Maßnahmen in den Tagesablauf des Bewohners zu integrieren, die diesem entgegenwirken. Solche Maßnahmen, z.B. der sozialen Betreuung (Einzel- / Gruppenangebote), begleitete Spaziergänge, Besuche, Ergotherapie oder ähnliche Anwendungen, Mahlzeiten, Toilettengänge und Körperpflege, Erholungspausen und Entspannungstherapien, usw., sind zeitlich zu dokumentieren bzw. die Aufzeichnung über Art und Dauer derart zu gestalten, dass ersichtlich ist, dass es sich nicht um eine Daueranwendung handelt. Es ist auch darauf zu achten, dass jede Anwendung dokumentiert wird.

Des Weiteren ist darauf zu achten, dass das Personal für den Bewohner stets erreichbar ist, um Erschöpfung zu vermeiden. Sofern sich der Bewohner nicht mehr selbst verständlich machen kann und Hilfe einfordert, ist dafür Sorge zu tragen, dass in regelmäßigen Abständen, die die Einrichtung anhand des jeweiligen Tagesbefindens des Bewohners festlegt, überprüft wird, ob die Maßnahme zu unterbrechen ist, der Bewohner weitere Hilfestellung benötigt oder andere Maßnahmen sinnvoll erscheinen. Insbesondere ist den Hinweisen der Gerätevertreiber stets Folge zu leisten, wonach die Anwendung in den ersten Tagen nur wenige Minuten betragen sollte, die dann langsam gesteigert werden könnten (s. handgeschriebenes Schreiben).

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass zu diesem Bewohner einige Wochen vor der Begehung um eine Beratung durch die FQA gebeten worden sei. Nach Angaben des Trägers sollte die Einrichtung daraufhin erst einmal einen Bericht über die Schwierigkeiten bzw. Probleme schreiben. Eine alleinige Beschreibung wäre nach Einschätzung der Einrichtung dem Bewohner nicht gerecht geworden. In der Stellungnahme wird weiter ausgeführt, dass es wichtig gewesen wäre, dass sich die FQA vor Ort ein Bild machen solle. Es bestehe die Schwierigkeit, dass keine ausgewogene Balance zwischen freiheitsentziehenden Maßnahmen wegen hoher Sturzgefahr und Mobilität erreicht werden könne, trotz zahlreicher Maßnahmen. Die Dringlichkeit eines Besuchs durch die FQA hätte von Seiten der Einrichtung verstärkt werden müssen. Die Mitarbeiter erhalten durch die Pflegedienstleitung Schulungen, um die Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu intensivieren.

Anmerkung der FQA: Die Kontaktaufnahme und Beratungsanfrage der Einrichtung zu diesem Bewohner erfolgte am 25.01.2016. Eine konkrete Terminanfrage für eine Beratung vor

Ort war nicht Gegenstand der Anfrage. Tatsächlich erfolgte weder eine kurze Sachverhalts-schilderung noch Vorlage von Nachweisen zu bisher getroffenen Maßnahmen und eingeholten gerichtlichen Beschlüssen. Am 08.03.2016 erfolgte auf telefonische Nachfrage der FQA die Mitteilung von Seiten der Einrichtung, dass sich die Beratungsanfrage erledigt habe. Zwischenzeitlich erfolgte am 13.07.2016 ein Fallgespräch in der Einrichtung unter der Beteiligung von Vertretern der FQA, Einrichtungs- und Pflegedienstleitung, Pflegekräften des Wohnbereichs und Angehöriger, um ggf. weitere mögliche Maßnahmen zur weiteren Vorgehensweise zu besprechen.

IV. Festgestellte wiederholte Mängel

IV.1 Qualitätsbereich: Bewohnersicherheit

IV.1.1 Beim Hausrundgang wird festgestellt, dass im Wohnbereich 5 auf einem Reinigungswagen eine Flasche Desinfektionsmittel mit einfachem Schnappverschluss abgestellt ist. Der ebenfalls auf dem Wagen befindliche Spender mit Desinfektionsmittel ist noch ausreichend -zu mehr als 2/3- befüllt, so dass kein unmittelbarer Austausch der Flaschen erforderlich ist.

Das Desinfektionsmittel ist zum Prüfzeitpunkt offen zugänglich und könnte versehentlich von Bewohnern getrunken werden. Es besteht eine potentielle Gesundheitsgefahr.

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, Desinfektionsmittel (insbesondere ohne geeignete Sicherungsmechanismen) verschlossen aufzubewahren; z.B. in einem abschließbaren Schrank bzw. einem Vorratsraum für Reinigungsmittel und entsprechendes Zubehör. Diese Mittel können bei unsachgemäßem Gebrauch Gesundheitsgefahren bzw. Beeinträchtigungen des Bewohnerwohlbefindens darstellen. Im Einzugsbereich von Bewohnern mit Demenzerkrankungen besteht, hinsichtlich gefährdender Gegenstände, ein erhöhtes gesundheitliches Risiko (bei unsachgemäßem Gebrauch), weshalb verstärkt auf eine sachgerechte, verschlossene Lagerung bzw. ggf. eine Verwendung von Dosierungsspendern zu achten ist.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

V.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation hier: Gefährliche Lagerung

V.1.1 Ein Bewohner klagt zum Prüfzeitpunkt über seit längerem bestehende, nächtliche Ruheschmerzen im linken Bein bei bestehender, ärztlich diagnostizierter peripherer arterieller Verschlusskrankheit pAVK Stadium IV. Seit circa 14 Tagen könne er nicht mehr richtig schlafen, da er Schmerzen im linken Bein und Fuß habe. Aktuell fühle sich sein Bein „pelzig“ und wie eingeschlafen an.

Laut ärztlicher Anordnung erhält er wegen chronischer Schmerzen als Festmedikation gegen Schmerzen alle 3 Tage Fentanyl 25 µg. Als Bedarfsmedikament kann der Bewohner Metamizol 4-mal täglich zwischen 15 und 40 gtt erhalten. Eine Bedarfsgabe ist nicht dokumentiert.

In der Einrichtung wird standardmäßig einmal im Quartal für drei Tage, z.B. 12.03.-15.03.2016 ein Schmerzprotokoll geführt. Dem Protokoll zu Folge gibt der Bewohner weder in Ruhe noch bei Belastung Schmerzen an. Im Verlaufsbericht sind ebenso keine Schmerzáußerungen angegeben.

Der Bewohner gibt hierzu an, er werde vom Nachtdienst nicht nach Schmerzen gefragt. Die Notrufglocke würde er nicht betätigen, er wisse nicht, warum er das nicht mache.

Zum Prüfzeitpunkt wird der Bewohner von der Vertreterin der FQA gebeten, mittels der numerischen Rang Skala seine Schmerzen in der Nacht einzuschätzen. Der Bewohner kann nicht genau angeben, in welchem Bereich zwischen 1 und 10 er Schmerzen spürt. Er gibt an, er könne sich darunter nichts vorstellen.

Er wird nochmals gebeten, seine Schmerzen anhand einer in der Einrichtung vorgehaltenen Gesichterskala anzuzeigen. Der Bewohner zeigt auf das mit einem Auge weinende Gesicht mit dem Punktwert 7.

Zum Prüfzeitpunkt möchte der Bewohner kein Bedarfsmedikament und betont, die Schmerzen würden in der Nacht auftreten und es wäre angenehm, wenn er in der Nacht ein Schmerzmittel nehmen könnte.

Die Wohnbereichsleitung merkt an, sie sei nach längerer Abwesenheit wieder auf dem Wohnbereich. Zuvor habe der Bewohner keine Schmerzen geäußert oder erwähnt, dass er nicht schlafen könne.

Sie gibt weiter an, dass der Bewohner in der Nacht nach einem Kissen verlange und das Bein auf seinen Wunsch hin hochgelagert werden soll. Der Bewohner gibt an, die Pflege- mitarbeiter würden ihm das Bein hochlagern. Eine ärztliche Anordnung für das Hochlagern liegt nicht vor.

Da der Bewohner an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit leidet, entspricht ein Hochlagern der Beine nicht den medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnissen. Zum Prüfzeitpunkt ist den Pflegemitarbeitern bewusst, dass eine Hochlagerung der Beine bei dieser Erkrankung kontraindiziert ist, zu einer Minderdurchblutung des Gewebes und Schmerzen unterschiedlichen Grades führt. Im Extremfall, je nach Dauer und Ausmaß der Minderdurchblutung, kann es dadurch zu einem akuten Gefäßverschluss kommen und dadurch eine konkrete Gefährdung von erheblichen Rechtsgütern wie Leben, Gesundheit und körperliche Unversehrtheit entstehen.

Die Einrichtung sichert dem Bewohner zum Prüfzeitpunkt zu, ihn zu einem individuell festgelegten Zeitpunkt im Nachtdienst nach seinem Befinden und Schmerzen zu befragen sowie das betroffene Bein tiefer zu lagern.

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 Da bei einer arteriellen Verschlusskrankheit eine Minderdurchblutung der tiefen Extremitäten vorliegt, sollte dieser, im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung, entgegengewirkt werden. Daher wird dringend geraten, eine Tieflagerung der betreffenden Extremität durchzuführen, um eine Minderdurchblutung nicht zusätzlich zu forcieren und einen akuten Gefäßverschluss weitestgehend zu vermeiden.

In der Regel wird dies von Menschen, die unter einer peripheren, arteriellen Verschlusskrankheit Stadium IV leiden, toleriert, da dies die Schmerzen in der betroffenen Extremität reduziert.

Sollte der Bewohner trotz Schmerzen eine Hochlagerung wünschen, ist dringend ein zu dokumentierendes Beratungsgespräch mit dem behandelnden Arzt und dem Bewohner anzustreben, in welchem diesem die Risiken der Erkrankung aufgezeigt werden.

Um den Therapieerfolg in der Schmerzversorgung zu gewährleisten, wird des Weiteren dringend geraten, den Bewohner nach Schmerzen, besonders im Nachtdienst, mit einem für ihn geeigneten Instrument, wie z. B. zum Prüfzeitpunkt die Gesichterskala, zu befragen und diese angemessen zu behandeln.

Eine ggf. erforderliche Schmerzmittelgabe, mögliche Alternativen zur Schmerzlinderung sowie die erforderliche Wirksamkeitskontrolle sind zu dokumentieren.

In der Stellungnahme vom 05.07.2016 gibt der Träger an, dass es sich bei dem Bewohner um einen nicht dementen Bewohner handle. Trotz der PAVK sei es der ausdrückliche Wunsch des Bewohners, dass die Beine trotz Kontraindikation zur PAVK hochgelagert werden sollen. Allerdings habe keine ausführliche schriftliche Beratung vorgelegen. Hier würden die Mitarbeiter nochmals ausführlich geschult. In der Schmerzermittlung und Dokumentation würden die Mitarbeiter regelmäßig durch die Pflegedienstleitung geschult.

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

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

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur

Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

- Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung vom 22. Juni 2007 (GVBl S. 390) wurde im Bereich des Heimrechts ein fakultatives Widerspruchsverfahren eingeführt, das eine Wahlmöglichkeit eröffnet zwischen Widerspruchseinlegung und unmittelbarer Klageerhebung.
- Ein elektronisch eingelegter Widerspruch muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen sein. Eine elektronische Widerspruchseinlegung ohne qualifizierte elektronische Signatur ist unzulässig.
- Eine Klageerhebung in elektronischer Form ist unzulässig.
- [Sofern kein Fall des § 188 VwGO:] Kraft Bundesrechts ist in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten seit 1. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührenvorschuss zu entrichten.

Wiesner