



München, 30.05.2017

**Landratsamt München**

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

**Geprüfte Einrichtung:** Maria Stadler Haus  
Salmdorfer Str. 2  
85540 Haar

**Träger:** Maria Stadler Haus gGmbH  
Salmdorfer Str. 2  
85540 Haar

In der Einrichtung wurde am 24.01.2017 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Es wurden in folgenden Bereichen stichprobenartige Überprüfungen vorgenommen:

**Prüfgegenstände**

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

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

**I. Daten zur Einrichtung:**

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebotene Plätze: 99

Belegte Plätze inkl. Kurzzeitpflege: 99

Plätze für Kurzzeitpflege: nach Bedarf / Verfügbarkeit  
Einzelzimmerquote: 43 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 50,28 %  
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 Bewohnerzimmer sind je nach Wunsch der Bewohner mit individuellen Möbelstücken versehen. Es finden sich analoge Uhren und große Kalender auf den Wohnbereichen. Bilder, Fotos, dezente Dekoration, ansprechendes Mobiliar, Sitzgruppen, die zum Verweilen einladen, farbliche Akzente an den Wänden, Holztüren und Holzfußböden, Blumen und Grünpflanzen verleihen den Wohnbereichen eine freundliche und wohnliche Atmosphäre.
- Die Einrichtung hat einen Andachtsraum, um regelmäßig Gottesdienste und Andachten zu feiern. Es finden wöchentlich katholische Gottesdienste sowie monatlich evangelische Gottesdienste statt. Gottesdienste in größerem Rahmen können im Erdgeschoss im Aufenthaltsraum gefeiert werden.
- Die Einrichtung lebt eine ausgeprägte Abschiedskultur, um den Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern Zeit zum würdevollen Abschiednehmen einzuräumen. In den Wohnbereichen gibt es jeweils einen Gedenkort für verstorbene Bewohner, wo ein Foto, ein Abschiedsbuch und liebevolle Dekoration mit Engeln und Kerzen aufgestellt werden.
- Die Einrichtung bietet täglich zwei verschieden Gerichte zur Auswahl an. Die befragten Bewohner äußerten sich zufrieden mit der Essensversorgung. In der Einrichtung riecht es angenehm nach frisch gekochten Speisen.
- Es engagieren sich viele (zwischen 30 und 40) ehrenamtliche Helfer im Haus, um zu einer Steigerung der Lebens- und Wohnqualität der Bewohner beizutragen. So unterstützen ca. 25 - 30 „Tischdamen“ je einmal in der Woche die Pflegekräfte bei den Vor- und Nachbereitungen der Mahlzeiten und helfen den Bewohnern beim Essen. Die Ehrenamtlichen tragen die Alltagsgeschichten aus der Gemeinde mit in das Haus herein, zur Freude der Bewohner, die zum großen Teil aus Haar stammen.
- Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem ortsansässigen Hospizverein. Die Mitarbeiter des Hospizvereines bieten Besuchsdienste, Gespräche und Sterbebegleitung für die Bewohner des Maria Stadler Hauses an.
- Die Mitarbeiter der sozialen Betreuung präsentieren ihre Arbeit am Prüftag fachlich kompetent, empathisch und herzlich. Die positive, wertschätzende und reflektierende Grundhaltung der Mitarbeiter zu den Bewohnern wird in Gesprächen und im Umgang mit den Bewohnern deutlich.
- Die Angebote der Betreuung sind sehr vielseitig und berücksichtigen jahreszeitliche und biografische Aspekte sowie kulturelle und religiöse Bedürfnisse. Die Angebote werden von den Mitarbeitern der Betreuung stetig reflektiert und an die Bewohnerbedürfnisse angepasst.

- Das Maria Stadler Haus ist fest in das Gemeindeleben integriert. Die Bewohner gehen in Haar zum Einkaufsbummel, zum Eis essen, besuchen den Wochenmarkt. Angehörige und Ehrenamtliche gehen ein und aus. Die Einrichtung arbeitet regelmäßig mit der ortsansässigen Volkshochschule, dem Kindergarten, dem Hospizverein, der Gemeindebücherei, einem Chor, den Kirchengemeinden und den Schulen zusammen. So werden Alltagsgeschichten aus der Gemeinde zur Freude der Bewohner, die größtenteils aus Haar stammen, in das Haus getragen.

## 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 43 %. Damit ist der seitens des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vorgegebenen Richtwert für Neubauten im stationären Altenhilfebereich mit einem Einzelzimmerplatzanteils von 75 % nicht erfüllt.

Ein entsprechender fristwahrender Antrag wurde von der MSH gGmbH über die Gemeinde Haar mit Datum vom 31.08.2016, also vor Ablauf der gesetzlichen Angleichungsfrist (31.08.2016), gestellt. Über den Antrag wurde noch nicht abschließend entschieden.

- 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 immobilier Bewohner:

Die Anzahl der immobilien Bewohner wird durch Befragung der Pflegedienstleitung ermittelt. Nach deren Auskunft gebe es in der Einrichtung zum Prüfzeitpunkt 18 Bewohner, die Unterstützung beim Toilettengang bzw. Transfer auf den Toilettenstuhl benötigen. Dies entspricht einem Anteil im Verhältnis zur Gesamtbewohnerzahl im stationären Bereich von 99 Bewohnern von rund 18 %.

-> Dieser Indikator ist nicht erfüllt.

2. Anzahl Pflegegrade 4 und 5 (vorher Pflegestufen 2 und 3) im Vergleich zu Anzahl Pflegegrade 2 und 3 (vorher Pflegestufen 0 und 1):

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 30 (davon 20 Bewohner mit Pflegegrad 4 und 10 Bewohner mit Pflegegrad 5), mit Pflegegraden 2 und 3 befinden sich 61 Bewohner in der Einrichtung (davon 25 Bewohner mit Pflegegrad 2 und 36 Bewohner mit Pflegegrad 3). Aus pflegeschichtlicher Sicht ist dies ein wichtiger Indikator, da Bewohner mit Pflegegraden 4 und 5 (vorher Pflegestufe 2 und 3) grundsätzlich einen höheren zeitlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand haben.

-> Dieser Indikator ist nicht erfüllt.

3. Erkenntnisse über Unruhezuständen:

Die Pflegedienstleitung der Einrichtung benennt keine Bewohner mit einem nächtlichen Laufverhalten.

-> Der Indikator ist nicht erfüllt.

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

Es handelt sich um ein Gebäude 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), da sich in der Einrichtung aktuell 99 Pflegebedürftige befinden würden.

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:33, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit drei Pflegekräften zum Prüfzeitpunkt als ausreichend betrachtet wird.

Hinweis:

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

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

- II.2.3 Bei der Begehung wurde von Seiten der Einrichtung geschildert, dass weiterhin eine enge Zusammenarbeit mit dem Hospizkreis Haar e.V. besteht. Die Mitarbeiter des Hospizvereines bieten Besuchsdienste, Gespräche und Sterbebegleitung für die Bewohner des Maria Stadler Hauses an.

## 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 25.06.2015 laut Medikamentenblatt das Festmedikament „MST 10 mg Ret.“. 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 bei der Festmedikation 2 morgens und 2 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 02.09.2016.

**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: Freiheit einschränkende Maßnahmen

hier: Dokumentation

Aufgrund im Vorfeld zu einer möglichen Beantragung einer richterlichen Legitimation von Freiheit einschränkenden Maßnahmen, hier: Vorsatztisch, veranlassten Fallgespräche erfolgte am 25.11.2016 ein Eintrag laut Pflegeverlaufsbericht, dass der Angehörige am 28.11.2016 zur Beratung anrufen wolle, wie man die Stürze des Bewohners verhindern könne. Im Telefonat wurde am 28.11.2016 besprochen, dass ein Vorsatztisch besorgt werde. Am gleichen Tag nachmittags wurde dem Angehörigen ein Antrag auf richterliche Genehmigung des Vorsatztisches mitgegeben. Ein weiterer Eintrag am 09.12.2016 dokumentiert, dass ein Beschlussverfahren für einen Vorsatztisch bei erheblicher Sturzgefahr laufe.

Ein entsprechender Eintrag im Pflegeverlaufsbericht vom 09.12.2016 lautet, dass ein Bettgitter nicht in Betracht komme, da der Bewohner in der Lage sei, darüber zu steigen. Des Weiteren würde eine Sturzmatte nach Angaben der Einrichtung beim Aufstehen eine erhebliche Sturzgefahr hervorheben.

**Der Einrichtung wird empfohlen, entsprechende Fallgespräche im Team, mit Angehörigen, Betreuern, Ärzten, u.ä. auf einem entsprechenden Formular zu dokumentieren und die vereinbarten Maßnahmen schriftlich, ggf. mit Unterschrift der Beteiligten, festzuhalten. So können die Teilnehmer benannt sowie Inhalte der Fallgespräche ausführlicher dargestellt und damit eine höhere Verbindlichkeit erzielt werden.**

### 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: Personal

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

III.1.1 Die Überprüfung der Dienstpläne für Januar 2017 ergab, dass in allen Nächten, hier in der Zeit von 20:45 Uhr bis 6:15 Uhr, immer drei Mitarbeiter, davon mindestens eine Pflegefachkraft, zum Nachtdienst eingeteilt war. Ein krankheitsbedingter Ausfall am 02.01.2017 von einer Pflegehilfskraft konnte nicht ausgeglichen werden, so dass hier ein Mangel in der Nachtdienstbesetzung vorliegt. Somit wurde die Vorgabe, im Nachtdienst ausreichend Personal einzusetzen (derzeit drei Pflegekräfte insgesamt) unterschritten. Der maximal zulässige Korridor von 1:40 war 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. Bei einem unvorhergesehenen Ausfall einer Pflegekraft für den Nachtdienst ist im Rahmen einer vorausschauenden Personaleinsatzplanung dafür Sorge zu tragen, dass anderweitig ein kurzfristiger Einsatz sichergestellt werden 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.2 Qualitätsbereich: Personal

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

III.2.1 Eine Überprüfung der Dienstpläne für den Monat November 2016 ergab, dass auf dem Dienstplan teilweise der Eintrag muk, muk 2, ZA Prell, ZA Prell 2 ohne weitere Angabe des Namens vorgenommen wurde. Teilweise wurden Mitarbeiter nur mit Familien-, teilweise mit Familien- und Vornamen eingetragen, ohne die Profession der Mitarbeiter zu bezeichnen.

Eine Überprüfung der Dienstpläne für den Monat Dezember 2016 ergab, dass auf dem Dienstplan teilweise der Eintrag Zeitarbeit 1 EG, Zeitarbeit 2 EG, Zeitarbeit 1 2. OG, Zeitarbeit 2 2. OG, ZA MUK ohne weitere Angabe des Namens vorgenommen wurde. Teilweise wurden Mitarbeiter nur mit Familien- und Vornamen eingetragen, ohne die Profession der Mitarbeiter zu bezeichnen.

Eine Überprüfung der Dienstpläne für den Monat Januar 2017 ergab, dass auf dem Dienstplan teilweise der Eintrag Zeitarbeit 1 2. OG, Zeitarbeit 2 2. OG, ZA Prell, ZA Prell 2 ohne weitere Angabe des Namens vorgenommen wurde. Teilweise wurden Mitarbeiter

nur mit Familien-, teilweise mit Familien- und Vornamen eingetragen, ohne die Profession der Mitarbeiter zu bezeichnen.

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

III.2.3 Es wird geraten, 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 Zeitarbeitskräften. Für die Mitarbeiter der Einrichtung sollte zweifelsfrei erkennbar sein, welche Fachkräfte aus dem Bereich der Pflege und Betreuung im Versorgungsfall zur Verfügung stehen. Für die eingesetzten Zeitarbeitskräfte sollte eine ausreichende Anzahl von Zeilen zur Verfügung stehen, um auch ggf. erforderliche Änderungen transparent und nachvollziehbar abzubilden.

### III.3 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

III.3.1 Ein Bewohner des Wohnbereichs 2 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 12.01.2017 laut Medikamentenblatt das Festmedikament „Morphin Tropfen“ 2 Tropfen abends. Mit gleichem Verordnungsdatum kann das Medikament auch bei Bedarf gegeben werden. Zur Verabreichungsmenge ist bei Bedarf als Minimaldosis 2 Tropfen und als Maximaldosis 8 Tropfen innerhalb von 24 Std. angegeben.

Dabei handelt es sich um ein Medikament, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Die Verpackung ist bewohnerbezogen beschriftet. Das Lieferdatum ist ordnungsgemäß vermerkt. Die ärztliche Verordnung ist vollständig. Es ist sachgerecht im BTM-Tresor gelagert und der Zugang zum BTM-Tresor ist ausschließlich über die Plegefachkraft / Schichtleitung geregelt. Das vom aufgedruckten Verfalldatum abweichende Verwendbarkeitsdatum beträgt laut Beipackzettel 3 Monate nach Öffnen. Dieses ist nicht vermerkt. Zur Bedarfsgabe am 22.01.2017 ist keine Wirksamkeitskontrolle erfolgt.

Ein monatliches Handzeichen des verordnenden Arztes hinsichtlich einer Legitimierung der ordnungsgemäßen Zu- und Abgänge ist noch nicht erforderlich, da das Medikament erst am 12.01.2017 verordnet wurde.

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

III.3.3 Es wird geraten, bei der Verabreichung von Bedarfsmedikamenten auf die Durchführung einer zeitnahen Wirksamkeitskontrolle zu achten. Um eine angemessene, bewohnerbezogene sowie ergebnisorientierte Versorgung zu gewährleisten, wird geraten, sowohl die Bedarfsgabe als auch die daraus resultierende Wirksamkeitskontrolle zu dokumentieren und ggf. zu evaluieren. Ohne zeitnahe und regelmäßige Wirksamkeitskontrollen nach der Verabreichung von Bedarfsmedikamenten kann eine schnellstmögliche, wirksame Behandlung der aufgetretenen Symptome nicht umgesetzt bzw. nachvollzogen werden. Die Wirksamkeitskontrolle ist auch dahingehend erforderlich, um eine ggf. weitere mögliche Bedarfsgabe bis zur maximal verordneten Verabreichungsmenge an den Bewohner ausschöpfen zu können.

Des Weiteren wird geraten, Flüssigmedikamente wie Tropfen, Saft, o.ä., die nach dem Öffnen ein von dem aufgedruckten Verfalldatum abweichendes kürzeres Ablaufdatum haben,

korrekt zu beschriften. Abgelaufene Medikamente verlieren oder verändern ihren Wirkstoff so, dass das Medikament nicht mehr richtig wirken kann. Die Haltbarkeit der in der Einrichtung gelagerten Arznei- und Hilfsmittel muss regelmäßig auf diese entsprechend der Herstellerangaben abweichenden Verfallsdaten überprüft werden. So stellt die Einrichtung sicher, dass Bewohner stets einwandfreie Medikamente erhalten.

### III.4 Qualitätsbereich: Freiheit einschränkende Maßnahmen

III.4.1 Bei einem Bewohner des Wohnbereichs 2 liegt als Freiheit einschränkende Maßnahme ein Beschluss über die Anwendung eines Vorsatztisches des Amtsgerichtes München vom 12.01.2017, AZ. 709 XVII 5295/15 vor, in dem die Maßnahme bis längstens 08.01.2019 genehmigt wurde.

Laut Beschluss leide der Bewohner unter einer senilen Demenz. Es bestehe deshalb die Gefahr, dass der Betroffene sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufüge. Der Betreute benötige zur Zeit die mechanische Beschränkung, um Verletzungen durch Sturz oder unkontrollierte Bewegungen zu verhindern.

Der Betreute habe 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.

Dies dokumentieren auch die vorausgegangenen Stürze aus dem Rollstuhl. So war der Bewohner wiederholt in den letzten Monaten gestürzt, was die Notwendigkeit des Vorsatztisches begründete. Z.B. wurde der Bewohner am 02.11.2016 um 18:30 Uhr im Speisesaal auf dem Boden sitzend aufgefunden. Zuvor saß er im Rollstuhl und wollte nach eigenen Angaben in sein Zimmer. Sichtbare Verletzungen sind nicht aufgetreten, alle Extremitäten sind frei beweglich, Bewohner gibt keine Schmerzen an. Am 24.11.2016 um 18:30 Uhr ist der Bewohner aus dem Rollstuhl aufgestanden, ein paar Schritte gelaufen und im Speisesaal gefallen. Dabei hat er sich zwei Platzwunden an Schläfe und Hals zugezogen. Der Arzt und der Angehörige wurden verständigt und der Bewohner wurde ins Krankenhaus eingewiesen. Am 04.12.2016 um 13:15 Uhr ist der Bewohner aus dem Rollstuhl aufgestanden, ein paar Schritte gegangen und im Gang gefallen. Dabei hat er sich eine Schürfwunde an der linken Schulter zugezogen, Schmerzen wurden nicht geäußert. Am 27.12.2016 um 12:20 Uhr aus dem Rollstuhl aufgestanden und gestürzt. Sichtbare Verletzungen sind nicht eingetreten, jedoch mäßige Schmerzen am Kopf.

Daraufhin wurde nach Rücksprache mit dem Angehörigen entschieden, einen Antrag beim Betreuungsgericht zur Genehmigung eines Vorsatztisches zu beantragen.

Auswertung über die Anwendungszeiten:

21.01.2017	09.30 Uhr	Beginn der Maßnahme / Vorsatztisch hoch
		das Ende der Anwendungszeit ist nicht dokumentiert
22.01.2017	10.30 Uhr	Beginn der Maßnahme / Vorsatztisch hoch
22.01.2017	19.00 Uhr	Ende der Maßnahme / Vorsatztisch runter
23.01.2017	07.30 Uhr	Beginn der Maßnahme / Vorsatztisch hoch
23.01.2017	18.30 Uhr	Ende der Maßnahme / Vorsatztisch runter
24.01.2017	09:30 Uhr	Beginn der Maßnahme / Vorsatztisch hoch

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 seinem Rollstuhl mit angebrachtem Vorsatztisch.

Am 21.01.2017 ist laut Dokumentation kein Ende der Maßnahme dokumentiert. Zum Prüfzeitpunkt (24.01.2017, nachmittags) ist nicht dokumentiert, ob die Anwendung z.B. für die Zeit des Mittagessens, für einen Zeitraum der sozialen Betreuung, Mittagsruhe, Toilettengänge, Pflegehandlungen oder ähnliches, unterbrochen wurde. Da keine Unterbrechungen der Anwendungszeiten dokumentiert sind, ist davon auszugehen, dass sich der Bewohner an diesem Tag ohne Unterbrechung im Rollstuhl mit angebrachtem Vorsatztisch befand.

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, gemäß den Anforderungen des Beschlusses des Amtsgerichtes München vom 12.01.2017 eine schriftliche Aufzeichnung über Art und Dauer der angewendeten Maßnahme zu erstellen, aus der jede einzelne Anwendung hervorgeht.

Da der Bewohner die angewendete Maßnahme „Vorsatztisch“ laut Beschluss als mechanische Beschränkung benötige, um Verletzungen durch Sturz oder unkontrollierte Bewegungen zu verhindern, 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), Besuche, Ergotherapie oder ähnliche Anwendungen, Mahlzeiten, Toilettengänge und Körperpflege, Erholungspausen und Entspannungstherapien, usw., aber auch Lagerungswechsel / Mikrolagerungen 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. 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 zu Beginn einer neuen, hier mechanischen, Freiheit einschränkenden Maßnahme ist die engmaschige Kontrolle des Bewohners erforderlich, um ggf. erforderliche Anpassungen vornehmen zu können und das Bewohnerwohl nicht unzulässig zu beeinflussen.

### III.5 Qualitätsbereich: Helfender Umgang / Schmerzmanagement

III.5.1 Ein Bewohner des WB EG mit einem chronischen Schmerzsyndrom äußert sich gegenüber der FQA zum Prüfzeitpunkt in seiner Schmerzwahrnehmung als weitgehend zufrieden und stabil.

Die systematische Schmerzeinschätzung erfolgt mittels NRS (= numerische Ratingskala). Die Einrichtung gibt an, dass der Bewohner bei Abfrage eines numerischen Schmerzwertes Schwierigkeiten hat, diesen selbst mit einem Wert zu bestimmen.

Die seitens der Einrichtung durchgeführten aktuellen Schmerzeinschätzungen dieses Bewohners zeigen seit Umstellung der medikamentösen Schmerztherapie durchwegs NRS-Werte von 1 bis 2 von 10.

Der Einrichtung ist nicht bewusst, ab welchem NRS-Wert einem Bewohner ein Bedarfsanalgetikum angeboten werden muss. In diesem Zusammenhang ist der Einrichtung auch nicht bewusst, dass hierbei zwischen Ruhe- und Bewegungsschmerz differenziert werden muss.

Die Einrichtung gibt an, dass die für diesen Bewohner aktuell am besten geeignete Schmerzabfrage die VRS (= verbale Ratingskala) ist und diese in der Einrichtung zum Prüfzeitpunkt jedoch nicht als Qualitätsinstrument implementiert sei.

Eine (Erst-) Schmerzbeschreibung (hinsichtlich Ort, Art, Qualität usw.) sowie welche Faktoren (medikamentös und nicht-medikamentös) sich positiv wie negativ auf das Schmerzerleben des Bewohners auswirken könnten, ist weder in der Anamnese, Tagesstruktur oder Pflegeplanung dokumentiert.

Der Bewohner fordert in regelmäßigen Abständen seinen medikamentösen Schmerzbedarf (Novalgin gtt) ein. Die FQA stellte bei einer Überprüfung des Bestands des Flüssigmedikaments vor Ort fest, dass augenscheinlich der verbleibende Bestand nicht mit den dokumentierten Bedarfsgaben übereinstimmen könne. Die Einrichtung gab diesbezüglich an, dass die Bedarfsgaben sowie die Wirksamkeitskontrollen nur rudimentär dokumentiert worden seien.

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

III.5.3 Um eine angemessene, bewohnerbezogene sowie ergebnisorientierte Schmerzversorgung zu gewährleisten, wird geraten, sowohl die Schmerzmittelgabe als auch die daraus resultierende Wirksamkeitskontrolle zu dokumentieren und ggf. zu evaluieren.

Es wird geraten, dass die Pflegefachkraft bei allen Bewohnern mit chronischen Schmerzen ein differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment der Schmerzsituation durchführt und individuelle Faktoren hierzu erfasst, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren können.

Der Einrichtung wird geraten, ein individuell angepasstes Schmerzmanagement, das zur Schmerzlinderung, zu Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und damit auch schmerzbedingten Krisen vorbeugt, vorzuhalten.

Zur Fremd- oder Selbsteinschätzung von Schmerzwahrnehmung / Schmerzverhalten wird geraten, dass die Einrichtung geeignete Assessments zur Schmerzerfassung implementiert.

### III.6 Qualitätsbereich: Helfender Umgang / Ernährungsmanagement

III.6.1 Ein kognitiv stark beeinträchtigter Bewohner des WB 1. OG, der seit 03/2016 in der Einrichtung lebt, ist zum Prüfzeitpunkt mit einem Hochrisiko zur Mangelernährung eingeschätzt. Der Bewohner zeigt seit Heimeinzug eine deutliche Mangelernährung. Begünstigende Risikofaktoren für diese bestehende Mangelernährung sind seitens der Einrichtung nicht eruiert.

Der Betreuer ist nicht über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert und beraten.

Der Bewohner ist aufgrund seiner Demenz für eine ausreichende Ernährung sowie Flüssigkeitsaufnahme auf vollständige Übernahme und Unterstützung der Einrichtung angewiesen.

Die gesamte Pflegedokumentation, Tagesstruktur, Pflegeplanung lässt den Schwerpunkt der bestehenden Mangelernährung nicht erkennen. Individuelle Trink- und Essgewohnheiten, wie z.B. dass der Bewohner laut Bevollmächtigtem Vegetarier ist, sind der Einrichtung teilweise nicht bekannt.

Ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung liegt nicht vor.

Ein Screening-Ergebnis zur Ernährungssituation liegt nicht vor.

Eine ärztliche sowie logopädische Abklärung wurde seitens der Einrichtung nicht initiiert. Multiprofessionelle Maßnahmen sind nicht koordiniert.

Die Einrichtung erfasste seit Heimeinzug folgende Gewichtserhebungen: 27.04.2016 mit 44,2 kg, 31.8.2016 mit 37,4 kg, 30.09.2016 mit 37,4 kg, 12/2016 mit 38,0 kg sowie 01/2017 mit 38,0 kg Körpergewicht, was laut Einrichtung einem aktuellen BMI von 15,2 entspreche. Die Mangelernährung besteht seit Heimeinzug. Nachdem der Bewohner laut Einrichtung nach einem längeren Krankenhausaufenthalt im Juni / Juli 2016 mit erheblichem Gewichtsverlust zurückkam, hier ca. 16 % von April bis Ende August 2016, hat die Einrichtung weitere 3 Wochen, nämlich bis zum 17.09.2016 gewartet, bis als erste Maßnahme ein Ernährungsprotokoll erstellt wurde.

Die Einrichtung führte während des Zeitraumes 17.09.2016 bis 02.01.2017 Ernährungsprotokolle. Die Einrichtung gibt an, die Ernährungsprotokolle nicht mehr zu führen, da der Bewohner seit 11/2016 regelmäßig bis zu 3/4 seiner Portionen esse. Aufgrund der seitens der Einrichtung beschriebenen aktuellen Essgewohnheiten des Bewohners ist für die nächsten Wochen eine deutliche Gewichtszunahme zu erwarten. Ferner ist bei diesen aktuellen Essgewohnheiten keine konkrete Gefahr eines Nährstoffmangels gegeben.

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, dass begünstigende Risikofaktoren für bestehende Mangelernährung eruiert werden und der Einrichtung individuelle Trink- und Essgewohnheiten bekannt sind.

Weiter wird geraten, dass der Betreuer über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen informiert und beraten ist.

Der Einrichtung wird geraten, dass ein Screening-Ergebnis sowie ein individueller Maßnahmenplan zur Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung vorliegt.

Weiter wird geraten, dass eine ärztliche sowie ggf. logopädische Abklärung seitens der Einrichtung initiiert und multiprofessionelle Maßnahmen koordiniert sind.

#### **IV. Festgestellte wiederholte Mängel**

##### IV.1 Kernqualitätsbereich: Personelle Besetzung / ausreichend gerontopsychiatrische Fachkräfte

IV.1.1 Entsprechend der Angaben der Einrichtung können insgesamt 99 Bewohner aufgenommen werden. Demnach errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 3,3 Fachkräften bei maximaler Belegung für die Einrichtung. Ohne Berücksichtigung der Rüstigen errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 3,2 Fachkräften.

Die Einrichtung hält zum Prüfzeitpunkt gemäß der vorgelegten Personalliste Fachkräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 1,1 Vollzeitstellen vor.

In Abhängigkeit vom ermittelten Betreuungsbedarf ergibt sich am Prüftag -ohne Berücksichtigung der Rüstigen- eine personelle Unterdeckung von 2,1 Vollzeitstellen. Ein Mitarbeiter befindet sich aktuell in der Weiterbildung, deren Abschluss für März / April 2017 bevorsteht. Ein weiterer Mitarbeiter sei nach Angaben der Einrichtungsvertreter für die Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft angemeldet.

Die Vorgabe, dass nach § 15 Abs. 3 S. 2 AVPfleWoqG mindestens eine gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkraft aus dem Bereich der Pflege eingesetzt werden muss, sofern mindestens zwei rechnerische Vollzeitstellen mit Fachkräften für Gerontopsychiatrie vorzuhalten sind, wird erfüllt.

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, den in § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG vorgeschriebenen Beschäftigungsumfang von gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften gemessen am gerontopsychiatrischen Betreuungsbedarf der Gesamtbewohnerschaft einzuhalten. In stationären Einrichtungen der Pflege und für ältere Menschen wird eine Quote von einer Fachkraft pro 30 Bewohnern vorgegeben. Durch diese ordnungsrechtliche Vorgabe sollen die besonderen Bedürfnisse der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen Berücksichtigung finden. Die Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Menschen umfasst nicht nur die somatische Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern insbesondere auch Aspekte der sozialen Betreuung und des Wissens im Umgang mit dieser Erkrankung.

Damit der Einsatz gerontopsychiatrisch qualifizierter Fachkräfte seinen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität leisten kann, hat die Einrichtung nicht nur die vorgegebene Fachkraftquote zu erfüllen, sondern auch sicherzustellen, dass das dadurch vorhandene größere Know-how der Pflege- und Betreuungskräfte im erforderlichen Umfang Raum greift und von den weitergebildeten Personen als Multiplikatoren an die anderen in der Einrichtung tätigen Personen 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.

## **V. Festgestellte erhebliche Mängel**

Zum Prüfzeitpunkt am 24.01.2017 wurden seitens der FQA beim Landratsamt München keine erheblichen Mängel festgestellt.

## **VI. Veröffentlichung des Prüfberichtes**

Dieser Prüfbericht wird dem Wunsch des Trägers entsprechend auf der Internetseite des Landratsamtes München veröffentlicht.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem am Tag der Einrichtungsbegehung bzw. Prüfung festgestellten Sachverhalt um eine Momentaufnahme handelt, sodass ein im Nachgang zu der Prüfung evtl. erfolgtes Abstellen von Mängeln im Rahmen des Anhörungsverfahrens unberücksichtigt bleiben musste.

Die überprüfte Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, der Bezirk Oberbayern und der MDK erhalten einen Abdruck dieses Prüfberichts zur Kenntnis.

## **VII. Rechtsbehelfsbelehrung**

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

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.