



Landratsamt München

Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)

Geprüfte Einrichtung: Rudolf und Maria Gunst Haus
Lochhamer Str. 76
82166 Gräfelfing

Träger: Rudolf und Maria Gunst Haus gGmbH
Lochhamer Str. 76
82166 Gräfelfing

In der Einrichtung wurde am 30.11.2016 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

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebote Plätze:	85
zzgl. zur Pflege geeignete Altenheimplätze:	23
Belegte Plätze inkl. Kurzzeitpflege:	76
Plätze für Kurzzeitpflege:	nach Bedarf / Verfügbarkeit
Einzelzimmerquote:	65 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 51,5 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 1

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.

Prüfberichtsbeitrag:

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

- Die Einrichtung ist jahreszeitlich geschmückt. Im Eingangsbereich hängt ein großer Adventskranz, die Beschilderung der einzelnen Bewohnerzimmer und Büroräume in der Verwaltung ist mit kleinen Adventszweigen geziert.
- Die Einrichtung hat eine Kapelle eingerichtet, um regelmäßig Gottesdienste und Andachten zu feiern. Es finden wöchentlich katholische Gottesdienste sowie monatlich evangelische Gottesdienste statt.
- Die Einrichtung hat bezüglich der Gesamtsituation in der Einrichtung zum Prüfzeitpunkt den freiwilligen Aufnahmestopp -wie bereits per email vom 05.10.2016-, dahingehend bestätigt, keine pflegebedürftigen Bewohner aufzunehmen.
- Die Einrichtung bietet täglich zwei verschiedenen Gerichte zur Auswahl an. Die befragten Bewohner äußerten sich zufrieden mit der Essensversorgung.
- Zum Prüfzeitpunkt sind die Anstrengungen der Einrichtung im Hinblick auf eine nachhaltige Qualitätsverbesserung bereits wahrnehmbar.

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 65 %. 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 RMG gGmbH über die Gemeinde Gräfelfing mit Datum vom 26.08.2016, also vor Ablauf der gesetzlichen Angleichungsfrist (31.08.2016), gestellt. Detaillierte Antragsbegründungen liegen bis zum Prüfzeitpunkt nicht vor. Die Einrichtungsleitung wurde gebeten, der FQA beim Landratsamt München zeitnah Rückmeldung zu geben, bis wann mit einer detaillierten Bestandserhebung und Antragsbegründung gerechnet werden kann.

- 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 Einrichtungsleitung ermittelt. Nach deren Auskunft gebe es in der Einrichtung zum Prüfzeitpunkt 9 immobile Bewohner. Dies entspricht einem Anteil im Verhältnis zur Gesamtbewohnerzahl im stationären Bereich von 76 Bewohnern von rund 11,8 %.

-> Dieser Indikator ist nicht 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 31 (davon 22 Bewohner mit Pflegestufe 2 und 9 Bewohner mit Pflegestufe 3), mit Pflegestufen 0 und 1 befinden sich 41 Bewohner in der Einrichtung (davon 3 Bewohner mit Pflegestufe 0 und 38 Bewohner mit Pflegestufe 1). Aus pflegfachlicher Sicht ist dies ein wichtiger Indikator, da Bewohner mit Pflegestufe 2 und 3 grundsätzlich einen höheren zeitlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand haben.

-> Dieser Indikator ist nicht erfüllt.

3. Erkenntnisse über Unruhezuständen:

Die Einrichtungsleitung 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 in U-Form, eine verwinkelte Bauweise besteht nicht. Jedoch sind die Wege zwischen den Wohnbereichen teilweise lang, was bei der Nachtdienstbesetzung berücksichtigt werden sollte.

-> Dieser Indikator ist 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 zwei Pflegekräften (eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskräften), da sich in der Einrichtung aktuell nur 70 Pflegebedürftige befinden würden.

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:35 ohne Rüstige, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit zwei Pflegekräften zum Prüfzeitpunkt noch 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 eine Zusammenarbeit mit dem Hospizverein Würmtal e.V. besteht. Es gebe eine Ansprechpartnerin des Hospizvereins für die Einrichtung. Die Zusammenarbeit sei noch am Anfang. Es sei geplant, in einem Erstgespräch jeweils den Bewohner kennenzulernen und einen Bewohnerordner für ihn zu erstellen, aus dem seine Vorstellungen und Wünsche hervorgehen. Dabei sei ein intensiver Austausch zwischen Pflegekräften und der für die Einrichtungen zuständigen Ansprechpartnerin des Hospizvereins geplant.

Für das kommende Jahr seien Fortbildungen für alle Mitarbeiter zu diesem Thema vorgesehen, diese sollen auch an zwei Terminen stattfinden, so dass jeder die Möglichkeit habe, teilzunehmen.

Ein entsprechendes Konzept müsse noch erstellt werden. In diesem Zusammenhang werde der Palliativ-Leitfaden erwartet, den die Vertreter der FQA beim Landratsamt München beim Heimleiter-Treffen am 11.11.2016 zugesagt habe. Dieser wurde am

23.12.2016 mit dem Protokoll zur Veranstaltung und den Präsentationen der Referenten an die Einrichtungen versandt.

II.3 Qualitätsempfehlungen

II.3.1 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement hier: Informationspflicht

Am Prüftag 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. Dabei handelt es sich um einen Mangel nach Art. 6 Abs. 2 PflWoqG, da der Hinweis auf Beschwerdestellen zu den Informationspflichten des Trägers gehört. Von den Vertretern der Einrichtung wurde jedoch vorgetragen, dass man diese Informationspflicht durch eine Anlage zum Heimvertrag sicherstelle. Die entsprechende Anlage liegt der FQA beim Landratsamt München vor. Die entsprechenden Beschwerdestellen gehen daraus mit Anschrift hervor.

Der Einrichtung wird ergänzend empfohlen, die Ansprechpartner der einzelnen Professionen 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 bzw. einen dauerhaft geeigneten Aushangort zu wählen. So könne die Information auch an Angehörige, die nicht zwingend den Heimvertrag vorliegen haben, sichergestellt werden.

II.3.2 Qualitätsbereich: Essensversorgung

Auf den Informationstafeln jeder Station hängt der Speiseplan im DIN A3-Format, sehr gut lesbar, aus. Auf den Aushangspeiseplänen sind die Nummern zu den Zusatzstoffen sowie Buchstaben zu den Allergenen zu jedem Gericht jeweils ausgewiesen. Jedoch hängt nur teilweise die jeweilige Legende aus, die beschreibt, welche Zusatzstoffe bzw. Allergene der jeweiligen Nummer bzw. dem jeweiligen Buchstaben entsprechen. Ergänzt wurde zwischenzeitlich, dass jeder Bewohner auf seinem persönlichen Speiseplan auf der Rückseite eine vollständige Legende der in dieser Woche enthaltenen Zusatzstoffe bzw. Allergene vorfindet.

Es wird empfohlen, die Zusatzstoffe und Allergene auf den Aushangspeiseplänen mit anzugeben oder ein Beiblatt zu den Aushangspeiseplänen zu fertigen und mit auszuhängen, auf denen die verwendeten Zusatzstoffe und Allergene mit den Nummern beschrieben sind. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass der Aushang stets an der Tafel angebracht ist. Zusätzlich kann auch ein Hinweis auf den Aushangspeiseplänen vermerkt sein mit der Angabe, wo die Legende eingesehen werden kann. So wird die Informationspflicht auch für den Fall sichergestellt, dass der Aushang auf der Tafel abhandengekommen wäre.

II.3.3 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen hier: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln / Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Ein Bewohner des Wohnbereichs 2 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 23.06.2015 laut Medikamentenblatt das Festmedikament „Targin 5 mg Tbl. ≈ Oxycodon Tbl.“. 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 morgens und 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 ärztliche Prüfvermerk war zum Prüfzeitpunkt datiert vom 23.08.2016.

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.3.4 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

Ein Bewohner des Wohnbereichs 2 erhält gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 23.06.2015 laut Medikamentenblatt das Festmedikament „Tilidin 50 mg / Tropfen“.

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 morgens, mittags und abends jeweils 20 Tropfen 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 ärztliche Prüfvermerk war zum Prüfzeitpunkt datiert vom 15.07.2016.

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.3.5 Qualitätsbereich: Dementielle Erkrankungen

Helfender Umgang / Dementielle Erkrankungen

Das Angebot der tagesintensiven Betreuung für demenzerkrankte Bewohner kann zur Zeit immer nur von 8 Personen wahrgenommen werden, da es an geeigneten Räumlichkeiten fehlt. Nach Information der Sozialen Betreuung hätten wesentlich mehr Personen Bedarf an dieser Form der Betreuung.

Der Einrichtung wird empfohlen, sich nach diesem Bedarf zu richten und dafür geeignete Möglichkeiten zu schaffen.

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 Kernqualitätsbereich: Personelle Besetzung / ausreichende gerontopsychiatrische Fachkräfte

III.1.1 Entsprechend der Angaben der Einrichtung können insgesamt 108 Bewohner aufgenommen werden. Demnach errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 3,6 Fachkräften bei maximaler Belegung für die Einrichtung. Ausgehend von der Bewohnerzahl zum Prüfzeitpunkt und nach Abzug der Rüstigen verbleiben 70 Pflegebedürftige einschließlich Kurzzeitpflege. Somit errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 2,33 Fachkräften.

Die Einrichtung hält zum Prüfzeitpunkt gemäß der vorgelegten Personalliste Fachkräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 1,88 Vollzeitstellen vor.

In Abhängigkeit vom ermittelten Betreuungsbedarf ergibt sich am Prüftag eine personelle Unterdeckung von 0,45 Vollzeitstellen.

Bei Vollbelegung ergebe sich unter Umständen eine personelle Unterdeckung von bis zu 1,72 Vollzeitstellen bei unveränderter Mitarbeiterzahl mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung.

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 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.

III.2 Qualitätsbereich: Personal

hier: Personelle Besetzung / Ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

- III.2.1 Eine Überprüfung der Dienstpläne für den Monat Oktober 2016 ergab, dass auf dem Dienstplan überwiegend die Angaben zur jeweiligen Mitarbeiterqualifikation (Pflegefachkraft / Pflegehilfskraft) fehlten. Auch wurde einmal nur der Eintrag Punkt 3, ZA bzw. MuK, Za ohne weitere Angabe des Namens vorgenommen. Teilweise wurden Zeitarbeitsmitarbeiter nur mit Familiennamen in der Zeile für die Zeitarbeitsfirma ergänzt, ohne die Profession der Mitarbeiter zu bezeichnen.

Eine Überprüfung der Dienstpläne für November 2016 ergab, dass auf dem Dienstplan des Wohnbereichs 1 jeweils für einen handschriftlich ergänzten Mitarbeiter keine Qualifikation angegeben wurde.

Teilweise wurden die Zeitarbeitskräfte unter dem Dienstplan mit einzelnen Diensten ergänzt, wobei den einzelnen Mitarbeitern nur eine Zeile zur Verfügung steht.

- 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 Seit 23.08.2016 soll der Bewohner laut ärztlicher Anordnung jeden zweiten Tag 500 ml NaCl erhalten. Im Durchführungsnachweis vom November 2016 ist am 01.11.2016 keine Infusionsgabe abgezeichnet. Ob die Gabe nicht erfolgte oder versäumt wurde, die Gabe zu dokumentieren, kann zum Prüfzeitpunkt nicht geklärt werden.
- III.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.3.3 Die Pflegefachkraft ist in der Durchführungsverantwortung. Daher wird geraten, die ärztlichen Anordnungen einzuhalten und die Pflicht wahrzunehmen, die Durchführung zu dokumentieren. Dies dient als Nachweis für die Leistungserbringung sowie für den Behandlungserfolg.
Sollte von der ärztlichen Anordnung abgewichen werden müssen, ist dies zu begründen. Hierüber ist der behandelnde Arzt zeitnah zu informieren.

III.4 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

- III.4.1 Bei einem Bewohner wird zum Prüfzeitpunkt eine Hautschädigung an einer Wirbelsäulenvorwölbung mit Multilind versorgt. Eine ärztliche Anordnung hierfür fehlt.

Laut Dokumentation wird bei Rötung im Intimbereich Mirfulan verwendet. Hierfür liegt ebenfalls keine ärztliche Anordnung vor.

- 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 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat sicherzustellen, dass für vorgehaltene Arzneimittel eine ärztliche Verordnung vorliegt.

III.5 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

- III.5.1 Ein Bewohner kann nach ärztlicher Anordnung vom 11.10.2016 bei Angst und Panik Tavor expidet 1 mg, eine halbe Tablette bis zu zwei Mal eine halbe Tablette täglich erhalten. Laut den Herstellerangaben sind diese Tabletten für eine Dosierung von 0,5 mg nicht geeignet, da diese nicht teilbar sind. Eine genaue Dosierung ist somit nicht gewährleistet. Die Einrichtung kann zum Prüfzeitpunkt nicht nachweisen, dass sie diesbezüglich mit dem anordnenden Arzt Rücksprache gehalten hat.

- 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 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung. Daher wird geraten, bei einer entgegen die Herstellerangaben gerichteten, ärztlichen Anordnung den anordnenden Arzt nachweislich darüber zu informieren, damit dieser gegebenenfalls eine Anpassung des Medikamentes oder der entsprechenden Dosierung vornehmen kann. Dies dient sowohl der Bewohnersicherheit als auch der Durchführungsverantwortung der verabreichenden Pflegekraft.

III.6 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

- III.6.1 Seit 28.04.2016 kann ein Bewohner nach ärztlicher Anordnung bei dem Auftreten einer Weglauftendenz das Medikament Melperon 25 bis zu zweimal täglich maximal 25 mg erhalten.
Eine richterliche Legitimation in Form eines Beschlusses hierfür kann die Einrichtung nicht vorhalten.

Zum Prüfzeitpunkt wird das Medikament für den Bewohner in der Einrichtung nicht vorgehalten.

Da der Bewohner nach einem Sturzereignis am 24.11.2016 überwiegend im Bett liegt und nach Auffassung der Einrichtung für den Bewohner keine Weglaufgefährdung mehr besteht, wurde im Fachgespräch erörtert, Rücksprache mit dem anordnenden Arzt zu halten, um ggf. das Medikament absetzen zu lassen.

- 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 Werden Medikamente primär mit dem Ziel verabreicht, den Bewegungsdrang eines nicht einwilligungsfähigen Bewohners einzuschränken, kann es sich um eine Freiheit einschränkende Maßnahme handeln, welche nur mit richterlicher Genehmigung angewandt werden darf. Falls die Einrichtung in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern / Bevollmächtigten und den behandelnden Ärzten durch nachweisliche Alternativenprüfung eine Notwendigkeit zur Anwendung von Freiheit einschränkenden Maßnahmen als Ultima Ratio sieht, wird geraten, hierfür eine Genehmigung beim Betreuungsgericht zu beantragen. In diesem Zusammenhang wird auf die Münchner Empfehlungen zum Umgang mit Freiheit einschränkenden Maßnahmen hingewiesen.

Darüber hinaus wird geraten, dass -solange ein Bedarfsmedikament ärztlich verordnet ist- dieses stets bewohnerbezogen in ausreichender Menge vorgehalten wird.

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

- III.7.1 Ein Bewohner mit relevanter Gewichtsabnahme erhält laut Pflegedienstleitung zusätzlich eine hochkalorische Trinknahrung von 300 kcal pro 100ml. Der Bewohner würde dies gerne und auch selbst zu sich nehmen, indem er danach greife. Zum Prüfzeitpunkt gegen Mittag liegt der Bewohner im Bett, die erwähnte Zusatznahrung ist für ihn nicht erreichbar, da diese auf dem Tisch an der gegenüberliegenden Seite des Zimmers steht.
- 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 zu gewährleisten, dass die Bewohner sich nach deren Fähigkeiten im Bereich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme selbständig versorgen können, wird geraten, die Umgebung den Bedürfnissen der Bewohner anzupassen. Gerade bei Bewohnern mit einem erheblichen Risiko im Bereich der Ernährung wird geraten, dass die Pflegemitarbeiter sich vor Verlassen des Bewohnerzimmers / Aufenthaltsraums davon überzeugen, dass die Bewohner alles in ihrer Reichweite haben, was sie brauchen.

III.8 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation / Kleiderwahl

- III.8.1 Zum Prüfzeitpunkt wird festgestellt, dass ein Bewohner mit Flügelhemd und Inkontinenzmaterial im Bett liegt. Der Bewohner ist in seiner Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt und kann sich nicht dazu äußern. Flügelhemden sind nur für den Ausnahmefall, wie z.B. bei therapeutischen Untersuchungen und intensivpflegerischen Maßnahmen, gedacht.
- Die Einrichtung erklärt hierzu, man würde dem Bewohner ein Flügelhemd anlegen, um die Pflege zu erleichtern und den Bewohner nicht zu sehr zu belasten.
- 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 In Fachkreisen gilt es als Verstoß gegen die Würde des Menschen, schwer pflegebedürftige, bettlägerige Personen mit Inkontinenz und / oder Wahrnehmungs- und Kommunikationseinschränkungen grundsätzlich mit einem Flügelhemd sowie Inkontinenzmaterial zu bekleiden.

Sollte es aus pflegfachlicher Sicht dennoch erforderlich sein, z.B. bei Langzeitkranken, Hemden, die am Rücken geöffnet sind, verwenden zu müssen, wird geraten, in Absprache mit den Angehörigen / gesetzlichen Betreuer dennoch eine größtmögliche Individualität und Vertrautheit bei der Bekleidung anzustreben. Dies kann z.B. dadurch erreicht werden, dass evtl. die eigenen Nachthemden der Bewohner am Rücken bedarfsgerecht angepasst werden.

III.9 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Verabreichung von Arzneimitteln

- III.9.1 Laut Fallbesprechung vom 13.10.2016 soll ein Bewohner mit chronischen Schmerzen seine Medikamente einzeln und unter Aufsicht der jeweiligen Pflegekraft erhalten, da der Bewohner sich an den Medikamenten verschluckt.
Zum Prüfzeitpunkt werden nach erfolgter Grundpflege dem am Tisch im Rollstuhl sitzenden Bewohner die Medikamente, inklusive der Schmerzmedikamente, zum Frühstück in einem Dosierbecher für ihn nicht in Reichweite auf den Tisch gestellt, und die Pflegefachkraft verlässt den Raum.
Die Medikamente werden nicht wie in der Fallbesprechung beschlossen verabreicht. Zum Prüfzeitpunkt gibt der Bewohner an, es sei ihm fast unmöglich, die Medikamente zu schlucken.
Da der Bewohner Schmerzen hat und wieder ins Bett möchte, betätigt dieser die Notglocke. Erst nachdem der Bewohner die erscheinende Pflegefachkraft bittet, die Medikamente einzeln mit je einem Löffel Joghurt zu verabreichen, kann er die Medikamente zum Prüfzeitpunkt schlucken.
- 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 Dem Durchführenden wird geraten sicherzustellen dass der jeweilige Bewohner die Medikamente, welche der Arzt verordnet hat, in der jeweiligen Applikationsform und Dosierung den Bedürfnissen und Wünschen des Bewohners entsprechend erhält. Dies dient der Therapiesicherheit und dem Wohle des Bewohners.

III.10 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

- III.10.1 Ein Bewohner kann bei Bedarf zur Schmerzversorgung nach ärztlicher Anordnung das Medikament Paracetamol 500 mg erhalten.
Der Bewohner hat das Medikament laut Dokumentation am 19.10., 20.10., 21.10. und 22.10.2016 erhalten.
Die erforderlichen Wirksamkeitskontrollen wurden nicht nachweislich durchgeführt.
- 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, 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 (Schmerzlinderung / Steigerung des Bewohnerwohlbefindens) nicht umgesetzt bzw. nicht nachvollzogen werden.

III.11 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

- III.11.1 Laut ärztlicher Anordnung kann ein Bewohner bei Schlaflosigkeit Lendormin 0,25 eine halbe Tablette bis maximal eineinhalb Tabletten erhalten.
Die jeweiligen Gaben sind nachvollziehbar dokumentiert. Wirksamkeitskontrollen fehlen.

- 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 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 (Schmerzlinderung / Steigerung des Bewohnerwohlbefindens) nicht umgesetzt bzw. nicht nachvollzogen werden.

III.12 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung / Würdevoller Umgang

- III.12.1 Zum Prüfzeitpunkt sitzt ein Bewohner auf seinem im Zweibettzimmer befindlichen Toilettenstuhl, um Stuhlgang zu verrichten. Auf Nachfrage gibt er an, dies würde in der Mittagspause öfter so praktiziert, er werde nicht mit dem Toilettenstuhl auf die Toilette gebracht. Zum Prüfzeitpunkt ist die Toilette, welche zu dem Bewohnerzimmer gehört, nicht besetzt.

Der weitere, im Zimmer lebende Bewohner liegt zum Prüfzeitpunkt im gegenüber liegenden Bett. Dieser kann alleine nicht aufstehen.

Nach erfolgter Information über die vorgefundene Situation bringt die Pflegefachkraft den Bewohner auf die Toilette im Badezimmer.

- 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 Der Einrichtung wird geraten sicherzustellen, dass die Bewohner unter Achtung ihrer Menschenwürde vor Beeinträchtigung geschützt und ihre Interessen gewahrt werden.

Es wird geraten, sofort Maßnahmen einzuleiten, um einen respekt- und würdevollen Umgang mit den Bewohnern in angemessener und nach allgemein anerkanntem Stand - Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen- zu gewährleisten. Besondere Aufmerksamkeit ist hierbei auf den Umgang bei Menschen mit Demenz zu legen, da diese sich oft nicht mehr adäquat äußern können.

III.13 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge / Dekubitusprophylaxe

- III.13.1 An der Brustwirbelsäule weist ein Bewohner an einer Wirbelsäulenvorwölbung eine im Durchmesser ca. 5 cm ausgedehnte, nicht wegdrückbare Rötung auf. Im oberen Drittel der Rötung ist eine kleine kreisrunde offene Stelle.
Da bei dem Bewohner an dieser Stelle kein Verbandsmaterial zum Einsatz kommt, ist eine verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigung auszuschließen.

Sowohl der Bewohner als auch im Nachgang die Pflegedienstleitung erklären, eine Abdeckung mit einem mehrschichtigen Schaumstoffverband oder ähnlichem sei bisher nicht, auch nicht versuchsweise, erfolgt.

- III.13.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.13.3 Ziel einer prophylaktischen Maßnahme ist, die Entstehung eines Dekubitus zu verhindern und gesundheitlichen Schaden vom Bewohner abzuwenden.

Der Einrichtung wird geraten, die internationale Leitlinie zur Dekubitusprophylaxe (EPUAP / NPUAP / PPPIA 2014) umzusetzen. Demnach sollten bei prominenten Knochenvorsprüngen als Präventivmaßnahme Polyurethanschaumverbände anzuwenden. Der Einrichtung wird weiterhin geraten, bei der Anwendung eines Schaumverbandes stets die erforderliche Haut- und Gewebewertung vorzunehmen und zu dokumentieren.

IV. Festgestellte wiederholte Mängel

Zum Prüfzeitpunkt am 30.11.2016 wurden keine wiederholten Mängel festgestellt.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

V.1 Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

- V.1.1 Seit 04.11.2016 soll ein Bewohner nach ärztlicher Anordnung täglich 500 ml NaCl subkutan erhalten. Die ärztlich angeordnete NaCl-Infusion zur Flüssigkeitsversorgung ist zuletzt am Vortag, den 29.11.2016 um 11:00 Uhr dokumentiert. Zum Prüfzeitpunkt gegen 12.15 Uhr werden Dehydrationszeichen und Durstäußerung bei dem Bewohner festgestellt. Die ärztlich angeordnete Infusion hat der Bewohner noch nicht erhalten, und sie ist nicht angelegt. Auf Nachfrage gibt die Pflegefachkraft an, sie wolle warten, bis der Bewohner gegessen habe. Mit der Pflegedienstleitung und der Pflegefachkraft wird weiter erläutert, dass das Infundieren dringend erfolgen müsse. Dies wird seitens der Einrichtung zugesichert.

Gegen 14:00 Uhr ist die Infusion noch nicht angelegt. Es wird mit der Pflegefachkraft wiederholt besprochen, dass die Infundierung äußerst wichtig und seitens der Einrichtung eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung zu gewährleisten ist. Im Hinblick auf die sehr lange Zeitspanne seit der letzten erhaltenen Infusion und der Anzeichen einer Dehydration habe die Infundierung unverzüglich zu erfolgen.

Die Pflegefachkraft gibt erneut an, sie wolle die Infusion später anlegen. Daraufhin wurde die Pflegefachkraft seitens der Vertreter der FQA gebeten, die Lagerungsstelle der für den Bewohner ärztlich angeordneten Infusionslösungen zu zeigen. Zum Prüfzeitpunkt sind die Infusionen nicht vorrätig.

Nach mündlicher Aufforderung der Vertreter der FQA erfolgte ein Anruf der Pflegefachkraft in der Apotheke. Gegen 15:00 Uhr wurden die benötigten Infusionslösungen geliefert und durch eine Pflegefachkraft dem Bewohner angelegt.

Zum Prüfzeitpunkt sind die ärztlich angeordneten Infusionslösungen für den Bewohner in der Einrichtung nicht vorrätig. Der ärztlichen Anordnung kann demnach nicht entsprochen werden. Ein Behandlungserfolg ist somit nicht gewährleistet, und es besteht somit eine konkrete Gesundheitsgefährdung des Bewohners.

- 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 Im Sinne der Organisationsverantwortung der Einrichtung wird dringend geraten, dass diese die ärztlich angeordneten Arzneimittel in der Einrichtung vorrätig hält, um die ärztlich angeordneten Maßnahmen durchführen zu können. Dies ist erforderlich, um den Behandlungserfolg zu sichern und schnell entsprechend der ärztlichen Anordnung reagieren zu können.

V.2. Qualitätsbereich: Umgang mit ärztlichen Anordnungen

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

V.2.1 Laut ärztlicher Anordnung vom 23.08.2016 soll ein Bewohner jeden 2.Tag 1 mal 500 ml NaCl subkutan erhalten. Laut Durchführungsnachweis zur medizinischen Pflege wird diese Anordnung umgesetzt.

Laut weiterer ärztlicher Anordnung vom 22.09.2016 soll der Bewohner bei Dehydrationszeichen als Bedarf 2 mal täglich 500 ml NaCl oder täglich 500 ml NaCl erhalten. Eine Angabe der Mindesttrinkmenge, bei deren Unterschreitung die Infusion verabreicht werden soll, fehlt.

Nach dem Durchführungsnachweis vom November hat der Bewohner die zusätzliche tägliche Gabe am 12.11.2016 erhalten. Die Gabe von 2 mal täglich wurde im Prüfmonat nie verabreicht.

Am 24.11.2016 ist dokumentiert, keine Infusion gelegt zu haben, da der Bewohner schon 500 ml getrunken habe. Wieviel er darüber hinaus zu sich genommen hat, ist durch die fehlende Dokumentation nicht nachvollziehbar.

Eine tägliche Trinkmenge, die der Bewohner zu sich nimmt, wird nicht dokumentiert. Zum Prüfzeitpunkt gegen Nachmittag bestehen bei dem Bewohner Anzeichen einer Dehydration. Die Einrichtung kann weder zum Prüfzeitpunkt noch für die Vergangenheit angeben, ob, wieviel und wann dieser Flüssigkeit zu sich nimmt.

Dadurch ist nicht nachvollziehbar, ob der Bewohner täglich ausreichend Flüssigkeit erhält und wieviel Flüssigkeit dieser am Tag bereits zu sich genommen hat.

Haut und Mund des Bewohners sind trocken. Am Handrücken bleiben stehende Hautfalten. Er äußert auf Nachfrage keinen Durst, möchte aber etwas trinken.

Da im Durchführungsnachweis die die Gabe von 500 ml NaCl subkutan abgezeichnet ist, ein darüber hinaus gehendes Einfuhrprotokoll jedoch nicht geführt wird, kann die Einrichtung nicht nachweisen, dass der Bewohner über die ärztliche Anordnung von den 500 ml NaCl hinaus ausreichend Flüssigkeit erhält.

Zum Prüfzeitpunkt sind die ärztlich angeordneten Infusionslösungen für den Bewohner in der Einrichtung nicht vorrätig. Der ärztlichen Anordnung kann demnach nicht entsprochen werden.

Ein Behandlungserfolg ist somit nicht gewährleistet, und es besteht eine konkrete Gesundheitsgefährdung des Bewohners. Die ärztliche Anordnung ist zu unkonkret. Zudem ist der Verlaufsdokumentation nicht die tägliche Trinkmenge zu entnehmen.

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

V.2.3 Es wird geraten, im Sinne der Durchführungs- und Handlungsverantwortung der Pflegefachkräfte auf eine eindeutige, ärztliche Anordnung zu achten. Dadurch können Pflegekräfte eindeutig und ohne Zweifel handeln und werden nicht der Gefahr ausgesetzt, versehentlich Unterlassung zu begehen.

Im Sinne der Organisationsverantwortung der Einrichtung wird weiter dringend geraten, dass diese die ärztlich angeordneten Arzneimittel in der Einrichtung vorrätig hält, um die ärztlich angeordneten Maßnahmen durchführen zu können. Dies ist erforderlich, um den Behandlungserfolg zu sichern und schnell entsprechend der ärztlichen Anordnung reagieren zu können.

Des Weiteren hat die Einrichtung dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlichen Anordnungen beachtet und ausgeführt werden.

Hierzu gehört auch, gerade bei Bewohnern, welche nach ärztlicher Anordnung einer subkutane Flüssigkeitszufuhr bedürfen, die orale Aufnahme der Flüssigkeit in geeigneter Weise, z.B. anhand eines Einfuhrprotokolls, zu dokumentieren, um eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme im Schadenseintritt nachweisen zu können.

Daher wird geraten, dass eine entsprechende Dokumentation der täglichen Gesamt-Einfuhr mit dem jeweiligen Verabreichungs-Zeitpunkt erfolgt. Ein Flüssigkeits- oder Einfuhrprotokoll ist ein pflegerelevantes Dokument, um die ausreichende Einfuhr an Flüssigkeit bei den Bewohnern nachzuweisen und zeitnah mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu halten, um ggf. die ärztlich angeordnete Flüssigkeitsmenge in Form einer Infusion in Absprache mit diesem erhöhen zu lassen.

Zum Führen eines Trink- oder Einfuhrprotokolls bedarf es keiner ärztlichen Anordnung.

Sollte aus medizinischer Sicht bei bestimmten Grunderkrankungen eine bestimmte Trinkmenge nicht über- oder unterschritten werden dürfen, ist dies zu dokumentieren.

Zudem sollte im Rahmen der pflegerischen Beobachtung bei weiteren Faktoren mit zu erwartendem Flüssigkeitsdefizit -falls möglich- die Konzentration des Urins hinsichtlich Farbe und Geruch bei Abweichungen dokumentiert und der behandelnde Arzt informiert werden.

V.3 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement und Förderung der eigenständigen Lebensführung / Alltagsaktivitäten / Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

- V.3.1 Ein Bewohner benötigt -bedingt durch eine chronische Lungenerkrankung- eine Sauerstofftherapie mittels Sauerstoff-Konzentrator.
Eine geöffnete Plastikflasche mit Destillat steht im Bewohnerzimmer auf der Wandlampe über dem Bett. Dieses Destillat wird für den Luftsprudler des Konzentrators verwendet. Es ist mit dem Anbruchsdatum 26.10.2016 beschriftet. Laut Herstellerangaben dürfen angebrochene Behältnisse nach Anbruch nicht aufbewahrt und Restmengen müssen verworfen werden. Zum Prüfzeitpunkt ist das Destillat seit 34 Tagen abgelassen. Eine Sterilität ist zum Prüfzeitpunkt nicht sichergestellt, und das Destillat wird seitens der Vertreter der FQA sofort entfernt.

In dem im Sauerstoff-Gerät des Bewohners befindlichen Luftsprudler befindet sich, nach Angaben der anwesenden Mitarbeiterin, ebenfalls ein Destillat. Eine Angabe des Einfülldatums fehlt. Die anwesende Mitarbeiterin und auch der Bewohner können keine Auskunft darüber geben, wann das Destillat eingefüllt wurde. Ein Beleg bzgl. des Einfülldatums wurde von der Einrichtung nicht erbracht.

Bedingt durch die fehlende Angabe des Einfülldatums kann nicht nachvollzogen werden, wie lange sich das Destillat in dem Luftsprudler befindet. Eine Systemverunreinigung des Sauerstoff-Konzentrators und ein damit verbundenes Infektionsrisiko sind nicht auszuschließen. Durch die chronische Lungenerkrankung ist das Immunsystem ohnehin geschwächt, insofern besteht nach Auffassung der Vertreter der FQA, unter Berücksichtigung oben genannter Faktoren, eine konkrete Gesundheitsgefährdung für den Bewohner.

- V.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- V.3.3 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat einen ausreichenden Schutz der Bewohner vor Infektionen zu gewährleisten und somit eine Gefährdung der Bewohner vor Infektionen weitestgehend zu vermeiden.
Im Rahmen der Qualitätssicherung und zur Sicherheit des Bewohners wird dringend geraten, einen Nachweis über die Haltbarkeit bzw. Verwendungszeit je nach Herstelleranga-

ben des Destillats oder sterilem Wassers während des Gebrauchs zu führen. Der Einfüllzeitpunkt ist in geeigneter Weise zu dokumentieren. Das Behältnis ist ferner nachweislich täglich mit geeignetem Material zu reinigen und zu desinfizieren.

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

Ohne das gesonderte und gesicherte Vermerken eines Anbruchsdatums mit ggf. notwendigen zusätzlichen korrekten Hinweisen zum Verfall kann die Haltbarkeit des Destillats nur erschwert festgestellt und eine gesicherte Abgabe nur eingeschränkt gewährleistet werden.

V.4 Qualitätsbereich: Schmerzmanagement

V.4.1 Ein Bewohner mit chronischen Schmerzen äußert zum Prüfzeitpunkt gegenüber der FQA sehr starke Schmerzen. Diese habe er schon seit der morgendlichen Versorgung. Seine Medikamente oder Alternativen gegen die Schmerzen seien ihm nicht angeboten worden. Der Bewohner beklagt, er habe sehr starke Schmerzen und könne nicht so lange im Rollstuhl sitzen. Der Bewohner isst etwa ein halbes Brot zum Frühstück, und erklärt, er habe so starke Schmerzen und möchte wieder ins Bett. Der Bewohner betätigt die Notrufglocke. Die Medikamente hat er nicht eingenommen.

Die eintreffende Pflegefachkraft bittet den Bewohner, zunächst seine Medikamente zu nehmen. Dieser kann die Medikamente so nicht einnehmen und bittet darum, die Tabletten in Joghurt zu geben, um diese leichter schlucken zu können. In dieser Form erhält der Bewohner nun seine Medikation (siehe Mangel unter III.9).

V.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

V.4.3 In Anbetracht der Äußerungen des Bewohners über die hohe Schmerzintensität während und nach der morgendlichen Pflegesituation wird geraten, präventiv auf die Bedürfnisse, wie hier der zu erwartende Schmerz bei Belastung, einzugehen.
Zu einer adäquaten, pflegerischen Versorgung gehört auch, dass die Pflegefachkräfte vorbeugend für eine angemessene Schmerzbehandlung des betroffenen Bewohners Sorge tragen, wenn abzusehen ist, dass dieser, z. B. bei Mobilisationsmaßnahmen durch die Pflegekräfte vom Bett in den Rollstuhl oder Lageveränderung im Bett oder das Sitzen im Rollstuhl, Schmerzen haben wird.
Eine adäquate, dem Bewohner angepasste Schmerzversorgung bei Bewohnern mit chronischen Schmerzen kann ein langwieriger Prozess sein. Um für den von chronischen Schmerz betroffenen Bewohner eine für ihn akzeptable und stabile Schmerzsituation zu schaffen, ist bis zur Erreichung dieser Situation eine kontinuierliche und nachvollziehbare, pflegefachliche Schmerzbeobachtung dringend erforderlich. Dies dient dem Behandlungserfolg, da so nachvollziehbar ist, ob ggf. die Medikation dem Bewohnerbedürfnis angepasst werden sollte.

Daher wird dringend geraten, durch eine systematische Schmerzeinschätzung und kontinuierliche Bewohnerbeobachtung zu überprüfen, ob die gewählten Maßnahmen effektiv und geeignet sind; insbesondere dann, wenn ein erhöhtes Schmerzempfinden bekannt ist und vom Bewohner selbst so geäußert wird. Dies ist Grundlage für die Formulierung von Pflegeproblemen und -zielen sowie das Planen von geeigneten Pflegemaßnahmen für die Bewohner.

Es wird weiter geraten, dass die Einrichtung die Mitarbeiter im pflegefachlichen Umgang mit Schmerzen sowie zur pflegefachlichen Schmerzeinschätzung fortbildet, um die Expertenstandards zu akuten sowie chronischen Schmerzen umsetzen zu können.
Im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung wird des Weiteren geraten, Alternativmethoden zur Schmerzreduktion je nach Bewohnerpräferenz und Akzeptanz zu gewährleisten.

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.

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift beim Landratsamt München, Mariahilfplatz 17, 81541 München einzulegen.

Er kann auch elektronisch mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen unter der Adresse poststelle@lra-m.bayern.de eingelegt werden. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden.

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

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung vom 22. Juni 2007 (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.

—
Wiesner
—