



**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG);
Prüfbericht gemäß PleWoqG und Anhörung nach Art. 28 Bayerisches Verwaltungsverfahrensgesetz (BayVwVfG)**

Geprüfte Einrichtung: Seniorenzentrum Unterföhring
Hofäckerallee 10
85774 Unterföhring

Träger: Seniorenzentrum Unterföhring GmbH
Hofäckerallee 10
85774 Unterföhring

In der Einrichtung wurde am 22.09.2017 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

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

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.

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebotene Wohnformen:

Allgemeiner stationärer Wohnbereich

Angebotene Plätze:	68
Belegte Plätze inkl. Kurzzeitpflege:	66
Plätze für Kurzzeitpflege:	nach Bedarf / Verfügbarkeit
Einzelzimmerquote:	87 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 63,45 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 4

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

- Die Einrichtung hat einen eigenen Andachtsraum, der ansprechend gestaltet ist. Es finden wöchentliche Gottesdienste und Andachten beider Konfessionen statt. Für größere Andachten steht der Aufenthaltsraum im Eingangsbereich zur Verfügung. Auch die Teilnahme durch Rollstuhlfahrer ist durch das großzügige Raumangebot gut möglich.
- In der Einrichtung werden in einem hierfür eingerichteten Friseursalon durch einen Friseur Termine für die Bewohner angeboten.
- In jedem Wohnbereich sowie im Foyer laden viele Sitzmöglichkeiten die Bewohner und ihre Angehörigen zum gemütlichen Aufenthalt ein. Die Gestaltung der Wohnbereiche mit angenehmen Farben und Tapeten in Pastelltönen verschaffen dabei eine angenehme, ruhige und warme Atmosphäre.
- Die Mitarbeiter, die die Vertreter der FQA zum Prüfzeitpunkt begleiteten, zeigten sich engagiert und fachkundig. Zu den einzelnen, überprüften Bewohnern konnte individuell Auskunft zu deren Biografie sowie pflegerelevanten Sachverhalten gegeben werden.
- Der Umgang mit den Bewohnern ist wertschätzend und respektvoll. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass bei der beobachteten Mahlzeitsituation im Wohnbereich EG / linker Raum jeder Bewohner mit Namen angesprochen und nach seinen Essenswünschen gefragt wurde. Während der Mahlzeitsituation herrscht eine angenehme und entspannte Atmosphäre bei den Mitarbeitern und Bewohnern.

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 87 %. Damit ist der seitens des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) vorgegebenen Richtwert für Neubauten im stationären Altenhilfebereich mit einem Einzelzimmerplatzanteils von 75 % erfüllt.

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

- II.2.2 Gemäß der Anweisung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 08.01.2015 ist seit 01.07.2015 ein Nachtwachenschlüssel von 1:30 bzw. 1:40 in der Nacht sicherzustellen, also eine Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohner.

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

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:33 ohne Rüstige, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit zwei Pflegekräften zum Prüfzeitpunkt als ausreichend betrachtet wird. Zur Nachtdienstbesetzung wird auf die Mangelfeststellungen unter III.5 und III.6 verwiesen.

Hinweis:

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

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

- II.2.3 Es besteht eine Zusammenarbeit mit der Hospiz-Initiative Unterföhring. Ehrenamtlich ausgebildete Hospizbegleiter bieten Besuchsdienste an und begleiten die Bewohner und deren Angehörige.

II.3 Qualitätsempfehlungen

II.3.1 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung hier: Alltagsaktivitäten

Der zum behüteten Bereich der Einrichtung gehörende Garten wurde mit Herrn Tamars berücksichtigt. Es gibt einen kleinen Rundweg, der mit einem speziellen Bodenbelag versehen ist. An der Terrasse gegenüber der Tür befindet sich ein Hochbeet, das zum Prüfzeitpunkt unbepflanzt ist. Insgesamt macht der Terrassenbereich mit der vorhandenen Sitzgruppe keinen einladenden Eindruck. Es befinden sich keine Polster oder Sitzkissen auf den Stühlen, der Tisch ist nicht gereinigt oder mit einer Decke versehen. Der Einrichtungsleiter gibt an, dass im Hochbeet Kräuter gepflanzt waren.

Es wird empfohlen, den Garten- und Terrassenbereich regelmäßig zu pflegen und die vorhandenen Beschäftigungsangebote zu nutzen. Durch geeignete Angebote, z.B. im Rahmen der sozialen Betreuung, können Angebote, wie der Rundweg oder das jahreszeitliche Bepflanzen des Hochbeets mit den Bewohnern regelmäßig genutzt werden.

II.3.2 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement hier: Beschwerdemanagement

Als Kummerkasten für evtl. Beschwerden wird der Briefkasten des Heimbeirats genutzt, jedoch ist auf diesem nicht vermerkt, dass Beschwerden eingeworfen werden können.

Es wird empfohlen, den Briefkasten entsprechend zu beschriften, z.B. mit der Aufschrift „Kummerkasten“ oder „Beschwerden“, so dass für die Bewohner und Angehörigen ersichtlich ist, dass dort Beschwerden eingeworfen werden können.

II.3.3 Qualitätsbereich: Hygiene

Die letzte Schulung zum Bereich Hygiene erfolgte am 25.04.2017. Auf dem Dokumentationsnachweis zu dieser Schulung ist „Hygiene allgemein“ als Schulungsinhalt erfasst. Der Durchführungsnachweis enthält darüber hinaus keine Angaben zu den konkreten Schulungsinhalten betreffend den Themenbereich Hygiene allgemein.

Zur Verbesserung der Nachvollziehbarkeit, ob die erforderlichen Schulungen / Einweisungen zum Infektionsschutz bzw. zur Hygiene ordnungsgemäß durchgeführt wurden, wird empfohlen, auf die Vollständigkeit der Durchführungsnachweise zu achten. Insbesondere wird empfohlen, die konkreten Schulungsinhalte auf den Durchführungsnachweisen zu erfassen.

II.3.4 Qualitätsbereich: Bewohnersicherheit / Brandschutz

Aus dem jährlichen Fortbildungsplan 2017 sind keine Einweisungen zum Thema Brandschutz, ggf. mit Feuerlöschübung, ersichtlich.

Es wird empfohlen, die Einweisungen / ggf. Folgeeinweisungen zum Thema Brandschutz in den Fortbildungsplan mitaufzunehmen.

II.3.5 Qualitätsbereich: Medizinprodukte

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

Der Einrichtung wird empfohlen, die Einweisungen nach der Medizinproduktebetriebsverordnung in den Fortbildungsplan mitaufzunehmen.

II.3.6 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung hier: Alltagsaktivitäten

Die Angebote der Sozialen Betreuung werden auf den Informationswänden der Wohnbereiche ausgehängt. Es gibt einen Wochenplan für die Veranstaltungen im Eingangsbereich sowie für die einzelnen Wohnbereiche. Es fällt auf, dass die Gestaltung der Wochenpläne sehr schlicht im DIN A4 Format gehalten ist. Die Aushänge auf den Informationswänden der Wohnbereiche fallen dem Betrachter kaum ins Auge. Auf den Plänen der Wohnbereiche sind keine Uhrzeiten zu den genannten Angeboten genannt.

Der Einrichtung wird empfohlen, die Wochenpläne der Sozialen Betreuung ansprechender zu gestalten. So kann das Aushangformat auf DIN A3 vergrößert werden sowie eine Gestaltung mit verschiedenen Farben, Bildern oder Fotos, Piktogrammen u.ä. zu den jeweiligen Angeboten die Bewohner zur Teilnahme animieren. Auch soll die Uhrzeit und die Dauer des Angebots aus den Plänen ersichtlich sein, so dass interessierte Bewohner über Beginn und Dauer informiert sind und ihren Tag entsprechend strukturieren können.

II.3.7 Qualitätsbereich: Personaleinsatzplanung

Nach Durchsicht der Dienstpläne für Juni bis September 2017 fällt auf, dass Abkürzungen wie „BT“, „V“, „DT“ und „K“ verwendet werden. Diese Abkürzungen werden jedoch in der Legende zu den Dienstplänen nicht erklärt.

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

II.3.8 Qualitätsbereich: Personaleinsatzplanung / Dienstplangestaltung

Die Auswertung der Dienstpläne für Juni bis September 2017 ergab, dass im August 2017 bei einem Mitarbeiter, der einen zusätzlichen Nachtdienst übernommen hat, die Ruhezeit nicht eingehalten wurde. Dabei handelte es sich um einen Frühdienst mit Nachtdienst am selben Tag (07.08.2017). Dabei waren die Dienste ursprünglich korrekt geplant, jedoch durch Tausch oder zusätzliche Dienste geändert worden. Unter dem Eintrag „Zeitarbeit“ ist im August die Ruhezeit bei der Dienstabfolge S und am Folgetag F (04./05.08. und 14./15.08.2017) und im September bei der Dienstabfolge S und am Folgetag F (21./22.09.2017) nicht eingehalten. Die gesetzlich vorgeschriebene Ruhezeit von mindestens 10 Stunden ist somit nicht gewährleistet.

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

II.3.9 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge

hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

Zum Prüfzeitpunkt erhält ein Bewohner jeden dritten Tag ein ärztlich angeordnetes Schmerzmedikament Durogesic SMAT 12µ/h.

Das Durogesic Schmerzpflaster unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz. Es wird ordnungsgemäß im BTM-Schrank gelagert, der Bestand des Medikaments stimmt mit der Entnahme überein. Nach Durchsicht der Dokumentationsnachweise über den Betäubungsmittelbestand findet sich kein aktuelles monatliches Handzeichen des verordnenden Arztes hinsichtlich einer Legitimierung der ordnungsgemäßen Zu- und Abgänge.

Es wird empfohlen, auf besondere Sorgfalt im Umgang mit Betäubungsmitteln zu achten. Dies bezieht sich sowohl auf die ordnungsgemäße Gabe gemäß der ärztlichen Anordnung als auch auf eine nachvollziehbare Führung der entsprechenden Dokumentationsnachweise. Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 3 Betäubungsmittelverordnung sind Betäubungsmittelbücher durch den verschreibungsberechtigten Arzt am Ende

jeden Kalendermonats zu prüfen und, sofern sich der Bestand geändert hat, durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen. Der Einrichtung wird empfohlen, auf eine Sicherstellung dieser Vorschrift entsprechend hinzuwirken.

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: Qualitätsmanagement hier: Beschwerdemanagement

III.1.1 Beim Hausrundgang wird festgestellt, dass am Schwarzen Brett oder an einer vergleichbar zentralen Stelle der Einrichtung, z.B. im Eingangsbereich, kein Hinweis auf vorhandene Beratungs- und Beschwerdestellen vorhanden ist. 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 auch keine anderweitige Sicherstellung der Informationspflicht, z.B. im Heimvertrag, vorgetragen.

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, an geeigneter Stelle, z.B. am Schwarzen Brett oder an einer vergleichbar zentralen Stelle der Einrichtung, die Bewohner über vorhandene Beratungs- und Beschwerdestellen zu informieren. Dabei können konkret die jeweiligen Ansprechpartner der einzelnen Professionen der zuständigen FQA sowie die Ansprechpartner der Beschwerdestellen der Regierungen genannt werden.

III.2 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.2.1 Bei der Überprüfung des Medikamentenkühlschranks im Stützpunkt des 1. OG wird festgestellt, dass hinsichtlich der täglich durchzuführenden Kontrollen über die Einhaltung der vorgegebenen Temperaturgrenzwerte (min. + 2 C° bis max. + 8 C°) am 04.09.2017 kein Handzeichen der Mitarbeiter auf der zugehörigen Kontrollliste vorhanden ist und damit für diesen Tage keine Kontrolle über die Einhaltung der vorgegebenen Temperaturgrenzwerte nachvollzogen werden kann.

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, die Temperatur der Medikamentenkühlschränke täglich zu messen und zu dokumentieren, um die ordnungsgemäße Lagerung von thermolabilen Medikamenten kontinuierlich und nachweislich sicherstellen zu können.

Die Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass das eingeführte Qualitätsmanagement i.S.d. Art. 3 Abs. 3 Nr. 2 PflWoqG (hier: Kontrollliste zur Überprüfung der Temperatur im Medikamentenkühlschrank) umgesetzt wird.

III.3 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge

hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- III.3.1 Ein Bewohner erhält das Bedarfsmedikament „Melperon 25 mg/5 ml“ gemäß einer ärztlichen Verordnung vom 09.08.2017. Das entsprechende Handzeichen zu dieser Verordnung ist vorhanden.

Als Indikation ist hier bei starker Unruhe angegeben. Die Pflegefachkraft wird dahingehend beraten, dass die Indikation zu ungenau ist, da für die ausführende Pflegefachkraft Interpretationsspielraum bleibt. Die Einschätzung und Interpretation der verschiedenen Pflegefachkräfte kann unterschiedlich ausfallen.

- III.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.3.3 Der Einrichtung wird geraten, auf eine genaue Angabe der Indikation, hier die Art der Unruhe, durch die Ärzte hinzuwirken, z.B. „quälende Unruhe“ oder diese genauer zu beschreiben. Dies dient auch der Sicherheit der Pflegekräfte, um eine Anwendung von Psychopharmaka als ggf. freiheitseinschränkende Maßnahmen auszuschließen.

III.4 Qualitätsbereich: Wohnqualität

- III.4.1 Im Rahmen des Hausrundgangs wird festgestellt, dass im Pflegebad zum Prüfzeitpunkt mehrere Lifter abgestellt sind, welche für den Fall einer geplanten Nutzung des Pflegebades im Vorfeld an anderer Stelle abgestellt werden müssen. Die Vertreter der Einrichtung erklären, dass lediglich eingeschränkte Lagerkapazitäten bzw. Abstellflächen in der Einrichtung zur Verfügung stehen.
- 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 Der Einrichtung wird geraten, sicherzustellen, dass die in der Einrichtung befindlichen Nutzräume für die Bewohner bei Bedarf uneingeschränkt in Anspruch genommen werden können. Pflegehilfsmittel u.ä. sollen in entsprechenden Lagerräumen abgestellt werden, damit Nutzräume wie Wohnerbäder, Sanitäranlagen etc. bei Bedarf uneingeschränkt benutzt werden können.

III.5 Qualitätsbereich: Personelle Besetzung

hier: ausreichend Pflege- und Betreuungskräfte

- III.5.1 Die Überprüfung der Dienstpläne für Juni bis September 2017 ergab, dass grundsätzlich in den Nächten, hier in der Zeit von 20:30 Uhr bis 6:30 Uhr, immer zwei Mitarbeiter, davon mindestens eine Pflegefachkraft, zum Nachtdienst eingeteilt waren. Ein krankheitsbedingter Ausfall einer Pflegehilfskraft am 17.09.2017 konnte nicht ausgeglichen werden. Da entsprechend der Bewohnerzahl zwei Betreuungskräfte im Nachtdienst eingesetzt werden müssen, liegt hier ein Mangel in der Nachtdienstbesetzung vor. Somit wurde die Vorgabe, im Nachtdienst ausreichend Personal einzusetzen (derzeit zwei Pflegekräfte insgesamt) unterschritten. Der maximal zulässige Korridor von 1:40 wurde 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.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 Der Einrichtung wird geraten, bei der Diensterteilung darauf zu achten, dass im Nachtdienst, also in der Zeit von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr, immer -je nach Bewohnerzahl- die erforderliche Anzahl an Pflegekräften (davon immer eine Pflegefachkraft) anwesend ist. Neben der Gewährleistung einer bestmöglichen Betreuungs- und Pflegequalität in der Nacht für die Bewohner dient dies auch der Sicherheit der Einrichtung und der verantwortlichen Pflegekräfte.

III.6 Qualitätsbereich: Personaleinsatzplanung / Dienstplangestaltung

III.6.1 Eine Überprüfung der Dienstpläne für Juni bis September 2017 ergab, dass im September unter dem Eintrag Zeitarbeit keine weiteren Angaben zu Namen oder Qualifikation (Pflegefachkraft/ Pflegehilfskraft bzw. sonstige Profession) angegeben wurde.

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, auf eine korrekte, nachvollziehbare Dienstplangestaltung nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu achten. Dazu gehört insbesondere die korrekte Angabe der Qualifikation (z. B. Pflegefachkraft / Pflegehilfskraft). Für die Mitarbeiter der Einrichtung muss zweifelsfrei erkennbar sein, welche Fachkräfte aus dem Bereich der Pflege und Betreuung im Versorgungsfall zur Verfügung stehen.

III.7 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge

hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.7.1 Bei einem Bewohner liegt eine ärztliche Verordnung vom 04.09.2017 für das Medikament Novaminsulfon 500 mg gtt mit der Indikation „bei Schmerzen aller Art“ vor.

Eine weitere Indikation einer ärztlichen Verordnung vom 15.05.2017 für das Arzneimittel Korodin gtt lautet „bei allgemeiner Schwäche“.

Im Fachgespräch wird einvernehmlich beurteilt, dass diese Indikationen zu pauschal formuliert sind und zu viel Handlungsspielraum für die jeweiligen Durchführungsverantwortlichen besteht. Eine Verabreichung von Medikamenten bei oben genannten Indikationen kann bei akuten Erkrankungen die Behandlung verzögern und unter Umständen sogar lebensgefährlich werden.

III.7.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.7.3 Die Einrichtung ist in der Organisationsverantwortung und hat zweifelsfreie Anordnungen des behandelnden Arztes sicherzustellen. Dies dient sowohl der Sicherheit des Bewohners als auch der Sicherheit der durchführenden Pflegekraft.

Im Falle einer Bedarfsmedikation hat der anordnende Arzt die Bedarfsdiagnose, das Medikament, deren Dosierung sowie die Art und den Zeitpunkt der Applikation eindeutig zu bezeichnen.

III.8 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung

hier: Alltagsaktivitäten / Körperpflege

III.8.1 Bei einem Bewohner wird nach direkter Inaugenscheinnahme und Überprüfung des Hautzustands festgestellt, dass dieser seit längerem im Bereich der Körperpflege nicht ausreichend versorgt wurde. Der Bewohner wurde seit über einer Woche nicht geduscht. Die Haare sind seit längerem augenscheinlich nicht gewaschen. Laut Pflegeplan und im Wohnbereich aushängenden Duschplan soll der Bewohner einmal wöchentlich Donnerstag geduscht und täglich gewaschen werden.

Im Pflegeplan ist hinterlegt, der Bewohner zeige herausforderndes Verhalten und solle daher nicht von gegengeschlechtlichen Mitarbeitern im Bereich der Körperpflege versorgt werden.

Ein Mitarbeiter berichtet, der Bewohner konnte nicht versorgt werden, da dieser die Körperpflege verweigert habe. Zum Prüfzeitpunkt ist ein gegengeschlechtlicher Mitarbeiter für die Versorgung des Bewohners eingeteilt. Der Bewohner verweigert erneut die Körperpflege. Ein Tausch mit einem gleichgeschlechtlichen Mitarbeiter wurde nicht durchgeführt. Dem Bewohner wurde am Prüftag kein weiteres Angebot zur Körperpflege gemacht. Am Nachmittag des Prüftages sind ausschließlich gegengeschlechtliche Mitarbeiter auf dem Wohnbereich eingeteilt, und der Bewohner konnte erneut nicht versorgt werden.

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

III.8.3 Die Einrichtung hat durch ausreichend geeignetes Personal sicherzustellen, dass die Bewohner angemessen, ausreichend und die Bewohnerwürde achtend versorgt werden. Hierzu gehört auch, dem jeweiligen Bewohnerbedürfnis entsprechend zur Körperpflege kein gegengeschlechtliches Personal einzuteilen. Sollte dies nicht möglich sein, hat die Einrichtung dafür Sorge zu tragen, dass mit anderen, dem Bewohnerbedürfnis entsprechenden Mitarbeitern, hier gleichgeschlechtlich, innerhalb der Schicht getauscht werden kann.

III.9 Qualitätsbereich: Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung hier: Alltagsaktivitäten / Körperpflege

III.9.1 Die Fingernägel des Bewohners sind zum Prüfzeitpunkt lang und schmutzig. Die Pflegefachkraft gibt an, der Bewohner würde sich oft im Anal und Intimbereich berühren. Es wird einvernehmlich geklärt, die Fingernägel angemessen kurz zu halten und zu säubern.

III.9.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.9.3 Die Inspektion der Fingernägel auf Sauberkeit sowie die notwendige Nagelpflege stellt einen Bestandteil der täglichen Körperpflege der Bewohner dar.

Der Einrichtung wird geraten, sicherzustellen, dass eine angemessene, den individuellen Bedürfnissen der Bewohner entsprechende Nagelpflege durchgeführt wird. Die Fingernägel sind bei Bedarf auch mehrmals täglich zu säubern.

III.10 Qualitätsbereich: Gesundheitsvorsorge hier: Verabreichung von Arzneimitteln, Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.10.1 Ein zu Beinödemen neigende Bewohner soll laut ärztlicher Anordnung Kompressionsstrümpfe tragen. Zum Prüfzeitpunkt sind diese nicht angelegt. Der Bewohner gibt an, er habe die Kompressionsstrümpfe selbständig ausgezogen weil sie rutschen. Zum Prüfzeitpunkt bestätigt die Pflegedienstleitung, es sei bekannt, dass sich der Bewohner die Strümpfe selbst auszieht. Im Pflegeplan ist vermerkt, der Bewohner könne sich die Kompressionsstrümpfe nicht selbständig an- und ablegen, dies müsse von der Pflegekraft übernommen werden.

III.10.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.10.3 Der Einrichtung wird geraten, eine Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand pflegefachlicher Erkenntnisse sicherzustellen. Hierzu gehört, die vom Arzt verordnete Therapie kontinuierlich durchzuführen um Komplikationen weitestgehend auszuschließen bzw. zu minimieren. Nur eine kontinuierliche Therapie kann dies gewährleisten. Dies dient der

Sicherheit des Bewohners ebenso wie der Sicherheit der Einrichtung. Sollte wie hier, der Einrichtung bekannt sein, dass der Bewohner die Kompressionsstrümpfe selbständig auszieht da diese rutschen, wird geraten dieses im Dokumentationssystem festzuhalten und umgehend den behandelnden Arzt darüber zu informieren.

Dem Selbstbestimmungsgrundsatz folgend, ist der Bewohner bei einer geringen Compliance zu beraten, welche Gefahren und Risiken für ihn entstehen können, falls er der Therapie nicht zustimmt. Das Beratungsgespräch mit den jeweiligen Vereinbarungen zwischen dem Bewohner und dem Pflorgeteam ist selbstverständlich zu dokumentieren. Sofern im Tagesverlauf die Strümpfe ein weiteres Mal angelegt werden können, sind die Unterschenkel zwanzig Minuten hoch zu lagern, damit diese sich zunächst wieder entstauen können.

III.11 Qualitätsbereich: Helfender Umgang hier: Wundmanagement

III.11.1 Am rechten Unterschenkel hat der Bewohner zum Prüfzeitpunkt eine chronische Wunde, die derzeit zweimal wöchentlich (Mittwoch und Sonntag) versorgt wird. Die Wundgröße wurde bis zum Prüfzeitpunkt letztmalig im April 2017 von der Pflegekraft vermessen. Die Dauer von 5 Monaten ohne stetige Angaben zur Wundgröße entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse.

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, den Wundverlauf kontinuierlich abzubilden. Hierzu gehört auch, in vom Pflorgeteam festzulegenden Abständen die Wunde zu vermessen und im Wundverlaufsbericht zu fixieren. Laut NES chronische Wunden erfolgt die Einschätzung bei jedem Verbandswechsel, sollte aber spätestens einmal wöchentlich und je nach Wundbeschaffenheit erfolgen. In jedem Fall ist die Wundbeschaffenheit inklusive der Größe bei Änderungen der Wunde anzugeben. Hierbei soll die Transparenz des Wundheilungsverlaufs bei ärztlichen Anordnungen und behandlungspflegerischen Maßnahmen sichergestellt werden.

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

III.12.1 Bei einem Bewohner wird ein Bauchgurt im Rollstuhl angewandt.

Es liegt eine Fallkonstellation „Fall B“ vor, d.h. der Betroffene ist nicht einwilligungsfähig, aber zu willentlich gesteuerten Bewegungen fähig, d.h. es ist eine richterliche Genehmigung über die Anwendung von Freiheit einschränkenden Maßnahmen erforderlich.

Einsichtnahme in den Beschluss des AG München vom 23.05.2017 ergab, dass der Bewohner nach einem aktuellen Gutachten der Sachverständigen an einer psychischen Krankheit bzw. geistigen / seelischen Behinderung leide, nämlich einem hirnorganischen Psychosyndrom. Es bestehe deshalb die Gefahr, dass der Betroffene sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufüge. Der Bewohner benötige zur Zeit die mechanische Beschränkung, um Verletzungen durch Sturz oder unkontrollierte Bewegungen zu verhindern.

Weiter wird ausgeführt, dass der Betroffene zur Zeit keine ausreichende Krankheitseinsicht habe, er sei zu keiner freien Willensbildung zumindest hinsichtlich der Entscheidung im Zusammenhang mit der Erkrankung in der Lage. Er vermöge auch die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht zu erkennen.

Die zeitweise oder regelmäßig erfolgende Freiheitsentziehung des Betroffenen durch die Anwendung des Bauchgurts am Stuhl wird bis längstens 22.05.2019 genehmigt, wobei sich

der Durchführende nach Maßgabe des Beschlusses 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.

Auswertung über die Anwendungszeiten:

05.07.2017	10:40 Uhr	Beginn der Maßnahme / Vorsatztisch hoch
	12:00 Uhr	Kontrollgang
		das Ende der Anwendungszeit ist nicht dokumentiert
04.08.2017	11:00 Uhr	Beginn der Maßnahme / Vorsatztisch hoch
	13:00 Uhr	Kontrollgang
		das Ende der Anwendungszeit ist nicht dokumentiert
06.08.2017	11:00 Uhr	Beginn der Maßnahme / Vorsatztisch hoch
	13:00 Uhr	Kontrollgang
		das Ende der Anwendungszeit ist nicht dokumentiert

An den beispielhaft genannten Daten ist laut Dokumentation kein Ende der Maßnahme dokumentiert. Es 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. Zwar sind Kontrollgänge dokumentiert, in der Regel findet jedoch bei der Anwendung nur ein Kontrollgang statt. Auf Nachfrage, ob der Bewohner sich denn selbst verständlich machen könne, wenn er z.B. Durst habe oder aus dem Stuhl ins Bett gebracht werden möchte, verneint die Pflegefachkraft dies. Die durchgeführten und dokumentierten Kontrollgänge scheinen daher aus Sicht der FQA beim Landratsamt München nicht ausreichend und für das beschriebene Krankheitsbild des Bewohners als nicht individuell angepasst.

III.12.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.12.3 Es wird geraten, gemäß den Anforderungen des Beschlusses des Amtsgerichtes München vom 23.05.2017 eine schriftliche Aufzeichnung über Art und Dauer (Beginn und Ende) der angewendeten Maßnahme zu erstellen, aus der jede einzelne Anwendung hervorgeht.

Des Weiteren ist gemäß den Anforderungen des Beschlusses des Amtsgerichtes München darauf zu achten, dass das Personal für den Bewohner stets erreichbar ist. Sofern sich der Bewohner nicht mehr selbst verständlich machen kann, ist dafür Sorge zu tragen, dass in regelmäßigen Abständen, die die Einrichtung anhand des Krankheitsbildes und des jeweiligen Tagesbefindens des Bewohners festlegt, überprüft wird, ob die Maßnahme zu unterbrechen ist, der Bewohner weitere Hilfestellung benötigt oder andere Maßnahmen sinnvoll erscheinen. Jeder Kontrollgang ist dabei ebenfalls zu dokumentieren.

IV. Festgestellte wiederholte Mängel

IV.1 Qualitätsbereich: Personelle Besetzung hier: Anzahl gerontopsychiatrischer Fachkräfte

IV.1.1 Entsprechend der Angaben der Einrichtung können insgesamt 68 Bewohner aufgenommen werden. Demnach errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 2,3 Fachkräften bei maximaler Belegung für die Einrichtung.

Entsprechend der am Prüftag vorgelegten Bewohnerliste errechnet sich ein Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung mit einem Stellenumfang von 2,2 Vollzeitstellen.

Die Einrichtung hält zum Prüfzeitpunkt gemäß der vorgelegten Personalliste keine Fachkräfte mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung vor.

In Abhängigkeit vom ermittelten Betreuungsbedarf ergibt sich am Prüftag eine personelle Unterdeckung bezüglich der erforderlichen Pflege- und Betreuungskräften mit gerontopsychiatrischer Weiterbildung von 2,2 Vollzeitstellen in der Einrichtung.

Zwei Mitarbeiter befinden sich in der Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft. Die entsprechenden Anmeldebestätigungen wurden vorgelegt. Die Weiterbildung dauert bis 18.09.2018.

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 Der Einrichtung 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 Bewohner und in gerontopsychiatrischen Einrichtungen oder Wohnbereichen von einer Fachkraft pro 20 Bewohner vorgegeben. Durch diese ordnungsrechtliche Vorgabe sollen die besonderen Bedürfnisse der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen Berücksichtigung finden. Die Betreuung und Pflege demenziell erkrankter Menschen umfasst nicht nur die somatische Pflege der 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 22.09.2017 wurden 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 Prüfberichtes zur Kenntnis.

VII. Rechtsbehelfsbelehrung

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

Wenn Widerspruch eingelegt wird:

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

Er kann auch elektronisch mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen unter der Adresse poststelle@lra-m.bayern.de 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 Gebührenvorschuss zu entrichten.