

Landratsamt Starnberg • Postfach 14 60 • 82317 Starnberg
Behandlungszentrum Kempfenhausen
für Multiple Sklerose Kranke gemeinnützige GmbH
Geschäftsführung
Am Milchberg 21
82335 Berg

Fachbereich Sozialwesen
Heimaufsicht/FQA

Ansprechpartner
Zimmer-Nr.
Durchwahl
Telefax

Ihre Zeichen / Ihre Nachricht vom

Bitte in der Antwort angeben

Starnberg

11.07.2013

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

Träger der Einrichtung: **Behandlungszentrum Kempfenhausen**
 Geschäftsführung
 Am Milchberg 21
 82335 Berg
 <http://ms-klinik.de>

Geprüfte Einrichtung: **Pflegeeinrichtung Haus der Freunde**
 Am Milchberg 21
 82335 Berg

Anlagen
Kostenbescheid

Hinweis:
Zur besseren Lesbarkeit wurde bei den Personenbezeichnungen durchgängig die männliche Schreibweise gewählt. Die Bezeichnungen sind geschlechtsspezifisch neutral gemeint und schließen stets beide Geschlechter mit ein.

Hausadresse:
Strandbadstraße 2 · 82319 Starnberg
Telefon 08151 148-0
Telefax 08151 148-292
info@LRA-starnberg.de
www.landkreis-starnberg.de
Kreissparkasse
München Starnberg Ebersberg
Kto. 430 050 047 (BLZ 702 501 50)
VR Bank Starnberg-Herrsching-
Landsberg eG
Kto. 2 996 006 (BLZ 700 932 00)
So erreichen Sie uns mit den öffentlichen Verkehrsmitteln:
S6 Starnberg sowie Bushaltestelle Landratsamt

In der Einrichtung wurde **am 27.03.2013 von 08:30 bis 14:35 Uhr eine turnusgemäße Prüfung** durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Wohnqualität
- Soziale Betreuung
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FeM)
- Pflege und Dokumentation
- Qualitätsmanagement
- Arzneimittel
- Hygiene
- Personal
- Mitwirkung

Hierzu hat die FQA für den Zeitpunkt der Prüfung folgendes festgestellt:

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart

- Stationäre Pflegeeinrichtung für Menschen mit Multiple Sklerose (MS)

Angebotene Wohnformen

- Integrative Betreuung und Versorgung

Therapieangebote

Angebotene Plätze: 23

davon Beschützende Plätze:

davon offene gerontopsychiatrische Plätze

davon Plätze für Rüstige:

Belegte Plätze: 23

Einzelzimmerquote: 100 %

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): 53,47 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 0

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

[Hier erfolgt eine kurze, prägnante Aufstellung des positiven Sachverhalts bzw. der aus Sicht der FQA hervorzuhebenden Punkte und allgemeinen Informationen über die Einrichtung; bei anlassbezogenen Prüfungen muss hierauf nicht eingegangen werden.]

II.1.1 Wohnqualität

Das Haus der Freunde machte einen sehr einladenden und wohnlichen Eindruck. Die Dekoration war der Jahreszeit – hier Ostern – entsprechend. Im Eingangsbereich wurde eine frühlingshafte Stimmung durch Osterdekoration verbreitet. Der wohnliche Charakter wurde besonders durch den Linoleumboden im Parkettdesign in beiden Wohnebenen erzeugt. Im Haus der Freunde gibt es ausschließlich Einzelzimmer, welche vor Einzug individuell gestrichen werden. Aufgrund der Größe der Bewohnerzimmer ist ausreichend Platz für eigene Möbelstücke vorhanden. Einbauschränke und Niederflurbetten sind in jedem Zimmer Standard, mildern aber den Eindruck der persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten nicht. Jedes Zimmer hat ein eigenes, rollstuhlgerechtes Bad mit Dusche. Alle Bäder machen einen modernen und sauberen Eindruck. Einige Bäder haben eine elektronische Dusche.

Jedes Bewohnerzimmer (bis auf zwei) hat Zugang zu einem Balkon oder einer Terrasse. Die Balkongitter sind durch Splinte gesichert. Diese sind im Falle der Evakuierung sekundenschnell zu entfernen, was im Notfall von außen freien Zugang zu jedem Bewohnerzimmer ermöglicht.

Unter allen Bewohnerbettmatratzen befinden sich jeweils ein Rettungs- und Evakuierungstuch, um im Notfall eine schnelle und schonende Evakuierung, z. B. im Brandfall, für Bewohner und Mitarbeiter durchführen zu können

Die Aufenthaltsräume sind ausgesprochen wohnlich und bieten für alle Gelegenheiten Platz. Es gibt einen großen, sehr hellen Wintergarten im ersten Obergeschoss, sowie einen großen Fernseh- und Computer-Aufenthaltsraum und einen schönen Ess- und Aufenthaltsraum im Erdgeschoss. Darüber hinaus gibt es den Bedürfnissen der Bewohner entsprechende Therapieräume, welche auch von externen Therapeuten genutzt werden können.

Der Garten ist in besonderer Weise angelegt. Durch das großzügige Grundstück fließt ein kleiner Bach, welcher in Teichen endet, die terrassenförmig angelegt sind. Das Grundstück ähnelt einem aufwendig angelegten Park.

Dank ausgezeichneter Lüftungsverhältnisse riecht es in der Einrichtung angenehm.

II.1.2 Soziale Betreuung

Die Soziale Betreuung fiel besonders positiv durch die geplanten Außenaktivitäten auf. Für den Monat April waren drei größere Veranstaltungen außerhalb des Hauses geplant (Eros Ramazotti-Konzert, Joe Cocker-Konzert, Ausflug in eine Käseerei).

Für die Soziale Betreuung innerhalb des Hauses standen sowohl geeignete Räumlichkeiten, als auch eine Vielzahl therapeutischer und unterhaltsamer Materialien

zur Verfügung. In einem Aufenthaltsraum war ein PC offen zugänglich. Möglichkeiten zum Fernsehen waren in besonders großer Bildschirmausführung vorhanden. Es finden zweimal wöchentlich Filmvorführungen statt.

Die Materialien für die Soziale Betreuung waren auf die besonderen Bedürfnisse von MS-kranken Menschen abgestimmt. Spiele wurden in vergrößerten Ausführungen angeboten. Darüber hinaus gab es unterschiedliche Hilfsmittel, wie Würfelhilfen oder Vorrichtungen zur Fixierung von Spielmaterial, zur selbständigen Durchführung der Spiele.

Die soziale Betreuung wird durch die Leitung (Stundenkontingent von 50 %) und drei weiteren, in Teilzeit angestellten Personen, durchgeführt. Hinzu kommt die Soziale Betreuung, welche vom Pflegepersonal zusätzlich geplant wird. Diese Planung erfolgt in Überlappungszeiten, in denen viel Pflegepersonal im Haus ist, beispielsweise zur mittäglichen Übergabezeit. In dieser Zeit findet die Soziale Betreuung in Form von Einzelbetreuung durch das Pflegepersonal statt.

Neben dem internen Angebot kommen wöchentlich Therapiehunde mit ihren Betreuern in die Einrichtung. Nach ärztlicher Verordnung behandeln Physio- und Ergotherapeuten die Bewohner.

Die Mitarbeiter der sozialen Betreuung organisieren und führen einen Einkaufsservice für die Bewohner im 14tägigen Rhythmus durch. Die Bewohner können je nach Tagesform den Mitarbeiter begleiten.

II.1.3 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FeM)

Die Einrichtung verfügt in allen Bewohnerzimmern über Niederflurbetten mit geteilten Seitenteilen. Der Stellvertreter der verantwortlichen Pflegefachkraft ist FeM-Beauftragter. Die vorhandenen vier FeM bei drei Bewohnern waren alle richtig legitimiert. Es handelte sich dabei um zwei Bettseitenteile und zwei Sitzhosen im Rollstuhl. Die Bewohner waren zum Prüfzeitpunkt alle in der Lage, der FeM selbst einzuwilligen. Die Selbsteinwilligungen waren alle aktuell und im Drei-Monats-Rhythmus aktualisiert.

Über den Einsatz von Sensormatten wurde in der Einrichtung bereits reflektiert. Aufgrund der speziellen Krankheitsbilder der Bewohner ist die Anschaffung derzeit nicht notwendig, da die Bewohner in der Regel eine Mobilisationshilfe durch die Pflegekräfte benötigen.

II.1.4 Pflege und Dokumentation

Positiv hervorzuheben ist der freundliche Umgang mit den Bewohnern. Alle Maßnahmen werden angekündigt. Es wird immer nachgefragt, ob alles in Ordnung sei. Der Umgang mit Hilfsmitteln, wie beispielsweise Lifter, erfolgt sachgemäß.

Die Pflege erfolgt im Bezugspflegesystem. Für Bewohner mit Demenz wird das Konzept H.I.L.D.E. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in stationären Pflegeeinrichtungen) angewendet.

II.1.5 Qualitätsmanagement

Untersucht wurden die Qualitätshandbücher, das Beschwerdemanagement und Fallbesprechungen.

Zwei Qualitätshandbücher waren gut zugänglich in übersichtlicher Form angelegt. Diese waren in die Qualitätsbereiche Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität unterteilt. Zusätzlich war ein Standardordner mit folgenden Expertenstandards hinterlegt:

- Förderung der Harnkontinenz
- Ernährungsmanagement
- Sturzprophylaxe
- Schmerzmanagement
- Dekubitusprophylaxe

Ein umfangreiches Spektrum von hauseigenen Standards wurde zwischen 2011 und 2012 angelegt.

Ebenfalls im Qualitätshandbuch lagen umfangreiche Verfahrensanweisungen für den Bereich Beschwerdemanagement vor. Laut Pflegekraft würden diese in der Praxis auch umgesetzt werden. Ein aktuelles Beispiel konnte nicht gezeigt werden.

Fallbesprechungen finden laut Pflegefachkraft einmal wöchentlich während der Übergabe statt. Darüber hinaus würden regelmäßig Fallbesprechungen im multidisziplinären Team stattfinden.

Für die Risiken gibt es zwei Listen, zum einen die Auflistung der Risikopotenziale und zum anderen die vorhandenen Risiken, somit ist ein schneller Überblick für die Leitungskräfte gegeben.

Die Zusatzaufgaben für die Mitarbeiter, wie z. B. Wundmanagement oder Einweisung nach Medizinproduktegesetz, sind mittels Übersichtsblatt inhaltlich und zeitlich definiert und zugeordnet.

Für das erste Halbjahr 2013 sind regelmäßig themenspezifische Fortbildungen für die Mitarbeiter geplant, darüberhinaus ist aktuelle Literatur zum Nachlesen vorhanden

II.1.6 Arzneimittel

Positiv hervorzuheben ist die Buchführung der Betäubungsmittel (BTM). Es werden Karteikarten verwendet, welche sehr übersichtlich sortiert und beschrieben sind. Ebenfalls positiv ist die Aufbewahrung von Tilidintropfen im BTM-Schrank, welche erst seit Anfang des Jahres unter das Betäubungsmittelgesetz fallen.

II.1.7 Hygiene

Die Einrichtung machte insgesamt einen sauberen und ordentlichen Eindruck. Im gesamten Haus gab es zum Zeitpunkt der Begehung keine unangenehmen Gerüche. In allen Fäkalienräumen der beiden Ebenen befanden sich Seifen- und Desinfektionsspender. Handschuhe in verschiedenen Größen waren ebenfalls vorhanden. Es findet siebenmal wöchentlich eine Unterhaltsreinigung in der Einrichtung statt. Hygiene- und Reinigungspläne hingen gut sichtbar aus.

In jedem Bewohnerzimmer befand sich ein Desinfektionsspender.

Die Lagerungsräume waren ordentlich, übersichtlich und gut zugänglich.

Im Küchenlager waren alle Lagerungsgegenstände ordnungsgemäß verpackt. Alle Flächen wirkten sauber und hygienisch einwandfrei.

Hygieneschulungen finden regelmäßig statt. Die nächste interne Schulung war für den 04.04.2013 angesetzt. Hygienestandards waren frei zugänglich und gut sortiert angelegt. Für besondere (infektiöse) Erkrankungen waren Verfahrensanweisungen im Hygieneordner hinterlegt. Der Hygienebeauftragte war hier ebenfalls hinterlegt.

II.1.8 Personal

Im Rahmen der Dienstplanüberprüfung wurden Kopien der Dienstpläne Februar und März 2013 zur Nachprüfung mitgenommen.

Die Komplettauswertung der beiden Monate ergab folgendes Bild:

- Der Nachtdienst für die 23 Bewohner ist in beiden Monaten immer mit einer Fachkraft besetzt, der Einsatz erfolgt rotierend, d. h. die Fachkräfte wechseln zwischen Tag- und Nachtdienst.
- In allen Tagschichten ist immer eine Fachkraft als Ansprechpartner für die Pflegehilfskräfte und als Verantwortlicher für die Behandlungspflege anwesend. Im Monat März sind in 16 Frühdiensten sogar zwei oder drei Fachkräfte eingeplant.
- Die Regelbesetzung im Frühdienst sind vier Mitarbeiter, wovon im Februar nur viermal abgewichen werden musste (Drei Mitarbeiter im Frühdienst).
- Im Spätdienst sind drei Mitarbeiter eingeteilt, im Februar wurde zweimal abgewichen und im März einmal (zwei Mitarbeiter im Spätdienst)
- Da das Frühstück, wie auch das Abendessen, in der Einrichtung selbst individuell für die Bewohner zubereitet wird, ist ein sog. separater Küchendienst eingeführt. Dieser wird von einer Mitarbeiterin abgedeckt. Ist diese abwesend durch Frei, Urlaub, Krankheit o.ä., wird dieser Dienst von einem Pflegehelfer aus dem Team übernommen. Diese ist dann in der o.g. Schichtbesetzung nicht mit eingerechnet.

II.1.9 Mitwirkung

Im Rahmen der Nachschau wurde mit dem Vorsitzenden der Bewohnervertretung ein Gespräch geführt. Er selbst wohne schon seit Eröffnung der Einrichtung hier, es gefällt ihm sehr gut hier, die notwendige Unterstützung bei der Pflege erfolgt bedarfsorientiert, die Ausflüge sind sehr gut organisiert und das Essen schmeckt. Einmal im Monat gibt es einen sog. „Menüabend“, an welchem sich die Bewohner etwas Besonderes zum Essen aussuchen dürfen, welches im „Standardmenüplan“ der Einrichtung nicht zur Auswahl steht. Dieses Abendessen wird dann in der Einrichtung durch die Mitarbeiter zubereitet.

Wenn es Beschwerden gibt, werden diese von der Leitung bzw. der zuständigen Pflegefachkraft mit dem Beschwerdeführer bzw. Bewohner geklärt.

II.2 Qualitätsentwicklung

[Hier erfolgt die Darstellung der Entwicklung einzelner Qualitätsbereiche der Einrichtung über mindestens zwei turnusgemäße Überprüfungen hinweg.]

- Die Einrichtung wird mittlerweile durch ein festes Führungsteam geleitet, welches stabil an der Weiterentwicklung der Einrichtung arbeitet.
- In den Jahren 2011 und 2012 wurden mehrere Verbesserungen an der Struktur- und Prozessqualität vorgenommen. Es wurden zahlreiche Standards und Verfahrensanweisungen evaluiert bzw. neu eingeführt.

II.3 Qualitätsempfehlungen

[Hier können Empfehlungen in einzelnen Qualitätsbereichen ausgesprochen werden, die aus Sicht der FQA zur weiteren Optimierung der Qualitätsentwicklung von der Einrichtung berücksichtigt werden können, jedoch nicht müssen. Es kann sich dabei nur um Sachverhalte handeln, bei denen die Anforderungen des Gesetzes erfüllt sind, die also keinen Mangel darstellen.]

II.3.1 Soziale Betreuung

Die Leitung der Sozialen Betreuung hat ein eigenes Büro, an deren Tür die Bürozeiten und einige Monatsveranstaltungen angeschlagen sind. Zu den generellen Arbeitszeiten gibt es keine Auskünfte. Die Arbeitszeiten der Mitarbeiter sind hier nicht bekannt gegeben. Diese finden sich auf einem separaten Blatt, welches nicht aushängt.

Es sollte sichtbar gemacht werden, welche Betreuungskraft zu welchen Zeiten im Hause ist, so dass auch für Außenstehende die Erreichbarkeit aller Personen gegeben ist.

Das soziale Betreuungsangebot scheint vielfältig zu sein und regelmäßig stattzufinden. Es hängen verschiedene Betreuungsangebote an unterschiedlichen Stellen des Hauses aus. Für Außenstehende ist jedoch nicht erkennbar, wie viele Angebote tatsächlich stattfinden, und welche davon regelmäßig sind. Auf dem Plan „Unser soziales Angebot“ werden regelmäßig wiederkehrende Angebote aufgeführt (einmal wöchentlich Aktivierungsgruppe „Sinne“, zweimal wöchentlich Lesekreis, einmal monatlich Töpfergruppe, etc.). Dieser Zettel hing jedoch nicht aus. Auch geht nicht daraus hervor, dass zweimal wöchentlich ein Kinoabend angeboten wird, was mündlich von einer Pflegekraft berichtet wurde.

Aus einer anderen Liste gehen wöchentliche Angebote von Dienstag bis Donnerstag hervor, die sich aber nicht mit der ersten Liste decken. Der Aushang dieser Liste wurde unter „Gruppen und Termine im Haus der Freunde“ auf einem weißen DIN A 4 Blatt ausgehängt.

Daneben gab es weitere Aushänge mit Angeboten, welche zum Teil einmalig, aber zum Teil auch wiederkehrend waren. So wird das wöchentlich wiederkehrende Angebot „Musik und Bewegung“ neben dem einmaligen Konzertbesuch von Joe Cocker auf DIN A 4 ausgehängt.

Einen kompletten Überblick über alle Aktivitäten gibt es nicht.

Eine Übersicht über alle Aktivitäten und Angebote sollte in sinnvoller Strukturierung aushängen. Diese sollte ansprechend und übersichtlich sein. Die Gestaltung der Aushänge könnte in Zusammenarbeit mit den Bewohnern geschehen. Besondere einmalige Veranstaltungen könnten weiterhin extra ausgehängt werden. Die Grundstruktur des Betreuungsangebotes sollte jedoch dadurch nicht unübersichtlich werden.

Regelmäßige Aktualisierungen verhindern, dass geplante Angebote, welche nicht mehr stattfinden, zu Unübersichtlichkeit führen.

In der Dokumentation verwendet die Pflege ein selbst erstelltes Blatt für die Soziale Betreuung. Dieses ist zwar sehr individuell, bildet aber nicht das Ganze, dem Bewohner zukommende Angebot ab.

Das Dokumentationssystem DAN, welches im Haus der Freunde angewendet wird, bietet ein Dokumentenblatt ausschließlich zur Sozialen Betreuung. Es wird empfohlen, dieses zu verwenden, da es das Gesamte, dem Bewohner zukommende Angebot darstellt. Dieses könnte auch vom Pflegepersonal genutzt werden. Die individuellen Vorlieben der Bewohner sollten aus der Biografie hervorgehen.

II.3.2 Hygiene

In einem Lagerungsraum war eine Sauerstoffflasche mit angeschlossenem Wassersystem (Aqua), nicht mit einem Tuch zugedeckt.

Es wird empfohlen, Gerätschaften mit Anschlüssen (auch wenn diese versiegelt oder verschlossen sind) mit einer Abdeckung vor Staub und Unreinheiten zu schützen.

In der Damenumkleidekabine lag eine benutzte Diensthose auf der Sitzbank vor den Spinden. In beiden Umkleidekabinen waren zahlreiche Arbeitsschuhe auf den Sitzbänken abgestellt.

Aus hygienischen Gründen sollte bereits genutzte Dienstkleidung in den dafür vorgesehenen Dienstkleidungsabwurf entsorgt werden

Schuhe sollten grundsätzlich nicht auf Flächen stehen, die zum Sitzen vorgesehen sind. Zur Erleichterung der Reinigung der Räume, können die Schuhe auf dem Boden der Spinde abgestellt werden.

Kontrollen der Lagerungsmaterialien sollten regelmäßig stattfinden. Bei der Lagerung ist das First-in-First-out-System zu beachten, so dass ältere Materialien zuerst verbraucht werden.

II.3.3 Pflege und Dokumentation

Die Vergabe von Bedarfsmedikamenten wird bisher nur im Pflegebericht festgehalten. Wir empfehlen, die Ausgabe auch im Behandlungspflegenachweis einzutragen. Dadurch entsteht ein besserer Überblick, in welchen Häufigkeit die Medikamente vergeben wurden und ob ggf. eine dauerhafte Anordnung sinnvoller wäre.

Ein Expertenstandard bei einem Bewohner zur Kontrakturenprophylaxe ist nicht angelegt. Die Prophylaxe wird zwar geplant und umgesetzt, jedoch nicht regelmäßig evaluiert. Dies sollte jedoch regelmäßig erfolgen.

Bei einem Bewohner besteht momentan ein Dekubitus 3. Grades. Es sollte der Einsatz einer Wecheldruckmatratze im Rahmen einer Fallbesprechung diskutiert werden.

Die Anamnese bzw. Informationssammlung bei einem Bewohner ist nicht aktuell, die letzte Überarbeitung ist vom 12.02.2012. Dort ist unter anderem der Dekubitus, obwohl in anderen Bereichen der Dokumentation enthalten, nicht vermerkt. Die Evaluation der Dokumentation sollte spätestens alle drei Monate stattfinden, bei aktuellen Ereignissen sofort.

II.3.4 Arzneimittel

Die Medikamente wurden für alle Bewohner ordnungsgemäß in verschließbare Medikamentenschachteln gestellt. Dieser Vorgang findet drei Wochen im Voraus statt. Aus Gründen der möglichen Fehlerquote bei Medikamentenänderungen, empfehlen wir, die Medikamente im wöchentlichen Rhythmus zu stellen.

II.3.5 Qualitätsmanagement

Die wöchentlich geplanten Fallbesprechungen haben laut Pflegefachkraft im Jahr 2013 nicht stattgefunden. Dies sei der personellen Situation geschuldet. Nachweise über Protokolle aus der Vergangenheit waren am Prüfungstag nicht aufzufinden.

Die Fallgespräche sollten in Zukunft wieder mit Regelmäßigkeit stattfinden, vielleicht müsste hierzu der Turnus (z. B. 14tägig) verändert werden. Dazu sollten Protokolle nachweislich geführt werden. Eine klare Struktur über regelmäßige Besprechungen (Fallgespräche, Gespräche im multidisziplinären Team, Gespräche mit Angehörigen), die den einzelnen Bewohner betreffen, sollten nachweislich geführt werden und in ihren Inhalten eine klare Struktur aufweisen.

In die vorhandene Risikoliste sollte noch die FeM-Art und die dazugehörige Legitimation aufgenommen werden, um einen schnelleren Überblick zu haben.

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: Pflege und Dokumentation

III.1.1 Sachverhalt:

III.1.1.1 Laut Tagesstruktur soll ein Bewohner einmal in der Woche geduscht werden. Dies war aber mehrmals nicht der Fall. Es bestehen Lücken von zweimal 13 Tagen, ein-

mal 9 Tagen und einmal 19 Tagen. Im Pflegebericht ist nichts dazu vermerkt, warum der Bewohner so lange nicht geduscht wurde.

Laut Tagesstruktur soll ein anderer Bewohner einmal in der Woche geduscht werden. Dies war zweimal nicht der Fall. Einmal lagen 13 Tage dazwischen, einmal 12 Tage. Im Pflegebericht ist auch hier nichts vermerkt, weshalb der Bewohner nicht geduscht wurde.

- III.1.1.2 Eine Bewohnerin hat derzeit einen Dekubitus dritten Grades. Dieser ist lt. Aussage einer Pflegekraft zu Hause entstanden, da die Bewohnerin öfter vom Ehemann abgeholt wird. An diesen Tagen sitzt die Bewohnerin laut Aussage der Pflegekraft den ganzen Tag im Rollstuhl. Es gibt im Wundprotokoll keine genaue Beschreibung des Dekubitus, nur dass dieser an der rechten Gesäßhälfte ist. Auf Nachfrage der FQA-Prüferin, ob eine Beschreibung vorliegt, wurde dies verneint und zehn Minuten später nachgetragen. Es besteht laut Dokumentation (Pflegebericht) seit dem 25.01.2013 eine offene Stelle, eine Wunddokumentation wurde allerdings erst ab dem 15.02.2013 begonnen. Der Wundverlauf ist somit nicht komplett nachvollziehbar.
- III.1.1.3 Ein Schmerzmanagementerfassungsbogen o. ä. wurde nicht angelegt, obwohl diese Bewohnerin regelmäßig Schmerzmittel bekommt.
- III.1.1.4 Laut Arztanordnung soll ein Bewohner zusätzlich Flüssigkeit bei Fieber und konzentriertem Urin bekommen. Die zusätzlichen Flüssigkeitsgaben werden jedoch nicht aufgeschrieben, somit kann man nicht nachvollziehen, wie viel der Bewohner tatsächlich erhalten hat. Laut Aussage der Pflegekraft besteht auf der Station ein Standard, dass bei zusätzlicher Flüssigkeit immer 1000 ml gegeben werden.
- 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 Mängelberatung:
 - III.1.3.1 Die Tagesstruktur sollte bei jedem Bewohner eingehalten werden. Falls Abweichungen auftreten, sollte dies im Pflegebericht beschrieben werden.
 - III.1.3.2 Es sollte am Tag der Feststellung einer Wunde bereits ein Wundprotokoll angelegt werden.
 - III.1.3.3 Es sollte ein Schmerzmanagementbogen geführt werden, da die Bewohnerin regelmäßig Schmerzmittel erhält und einen Dekubitus dritten Grades hat.
 - III.1.3.4 Es sollte nachvollziehbar sein, wie viel Flüssigkeit am Tag gegeben wird und daher sollte man dies zumindest im Pflegebericht vermerken.

III.2 Qualitätsbereich: Arzneimittel

- III.2.1 Sachverhalt:
- III.2.1.1 In mehreren ärztlichen Anordnungen wurden die Mengenangaben von Medikamenten nicht angegeben (z. B.: Ein Paracetamol supp bei Fieber oder Schmerzen).
- III.2.1.2 Einige Bedarfsmedikationen waren im Bewohnerdepot vorhanden, es bestand jedoch keine aktuelle Anordnung.
- III.2.1.3 Bei zwei Medikamenten in Tropfenform, wurden weder (Vor- und Nach-)Name und das Öffnungsdatum auf der Flasche angegeben.
- III.2.1.4 In einer Dokumentationsmappe waren mehrere Medikamentenblätter, davon auch veraltete, hintereinander abgeheftet.
- III.2.1.5 Die Medikamentenfächer und Dosetten sind größtenteils ausschließlich mit Nachnamen beschriftet.
- III.2.1.6 Die Temperatur des Medikamentenkühlschranks ist einmal vom 1. Januar bis 13. Februar 2013 nicht eingetragen, danach ist im März 2013 nochmal eine Lücke von sieben Tagen.
- III.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, die festgestellten Mängel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.2.3 Mängelberatung:
- III.2.3.1 Bei allen Medikamenten ist die Dosierung im Dokumentenblatt mit anzugeben. Für Bedarfsmedikationen müssen mittels ärztlicher Anordnung Angaben zur genauen Indikation, der Einzeldosis und der Maximaldosis über 24 Stunden vorliegen.
- III.2.3.2 Es werden nur Medikamente im Bewohnerdepot aufbewahrt, die regelmäßig oder im Bedarfsfall laut ärztlicher Anordnung gegeben werden. Medikamente, die nicht auf dem Medikamentenblatt eingetragen sind und durch einen Arzt verordnet wurden, müssen aussortiert werden.
- III.2.3.3 Medikamente in Tropfenform sind nach Öffnung mit dem Anbruchdatum und Ablaufdatum zu versehen. Dieses muss samt Bewohnervor- und nachnamen direkt auf der Flasche erfolgen.
- III.2.3.4 Veraltete Medikamentenblätter werden nicht in der aktuellen Tagesdokumentation aufbewahrt. Um Fehler zu vermeiden und eine klare Anordnungsstruktur zu gewährleisten, sollen nur aktuelle Anordnungsbögen verwendet werden.
- III.2.3.5 Medikamentenfächer, Aufbewahrungsboxen und Dosetten müssen bei jedem Bewohner mit Vor- und Nachnamen gekennzeichnet sein.
- III.2.3.6 Die Temperaturkontrollen müssen einmal täglich stattfinden und dokumentiert werden.

III.3 Qualitätsbereich: Hygiene

III.3.1 Sachverhalt:

III.3.1.1 Ein Packset Nutricic PEG Set, welches sich im Lagerraum befand, war zum 01.09.2012 abgelaufen.

III.3.1.2 Ein Sauerstoffgerät im Lagerraum EG war mit angebrochenem Befeuchtungsbehälter aufbewahrt.

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

III.3.3 Mängelberatung:

III.3.3.1 Die eingesetzten Hilfsmittel sind nur innerhalb der Datumsgrenzen einzusetzen. Abgelaufene Hilfsmittel sind zu entsorgen.

III.3.3.2 Das Sauerstoffgerät muss jederzeit einsatzbereit sein, allerdings sollte ein neuer, nicht benutzter Befeuchtungsbehälter am Gerät befestigt sein. Sobald das Sauerstoffgerät benutzt wird, muss am Befeuchtungsbehälter das Anbruchsdatum vermerkt sein und nach Herstellerangaben ersetzt werden.

IV. Erneut festgestellte Mängel, zu denen bereits eine Beratung erfolgt ist

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

Am Tag der Überprüfung wurden in den geprüften Qualitätsbereichen keine erneuten Mängel festgestellt.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

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

Am Tag der Überprüfung wurden in den geprüften Qualitätsbereichen keine erheblichen Mängel festgestellt.

VI. Veröffentlichung des Prüfberichts

Es wird darauf hingewiesen, dass dieser Prüfbericht veröffentlicht wird. Daher kann der zuständigen Behörde binnen einer Woche nach Bekanntgabe des Prüfberichts seitens des Trägers eine Gegendarstellung in elektronischer Form übermittelt werden, die als gesondertes Dokument zeitgleich mit dem Prüfbericht veröffentlicht wird.

Die Gegendarstellung darf sich ausschließlich auf die von der zuständigen Behörde für den Tag der Überprüfung der Einrichtung getroffenen Feststellungen beziehen. In ihr kann beispielsweise dargestellt werden, inwieweit seitens der Einrichtung die im Prüfungszeitpunkt festgestellten Mängel mittlerweile abgestellt wurden.

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 Starnberg, Strandbadstr. 2 in 82319 Starnberg einzulegen. 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 200543, 80005 München, Hausanschrift: Bayerstr. 30 in 80335 München, 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 (Landkreis Starnberg) 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 200543 München, 80005 München, Hausanschrift: Bayerstr. 30 in 80335 München, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Landkreis Starnberg) 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.

Mit freundlichen Grüßen

Abdruck:

Überprüfte Einrichtung

Regierung ggf. mit Gegendarstellung der Einrichtung

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern

MDK-Bayern, Ressort Pflege

Überörtlicher Träger der Sozialhilfe

Bewohnervertretung der Einrichtung