Landeshauptstadt
München
Kreisverwaltungsreferat

Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat
Ruppertstr. 19, 80466 München

Hauptabteilung I
Sicherheit und Ordnung.Gewerbe
FQA/Heimaufsicht
KVR-I/24

Ruppertstr. 19
80466 München
heimaufsicht.kvr@muenchen.de

Gegen Zustellungsurkunde
St. Vinzentinus-Zentralverein KdÖR
Oettingenstr. 16

80538 München

Ihr Schreiben vom	Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Datum
			08.05.2020

Vollzug des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG);
Prüfbericht gemäß PfleWoqG

Träger der Einrichtung: St. Vinzentinus-Zentralverein KdÖR
Oettingenstr. 16
80538 München

Geprüfte Einrichtung: Senioren- und Pflegeheim Vincentinum
Oettingenstr. 16
80538 München
www.vincentinum.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrer Einrichtung wurde am 18.02.2020 eine turnusmäßige Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Pflege und Dokumentation
Personal
Freiheit einschränkende Maßnahmen
Arzneimittel
Verpflegung
Soziale Betreuung

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

I. Daten zur Einrichtung

Einrichtungsart
Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebotene Wohnformen
Vollstationäre Pflege

Angebotene Plätze:	102
davon Plätze für Rüstige:	0
davon beschützende Plätze:	0
Belegte Plätze:	93
Einzelzimmerquote:	84%
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50%):	64 %

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

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

(Hier folgt 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.)

Im Rahmen der Routineprüfung wurden die Wohnbereiche 1 und 2 stichprobenartig überprüft. Es wurden sieben Bewohnerinnen und Bewohner anhand der vorliegenden pflegerischen Risikopotentiale ausgewählt und befragt.

Die zuständige Pflegefachkraft im Wohnbereich 2 wusste umfassend über die Bedürfnisse und pflegerischen Risiken der Bewohnerinnen und Bewohner Bescheid.

Bei den ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern wurden die jeweiligen pflegerischen Risiken erkannt und adäquate geeignete pflegerische Maßnahmen individuell geplant und durchgeführt.

Bei dekubitusgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern wurde das Risiko erkannt und Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe umgesetzt. Über die durchgeführten Bewegungswechsel wurden im Bewegungsplan Aufzeichnungen geführt.

Bei einem Bewohner wurde der Umgang mit dessen Wunde geprüft. Der Umgang mit der Wunde entsprach dem aktuellen Stand fachlicher Erkenntnisse. Für den Verbandswechsel lag eine aktuelle ärztliche Anordnung vor, die umgesetzt wurde. Eine regelmäßige Wundbeschreibung war nachvollziehbar.

Im Umgang mit Schmerzen war erkennbar, dass regelmäßig ein Schmerzassessment erfolgt. Zur Wahl der Instrumente wurde ausführlich beraten.

Bei zwei Bewohnerinnen und Bewohnern wurde der Bereich der sozialen Betreuung genauer betrachtet. Bei beiden spiegelte sich in den Berichten der sozialen Betreuung eine individuelle Betreuung wider und zeigte deren Reaktion auf das Angebot.

Es war zu erkennen, dass Hautveränderungen regelmäßig im Pflegebericht beschrieben wurden. Anhand der Einträge war eine Zustandsveränderung der beschriebenen Stellen nachvollziehbar.

Auf drei Wohnbereichen erfolgte eine teilnehmende Beobachtung beim Frühstück. In den drei Wohnbereichen wurde das Frühstück für noch nicht anwesende Bewohnerinnen und Bewohner im Voraus mundgerecht vorbereitet, ohne deren Essenswünsche zu erfragen. In diesem Bereich wurde ein Mangel ausgesprochen und zum Ablauf des Frühstücks eingehend beraten.

In einem Wohnbereich wurde der Umgang mit Betäubungsmitteln sowie stichprobenartig das Vorhalten der im Bedarfsfall angeordneten Medikation überprüft. Es ergaben sich keine Beanstandungen.

Es kommen weiterhin keine Freiheit einschränkenden Maßnahmen zum Einsatz.

Um die Erfüllung der Fachkraftquote zu überprüfen, wurde anhand einer aktuellen Personalliste sowie der aktuellen Belegungszahlen (mit Pflegegraden) der Bewohnerinnen und Bewohner ein Abgleich des Dienstplanes mit dem Stellenplan vorgenommen. Die Berechnung für den Prüfungstag ergab, dass die gesetzlich festgeschriebene Quote von mindestens 50 % gem. § 15 Abs. 1 der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (AVPfleWoqG) in der Einrichtung erfüllt wird.

Die Einrichtung erfüllt den nach § 15 Abs. 3 AVPfleWoqG geforderten Anteil an gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften.

II.2 Qualitätsentwicklung

(Hier erfolgt die Darstellung der Entwicklung einzelner Qualitätsbereiche der Einrichtung über mindestens zwei turnusmäßige Überprüfungen hinweg.)

Im Vergleich zur letzten Prüfung war eine Verschlechterung der Ergebnis- und Prozessqualität festzustellen. Auf den beiden Wohnbereichen wurden im Bereich Dehydratations- und Obstipationsprophylaxe und der Mobilisation Mängel ausgesprochen. Auch bei der Frühstückssituation wurde aufgrund der Ablauforientierung ein Mangel festgestellt.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Erstmals festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PfleWoqG, aufgrund derer gegebenenfalls eine Mängelberatung nach Art. 12 Abs. 2 Satz 1 PfleWoqG erfolgt.

III.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.1.1 Sachverhalt: Eine dementiell erkrankte Bewohnerin schlief am Prüfungstag im Rollstuhl sitzend von 8:00 Uhr bis 11.00 Uhr im Aufenthaltsraum und nahm in dieser Zeit nur ca. 200 ml Flüssigkeit zu sich. Die Bewohnerin kann sich aufgrund der kognitiven Einschränkung nicht mehr zu Wünschen und Bedürfnissen, wie beispielsweise Durst, äußern. Auf Nachfrage gab der anwesende Schichtleiter an, die Bewohnerin würde ausreichend trinken und die Einfuhr würde in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden. Das letzte Flüssigkeitsprotokoll wurde im Januar 2019 geführt. Wie der Mitarbeiter zu der Annahme gelang, dass die Bewohnerin ausreichend trinken würde, war weder aus dem Fachgespräch noch aus der Dokumentation zu erschließen.

III.1.2 Sachverhalt: Eine dementiell erkrankte Bewohnerin erhält seit 2018 laut ärztlicher Anordnung drei mal wöchentlich eine subkutane Infusion von 1000 ml Ringerlösung. Laut Aussage des dazu befragten Schichtleiters würde die Bewohnerin gut trinken, ihr würden regelmäßig Getränke angeboten. Das letzte Flüssigkeitsprotokoll wurde im Juli 2019 geführt. In diesem Flüssigkeitsprotokoll lag die durchschnittliche Tagestrinkmenge bei ca. 1200 ml pro Tag. Ob es notwendig ist, der Bewohnerin drei mal wöchentlich eine subkutane Infusion zu legen, wie viel Flüssigkeit sie tatsächlich täglich zu sich nimmt und ob der Hausarzt über die Flüssigkeitsaufnahme informiert ist, konnte weder aus dem Fachgespräch vor Ort noch aus der Dokumentation entnommen werden.

III.2 Um einer Dehydratation entgegenzuwirken ist bei jedem Pflegebedürftigen die orale Flüssigkeitsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf zu sichern. Aufgabe der Pflegefachkraft ist es, in individuellen Abständen Anzeichen für eine drohende Dehydratation zu erfassen. Sind entsprechende Anzeichen vorhanden, ist eine tiefer gehende Einschätzung vorzunehmen und entsprechende Maßnahmen zu planen. Zudem sind ärztlich angeordnete Maßnahmen zu evaluieren, zu hinterfragen und gegebenenfalls der Arzt bei der Visite darauf hinzuweisen. Das Fehlen sowohl von Screening, Assessment als auch der entsprechenden Maßnahmen ist gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PfleWoqG als Mangel zu bewerten. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.3 Der Einrichtung wird empfohlen ihre Mitarbeiter zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege zu schulen. Zudem sollten die Fachkräfte im Bereich ärztliche Verordnung und Durchführungsverantwortung sensibilisiert werden.

III.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.2.1 Sachverhalt: Zwei Bewohnerinnen leiden laut ihrer individuellen Pflegeplanungen an Obstipation und erhalten ärztlich verordnete Medikamente zur Obstipationsprophylaxe. Eine Bewohnerin erhält drei Mal wöchentlich Lactulose, die andere Bewohnerin erhält drei Mal wöchentlich Movicol. Beide Bewohnerinnen sind kognitiv eingeschränkt und können sich weder adäquat zur Stuhlentleerung noch zu Unwohlsein äußern. In beiden Dokumentationen ist keine regelmäßige Stuhlausscheidung nachvollziehbar. Auf Nachfrage bei dem zuständigen Schichtleiter wird bei der Übergabe der Stuhlgang nicht täglich kommuniziert. Wie und ob die Stuhlausscheidung überwacht wird, konnte im Fachgespräch vor Ort nicht nachvollzogen werden.

III.2.2 Eine Obstipation kann u.a. zu Unwohlsein und Schmerzen führen. Ziel der Obstipationsprophylaxe ist deshalb, obstipationsgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern mit pflegerischen und evtl. medikamentösen Maßnahmen eine möglichst geregelte Stuhlentleerung zu ermöglichen. Um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu evaluieren und ggf. schwerwiegenden Folgen, wie beispielsweise einem Darmverschluss, entgegen zu wirken, ist es nötig, die Stuhlausscheidung gewissenhaft zu dokumentieren und dem behandelnden Arzt Rückmeldung über die Wirkung der Medikamente zu geben. Die Überwachung der Stuhlausscheidung im Bereich der Obstipationsprophylaxe entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse und stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet diesen abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb sicherzustellen.

III.2.3 Es wird eindringlich angeraten im Rahmen der Obstipationsprophylaxe sowie zur Evaluation der Wirksamkeit von Medikamenten nachvollziehbare Aufzeichnungen über die Stuhlhäufigkeit der betreffenden, nicht auskunftsfähigen Bewohnerinnen und Bewohner zu führen.

III.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.3.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin war in der Pflegeplanung ein tägliche Mobilisation geplant, wenn der „Allgemeinzustand“ es zulässt. Bei der Durchsicht der Bewegungspläne fiel auf, dass sie in einem Zeitraum von 25 Tagen an zwölf Tagen nicht mobilisiert wurde. Eine fachlich fundierte, bewohnerorientierte Begründung für die teilweise Unterlassung der Mobilisation war weder dem Fachgespräch mit der Pflegefachkraft noch der Dokumentation zu entnehmen.

III.3.2 Immobilität ist eine der bedeutendsten Funktionsstörungen im Alter. Es ist ein Ziel geriatrischer Pflege, dass alte und pflegebedürftige Menschen den Tag so „normal“ wie möglich verbringen können. Die Möglichkeit das Bett zu verlassen, um am Gemeinschaftsleben teilzunehmen, trägt wesentlich zur Steigerung der Lebensqualität bei. Bewohnerinnen und Bewohnern ist eine Teilhabe am sozialen Leben anzubieten. Eine fachlich angemessene, an den Bedürfnissen der Bewohnerin und dem Bewohner orientierte Begründung, warum die Mobilisation unterlassen wurde, war weder dem Fachgespräch mit der Pflegefachkraft noch der Dokumentation zu entnehmen. Dies stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3 und 4 PfleWoqG einen Mangel dar.

III.3.3 Der Einrichtung wird empfohlen, allen Bewohnerinnen und Bewohnern eine Mobilisation und somit Teilhabe am Leben ihren Gewohnheiten und Vorlieben entsprechend anzubieten. Die Abläufe sind so zu gestalten, dass eine angemessene Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner und eine Teilhabe am Leben gewährleistet ist. Etwaige Abweichungen sind zu dokumentieren.

III.4 Qualitätsbereich: Verpflegung

III.4.1 Sachverhalt: Auf einem Wohnbereich stand für alle Bewohnerinnen und Bewohner das Frühstück bereits vorbereitet und abgedeckt an deren Platz. Kaltgetränke waren vorab in die Becher eingeschenkt und der Joghurt schon geöffnet. In einigen überprüften Thermoskannen war der Kaffee mit Milch vorgemischt. Auf keinem Tisch stand Milch oder Zucker, damit die

Bewohnerinnen und Bewohner sich individuell bedienen konnten. Im Gespräch mit einer Bewohnerin, ob sie ihr Frühstück täglich neu wählen könne, äußerte diese, dass sie immer das gleiche bekäme und nicht gefragt werde. In einem Stockwerk waren weder Präsenzkräfte noch Pflegekräfte anwesend, die das Frühstück begleiteten.

III.4.2 Mit Appetit in einer angenehmen Atmosphäre essen und trinken zu können, ist ein elementares Bedürfnis aller Menschen in jedem Alter. Die aufgenommene Nahrung versorgt den Körper nicht nur mit der notwendigen Energie, sondern beeinflusst auch die Lebensqualität. Ein wohlschmeckendes, den eigenen Geschmacksvorlieben entsprechendes und appetitlich angerichtetes Frühstück sollte durch den Duft und das Aussehen den Appetit und die Sinnesorgane anregen. Für die Bewohnerinnen und Bewohner wurde ohne Hinterfragung des aktuellen Wunsches das Frühstück von der sozialen Betreuung vorbereitet und abgedeckt an den Platz gestellt. Die auf den Tischen eingestellten Thermoskannen enthielten überwiegend Kaffee, der bereits mit Milch gemischt war. Die Durchführung des beobachteten Frühstücks entsprach aufgrund der Ablauforientierung ohne Berücksichtigung der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner und die fehlende individuelle Auswahlmöglichkeit nicht dem allgemein anerkannten Stand und ist somit gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 4 und 6 PfleWoqG als Mangel zu bewerten. Der Träger ist Kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.4.3 Der Einrichtung wird empfohlen, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Bewohnerinnen und Bewohner bei den Mahlzeiten unterstützen, im Hinblick auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse jedes Einzelnen zu schulen. Das Wohl der Bewohnerinnen und der Bewohner sollte nicht von den Abläufen abhängig sein. Es wurde konstruktiv beraten, Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Frühstückszubereitung einzubeziehen.

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

Erneut festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PfleWoqG nach bereits erfolgter Beratung über die Möglichkeit der Abstellung der Mängel, aufgrund derer eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PfleWoqG 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 Satz 1 PfleWoqG, aufgrund derer im Regelfall eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 PfleWoqG erfolgt.

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

(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.)

Dem Träger wurde mit Schreiben vom 19.03.2020 Gelegenheit gegeben, sich zu den festgestellten Mängeln gem. Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG zu äußern. Hiervon machte der Träger keinen Gebrauch.

Die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und des Vertrauensschutzes wurden beachtet.

Hinweise:

Es wird darauf hingewiesen, dass dieser Prüfbericht auf freiwilliger Basis veröffentlicht werden kann. Nähere Informationen hierzu enthält unser Schreiben vom 20.01.2012. Falls Sie sich für eine freiwillige Veröffentlichung auf der Serviceplattform der FQA entschieden haben, haben Sie die Möglichkeit uns innerhalb eines Monats nach Zustellung des Prüfberichtes eine Gegendarstellung in elektronischer Form zu übermitteln. Die Gegendarstellung würde dann zeitgleich mit dem Prüfbericht auf der hierfür vorgesehenen Website zur Verfügung gestellt.

Die Gegendarstellung darf aus datenschutzrechtlichen Gründen keine personenbezogenen Daten enthalten.

Im Abschlussgespräch wurde darauf hingewiesen, dass die FQA für Fragen und Beratung gerne zur Verfügung steht.

Die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, das Referat für Gesundheit und Umwelt, der Bezirk Oberbayern und der MDK haben einen Abdruck dieses Schreibens zur Kenntnisnahme erhalten.

Die Kostenfestsetzung erhalten Sie in einem gesonderten Schreiben.

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 einzulegen bei der Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat. Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Schriftlich an oder zur **Niederschrift** bei

Landeshauptstadt München,

- *Kreisverwaltungsreferat, HA I/24*
  FQA (Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen
  -Qualitätsentwicklung und Aufsicht-) / Heimaufsicht
  Ruppertstraße 19, 80446 München

a) **Elektronisch**, und zwar
   - per De-Mail an poststelle@muenchen.de-mail.de oder
   - durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments mit qualifizierter elektronischer Signatur an poststelle@muenchen.de

Hinweis: Die Einlegung eines Widerspruchs per einfacher E-Mail ist nicht zugelassen und entfaltet keine rechtlichen Wirkungen!

2. **Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:**

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht München zu erheben.
Dafür stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

a) **Schriftlich** an oder zur **Niederschrift** bei
   Bayerisches Verwaltungsgericht München
   Postanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München
   Hausanschrift: Bayerstraße 30, 80335 München

b) **Elektronisch** nach Maßgabe der Bedingungen, die der Internetpräsenz der Verwaltungsgerichtsbarkeit www.vgh.bayern.de zu entnehmen sind

Hinweis: Die Klageerhebung per einfacher E-Mail ist nicht zugelassen und entfaltet keine rechtlichen Wirkungen!