Landeshauptstadt
München
Kreisverwaltungsreferat

Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat
Ruppertstr. 19, 80466 München

Gegen Zustellungsurkunde
Domicil – Seniorenresidenzen Hamburg SE
Brooktorkai 22

20457 Hamburg

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

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

Ihr Schreiben vom	Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Datum
			13.09.2022

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

Träger der Einrichtung: Domicil – Seniorencentrum Einsteinstraße GmbH
Ernst-Reuter-Str. 1
81675 München
www.domicil-seniorenresidenzen.de

Geprüfte Einrichtung: Domicil – Seniorencentrum Einsteinstraße
Ernst-Reuter-Str. 1
81675 München

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrer Einrichtung wurde am 11.08.2022 eine anlassbezogene Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Pflege und Dokumentation
Personal
Arzneimittel
Verpflegung

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

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart:
Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebotene Wohnformen:
Vollstationäre Pflege

Plätze gesamt:	215
davon vollstationäre Plätze:	215
Einzelzimmerquote:	94 %
Belegte Plätze:	137
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50%):	48,5 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte: 2

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.)

Die anlassbezogene Prüfung erfolgte aufgrund einer umfassenden Beschwerde zu den Themen Personalbesetzung, Körperpflege, Umgang mit Dekubitalgeschwüren, Medikamentenvergabe und Essensversorgung. Die Beschwerde hat sich in nahezu allen Punkten bestätigt und es wurde eine Vielzahl an Mängeln und erheblichen Mängeln festgestellt. Aufgrund der kritischen Versorgungssituation in der Einrichtung wurden Anordnungen im Umgang mit Dekubitalgeschwüren und kritischen Ernährungssituationen erlassen. Darüber hinaus wurde mündlich ein sofortiger Aufnahmestopp angeordnet.

Aufgrund der Beschwerdeinhalte wurden im Abgleich mit der Risikoliste der Einrichtung 12 Bewohner*innen der Wohnbereiche im 3. und 4. Obergeschoss und eine Bewohnerin vom 2. Obergeschoss anhand ihrer Risiken ausgewählt.

Bei der Prüfung war eine deutliche Verschlechterung der Ergebnis- und Prozessqualität in den Wohnbereichen im 3. und 4. OG feststellbar. Es wurden Mängel in den Bereichen Behandlungspflege (Obstipationsprophylaxe, Medikamentengabe, Wundversorgung, Flüssigkeitsversorgung), Körperpflege, Mobilisation, im Umgang mit Schmerzen und erhebliche Mängel im Bereich Ernährung und im Umgang mit Gewichtsverlusten, im Bereich Dekubitusprophylaxe und im Umgang mit Dekubitalgeschwüren festgestellt.

Beim Besuch der Bewohner*innen äußerten sich die Befragten weitgehend zufrieden mit der pflegerischen Versorgung. Jedoch wurde gleichzeitig erwähnt, dass die Mitarbeiter*innen überlastet seien, keine Zeit hätten und dass eine hohe Fluktuation bei den Pflegekräften herrsche. Auch die

Angehörigen gaben teilweise an, mit der personellen Situation und der Versorgung der Pflegebedürftigen nicht zufrieden zu sein.

In den Wohnbereichen im 3. und 4. OG war bei der Einsichtnahme in die Dokumentation festzustellen, dass relevante pflegerische Risiken zum Teil nicht erfasst bzw. falsch eingeschätzt wurden. Bei einigen Bewohner*innen lag keine aktuelle, dem Ist-Zustand entsprechende, Maßnahmenplanung vor. Eine Umsetzung der geplanten pflegerischen Maßnahmen erfolgte oftmals nicht und die Umsetzung wurde nicht ordnungsgemäß dokumentiert.

Bei der Überprüfung der Dienstpläne wurde festgestellt, dass sich im Monat August etliche Pflegekräfte krank gemeldet hatten bzw. sich im Urlaub befanden. Ausfälle wurden größtenteils mit Zeitarbeitskräften kompensiert, so dass eine Mindestbesetzung sichergestellt werden konnte. Es fiel jedoch auf, dass die Einrichtung weiterhin überwiegend mit Zeitarbeitskräften arbeitet, so dass es an einer festen Personalstruktur fehlt. Im August waren 7,3 Fachkraft-Stellen mit Leiharbeiter*innen besetzt, dies entspricht einem Anteil von fast 30 % aller Fachkräfte in der Einrichtung. Diese 7,3 Stellen verteilen sich auf 42 Personen, die abwechselnd im Monat August zum Dienst erschienen sind bzw. erscheinen werden.
Diese Personalsituation wird als äußerst kritisch angesehen, da bei so häufigem Wechseln des Personals keine gesicherten Übergaben der Pflege stattfinden können und Bewohner*innen ihre Ansprechpartner nicht kennen. Die bei der Prüfung festgestellte Vielzahl der Abweichungen von den Qualitätsanforderungen an den Betrieb führt die FQA auf die personelle Situation zurück.

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: Personal

III.1.1 Sachverhalt: Um die Erfüllung der Fachkraftquote zu überprüfen, wurde anhand einer aktuellen Personalliste sowie der aktuellen Belegungszahlen (mit Pflegegraden) der Bewohner*innen ein Abgleich des Dienstplanes mit dem Stellenplan vorgenommen. Die Berechnung für den Prüfungstag ergab, dass die gesetzlich festgeschriebene Quote von mindestens 50 % in der Einrichtung mit 48,5 % nicht erfüllt wurde.

III.1.2 Gemäß § 15 Abs. 1 der Ausführungsverordnung dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Hierbei muss bei mehr als vier Pflegebedürftigen mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. Die Unterschreitung der Fachkraftquote stellt gemäß Art. 3 Abs. 3 PfleWoqG i.V.m. § 15 Abs. 1 AVPfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.1.3 Der Einrichtung wird dringend empfohlen, weitere Fachkräfte zu beschäftigen, um die Fachkraftquote von mindestens 50% erfüllen zu können. Insbesondere wird angeraten, mehr

Personal als durch den Personalschlüssel vorgesehen, zu beschäftigen. Dabei soll sichergestellt werden, dass beispielsweise bei Langzeiterkrankung oder Kündigung genügend Fachkräfte vorhanden sind.

III.2 Qualitätsbereich: Personal

III.2.1 Sachverhalt: In den Nächten vom 02.08.2022 und vom 18.08.2022 waren lediglich drei Mitarbeiter*innen im Dienst bzw. für den Dienst geplant. Bei 133 Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 2 bis 5 entspricht dies einem Schlüssel von 1:45.

III.2.2 Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG muss in der Nacht ausreichend Personal, mindestens aber eine Fachkraft ständig anwesend sein. Ein Nachtdienstschlüssel von einer Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohner*innen wird als noch ausreichend erachtet. Die eingesetzten Pflegekräfte müssen in der Lage sein, den zu erwartenden Betreuungs- und Pflegebedarf zu decken sowie im Notfall allein ausreichende Unterstützung zu leisten und erforderliche Entscheidungen zu treffen. Im Nachtdienst kann es insbesondere durch die Multimorbidität und der daraus folgenden verschlechterten Kompensationsmechanismen jederzeit zu einem Notfall kommen. Die Anwesenheit von drei Pflegekräften für 133 pflegebedürftige Bewohner*innen der Pflegegrade 2 bis 5 entspricht einem Nachtdienstschlüssel von mehr als 1:40. Diese nicht ausreichende personelle Besetzung in der Nacht stellt gemäß Art. 3 Abs. 3 PfleWoqG i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 3 AVPfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.2.3 Der Einrichtung wird empfohlen, im Nachtdienst durchgängig mindestens vier Pflegekräfte einzusetzen.

III.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.3.1.1 Sachverhalt: Eine Bewohnerin wurde im Juli 2022 innerhalb kurzer Zeit zweimal ins Krankenhaus eingewiesen, da sie gestürzt war und sich dabei eine Verletzung (Beule) am Hinterkopf zugezogen hatte. Nach ihrer Rückkehr aus dem Krankenhaus erfolgte keine differenzierte Schmerzerfassung zur Einschätzung von Schmerzen. Lediglich an einem Tag wurde die Bewohnerin nach Schmerzen gefragt.

III.3.1.2 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin, welche laut Dokumentation immer wieder über Bauchschmerzen klagte und eine ärztliche Anordnung zur Gabe einer Bedarfsmedikation bei Schmerzen hat, wurde seit Oktober 2021 keine differenzierte Schmerzeinschätzung zur Beurteilung der medikamentösen Therapie durchgeführt.

III.3.2 Besonders bei Schmerzen ist das Wissen um die Schmerzsituation unabdinglich. Dazu gehört eine konsequente Schmerzeinschätzung, wann, wo und wie die Schmerzen auftreten. Bei Schmerzäußerungen der Bewohner*innen sind Maßnahmen zur Linderung der Schmerzen zu ergreifen, sei es in Form von pflegerischen Alternativmaßnahmen wie z.B. Kälte-/Wärmeanwendungen oder durch die Gabe ärztlich angeordneter Medikamente. Um die Informationen

für alle am Pflegeprozess Beteiligten verfügbar zu haben, ist eine ausführliche und regelmäßige Dokumentation über das Auftreten der Schmerzen, die Durchführung der Maßnahmen und die Beurteilung der Wirksamkeit der Maßnahmen durchzuführen. Bei einer Bewohnerin erfolgte nach Krankenhausrückkehr keine differenzierte Schmerzeinschätzung zur Erkennung evtl. vorliegender Schmerzen. Bei der anderen Bewohnerin erfolgte keine differenzierte Schmerzeinschätzung zur Beurteilung der Wirksamkeit der Medikamente. Der Umgang mit Schmerzen entsprach bei den Bewohner*innen nicht dem allgemein anerkannten Stand. Dies stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen

III.3.3 Der Einrichtung wird eindringlich angeraten, der individuellen Situation der Bewohner*innen entsprechend, ein fachlich angemessenes Schmerzmanagement anzuwenden.

III.4 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.4.1.1 Sachverhalt: Bei mehreren Bewohner*innen wurde im Rahmen der Prüfung eine mangelhafte Körperpflege festgestellt. Bei zwei Bewohner*innen wurden teilweise stark verschmutzte und zum Teil längere Fingernägel vorgefunden. Bei einem Bewohner wurde am Prüfungstag festgestellt, dass dieser nicht rasiert war. Eine Bewohnerin hatte sehr lange Fußnägel. Weder im Gespräch mit den Pflegekräften noch anhand der Dokumentation war erkennbar, dass die Bewohner*innen Maßnahmen zur Körperpflege abgelehnt haben.

III.4.1.2 Sachverhalt: Ein Bewohner gab im Gespräch an, dass ihm seit einigen Wochen kein Duschangebot unterbreitet wurde, obwohl er sehr gerne duschen würde. Auch seine Haare wären sehr lange nicht gewaschen worden. Am Tag der Prüfung wurde laut seiner Aussage nur eine „Katzenwäsche“ durchgeführt. Ein Angebot zur Zahnpflege erfolgte nicht.

III.4.2 Es ist ein elementares menschliches Bedürfnis sich selbst pflegen zu können. Über die Pflege des Körpers selbst bestimmen zu können, bedeutet auch selbst zu bestimmen, was wann und wie getan wird. Körperpflege umfasst neben der Körperreinigung auch alle Maßnahmen, die das äußere Erscheinungsbild prägen. Sorgfältige individuelle Körperpflege fördert Wohlbefinden und Selbstbewusstsein. Gepflegte saubere Hände und ein rasiertes gepflegtes Gesicht sind Voraussetzungen für Wohlbefinden. Die nicht an den Wünschen der Bewohner*innen orientierte Körper-/Nagelpflege und das nicht an den Wünschen der Bewohner*innen orientierte Duschangebot entspricht nicht dem allgemein anerkanntem Stand und stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 8 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.4.3 Die Einrichtung wurde beraten, allen Pflegebedürftigen eine individuelle an ihren Bedürfnissen und Wünschen orientierte Körperpflege anzubieten, um u.a. das Wohlbefinden der zu Pflegenden zu fördern und Komplikationen, die aufgrund einer mangelhaften Körperhygiene entstehen können, zu vermeiden.

III.5 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.5.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin lag eine ärztliche Anordnung zur Gabe von 500 ml NaCl 0,9% s.c. (Kochsalzlösung in Form einer Infusion) bei Unterschreitung einer nicht konkret definierten Trinkmenge vor. Ein Einfuhrprotokoll zur Überwachung der Trinkmenge und Gabe der s.c. Infusion wurde nicht geführt. Eine Gabe der ärztlich angeordneten subkutanen Infusion war weder anhand der Dokumentation noch im Gespräch nachvollziehbar. Eine Rücksprache mit der behandelnden Ärztin bzgl. der nicht klar definierten Anordnung erfolgte nicht.

III.5.2 Die ärztliche Anordnung zur Infusionsgabe von NaCl 0,9% s.c. wurde nicht korrekt umgesetzt und das hierfür erforderliche Einfuhrprotokoll nicht geführt. Dies entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse und stellt einen Mangel i.S.d. Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.5.3 Es wird dringend empfohlen, den Bewohner*innen Infusionen s.c. entsprechend der ärztlichen Verordnung zu verabreichen und Einfuhrprotokolle korrekt und lückenlos zu führen.

III.6 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.6.1.1 Sachverhalt: Zwei obstipationsgefährdete Bewohnerinnen sollten laut ärztlicher Anordnung bei einer Obstipation von mehr als drei Tagen ein Laxans erhalten. Die Aufzeichnungen zur Stuhlentleerung waren lückenhaft. Seit 01.08.2022 bzw. 05.08.2022 war keine Stuhlentleerung dokumentiert. Eine Gabe der ärztlich angeordneten Laxantien war nicht nachvollziehbar.

III.6.1.2 Sachverhalt: Bei einer obstipationsgefährdeten Bewohnerin, die ein Opiodschmerzmittel erhält, lag eine ärztliche Anordnung zur täglichen Gabe von Laxans 7,5 mg vor. Die letzte dokumentierte Stuhlentleerung war am 03.08.2022. Weder im Gespräch noch anhand der Dokumentation war eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzgl. der anhaltenden Obstipation erkennbar.

III.6.2 Eine Obstipation kann u.a. zu Unwohlsein und Bauchschmerzen führen. Gerade die Gabe von Betäubungsmitteln kann eine Obstipation als Nebenwirkung verursachen. Ziel der Obstipationsprophylaxe ist deshalb, obstipationsgefährdeten Bewohner*innen mit pflegerischen und evtl. medikamentösen Maßnahmen eine möglichst geregelte Stuhlentleerung zu ermöglichen. Den Bewohner*innen wurde das von der Ärztin verordnete Bedarfsmedikament bei Obstipation nicht in fachlich korrekter Weise angeboten. Eine Rücksprache mit der behandelnden Ärztin war nicht erkennbar. Bei der anderen Bewohnerin war nicht erkennbar, dass eine Arztinformation infolge der anhaltenden Obstipation erfolgte. Der fehlerhafte Umgang mit ärztlichen Verordnungen im Bereich der Obstipationsprophylaxe entspricht nicht dem allgemein anerkanntem Stand und stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, diesen abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb sicherzustellen.

III.6.3 Es wird dringend angeraten, den Pflegebedürftigen die von den behandelnden Ärzten ver-

ordneten Bedarfsmedikamente bei Obstipation in fachlich korrekter Weise anzubieten. Es wird empfohlen, etwaige Abweichungen mit dem behandelnden Hausarzt abzusprechen und zu dokumentieren. Für die korrekte Vergabe von Bedarfsmedikamenten zur Obstipationsprophylaxe sind nachvollziehbare Aufzeichnungen über die Stuhlhäufigkeit zu führen.

III.7 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.7.1 Sachverhalt: Bei drei Bewohner*innen, die in der Zeit zwischen Mai und Juli 2022 in die Einrichtung eingezogen waren und zum Teil planungsrelevante pflegerische Risiken hatten, wurde festgestellt, dass am Prüfungstag noch keine bzw. bei einer Bewohnerin eine unvollständige Strukturierte Informationssammlung und Tagesstruktur als Basis der durchzuführenden Pflegemaßnahmen vorlag. Auch war anhand der Pflegeberichtseinträge oft nicht erkennbar, welche pflegerischen Risiken und Ressourcen vorlagen bzw. welche pflegerischen Leistungen erbracht wurden.

III.7.2 Gemäß den Qualitätsanforderungen an den Betrieb hat die Einrichtung sicherzustellen, dass eine angemessene Qualität der pflegerischen Versorgung nach dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse gesichert und eine nach Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung zu ermöglichen ist. Um eine Einschätzung der Wünsche und des Pflegebedarfs der zu Pflegenden zu ermitteln, ist es notwendig, die pflegerischen Risiken einzuschätzen und auf Basis einer dem Ist-Zustand der Bewohner*innen entsprechenden Risikoeinschätzung pflegerische Maßnahmen im Umgang mit diesen zu planen bzw. anzupassen und umzusetzen. Die fehlende Maßnahmenplanung auf Grundlage der festgestellten pflegerischen Risiken als Basis der täglich durchzuführenden Pflegemaßnahmen ist als Mangel gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr.1, 2, 3, 4 und 8 PfleWoqG zu bewerten. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.7.3 Der Einrichtung wird empfohlen, für alle Bewohner*innen zeitnah nach Einzug eine Risikoeinschätzung durchzuführen und eine Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung der jeweiligen pflegerischen Risiken und der individuellen Bedürfnisse zu erstellen bzw. diese anzupassen.

III.8 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.8.1.1 Sachverhalt: Bei einem Bewohner war weder anhand der Dokumentation noch im Gespräch mit den Pflegekräften und dem Bewohner nachvollziehbar, ob der Bewohner wie geplant mobilisiert wird. Beim Besuch des Bewohners wurde dieser im Bett angetroffen. Eine fachlich fundierte, bewohnerorientierte Begründung für die vollständige bzw. teilweise Unterlassung der Mobilisation bzw. eine Ablehnung der Angebote durch den Bewohner selbst, war weder dem Fachgespräch mit der Pflegefachkraft noch der Dokumentation zu entnehmen.

III.8.1.2 Sachverhalt: Ein Bewohner, bei welchem eine Mobilisation zweimal wöchentlich geplant war, gab an, dass er nur ca. einmal monatlich mobilisiert werde. Eine häufigere Mobilisation entsprechend seines Wunsches sei aufgrund der personellen Situation nicht möglich. Im Gespräch mit der Wohnbereichsleitung bestätigte diese, dass nur sie den Bewohner mit dem Lifter mobili-

sieren könne.

III.8.2 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 die Mahlzeiten am Tisch einzunehmen und am Gemeinschaftsleben teilzunehmen, trägt wesentlich zur Steigerung der Lebensqualität bei. Den Bewohner*innen ist eine Teilhabe am sozialen Leben mit an ihren Zustand angepassten Hilfsmitteln anzubieten. Eine regelmäßige Mobilisation der Bewohner*innen nach individuellem Wunsch erfolgte nicht. Eine fachlich angemessene, an den Bedürfnissen der Bewohner*innen 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, 2, 3, 4 und 8 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.8.3 Der Einrichtung wird empfohlen, allen Pflegebedürftigen eine Mobilisation in geeigneten Hilfsmitteln und somit eine Teilhabe am Leben ihren Gewohnheiten und Vorlieben entsprechend anzubieten. Etwaige Abweichungen sind zu dokumentieren.

III.9 Qualitätsbereich: Arzneimittel

III.9.1.1 Sachverhalt: Sechs Bewohner*innen wurden die ärztlich angeordneten verblisterten Medikamente nicht ordnungsgemäß verabreicht. Die Morgenmedikation stand zwischen 09.15 Uhr und 11.30 Uhr unbeaufsichtigt am Platz der Bewohner*innen im Aufenthaltsbereich. Eine Beaufsichtigung/Unterstützung der z.T. kognitiv eingeschränkten Bewohner*innen bei der Medikamenteneinnahme war nicht erkennbar.

III.9.1.2 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin stand um 16.30 Uhr die Mittagsmedikation noch verblistert auf dem Tablett. Ob die Bewohnerin ihre Mittagsmedikation wie angeordnet erhalten hat bzw. warum das verblisterte Medikament noch auf dem Tablett stand, konnte im Gespräch nicht geklärt werden.

III.9.1.3 Sachverhalt: Bei einem Bewohner war eine tägliche Kontrolle des Blutzuckers um 07.30, 12.00 und 18.00 Uhr angeordnet. Die Aufzeichnungen zur Kontrolle des Blutzuckers waren sehr lückenhaft. Im Zeitraum von 28.07. bis 10.08.2022 waren nur zehn statt 42 Blutzuckerkontrollen dokumentiert. Auch im Gespräch konnte nicht geklärt werden, ob die Kontrollen des Blutzuckers trotz fehlender Aufzeichnungen wie angeordnet stattgefunden haben.

III.9.2 Die korrekte Umsetzung ärztlicher Anordnungen muss grundsätzlich sichergestellt werden. Begründete Abweichungen sind zu dokumentieren und zeitnah dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Der Umgang mit den ärztlich verordneten Medikamenten war fachlich nicht korrekt, da die Bewohner*innen die notwendigen Medikamente nicht wie verordnet erhalten haben. Ebenso erfolgte die Kontrolle des Blutzuckerwertes nicht entsprechend der ärztlichen Anordnung. Dies stellt einen Mangel im Sinne des Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.9.3 Es wird dringend empfohlen, den Bewohner*innen Medikamente entsprechend der ärztlichen Anordnung zu verabreichen. Auch wird geraten, ärztlich angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen korrekt umzusetzen. Abweichungen sind zu dokumentieren und dem Arzt mitzuteilen.

III.10 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.10.1 Sachverhalt: Zwei Bewohner*innen gaben im Gespräch unabhängig voneinander an, dass in der vergangenen Woche, trotz mehrmaligem Klingeln, die Mitarbeiter*innen nicht auf die Notrufglocke reagiert hätten. Der Bewohner erläuterte, dass er Durst gehabt hätte und er den ganzen Nachmittag nichts zum Trinken erhalten habe, da niemand auf sein Klingeln reagiert habe. Die Bewohnerin äußerte, dass sie am gleichen Tag von mittags bis nachts kein Mittag- und Abendessen bekommen habe, weil niemand auf ihr Klingeln reagiert habe. Dies wäre bereits in der Vergangenheit einmal vorgekommen.

III.10.2 Eine Notrufanlage dient den Bewohner*innen dazu, sich bei einem Notfall, bei Schmerzen oder anderen Bedürfnissen verständlich machen zu können. Da nie vorhersehbar ist, ob sich die Bewohner*innen in einem lebensbedrohlichen Zustand befinden oder aus einem anderweitigen Grund klingeln, muss gewährleistet sein, dass ein Erstkontakt binnen weniger Minuten erfolgt und im Notfall sofort Erste-Hilfe-Maßnahmen eingeleitet werden können. Im Gespräch mit der Einrichtung konnte nicht geklärt werden, wie zeitnah auf das Klingeln der Bewohner*innen reagiert wurde. Die laut den Bewohner*innen verspätete Reaktion auf den Notruf stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 4 und 6 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.10.3 Der Einrichtung wird eindringlich empfohlen, die Pflegekräfte zu sensibilisieren, zeitnah auf den Notruf/das Klingeln zu reagieren, da nie vorhersehbar ist, ob eine lebensbedrohliche Situation vorliegt.

III.11 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.11.1 Sachverhalt: Bei vier Bewohner*innen lagen ärztliche Anordnungen zur Wundversorgung alle drei Tage vor. Eine Versorgung der Wunden entsprechend der ärztlichen Anordnung war nicht durchgehend nachvollziehbar. Eine Begründung für die Abweichung oder eine Rücksprache mit der behandelnden Ärztin war nicht erkennbar. Bei drei Bewohner*innen fand der letzte Verbandswechsel laut Dokumentation am 06.08.2022 statt. Ob bis zum Prüfungstag ein weiterer Verbandswechsel erfolgt ist, konnte im Gespräch nicht geklärt werden.

III.11.2 Ein wesentlicher Bestandteil einer adäquaten Wundversorgung ist eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und anderen beteiligten Berufsgruppen. Die von dem behandelnden Arzt verordnete Therapie zur Versorgung von Wunden ist im Rahmen der Durchführungsverantwortung korrekt anzuwenden. Pflegerische Aufgabe ist es, die Wundversorgung fach- und sachgerecht durchzuführen und den Verbandswechsel oder andere therapeutische Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung nach dem anerkannten Stand

fachlicher Erkenntnisse durchzuführen. Bei den Bewohner*innen war anhand der Dokumentation nicht nachvollziehbar, ob ein Verbandswechsel entsprechend der ärztlichen Anordnung stattgefunden hat. Der fehlerhafte Umgang mit der ärztlichen Verordnung im Bereich der Wundversorgung stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.11.3 Der Einrichtung wird empfohlen, die Mitarbeiter*innen im Bereich einer dem allgemeinen Stand fachlicher Erkenntnisse entsprechenden Wundversorgung und qualifizierter Wunderfassung zu sensibilisieren.

III.12 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.12.1.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin wurde am 08.08.2022 dokumentiert, dass sie Stuhlgang mit viel Blut ausgeschieden habe. An den nächsten beiden Tagen wurde erneut eine „menstruationsstarke“ Blutung in der Einlage beschrieben. Laut der Wohnbereichsleitung sollte die Bewohnerin dem Arzt bei der Visite am 09.08.2022 vorgestellt werden; dies wurde jedoch vergessen. Erst am 11.08.2022 erfolgte eine Visite durch den behandelnden Arzt.

III.12.1.2 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin mit einer künstlichen Harnableitung wurde am 01.08.2022 eine „blutig-lila“ Verfärbung des Urins beschrieben, die laut Dokumentation bereits seit ein paar Tagen bestand. Ob diesbezüglich eine Information der behandelnden Ärztin erfolgte, war anhand der Dokumentation und im Gespräch nicht nachvollziehbar. Am 04.08.2022 wurde ein Wechsel des Dauerkatheters dokumentiert und der Urin als klar beschrieben. Am 10.08.2022 war der Urin erneut blutig und es wurde darum gebeten, bei der Visite am nächsten Tag nochmals den Dauerkatheter zu prüfen. Anhand der Dokumentation und im Gespräch war nicht nachvollziehbar, ob bei der Visite am 11.08.2022 der Urin bzw. der Dauerkatheter erneut kontrolliert wurde. Es lag lediglich ein Eintrag zur Visite vor, dass der allgemeine Zustand der Bewohnerin stabil sei.

III.12.2 Veränderungen des Gesundheitszustandes und akute Ereignisse wie Blutungen können Hinweise auf innere oder äußere Verletzungen und Wunden sein. Kann die Ursache einer Blutung nicht lokalisiert bzw. behoben werden, kann es bei den Bewohner*innen zu gesundheitlichen Auswirkungen wie beispielsweise Kreislaufstörungen, Blutdruckabfall, bis hin zu Schockzuständen kommen. Die Betroffenen leiden oft unter Schmerzen und Ängsten, welche das physische, psychische und soziale Befinden beeinflussen. Bei den Bewohnerinnen lag keine aussagekräftige Dokumentation über die Feststellungen sowie über die eingeleiteten Maßnahmen vor. Anhand der Dokumentation und im Gespräch war nicht nachvollziehbar, ob der Arzt über die Beobachtungen informiert wurde. Ebenso war nicht nachvollziehbar, was bei der ärztlichen Visite angeordnet bzw. vereinbart wurde. Die lückenhafte Dokumentation akuter Ereignisse und der durchgeführten Interventionen stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger der Einrichtung ist kraft Gesetz dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.12.3 Der Einrichtung wird dringend empfohlen, akute Ereignisse und die eingeleiteten Maßnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren. Auch wurde dringend angeraten, die Zusammenar-

beit mit den Ärzten und die Ergebnisse ärztlicher Visiten nachvollziehbar und lückenlos aufzuzeichnen.

III.13 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.13.1 Sachverhalt: Ein an einem insulinpflichtigen Diabetes erkrankter Bewohner sollte laut ärztlicher Anordnung vom 07.07.2022 die Insuline Humalog 100 IE/ml 8-0-6-0 und Toujeo 0-0-0-8 verabreicht bekommen. Auch war eine tägliche Blutzuckerkontrolle um 07.30, 12.00 und 18.00 Uhr angeordnet. Blutzucker-Grenzwerte für die Verabreichung des Insulins waren von Seiten der behandelnden Ärztin nicht definiert. Am 03.08.2022 wurde um 13.00 Uhr dokumentiert, dass der Bewohner sehr müde war und das Frühstück abgelehnt habe. Mittags habe er die halbe Portion seines Essens gegessen. Der Blutzuckerwert lag bei 92 mg/dl. Anhand der Dokumentation war nicht nachvollziehbar, zu welcher Uhrzeit der Blutzuckerwert bei 92 mg/dl lag. Trotz dieser Tatsache wurde der Bewohner laut Dokumentation nach Schema gespritzt, obwohl keine ärztliche Anordnung zur Gabe von Insulin nach Schema vorlag und mittags grundsätzlich keine Insulingabe erfolgen sollte. Eine erneute Kontrolle des Blutzuckerwertes nach dem Mittagessen ergab einen Wert von 91 mg/dl. Eine Rücksprache mit der behandelnden Ärztin über den niedrigen Blutzucker mit der Frage, ob der Bewohner trotz des niedrigen Blutzuckerwertes und der Ablehnung der Mahlzeiten gespritzt werden sollte, war nicht nachvollziehbar.

III.13.2 Bei einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus kann es zu verschiedenen Komplikationen wie z.B. einer Hyper- oder Hypoglykämie kommen. Aus diesem Grund ist eine korrekte Umsetzung der ärztlichen Anordnung wie z.B. Blutzuckerkontrollen und nachvollziehbare Dokumentation dieser unabdingbar, um eine Verschlechterung des Zustandes rechtzeitig erkennen und ggf. reagieren zu können. Dem Bewohner wurde an einem Tag trotz des sehr niedrigen Blutzuckerwertes von nur 92 mg/dl das Insulin gespritzt, obwohl der Bewohner als müde beschrieben wurde und dieser sein Essen abgelehnt hatte. Es war nicht nachvollziehbar, zu welcher Uhrzeit die Blutzuckerkontrolle einen Wert von 92 mg/dl ergab und wann das Insulin gespritzt wurde. Eine Rücksprache mit der behandelnden Ärztin war nicht nachvollziehbar. Die fehlende Rücksprache mit der Ärztin, ob trotz des niedrigen Blutzuckerwertes und der geringen Nahrungsaufnahme eine Verabreichung des Insulins erfolgen sollte, stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger der Einrichtung ist kraft Gesetz dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.13.3 Der Einrichtung wurde dringend empfohlen, die behandelnden Ärzte über kritische Werte im Bereich ärztlich angeordneter Vitalzeichenkontrollen zu informieren und bei Zweifeln bzgl. der Umsetzung ärztlich angeordneter behandlungspflegerischer Maßnahmen Rücksprache zu halten.

III.14 Qualitätsbereich: Verpflegung

III.14.1 Sachverhalt: Eine Bewohnerin äußerte, dass sie an einem Tag von mittags bis nachts kein Mittag- und Abendessen bekommen habe, weil niemand auf ihr Klingeln reagiert habe. Dies

wäre in der Vergangenheit bereits einmal vorgekommen.

III.14.2 Jeder*jedem Bewohner*in einer stationären Einrichtung ist eine bedarfsdeckende und bedürfnisorientierte, an den jeweiligen Ernährungszustand angepasste Ernährung entsprechend seiner/ihrer Wünsche anzubieten. Eine gleichmäßige Verteilung der Mahlzeiten über den Tag und ein Vermeiden von zu langen Phasen ohne Essen bzw. zu kurzen Abständen zwischen zwei Mahlzeiten, sollte selbstverständlich sein. Das organisatorisch bedingte Vergessen von Bewohner*innen beim Verteilen der Mahlzeiten kann durch das Auslassen einer Mahlzeit zu einem unangenehmen Hungergefühl sowie Unwohlsein und langfristig zu „ungewollten“ Gewichtsverlusten bei den Bewohner*innen führen. Die Bewohnerin hat an einem Tag kein Mittagessen, keine Zwischenmahlzeit und kein Abendessen erhalten, weil sie beim Verteilen der Mahlzeiten vergessen wurde. Auf ihr Klingeln hat niemand reagiert. Die fachlich unzureichende Organisation beim Verteilen der Speisen ist als Mangel gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 6 PfleWoqG zu bewerten. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.14.3 Der Einrichtung wird eindringlich empfohlen, sicherzustellen, dass alle Bewohner*innen entsprechend ihrer Wünsche mit Speisen und Getränken versorgt 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 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.

V.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.1.1.1 Sachverhalt: Eine Bewohnerin hat im August 2022 in der Einrichtung ein Dekubitalgeschwür am Gesäß entwickelt, welches durch die Pflegekräfte am 03.08.2022 erstmalig festgestellt wurde. Die Bewohnerin wurde im Rahmen der Risikoeinschätzung als komplett immobil beschrieben. Im Rahmen der Maßnahmenplanung wurde eine zwei- bis vierstündliche Lagerung festgelegt. Das Bewegungsprotokoll wies im Zeitraum vom 01.08. bis 11.08.2022 jedoch große Lücken von bis zu 10,5 Stunden und einmal von 35 Stunden auf. Am 03.08.2022 wurde eine Wunddokumentation angelegt und die Wunde als Dekubitus Grad 2 mit einer Größe von 2,3 x 1 x 0 mm klassifiziert. Am nächsten Tag fand eine Visite durch die behandelnde Ärztin

statt, die eine Wunde in der Analfalte mit einer Größe von 2 x 1 cm feststellte und eine Versorgung mit der Wundauflage Cutimed sorbact alle 3 Tage anordnete. Der letzte Verbandswechsel erfolgte laut den Aufzeichnungen am 06.08.2022. An diesem Tag wurde die Wunde mit einer Größe von 2,3 x 1 x 0 mm angegeben und die Wundumgebung als trocken, der Wundrand als rosa und wulstig, der Wundgrund als fibrinös und ohne Exsudat beschrieben. Die Bewohnerin wurde bei der Prüfung am 11.08.2022 um 17.00 Uhr auf dem Rücken liegend vorgefunden. Die letzte Lagerung fand laut Bewegungsplan um 12.30 Uhr statt. Bei der Hautinspektion war eine deutliche Verschlechterung der Wunde festzustellen. Es wurde im Steiß-Kreuzbeinbereich eine großflächige zum Teil nekrotische Wunde mit einer teilweise tiefergehenden Hautschädigung vorgefunden, die entgegen der ärztlichen Anordnung nicht verbunden war. Die anwesenden Pflegekräfte konnten im Gespräch keine Auskunft darüber geben, warum keine Wundversorgung stattgefunden hatte. Bei der Hautinspektion wurde zudem eine große Hautschädigung an der Fersenaußenseite des linken Beines festgestellt. Weder im Gespräch noch anhand der Dokumentation war nachvollziehbar, wann diese entstanden ist. Eine Fersenfreilagerung war nicht geplant und wurde nicht umgesetzt.

V.1.1.2 Sachverhalt: Ein Bewohner mit einem bestehenden Dekubitus am rechten Trochanter war zum Prüfungszeitpunkt auf der geschädigten Stelle gelagert. Laut Bewegungsplan hätte der Bewohner seit 12.30 Uhr auf dem Rücken liegen müssen. Diese Diskrepanz konnte weder im Fachgespräch noch anhand der Dokumentation geklärt werden. Im Rahmen der Maßnahmenplanung wurde eine Druckentlastung und Lagerungen nach festgelegten Intervallen geplant. Im Zeitraum von 01.08. - 11.08.2022 sind die geplanten druckentlastenden Maßnahmen nur unzureichend dokumentiert. Die Bewegungspläne wiesen große Lücken von bis zu zehn Stunden auf und der Bewohner wurde über einen längeren Zeitraum immer wieder auf die geschädigte Stelle gelagert. Bei der Hautinspektion war eine handtellergroße Rötung um den bestehenden Dekubitus zu erkennen.

V.1.2 Körperliche Schäden, wie z.B. Wunden sowie im Vorfeld entstandene Rötungen, die durch Druckeinwirkung zustande kommen, sind größtmöglich zu vermeiden, da diese Hautschäden für den jeweils Betroffenen immer eine erhebliche Beeinträchtigung und Gefährdung des Allgemeinzustandes bedeuten. Wunden führen, u.a. durch Schmerz und mögliche Einschränkung der Mobilität zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen. Ein Dekubitalgeschwür ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, das überwiegend durch eine Minderdurchblutung der Haut bei fehlender Druckentlastung unter Berücksichtigung der individuellen Druckverweildauer entsteht. Pflege nach allgemein anerkanntem Stand geht davon aus, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann. Darauf aufbauend sind den Bedürfnissen der Betroffenen angepasste Maßnahmen nach allgemein anerkanntem Stand fachlicher Erkenntnisse zu entwickeln und Aufzeichnungen, wie z.B. individuelle Bewegungspläne, zu führen. Neben der Evaluation der Effektivität der prophylaktischen Maßnahmen in von der Entwicklung des Hautzustandes abhängigen individuellen Rhythmen sind Abweichungen bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen mit entsprechender bewohnerorientierter Begründung zu dokumentieren.
Die Bewohnerin wurde im Rahmen der Risikoeinschätzung als komplett immobil beschrieben und zwei- bis vierstündliche Lagerungen festgelegt. Die Bewegungsprotokolle in der Zeit vom 01.08. bis 11.08.2022 waren lückenhaft, so dass nicht nachvollziehbar war, ob und welche Art der Druckentlastung erfolgt ist. Abweichungen waren nicht dokumentiert. Bei der Hautinspektion im Rahmen der Prüfung wurde eine deutliche Verschlechterung der Wunde im Kreuz-/Steißbein-

bereich und zusätzlich eine große Hautschädigung an der Ferseninnenseite des rechten Beines festgestellt, welche weder anhand der Dokumentation noch im Gespräch mit den Pflegekräften erklärt werden konnte. Eine Fersenfreilagerung war nicht geplant und wurde nicht umgesetzt. Bei dem Bewohner waren zwar fachlich geeignete Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe geplant worden, jedoch war eine konsequente Druckentlastung bzw. Freilagerung der gefährdeten bzw. geschädigten Stelle nicht erfolgt. Die Bewegungsprotokolle in der Zeit vom 01.08. bis 11.08.2022 waren lückenhaft, so dass nicht nachvollziehbar war, ob und welche Art der Druckentlastung erfolgt ist. Abweichungen von den geplanten Lagerungsintervallen waren nicht dokumentiert. Trotz der bekannten Dekubitusgefährdung wurden sowohl vor der Entstehung der Dekubitalulcera als auch nach der Entstehung der Hautschädigungen nur unzureichende Maßnahmen zur Vermeidung einer Hautschädigung bzw. zur Vermeidung einer Verschlechterung der Dekubitalulcera ergriffen.Der fachlich unzureichende Umgang im Bereich der Dekubitusprophylaxe und im Umgang mit den entstandenen Dekubitalgeschwüren entsprach nicht dem allgemein anerkannten Stand und stellt einen erheblichen Mangel im Sinne des Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, die festgestellten erheblichen Mängel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

Für diese festgestellten erheblichen Mängel wurde eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 PfleWoqG erlassen.

V.1.3 Der Einrichtung wird eindringlich empfohlen, die Pflegekräfte im Bereich der Dekubitusprophylaxe zu sensibilisieren. Es wird angeraten, die Pflegekräfte bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos anzuleiten und fachlich angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zur Vermeidung von Hautschädigungen zu planen und konsequent umzusetzen. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen ist nachvollziehbar und lückenlos zu dokumentieren; Abweichungen sind zu begründen.

V.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.2.1.1 Sachverhalt: Eine Bewohnerin hat in der Zeit von 28.05.2022 bis 04.08.2022 7,7 kg an Gewicht verloren (aktuelles Gewicht 77,1 kg). Dies entspricht einem Gewichtsverlust von 7,6 %. Auf die stetige Gewichtsabnahme wurde nicht reagiert. Die Pflegedokumentation im Bereich Ernährung entsprach nicht dem aktuellen Zustand der Bewohnerin. Weder in der Pflegedokumentation noch im Fachgespräch war erkennbar, dass der Gewichtsverlust und das Essverhalten der Bewohnerin hinterfragt wurden bzw. Maßnahmen zur Vermeidung eines weiteren Gewichtsverlustes geplant und umgesetzt wurden. Eine Maßnahmenplanung im Bereich Ernährung lag trotz der Gewichtsabnahme und des Risikos einer weiteren Gewichtsabnahme nicht vor. Ein Ernährungsprotokoll wurde bis 26.07.2022 sehr lückenhaft geführt. Ab 27.07.2022 erfolgte keine weitere Einschätzung des Essverhaltens mittels eines Ernährungsprotokolles. Die Gabe von Zwischen- und Spätmahlzeiten und der ärztlich angeordneten Trinknahrung Fresubin war nur teilweise nachvollziehbar.

V.2.1.2 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin (8,5 % Gewichtsverlust innerhalb eines Monats) waren aufgrund ihres niedrigen BMI standardmäßig Maßnahmen wie wöchentliches Wiegen, die Gabe hochkalorischer Kost und ein Angebot von Zwischenmahlzeiten geplant. Eine Einschätzung des

Essverhaltens erfolgte letztmalig im Januar mittels eines Ernährungsprotokolles. Der massive Gewichtsverlust von 4,2 kg innerhalb eines Monats auf 44,9 kg war laut der Wohnbereichsleitung darin begründet, dass die Bewohnerin in den letzten vier Wochen fast alle Mahlzeiten abgelehnt habe bzw. nur sehr wenig gegessen habe. Dies war anhand von Pflegeberichtseinträgen nicht verifizierbar. Eine erneute Einschätzung der verzehrten Nahrungsmenge und eine Anpassung der Maßnahmenplanung erfolgte nicht. Eine Information des Arztes bzw. eine Fallbesprechung zu der Problematik war nicht nachvollziehbar.

V.2.1.3 Sachverhalt: Eine Bewohnerin war am 25.06.2022 letztmalig gewogen worden. Damals hatte die Bewohnerin ein Körpergewicht von 57,6 kg. Am Prüfungstag erfolgte auf Aufforderung eine erneute Gewichtsmessung; dabei wurde festgestellt, dass die Bewohnerin innerhalb von 1,5 Monaten 4 kg abgenommen hat. Wöchentliche Gewichtskontrollen und das Führen eines Ernährungsprotokolles waren geplant, wurden jedoch nicht umgesetzt. Auch war die Gabe von Zwischen- und Spätmahlzeiten geplant. Ob diese verabreicht wurden, konnte anhand der Dokumentation und im Fachgespräch nicht nachvollzogen werden.

V.2.1.4 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin, die laut Aussage der Wohnbereichsleitung nach mundgerechter Zubereitung selbständig essen würde, war die Gabe von Zwischenmahlzeiten und hochkalorischer Kost geplant. Der Einschätzung der Wohnbereichsleitung zufolge würde die Bewohnerin mittags oft nur die Hälfte der Mahlzeit essen und abends würde sie das Essen zeitweise gänzlich ablehnen. Ein Ernährungsprotokoll zur Einschätzung des Essverhaltens wurde zuletzt im April geführt. Auf den Gewichtsverlust von 3,5 kg innerhalb eines Monats wurde nicht reagiert. Es erfolgte keine erneute Beobachtung des Essverhaltens, auch fand keine Fallbesprechung statt. Eine Rücksprache mit dem Arzt war nicht erkennbar.

V.2.1.5 Sachverhalt: Ein Bewohner, dessen Zustand sich laut Aussage einer Mitarbeiterin verschlechtert habe, hat im Zeitraum von drei Monaten 3,7 kg an Gewicht verloren. Ein Ernährungsprotokoll zur Einschätzung des Essverhaltens wurde zuletzt im April geführt. Auf den Gewichtsverlust von 3,7 kg auf 53,3 kg wurde nicht reagiert. Es erfolgte keine erneute Beobachtung des Essverhaltens, auch fand keine Fallbesprechung statt. Eine Rücksprache mit dem Arzt war nicht erkennbar.

V.2.2 Jeder*jedem Bewohner*in einer stationären Einrichtung ist eine bedarfsdeckende und bedürfnisorientierte, an den jeweiligen Ernährungszustand angepasste Ernährung anzubieten. Als pflegerische Basis zur Hinterfragung des Ernährungszustandes ist neben der täglichen Beobachtung des Essverhaltens auch die fachlich korrekte Ermittlung des Gewichtsverlaufs erforderlich. Bei festgestellten Gewichtsverlusten bzw. sichtbaren Ernährungsproblemen kann so das Angebot in Menge und Akzeptanz individuell hinterfragt und den Bedürfnissen angepasst werden. Bei den Bewohner*innen wurde auf die festgestellten Gewichtsverluste nicht adäquat reagiert. Eine Anpassung der Maßnahmen auf den Gewichtsverlust erfolgte nicht. Pflegerische Maßnahmen wie z.B. das Angebot von Zwischenmahlzeiten oder hochkalorischer Nahrung zur Vermeidung einer weiteren Gewichtsabnahme waren teilweise geplant. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen war jedoch überwiegend nicht nachvollziehbar. Ernährungsprotokolle zur Einschätzung des Essverhaltens nach dem Gewichtsverlust wurden nicht geführt. Weder in der Pflegedokumentation noch im Fachgespräch war erkennbar, dass die Gewichtsverluste hinterfragt bzw. Maßnahmen zur Vermeidung eines weiteren Gewichtsverlustes geplant und umgesetzt wurden. Eine Fallbesprechung zur Problematik des Gewichtsverlustes konnte nicht dargelegt wer-

den. Eine Information des behandelnden Arztes erfolgte nicht. Der fachlich unzureichende Umgang mit den Gewichtsverlusten ist als erheblicher Mangel gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 8 PfleWoqG zu bewerten. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, die festgestellten erheblichen Mängel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

Für diese festgestellten erheblichen Mängel wurde eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 PfleWoqG erlassen.

V.2.3 Um eine Pflege nach allgemein anerkanntem Stand zu gewährleisten, wird der Einrichtung eindringlich empfohlen, die Pflegekräfte im Erkennen von Gewichtsverlusten zu sensibilisieren und zu schulen. Ungewollte Gewichtsverluste sind fachlich zu hinterfragen und Maßnahmen müssen umgehend eingeleitet werden. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen ist nachvollziehbar und lückenlos zu dokumentieren. Besonders bei gefährdeten Pflegebedürftigen werden zusätzliche Nahrungsangebote empfohlen.

V.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.3.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin war das Betäubungsmittel Hydromorphon 4 mg 1-0-1-0 und das Schmerzmittel Novaminsulfon drei mal täglich jeweils 20 Tropfen als Festmedikation angeordnet. Im Zeitraum von 01.08. bis 10.08.2022 äußerte die Bewohnerin bei Lagerungsmaßnahmen viermal Schmerzen bzw. stöhnte hörbar auf. Eine Information an den Arzt über die bei der Bewohnerin wahrgenommenen Schmerzen erfolgte nicht, obwohl geplant war, den Arzt bei akuten Schmerzen zu informieren. Es war nicht erkennbar, dass eine Rücksprache mit dem Arzt zur Anpassung der medikamentösen Therapie gehalten wurde. Obwohl immer wieder dokumentiert wurde, dass die Bewohnerin bei Lagerungsmaßnahmen Schmerzen äußere bzw. aufstöhne wurde keine differenzierte Schmerzeinschätzung durchgeführt. Alternative pflegerische Maßnahmen zur Schmerzlinderung wurden nicht angeboten.

V.3.2 Besonders bei chronischen Schmerzen ist das Wissen um die Schmerzsituation unabdinglich. Dazu gehört eine konsequente Schmerzeinschätzung, wann, wo und wie die Schmerzen auftreten. Bei Schmerzäußerungen der Bewohner*innen sind Maßnahmen zur Linderung der Schmerzen zu ergreifen, sei es in Form von pflegerischen Alternativmaßnahmen wie z.B. Kälte-/Wärmeanwendungen oder durch die Gabe ärztlich angeordneter Medikamente. Um die Informationen für alle am Pflegeprozess Beteiligten verfügbar zu haben, ist eine ausführliche und regelmäßige Dokumentation über das Auftreten der Schmerzen, die Durchführung der Maßnahmen und die Beurteilung der Wirksamkeit der Maßnahmen durchzuführen. Bei der Bewohnerin erfolgte trotz Schmerzäußerung keine Information der behandelnden Ärztin und Rücksprache zur Anpassung der Medikamente. Es wurde keine differenzierte Schmerzeinschätzung zur Beurteilung der Wirksamkeit der medikamentösen Therapie und zur Einschätzung der Schmerzsituation durchgeführt. Alternative pflegerische Maßnahmen zur Schmerzlinderung wurden nicht angeboten. Der Umgang mit Schmerzen entsprach bei der Bewohnerin nicht dem allgemein anerkannten Stand. Die Bewohnerin hat aufgrund unzureichender Maßnahmen Schmerzen erlitten. Dies stellt einen erheblichen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten erheblichen Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicher-

zustellen

V.3.3 Der Einrichtung wird eindringlich angeraten, die Pflegekräfte im Umgang mit Schmerzen zu sensibilisieren. Es wurde empfohlen, der individuellen Situation der Bewohner*innen entsprechend, ein fachlich angemessenes Schmerzmanagement anzuwenden.

Dem Träger wurde mit Schreiben vom 18.08.2022 Gelegenheit gegeben, sich zu den festgestellten Mängeln gem. Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG zu äußern. Hiervon machte er 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 22.05.2018. 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!