Landeshauptstadt
München
Kreisverwaltungsreferat

Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat
Ruppertstr. 19, 80466 München

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

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

DOMICIL Senioren-Residenzen
Hamburg SE
Brooktorkai 22
20457 Hamburg

Ihr Schreiben vom	Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Datum
			05.07.2023

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

Träger der Einrichtung: DOMICIL Senioren-Residenzen Hamburg SE
Brooktorkai 22
20457 Hamburg
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 02.05.2023 eine anlassbezogene Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Pflege und Dokumentation
Personal
Arzneimittel
Verpflegung
Wohnqualität

Hierzu hat die Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (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
davon Plätze für Rüstige:	0
davon beschützende Plätze:	0
Einzelzimmerquote:	94 %
Belegte Plätze:	117
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50%):	45,5 %

Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung: 3

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 unangemeldete Prüfung erfolgte anlässlich zweier umfassender Beschwerden zu den Themen Körperpflege, Flüssigkeitsversorgung (u.a. Fälschen von Trinkprotokollen), Inkontinenzversorgung, verspätete Wundversorgung, fehlerhafter Umgang mit Arzneimitteln, keine oder verspätete Reaktion auf Rufglocken und Personalverhalten (Mitarbeiter*innen beschimpfen Bewohner*innen). Die Beschwerden haben sich überwiegend bestätigt und es wurde eine Vielzahl an erneuten Mängeln und erheblichen Mängeln festgestellt, mit der Folge, dass in drei Bereichen das Zwangsgeld für fällig erklärt wurde. Aufgrund der kritischen Versorgungssituation im Wohnbereich 3 im 3. Obergeschoss und einer deutlichen Unterschreitung der Fachkraftquote mit einigen Kündigungen und Krankheitsausfällen wurde mündlich ein sofortiger Aufnahmestopp angeordnet.

Wegen der Beschwerdeinhalte wurden im Abgleich mit der Risikoliste der Einrichtung insgesamt 22 Bewohner*innen von allen Wohnbereichen anhand ihrer Risiken ausgewählt.

Die Versorgung der Bewohner*innen in den Wohnbereichen im 1., 2. und 4.OG war ohne Beanstandungen.

Es wurde stichprobenartig das Medikamentenmanagement überprüft. Bedarfsmedikamente wurden entsprechend der ärztlichen Anordnung vorgehalten. Liquida waren mit dem Anbruchsdatum versehen.

Beim Besuch der Bewohner*innen äußerten sich die Befragten weitgehend zufrieden mit der pflegerischen Versorgung. Jedoch wurde gleichzeitig erwähnt, dass sie häufig sehr lange warten müssten, dass die Mitarbeiter*innen überlastet seien und keine Zeit hätten. Eine Bewohnerin gab an, dass sie abends mindestens bis 21.00 Uhr bzw. 21.30 Uhr warten müsse, bis ihr jemand beim Zubettgehen behilflich wäre.

Im Wohnbereich im 3. OG war bei der Prüfung eine deutliche Verschlechterung der Ergebnis- und Prozessqualität feststellbar. Es wurden erhebliche Mängel im Umgang mit akuten Ereignissen bzw. Verletzungen und bei der Durchführung pflegefachlicher Interventionen nach akuten Ereignissen festgestellt. Des Weiteren wurde eine Vielzahl erneuter Mängel im Umgang mit Notrufen, im Bereich Dekubitusprophylaxe, im Bereich der Wundbeschreibung, im Bereich der Dehydrationsprophylaxe sowie der Körperpflege festgestellt und somit in drei Bereichen das Zwangsgeld für fällig erklärt. Im Bereich Dehydrationsprophylaxe wurde eine Anordnung erlassen.

Bei einigen der überprüften Bewohner*innen im Wohnbereich 3 war zu erkennen, dass Veränderungen/Auffälligkeiten wie z.B. Hämatome oder Entzündungen und ggf. eine Information des Arztes dokumentiert wurden. Eine Evaluation der eingeleiteten Interventionen, eine erneute Beschreibung der Hautveränderung oder der Ergebnisse ärztlicher Visiten war in den meisten Fällen nicht nachvollziehbar.
Die Weitergabe von Informationen die Bewohner*innen betreffend, war nur unzureichend sichergestellt. Statt relevante Informationen in der Pflegedokumentation der Bewohner*innen festzuhalten, wurden diese weiterhin in ein Übergabebuch und auf Formblätter für ärztliche Visiten geschrieben.
Laut Aussage der Mitarbeiter*innen des Wohnbereiches wurden zudem die Dienstzeiten einiger Mitarbeiter*innen verändert bzw. gekürzt, so dass keine Übergabe zwischen den einzelnen Schichten wie z.B. dem Nacht- und Frühdienst oder dem Früh- und Spätdienst mehr möglich sei.

Die oben beschriebenen Feststellungen und die knappe Schichtbesetzung (zwei Mitarbeiter*innen für 28 Bewohner*innen) aufgrund von Krankheitsausfällen und Kündigungen führten aus Sicht der FQA zu den erneuten und erheblichen Mängeln in Wohnbereich 3. Hierzu wurde ausführlich beraten.

II.2. Qualitätsentwicklung
(Hier erfolgt die Darstellung der Entwicklung einzelner Qualitätsbereiche der Einrichtung über mindestens zwei turnusmäßige Überprüfungen hinweg.)

Insbesondere in Wohnbereich 3 zeigte sich eine deutliche Verschlechterung im Vergleich zur letzten Prüfung, weshalb erneut ein Aufnahmestopp angeordnet werden musste.

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: Bei einer Bewohnerin lag eine ärztliche Anordnung zur Kontrolle der Sauerstoffsättigung zweimal täglich vor. Bei einer Sauerstoffsättigung unter 85% sollte der Bewohnerin 1 Liter Sauerstoff (O2)/Stunde verabreicht werden. Eine Kontrolle der Sauerstoffsättigung entsprechend der ärztlichen Anordnung erfolgte nur lückenhaft. Eine Begründung für die Abweichung von der ärztlichen Anordnung lag nicht vor.

III.1.2 Die Versorgung des Körpers mit ausreichend Sauerstoff ist Grundvoraussetzung zur Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Vitalfunktionen. Der Körper reagiert auf Sauerstoffmangel mit u.a. Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Atemnot und Zyanose. Durch Messung der Sauerstoffsättigung soll kontrolliert werden, ob der Körper ausreichend mit Sauerstoff versorgt ist. Um mögliche Probleme durch einen Mangel an Sauerstoff rechtzeitig zu erkennen, ist eine Messung der Sauerstoffsättigung und bei Bedarf eine Sauerstoffgabe nach ärztlicher Anordnung erforderlich, um das Defizit auszugleichen. Im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege werden ärztliche Anordnungen für die Bewohner*innen an die Pflegekräfte der Einrichtung delegiert. Sollte eine ärztlich notwendige Behandlungspflege nicht durchgeführt werden können, muss hierüber der behandelnde Arzt informiert werden, die Bewohner*innen über die möglichen Risiken aufgeklärt und die Ablehnung schriftlich dokumentiert werden. Bei der Bewohnerin wurde eine Kontrolle der Sauerstoffsättigung nicht entsprechend der ärztlichen Anordnung durchgeführt. Der fehlerhafte Umgang mit ärztlichen Anordnungen 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.1.3 Der Einrichtung wird empfohlen, ärztliche Anordnungen im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege korrekt auszuführen. Sollten Situationen auftreten, in denen die Behandlungspflege bei den Bewohner*innen nicht möglich ist, ist dies schriftlich zu dokumentieren.

III.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.2.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin mit fortschreitender Demenz wurde am 14.03.2023 aufgrund einer Dysphagie (Schluckstörung) Logopädie ärztlich verordnet. Nach Durchsicht der Pflegedokumentation waren bis zum 19.04.2023 keinerlei Eintragungen bezüglich der Logopädie erkennbar. Nach weiterer Nachfrage bei den Pflegefachkräften konnten keine weiteren Auskünfte erteilt werden. Am 19.04.2023 teilte die Logopädin mit, dass sie keinerlei Kapazitäten mehr hätte. Daraufhin wurden keinerlei Maßnahmen von Seiten der Pflegefachkräfte unternommen. Es wurden auch keine weiteren Einträge, wie der weitere Verlauf in Bezug auf die Logopädin sei, in der Pflegedokumentation ersichtlich.

III.2.2 Eine logopädische Behandlung bei einer Schluckstörung ist unbedingt notwendig, da durch nicht beachtete Symptome eine akute Lebensgefährdung durch Erstickung, Lungenentzündungen (Aspirationspneumonie), Mangelernährung oder Dehydratation besteht. Die ärztliche Anordnung zur Logopädie wurde nicht korrekt umgesetzt. Nach Absage einer Logopädin wurde kein weiterer Versuch unternommen, eine andere Logopädiepraxis zu organisieren. Eine Information des behandelnden Arztes, dass keine logopädische Behandlung möglich war, ist nicht erfolgt.

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.2.3 Der Einrichtung wurde empfohlen, die Mitarbeiter*innen zum Thema ärztliche Anordnungen zu schulen und den Verlauf zu dokumentieren.

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.

IV.1 Qualitätsbereich: Personal

IV.1.1 Sachverhalt: Um die Erfüllung der Fachkraftquote zu überprüfen, wurde anhand einer aktuellen Personalliste sowie der aktuellen Belegungszahlen (mit Pflegegradangaben) 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 45,5 % nicht erfüllt wurde.

IV.1.2 Gemäß § 15 Abs. 1 der Ausführungsverordnung zum PfleWoqG 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 erneuten Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den erneut festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

IV.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.

IV.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

IV.2.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin wurden im Rahmen der Prüfung verschmutzte und lange Fingernägel vorgefunden. Auf Nachfrage, ob die Bewohnerin die Fingernägel so lang haben möchte, gab diese an, dass die Fingernägel „greislig“ seien und diese längst geschnitten gehörten. Weder im Gespräch mit den Pflegekräften noch anhand der Dokumentation war erkennbar, dass die Bewohnerin Maßnahmen zur Körperpflege abgelehnt habe.

IV.2.2 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 Fingernägel sind Voraussetzungen für Wohlbefinden. Die nicht an den Wünschen der Bewohnerin orientierte Nagelpflege entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand und stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 8 PfleWoqG einen erneuten Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten erneuten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

IV.2.3 Die Einrichtung wurde beraten, allen Pflegebedürftigen eine individuelle an ihren Bedürfnissen und Wünschen orientierte Körper-/Nagelpflege anzubieten, um u.a. das Wohlbefinden der zu Pflegenden zu fördern und Komplikationen, die aufgrund einer mangelhaften Körperhygiene entstehen können, zu vermeiden.

IV.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

IV.3.1.1 Sachverhalt: Für einen dehydratationsgefährdeten Bewohner lag eine ärztliche Anordnung zur Gabe von 1000 ml NaCl (Natriumchloridlösung) 0,9% s.c. bei Unterschreiten einer Trinkmenge von 1000 ml vor. Ein Einfuhrprotokoll zur Überwachung der Trinkmenge und Gabe der subkutanen Infusion wurde geführt. Im Zeitraum vom 14.04. bis 01.05.2023 hat der Bewohner laut Einfuhrprotokoll die Mindesttrinkmenge an drei Tagen nicht erreicht. Die Einfuhrprotokolle waren jedoch sehr lückenhaft geführt, so dass nicht nachvollziehbar war, ob der Bewohner die ärztlich angeordnete Mindesttrinkmenge erreicht hat. Eine Gabe der ärztlich angeordneten subkutanen Infusion erfolgte nicht. Eine Begründung für die Abweichung lag nicht vor.

IV.3.1.2 Sachverhalt: Bei einem Bewohner war am 30.03.2023 um 13.00 Uhr die Gabe von 50 ml Wasser dokumentiert, obwohl sich der Bewohner laut Pflegebericht von 12.45 Uhr bis 13.45 Uhr im Krankenhaus befand. Eine Erklärung hierfür konnte seitens der Pflegekräfte nicht gegeben werden.

IV.3.2 Bei den betroffenen Bewohnern wurden die Einfuhrprotokolle teilweise lückenhaft bzw. nicht wahrheitsgemäß geführt. Die ärztliche Anordnung zur Infusionsgabe von NaCl 0,9% s.c. wurde bei einem Bewohner nicht korrekt umgesetzt. Obwohl dieser an drei Tagen die ärztlich festgelegte Mindesttrinkmenge nicht erreicht hat, erfolgte keine Gabe der subkutanen Infusion. Eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt war nicht nachvollziehbar. Dies entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse und stellt einen erneuten 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 erneut festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

IV.3.3 Es wird dringend empfohlen, den Bewohner*innen subkutane Infusionen entsprechend der ärztlichen Verordnung zu verabreichen und Einfuhrprotokolle lückenlos und wahrheitsgemäß zu führen.

IV.3.4 In diesem Bereich wurde eine Anordnung erlassen.

IV.4 Qualitätsbereich: Wohnqualität

IV.4.1.1 Sachverhalt: Bei einem stark in seiner Beweglichkeit eingeschränkten Bewohner wurde bei dem Besuch in seinem Zimmer festgestellt, dass das Notrufarmband nicht an seinem Handgelenk angebracht war, sondern für ihn unerreichbar auf dem Nachtkästchen lag. Warum ihm das Notrufarmband am Prüfungstag nicht angelegt wurde, konnte im Gespräch mit dem Bewohner und den Pflegekräften nicht geklärt werden.

IV.4.1.2 Sachverhalt: Die Klingelprotokolle von drei Bewohner*innen aus dem Wohnbereich 3 und einem Bewohner aus dem Wohnbereich 4 wurden über den Zeitraum von 01.04. bis 02.05.2023 kontrolliert. Dabei wurde festgestellt, dass die Bewohner*innen nicht nur mehrfach Wartezeiten über zehn Minuten hatten, sondern auch Wartezeiten von mehr als 20 bis zu 57 Minuten, bis auf ihren Notruf reagiert wurde.

IV.4.2 Gemäß § 9 Abs. 1 AVPfleWoqG müssen Wohn-Schlafräume von Pflegebedürftigen mit einer geeigneten Rufanlage ausgestattet sein. Diese technische Einrichtung soll es den Pflegebedürftigen ermöglichen, sich ohne körperliche Anstrengungen jederzeit, insbesondere in Notsituationen, beim Personal bemerkbar zu machen. Die Einrichtung stellt zusätzlich zu den fest installierten Notrufsystemen Notrufarmbänder für bestimmte Bewohner*innen zur Verfügung, damit diese sich jederzeit bemerkbar machen können. Die Mitarbeiter*innen sollten sich bewusst sein, dass die Bewohner*innen aufgrund eines gesundheitlichen Problems den Notruf betätigen könnten und dadurch eine schnelle Reaktion einer Pflegekraft nötig ist, um die Bewohner*innen vor weiteren Gefahren zu schützen. Es muss durch die Einrichtung gewährleistet werden, dass bei Betätigung des Notrufs ein Erstkontakt innerhalb weniger Minuten sichergestellt wird. Gerade bei akuten Notfällen, wie z.B. Sturz, Schmerzen oder Atemnot, ist es unerlässlich, binnen weniger Minuten zu handeln, damit die Bewohner*innen vor noch größeren Schäden geschützt werden können. Bei einem Bewohner war das notwendige Notrufarmband nicht angelegt. Bei vier überprüften Bewohnern*innen wurden nach Absetzen des Notrufs unangemessen lange Wartezeiten bis zum Erstkontakt des Pflegepersonals festgestellt. Dies stellt gemäß Art. 3 Abs.2 Nr. 1, 2, 3, 6 und 7 PfleWoqG einen erneuten Mangel dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den erneut festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

IV.4.3 Der Einrichtung wird erneut eindringlich empfohlen, die Pflegekräfte dahingehend zu sensibilisieren, Bewohner*innen bei Bedarf das Notrufarmband anzulegen und den Erstkontakt auf Notrufe von Bewohner*innen, welche über die Rufanlage ausgelöst werden, innerhalb von 10 Minuten zu gewährleisten. Zudem muss die Notrufanlage regelmäßig auf Funktionsfähigkeit überprüft werden.

IV.4.4 Das mit Bescheid vom 13.02.2023 angedrohte erhöhte Zwangsgeld wurde zur Zahlung fällig.

IV.5 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

IV.5.1.1 Sachverhalt: Bei einer Bewohnerin wurde bei der Risikoeinschätzung ein Dekubitusrisiko festgestellt. Im Rahmen der Maßnahmenplanung wurde eine Druckentlastung und dreistündliche Lagerungen geplant. Am 28.04. und 29.04.2023 waren von 04.00 Uhr bis 14.30 Uhr keine Maßnahmen zur Druckentlastung dokumentiert und somit war nicht nachvollziehbar, ob die geplanten druckentlastenden Maßnahmen durchgeführt wurden. Auch waren keine Abweichungen vom Plan dokumentiert.

IV.5.1.2 Sachverhalt: Bei einem Bewohner mit rezidivierenden Wunden am Gesäß waren am 02.05.2023 um 12.30 Uhr und 14.00 Uhr Mikrolagerungen abgezeichnet, die laut dem Bewohner nicht stattgefunden haben. Dieser gab im Gespräch um 14.45 Uhr an, dass er um 10.30 Uhr in den Cosy Chair mobilisiert worden sei. Auf die Frage, ob zwischenzeitlich eine Druckentlastung durch z.B. Mikrolagerungen erfolgt sei, erwiderte er, dass er seit morgens in der gleichen Position sitzen würde und keine Mikrolagerungen stattgefunden hätten.
Ein Gespräch mit dem Mitarbeiter*innen war nicht mehr möglich, da deren Dienst bereits zu Ende war.

IV.5.2 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 fachlicher Erkenntnisse geht davon aus, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann. Darauf aufbauend sind an die Bedürfnisse 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. Bei den Bewohner*innen waren zwar fachlich geeignete Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe geplant worden, jedoch war eine konsequente Druckentlastung bzw. Freilagerung der gefährdeten Stellen nicht erfolgt. Die Bewegungsprotokolle waren zum Teil lückenhaft bzw. nicht korrekt (wahrheitsgemäß) geführt, so dass nicht nachvollziehbar war, ob und welche Art der Druckentlastung erfolgt ist. Abweichungen waren nicht dokumentiert. Auch waren keine Beratungsgespräche mit dem Bewohner*innen bzgl. des Ablehnens von Lagerungsangeboten erkennbar. Die fehlerhafte Umsetzung und Aufzeichnung von Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe stellen einen erneuten Mangel im Sinne des Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten erneuten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

IV.5.3 Der Einrichtung wird eindringlich empfohlen, fachlich angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zu planen und konsequent umzusetzen. Die Umsetzung der geplanten Maß-

nahmen ist nachvollziehbar, lückenlos und wahrheitsgemäß zu dokumentieren; Abweichungen sind zu begründen.

IV.5.4 Das mit Bescheid vom 13.02.2023 angedrohte erhöhte Zwangsgeld wurde zur Zahlung fällig.

IV.6 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

IV.6.1 Sachverhalt: Die am 16.02.2023 angelegte Wunddokumentation eines Bewohners mit einem Ulcus am linken Fuß war widersprüchlich und fehlerhaft. Am 16.02.2023 war die Größe des Ulcus an der linken Ferse mit 3 x 2 x 1 mm angegeben. Die dazugehörige Fotodokumentation zeigte jedoch eine Wunde im Bereich des linken Knöchels. Am 20.02.2023 war die Größe mit 30 x 20 x 0 mm, am 24.02. und 01.03.2023 wieder mit 3 x 2 x 1 mm dokumentiert. Die Fotodokumentation am 06.03.2023 zeigte eine andere (neue?) Wunde oberhalb der linken Ferse; deren Größe war mit 40 x 20 x 2 mm beschrieben. Im weiteren Verlauf der Wunddokumentation lagen auch für diese Wunde widersprüchliche Größenangaben vor. Vom Wundmanager, der laut der stellvertretenden Pflegedienstleitung alle 14 Tage zur Wundvisite kommt, lagen keine Aufzeichnungen vor. Der Wundverlauf/die Wundverläufe waren aufgrund der verschieden angegebenen Lokalisationen und der stark abweichenden Größenangaben nicht nachvollziehbar. Im Gespräch mit den Pflegekräften konnte der aktuelle Wundzustand nicht geklärt werden. Auf eine Inaugenscheinnahme der Wunde wurde verzichtet, da die Wunde frisch verbunden war.

IV.6.2 Der Pflegebedarf von Menschen mit Wunden entsteht aus den wund- und therapiebedingten Einschränkungen auf das Alltagsleben der Betroffenen. Ziel der Wundbehandlung ist die primäre Wundheilung. Eine sachgerechte Beurteilung und die phasengerechte Versorgung der Wunden sowie die regelmäßige Dokumentation des Verlaufs verbessern die Heilungschancen. 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 und zu dokumentieren. Des Weiteren sind in regelmäßigen Intervallen Wunden aussagekräftig zu beschreiben, um den Wundverlauf nachvollziehen zu können. Bei dem Bewohner wurde der Zustand und der Verlauf des Ulcus am linken Fuß nicht aussagekräftig dokumentiert. Die unzureichende und fehlerhafte Wundbeschreibung stellt einen erneuten 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 erneut festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

IV.6.3 Der Einrichtung wird erneut eindringlich empfohlen, die Mitarbeiter*innen im Bereich einer dem allgemeinen Stand fachlicher Erkenntnisse qualifizierten Wunderfassung und Wunddokumentation zu sensibilisieren.

IV.6.4 Das mit Bescheid vom 21.10.2022 angedrohte Zwangsgeld wurde zur Zahlung fällig.

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 Sachverhalt: Eine Bewohnerin, die regelmäßig blutverdünnende Medikamente erhält, ist am 04.04.2023 um 15.00 Uhr am Boden liegend aufgefunden worden. Es wurde eine große Beule an der rechten Stirn festgestellt und die Vitalwerte kontrolliert. Die zu dieser Zeit in der Einrichtung anwesende Hausärztin stellte einen Sturz auf den Kopf mit einer Prellmarke an der rechten Stirn fest. Laut Dokumentation der Ärztin nach einem Telefonat mit dem Sohn, wollte sich dieser selbst ein Bild vor Ort machen. Aus diesem Grund stellte die Ärztin einen Überweisungsschein und Transportschein für das Krankenhaus aus.
Von 16.00 Uhr bis zum nächsten Morgen am 05.04.2023 um 09.00 Uhr lagen keine Aussagen zum Befinden der Bewohnerin vor. Weder erfolgte eine Vitalzeichenkontrolle noch wurde eine Krankenbeobachtung zu möglichen Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel oder Übelkeit durchgeführt. Auch gab es keine Aufzeichnungen zum Besuch des Sohnes bzw. dessen Entscheidung.

V.1.2 Als Folge eines Sturzes auf den Kopf kann es zu verschiedenen Komplikationen wie z.B. einer Hirnblutung o.ä. kommen. Aus diesem Grund ist eine kontinuierliche Krankenbeobachtung mit einer Kontrolle der Vitalzeichen und Beschreibung des Bewusstseinszustandes unabdingbar, um eine Verschlechterung des Zustandes rechtzeitig erkennen und ggf. reagieren zu können. Bei der Bewohnerin war nach dem Sturz erst am nächsten Morgen eine erneute Krankenbeobachtung mit einer Kontrolle der Vitalzeichen nachvollziehbar. Die pflegefachlich nicht ausreichende Krankenbeobachtung nach akuten Ereignissen stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG einen erheblichen Mangel dar. Der Träger der Einrichtung ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten erheblichen Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

V.1.3 Der Einrichtung wurde dringend empfohlen, nach akuten Ereignissen wie z.B. Stürzen auf den Kopf, regelmäßig die Vitalzeichen und den Bewusstseinszustand der Bewohner*innen zu kontrollieren und zu dokumentieren.

V.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.2.1.1 Sachverhalt: Bei einer kognitiv stark beeinträchtigten und bewegungsfähigen Bewohnerin wurde im Nachtdienst vom 01.05.2023 eine Hautablederung unklarer Ursache am rechten Bein dokumentiert. Die Verletzung wurde entdeckt, als die Mitarbeiterin die Bewohnerin, welche noch in Tageskleidung im Bett lag, versorgen wollte. Die blutige Wunde wurde mit einer Länge von 10 cm angegeben und von der Mitarbeiterin mit Oleotüll, steriler Kompresse und einer Mullbinde erstversorgt. Auch wurde beschrieben, dass die Bewohnerin stark zitterte, weshalb ihr die Pflegekraft warme Socken und eine Decke gegeben hat. Eine erneute Dokumentation über den Zustand der Bewohnerin und mögliche Schmerzen erfolgte bis zum nächsten Tag nicht. Am Tag der

Prüfung wurde bei der Bewohnerin ein Verband am linken Unterschenkel gesehen, der teilweise durchgeblutet war. Die Bewohnerin selbst konnte keine Aussagen zu der Entstehung der Wunde machen, Schmerzen verneinte sie. Eine Wunddokumentation lag nicht vor, jedoch gab es ein Foto der Wunde, auf welchem eine großflächige blutige Wunde am linken Schienbein zu erkennen war. Auf Nachfrage bei der zuständigen Fachkraft vom Frühdienst, ob der Arzt über die Wunde informiert wurde, erwiderte diese, dass er am nächsten oder übernächsten Tag zur Visite kommen würde. Auf Intervention der FQA wurde die Hausärztin über die Wunde informiert. Diese stellte bei der Visite am gleichen Tag eine lange traumatische Wunde am linken Unterschenkel fest und wies die Bewohnerin zur Versorgung der Wunde ins Krankenhaus ein.

V.2.1.2 Sachverhalt: Bei einem Bewohner wurde am 25.04.2023 eine nicht näher beschriebene Schürfwunde an der rechten Hand dokumentiert; diese wurde mit Oleotüll, Kompresse und Fixomull erstversorgt. Eine Wunddokumentation lag nicht vor, auch erfolgte kein weiterer Eintrag zu dieser Wunde, so dass der Wundverlauf bzw. eine Abheilung der Wunde nicht nachvollziehbar war. Am 01.05.2023 wurde eine offene Stelle am linken Arm dokumentiert, die mit Octenisept und einer Kompresse versorgt wurde. Die Wunde wurde in der Wunddokumentation als mechanische Wunde mit einer Größe von 3 x 1 x 0 mm angegeben. Das vorgelegte Foto der Wunde zeigte eine deutlich größere und tiefere und augenscheinlich entzündete Wunde am linken Handrücken. Wie die Wunde entstanden war bzw. wie lange diese bereits existierte, war anhand der Wunddokumentation und der Aussagen der Mitarbeiter*innen nicht nachvollziehbar. Ob es sich ggf. um die bereits am 25.04.2023 dokumentierte Wunde handelte, war nicht zu klären. Eine Information des behandelnden Arztes erfolgte bis zum Prüfungstag nicht.

V.2.2 Eine Verletzung führt bei den Betroffenen zu Schmerzen und Ängsten und beeinflusst das physische, psychische und soziale Befinden. Bei den Bewohner*innen lag keine aussagekräftige Dokumentation über die Feststellungen vor. Es war nicht ersichtlich, ob die Ursache/Entstehung der Wunden hinterfragt wurde. Die eingeleiteten Maßnahmen im Umgang mit den zum Teil erheblichen Verletzungen waren unzureichend. Die lückenhafte Dokumentation akuter Ereignisse und der durchgeführten Interventionen stellt gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG einen erheblichen Mangel dar. Der Träger der Einrichtung ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten erheblichen Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

V.2.3 Der Einrichtung wurde dringend empfohlen, akute Verletzungen/Ereignisse aussagekräftige zu dokumentieren. Auch wird dringend empfohlen, Rücksprache mit den behandelnden Ärzten zu halten und die eingeleiteten Maßnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren.

V.2.4 Das mit Bescheid vom 21.10.2022 angedrohte Zwangsgeld wurde zur Zahlung fällig.

V.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.3.1 Sachverhalt: Im Rahmen einer anonymen Beschwerde wurde angegeben, dass das Pflegepersonal zu Bewohner*innen bzw. deren Angehörigen sagen würde: „ sie sollen doch ins Bett oder die Windel pissen, man habe keine Zeit sie zur Toilette zu bringen“. Die Einrichtungsleitung räumte diesen Vorfall im Gespräch ein. Sie gab an, dass eine Pflegehilfskraft dies zu einem Bewohner, der mittlerweile ausgezogen sei, gesagt habe. Die Pflegehilfskraft habe

sich am nächsten Tag beim Bewohner entschuldigt. Die Pflegedienstleitung habe ein Gespräch mit dem Mitarbeiter geführt, schriftliche Aufzeichnungen über diesen Vorfall lägen nicht vor.

V.3.2 Unter Gewalt gegen ältere Menschen versteht man eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird. Zu den Formen der Gewalt zählen unter anderem psychische Gewalt durch z.B. Ignorieren der Bedürfnisse und Demütigen der Bewohner*innen oder Vernachlässigen durch schlechte Pflege oder unzureichende Hilfe im Alltag. Pflegebedürftige Menschen haben das Recht, vor jedweder Gewalt geschützt zu werden. Insbesondere dementiell erkrankte Bewohner*innen können sich oftmals nicht bzw. nur schlecht wehren oder von Vorfällen berichten und sind deshalb in besonderem Maße auch gegenüber Übergriffen durch Mitarbeiter*innen schutzbedürftig.
Stationären Einrichtungen und ihren professionellen Pflege- und Betreuungskräften kommt in der Prävention und im Umgang mit Gewalt eine besondere Aufgabe und Verantwortung zu. Pflege- und Betreuungskräfte sind oft nahe Kontakt- und Vertrauenspersonen der Bewohner*innen und haben aus ethischer und rechtlicher Sicht, die Aufgabe Bewohner*innen vor Schäden zu schützen und sich für ihre Bedürfnisse, Interessen und Rechte einzusetzen.
Laut Beschwerdeinhalt habe eine Pflegekraft durch ihre Aussage den Bewohner beleidigt, erniedrigt und in seiner Würde verletzt. Bei dem betroffenen Bewohner lag zu dem Vorfall kein Eintrag in der Pflegedokumentation vor. Es waren keine Maßnahmen von Seiten der Einrichtung nachvollziehbar, um derartige Vorfälle zukünftig zu verhindern und die Bewohner*innen vor weiterer psychischer Gewalt zu schützen. Die Ausübung psychischer Gewalt und die Vernachlässigung von Bewohner*innen durch Pflegepersonal und der nicht ausreichend gewährleistete Schutz von Bewohner*innen stellt einen erheblichen Mangel nach Art.3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3 und 4 PfleWoqG dar. Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet diesen erheblichen Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb sicherzustellen.

V.3.3 Um eine Pflege nach allgemein anerkanntem Stand zu gewährleisten, wird der Einrichtung empfohlen, die Pflegekräfte im Erkennen von verschiedenen Formen der Gewalt zu sensibilisieren und zu schulen. Jegliche Form von Gewalt ist zu hinterfragen und ernst zu nehmen.

Dem Träger wurde mit Schreiben vom 22.05.2023 Gelegenheit gegeben, sich zu den festgestellten Mängeln gemäß Art. 28 Abs. 1 BayVwVfG zu äußern. Der mit Schreiben vom 09.06.2023 vorgelegte Maßnamenplan wurde gewürdigt, konnte jedoch zu keiner anderen Entscheidung führen.

Die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und des Vertrauensschutzes wurden beachtet.

(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.)

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 Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, der MD-Bayern, der Bezirk Oberbayern, die Regierung von Oberbayern und das Gesundheitsreferat 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.

Wenn Widerspruch eingelegt wird:

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

a) **Schriftlich** an oder zur **Niederschrift** bei

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

b) **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!

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!

Mit freundlichen Grüßen