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

gegen Zustellungsurkunde

Vitanas GmbH & Co.KGaA
Regionalbüro Süd
Aroser Allee 68

13407 Berlin

Ihr Schreiben vom	Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Datum
			23.08.2023

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

Träger der Einrichtung: Vitanas GmbH & Co. KGaA
Regionalbüro Süd
Aroser Allee 68
13407 Berlin
www.vitanas.de

Geprüfte Einrichtung: Vitanas Senioren Centrum
Am Partnachplatz
Albert-Roßhaupter-Str. 90
81369 München

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrer Einrichtung wurde am 04.07.2023 eine anlassbezogene Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Pflege und Dokumentation
Personal
Freiheit einschränkende Maßnahmen (FeM)
Arzneimittel
Verpflegung

Hierzu hat die Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA) für den Zeitpunkt der Prüfung folgendes festgestellt:

Daten zur Einrichtung

Einrichtungsart
Stationäre Einrichtung

Angebotene Wohnformen
Vollstationäre Pflege

Platzzahl gesamt:	112
davon allgemeine Plätze:	112
davon beschützende Plätze:	0
Einzelzimmerquote:	86,9 %
Belegte Plätze:	111
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %):	45,4 %
Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung:	4

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.)

In der Einrichtung wurde eine anlassbezogene Prüfung aufgrund einer Beschwerde durchgeführt. Im Rahmen dieser wurde die routinemäßige Begehung mit integriert und eine umfassende Prüfung durchgeführt.

Die Beschwerde bezog sich auf die Qualitätsbereiche Personal, Medikamentenverabreichung, Körperpflege, Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, Hygiene/Umgang mit Medizinprodukten und Führungsverhalten.

Bei der durchgeführten Prüfung wurden mehrere Mängel und zwei erhebliche Mängel im Bereich der Pflege sowie ein Mangel im Bereich Personal festgestellt. Die Beschwerdeinhalte haben sich überwiegend bestätigt.

Es wurden insgesamt 12 Bewohner*innen auf allen Wohnbereichen ausgewählt.

Im Rahmen der Prüfung waren deutliche Lücken bei der Pflegeprozessdokumentation zu erkennen. Veränderungen und Auffälligkeiten wie z.B. Hämatome, Ödeme oder Entzündungen wurden häufig nur unzureichend dokumentiert. Oftmals war weder eine Evaluation der eingeleiteten Interventionen noch eine erneute Beschreibung der Hautveränderungen

feststellbar. Darüber hinaus waren die Ergebnisse der ärztlichen Visiten überwiegend nicht dokumentiert. Eine Umsetzung der ärztlichen Anordnungen war nicht durchgängig nachvollziehbar.

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

Bei den überprüften Betäubungsmitteln stimmte der Bestand mit den Aufzeichnungen überein.

Beim Besuch der Bewohner*innen äußerten sich die Befragten weitgehend zufrieden mit der pflegerischen Versorgung. Jedoch wurde gleichzeitig erwähnt, dass nur wenige Mitarbeiter*innen pro Etage eingesetzt wären und diese wenig Zeit hätten. Auch wurde die schlechte Qualität des Mittagessens angesprochen; dieses habe sich seit einem Monat nochmals verschlechtert. Am Prüfungstag wären z.B. die Schnitzel angebrannt gewesen.

Aufgrund dessen wurde im Rahmen der Prüfung eine teilnehmende Beobachtung beim Abendessen im 1. und 2. Obergeschoss durchgeführt. In den beiden Wohngruppenküchen befanden sich je drei bis fünf Bewohner*innen zum Abendessen. Sie konnten zwischen Brot und Toastbrot wählen. Des Weiteren gab es eine Platte mit Wurst und Käse sowie Waldorfsalat. Die anwesenden Mitarbeiter*innen reichten den Bewohner*innen die gewünschten Speisen und unterstützen diese punktuell bei der Zubereitung. Bei der Mahlzeitensituation herrschte eine angenehme Atmosphäre. Das Speisenangebot wurde von den Bewohner*innen als ausreichend beschrieben, die Temperatur der angebotenen Tomaten wurde jedoch als zu kalt erachtet. Hierzu wurde im Abschlussgespräch beraten.

Aufgrund der Unterschreitung der Fachkraftquote hat sich die Einrichtung selbst einen freiwilligen Aufnahmestopp auferlegt.

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.1.1.1 Sachverhalt: Bei mehreren Bewohner*innen wurde im Rahmen der Prüfung eine mangelhafte Körperpflege festgestellt. Bei vier Bewohner*innen wurden teilweise stark verschmutzte, zum Teil längere und ungepflegte Fingernägel vorgefunden. Bei zwei Bewohnern wurde am Prüfungstag festgestellt, dass diese nicht rasiert waren. Weder im Gespräch mit den Pflegekräften noch anhand der Dokumentation war erkennbar, dass den Bewohner*innen die Maßnahmen zur Körperpflege angeboten wurden und sie diese abgelehnt haben.

III.1.1.2 Sachverhalt: Ein Bewohner gab im Gespräch an, dass er nicht regelmäßig geduscht werde, obwohl er sehr gerne duschen würde. Teilweise würde die Körperpflege im Bett nur unzureichend (ohne Oberkörper) erfolgen. An zwei Tagen sei er mit Duschgel eingecremt

geworden, weil der Mitarbeiter ihn nicht verstanden habe. Ein Angebot zur Zahnpflege erfolge häufig nicht.

III.1.2 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, ein rasiertes gepflegtes Gesicht und gepflegte Zähne sind Voraussetzungen für Wohlbefinden. Schlecht oder überhaupt nicht gereinigte Zähne können zu Infektionen und Erkrankungen im Mundbereich führen. Die nicht an den Wünschen der Bewohner*innen orientierte Körper-/Nagel- und Zahnpflege und das nicht an den Wünschen der Bewohner*innen orientierte Duschangebot entspricht nicht dem allgemein anerkannten 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.1.3 Die Einrichtung wurde beraten, allen Pflegebedürftigen eine individuelle an ihren Bedürfnissen und Wünschen orientierte Körper-/Nagel- und Zahnpflege anzubieten, um u.a. das Wohlbefinden der zu Pflegenden zu fördern und Komplikationen, die aufgrund einer mangelhaften Körperhygiene entstehen können, zu vermeiden.

III.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.2.1 Sachverhalt: Bei einem Bewohner lag aufgrund einer Ödembildung in den Beinen eine ärztliche Anordnung vom 09.06.2023 zur Gewichtskontrolle alle zwei Tage und zur Trinkmengenbeschränkung auf 1,5 Liter vor. Eine zweitägige Gewichtskontrolle gemäß der ärztlichen Anordnung erfolgte überwiegend nicht. Die ärztliche Anordnung zur Trinkmengenbeschränkung wurde ebenso nicht umgesetzt; ein Trinkprotokoll wurde nicht geführt. Begründungen für die Abweichungen von den ärztlichen Anordnungen lagen nicht vor und eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt war nicht erkennbar.

III.2.2 Eine Ödembildung kann unterschiedliche Ursachen haben und im weiteren Verlauf zu Beschwerden wie Spannungsgefühl, Schmerzen und der Entstehung von Wunden führen. Um eine Zunahme der Ödeme möglichst zu verhindern und eine Verschlechterung rechtzeitig zu erkennen, werden oftmals regelmäßige Gewichtskontrollen und eine Trinkmengenbeschränkung ärztlich verordnet. Durch die Trinkmengenbeschränkung soll u.a. eine Zunahme der Ödembildung reduziert werden und durch eine regelmäßige Gewichtskontrolle soll der Verlauf der Ödembildung überwacht werden. 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. Die ärztlichen Anordnungen wurden nicht bzw. nicht korrekt umgesetzt. Der fehlerhafte Umgang mit ärztlichen Anordnungen stellt einen Mangel nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4 und 5 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 wird empfohlen, im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege die ärztlichen Anordnungen korrekt auszuführen. Sollten Situationen auftreten, in denen die Behandlungspflege bei einer*einem Bewohner*innen nicht möglich ist, sollte dies schriftlich dokumentiert werden. Eine Umsetzung der ärztlichen Visite und Weitergabe von relevanten Informationen die Bewohner*innen betreffend, wurde dringend angeraten.

III.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.3.1 Bei einem Bewohner war am 01.06. und 02.06.2023 eine starke Schwellung und Rötung mit Austritt von Wasser am rechten Bein dokumentiert. Bei der Visite durch den behandelnden Arzt am 01.06.2023 wurde eine medikamentöse Therapie angeordnet und um Information bei Verschlechterung gebeten. Bis zum Tag der Prüfung erfolgte keine weitere Beschreibung des Zustandes des rechten Beines. Anhand der Dokumentation und im Gespräch mit den Pflegekräften war nicht nachvollziehbar, ob die Schwellung und die Rötung des Beines abgeklungen waren. Am Tag der Prüfung trug der Bewohner Kompressionsstrümpfe nach ärztlicher Anordnung, so dass auf eine Kontrolle des Zustandes seitens der FQA verzichtet wurde. Im Gespräch äußerte der Bewohner jedoch keine Beschwerden.

III.3.2 Bei einer Ödembildung bzw. einer Hautveränderung ist es von großer Bedeutung, dass die Feststellungen regelmäßig und aussagekräftig beschrieben werden, um den Verlauf bzw. eine Verschlechterung rechtzeitig erkennen und bei Bedarf Interventionen einleiten zu können. Bei dem Bewohner lag nach der Feststellung der Rötung und Schwellung am rechten Bein keine erneute und aussagekräftige Dokumentation über die weitere Entwicklung vor. Weder war nachvollziehbar, ob diese abgeklungen waren noch wie der Zustand des rechten Beines am Prüfungstag war. Die lückenhafte und nicht aussagekräftige Dokumentation der festgestellten Beinschwellung und -rötung sowie das Fehlen der weiteren Interventionen stellen gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 5 PfleWoqG einen Mangel dar. Der Träger der Einrichtung ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.3.3 Der Einrichtung wird dringend empfohlen, Feststellungen wie z.B. Hautveränderungen aussagekräftig und regelmäßig zu beschreiben und die Einleitung von weiteren Interventionen nachvollziehbar zu dokumentieren.

III.4 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.4.1.1 Sachverhalt: Ein Bewohner hat im Zeitraum vom 01.02.2023 bis zum Prüfungstag am 03.07.2023 8 kg an Gewicht abgenommen. Dies entspricht einem Gewichtsverlust von 12% an Körpermasse. Auf die stetige Gewichtsabnahme wurde nicht reagiert. Die Pflegedokumentation im Bereich Ernährung entsprach nicht dem aktuellen Zustand des Bewohners. Weder in der Pflegedokumentation noch im Fachgespräch war erkennbar, dass der Gewichtsverlust und das Essverhalten des Bewohners hinterfragt wurden bzw. Maßnahmen zur Vermeidung eines weiteren Gewichtsverlustes geplant und umgesetzt wurden. Der Bewohner erhielt laut Tagesstrukturplanung täglich hochkalorische Kost. Diese Maßnahme war seit mindestens 2021 geplant, dies konnte anhand des Verlaufs im PC nachrecherchiert werden. Die geplanten Maßnahmen im Bereich Mangelernährung wurden

nicht evaluiert und angepasst. Ernährungsprotokolle waren nur lückenhaft oder falsch geführt worden. Über den aktuellen Gewichtsverlauf wurde der Hausarzt nicht informiert.

III.4.1.2 Sachverhalt: Ein weiterer Bewohner hat binnen eines Monats 4,4 kg an Gewicht verloren. Sein Gewicht im Juni 2023 betrug 59,3 kg, einen Monat später am 02.07.2023 waren es 54,9 kg. Die Wohnbereichsleitung gab an, sie hätte bemerkt, dass der Bewohner in letzter Zeit wenig gegessen habe. Daraufhin wollte die Fachkraft den Hausarzt informieren und um Rücksprache wegen ggf. einzuleitender Maßnahmen bitten. In der Bewohnerdokumentation wurde der Gewichtsverlust nicht thematisiert. Weiter wurden auch keine pflegerischen Maßnahmen wie z.B. Zwischenmahlzeiten, Anbieten von Obst oder Süßigkeiten geplant oder ergriffen, um einem weiteren Gewichtsverlust vorzubeugen.

III.4.1.3 Sachverhalt: Eine Bewohnerin nahm in den letzten fünf Monaten 5,2 kg an Gewicht ab. Die Gewichtsabnahme wurde in der Pflegedokumentation nicht erwähnt. Es waren keine Maßnahmen ergriffen oder geplant worden, um einem weiteren Gewichtsverlust entgegenzuwirken. Auch wurde der Hausarzt nicht informiert, um ggf. somatische Gründe der Gewichtsabnahme auszuschließen.

III.4.2 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 ordnungsgemäß 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 werden. Eine Information der behandelnden Ärzte erfolgte nicht. Der fachlich unzureichende Umgang mit den Gewichtsverlusten ist als Mangel gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 3, 4 und 8 PfleWoqG zu bewerten. Der Träger ist kraft Gesetzes dazu verpflichtet, die festgestellten Mängel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

III.4.3 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.

III.5. Qualitätsbereich: Personal

III.5.1 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 % nicht erfüllt wurde.

III.5.2 Gemäß § 15 Abs. 1 der Ausführungsverordnung zum PfleWoqG (AVPfleWoqG) dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Hierbei muss bei mehr als vier Pflegebedürftigen mindestens jede*r 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.5.3 Der Einrichtung wird dringend empfohlen, weitere Fachkräfte zu beschäftigen, um die Fachkraftquote von mindestens 50% erfüllen zu können. Insbesondere wird angeraten, mehr Personal, als das durch den Personalschlüssel vorgesehene, zu beschäftigen. Dabei soll sichergestellt werden, dass beispielsweise bei Langzeiterkrankung oder Kündigung genügend Fachkräfte vorhanden sind.

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: Ein Bewohner ist am 14.06.2023 gestürzt. Bei der Visite am 15.06.2023 wurde eine ärztliche Anordnung für die Versorgung einer Hautablederung am rechten Bein erlassen. Am darauffolgenden Tag wurde die Entwicklung eines nicht näher beschriebenen Brillenhämatoms dokumentiert. Ob dieses die Folge des Sturzes am 14.06.2023 war, war nicht eindeutig nachvollziehbar. Eine Information des Hausarztes über das Brillenhämatom erfolgte nicht. Bis zum Tag der Prüfung erfolgte keine erneute und aussagekräftige Beschreibung des Brillenhämatoms bzw. es erfolgten keine weiteren Interventionen.

V.1.1.2 Sachverhalt: Der gleiche Bewohner ist am 26.06.2023 um ca. 03.00 Uhr erneut in seinem Zimmer gestürzt. Da der Bewohner laut Pflegebericht eine Platzwunde an der Stirn hatte, wurde der Notarzt verständigt. Ein Sturzprotokoll wurde erstellt; aus diesem ging hervor, dass der Bewohner ins Krankenhaus gebracht wurde. Anhand der Dokumentation war nicht nachvollziehbar, wann der Bewohner aus dem Krankenhaus zurückkehrte, was im Krankenhaus vorgenommen/diagnostiziert wurde und welche Therapieempfehlung ausgesprochen wurde. Eine Information des behandelnden Arztes über den Sturz bzw. eine Rücksprache mit dem Arzt, wie die Krankenbeobachtung und Wundversorgung erfolgen sollte, war nicht nachvollziehbar. Eine Wundbeschreibung über die Platzwunde lag nicht vor. Eine Vitalzeichenkontrolle und Kontrolle des Bewusstseinszustandes nach Krankenhausrückkehr erfolgte nicht, obwohl der Bewohner, der u.a. Blutverdünner einnimmt, auf den Kopf gestürzt war.

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 sowie lückenlose Krankenbeobachtung mit einer Kontrolle der Vitalzeichen, Beschreibung des Bewusstseinszustandes unabdingbar, um eine Verschlechterung des Zustandes rechtzeitig erkennen und ggf. reagieren zu können. Bei dem Bewohner war beim ersten beschriebenen Sturz nicht erkennbar, ob eine Information des behandelnden Arztes über die Entstehung des Brillenhämatoms erfolgte. Auch wurde das Brillenhämatom weder aussagekräftig noch erneut beschrieben. Bei dem zweiten Sturz des Bewohners war nicht nachvollziehbar, wann er aus dem Krankenhaus zurückkehrte und was dort diagnostiziert wurde. Eine Information des behandelnden Arztes über den Sturz bzw. eine Rücksprache mit diesem, wie die Krankenbeobachtung und ggf. Wundversorgung erfolgen sollte, war nicht gegeben. Auch wurde keine kontinuierliche Krankenbeobachtung mit einer Kontrolle der Vitalzeichen und des Bewusstseinszustandes durchgeführt. Die fehlende Rücksprache mit dem Arzt nach dem Sturzereignis bzw. der Krankenhausrückkehr darüber, wie die Krankenbeobachtung erfolgen sollte und die pflegefachlich nicht ausreichende Krankenbeobachtung stellen gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 1, 2, 3, 4, 5 und 8 PfleWoqG einen erheblichen Mangel dar. Aufgrund der fehlenden Interventionen war der Bewohner gefährdet, dass Sturzfolgen nicht rechtzeitig erkannt und zeitnah behandelt werden. 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, die behandelnden Ärzte über Sturzereignisse, der Bewohner*innen zu informieren. Bei Rückkehr der Bewohner*innen aus dem Krankenhaus sollte eine Rücksprache mit den Ärzten bzgl. weiterer ärztlicher Anordnungen zur Krankenbeobachtung und Wundversorgung erfolgen. Es wurde zudem angeraten, nach/bei akuten Ereignissen regelmäßig aussagekräftige Berichtseinträge u.a. über den Bewusstseinszustand von Bewohner*innen zu dokumentieren.

V.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

V.2.1 Sachverhalt: Bei einem stark in der Beweglichkeit eingeschränkten Bewohner mit einem Ulcus in der linken Leiste, fiel bei der Durchsicht der Pflegedokumentation auf, dass keine Wunddokumentation mit einer Wundbeschreibung und Angaben zur Wundgröße, Wundtiefe, Wundbeschaffenheit sowie der Wundversorgung vorhanden waren. Laut der anwesenden

Pflegefachkraft sei in der Wunde bereits die Leistensehne sichtbar. Es war lediglich im ärztlichen Verordnungsblatt eine handschriftliche Eintragung am 12.06.2023 vom Hausarzt vorgenommen worden. Dort wurde die Wunde als Ulcus im Inguinalbereich (Leiste) links beschrieben. Zur Wundversorgung war die Reinigung mit der Wundspüllösung ActiMaris und einer sterilen Kompresse verordnet worden und als Wundabdeckung sollten das Fixierpflaster Fixomull verwendet werden. Der Wundverband wurde einmal täglich verordnet. Aufgrund der fehlenden Aufzeichnungen in der Bewohnerdokumentation konnte bis zum Prüfungstag nicht nachvollzogen werden ob, wie und wie häufig die Wundversorgung stattgefunden hat und wie der Zustand der Wunde am Prüfungstag war.

V.2.2 Ein Ulcus ist ein tiefreichender Substanzdefekt der Haut der nicht durch ein Trauma (Verletzung) verursacht wurde und zählt zu den chronischen Wunden. Um eine ordnungsgemäße medizinische Behandlungspflege nach aktuellem Stand gewährleisten zu können, ist es unverzichtbar über eine chronische Wunde regelmäßige Aufzeichnungen in Form einer Wunddokumentation zu führen. Die Wunddokumentation sollte mindestens die Wunddiagnose, Wundgröße, Wundtiefe, Wundbeschaffenheit, Geruch, Exsudat und die Verordnung zur Wundversorgung beinhalten. Den Einrichtungen steht es frei eigene Dokumente zu entwerfen oder bereits vorhandene Assessments zu nutzen. Die Pflegekräfte dokumentieren in individuell festzulegenden Abständen den Heilungsverlauf oder die Verschlechterung der chronischen Wunde. Diese Dokumentation dient der koordinierten Wundversorgung, sie macht den Heilungsverlauf oder ggf. Verschlechterungen sichtbar und ermöglicht allen Beteiligten eine einheitliche Vorgehensweise. Bei Veränderungen auch die Anpassung der Therapie an den aktuellen Zustand der Wunde. Für die Wunde des Bewohners lagen keine aussagekräftigen Aufzeichnungen vor. Es konnte nicht nachvollzogen werden, ob, wie und wie häufig die Wundversorgung stattgefunden hat. Es war keine Kontinuität in der Behandlung sichergestellt. Aufgrund der nicht vorhandenen Wunddokumentation war der Verlauf der Wunde nicht ersichtlich und somit bestand die Gefahr, eine Verschlechterung nicht rechtzeitig zu erkennen. Der Bewohner war gefährdet Folgeschäden wie z.B. eine Wundinfektion oder eine Sepsis zu erleiden. Dies 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.2.3 Der Einrichtung wird dringend empfohlen, die Mitarbeiter* innen im Umgang mit chronischen Wunden zu sensibilisieren und zum Führen einer aussagekräftigen Wunddokumentation zu schulen.

(Eine Beratung über die Möglichkeiten zur Abstellung der festgestellten Abweichungen erhebt keinen Anspruch auf Verbindlichkeit und Vollständigkeit. Die Art und Weise der Umsetzung der Behebung der Abweichungen bleibt der Einrichtung bzw. dem Träger überlassen.)

Dem Träger wurde mit Schreiben vom 26.07.2023 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 Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, 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!