



Landratsamt München

Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)

Geprüfte Einrichtung: Rudolf und Maria Gunst Haus
Lochhamer Str. 76
82166 Gräfelfing

Träger: Rudolf und Maria Gunst Haus gGmbH
Lochhamer Str. 76
82166 Gräfelfing

In der Einrichtung wurde am 10.11.2021 eine unangemeldete, routinemäßige Überprüfung durchgeführt.

Prüfgegenstände

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

Wohnqualität
Soziale Betreuung
Verpflegung
Freiheit einschränkende Maßnahmen
Pflege und Dokumentation
Qualitätsmanagement / Beschwerdemanagement
Arzneimittel
Hygiene
Personal / Personaleinsatzplanung
Bewohnersicherheit

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart (Mehrfachnennungen möglich):

- Stationäre Einrichtung für ältere Menschen
- Stationäre Pflegeeinrichtung

Angebotene Plätze:	85
zzgl. zur Pflege geeignete Altenheimplätze:	23
Belegte Plätze inkl. Kurzzeitpflege:	76
Plätze für Kurzzeitpflege:	nach Bedarf / Verfügbarkeit

Einzelzimmerquote:	65 %
Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %):	57,8 %
Anzahl der auszubildenden Pflege- und Betreuungsfachkräfte in der Einrichtung:	3

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

Wohnqualität

- Der große parkähnlich angelegte Garten, der den Bewohnern zur Verfügung steht, lädt mit kleinen Wegen, einem Brunnen und Sitzgelegenheiten zum Spazieren gehen und Verweilen ein. Die Terrasse wurde gereinigt und es wurden neue Gartenmöbel angeschafft, die viel zur gemütlichen und attraktiven Nutzung beitragen. Die Lieferung wurde im Rahmen der Möglichkeiten der Pandemie als kleines Event gefeiert und kam bei den Bewohnern gut an.
- Das Foyer in der Einrichtung wirkt durch den zentral aufgestellten Brunnen einladend und beruhigend zugleich. Pandemiebedingt findet im Eingangsbereich die Registrierung der Besucher statt. An einem Hochtisch sind die dafür benötigten Unterlagen, Kugelschreiber und ein Hinweisschild bereitgelegt bzw. aufgestellt.
- Die besichtigten Bewohnerzimmer sind persönlich möbliert, und es fallen keine besonderen Stolperfallen auf.
- Die Milieugestaltung des Wohnbereiches, in der die Bewohner anzutreffen sind, ist angemessen und frei von Gegenständen. Die Flure werden für Spaziergänge von den Bewohnern genutzt. In den schmalen Fluren sind Geländer angebracht.

Soziale Betreuung

- Alle befragten Bewohnerinnen und Bewohner sowie auch die Angehörigen äußerten sich durchweg positiv über die Betreuung im Haus.
- An den Bewohnerzimmertüren bzw. Namensschildern sind Fotos der Bewohner oder persönliche Bilder zur Wiedererkennung angebracht.
- Aus Einzelinterviews mit zwei überprüften Bewohnern ergibt sich, dass sie bei der Gestaltung ihrer Zeit sinnvoll unterstützt werden und an frühere bzw. aktuelle Interessen anknüpfen können. Es wird ihnen ermöglicht, eigenen individuellen Interessen nachzugehen, die ihrer Biographie und ihren Möglichkeiten entsprechen. Eine Bewohnerin malt Landschaftsbilder und erfährt hierdurch eine Lebensfreude.

Verpflegung

- Das tägliche Speiseangebot ist grundsätzlich abwechslungsreich. Es kann täglich zwischen einem Fleischgericht und einem vegetarischen Essen bzw. einer Süßspeise gewählt werden. Freitags gibt es Fisch. Suppe und Dessert runden das Menu ab. Das Essen wird in der Einrichtung frisch zubereitet und im Schöpfsystem an die Bewohner ausgegeben, was auch individuelle Portionsgrößen oder den Tausch der Beilagen zulässt.
- Nach Schilderung einer Bewohnerin wird die selbstgewählte Nahrungsaufnahme im Zimmer aufgrund einer Beeinträchtigung der Feinmotorik der Finger von Betreuungspersonen akzeptiert und ihr die Möglichkeit gegeben, die Mahlzeiten selbstbestimmt im Zimmer einzunehmen.

Pflege und Dokumentation

Gesundheitsvorsorge/Umgang mit ärztlichen Anordnungen

- Bei einem palliativen Bewohner fällt positiv auf, dass aufgrund der Progredienz einer Schluckstörung die Problematik der oralen Tabletteneinnahme adäquat erkannt wird und die vorbestehende Applikationsart einer Schmerzmedikation in Absprache mit dem behandelnden Arzt von Tabletten auf flüssige Medikamente umgestellt wurde.
Zum Prüfungszeitpunkt liegt der Bewohner im Ruhezustand entspannt im Bett und weist kein sichtbares vegetatives Schmerzverhalten auf.
- Bei zwei begutachteten Bewohnern mit chronischen Schmerzen geht aus der Dokumentation eine Differenzierung chronischer Schmerzen hervor. Es findet dabei eine kontinuierliche Schmerzerfassung und -behandlung bei den überprüften Bewohnern statt. In der Dokumentation ist ein initiales Assessment angelegt und die Intensität des Schmerzes sowohl in Ruhe als auch beim Wechsel von Ruhe zu Bewegung bei Bedarf und systematisch in individuell festgelegten Intervallen in drei aufeinander folgenden Tagen im Monat eingeschätzt. Auf Grundlage der Schmerzeinschätzung erhalten beide Bewohner bei dauerhaften Schmerzen eine angepasste Dauer- sowie eine komplementäre Bedarfsmedikation und weisen am Prüfungstag kein sichtbares Schmerzverhalten auf.
Des Weiteren fällt in der Dokumentation bei den überprüften Bewohnern eine geringe Frequenz psychopharmakologischer Verabreichung der Bedarfsmedikationen positiv auf, so dass bspw. das antipsychotisch wirkende hochpotente Neuroleptika „Quetiapin 25 mg“ von den Pflegefachkräften im Zeitraum vom Mai 2019 bis November 2021 gar nicht appliziert werden musste und der auf das ZNS wirkende Tranquilizer aus der Medikamentengruppe Benzodiazepine „Tavor 1mg Expidet“ einmalig am 8. Juli 2021 verabreicht wurde. Aus der Dokumentation sind die durchgeführten nicht-medikamentösen psycho-sozialen Unterstützungsmaßnahmen sowie deren Wirksamkeit ersichtlich und bilden in Kombination mit den psychopharmakologischen Interventionen ein sinnvoller individueller Gesamtbehandlungsplan für den Bewohner ab.

Personal

- Die Bewohner werden korrekt angesprochen (die Anrede ist „Sie“ und Frau und Herr XY“) und respektvoll behandelt. Sie werden vorab über die Maßnahmen, die mit ihnen und an ihnen vorgenommen werden, informiert.
- Der Umgang der Mitarbeitenden der sozialen Betreuung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern wird am Prüftag als herzlich, wertschätzend und zugewandt erlebt. Die Mitarbeitenden der Betreuung sind auf den Wohnbereichen präsent. Sie kennen die Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Besonderheiten, Vorlieben und Abneigungen.
- Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Betreuung geben ihr Möglichstes, um nach über einem Jahr Ausnahmezustand auf Grund der Pandemiesituation und der damit verbundenen weiteren Aufgaben für das Betreuungspersonal, wie die Organisation und Durchführung von Besucherterminen oder der Testungen wieder zu einem regelmäßigen, vielseitigen und strukturierten Angebot der sozialen Betreuung zurück zu finden und auch Gruppenaktivitäten wieder stattfinden zu lassen. Um insbesondere Gruppenaktivitäten vor allem im Freien stattfinden zu lassen, reagieren die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen flexibel auf die Wettergegebenheiten, Coronaauflagen und Bewohnerbedürfnisse. Die Gartenterrasse, die nun zu einem zentralen Element der Aktivitäten geworden ist, wurde dazu neu gestaltet und hat neue Tische und Stühle erhalten.
- Das Team der sozialen Betreuung nutzt die aktuelle Situation um den Betreuungsbereich neu zu strukturieren.

Arzneimittel

- Die überprüften Medikamente sind übersichtlich, bewohnerbezogen im verschließbaren Medikamentenschrank und fachgerecht nach Herstellerangabe - z.B. im Kühlschrank (wie Subcutan-Injektionen) oder bei Zimmertemperatur - aufbewahrt. Tabletten sowie Tropfenflaschen sind mit einem Anbruchsdatum beschriftet. Am Prüfungstag werden Tropfen und pulverförmige Medikamente unmittelbar vor der Verabreichung gerichtet und appliziert.

Hygiene

- Die Einrichtung beschäftigt Extradienste im Haus, die kontinuierlich Desinfektionsmaßnahmen, wie Oberflächendesinfektionen, durchführen.

II.2 Qualitätsentwicklung

- II.2.1 Gemäß der Anweisung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 08.01.2015 ist seit 01.07.2015 ein Nachtwachenschlüssel von 1:30 bzw. 1:40 in der Nacht sicherzustellen, also eine Pflegekraft für 30 bis 40 Bewohner.

Mit Pflegekraft sind dabei sowohl Fach- als auch Hilfskräfte gemeint. Wie bisher muss mindestens eine der in der Nacht anwesenden Pflegekräfte eine Fachkraft sein.

Der Betreuungsschlüssel beträgt zum Prüfzeitpunkt 1:34 ohne Rüstige, weshalb eine Nachtdienstbesetzung mit zwei Pflegekräften zum Prüfzeitpunkt als ausreichend betrachtet wird.

Hinweis:

Sollten seitens der FQA Zweifel an einer ausreichenden personellen Betreuung der Bewohner bestehen, kann sie Einrichtungsbegehungen zur Nachtzeit durchführen und die pflegerische und betreuende Ergebnisqualität überprüfen. Sofern dabei Abweichungen von den Anforderungen des Gesetzes (Mängel) in der Ergebnisqualität festgestellt werden, welche Rückschlüsse auf einen unzureichenden Personaleinsatz zulassen, kann die FQA ggf. ordnungsrechtliche Maßnahmen im Hinblick auf die Umsetzung und Einhaltung eines Personalbetreuungsschlüssels von bis 1:30 veranlassen.

Der Träger bzw. die Einrichtung sind gehalten, eine kontinuierliche Umsetzung des erforderlichen Nachtwachenschlüssels bzw. eines ausreichenden Personaleinsatzes, nach Maßgabe der geltenden Indikatoren, durch regelmäßige Evaluationen des bewohnerorientierten Pflege- und Betreuungsbedarfs zu gewährleisten.

- II.2.2 Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit dem Hospizverein Würmtal e.V. Die Vorstellung und erste Kontaktaufnahme mit dem Bewohner werde stets durch die Vorsitzende des Hospizvereins begleitet und geschehe sehr zeitnah, max. innerhalb von 2 Tagen. Nach Möglichkeit werde der Hospizverein schon frühzeitig hinzugerufen, auch schon in der Demenz (Abschied vom Leben). Die Begleitung durch einen Mitarbeiter des Hospizvereins erfolge stets durch denselben Ansprechpartner. Ein passender Begleiter werde vermittelt, dies könne auch mal in der Muttersprache des Bewohners sein. Die Begleitung der Bewohner erfolge entsprechend seinen Wünschen und Vorstellungen. Vierteljährlich tausche man sich mit der Vorsitzenden aus. Ein gegenseitiger Auftritt von der Einrichtung und dem Hospizverein im Internet sei in Entstehung.

Im Hinblick auf eine ggf. erforderliche Schmerzbehandlung erfolge eine enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, SAPV-Team und ggf. sonstigen Therapeuten. Durch den Hospizverein finden auch Angehörige Begleitung und Entlastung. Ab September werde ein Mitarbeiter die Weiterbildung zur Palliativ Care-Fachkraft machen.

Das Konzept der Einrichtung zu Sterbebegleitung und Palliativ Care bildet ausführlich die Ziele und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele ab. Es stellt die Grundlage des pflegerischen Handelns der Einrichtung zu einer bedarfsgerechten und individuellen Versorgung von palliativ betreuten Bewohnern dar und vermittelt die konkreten Schwerpunkte, unter anderem die Achtung vor Spiritualität und dem Hintergrund von verschiedenen Religionen. Als Unterstützung fungiert eine im Haus eingesetzte Seelsorgerin. Die Begleitung, Beratung und Einbindung von Angehörigen wird ebenso als Schwerpunkt gesehen.

II.2.3 Am Prüftag waren die erforderlichen Körperpflegemittel verschlossen und nur für das Personal zugänglich aufbewahrt.
Die Beratungen der FQA wurden seit der letzten Heimnachschaue am 25.06.2019 umgesetzt und der Mangel unter III.3 ist abgestellt.

II.2.4 Am Prüftag waren die Desinfektionsmittelpender korrekt mit Anbruchsdatum beschriftet.
Die Beratungen der FQA wurden seit der letzten Heimnachschaue am 25.06.2019 umgesetzt und der Mangel unter III.5 ist abgestellt.

II.3 Qualitätsempfehlungen

II.3.1 Qualitätsbereich: Soziale Betreuung

Am Prüftag wird festgestellt, dass das Personal der sozialen Betreuung, insbesondere im Zuge der Neustrukturierung, viele Informationen, wie Planungen, Beobachtungen, Evaluationen zu einem großen Teil handschriftlich auf Zetteln oder Listen einträgt.

Eine Organisation auf Basis handschriftlicher Aufzeichnungen ist nicht mehr zeitgemäß, erschwert eine ganzheitliche und einheitliche Strukturierung des Arbeitsbereichs und ist fehleranfällig.

Für eine professionelle Organisation der individuellen Betreuungstätigkeiten, die ein höheres Maß an einheitlicher Struktur, Übersichtlichkeit und Kontrollmechanismen schafft, empfehlen wir der Einrichtung, auf eine konsequente PC-gestützte Dokumentation und Planung umzusteigen.

II.3.2 Qualitätsbereich: Verpflegung

Täglich werden 2 Mittagsgesichte zur Auswahl angeboten. Dazu gehören immer eine Suppe und ein Dessert. Manchmal finden sich 2 Suppengesichte, also Vorsuppe und ein Eintopfgericht, was ggf. sehr suppenlastig ist. Hier könnte auch eine andere Alternative als Vorspeise gereicht werden.

Wir empfehlen, in Kombination mit Eintopfgerichten als Vorspeise eine abwechslungsreiche Alternative als Vorspeise zu reichen, z.B. Salat, besonderes Brötchen mit Aufstrich, o.ä.

II.3.3 Pflege und Dokumentation

Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung/Alltagsaktivität

Am Prüfungstag ist im Zimmer eines Bewohners ein Schnabelbecher halbvoll gefüllt auf dem Tisch zu beobachten. Dem Fachgespräch ist zu entnehmen, dass der Bewohner das Getränk teilweise im Schnabelbecher erhält.

Bei den Bewohnern sollten Glasgefäße anstatt von Schnabeltassen verwendet werden, um den Schluckakt nicht zusätzlich zu behindern.

Wir empfehlen der Einsatz der Schnabeltassen zu reflektieren, da beim Trinken der Kopf nach hinten geneigt wird und dies zum Verschlucken führen kann. Dadurch, dass das Getränk hier direkt in den Mund- und Rachenraum läuft, wird der Schluckakt verkürzt. Dies fördert das Verschlucken der Nahrung bzw. bei Dysphagie die Aspirationsgefahr.

II.3.4 Pflege und Dokumentation Palliative Versorgung

Am Prüfungstag ist festzustellen, dass ein überprüfter Bewohner sich in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium befindet und aktuell eine Aggravation der Mehrfacherkrankungen mit progredientem Verlauf vorweist (chronische Niereninsuffizienz III b, interstitielle Nephropathie beidseitig, Diabetes mellitus, Mediainfarkt links etc.). Aus dem Fachgespräch und Sichtung der Dokumentation ergibt sich, dass die letzten Monate mit einer manifestierten Verschlechterung des Allgemeinzustands geprägt sind, sodass das Essen und Trinken auf natürlichem Wege nur sehr reduziert möglich ist. Die physische Mobilität und Motorik des Bewohners ist dabei durch die fehlende Eigenbewegung auf minimale Änderung der Körperhaltung wie Kopfdrehen und geringfügige Bewegung der linken Hand und des linken Fußes beschränkt. Der Bewohner leidet an immer wiederauftretenden Komplikationen wie bspw. unklare abdominelle Beschwerden und Blutzuckerentgleisungen und wird immer wieder (zuletzt am 22. Oktober 2021) ins Krankenhaus eingewiesen. Am Prüfungstag können die einfachen, geschlossenen Fragen seitens des Bewohners aufgrund der residuellen Aphasie nach einem Mediainfarkt mit einem leichten Kopfnicken beantwortet werden. Der mutmaßliche Wille des Bewohners bzw. eine Patientenverfügung ist schriftlich nicht fixiert. Im diesem Zusammenhang ist im Rahmen der Überprüfung positiv hervorzuheben, dass dem Fachgespräch zufolge die aktuelle Gesundheitsphase als eine terminale Phase der palliativen Geriatrie identifiziert wurde und eine umfassende interprofessionelle Fürsorge und Therapieklärung im palliativmedizinischen Kontext mit dem Ziel der optimalen Linderung von belastenden Symptomen auch im Hinblick auf Reanimation und Krankenseinweisung mit dem behandelnden Arzt und Betreuer im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung konkret angedacht ist. Dabei lässt das geplante Vorhaben einer solchen ethischen Fallbesprechung und Situationsklärung Rückschlüsse auf eine reflektierte Haltung und professionelle Sicht der palliativpflegerischen Perspektive des Pflegepersonals zu.

Angesichts der festgestellten Umstände mit fehlender Patientenverfügung und Einwilligungsunfähigkeit des Bewohners empfehlen wir, neben einer Therapieklärung von belastenden Leitsymptomen, den mutmaßlichen Bewohnerwillen unter ethischen Gesichtspunkten gemeinsam mit dem Bewohner, behandelnden Arzt und Betreuer/Angehörigen zu ermitteln und der ethischen Fallbesprechung zugrunde zu legen. Hierfür sind die Verhaltensweisen und verbale sowie nonverbale Äußerungen, die auf den mutmaßlichen Willen des pflegebedürftigen Bewohners hindeuten, zu erkennen und gezielt zu dokumentieren.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

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

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

III.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation
Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung

- III.1.1 Am Prüfungstag ist festzustellen, dass ein überprüfter Bewohner aufgrund einer rechtsseitigen spastischen Hemiparese infolge eines Mediainfarkts links in seiner Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt ist und auf der betroffenen Seite keine gezielten Eigenbewegungen mehr ausführen kann. Die physische Mobilität und Motorik ist insgesamt durch fehlende Eigenbewegung auf minimale Änderung der Körperhaltung wie Kopfdrehen und geringfügige Bewegung der linken Hand und des linken Fußes beschränkt. Vorliegend aus dem Bewegungs- und Mobilisationsplan liegt der Bewohner fast durchgehend im Bett, sodass eine Mobilisation im Multifunktionsrollstuhl und ein damit verbundener Umgebungswechsel nicht stattfindet. Am Prüfungstag steht jedoch ein individuell angepasster Multifunktionsrollstuhl im Zimmer des Bewohners zur Verfügung. Auch ein technisches Hilfsmittel wie Hebelifter ist zur Mobilisation in der Einrichtung vorhanden.

Mobilität ist als ein Grundbedürfnis und zentrales Moment von Teilhabe für den Bewohner zu betrachten und trägt maßgebend zur Lebensqualität und subjektiven Wohlbefinden bei. Eine gezielte Förderung der Mobilität kann dem Bewohner eine soziale Interaktion (Teilhabe) mit den Mitmenschen ermöglichen und damit verbundene Chancen zur Verbesserung der individuellen Lebensqualität fördern. Dabei können auch die positiven Effekte auf Beweglichkeit, Mobilitätserhaltung und Gesundheitsförderung erzielt werden. Dementsprechend ist die Mobilisation als ein wichtiges pflegefachliches Mittel zur Verbesserung bzw. zum Erhalt dieser Fähigkeiten zu sehen, um die Gefahr einer Reizdeprivation durch eine „Ortsfixierung“ und fortschreitenden Immobilisierung entgegenzuwirken.

- III.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.1.3 Wir raten, zur sozialen Teilhabemöglichkeit und Förderung der Lebensqualität die zielgerichteten, mobilitätsfördernden und „erlebnisaktivierenden“ Maßnahmen in Abhängigkeit vom mutmaßlichen Interesse und Biografie des Bewohners in den Fokus des pflegerischen Handelns zu stellen und den Bewohner regelmäßig im Rollstuhl zu mobilisieren. Hierdurch kann eine gesellschaftliche Teilhabe und ein subjektives Wohlbefinden für den Bewohner erreicht werden.

III.2 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation
Gesundheitsvorsorge/Dekubitusprophylaxe

- III.2.1 Ein überprüfter Bewohner mit Diabetes mellitus ist aufgrund einer rechtsseitigen spastischen Hemiparese infolge eines Mediainfarkts links in seiner Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt und kann auf der betroffenen Seite keine gezielten Eigenbewegungen mehr ausführen. Hierbei ist eine allgemeine Risikobeurteilung der Dekubitusgefährdung in dem Pflegeprozess (04/2021) ersichtlich. Es liegt zudem ein systematisch geführter Bewegungsplan, jedoch ohne individuell festgelegte Zeitabstände vor. Dem Fachgespräch ist eine signifikante Verschlechterung des Allgemeinzustands u.a. der Eigenmobilität (Eigenbewegung) und Ernährungssituation in den letzten Monaten zu entnehmen. Am Prüfungstag ist zu beobachten, dass die physische Mobilität und Motorik durch die fehlende Eigenbewegung auf minimale Änderung der Körperhaltung wie Kopfdrehen und geringfügige Bewegung der linken Hand und des linken Fußes beschränkt ist. Am 7. November 2021 ist erstmalig eine „kleine Wunde“ an Gesäßhälfte unter dem Kreuzbein in der Dokumentation beschrieben. Die Wunde wurde am 9. November 2021 von dem Hausarzt inspiziert und eine Wundbehandlung am 12. November 2021 per Fax angeordnet. Eine Problematik in Zusammenhang mit der Wundentstehung und Stuhlausscheidung wie Neigung zu Diarrhoe wird im Fachgespräch nicht angegeben. Zum Prüfzeitpunkt liegt der Bewohner auf einer Weichlagerungsmatratze, welche nach Schilderung der Schichtleitung seit ein paar Tagen angewendet wird.

Die Pflegedokumentation weist hinsichtlich der pflegefachlichen Analyse und Intervention Lücken auf. Vorliegend fehlt es an einer adäquaten Risikobeurteilung der Dekubitusgefährdung im Zusammenhang mit manifester Verschlechterung der Mobilität und Ernährungssituation in den letzten Wochen sowie an einer Analyse der Wundentstehung und darüberhinausgehenden Einleitung und Anpassung der behandlungspflegerischen Maßnahmen. Diese Umstände der Verschlechterung machen eine Anpassung der Maßnahmenplanung im Rahmen einer Evaluation erforderlich, um die Gefährdung einer Entstehung der Hautschädigung entgegenzuwirken.

Aus der Dokumentation ist weder die Entstehung der Wunde, noch die Durchführung eingeleiteter Erstversorgung ersichtlich. Eine Beschreibung der Wunde mit Ort, Größe, Wundstadium, Verlauf sowie die bislang durchgeführte Behandlung von 7. bis 12. November 2021 gehen aus der Dokumentation nicht hervor.

Am Prüfungstag kann eine Fotodokumentation der Wunde (vom 12. November 2021) vorgehalten werden, in der ca. ein 5mm x 3mm großer oberflächiger Hautdefekt ohne erkennbare Blasenbildung zu sehen ist und einem Dekubitusstadium II mit Schädigung von Epidermis entspricht.

Insbesondere Menschen mit Diabetes mellitus weisen eine diabetische Stoffwechsellage auf, die vielfältige Auswirkungen auf die Wundheilung besitzt. Dabei ist eine adäquate Regulation der Heilung durch die immunsupprimierenden Faktoren gehemmt und kann so zu einer verminderten Wundheilung führen. In einer Akutsituation, beispielsweise beim Auftreten einer Wunde auf der Haut sollte zunächst nach pflegefachlicher Ersteinschätzung eine Notwundbehandlung bzw. Erstversorgung (Wundreinigung und -abdeckung) unter aseptischen Bedingungen erfolgen. Im nächsten Schritt sollte die entstandene Wunde bzw. eine mögliche wundbedingte Einschränkung zur Anpassung der pflegefachlichen Interventionen und zu einer unverzüglichen Rücksprache mit dem behandelnden Arzt führen. Anschließend ist die Wunde zu dokumentieren, d.h. insbesondere die Entstehung, Größe, Wundstadium sowie die ergriffenen Maßnahmen. Hierauf folgt dann eine Wundbeobachtung und -pflege, deren Verlauf in einem Protokoll festgehalten werden sollten. Die Auswirkungen der eingeleiteten pflegerischen Interventionen sind ebenfalls zu dokumentieren und neu zu bewerten.

III.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.2.3 Wir raten der Einrichtung, zur effektiven Prävention und Verhinderung einer Dekubitusentstehung eine adäquate anlassbezogene Wiedereinschätzung von individuellen Risikofaktoren und Hautzustand aufgrund Veränderung der Pflegesituation durchzuführen und eine Anpassung von individuell und situativ passenden Interventionen an den Pflegeprozess vorzunehmen.

Darüber hinaus ist die Dokumentation der Wundentstehung, Größe, Wundstadium sowie die ergriffenen Behandlungsmaßnahmen und unverzügliche Informationsweitergabe an den behandelnden Arzt sicherzustellen. Auf Grundlage der ärztlichen Verordnung kann dann eine hygienische und fachgerechte Wundversorgung und kontinuierliche Umsetzung des therapeutischen Maßnahmenplans stattfinden, um eine Förderung des Wundheilungsprozesses herbeizuführen.

III.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

Erhalt und Förderung der eigenständigen Lebensführung/Alltagsaktivität

III.3.1 Bei einem überprüften Bewohner aufgrund aktueller Aggravation des Allgemeinzustands ist die orale Nahrungsaufnahmefähigkeit, das Essen und Trinken auf natürlichem Wege sehr reduziert. Aus der Pflegedokumentation ist eine signifikante Abnahmetendenz von ca. 8 kg innerhalb von zwei Monaten und innerhalb von letzten sechs Monaten von 15 kg feststellbar. Am Prüfungstag ist jedoch beim Bewohner keine manifestierte Untergewichtigkeit für das Auge sichtbar. Die sichtbaren Oberflächen der Haut sowie die Farbe im Gesicht und an den Lippen sind intakt und weisen keine Veränderungen auf.

Es wird bei dem Bewohner eine über mehrere Wochen erstreckende schleichende Ablehnung der Nahrungsaufnahme angegeben, die sich nach Schilderung durch Zusammenpressen der Lippen, Wegdrehen des Gesichts, Schließen der Augen etc. zeigt. Die Dokumentation stellt fest, dass sich die Gewichtsabnahme über mehrere Monate fortsetzt. Der Bewohner kann für sich keine Hilfe anfordern, das Essen und Trinken wird vollständig personell übernommen. Das Ernährungsrisiko ist in der Dokumentation erfasst und die Gewichtswerte sind monatlich ermittelt. Hierbei liegen drei Tage geführte Ernährungsprotokolle und Aufzeichnungen über die Portionierung der Nahrungsaufnahmen von 13., 14. und 15.09.2021 vor.

Eine Weiterführung und darüber hinausgehende pflegfachliche Auswertung der durchgeführten Ernährungsprotokolle, beispielsweise welche Menge der Mahlzeiten zu welchen Essenszeiten eingenommen bzw. abgelehnt wurden, und eine darauf basierende Analyse des Essverhaltens geht nicht hervor. Des Weiteren wird aus der Dokumentation deutlich, dass eine anlassbezogene, tiefergehende Risikoeinschätzung bzw. Neubewertung der Ernährungssituation und Identifizierung aller möglichen Ursachen der Abnahmeproblematik unter den Gesichtspunkten der psychischen, physischen und sozialen Prägungen fehlen. Der Dokumentation ist einmalig eine Rückmeldung des festgestellten Ernährungsstatus am 8. Oktober 2021 durch die Pflege an den Arzt zu entnehmen: „Bew. hat in einem Monat 7 kg abgenommen - > Maßnahmen ergreifen?“. Darüber hinaus fehlt jegliche Aufzeichnung, welche adäquaten pflegerischen Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Verbesserung des Ernährungszustands eingeleitet wurden.

Eine adäquate Ernährung ist für die Gesundheit und das Wohlbefinden von zentraler Bedeutung. Der Bewohner hat ein ausgeprägtes Selbstversorgungsdefizit und ein ablehnendes Essverhalten, bedingt durch Verschlechterung des Allgemeinzustands und Progredienz der vorbestehenden Erkrankungen. Daher benötigt er hier eine besondere personelle Unterstützung. Die anhaltende deutliche Gewichtsreduzierung erfordert eine tiefergehende Einschätzung der Ernährungssituation, in der physische, psychische und soziale Ursachen abgeklärt werden sollten sowie die Planung und Einleitung adäquater Maßnahmen.

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

III.3.3 Wir raten der Einrichtung, eine umgehende Einschätzung der Ernährungssituation zur Identifizierung der Ernährungsdefizite anhand eines tiefergehenden Assessments vorzunehmen. Dies dient der Sicherstellung einer bedürfnis- und bedarfsentsprechenden Nahrungsaufnahme. Es ist in Absprache mit dem behandelten Arzt eine individuelle Hilfs- und Unterstützungsplanung vorzunehmen. Beispielhaft genannt sind eine individuell angepasste Ernährung mit oraler Supplementierung mit Einsatz hochkalorischer Nahrung, zusätzlicher biografieorientierter Wunschkost, Planung personeller Unterstützungsmaßnahmen.

Eine Aussetzung des Risikomanagements ist in Einzelfallentscheidung dann zu rechtfertigen, wenn nach einer ethischen Fallbesprechung gemeinsam mit allen Beteiligten ein gemeinsamer Konsens über die mutmaßliche Willensäußerung des Bewohners (die Unterscheidung zwischen Nichtkönnen und Nichtwollen) erreicht wurde und in Folge dessen das Risikomanagement zur Nahrungsaufnahme unter Achtung der Menschenwürde im Rahmen einer palliativen Begleitung geklärt und angepasst wird. Insbesondere im Falle einer Nahrungsablehnung sind die Maßnahmen bezüglich aufgenommener Nahrung und Getränke sowie der immer aufs Neue erfolgenden Anregung zum Essen und Trinken mit einer besonderen Sorgfaltspflicht zu dokumentieren.

III.4 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation Gesundheitsvorsorge/Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.4.1 Ein Bewohner erhält laut Medikationsplan vom 8. April 2019 ein antipsychotisch wirkendes Neuroleptikum „Quetiapin 25 mg“ als Bedarfsmedikation zur Nacht. Das Medikament ist

einmalig in Einzeldosen von 1 Tablette zu verabreichen. Die Indikation, d.h. unter welchen Bedingungen eine Verabreichung zu erfolgen hat, lautet „Delirante Phasen“. Eine darüber hinausgehende Kommunikation mit dem behandelnden Arzt diesbezüglich ist der Dokumentation nicht zu entnehmen. Eine Verabreichung dieses Bedarfsmedikaments ist jedoch nachweislich nicht erfolgt, und es ist zum Prüfzeitpunkt vollständig vorhanden.

Derselbe Bewohner erhält laut der ärztlichen Anordnung vom 8. April 2019 das Mittel „Tavor 1mg Expidet“ als Bedarfsmedikation. Das Medikament ist in Einzeldosen von 1 Tablette alle 4 Stunden zu verabreichen, jedoch maximal 6 Tabletten innerhalb von 24 Stunden. Die Indikation, d.h. unter welchen Bedingungen eine Verabreichung zu erfolgen hat, lautet „Unruhe, Angst, Schlafstörung“. Eine darüber hinausgehende Kommunikation mit dem behandelnden Arzt diesbezüglich ist der Dokumentation nicht zu entnehmen.

Die Indikationen „Delirante Phasen“ bzw. „Unruhe, Angst, Schlafstörung“ bestimmen sowohl hinsichtlich des Zeitpunkts der Gabe als auch der auslösenden Bedingung für die Gabe weder eindeutig noch objektiv, wann die Gaben zu erfolgen haben. Bspw. ein delirantes Syndrom ist psychopathologisch als eine qualitative Abstufung einer Bewusstseinsveränderung zu verstehen und bedarf einer pflegfachlichen Translation, unter welchen objektiven Indikationskriterien die Verabreichung zu erfolgen hat. Aufgrund dieser Umstände entstehen bei der Verabreichung des hochpotenten Neuroleptikums und des Benzodiazepins für die Pflegenden Spielräume, die durch falsche Beurteilung fachlich überschritten werden können.

Es ist Aufgabe der Pflegenden sicherzustellen, dass die Gabe der Psychopharmaka im Rahmen der Bedarfsmedikation gemäß der ärztlichen Verordnung erfolgt. Folglich ist diese nur dann zu übernehmen bzw. auszuführen, wenn der Bedarfsfall und Einzeleinheiten der Gabe von den Pflegenden eindeutig bestimmt werden können. Bestehen Zweifel oder ist die Indikation unklar, so ist es im Rahmen der Durchführungsverantwortung Aufgabe der Pflegenden, vor Verabreichung eine Klärung mit dem Arzt herbeizuführen. Hierdurch wird vermieden, dass die Pflegenden therapeutisch oder diagnostisch tätig werden müssen.

III.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.4.3 Wir raten der Einrichtung, mit dem behandelnden Arzt dahingehend zu kommunizieren, dass die Ausführungsdefinition der Bedarfsmedikation durch objektive und eindeutige Indikationskriterien spezifiziert wird. Diesbezügliche Kommunikation mit dem behandelnden Arzt sowie deren Ergebnis sind zu dokumentieren.
Bei einer Bedarfsmedikation, welche seit ca. zwei Jahren nicht verabreicht wird, soll die Notwendigkeit der Bedarfsmedikation mit dem behandelnden Arzt eruiert und ggf. das Medikament abgesetzt werden.

III.5 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation Gesundheitsvorsorge/Umgang mit ärztlichen Anordnungen

III.5.1 Im Zimmer eines Bewohners befinden sich am Prüfungstag eine ärztlich angeordnete „Multilind“ Salbe und ein Wundantiseptikum „Octenisept“ 250 ml Flasche, bei denen jeweils kein Anbruchsdatum vermerkt ist.

Arzneimittel, insbesondere Salben, verändern mit längerer Lagerung ihre Konsistenz und sind zudem aufgrund äußerer Einflüsse nur begrenzt verwendungsfähig. Die Haltbarkeit der Arzneimittel ist daher in der Regel nach Anbruch wesentlich kürzer, als die vom Hersteller benannte Haltbarkeitsfrist auf der ungeöffneten Packung. Um die daraus folgende neue Haltbarkeit bzw. Ablauffrist berechnen zu können, soll der Anwender das Datum des Anbruchs auf dem Arzneimittel vermerken. Das Vermerken des korrekten Anbruchs-

und nach Möglichkeit auch des Verfallsdatums nach Anbruch entsprechend der Herstellerangaben bei diesen Produkten trägt dazu bei, einen ordnungsgemäßen Umgang mit den Arzneimitteln zu gewährleisten.

III.5.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.5.3 Wir raten der Einrichtung sicherzustellen, dass die durch den Anbruch geltenden Haltbarkeitsfristen berechnet, nachvollzogen und eingehalten werden können, um einen Gebrauch nach Ablauf zu verhindern. Hierzu können die Arzneimittel mit dem Anbruchdatum versehen werden, wodurch jedem Verwender ohne Weiteres die Berechnung ermöglicht wird. Bestenfalls kann zusätzlich das Verfallsdatum vermerkt werden, um Berechnungsfehler zu vermeiden.

III.6 Arzneimittel

III.6.1 Bei der Überprüfung der Temperaturkontrolllisten wird festgestellt, dass die täglichen Ermittlungen der Temperatur des Medikamentenkühlschranks wie u.a. am 1. Oktober, 1. - 3. August, 10. - 16. Juli, 1.- 6. Juni 2021 fehlen.

Zur Sicherstellung der therapeutischen Wirkung der thermolabilen Arzneimittel ist es erforderlich, die Temperatur täglich zu ermitteln. Bei Unter- oder Überschreitung der Temperatur von + 2 bis + 8 ° C besteht die Gefahr, dass der Wirkstoff verändert wird, sodass die Medikamente ihre Wirksamkeit verlieren.

III.6.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.6.3 Wir raten der Einrichtung, zur Sicherstellung der Therapiesicherheit der thermolabilen Arzneimittel täglich die Temperatur des Medikamentenkühlschranks mit einem Minimal- und Maximalwert zu ermitteln und zu dokumentieren (Referenzbereich von + 2 ° bis + 8 ° C).

III.7 Qualitätsbereich: Personal / Dokumentation

III.7.1 Die Prüfung der Dienstpläne für die Monate August bis November 2021 ergab, dass am 19.10.2021 im Nachtdienst keine Fachkraft eingesetzt war. Im Wohnbereich 3 wird in der Summe im Nachtdienst eine Besetzung mit 2 Personen ausgewiesen, diese finden sich jedoch nicht in der Planung. Auch ein kurzfristiger krankheitsbedingter Ausfall ist in diesem Wohnbereich nicht ersichtlich.

Hier besteht die Gefahr, dass die Pflegehilfskraft nicht adäquat und in angemessener Zeit auf einen Notruf reagieren kann.

Auch der Personalschlüssel im Nachtdienst von max. 1:40 ist dadurch unterschritten, da die Pflegehilfskraft so für die gesamte Bewohnerschaft allein verantwortlich war.

Per Stellungnahme vom 03.03.2022 wurde dargelegt, dass die tatsächliche Nachtdienstbesetzung mit ausreichend Personal (einer Fach- und einer Hilfskraft) bestand, jedoch zum Prüfzeitpunkt nicht dokumentiert war. Eine Bewohnergefährdung bestand daher nicht. Der Mangel wird in einen Mangel im Bereich der Dokumentation verändert.

III.7.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.7.3 Es wird geraten, auf die Sicherstellung einer Personaleinsatzplanung nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse sowie auf die korrekte und zeitnahe Eintragung

im aktuellen Dienstplan zu achten. Die Mitarbeiter der jeweiligen Wohnbereiche müssen auf den für sie maßgeblichen, wohnbereichsbezogenen Dienstplänen die diensthabenden Pflege- und Betreuungskräfte übersichtlich und transparent erkennen können. Dabei ist die jeweilige Qualifikation (Pflegefachkraft/ Pflegehilfskraft) und insbesondere auch der Einsatz von möglichen Zeitarbeitskräften anzugeben. Für die Mitarbeiter der Einrichtung muss zweifelsfrei erkennbar sein, welche Fachkräfte aus dem Bereich der Pflege und Betreuung im Versorgungsfall zur Verfügung stehen.

IV. Festgestellte wiederholte Mängel

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

IV.1 Qualitätsbereich: Wohnqualität

IV.1.1 Das stichprobenartig eingesehene Pflegebad ist an den Wänden mit Regalen ausgestattet, welche als Stauraum auch für Dekoartikel und Nicht-Badezubehör dienen.

Im Raum befinden sich ein Cosychair, ein Rollstuhl, ein Rollator, wodurch das Pflegebad nicht in einem unmittelbar nutzbaren Zustand gehalten wird.

Nach Angaben der Einrichtungsvertreter gebe es zu wenig Abstellraum, auch um Gegenstände für eine geplante Abholung zwischenzulagern. Dies solle sich mit dem Neubau ändern.

IV.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

IV.1.3 Generell raten wir, Pflegebäder ordentlich zu halten, damit diese jederzeit für die Bewohner nutzbar sind.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

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

Zum Prüfzeitpunkt am 10.11.2021 wurden keine erheblichen Mängel festgestellt.

VI. Veröffentlichung des Prüfberichtes

Dieser Prüfbericht wird auf der Internetseite des Landratsamtes München veröffentlicht.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem am Tag der Einrichtungsbegehung bzw. Prüfung festgestellten Sachverhalt um eine Momentaufnahme handelt, sodass ein im Nachgang zu der Prüfung evtl. erfolgtes Abstellen von Mängeln im Rahmen des Anhörungsverfahrens unberücksichtigt bleiben musste.

Die überprüfte Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, die Regierung von Oberbayern, der Bezirk Oberbayern und der MDK erhalten einen Abdruck dieses Prüfberichtes zur Kenntnis.

VII. Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe entweder Widerspruch eingelegt (siehe 1.) oder unmittelbar Klage erhoben (siehe 2.) werden.

1.) Wenn Widerspruch eingelegt wird:

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift beim Landratsamt München, Mariahilfplatz 17, 81541 München einzulegen.

Er kann auch elektronisch mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen unter der Adresse poststelle@lra-m.bayern.de eingelegt werden. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden.

Die Klage kann nicht vor Ablauf von drei Monaten seit der Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, außer wenn wegen besonderer Umstände des Falles eine kürzere Frist geboten ist. **Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen** und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

2.) Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist bei dem Bayerischen Verwaltungsgericht in München, Postfachanschrift: Postfach 20 05 43, 80005 München, Hausanschrift: 80335 München, Bayerstraße 30 schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. **Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen** und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

- Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung der Verwaltungsgerichtsordnung vom 22. Juni 2007 (GVBl S. 390) wurde im Bereich des Heimrechts ein fakultatives Widerspruchsverfahren eingeführt, das eine Wahlmöglichkeit eröffnet zwischen Widerspruchseinlegung und unmittelbarer Klageerhebung.
- Ein elektronisch eingelegter Widerspruch muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen sein. Eine elektronische Widerspruchseinlegung ohne qualifizierte elektronische Signatur ist unzulässig.
- Eine Klageerhebung in elektronischer Form ist unzulässig.
- [Sofern kein Fall des § 188 VwGO:] Kraft Bundesrechts ist in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten seit 1. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.