

Eigenbetrieb Senioren- und Pflegeheime
des Landkreises Ostallgäu
z.Hd. Fr. Gutsche
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

FQA - Heimaufsicht

Bearbeitung: Lena Lattermann
Zimmer C127
Telefon 08342 911-314
Fax 08342 911-97111
lena.lattermann@lra-oal.bayern.de
Aktenzeichen:22-4810
Ihr Zeichen:
05.11.2024

ERGEBNISPROTOKOLL 2

**Vollzug des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG);
Ergebnisprotokoll gemäß Art. 17a PflWoqG und Anhörung nach Art. 28 Bayerisches
Verwaltungsverfahrensgesetz (BayVwVfG)**

Träger der Einrichtung:

Eigenbetrieb Senioren- und Pflegeheime des Landkreises Ostallgäu
Schwabenstr 11, 87616 Marktoberdorf

Geprüfte Einrichtung:

Senioren- und Pflegeheim Obergünzburg, Krankenhausstr. 18, 87634 Obergünzburg

In der o.g. Einrichtung wurde am 03.08.2023 von 08.25 Uhr bis 15.55 Uhr eine anlassbezogene Prüfung durchgeführt.

Die Prüfung umfasste stichprobenartig folgende Qualitätsbereiche:

- Wohnqualität
- Soziale Betreuung
- Hauswirtschaftliche Versorgung und Verpflegung
- Freiheitseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen
- Pflege und Dokumentation
- Qualitäts- und Beschwerdemanagement
- Arzneimittel
- Hygiene
- Personal
- Mitwirkung und Mitbestimmung
- Bauliche Mindestanforderungen

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

I. Strukturdaten und allgemeine Informationen

Einrichtungsart

- stationäre Pflegeeinrichtung
- stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
- besondere Wohnform der Eingliederungshilfe
- stationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung für Menschen mit Behinderung
- betreute Wohngruppe
- ambulant betreute Wohngemeinschaft:
 - selbstgesteuert
 - trägergesteuert
 - außerklinische Intensivpflege

Angebotene Wohnformen

- stationäre Hausgemeinschaft
- beschützender Wohnbereich
- offene gerontopsychiatrische Wohnbereiche

<u>Angebotene Plätze:</u>	85
davon beschützende Plätze:	0
belegte Plätze am Begehungstag:	82
Einzelzimmerquote:	86,67%

Hinweis:

Die Verwendung der Begriffe „Bewohner“, „Mitarbeiter“, „Angehörige“, „Betreuer“, „Unterzeichner“ u.ä. ist im nachfolgenden Text geschlechtsneutral und nicht diskriminierend zu verstehen. Vielmehr geschieht diese Verwendung aus Gründen des Datenschutzes. Außerdem soll dadurch ein ungestörter Lesefluss erreicht werden. Die Namen der betroffenen Personen sind sowohl der Pflegedienstleitung bzw. Einrichtungsleitung als auch dem Unterzeichner bekannt.

II. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Erstmals festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PflWoqG, aufgrund derer gegebenenfalls eine Mängelberatung oder eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 Satz 1 PflWoqG erfolgen kann.

Hinweis:

Eine Beratung über 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.

II.1 Qualitätsbereich: Wohnqualität

II.1.1 Sachverhalt

a) Pflege- und Reinigungswagen nicht vollständig arretiert oder Bremsen defekt

Mehrere in den Wohnbereichen befindliche Pflege- und Reinigungswagen waren am Begehungstag nicht vollständig arretiert und daher beweglich.

Der Pflegewagen auf Wohnbereich WB 3 bei Zimmer 79 war nur mit einer von zwei Bremsen arretiert, ebenso der Reinigungswagen auf WB 2 bei Zimmer 134.

Auch nachdem die FQA die jeweils zweite Bremse arretierte, waren beide Wagen noch beweglich. Es ist daher davon auszugehen, dass die Feststellbremsen beider Wagen defekt sind.

b) Frei zugängliche Reinigungsmittel

Die Reinigungsmittel auf mehreren in den Wohnbereichen WB 1 und WB 2 stehenden Reinigungswagen befanden sich zwar in den Reinigungsmittel-Boxen, diese waren aber nur zugeklappt und nicht abgesperrt. Die Schlüssel für die Reinigungsmittel-Boxen waren am jeweiligen Reinigungswagen festgeknotet. Zum Zeitpunkt der Kontrolle der Reinigungswagen durch die FQA befanden sich keine Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter in unmittelbarer Nähe der Reinigungswagen. Die Reinigungsmittel waren für Bewohnerinnen und Bewohner somit frei zugänglich.

Laut einer Reinigungskraft sind Schlösser und Schlüssel für die Reinigungsmittel-Boxen an allen Reinigungswagen vorhanden, werden im laufenden Betrieb allerdings nicht genutzt.

c) Rufanlagenseil vom Boden aus nicht erreichbar

Im Sanitärraum des Bewohnerzimmers EG 06 (Wohnbereich WB 1) lag das Ende des Rufanlagenseils auf der Ablage in der Dusche und war somit nicht vom Boden aus erreichbar.

d) Handlauf auf beiden Flurseiten verstellt

Im Wohnbereich WB 2 war der Handlauf auf beiden Seiten des Flurs verstellt. Auf einer Seite standen ein Gummibaum und ein Tisch mit Pflanzen, auf der anderen Seite Reinigungs- und Pflegewagen. Der Handlauf war somit auf keiner Seite durchgängig nutzbar.

e) Fluchtweg verstellt

Der Fluchtweg über die Haupttreppe war zwischen Haupteingangstüre und dem Fuß der Treppe im Eingangsbereich des Erdgeschosses durch einen Tisch mit Stühlen und eine Pflanze auf knapp über die Hälfte der Treppenbreite verstellt.

II.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, die festgestellten Mängel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 Abs. 2 Ziff. 1 PflWoqG).

II.1.3 Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des festgestellten Mangels

a) Pflege- und Reinigungswagen nicht vollständig arretiert oder Bremsen defekt

Pflege- und Reinigungswagen sollten stets mit allen verfügbaren Bremsen arretiert werden, wenn diese in für Bewohnerinnen und Bewohner frei zugänglichen Bereichen abgestellt sind. Sollten Bewohnende stolpern und sich hierbei an einem Reinigungs- oder Pflegewagen festhalten, bietet ein beweglicher Wagen keine ausreichende Möglichkeit, einen Sturz ggf. zu verhindern.

Pflege- und Reinigungswagen mit defekten Bremsen sollten umgehend repariert oder ausgetauscht werden. Wir empfehlen zudem, alle Pflege- und Reinigungswagen im Haus hinsichtlich der Funktionalität der Bremsen systematisch zu überprüfen.

Es wird zudem geraten, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die standardmäßige Arretierung der Wagen zu sensibilisieren. Falls Mitarbeitende feststellen, dass Pflege- oder Reinigungswagen trotz arretierter Bremsen beweglich sind, sollten sie diese Beobachtung umgehend an die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung oder den Technischen Dienst melden.

b) Frei zugängliche Reinigungsmittel

Reinigungsmittel sind stets unzugänglich für Bewohnerinnen und Bewohner aufzubewahren, da diese für kognitiv beeinträchtigte Personen eine Gefahr darstellen können. Aufbewahrungsboxen für Putzmittel auf Reinigungswagen oder Räume und Schränke o.ä., in denen sich Reinigungsmittel befinden, sind stets abzuschließen.

Alle betreffenden Mitarbeitenden sollten regelmäßig und wiederkehrend dafür sensibilisiert werden, Reinigungsmittel stets unzugänglich aufzubewahren und die Reinigungsmittel-Boxen unmittelbar nach dem Entnehmen oder Zurückstellen von Reinigungsmitteln konsequent abzuschließen und den entsprechenden Schlüssel an sich zu nehmen.

c) Rufanlagenseil vom Boden aus nicht erreichbar

Rufanlagenseile müssen stets knapp über dem Boden hängen, damit gestürzte Bewohnerinnen und Bewohner die Seile auch vom Boden aus erreichen können.

Rufanlagenseile sollten vom Pflegepersonal regelmäßig nach unten gehängt werden, wenn z. B. Bewohnende selbst oder Reinigungskräfte die Seile nach oben gelegt haben.

Es wird dringend geraten, alle Mitarbeitenden für die Funktionsfähigkeit der Rufanlagenseile im Allgemeinen sowie eine gute Erreichbarkeit der Rufanlagenseile durch gestürzte Bewohnerinnen und Bewohner zu sensibilisieren.

d) Handlauf auf beiden Flurseiten verstellt

Auf mindestens einer Flurseite sollten Handläufe stets frei begehbar sein, um Bewohnerinnen und Bewohnern mit eingeschränkter Mobilität und/ oder Seheinschränkungen eine durchgängige Nutzung der Handläufe zu ermöglichen.

Wir empfehlen, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Thematik zu sensibilisieren.

e) Fluchtweg verstellt

Fluchtwege und Notausgänge sind jederzeit freizuhalten, um Bewohnerinnen und Bewohner im Falle eines Brandes oder anderer Notlagen sicher, zügig und ohne Verzögerungen durch Hindernisse evakuieren zu können.

Es wird daher dringend empfohlen, die zur Dekoration platzierten Gegenstände zu entfernen und alle Mitarbeitenden zu unterweisen und dafür zu sensibilisieren, dass Fluchtwege stets freizuhalten sind. Die Einhaltung dieser Vorgabe sollte regelmäßig überprüft werden.

II.2 Qualitätsbereich: Freiheitseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen

II.2.1 Sachverhalt

Rollstuhlbremse grundlos arretiert

Im Wohnbereich WB 1 schob ein Mitarbeiter einen im Rollstuhl sitzenden Bewohner zum Mittagessen an einen Tisch und arretierte daraufhin die Rollstuhl-Handbremse am rechten Reifen.

Andere anwesende Mitarbeitende gaben auf Nachfrage der FQA an, dass bei diesem Bewohner kein Grund für die Arretierung der Bremse vorliege, es bestehe keine starke Unruhe oder Verletzungsgefahr durch Wegrutschen des Rollstuhls beim Aufstehen o.ä. Der Bewohner könne sich mit kleinen Schritten im Rollstuhl noch selbst fortbewegen, die Bremse aber nicht eigenständig lösen. Der Bewohner ist laut Mitarbeitenden durch seine dementielle Erkrankung nicht ausreichend zu eigenen Willensäußerungen in der Lage, ein richterlicher Beschluss für die Arretierung der Bremsen lag nicht vor.

II.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 Abs. 2 Ziff. 4 PflWoqG).

II.2.3 Beratung der FQA zur Abstellung des festgestellten erheblichen Mangels

Rollstuhlbremse grundlos arretiert

Solange das Arretieren der Rollstuhl-Handbremse zum Schutz gegen eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben nicht unerlässlich ist, stellt es eine freiheitseinschränkende

oder freiheitsentziehende Maßnahme (FeM) dar, die den Bewohner gegen seinen Willen in seiner Bewegung einschränken kann.

Die Rollstuhl-Handbremsen dürfen beim betreffenden Bewohner nicht mehr arretiert werden, solange ohne die temporäre Arretierung keine unmittelbare Gefährdung des Bewohners zu befürchten ist.

Die beim Mittagessen beobachtete Situation wurde den anwesenden Leitungskräften im Abschlussgespräch erläutert. Der betreffende Mitarbeiter hatte sich zuvor bereits an seine Wohnbereichsleitung gewandt und dieser den Vorfall von sich aus gemeldet. Er habe geäußert, dass er selber nicht wisse wieso er die Rollstuhl-Handbremsen arretierte, sich aber über die Unzulässigkeit seines Vorgehens bewusst sei.

Wir empfehlen, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema FeM sowie mögliche Alternativen regelmäßig zu unterweisen und zu sensibilisieren.

II.3 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

II.3.1 Sachverhalt

a) Lagerungsintervall überschritten

Ein Bewohner soll tagsüber und nachts alle drei Stunden gelagert werden. In dem überprüften Zeitraum sind an folgenden Tagen die Lagerungsintervalle überschritten worden:

- 22.07.23: Lagerung um 16.00 Uhr, nächste Lagerung um 20.15 Uhr
- 22.07.23: Lagerung um 22.00 Uhr, nächste Lagerung um 02.00 Uhr
- 24.07.23: Lagerung um 04.30 Uhr, nächste Lagerung um 10.00 Uhr
- 24.07.23: Lagerung um 14.20 Uhr, nächste Lagerung um 19.20 Uhr
- 25.07.23: Lagerung um 03.10 Uhr, nächste Lagerung um 09.30 Uhr
- 27.07.23: Lagerung um 11.20 Uhr, nächste Lagerungen um 16.30 Uhr und 20.20 Uhr
- 28.07.23: Lagerung um 11.00 Uhr, nächste Lagerungen um 16.45 Uhr und 22.30 Uhr
- 29.07.23: Lagerung um 16.20 Uhr, nächste Lagerung um 20.45 Uhr
- 30.07.23: Lagerung um 14.20 Uhr, nächste Lagerung um 20.50 Uhr
- 01.08.23: Lagerung um 05.15 Uhr, nächste Lagerung um 09.20 Uhr

Ein weiterer Bewohner soll ebenfalls tagsüber und nachts alle drei Stunden gelagert werden. In dem überprüften Zeitraum sind an folgenden Tagen die Lagerungsintervalle überschritten worden:

- 23.07.23: Lagerung um 08.30 Uhr, nächste Lagerung um 23.00 Uhr
- 25.07.23: Lagerung um 17.05 Uhr, nächste Lagerung um 23.00 Uhr
- 29.07.23: Lagerung um 12.40 Uhr, nächste Lagerung um 22.00 Uhr
- 30.07.23: Lagerung um 12.45 Uhr, nächste Lagerung um 20.00 Uhr
- 31.07.23: Lagerung um 14.00 Uhr, nächste Lagerungen um 19.00 Uhr und 23.00 Uhr

Auch bei einem dritten Bewohner wird ein Lagerungsplan mit einem Lagerungsintervall von drei Stunden vorgehalten. Bei der Durchsicht des Lagerungsplan ist aufgefallen, dass der Bewohner nicht wie festgelegt alle drei Stunden gelagert wird, sondern der Lagerungszeitraum vier bis fünf Stunden beträgt, erst dann erfolgte ein Positionswechsel.

Dies war am 13.07., 14.07., 15.07., 22.07., 23.07., 26.07., 27.07., 28.07., 29.07., 30.07. und 31.07.2023 der Fall.

b) Maßnahmenplan nicht aktuell

Im Maßnahmenplan eines Bewohners ist aufgefallen, dass der Plan nicht aktuell ist. Es wird unter Grundsätzliches nicht dokumentiert, dass der Bewohner eine Pergamenthaut hat und dass aktuell ein Juckreiz besteht, der mit einem Körperschaum behandelt wird. Zudem wird im Maßnahmenplan unter Frühdienst berichtet, dass bei dem Bewohner ein Verbandwechsel am rechten Oberschenkel nach AO durchgeführt werden soll und leeren des Katheterbeutels. Weder eine Wunde am rechten Oberschenkel noch ein Blasenkatheter konnte bei dem Bewohner während der Pflegehandlung gesehen werden. Zudem wird von einem Ess- und Trinkplan berichtet. Unter Nachtschicht wird berichtet, dass der Bewohner manchmal am Bettrand sitzt, wenn er nicht schlafen kann. Die zuständige Pflegekraft erzählte, dass der Bewohner keine Eigenbewegungen mehr durchführen kann und das Aufsitzen nur mit zwei Pflegekräften möglich ist. Ebenfalls konnte weder bei der Durchsicht der Dokumentation im PC als auch im Bewohnerzimmer ein Ess- und Trinkprotokoll gefunden werden.

II.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

Rechtsgrundlage:

a) **Art. 3 Abs. 2 Ziff. 4 und Ziff. 8 PflWoqG**

b) **Art. 3 Abs. 2 Ziff. 4 PflWoqG**

II.3.3 Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des festgestellten Mangels

a) Lagerungsintervall überschritten

Wir raten dringend, die angeordneten Lagerungsintervalle von drei Stunden einzuhalten und zu dokumentieren, dazu gehören auch Mikrolagerungen. Dies ist wichtig, um eine regelmäßige Entlastung der gefährdeten Körperstellen zu gewährleisten.

Falls möglich sollte das Lagerungsintervall bei Dekubitus gefährdeten Bewohner auf zwei Stunden herabgesetzt werden, da laut dem deutschen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe ein Dekubitus bereits nach 30 Minuten auftreten kann.

b) Maßnahmenplan nicht aktuell

Es wird empfohlen, den Maßnahmenplan in einem Evaluationszeitraum mit zu überprüfen und neu an den Bewohner anzupassen.

II.4 Qualitätsbereich: Qualitäts- und Beschwerdemanagement

II.4.1 Sachverhalt

Keine ausreichenden Möglichkeiten zur elektronischen Dokumentation

Nachdem bereits bei mehreren Begehungen eine unzureichende oder nicht konsequent durchgeführte Pflegedokumentation bemängelt wurde (z. B. Begehung vom 26.11.2018, 21.10.2019, 22.07.2021, 19.01.2023) und auch die aktuelle Beschwerde eines

Angehörigen Anhaltspunkte für Lücken in der Pflegedokumentation ergab, ging die FQA am Begehungstag den ursächlichen Faktoren für die anhaltenden Dokumentationsmängel nach. Neben Gesprächen mit Mitarbeitern und Wohnbereichsleitungen wurden auch das Qualitätsmanagement, das Vorhandensein von Verfahrensanweisungen und der Zugang für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu den Verfahrensanweisungen überprüft. Die FQA prüfte zudem den Turnus von Teamsitzungen, Unterweisungen und Schulungen zum Thema Dokumentation.

Laut einer Wohnbereichsleitung stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für insgesamt vier Stationen im ganzen Haus nur zwei Arbeitsplatzcomputer (PCs) für die Pflegedokumentation zur Verfügung. Die Anschaffung von weiteren PCs sei seitens des Trägers derzeit nicht angedacht. Auch könnten keine mobilen Geräte wie z. B. Tablets genutzt werden, da es auf den einzelnen Stationen kein oder kein ausreichendes WLAN gibt. Die durch den Träger zu beauftragende Messung, wie viele WLAN-Verstärker es im Haus brauche, stehe seit ca. 4 Monaten aus.

Die Wohnbereichsleitungen (WBL) seien sich der Wichtigkeit von regelmäßiger, zuverlässiger und zeitnaher Dokumentation sehr bewusst, eine WBL stelle den Mitarbeitenden daher sogar immer wieder ihren eigenen PC für die Dokumentation zur Verfügung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden seit ein paar Monaten zusätzlich versuchen, sich für die Dokumentation stationsübergreifend mit Zeit-Slots abzusprechen. Seither funktioniere die zeitnahe und regelmäßige Dokumentation etwas besser als zuvor, eine häufigere und regelmäßiger Dokumentation sei unter den beschriebenen Umständen jedoch nicht leistbar.

II.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 Abs. 2 Ziff. 8 PflWoqG).

II.4.3 Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des festgestellten Mangels
Keine ausreichenden Möglichkeiten zur elektronischen Dokumentation

Das Erreichen einer angemessenen Qualität der pflegerischen Versorgung wird durch die gewissenhafte Erstellung der Pflegedokumentation erleichtert und macht die Arbeit der Pflegenden sicher, nachvollziehbar und kontrollierbar. Der Verlauf des an den Bewohnerinnen und Bewohnern orientierten und umgesetzten Pflegeprozesses ist zu dokumentieren (Art.3 Abs. 2 Ziff. 8 PflWoqG). Nur durch eine konsequente Dokumentation von Pflegeprozessen, Wundverläufen, Vorfällen etc. kann sichergestellt werden, dass wichtige Informationen zum betreffenden Bewohnenden von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jederzeit eingesehen und umgesetzt werden können.

Die Vorhaltung von nur zwei PCs für die Pflegedokumentation von bis zu 85 Bewohnerinnen und Bewohnern ist nicht ausreichend.

Es wird dringend empfohlen, zeitnah zusätzliche Computer-Arbeitsplätze für die Pflegedokumentation einzurichten (mindestens ein PC pro Wohnbereich) und/ oder alle Wohnbereiche mit stabilem WLAN und für die Pflegedokumentation geeigneten mobilen Endgeräten in ausreichender Anzahl auszustatten.

III. Erneute oder in Fortsetzung festgestellte Mängel nach bereits erfolgter Beratung

Erneute oder in Fortsetzung festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PflWoqG nach bereits erfolgter Beratung über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel, aufgrund derer eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 2 Satz 2 PflWoqG geplant ist oder abweichend eine nochmalige Beratung erfolgen kann.

III.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.1.1 Sachverhalt

a) Kein Verlaufsbericht ersichtlich

Bei der Durchsicht der Dokumentation eines Bewohners ist aufgefallen, dass am 31.07.2023 dokumentiert wurde, dass am linken Fuß am Zeh eine kleine Hautläsion und eine leichte Rötung zu sehen war.

Bei einem anderen Bewohner ist aufgefallen, dass am 21.06.2023 dokumentiert wurde, dass eine Rötung an den Schamlippen und in der Analfalte vorhanden war.

Wiederum ist bei einem dritten Bewohner aufgefallen, dass in der Dokumentation am 17.06.2023 berichtet wurde, dass an der linken Gesäßhälfte ein kleiner Dekubitus von ca. 4 mm besteht und am 08.07.2023 wurde dokumentiert, dass am rechten Oberarm eine Hautläsion besteht mit unklarer Herkunft.

Ein weiterer Bewohner hat laut Dokumentation (Eintrag am 29.07.23) eine Blutblase am rechten Unterschenkel.

Ein Verlaufsbericht ist bei allen dokumentierten Vorkommnissen nicht ersichtlich bezüglich Wundsituation, Wundverlauf oder Info an den Hausarzt.

b) Risikoeinschätzung nicht aktuell

Ein Bewohner hat Pflegerisiken wie Sturz, Dekubitus, Thrombose, Inkontinenz und Schmerz. Diese Pflegerisiken wurden im März 2023 das letzte Mal evaluiert.

Bei der Durchsicht der Dokumentation eines anderen Bewohners ist aufgefallen, dass die Pflegerisiken Pneumonie, Kontraktur, Thrombose und Inkontinenz ebenfalls im März 2023 und die Pflegerisiken Schmerz, Dekubitus, Ernährung und Flüssigkeit im April 2023 das letzte Mal evaluiert worden ist.

Bei der Durchsicht der Risikoeinschätzungen eines dritten Bewohners ist aufgefallen, dass das Risiko

- Sturz zuletzt am 13.03.23,
- Inkontinenz zuletzt am 24.03.23,
- Ernährung zuletzt am 13.03.23

evaluiert worden ist.

III.1.2 **Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.**

Rechtsgrundlage:

- a) **Art. 3 Abs. 2 Ziff. 4 und Ziff. 8 PflWoqG**
- b) **Art. 3 Abs. 2 Ziff. 3 und Ziff. 4 PflWoqG**

III.1.3 Erneute Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des festgestellten Mangels

a) **Kein Verlaufsbericht ersichtlich**

Es wird empfohlen, bei auffälligen Hautsituationen im Verlaufsbericht die aktuelle IST-Situation zu dokumentieren und eine Beobachtung über mehrere Tage durchzuführen. So werden eine Übersicht und eine bessere Kontrolle der zu beobachtenden Situation gewährleistet. Eine bessere Kommunikation kann so auch mit dem Arzt erfolgen, da ein Verlauf zu beobachten ist, bezüglich Besserung oder Verschlechterung der Situation.

Wir raten dringend, bei Zustandsveränderungen und Auffälligkeiten dies im Verlaufsbericht bis zur vollständigen Heilung nachvollziehbar zu dokumentieren.

b) **Risikoeinschätzung nicht aktuell**

Es wird dringend empfohlen die pflegfachlichen Risiken regelmäßig alle drei Monate anhand der Expertenstandards zu evaluieren und Maßnahmen einzuleiten.

III.2 Qualitätsbereich: Personal

III.2.1 Sachverhalt

Unterschreitung der Gerontofachkraftquote

Der gesetzlich vorgeschriebene Personalschlüssel von je einer Gerontofachkraft pro 30 Bewohnerinnen und Bewohnern nach § 15 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 AVPflWoqG ist erneut unterschritten. Statt mindestens 2,70 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) an Gerontofachkräften für 81 pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner hält die Einrichtung derzeit keine entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (null VZÄ) vor. Es fehlen demnach 2,70 VZÄ an Gerontofachkräften.

Die Einrichtungsleitung gab an, bereits alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeschrieben und für die Gerontofachkraft-Weiterbildung geworben zu haben, es habe sich aber kaum jemand freiwillig gemeldet. Das Thema werde regelmäßig im Team angesprochen. Eine Pflegefachkraft (Vollzeit) ist für die Weiterbildung ab September 2023 angemeldet.

III.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 Abs. 3 Ziff. 1 PflWoqG).

III.2.3 Erneute Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung des festgestellten Mangels

Unterschreitung der Gerontofachkraftquote

Nach § 15 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 AVPflWoqG müssen in stationären Einrichtungen der Pflege gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte im Verhältnis von je einer Gerontofachkraft pro 30 pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern eingesetzt werden.

Es wird erneut empfohlen, die Gerontofachkraftquote kurzfristig durch Personalgewinnung bzw. mittel- und langfristig durch Weiterbildung von vorhandenem Personal zu steigern.

IV. Festgestellte erhebliche Mängel

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

IV.1 Qualitätsbereich: Bauliche Mindestanforderungen

IV.1.1 Sachverhalt

a) Fehlender oder defekter Verbrühungsschutz

Zum nachfolgend ausgeführten erheblichen Mangel wurde bereits gesondert ein Anordnungsbescheid erteilt.

Am Begehungstag wurde durch die FQA in mehreren Räumen stichprobenartig durch Temperaturmessung festgestellt, dass die maximal zulässige Auslauftemperatur (Wassertemperatur) von 45°C an mehreren den Bewohnerinnen und Bewohnern frei zugänglichen Auslaufstellen zum Teil deutlich überschritten wurde.

Folgende Auslauftemperaturen wurden gemessen:

- Wohnbereich 1

Zimmer EG 13	Dusche	48,6°C
Zimmer EG 06	Dusche	51,2°C

- Wohnbereich 2

Zimmer OG 120	Waschtisch	46,2°C
Zimmer OG 125	Waschtisch	48,1°C
Zimmer OG 116	Dusche	48,0°C
Pflegebad	Waschtisch	46,1°C

- Wohnbereich 3

Zimmer EG 82	Dusche	45,6°C
Zimmer EG 70	Dusche	49,0°C
Pflegebad	Badewanne	45,9°C

- Wohnbereich 4

Zimmer OG 162	Dusche	50,2°C
---------------	--------	--------

b) Nach innen öffnende Sanitärraum-Tür

Die Tür des Damen-WCs im Wohnbereich WB 3 neben dem Speisesaal geht nach innen auf. Die Tür ist auf der Außenseite mit einem beweglichen Knauf ausgestattet und somit für Bewohnerinnen und Bewohner frei zugänglich.

An der Tür hängt ein Schild „Bitte an Bewohnerinnen, gegenüberliegendes Beh.-WC zu nutzen“. Laut den befragten Pflegekräften benutzen die Bewohnerinnen das Damen-WC

mit der nach innen öffnenden Tür aber immer wieder, wenn das Behinderten-WC gerade besetzt ist.

IV.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, die festgestellten Mängel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen.

Rechtsgrundlage:

- a) **Art. 3 Abs. 2 Ziff. 1 und Ziff. 6 PflWoqG**
- b) **Art. 3 Abs. 2 Ziff. 1 PflWoqG**

IV.1.3 Beratung oder bereits erteilte schriftliche Anordnung der FQA zur Abstellung des festgestellten erheblichen Mangels

a) Fehlender oder defekter Verbrühungsschutz

Nach § 8 Abs. 2 Satz 1 AVPflWoqG ist bei Badewannen-, Dusch- und Waschtischarmaturen ein Verbrühungsschutz erforderlich. Um Verbrühungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu vermeiden, ist die Wassertemperatur an allen den Bewohnerinnen und Bewohnern zugänglichen Auslaufstellen auf 45°C zu begrenzen.

Die am Begehungstag gemessenen Wassertemperaturen wurden von der FQA im Abschlussgespräch gegenüber der Einrichtungsleitung (Frau Wild), der Pflegedienstleitung (Hr. Köhler) und einer Wohnbereichsleitung (Hr. Weber) detailliert aufgeführt. Den Anwesenden wurde erläutert, weshalb die teils erheblich zu hohen Auslauftemperaturen eine konkrete Verbrühungsgefahr mit möglichen gesundheitsschädigenden bis lebensbedrohlichen Folgen für die Bewohnerinnen und Bewohner darstellen.

Der Anordnungsbescheid wurde durch die FQA am 24.08.2023 erlassen, der Träger bestätigte den Empfang am 30.08.2023.

Die folgenden wesentlichen Inhalte des geplanten Bescheids wurden der Einrichtungsleitung sowie der anwesenden Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung im Abschlussgespräch bereits mündlich angeordnet:

1. Der Träger wird verpflichtet, an allen den Bewohnerinnen und Bewohnern in der Einrichtung zugänglichen Auslaufstellen (Auslaufarmaturen: Badewannen-, Dusch- und Waschtischarmaturen) zeitnah, bis zu einer durch die FQA im angekündigten Anordnungsbescheid definierten Frist, einen wirksamen Verbrühungsschutz sicherzustellen.
2. Die Nutzung der den Bewohnerinnen und Bewohnern zugänglichen Auslaufarmaturen muss bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern ab sofort durch Personal (Assistenz) begleitet werden, solange an der jeweils genutzten Auslaufarmatur kein wirksamer Verbrühungsschutz sichergestellt ist.

Die Frist für den Vollzug der angeordneten Sicherstellung wurde auf den 30.09.2023 festgesetzt (Anordnungsbescheid vom 24.08.2023).

Eine systematische Messung der Wassertemperaturen an allen für Bewohnerinnen und Bewohner zugänglichen Auslaufarmaturen sollte standardmäßig *mindestens* alle sechs Monate vorgenommen werden. Die Prüfergebnisse sollten in einem übersichtlichen

Protokoll erfasst werden, das alle Auslaufarmaturen erfasst. Nur durch regelmäßige Kontrollen der Auslaufarmaturen und ggf. Justierung oder Austausch nicht richtig eingestellter oder defekter Verbrühungsschutz-Vorrichtungen kann sichergestellt werden, dass sich Bewohnerinnen und Bewohner keine Verbrühungen mit gesundheitsschädlichen bis hin zu lebensbedrohlichen Folgen zuziehen.

Es wird dringend empfohlen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig für die Thematik zu sensibilisieren. Mitarbeitende, die eine ihnen zu hoch erscheinende Auslauftemperatur feststellen, sollten ihre Beobachtung umgehend an die Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung oder den Technischen Dienst melden.

b) Nach innen öffnende Sanitärraum-Tür

Nach 5.5.1 DIN 18040-2 müssen Drehflügeltüren von für Bewohnerinnen und Bewohner frei zugänglichen Sanitärräumen nach außen aufschlagen, um ein Blockieren der Tür, etwa durch eine gestürzte Person, zu vermeiden.

Falls das WC weiterhin von Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt werden soll, ist die Türanschlagsrichtung mit entsprechenden baulichen Maßnahmen nach außen zu ändern. Alternativ sollte das WC dauerhaft für Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr frei zugänglich sein, z. B. durch Einbau eines gewichteten Obentürschließers in Verbindung mit einem feststehenden Türknauf, denn dann nur noch Mitarbeitende mit ihrem Schlüssel öffnen können.

V. Kostenentscheidung

Für diesen Bescheid werden keine Gebühren festgesetzt. Auslagen sind nicht entstanden. Die Kostenentscheidung beruht auf Art. 1 und 2, die Gebührenentscheidung auf Art. 4 Satz 1 Nr. 2 des Kostengesetzes (KG).

Rechtsbehelfsbelehrung

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

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird

ist der Widerspruch einzulegen beim

**Landratsamt Ostallgäu
in 87616 Marktoberdorf, Schwabenstraße 11**

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird

ist die Klage zu erheben beim

**Bayerischen Verwaltungsgericht in 86152 Augsburg,
Postfachanschrift: 11 23 43, 86048 Augsburg
Hausanschrift: Kornhausgasse 4, 86152 Augsburg**

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung

- Die Einlegung des Rechtsbehelfs ist schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch in einer für den Schriftformersatz zugelassenen Form möglich. Die Einlegung eines Rechtsbehelfs per einfacher E-Mail ist nicht zugelassen und entfaltet keine rechtlichen Wirkungen!
- Ab 01.01.2022 muss der in § 55d VwGO genannte Personenkreis Klagen grundsätzlich elektronisch einreichen.
- Kraft Bundesrechts wird in Prozessverfahren vor den Verwaltungsgerichten infolge der Klageerhebung eine Verfahrensgebühr fällig.
- Sollte ein Rechtsbehelf erfolglos bleiben können Kosten anfallen.

Lattermann

In Abdruck an:

1. Einrichtung z. Hd. Einrichtungsleitung
2. ARGE der Pflegekassenverbände in Bayern
Gärtnersleite 14
96450 Coburg
thomas.weisslein@by.aok.de
3. Medizinischer Dienst Bayern
Disposition Pflege
Margaretenstr. 16
93047 Regensburg
qs-pflege@md-bayern.de
4. Regierung von Schwaben
5. Bezirk Schwaben
Entgelte.SGB-XI@bezirk-schwaben.de