

Beratung und Prüfung nach dem Wohn- und Teilhabegesetz

Ergebnisbericht: Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot/Hospiz/Kurzzeitbetreuung

Nach §§ 23, 41 WTG werden Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot und Gasteinrichtungen regelmäßig überprüft. Werden Mängel in der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen - als Mangel gilt jede Nichterfüllung der gesetzlichen Anforderungen - festgestellt, werden die Einrichtungen zur Abstellung dieser Mängel beraten. Ihnen kann insoweit auch eine Frist zur Mangelbeseitigung gesetzt werden. Sofern es die Art des Mangels erfordert, wird die Einrichtung aufgefordert, den Mangel sofort zu beseitigen.

Bei der Feststellung von Mängeln wird zwischen geringfügigen und wesentlichen Mängeln differenziert. Geringfügig sind Mängel, wenn im Rahmen der Ermessensausübung von einer Anordnung abgesehen wird. Wesentliche Mängel liegen vor, wenn zu ihrer Beseitigung eine Anordnung (z. B. Anordnung einer bestimmten Personalbesetzung, Aufnahmestopp, Betriebsuntersagung etc.) erlassen wird.

Manche Anforderungen werden auch nicht geprüft, z: B. weil sie zu einem früheren Zeitpunkt geprüft wurden und keine Anhaltspunkte für eine Veränderung bestehen.

Das wesentliche Ergebnis der Prüfung wird nach §§ 14 Abs. 10 WTG, 4 WTG DVO nachfolgend veröffentlicht:

Allgemeine Angaben

Einrichtung	Einrichtung mit umfassenden Leistungsangebot (SGB XI)
Name	Altenheim St. Johannes
Anschrift	Lülfstr. 17, 45665 Recklinghausen
Telefonnummer	02361 9884-0
ggf. Email-Adresse und Homepage (der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters sowie der Einrichtung)	
Leistungsangebot (Pflege, Eingliederungshilfe, ggf. fachliche Schwerpunkte)	Vollstationäre Pflege (SGB XI)
Kapazität	77 Plätze
Die Prüfung der zuständigen Behörde zur Bewertung der Qualität erfolgte am	04.08.2020

Wohnqualität

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
1 Privatbereich (Badezimmer/Zimmergrößen)	keine Mängel	
2 Ausreichendes Angebot von Einzelzimmern	keine Mängel	
3 Gemeinschaftsräume	keine Mängel	
4 Technische Installationen	keine Mängel	
5 Rufanlagen	geringfügige Mängel	

Hauswirtschaftliche Versorgung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
6 Speisen und Getränkeversorgung	keine Mängel	
7 Wäsche- und Hausreinigung	geringfügige Mängel	

Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
8 Anbindung an das Leben in der Stadt/im Dorf	keine Mängel	
9 Erhalt und Förderung der Selbständigkeit und Mobilität	keine Mängel	
10 Achtung und Gestaltung der Privatsphäre	keine Mängel	

Information und Beratung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
11 Information über das Leistungsangebot	keine Mängel	
12 Beschwerdemanagement	keine Mängel	

Mitwirkung und Mitbestimmung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
13 Beachtung der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte	keine Mängel	

Personelle Ausstattung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
14 Persönliche und fachliche Eignung der Beschäftigten	keine Mängel	
15 Ausreichende Personalausstattung	keine Mängel	
16 Fachkraftquote	keine Mängel	
17 Fort- und Weiterbildung	geringfügige Mängel	

Pflege und Betreuung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
18 Pflege und Betreuungsqualität	nicht geprüft	
19 Pflegeplanung/ Förderplanung	geringfügige Mängel	
20 Umgang mit Arzneimitteln	wesentliche Mängel	
21 Dokumentation	keine Mängel	
22 Hygieneanforderungen	geringfügige Mängel	
23 Organisation der ärztlichen Betreuung	keine Mängel	

Freiheitsentziehende Maßnahmen (Fixierungen/Sedierungen)

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
24 Rechtmäßigkeit	geringfügige Mängel	
25 Konzept zur Vermeidung	keine Mängel	
26 Dokumentation	nicht geprüft	

Gewaltschutz

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
27 Konzept zum Gewaltschutz	keine Mängel	
28 Dokumentation	nicht geprüft	

Einwendungen und Stellungnahmen

Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter haben das Recht, Einwände gegen das Ergebnis der Prüfungen zu erheben. Wenn die Behörde den Einwand für berechtigt hält, ändert sie die obige Bewertung. Hält sie den Einwand nicht für berechtigt, bleibt sie bei ihrer Bewertung und gibt dazu eine Stellungnahme ab.

Ziffer	Einwand	Begründung
	Einwand der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters	
	Die Beratungs- und Prüfbehörde hält an der Bewertung fest, weil	
----	Einwendung der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters	----
----	Die Beratungs- und Prüfbehörde hält an der Bewertung fest, weil	----
----	Einwendung der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters	----
----	Die Beratungs- und Prüfbehörde hält an der Bewertung fest, weil	----

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse in einfacher Sprache

Wohnqualität:

Gemessen an den Maßstäben des Normalitätsprinzips des Alltags eines häuslichen Lebens erfüllt die Einrichtung die gesetzlichen Anforderungen. Die Gestaltung der Wohn- und Gemeinschaftsräume ist angemessen und kann durch die Bewohner mitgestaltet werden (eigene Bilder, eigene Dekoration). Die Individualräume können ebenfalls durch die Bewohner gestaltet werden und das Mitbringen eigener Möbel aus der häuslichen Umgebung ist möglich.

Am Tag der Prüfung hinterließen sowohl die Gemeinschaftsräume und die öffentlichen Bereiche, als auch die besuchten Bewohnerzimmer einen sauberen und gepflegten Eindruck.

Alle Zimmer verfügen über eine Rufanlage. Rufanlagenprotokolle konnten nicht ausgewertet werden. Die Einrichtungsleitung wurde dahingehend beraten, eine neue Rufanlage anzuschaffen. Weitere Beanstandungen hinsichtlich der Wohnqualität bestanden am Tag der Prüfung nicht.

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Die Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtung erhalten ein abwechslungsreiches Speisen- und Getränkeangebot. Dabei finden besondere Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer (individuelle Vorlieben, Religion, etc.) angemessene Berücksichtigung. Im Hinblick auf die hauswirtschaftliche Versorgung wurden keine Mängel festgestellt.

Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung:

Es besteht eine gute Anbindung an die Kirchengemeinde. Man führt zahlreiche gemeinsame Veranstaltungen, wie z. B. Pfarrkarneval. Kindergärten und Schulen oder Schulbauernhof kommen in die Einrichtung. Viele Gemeindemitglieder helfen ehrenamtlich mit.

Die Angebote der Einrichtung hinsichtlich der Alltagsgestaltung sind vielseitig und berücksichtigen die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer; diese können sich auch einbringen.

Am Tag der Prüfung wurden in dieser Prüfkategorie keine Mängel festgestellt.

Information und Beratung:

Die Informationen hinsichtlich des Leistungsangebotes werden durch die Einrichtung transparent an die Nutzerinnen und Nutzer bzw. deren Vertreterinnen und Vertreter weitergeben. Informationen sind über das Internet oder entsprechendes Informationsmaterial in der Einrichtung erhältlich. Zudem besteht die Möglichkeit ein Beratungsgespräch mit der Einrichtungsleitung zu führen, oder sich einen Eindruck im Rahmen eines Besuches zu verschaffen.

Am Tag der Regelprüfung befand sich der letzte Prüfbericht der WTG-Behörde nicht an der dafür vorgesehenen Stelle am Schwarzen Brett im Foyer.

Mitwirkung und Mitbestimmung:

Ein den gesetzlichen Bestimmungen entsprechender Beirat war zum Prüfungszeitpunkt vorhanden. Beschwerden und Anregungen können mündlich oder schriftlich erfolgen. Es gibt ein gut organisiertes Beschwerdemanagement. Einrichtung- und Pflegedienstleitung haben immer eine „offene Tür“ für die Nutzerinnen und Nutzer, deren Angehörige und Betreuer.

Personelle Ausstattung:

Die Anzahl der Personen, die persönliche Eignung und die Qualifikation des beschäftigten Personals entsprechen den Anforderungen des WTG und der WTG-DVO. Die Pflegefachkraftquote liegt bei rd. 72% (gesetzlich gefordert 50%). Auch an Wochenenden und während der Nacht wird durch die Einrichtung genügend Personal zur Betreuung und Pflege der Nutzerinnen und Nutzer eingesetzt.

Ein aktueller Fortbildungsbedarf wird zum Thema Gewaltprävention und Vermeidung Freiheitsentziehender Maßnahmen gesehen.

Die Einrichtungsleitung hat im Jahr 2019/2020 noch keine Fortbildung zum Thema „Führung“ absolviert. Die Einrichtungsleitung hat sich regelmäßig im angemessenen Rahmen weiterzubilden.

Pflege und Betreuung:

Die Begutachtung der Pflegedokumentation ergab Nachbesserungsbedarfe im Bereich Pflegeprozessplanung, Risikoerfassung und Prophylaxenplanung.

Die Risikobewertung erfolgt Initial in der SIS (strukturierte Informationssammlung). Hierbei wurde festgestellt, dass Mängel in der pflegefachlichen Begründung zu den Risiken bestanden. Die Initialbewertung wurde unvollständig bearbeitet. Die Risikodarstellung in den verschiedenen Bereichen erfolgte unzureichend. Aus der SIS waren kaum oder keine biografischen Informationen zu entnehmen. Die Maßnahmenplanung ist nach dem

„Immer-So-Prinzip“ aufgebaut. Hierbei ist nach dem Strukturmodell von Beikirch eine handlungsanleitende Beschreibung erforderlich bzw. ein Rückverweis auf das bestehende Qualitätsmanagement. Dieses war bei den geprüften Dokumentation nicht ersichtlich.

Am Tag der Prüfung wurden wesentliche Mängel im Bereich des Medikamentenmanagements festgestellt:

Das BTM-Management wurde nicht sachgerecht durchgeführt.

- Hydromorphon 16mg wurde geteilt, obwohl diese als Kapsel nicht teilbar ist
- Es wurden nicht alle BTM in dem dafür vorgesehenen Tresor aufbewahrt und gegen unbefugte Entnahme gesichert
- Die Dokumentation der Betäubungsmittel erfolgte nicht lückenlos.
- Ein BTM wurde nicht in dem amtlichen Formblatt eingetragen.
- Ärztlich verordnete Medikamente wurden nicht nach Anordnung verabreicht.
- Die Einhaltung der Verwendbarkeit von Arzneimitteln nach Herstellerangabe wurde überschritten.
- Insulin-Pens wurden nicht mit Namen der Nutzer und Nutzerinnen versehen. Ein Anbruchs- bzw. Verfallsdatum wurde nicht dokumentiert.
- Die Entnahme von Bedarfsmedikation wurde nicht mit Indikation und pflegfachlicher Begründung im Berichtsblatt dokumentiert.
- Die Medikamentenräume waren deutlich zu warm. Eine Kontrolle der Raumtemperatur wurde nicht durchgeführt.

Das abschließbare Fach für die Betäubungsmittel entspricht nicht der Richtlinie 4114-K (1.07) vom 01.01.2007 der Bundesopiumstelle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte). Die Einrichtung wurde im Abschlussgespräch auf die Richtlinie hingewiesen und dazu beraten, die sachgerechte Lagerung der Betäubungsmittel unter Berücksichtigung der Richtlinie zu gewährleisten.

Die überprüften gestellten Medikamente entsprachen der ärztlichen Verordnung.

Die Temperaturkontrollen der Medikamentenkühlschränke wurden regelmäßig durchgeführt.

Die Blutzuckermessgeräte wurden nicht regelmäßig 1x wöchentlich auf ihre Messgenauigkeit überprüft.

Bei der Überprüfung der täglichen Symptomkontrolle der Nutzerinnen und Nutzer sowie aller Beschäftigten im Rahmen von SARS-CoV-2 wurden deutliche Versäumnisse festgestellt.

Es fanden KEINE tägliche Symptomkontrolle bei allen Nutzerinnen und Nutzern sowie allen Beschäftigten gemäß den Vorgaben des RKI und der Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (CoronaAVPflegeundBesuche).

Beratung: Die Einrichtung wurde beraten, die tägliche Symptomkontrolle bei allen Nutzerinnen und Nutzern sowie aller Beschäftigten unverzüglich sicherzustellen. Es wurde auf die o.g. Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie auf die Punkte 5.2.2 und 5.3.2 der RKI-Empfehlung verwiesen.

Hinsichtlich der Erfassung von Besuchern sowie der durchgeführten Hygienemaßnahmen zur Prävention von SARS-CoV-2 ergaben sich aus pflegefachlicher Sicht der Unterzeichnerin am Tag der Regelprüfung keine Mängel.

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

Ein Konzept ist in der Einrichtung vorhanden und den Beschäftigten bekannt. Dieses Konzept wurde fristgerecht überarbeitet und der WTG-Behörde nachgereicht.

Im Rahmen der Prüfung wurde festgestellt, dass nicht für alle 19 (der Prüfbehörde namentlich bekannten Personen) freiheitsbeschränkenden bzw. freiheitsentziehenden Maßnahmen die erforderlichen Genehmigungen bzw. Einwilligungen lückenlos und nachvollziehbar vorlagen.

Nach erfolgter Beratung durch die WTG-Behörde zum Thema „Rechtliche Grundlagen zum Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen“, erfolgte eine umgehende Umsetzung seitens der Einrichtung.

Gewaltschutz:

Die Konzepte zur Gewaltprävention und zur palliativen Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer sind im Qualitätsmanagement der Einrichtung implementiert.