

Beratung und Prüfung nach dem Wohn- und Teilhabegesetz

Ergebnisbericht: Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot/Hospiz/Kurzzeitbetreuung

Nach § 30 werden anbieterverantwortete Wohngemeinschaften 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

Wohngemeinschaft	Seniorenzentrum Grullbad
Name	Seniorenzentrum Grullbad
Anschrift	Hochstr. 52
	45661 Recklinghausen
Telefonnummer	02361/6087-0
ggf. Email-Adresse und Homepage (der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters sowie der Einrichtung)	info@sz-grullbad.de
Leistungsangebot (Pflege, Eingliederungshilfe, ggf. fachliche Schwerpunkte)	Vollstationäre Pflege
Kapazität	162
Die Prüfung der zuständigen Behörde zur Bewertung der Qualität erfolgte am	14.04.2021

Wohnqualität

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
1 Privatbereich (Einzelzimmer/Zimmergrößen)	keine Mängel	
2 Auseichendes Angebot von Einzelzimmern	keine Mängel	
3 Gemeinschaftsräume	geringfügige Mängel	
4 Technische Installationen	geringfügige Mängel	
5 Rufanlagen	keine 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	geringfügige Mängel	
10 Achtung und Gestaltung der Privatsphäre	keine Mängel	

Information und Beratung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
11 Information über das Leistungsangebot	geringfügige 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	wesentliche Mängel	
19 Pflegeplanung/ Förderplanung	wesentliche Mängel	
20 Umgang mit Arzneimitteln	geringfügige Mängel	
21 Dokumentation	geringfügige Mängel	
22 Hygieneanforderungen	wesentliche Mängel	
23 Organisation der ärztlichen Betreuung	geringfügige Mängel	

Freiheitsentziehende Maßnahmen (Fixierungen/Sedierungen)

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

Gewaltschutz

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

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:

Die Einrichtung hat 162 Plätze in 108 Einzelzimmern und 27 Doppelzimmern. Die Zimmer verteilen sich auf 7 Wohnbereiche. Die gesetzlich vorgeschriebene Einzelzimmerquote von 80% wird erfüllt.

Die Bewohnerinnen und Bewohner können eigene Möbel mitbringen und ihre Zimmer so gestalten, wie sie es wünschen. Auch finden sich Bewohnermöbel in den Gemeinschaftsräumen wieder. Zur Orientierung können Zimmertüren mit Fotos oder anderen Dekorationsmitteln gestaltet werden.

Am Tag der Regelprüfung war die Einrichtung der Jahreszeit entsprechend dekoriert.

Bereits in der letzten Regelprüfung wurde dazu beraten, dass die hintere Fassade des Altbaus dringend einen Außenanstrich benötigt. Zum Zeitpunkt der Regelprüfung war dieses noch nicht geschehen. Es wurde dazu beraten, dass auch die Innenwände – zumindest in den öffentlich zugänglichen Bereichen – einen Anstrich benötigen. Auch die Türzargen zeigten deutliche Abnutzungsspuren.

Die Einrichtung hält im Wohnbereich Kastanienhof einen Raucherraum vor. Hier wurde dazu beraten, dass aus Gründen des Nichtraucherschutzes die Tür immer geschlossen sein muss.

In den Fluren standen vor den Zimmertüren Wasserkästen auf dem Boden. Eine Beratung, hier Rollbretter zu nutzen, ist erfolgt. Weiterhin wurde dazu geraten, Hilfsmittel nicht vor Fluchttüren abzustellen. Dieser Rat ist umgehend umgesetzt worden.

Zum Zeitpunkt der Regelprüfung fand in der Einrichtung eine WLAN-Umstrukturierung statt. Es wurde entsprechendes Kabel verlegt. Eine komplette Internetverfügbarkeit war jedoch noch nicht vorhanden.

Der Sozialdienst hatte seine Materialien in der gesamten Einrichtung verteilt. Sowohl auf den Fluren auf Schränken als auch in den Gemeinschaftsräumen fanden sich Materialien. Ein Lagerraum des Sozialdienstes war so überfüllt, dass eine Reinigung des Raums gar nicht möglich war. Hierzu wurde beraten, dem Sozialdienst einen größeren Raum zur Verfügung zu stellen.

Zur Einrichtung gehört auch ein Außenbereich, der aber nicht eingefriedet ist und auf einen Parkplatz ausläuft.

In der Einrichtung ist eine Kapelle vorhanden. Bedingt durch die Coronapandemie wurde diese jedoch nicht genutzt. Zum Zeitpunkt der Regelprüfung war jedoch geplant, katholische und evangelische Gottesdienste im Abstand von 14 Tagen im Foyer durchzuführen.

Zum Umgang mit großer Hitze hält die Einrichtung ein Hitzekonzept vor. Im oberen Bereich des „Neubaus“ finden sich viele Zimmer mit Westausrichtung, die nur über Dachflächenfenster verfügen und lediglich mit Rollos versehen sind. Hier wurden kleine mobile Klimageräte angeschafft. Sie liegen noch nicht in ausreichender Anzahl vor, es sollen aber weitere folgen.

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Den Bewohnern und Bewohnerinnen steht ein ausreichendes Speise- und Getränkeangebot zur Verfügung. Das Essen wird durch einen externen Dienstleister in der hauseigenen Küche zubereitet und die Nutzerinnen und können neben einer Vorsuppe und einem Dessert zwischen zwei Menüs wählen. Samstags entfällt die Vorsuppe, denn samstags kann zwischen zwei Eintöpfen gewählt werden.

Die befragten Bewohner und Bewohnerinnen zeigten sich mit dem Angebot zufrieden.

Allergien, Unverträglichkeiten, Vorlieben und Abneigungen werden in den ersten Gesprächen mit dem Sozialdienst und den Pflegekräften erfasst. Die Einrichtung stellt pürierte, passierte und Diätkost zur Verfügung.

In allen Küchen waren Spülmittel, Putzmittel, Desinfektionsmittel oder auch Spültabs in nicht verschlossenen Schränken aufbewahrt. Dadurch dass Zwischentüren zwischen Aufenthaltsräumen und Küchen nicht abgeschlossen waren, sind diese Mittel für die Bewohnerinnen und Bewohner frei zugänglich und stellen eine Gefahr dar. Es wurde dazu beraten, die Schränke mit Schlössern oder Sicherungen zu versehen.

Im Wäschelager lagen Handtücher, Decken, Bettwäsche usw. offen in den Regalen. Um diese vor Staub und Kontaminationen zu schützen, wurde dazu beraten, zumindest Vorhänge anzubringen.

Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung:

Die Einrichtung hält ein Betreuungskonzept vor. Danach wird die Zusammenarbeit mit dem lokalen Gemeinwesen gefördert. So kommen beispielsweise Schüler, Kindergartenkinder, der MGV Concordia in die Einrichtung. Es werden verschiedene Feste gefeiert (z.B. Sommerfest, Nachbarschaftsfest) an denen auch die Öffentlichkeit teilnehmen kann. Die Bewohnerinnen und Bewohner können sich beispielweise in die Kirchengemeinde, den Kleingartenverein oder Fußballverein einbringen.

Ein diesbezügliches Konzept zur Bedarfsermittlung und Erhebung der Angebotsstruktur im Quartier und ein Teilhabekonzept hält die Einrichtung dagegen nicht vor. Bedarfe werden durch Gespräche des Sozialdienstes, der Pflegekräfte oder des Beirats mit den Bewohnern und Bewohnerinnen ermittelt.

Auch verfügt die Einrichtung über ein öffentliches Café, das sowohl den Bewohnern und Bewohnerinnen als auch der Öffentlichkeit zur Verfügung steht.

In der Einrichtung finden täglich Einzel- und Gruppenangebote statt. Der diesbezügliche Angebotsplan ist aber in einer sehr kleinen Schrift gedruckt und hing auf manchen Wohnbereichen zu hoch, so dass dieser schlecht lesbar war.

Die Bewohnerinnen und Bewohner können sich in die alltäglichen Arbeiten in der Einrichtung einbringen und u. a. Gartenarbeiten, Obst und Gemüse putzen und schnibbeln oder auch Wäsche falten.

Die Einrichtung kann von den Bewohnern und Bewohnerinnen jederzeit – auch nachts – betreten und verlassen werden.

Die stichprobenhafte Überprüfung der Taschengeldkonten hat keine Beanstandungen ergeben.

Information und Beratung:

Der Prüfbericht über die letzte Regelprüfung hing/lag entgegen § 6 Abs. 1 Nr. 3 WTG nicht öffentlich aus und ein Hinweis auf die WTG-Behörde als Aufsichtsbehörde war nicht ersichtlich (§ 6 Abs. 2 Nr. 1 WTG).

Mitwirkung und Mitbestimmung:

Die letzte Beiratswahl fand am 20.09.2020 statt. Der Nutzerbeirat hat 7 Mitglieder. Laut Aussage des Beiratsvorsitzenden wurden die Mitglieder über die Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte des Beirats aufgeklärt und sie werden auch ausgeübt. Der Beirat wird durch den Sozialdienst unterstützt. Ihm stehen auf jedem Wohnbereich ein Schaukasten zur Verfügung.

Zum Ende oder Anfang des Jahres finden Nutzerversammlungen statt. Am Tag der Regelprüfung waren jedoch im Schaukasten im 2. OG der Speiseplan, der Beschäftigungsplan und Informationen zum Beirat alles übereinander gehängt.

Personelle Ausstattung:

Die Einrichtung hält ein Fortbildungskonzept und einen Fortbildungsplan vor. Die Beschäftigten bilden sich angemessen weiter. Bedingt durch die Coronapandemie konnten einige Fortbildungen noch nicht stattfinden, sind aber geplant, oder haben online stattgefunden. Bei der Regelprüfung fiel jedoch auf, dass ein Fortbildungsbedarf im Bereich der Hygiene bestand (siehe hierzu auch Anmerkungen zu Pflege und Betreuung).

Zum Zeitpunkt der Regelprüfung hielt die Einrichtung entsprechend der Vergütungsvereinbarung und den gesetzlichen Vorschriften ausreichendes Pflegepersonal vor. Die Fachkraftquote wurde eingehalten. Dieses wurde zum Zeitpunkt jedoch durch eine hohe Anzahl von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von Leiharbeitsfirmen erreicht (18,8% Pflegefachkräfte, 35,24% Pflegehilfskräfte). Hier ist es besonders wichtig, dass diese unter Berücksichtigung des vorhandenen Einarbeitungskonzeptes eingearbeitet werden. Jedoch entsprach die Anzahl der vorzuhaltenden zusätzlichen Betreuungskräfte nicht der Vergütungsvereinbarung.

Bezüglich des Einsatzes von Pflegefachkräften in der Nacht befindet sich die WTG-Behörde noch im Austausch mit der Leistungsanbieterin.

Pflege und Betreuung:

Die Inaugenscheinnahme bei einem überprüften Nutzer ergab eine nicht am persönlichen Bedarf und den aktuellen pflegefachlichen Erkenntnissen ausgerichtete pflegerische Versorgung. Es wurden wesentliche Mängel im Bereich der Mundpflege, der Dekubitusprophylaxe, im Wundmanagement, im Sondenkostmanagement, im Ernährungsmanagement, im Schmerzmanagement, beim Einsatz von Hilfsmitteln und in der sozialen Betreuung festgestellt.

Es erging die mündliche Anordnung unverzüglich die Pflege und Betreuung des Nutzers sicherzustellen. Nachweise wurden einmal wöchentlich an die WTG-Behörde gesendet.

Die Begutachtungen der überprüften Pflegedokumentationen wiesen teilweise erhebliche Defizite auf. Es waren nicht alle Risiken erfasst und Prophylaxen nicht oder nur teilweise geplant worden. Ein inhaltlicher Rückbezug auf die Expertenstandards war unzureichend in den Pflegeprozessplanungen berücksichtigt worden. Die individuellen Risiken der Nutzerinnen und Nutzer wurden pflegefachlich nicht oder nur unzureichend reflektiert und evaluiert, trotz Änderungen des tatsächlichen Pflege- und Betreuungsbedarfs inkl. des dazugehörigen Risikomanagement. Biografien spiegeln sich nur teilweise in der Maßnahmenplanung wieder. Pflegeprozessplanungen müssen den erforderlichen individuellen Bedarf der Nutzer und Nutzerinnen widerspiegeln. Risiken müssen erkannt, erfasst und beschrieben werden. Prophylaxen müssen geplant sein.

Die gesamte Hygiene in der Einrichtung wies Auffälligkeiten auf:

- Die Pflegebäder wurden als Lagerräume genutzt, waren optisch verschmutzt und als Badezimmer nicht nutzbar.
- Die Lagerräume waren z. T. sehr unstrukturiert, verschiedene Materialien wurden dort gemeinsam gelagert.
- In den überprüften Badezimmern der Nutzerinnen und Nutzer wurden Urinflaschen, Toilettenstuhleimer und offen gelagertes Inkontinenzmaterial vorgefunden.
- In den Fäkalienräumen fielen stark verschmutzte Steckbecken und Toilettenstuhleimer auf. Teilweise befanden sich getrocknete Kotreste in den Steckbecken.
- In einem verschlossenen Getränkelager wurde eine verschmutzte Vorlage zwischen den Wasserkästen vorgefunden.

Es bestand Konsens mit den Vertretern der Einrichtung, dass die hygienischen Kautelen in der gesamten Einrichtung hergestellt sein müssen.

Besondere Bedarfe von Nutzerinnen und Nutzer mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wurden in den Lebensalltag der Einrichtung integriert.

Eine ausreichende haus-, zahn- und fachärztliche Versorgung ist gewährleistet. Allerdings wird die ärztliche Kommunikation nur unzureichend dokumentiert.

Das Medikamentenmanagement wies auf allen Bereichen Defizite auf:

- Bedarfsmedikamente waren nicht immer vorrätig, die Bedarfsgabe nicht immer definiert und mit Angabe zur Einzeldosis sowie der maximalen Dosis in 24 Stunden.
- Teilweise stimmten die ärztlichen Verordnungen nicht mit den Stellisten in der Dokumentation der Einrichtung überein.
- Auf einigen flüssigen Medikamenten fehlte das Anbruchsdatum und in zwei Fällen waren die flüssigen Medikamente bereits abgelaufen.
- In einem Wohnbereich stand ein Tablett mit Medikamenten und Insulinpens auf einer Heizung in der Küche. Die Insulinpens waren zudem nicht mit einem Anbruchsdatum versehen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

Im Bereich freiheitseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen wurden geringfügige Mängel festgestellt. Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sind grundsätzlich nur nach der rechtswirksamen Einwilligung der Nutzer und Nutzerinnen oder vorheriger Genehmigung des Betreuungsgerichts durchzuführen. Es lagen zwar Einwilligungserklärungen vor, doch die Nutzer und Nutzerinnen waren kognitiv eingeschränkt. Es wurde dazu beraten, bei den entsprechenden Hausärzten ein Attest über die Einwilligungsfähigkeit anzufordern. Falls die Hausärzte keine Bescheinigung ausstellen, muss beim zuständigen Amtsgericht ein Beschluss erwirkt werden.

Die Überprüfung der Erforderlichkeit und Angemessenheit sowie die Überwachung der Durchführung freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen sind Tätigkeiten die ausschließlich von Fachkräften wahrzunehmen sind.

Ein Konzept ist in der Einrichtung vorhanden und den Beschäftigten bekannt. Die Fixierungsprotokolle wurden teilweise unzureichend und nicht regelmäßig geführt.

Gewaltschutz:

Ein Konzept zur Gewaltprävention ist im Qualitätsmanagement der Einrichtung implementiert und den Beschäftigten bekannt.