

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

Wohngemeinschaft	Alloheim Senioren-Residenz "Sythen am See"
Name	Alloheim Senioren-Residenz "Sythen am See"
Anschrift	Dietrich-Bonhoeffer-Weg 7
	45721 Haltern am See
Telefonnummer	02364-50395-0
ggf. Email-Adresse und Homepage (der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters sowie der Einrichtung)	
Leistungsangebot (Pflege, Eingliederungshilfe, ggf. fachliche Schwerpunkte)	
Kapazität	
Die Prüfung der zuständigen Behörde zur Bewertung der Qualität erfolgte am	15.03.2022

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	31.03.2022

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	wesentliche Mängel	
15 Ausreichende Personalausstattung	geringfügige Mängel	
16 Fachkraftquote	keine Mängel	
17 Fort- und Weiterbildung	keine Mängel	

Pflege und Betreuung

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

Freiheitsentziehende Maßnahmen (Fixierungen/Sedierungen)

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
24 Rechtmäßigkeit	keine Mängel	
25 Konzept zur Vermeidung	keine Mängel	
26 Dokumentation	keine 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 Alloheim Senioren-Residenz „Sythen am See“ bietet auf zwei Geschossen Platz für 80 Nutzer*innen in Einzelzimmern mit eigenem Duschbad. Sie ist in einem Neubaugebiet des Stadtteils Sythen gelegen. Die Einrichtung ist vollständig barrierefrei im Sinne des § 4 Abs. 1 WTG.

Im freundlich gestalteten Eingangsbereich der Einrichtung befindet sich neben der Rezeption ein Café für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige und Gäste. Zusätzlich befinden sich Räumlichkeiten für den Friseur und die Fußpflege auf dieser Etage.

Die Einrichtung ist in drei Wohnbereiche aufgeteilt. Die Kapazitäten der Einrichtung von 80 Bewohnerinnen und Bewohnern sind am Tag der Regelprüfung nicht vollumfänglich ausgeschöpft. Die Einrichtung verfügt ausschließlich über Einzelzimmer, in denen Blickbezüge zum Außenbereich ermöglicht werden. Für bettlägerige Bewohnerinnen und Bewohner besteht die Möglichkeit, das Pflegebett im jeweiligen Einzelzimmer zu verschieben.

Die Räumlichkeiten der einzelnen Wohnbereiche wurden am Tag der Regelprüfung besichtigt. Beginnend mit dem Wohnbereich 1 machte dieser insgesamt einen sauberen Eindruck. Der Kühlschrank der in den Gemeinschaftsraum integrierten Küchenzeile wies am Prüfungstag eine leicht erhöhte Temperatur von 13 Grad auf (Normwert bei 2 – 8 Grad). Das Thermometer befand sich in der Kühlschranktür. Es erfolgte eine Beratung der WTG-Behörde, dass die Thermometer im mittleren Fach des Kühlschranks gelagert werden sollten, da die Messwerte in der Kühlschranktür zu ungenau seien. Mit Stellungnahme der Einrichtung vom 31.01.2022 wurde der WTG-Behörde mitgeteilt, dass die Thermometer nunmehr nicht mehr in den Kühlschrankschranktüren lagern würden.

In den Regalen des Lagerraumes des Wohnbereichs 1 wurden Oberbetten und Kopfkissen für die Bewohnerinnen und Bewohner unverpackt verstaut. Durch die WTG-Behörde wurde dazu beraten, diese staubgeschützt aufzubewahren. Es wurde empfohlen, die Gegenstände in Tüten verpackt im Regal zu lagern, oder einen verschließbaren Schrank anzuschaffen. Ebenfalls mit Stellungnahme vom 31.03.2022 erklärte die Einrichtung, dass die Oberbetten und Kopfkissen nunmehr in Tüten verpackt wurden.

Die Notausgangstür des Erdgeschosses war am Tag der Prüfung verschlossen. Zudem lagerten Pflegewagen auf dem Flurbereich, welche die Notausgangstür geringfügig beschränkten. Nach Aussagen der Qualitätsbeauftragten würden für den Wohnbereich 1 keine sonstigen Lagerungsmöglichkeiten für die Pflegewagen zur Verfügung stehen. Es wurde durch die WTG-Behörde dazu beraten, dass die Notausgangstür jederzeit von innen zu öffnen sein muss und daher nicht verschlossen sein darf. Darüber hinaus muss im Notfall sichergestellt sein, dass der Notausgang nicht durch die Platzierung anderer Gegenstände eingeschränkt wird. Die Tür wurde unverzüglich aufgeschlossen.

Während des Rundgangs wurden Risse in den Wänden der Einrichtung erfasst. Nach Aussagen der Qualitätsbeauftragten handle es sich hierbei um Folgen des Absackens des Fundaments des Hauses. Die Schäden wurden und werden bereits durch eine externe Firma behoben.

Innerhalb des Wohnbereiches 3 steht für die Bewohnerinnen und Bewohner ein Pflegebad zur Verfügung. Dieses ist insgesamt gemütlich und zweckentsprechend eingerichtet. Es wird durch einige Bewohnerinnen und Bewohner gerne in Anspruch genommen. Das Pflegebad machte insgesamt einen sauberen Eindruck.

Im Kellergeschoss der Einrichtung befinden sich die hauswirtschaftlichen und haustechnischen Räumlichkeiten sowie die Küche. Diese Räumlichkeiten waren nicht zu beanstanden. Lediglich der Boden des Lagerraumes war augenscheinlich unsauber. Hierauf hingewiesen erklärte die Qualitätsbeauftragte, dass die Reinigungsfirma zukünftig auch diese Räumlichkeiten reinigen soll.

Insgesamt wurden im Bereich der Sauberkeit der Einrichtung lediglich geringfügige Mängel festgestellt. Die Räumlichkeiten der Einrichtung machen generell einen hellen und freundlichen Eindruck. Die Wände sind in einer warmen Farbgebung gehalten und teilweise durch bewohnereigene Basteleien verziert.

Durch die WTG-Behörde wurde lediglich angeregt, die Möglichkeiten der Orientierung in der Einrichtung zu überdenken (§ 20 Abs. 1 WTG). Zwar befinden sich Hinweisschilder auf den Fluren der Einrichtung, dennoch fehlt es an Gestaltungselementen, die beispielsweise die Wohnbereiche kenntlich machen. Insbesondere die U-Form des Gebäudes erschwert die Orientierung mitunter. Es wurde beispielsweise auf eine unterschiedliche Farbgebung der Wohnbereiche oder wohnbereichsbezogene Dekorationselemente hingewiesen. Mit Stellungnahme vom 31.03.2022 erklärte die Einrichtungsleitung, dass die Möglichkeiten der Orientierung dahingehend überarbeitet wurden, dass die Wohnbereiche ab sofort Namen von Halterner Stadtteilen erhalten sollen. Der Wohnbereich 1 wird künftig um den Namen Lavesum, der Wohnbereich 2 um Sythen und der Wohnbereich 3 um Flaesheim erweitert. Darüber hinaus sollen in einem gemeinsamen Projekt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern die Wohnbereiche entsprechend gestaltet werden, um weitere Orientierungsmöglichkeiten zu schaffen.

Die Einrichtung Alloheim Senioren-Residenz „Sythen am See“ stellt die technischen Voraussetzungen für Internet gem. § 5 Abs. 3 WTG nicht sicher. Lediglich für die Individualbereiche besteht die Möglichkeit, auf Antrag ein Passwort für den Internetzugang zu erhalten. In den Gemeinschaftsräumen besteht die Möglichkeit des WLAN-Zugangs für die Bewohnerinnen und Bewohner nicht. Die Einrichtungsleitung wurde dazu beraten, dass die technischen Voraussetzungen für die Nutzung eines Internetzugangs gem. § 5 Abs. 3 WTG gleichermaßen für alle Individual- und Gemeinschaftsbereiche vorliegen müssen. Durch Stellungnahme vom 31.03.2022 erklärte die Einrichtungsleitung dahingehend, dass alle Individual- und Gemeinschaftsbereiche über die technischen Voraussetzungen für den Internetzugang über eine flächendeckende WLAN-Abdeckung verfügen würden. Die IT-Abteilung sei diesbezüglich durch die Einrichtungsleitung dazu beauftragt worden, dies erneut zu prüfen und umzusetzen.

Eine Notrufanlage im Sinne des § 7 Abs. 4 S. 4 WTG DVO ist in der Einrichtung vorhanden. Die Notrufprotokolle des Pflegerufsystems WICONTRON 2015 werden in einem dreimonatigen Rhythmus durch die Zentrale evaluiert. Auf Wunsch von Angehörigen werden die Notrufprotokolle an diese ausgehändigt. Der WTG-Behörde wurden die Notrufprotokolle für die Tage 15.02.2022 – 16.02.2022 sowie 02.03.2022 bis 03.02.2022 ausgehändigt.

Die Einrichtung verfügt über einen ausreichend großen, teilweise geschützten Außenbereich, der selbstständig durch die Bewohnerinnen und Bewohner genutzt werden kann. Er liegt inmitten der Gebäudeteile. Der Zugang zum Außenbereich ist vollständig barrierefrei. Der Garten machte einen gepflegten Eindruck. Darüber hinaus befindet sich im Eingangsbereich der Einrichtung ein weiterer überdachter Außenbereich, der Sitzmöglichkeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Besucherinnen und Besucher bereithält.

Ein Raucherzimmer gem. § 8 Abs. 8 WTG DVO wird durch die Einrichtung nicht vorgehalten. Das Rauchen erfolgt aktuell in den jeweiligen Außenbereichen. Kraft Gesetzes benötigt die Einrichtung Alloheim Senioren-Residenz „Sythen am See“ ein Raucherzimmer, wobei es sich um einen wettergeschützten und witterungsunabhängigen Bereich handeln soll, der bei Bedarf auch mit einem Pflegebett zu erreichen sein muss. Durch die Einrichtungsleitung wurde bereits geschildert, dass ein Pavillon angedacht sei, der unmittelbar an die Hauswand des hinteren Gartenbereichs angebracht werden soll. Der Vorgehensweise wurde unter Berücksichtigung der Vorgaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales durch die WTG-Behörde zugestimmt. Durch die WTG-Behörde wurde darum gebeten, einen fotografischen Nachweis über die Anbringung eines Raucherpavillons bis spätestens zum 15.04.2022 vorzulegen. Fristgerecht wurde durch die Einrichtung ein Nachweis über die Anbringung eines Raucherpavillons erbracht.

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Durch die Einrichtung werden grundsätzlich vier Mahlzeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner angeboten. Hierbei handelt es sich um Frühstück, Mittag, Kaffee und Kuchen sowie Abendessen. Darüber hinaus werden unterschiedliche Zwischenmahlzeiten, wie bspw. Toast Hawaii, Salate, Joghurt, Quark und sonstige Abendbeilagen, geboten.

Bezüglich des Mittagessens haben die Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit, aus zwei verschiedenen Menüs zu wählen. Die Erstellung des Speiseplans erfolgt in einem sechs-wöchigen Rhythmus im Rahmen eines gemeinsamen Austauschs mit allen Bewohnerinnen und Bewohnern. Im Zuge dessen können individuelle Wünsche geäußert werden. Der aktuelle wöchentliche Speiseplan ist auf den drei Wohnbereichen ausgehängt. Zuvor wird er durch den Küchenleiter erstellt und sowohl der Einrichtungsleitung als auch dem Nutzerbeirat zur Zustimmung übermittelt. Der aushängende Speiseplan enthielt am Tag der Regelprüfung die Unterschriften der zuvor benannten Personen.

Die Zubereitung der Mahlzeiten erfolgt dergestalt, dass diese in der hauseigenen Küche portionsweise zubereitet und in Wärmewagen gelagert werden. Durch Hauswirtschaftskräfte werden die Speisewägen in die einzelnen Wohnbereiche gebracht. Dort erfolgt die Verteilung durch das anwesende Personal auf den Wohnbereichen.

Unmittelbar bei der Aufnahme neuer Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt eine Abfrage nach Allergien, Unverträglichkeiten oder sonstigen Erkrankungen. Diese werden bewohnerbezogen in der Dokumentationssoftware sowie in der entsprechenden Wohnküche dokumentiert.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben in Bezug auf die Mahlzeiteneinnahme die Möglichkeit, diese auf den Wohnbereichen, oder auf den privaten Zimmern einzunehmen. Ebenso besteht bei der Portionsgröße ein Recht auf Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner. Zum einen besteht die Möglichkeit, durch das Personal bei Bedarf einen Nachschlag zu erhalten, zum anderen erfolgt

das Bereitstellen der Speisen dergestalt, dass die Lebensmittel auf den Tischen platziert werden, sodass sich jede Bewohnerin und jeder Bewohner bei Bedarf eine weitere Portion nehmen kann.

Nach Erfordernis leistet das anwesende Personal Hilfestellung bei der Mahlzeiteinnahme. Ebenso können durch die Einrichtung entsprechende Hilfsmittel zur Mahlzeiteinnahme zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere für neu hinzugezogene Bewohnerinnen und Bewohner sowie solche mit einem erhöhten Betreuungsaufwand werden betreute Frühstücksrunden durch die Betreuungskräfte angeboten.

Die Wäscheversorgung erfolgt teilweise hausintern, teils ist diese an den externen Dienstleister Fa. Voss ausgegliedert. Sowohl die Bewohnerwäsche als auch die Flachwäsche wird nicht in der Einrichtung gereinigt. Nach der Reinigung wird die saubere Wäsche durch die Fa. Voss zurück in die Einrichtung geliefert und durch das Personal der Einrichtung in die Schränke der Bewohnerinnen und Bewohner sortiert. Die saubere Flachwäsche (Tischwäsche, Handtücher etc.) wird staubgeschützt in die Einrichtung geliefert und von dort in die Lagerräume verteilt.

Die Reinigung des Gebäudes erfolgt durch die externe Firma Bravo. Durch die Hygienebeauftragte der Einrichtung erfolgen Reinigungskontrollen.

Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung wurden im Rahmen der Regelprüfung keine Mängel festgestellt.

Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung:

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben jeden Morgen die Möglichkeit, an den Angeboten des Sozialen Dienstes teilzunehmen. Hierunter fallen Bingospiele, Kegeln, kreatives Gestalten, Gedächtnistraining usw. Neben den morgendlichen Angeboten werden auch nachmittags betreuende Tätigkeiten angeboten. Dazu gehören Gottesdienste, Spaziergänge und Aufenthalte im Freien. Einzelbetreuungen auf den Wohnbereichen werden ebenfalls in der Einrichtung ermöglicht. Die entsprechenden Angebote sind in einem Konzept der sozialen Betreuung niedergeschrieben. Dieses wurde der WTG-Behörde am Tag der Regelprüfung ausgehändigt.

Die Angebotsplanung in der Einrichtung erfolgt durch den Sozialen Dienst. Die Wochenpläne hängen jeweils in den Wohnbereichen aus.

Grundsätzlich bietet die Einrichtung auch den Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner die Teilnahme an internen Veranstaltungen an. Pandemiebedingt ist dies zwischenzeitlich nicht möglich gewesen. Nunmehr wird das einrichtungseigene Café an zwei Tagen in der Woche wieder eröffnet.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben grundsätzlich jederzeit die Möglichkeit, Wünsche und Bedarfe für Veranstaltungsangebote zu äußern, welche wenn möglich berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollen die Bewohnerinnen und Bewohner in der Einrichtung zur Teilnahme an den Angeboten zur Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft motiviert werden. Im Bedarfsfall eruiert eine Betreuungskraft im Rahmen eines Einzelgesprächs mögliche Gründe für die Nichtteilnahme.

Neben internen Angeboten besitzt die Einrichtung Alloheim Senioren-Residenz „Sythen am See“ mehrere Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen des örtlichen Gemeinwesens. So existieren Zusammenarbeiten mit den örtlichen Kindergärten, dem Schloss Sythen und den Gemeinden in Sythen. Darüber hinaus arbeitet die Einrichtung mit einer Hundetrainerin mit Therapiehund zusammen. Die Einrichtung ist nach Aussagen der Einrichtungsleitung grundsätzlich eng verflochten mit dem Dorfgeschehen.

Zusätzlich zu den konkreten Angeboten des Sozialen Dienstes haben Bewohnerinnen und Bewohner jederzeit die Möglichkeit, sich in alltägliche Arbeiten einzubringen. Hierbei handelt es sich regelmäßig um das Eindecken des Frühstücks, das Kochen, das Gemüse schälen oder kleinere Gartenarbeiten.

Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten ihre persönliche Post durch eine Verteilung auf den Wohnbereichen. Bei Bedarf erfolgt die Öffnung der Briefe im Beisein des Personals der Einrichtung, sodass ggfls. Hilfestellung geleistet werden kann.

Für die Verwaltung des persönlichen Geldes haben die Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit, ein eigenes Konto in der Einrichtung zu führen. Die Verwaltung erfolgt durch eine Verwaltungsmitarbeiterin. Bei Bedarf kann den Bewohnerinnen und Bewohnern Geld ausgezahlt werden. Dahingehend wird die Auszahlung sowie der Erhalt des Geldes durch die Bewohnerin oder den Bewohner sowie die Verwaltungsmitarbeiterin dokumentiert. Die Möglichkeit der Geldauszahlung besteht über die gesamten Öffnungszeiten der Verwaltung. Die Vorgehensweise mit den Nutzergeldern ist innerhalb der abgeschlossenen Bewohnerverträge geregelt. Am Tag der Regelprüfung wurden drei Buchungen stichprobenweise dokumentiert. Hierbei ergaben sich keine Beanstandungen.

Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten zum Einzug einen Zimmerschlüssel für ihr eigenes Zimmer. Zusätzlich erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner bei Aufnahme in die Einrichtung einen Schlüssel für ein persönliches Schließfach, welches im Schrank der persönlichen Zimmer zur sicheren Aufbewahrung von Wertgegenständen dient.

Information und Beratung:

Potenzielle Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige haben täglich die Gelegenheit sich im Rahmen von Besichtigungsterminen über die Einrichtung zu informieren und diese kennen zu lernen. Unter Berücksichtigung der Berufstätigkeit der

Angehörigen werden die Termine teilweise bis 19 Uhr ermöglicht. Darüber hinaus existieren eine Infomappe und eine Homepage, die Informationen über die Einrichtung bereithalten. Die Einrichtungsleitung steht telefonisch ebenfalls für Fragen zur Verfügung.

Der letzte Prüfbericht hing gem. § 6 Abs. 1 Nr. 3 WTG nicht in der Einrichtung aus. An der Rezeption befand sich jedoch ein gut sichtbarer Aushang, der darüber informierte, dass die Prüfberichte zur Einsicht bereitgehalten werden.

Ein Konzept zum Beschwerdemanagement im Sinne des § 6 Abs. 2 WTG wurde der WTG-Behörde am Prüfungstag ausgehändigt („Beschwerdemanagement-Glossar“, „Beschwerdemanagement-Ablauf“). Dieses regelt unter anderem, dass die für die Bearbeitung der Beschwerden verantwortliche Person die Residenzleitung ist. Darüber hinaus werden für neue Bewohnerinnen und Bewohner Patenschaften innerhalb des Beirates organisiert, welche ebenfalls Ansprechpartner für Beschwerden sind. Die Einrichtung hat im Eingangsbereich einen Briefkasten für Anregungen, Beschwerden und Kommentare aufgehängt. Ebenso sind entsprechende Vordrucke ausgelegt. Die Leerung des Briefkastens erfolgt einmal wöchentlich. Ebenso hängen in jedem der drei Wohnbereiche die Kontaktdaten der WTG-Behörde aus. Eine Information der Bewohnerinnen und Bewohner über ihr Beschwerderecht erfolgt durch die Einrichtungsleitung bereits bei Einzug und ist auch in den Vertragsunterlagen enthalten. Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt nach Aussagen der Einrichtungsleitung unverzüglich. Die Bearbeitungsdauer ist dabei abhängig von der Art der Beschwerde sowie dem Inhalt der Beschwerde. Beschwerden betreffend die Essensversorgung werden zur Stellungnahme an den Küchenleiter bzw. den stellv. Küchenleiter weitergeleitet. Spätestens nach vier Wochen erfolgt in der Regel eine Überprüfung der Beschwerdebearbeitung. Die Dokumentation der Beschwerdeverfahren erfolgt in einem Ordner, welcher im Büro der Einrichtungsleitung hinterlegt ist. Der Ordner wurde am Tag der Regelprüfung durch die WTG-Behörde eingesehen. Demnach datierte die letzte Beschwerde aus 2021. Im Jahr 2022 habe es nach Aussagen der Einrichtungsleitung bislang nur derart geringfügige Beschwerden gegeben, die unmittelbar im Rahmen eines Gesprächs behoben werden konnten. Die gesichteten Beschwerdeverfahren waren ordnungsgemäß dokumentiert und abgearbeitet.

Insgesamt wies das Beschwerdemanagement der Einrichtung keine Beanstandungen auf.

Ein Hinweis auf die Erreichbarkeit der WTG-Behörde ist auf allen Wohnbereichen hinterlegt.

Mitwirkung und Mitbestimmung:

Der aktuelle Nutzerbeirat besteht aus fünf Personen. Hierbei handelt es sich überwiegend um Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung, jedoch auch um einen Angehörigen eines in der Einrichtung lebenden Bewohners. Die letzte Beiratswahl fand am 08.06.2021 statt. Die Zahl der Beiratsmitglieder entspricht den gesetzlichen Vorgaben nach § 14 WTG DVO.

Am Tag der Regelprüfung wurde ein Gespräch mit zwei Beiratsmitgliedern geführt. Die anderen Mitglieder waren gesundheitlich bedingt nicht zu sprechen. Grundsätzlich bestätigten die Gesprächsteilnehmerinnen, dass sie unter anderem bei der Verpflegungsplanung mitbestimmen dürfen. Diesbezüglich ist der Speiseplan dem Beirat zur Mitzeichnung vorzulegen. Darüber hinaus erfolge einmal wöchentlich ein Gespräch mit dem Küchenleiter. Neben der Essensgestaltung bestimmt der Beirat bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen zur Freizeitgestaltung mit. Dies wird durch die Anwesenden bestätigt. Nach Aussagen der Anwesenden sind diese zu Beginn ihrer Beiratstätigkeit über ihre Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte aufgeklärt worden. Die in einem vier-wöchentlichen Rhythmus stattfindenden Sitzungen des Nutzerbeirates erfolgen im Therapieraum im Haus. Sowohl die Sitzungen, als auch die Beiratsarbeit im Allgemeinen wird angemessen durch den Sozialen Dienst und die Einrichtungsleitung unterstützt. Die Protokollführung erfolgt ebenfalls durch den sozialen Dienst. Den Beiratsmitgliedern wird zur Veröffentlichung ihrer Tätigkeiten ein Schwarzes Brett im Eingangsbereich der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

Personelle Ausstattung:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen müssen kraft Gesetzes die personellen Voraussetzungen schaffen, um die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sicher zu stellen. Auf Nachfrage teilte die Einrichtungsleitung der WTG-Behörde mit, dass zur Sicherstellung des Pflege- und Betreuungsbedarfs der derzeitigen Bewohnerinnen und Bewohnern vier Pflegekräfte für den Frühdienst

und 3 Pflegekräfte für den Spätdienst geplant würden. An Wochenenden wird die gewünschte Personalzahl teilweise unterschritten. Nach einer Auswertung der eingeholten Dienstpläne der Monate Februar und März 2022 wurde durch die WTG-Behörde festgestellt, dass die angestrebte Sollbesetzung überwiegend nicht erreicht wurde. Die Erkenntnisse aus der Sichtung der Dienstpläne und den während der Regelprüfung festgestellten Mängel im Bereich Pflege und Betreuung lassen die Annahme zu, dass das tatsächlich eingesetzte Personal nicht ausreichend ist, um den konkreten Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner, entsprechend § 21 Abs. 3 WTG, sicherzustellen. Am Tag der Regelprüfung wurde aufgrund dessen bereits die mündliche Anordnung erlassen, dass ab sofort eine personelle Mindestbesetzung im Frühdienst von 4 Pflegekräften (mind. 1 Pflegefachkraft) und im Spätdienst von 3 Pflegekräften (mind. 1 Pflegefachkraft) einzuhalten ist. Die Wochenenddienste sind ebenfalls mit der vorbenannten personellen Mindestbesetzung sicherzustellen. Die mündliche Anordnung wurde mit Ordnungsverfügung vom 06.04.2022 verschriftlicht. Mit Stellungnahme vom 31.03.2022 der Einrichtung wird bestätigt, dass die Mindestbesetzung aktuell durch den Einsatz von Leasing sichergestellt wird. Die Buchungen seien dahingehend aufgestockt worden.

Des Weiteren müssen Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter gem. § 4 Abs. 1 WTG zum einen die Verpflichtungen aus den leistungsrechtlichen Vereinbarungen erfüllen und zum anderen die Vorgabe des § 21 Abs. 4 WTG sicherstellen, dass mindestens die Hälfte der mit sozialen bzw. pflegerischen betreuenden Tätigkeiten beauftragten Beschäftigten Fachkräfte sein müssen (gesetzl. Fachkraftquote). Durch eine Überprüfung der aktuellen Vergütungsvereinbarung sowie der während der Prüfung ausgehändigten Personalliste wurde durch die WTG-Behörde festgestellt, dass die gesetzliche und leistungsrechtlich vereinbarte Fachkraftquote in der Einrichtung derzeit durch den Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Zeitarbeitsfirma sichergestellt wird. Am Tag der Regelprüfung wurden durch die Einrichtung insgesamt 5 Zeitarbeitskräfte gebucht.

In Anlehnung an § 21 Abs. 5 WTG i.V.m. § 3 Abs. 5 WTG muss in Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot mindestens eine Hauswirtschaftsfachkraft vorhanden sein. Diese muss insbesondere die Bereiche Ernährung, Verpflegung, Reinigung und Wäscheversorgung organisieren, planen und durchführen können. Die in der Einrichtung vorhandene Hauswirtschaftsfachkraft ist zusätzlich auch als Pflegehilfskraft in der Einrichtung tätig. Sie kommt daher ihren hauswirtschaftlichen Tätigkeiten nur an zwei Tagen

in der Woche nach. Zusätzlich ist die Einrichtung derzeit auf der Suche nach einer neuen Hauswirtschaftsfachkraft. Ein Nachweis über die erforderlichen Qualifikationen an eine Hauswirtschaftsfachkraft im Sinne des § 3 Abs. 5 S. 2 WTG der derzeit zuständigen Hauswirtschaftsfachkraft wurden der WTG-Behörde bis heute nicht eingereicht. Zusätzlich lassen die getroffenen Aussagen der Einrichtungsleitung sowie die Stellenbeschreibung der Hauswirtschaftsfachkraft darauf schließen, dass die erforderlichen Qualifikationen nicht erfüllt werden, insbesondere kein Abschluss oder kein Studium in den Bereichen Ernährung, Verpflegung, Reinigung und Wäscheversorgung vorhanden ist. Demnach erfüllt die derzeitige Hauswirtschaftsfachkraft nicht die erforderlichen gesetzlichen Vorgaben im Sinne des § 21 Abs. 5 WTG i.V.m. § 3 Abs. 5 S. 2 WTG. Dies stellt einen wesentlichen Mangel dar.

Der WTG-Behörde wurde am Prüfungstag ein Fort- und Weiterbildungskonzept im Sinne des § 4 Abs. 3 Nr. 3 WTG eingereicht. Ebenso wurde ein Fortbildungsplan für das Jahr 2022 vorgelegt. Demnach wurden innerhalb des Jahres 2022 bereits Fortbildungen durchgeführt. Zu den durchgeführten Fortbildungen zählen eine Anwenderschulung der einrichtungsinternen Dokumentationssoftware sowie eine Schulung zum Thema Hygiene und Handdesinfektion. Die Nachweise wurden durch die WTG-Behörde eingesehen. Darüber hinaus sind Fortbildungen geplant. Die letzte Fortbildung der Einrichtungsleitung war für den Tag der Regelprüfung terminiert. Darüber hinaus absolviert die Einrichtungsleitung eine Fortbildung zur Qualitätsbeauftragten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben die Möglichkeit an die Einrichtungsleitung oder die Qualitätsbeauftragte heranzutreten, um Vorschläge oder Wünsche bezüglich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu äußern. Darüber hinaus besteht in morgendlichen Besprechungen für Pflegekräfte die Möglichkeit, derartige Bedarfe zu äußern. Um weitere, abwechslungsreichere Fortbildungen anbieten zu können, wird eine Zusammenarbeit mit der Alzheimergesellschaft für Fortbildungen angestrebt.

Die Einarbeitung in der Einrichtung Alloheim Senioren Residenz Sythen am See erfolgt mithilfe von Einarbeitungschecklisten, die sich je nach Berufsgruppe unterscheiden. Durch die Abarbeitung dieser Checklisten sollen die erforderlichen Kenntnisse für die Tätigkeit vermittelt werden. Die Einarbeitung erfolgt in der Einrichtung durch ein Patensystem, sodass jedem neuen Mitarbeiter und jeder neuen Mitarbeiterin ein Pate zur Verfügung gestellt wird. Dieser unterstützt den neuen Mitarbeiter/ die neue Mitarbeiterin und vermittelt die

notwendigen Kenntnisse. Die Vermittlung dieser wird sowohl durch den Paten als auch durch die einzuarbeitende Person dokumentiert. Die Einarbeitungsphase endet mit einem Abschlussgespräch. Nach Aussagen der Einrichtungsleitung wird zusätzlich in den Teamsitzungen ein Feedback zur Einarbeitung eingeholt. Der Abschluss der Einarbeitung, insbesondere die Durchführung des Abschlussgesprächs wird durch die Einrichtungsleitung oder die Qualitätsbeauftragte überprüft.

Um sich von der persönlichen Eignung der Beschäftigten im Sinne des § 4 Abs. 8 WTG i.V.m. § 2 Abs. 3 WTG DVO zu überzeugen, werden bei Einstellung Führungszeugnisse aller Beschäftigten eingefordert. Sofern das Führungszeugnis bei Einstellung nicht vorliegt, ist zumindest die Beantragung dessen bei der Einrichtungsleitung nachzuweisen. Die nachträgliche Einreichung wird durch die Einrichtungsleitung kontrolliert. Darüber hinaus fordert die Einrichtungsleitung nach Einstellung in einem einjährigen Rhythmus die erneute Vorlage der Führungszeugnisse ein. Die Einrichtung überzeugt sich somit in angemessener Weise von der persönlichen Eignung der Beschäftigten im Sinne der § 4 Abs. 8 WTG i.V.m. § 2 Abs. 3 WTG DVO.

Um unter anderem die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter i.S.d. § 4 Abs. 3 WTG zu evaluieren finden regelmäßige Austausche der verschiedenen Bereiche statt. So sind Gespräche in einem regelmäßigen Turnus innerhalb der Wohnbereiche, des Sozialen Dienstes, der Küche, der Leitungsrunde und der Wohnbereichsleitungen vorgesehen.

Pflege und Betreuung:

Die Inaugenscheinnahme bei einem überprüften Nutzer ergab eine nicht am persönlichen Bedarf und den aktuellen pflegfachlichen Erkenntnissen ausgerichtete pflegerische Versorgung. Es wurden wesentliche Mängel im Bereich der Mundpflege, der Dekubitusprophylaxe, im Wundmanagement, im Ernährungsmanagement, im Schmerzmanagement und beim Einsatz von Hilfsmitteln festgestellt. Es erging die mündliche Anordnung unverzüglich die Pflege und Betreuung des Nutzers sicherzustellen.

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 Nutzer*innen wurden pflegfachlich nicht oder nur unzureichend reflektiert und evaluiert, trotz Änderungen des tatsächlichen Pflege- und Betreuungsbedarfs inkl. des dazugehörigen Risikomanagement. Pflegeprozessplanungen müssen den erforderlichen individuellen Bedarf der Nutzer*innen widerspiegeln. Risiken müssen erkannt, erfasst und beschrieben werden. Prophylaxen müssen geplant sein.

Es wurden während der Regelprüfung wesentliche Mängel im Bereich des Ernährungsmanagements, des Wundmanagements, des Schmerzmanagements und des Medikamentenmanagements festgestellt.

Relevante Gewichtsabnahmen wurden nicht erfasst, dokumentiert bzw. entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Kontrolle der Gewichte aller Nutzer*innen ergab, dass bei 8 Nutzer*innen eine relevante Gewichtsabnahme zu erkennen war. Es wurden Gewichtsabnahmen zwischen 5 und 14 kg in 3 Monaten festgestellt. Es wurde weder pflegfachlich reflektiert, noch wurde mit den behandelnden Ärzten oder den Angehörigen/Betreuern Kontakt aufgenommen. Auch auf relevante Gewichtszunahmen wurde seitens der Einrichtung nicht adäquat reagiert.

Die Wunddokumentationen wurden nur unzureichend geführt. Teilweise waren Wunden nicht erfasst worden. Es wurden teilweise keine Wundbeschreibungen, Wundbehandlungen und Kommunikation mit dem behandelnden Arzt oder dem Wundmanager geführt. Es fehlte teilweise Verbandmaterial. Des Weiteren lag eine Wundbeschreibung für einen Dekubitus Grad II vor, der jedoch bereits abgeheilt war.

Teilweise wurde das Risiko Schmerz nicht erkannt. Die systematische Schmerzerfassung wurde nicht bei allen Nutzer*innen mit akuten oder chronischen Schmerzen durchgeführt. Nach Gabe von ärztlich verordneter Bedarfsmedikation bei Schmerzen erfolgte keine Verlaufskontrolle.

Das Medikamentenmanagement wies auf allen Wohnbereichen folgende Defizite auf:

- Bedarfsmedikamente waren nicht immer vorrätig, die Bedarfsgabe nicht immer definiert und mit Angabe zur Einzeldosis sowie der maximalen Dosis in 24 Stunden.
- Die Gabe von Bedarfsmedikamenten wurde nicht dokumentiert und eine Verlaufskontrolle hat nachweislich nicht stattgefunden.
- Bei flüssigen Medikamenten stimmten die Bestände nicht mit der ärztlich verordneten Vergabemenge und dem Anbruchsdatum überein. Teilweise wurde zu viel oder zu wenig der entsprechenden flüssigen Medikamente vorgefunden.
- Auf einigen flüssigen Medikamenten, Salben und Augentropfen fehlte das Anbruchsdatum.
- Die gestellten Medikamente entsprachen nicht der ärztlichen Verordnung.
- Teilweise waren 2 Packungen desselben Medikaments angebrochen (First-in/First-out).
- Es wurden Medikamenten mit überschrittenem Mindesthaltbarkeitsdatum verabreicht.
- Es waren nicht alle ärztlich verordneten Medikamente vorrätig.
- Die Vergabezeiten von Betäubungsmitteln wurden teilweise nicht nach ärztlicher Verordnung eingehalten.
- In einigen Fällen wurden die BTM-Bücher nicht dokumentenecht geführt. Es fehlten teilweise Handzeichen und Abgaben wurden überschrieben.
- Auf einem Wohnbereich wurde die Sicherung von Betäubungsmitteln nicht gewährleistet. Der Schlüssel zum Medikamentenschrank und BTM-Tresor befand sich in einer Schublade. Des Weiteren war der Medikamentenschrank nicht abgeschlossen.
- Es wurden teilweise bereits abgesetzte Medikamente vorgefunden.

Zu allen wesentlichen Mängeln ergingen mündliche Anordnungen zur unverzüglichen Mängelbeseitigung.

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

Eine ausreichende haus-, zahn- und fachärztliche Versorgung ist nicht immer gewährleistet. Bei relevanten Gewichtsabnahmen wurde der entsprechende Hausarzt nicht informiert. Teilweise wurde die ärztliche Kommunikation nur unzureichend dokumentiert.

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

Ein Konzept ist in der Einrichtung vorhanden und den Beschäftigten bekannt.

Gewaltschutz:

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