

**Prüfbericht zur Regelprüfung gemäß §§ 14 i.V.m. 23 WTG in der aktuell gültigen Fassung**

**MediCare Seniorenresidenz Im Grillepark, An der Grille 2-6, 32423 Minden**

**Prüfung am: 04.11.2022 und Nachprüfung am 06.12.2022 (Ergebnisqualität)**

**Teilnehmende der WTG-Prüfung:**

<b>Einrichtungsvertreter</b>	
Name	Position/ Funktion
<i>Janine Weber</i>	<i>EL</i>
<i>Mike Demontreuil</i>	<i>PDL in Ausbildung</i>
<i>Emilija Neudorf</i>	<i>QMB</i>
<i>Thomas Richter</i>	<i>PDL</i>

<b>WTG - Behörde</b>
Christian Richter
Claudia Kruse
Janina Stein

**Prüfungsablauf:**

Die Prüfung erfolgte unangemeldet.

Sie bezog sich auf den gesamten Prüfkatalog mit Ausnahme der Ergebnisqualität.

Im Rahmen der Prüfung wurden Sie bzw. die weiteren Teilnehmenden Ihrer Einrichtung über die Anforderungen des WTG und die vorläufigen Prüfergebnisse informiert und beraten. Weiterhin bestand die Möglichkeit, zu den einzelnen Inhalten und Ergebnissen der Prüfung vor Ort Stellung zu nehmen.

**Hinweise:**

- Soweit im Rahmen der Prüfung Mängel festgestellt wurden, werden Sie unter der Überschrift „Mängelberatung gemäß § 15 Abs. 1 WTG NRW“ am Ende der jeweiligen Prüfkategorie zu den Möglichkeiten der Mängelbehebung beraten. In diesem Rahmen werden Ihnen Fristen zur Abstellung der Mängel vorgegeben. Sie kennzeichnen den Zeitpunkt, ab dem Sie mit einer Nachprüfung rechnen müssen. Diese können Sie vermeiden, indem Sie die Mängelbehebung innerhalb der genannten Frist hier nachweisen. Sollten die Mängel innerhalb der genannten Frist nicht behoben worden sein, behalte ich mir den Erlass einer Anordnung gem. § 15 Abs. 2 WTG vor. Ich weise darauf hin, dass eine solche Anordnung auf Ihre Kosten zwangsweise durchgesetzt werden kann..
- In der Kategorie Pflege und Betreuung wurden auch die vom MDK am 18. Und 19.08.2022 festgestellten Prüfungsergebnisse zugrunde gelegt.

## Allgemeine Angaben

<b>Leistungsanbieter</b>		
Name:	MediCare Pflegeeinrichtungen GmbH	
Adresse:	Am Exerzierplatz 7-9, 32423 Minden	
gemeinnützig?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <input checked="" type="checkbox"/>

<b>Belegungssituation:</b>		
	vollstationär	davon Kurzzeitpflegeplätze
Plätze gesamt:	128	15
Hiervon aktuell belegt:	60	
Davon Pflegegrad 2:	12	
Davon Pflegegrad 3:	22	
Davon Pflegegrad 4	15	
Davon Pflegegrad 5	11	

### 0. Qualitätsmanagement (QM):

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Handbuch Qualitätsmanagement

Die Seniorenresidenz Im Grillepark ist keine zertifizierte Einrichtung. Im vorliegenden Qualitätshandbuch sind Qualitätsziele sowie die Kernprozesse des Betriebes beschrieben. Es sind Aufgaben, Verantwortlichkeiten und die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung- und Sicherung verbindlich festgelegt und dokumentiert. Verantwortlich für das Qualitätsmanagement in den Bereichen Pflege und Betreuung ist die Qualitätsmanagementbeauftragte.

**Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e**

## 2. Wohnqualität

**Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:**

	Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
1. Privatbereich (§ 20 Abs. 1 WTG; § 7 Abs. 1 - 4 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Einzelzimmerquote (§ 20 Abs. 3 WTG; § 7 Abs. 1 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gemeinschaftsräume (§ 20 Abs. 1 WTG; § 8 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Technische Installationen (§ 5 Abs. 3 WTG; § 7 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Notrufanlagen (§ 7 Abs. 4 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

### 1. Privatbereich:

Bauliche Veränderungen wurden seit der letzten Regelprüfung nicht durchgeführt. Die Zimmer entsprechen den Anforderungen des WTG. Die Bewohner können ihr Zimmer selber gestalten, eigenes Mobiliar kann mitgebracht werden. Rauchen ist in den Bewohnerzimmern nicht erlaubt.

### 2. Einzelzimmerquote:

Die Einrichtung verfügt über 106 Einzelzimmer und 11 Doppelzimmer, die zum Zeitpunkt der Prüfung von 60 Bewohnern bewohnt werden. Die Einzelzimmerquote entspricht den Anforderungen des WTG.

### 3. Gemeinschaftsräume:

Die Gemeinschaftsräume zweckgebunden mit Möbeln und Dekoration ausgestattet. Die Einrichtung ist generell barrierefrei.

### 4. Technische Installationen:

Alle Bewohnerzimmer verfügen über Telefon- und Fernsehanschluss. Internet ist im gesamten Haus verfügbar. Der WLAN-Ausbau ist in Arbeit. Es befinden sich Rauchmelder in jedem Zimmer die auf die Brandmeldeanlage aufgeschaltet sind.

### 5. Notrufanlagen:

Jedes Zimmer und jede Nasszelle ist mit einer Rufanlage ausgestattet.

**Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e**

## 3. Hauswirtschaftliche Versorgung

Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
6. Speisen- und Getränkeversorgung (§ 19 Abs. 1 Ziffer 4 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wäsche- und Hausreinigung (§ 19 Abs. 1 Ziffer 4 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Hauswirtschaftskonzept Stand: 2013
- Verpflegungskonzept Stand: 03/2017
- Teilnehmerliste Hygieneschulung
- Speiseplan 4 Wochen (24.10.2022 – 22.11.2022)

### 6. Speisen- und Getränkeversorgung:

In der Seniorenresidenz Im Grillepark werden täglich drei Hauptmahlzeiten sowie drei Zwischenmahlzeiten angeboten. Die Versorgung erfolgt über die eigene Küche. Die Mahlzeiten werden in einem Zeitkorridor, orientiert am Bedarf sowie dem Wunsch der Bewohner\*innen angeboten und die Einnahme erfolgt gemeinschaftlich in den Gemeinschaftsbereichen oder auf Wunsch im Zimmer. Die Mittagsmahlzeiten werden ausschließlich frisch gekocht. Der Küchenleiter geht regelmäßig über die Wohnbereiche und erhebt die Bewohnerwünsche.

Die einzelnen Mahlzeiten werden an den Bedarf und Wünschen der Bewohner\*innen, unter anderen unterschiedliche Portionsgrößen, Austausch einzelner Komponenten, verschiedener Kostformen oder variabler Konsistenzen, angepasst.

Anhand eines Speiseplanes mit Auswahl von zwei Gerichten, sichtbar ausgehängt oder im jeweiligen Zimmer ausgelegt, wählen die Bewohner\*innen ihre Mittagsmahlzeit aus. Die Mitarbeitenden unterstützen je nach Bedarf bei der Auswahl und erfragen Speisewünsche für alle Mahlzeiten. Getränke wie Wasser, Saft aus einem Saftautomaten, Kaffee und Tee sind frei zugänglich.

### 7. Wäsche- und Hausreinigung:

Die Bewohner- sowie die Flachwäsche werden durch ein externes Unternehmen (SITEX) gereinigt.

Die Kennzeichnung der privaten Wäsche erfolgt kostenlos.

Die Hausreinigung erfolgt durch Personal welche bei der MediCare Service Gesellschaft beschäftigt ist.

**Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e**

## 4. Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung

Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Gering-fügiger Mangel	Wesent-licher Mangel
8. Anbindung an das Leben in der Stadt/im Dorf (§§ 4 Abs. 6; 5 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Erhalt und Förderung der Selbständigkeit und Mobilität (§§ 1; 5 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Achtung und Gestaltung der Privatsphäre (§ 20 Abs. 3, 5 WTG; § 7 Abs. 3 DVO )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:**

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Veranstaltungspläne der letzten 4 Wochen (vor Ort eingesehen)
- Betreuungskonzept Stand: 04/2017

### **8. Anbindung an das Leben in der Stadt/im Dorf:**

Die Einrichtung liegt im Stadtteil Dankersen. Fußläufig sind zwei Supermärkte erreichbar. Die Innenstadt von Minden ist sehr gut mit dem ÖPNV zu erreichen.

Gottesdienst finden noch unregelmäßig statt. Kontakte zum Kindergarten werden gepflegt. Im Juli haben Kinder aus dem Kindergarten die Bewohner besucht. Die Teilnahme an Veranstaltungen in der Umgebung wird durch die Einrichtung unterstützt und wenn nötig gibt es einen Fahrdienst.

### **9. Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit und Mobilität:**

Regelmäßige Veranstaltungen werden durch Aushänge am Schwarzen Brett und durch persönliche Information durch die Betreuungskräfte den Bewohner\*innen mitgeteilt. Es ist geplant auch wieder Ausflüge durchzuführen.

Wenn ein Bewohner Unterstützung benötigt, erfolgt diese von den Betreuungskräften.

Bei den begutachteten Bewohner\*innen, insbesondere bei denen die nur noch über eine eingeschränkte Mobilität verfügen, finden sich hauptsächlich Standardformulierungen, kein individuell geplantes Angebot.

### **10. Achtung und Gestaltung der Privatsphäre:**

Das selbständige Verlassen der Einrichtung ist für die Bewohner jederzeit möglich. Jeder Bewohner erhält auf Wunsch einen Zimmerschlüssel. Das Postgeheimnis wird gewahrt, in dem die Post dem Bewohner verschlossen ausgehändigt wird. Wenn eine gesetzliche Betreuung besteht, wird die Post dem Betreuer ausgehändigt.

Die individuelle Religions- und Glaubensausübung ist für die Bewohner jederzeit möglich.

Jeder Bewohner verfügt innerhalb der Einrichtung über ein Eigengeldkonto. Dieses Angebot ist für die Bewohner kostenlos. Die Auszahlung erfolgt über die Verwaltung.

Die Privatsphäre der Bewohner wird z.B. durch das Anklopfen vor dem Betreten des Raumes und geschlossene Türen bei der Versorgung gewahrt.

Es sind aktuell keine Haus- oder Besuchsverbote erteilt.

Besuchsverbote oder – Besuchseinschränkungen gibt es derzeit nicht. Die PoC-Testangebote entsprechen den derzeit gültigen Corona-Verordnungen. Besuche sind jederzeit möglich.

## **Mängelberatung gem. § 15 Absatz 1 WTG**

### **Zu Punkt 9 Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit und Mobilität:**

- Die Menschen sollen einen am persönlichen Bedarf ausgerichteten, gesundheitsfördernden und qualifizierten Betreuung erhalten. Es sind zielgruppenorientierte Betätigungen anzubieten, die die Fertigkeiten der Nutzerinnen und Nutzer in alltagsnahen und gewohnten Handlungen zur Geltung bringen.  
(§5 Abs. 2, Ziffer 2 WTG)

## Empfehlung:

### Zu Punkt 8: Anbindung an das Leben in der Stadt/ im Dorf

Gem. § 5 WTG NRW muss die Einrichtung ab dem 01.01.2023 ein Teilhabekonzept vorhalten und dieses auch schulen. Die Schulungsinhalte und die Teilnehmenden sind gem. § 13a WTG NRW zu dokumentieren.

## 5. Information und Beratung

### Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
11. Information über Leistungsangebot (§§ 6 Abs. 1; 11 Abs. 1 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Beschwerdemanagement (§ 6 Abs. 2 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Konzept zum Umgang mit Beschwerden Stand: 01.01.2016

#### 11. Information über das Leistungsangebot:

Im Rahmen von Gesprächen sowie mit prospektivem Informationsmaterial oder mit dem Internetauftritt, wird in geeigneter Weise über das Leistungsangebot der Einrichtung nach Art, Umfang und ( Preis über die Homepage [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de) und in der Broschüre, die im Beratungsgespräch ausgehändigt wird) informiert.

Es besteht die Möglichkeit sich die Einrichtung nach vorheriger Anmeldung anzusehen, ein Probewohnen wird im Zusammenhang mit dem Angebot der Kurzzeitpflege ermöglicht.

Die persönliche Beratung erfolgt in der Einrichtung.

Die Prüfberichte der letzten drei Jahre werden bei der EL vorgehalten, sie werden bei Bedarf ausgehändigt oder kopiert.

#### 12. Beschwerdemanagement:

An der Informationstafel ist aufgeführt, wie der Kreis als Beratungs- bzw. Beschwerdestelle zu kontaktieren ist.

Es liegt ein Konzept zum Umgang mit Beschwerden vor. Das Konzept ist den Mitarbeitern bekannt. Weiterhin werden die Bewohner bei Einzug über die Beschwerdemöglichkeiten aufgeklärt.

Die Beschwerden gehen grundsätzlich an die Pflegedienstleitung und die Einrichtungsleitung sowie an die QM-Beauftragte, sie sind für die Bearbeitung der Beschwerden verantwortlich. Je nach Beschwerde erfolgt eine Rückmeldung an die Beschwerdeführer.

Die Beschwerden werden einmal jährlich ausgewertet. Hauptsächlicher Beschwerdegrund in 2022 war die Unzufriedenheit mit der Versorgung, Wäscheverlust und sonstige Anliegen, die aber allesamt zufriedenstellend gelöst werden konnten.

### Mängelberatung/Empfehlung: **K e i n e**

## 6. Mitwirkung und Mitbestimmung

### Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
13. Beachtung der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte (§ 22 WTG; §§ 10 – 22 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

#### 13. Beachtung der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte:

Die Rechte der Nutzer\*innen und des Beirates haben im WTG eine hohe Bedeutung. Diese werden insbesondere in den §§ 11 ff. WTG DVO beschrieben. In der Einrichtung besteht ein Beirat. Dieser besteht aus 5 Mitgliedern. Die letzte Beiratswahl hat am 28.04.2021 stattgefunden. Die Beiratswahl ist rechtlich nicht zu beanstanden. Dem Beirat werden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt.

Die Sitzungen finden in unregelmäßigen Abständen statt.

Im Jahr 2022 wurde keine Beiratssitzung protokolliert. Auch gibt es kein Protokoll der Bewohnerversammlung aus 2022.

#### Mängelberatung gemäß §15 Abs. 1 WTG NRW

##### Punkt 13:

##### Arbeit des Beirates, jährliche Bewohnerversammlung:

Von jeder Sitzung des Beirates muss ein Bericht über die wesentlichen Ergebnisse der Sitzung angefertigt werden. (§ 19 Abs. 5 WTG DVO)

Mindestens einmal jährlich soll der Beirat eine Bewohnerversammlung abhalten und gegenüber den Bewohner\*innen Rechenschaft ablegen.

(§ 22 Abs. 4 WTG, § 10 DVO)

**Frist: umgehend**

## 7. Personelle Ausstattung

### Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
14. Persönliche u. fachliche Eignung der Beschäftigten (§§ 3 Abs. 5; 4 Abs. 8, 9; 21 WTG; §§ 1, 2 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ausreichende Personalausstattung (§ 21 WTG; § 1 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fachkraftquote (§ 21 Abs. 3 bis 5 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fort- und Weiterbildung (§ 3 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:**

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Bewohnerliste mit Pflegegraden Stand: 04.11.2022
- Mitarbeiterliste mit Qualifikation und Stundenumfang Stand: 04.11.2022
- Dienstpläne August, September und Oktober 2022
- LQV 31.08.2022
- Fortbildungsplan 2022 und 2023
- Fortbildungsnachweise 2022
- Ehrenbekundungen (bis zum Tag der Prüfung in 2022 noch nicht erfolgt)

### **14. Persönliche u. fachliche Eignung der Beschäftigten:**

In der gibt es ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter\*innen (Onboarding). Hierin ist der Ablauf der Einarbeitung der Mitarbeiter\*innen erläutert.

Die persönliche Eignung der Führungskräfte und der weiteren Beschäftigten erfolgt normalerweise einmal jährlich durch eine Erklärung (Ehrenbekundung). Aus der Erklärung geht hervor, dass keine Vorstrafen bzw. Eintragungen im Bundeszentralregister vorliegen. Die persönliche Eignung der Mitarbeiter für das aktuelle Jahr ist noch nicht geprüft worden. Alle 5 Jahre wird von den Führungskräften ein polizeiliches Führungszeugnis vorgelegt. Das aktuell vorliegende Führungszeugnis der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung ist aus dem Jahr 2022. Vor Einstellung neuer Mitarbeiter\*innen sind jeweils einwandfreie polizeiliche Führungszeugnisse vorzulegen. Aktuell sind keine Mitarbeiter mit Ausschlussgründen beschäftigt. Das geschilderte Vorgehen in der Einrichtung ist durch § 4 Abs. 8 WTG i.V.m. § 2 Abs. 3 WTG-DVO gedeckt und daher nicht zu beanstanden.

### **15. Ausreichende Personalausstattung:**

Das Mitarbeiterteam der Einrichtung ist multiprofessionell aufgestellt und setzt sich aus Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften, Mitarbeitende des sozialen Dienstes und der Betreuung sowie hauswirtschaftlichen Mitarbeitenden zusammen. Der Einsatz der Mitarbeitenden im Bereich der Pflege und sozialen Betreuung erfolgt EDV – gestützt anhand eines systematischen Dienstplanes. Die vorliegenden Dienstpläne (August, September und Oktober 2022) sind zweifelsfrei und dokumentenecht geführt. Fortbildungen sind kenntlich gemacht und eine vollständige Dienstplanlegende ist integriert.

Im Frühdienst und im Spätdienst sind Fach- und Hilfskräfte im Einsatz. Im Nachtdienst ist immer eine Pflegefachkraft und eine Pflegehilfskraft eingesetzt.

Zum Prüfzeitpunkt liegt das errechnete Personalsoll im Pflegebereich bezogen auf die aktuelle Belegungsstruktur und der aktuell gültigen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung bei 24,85VZÄ. Nach Auswertung der vorliegenden Dienstpläne und der Mitarbeiterliste werden ausreichend Pflegefach- und Pflegehilfskräfte vorgehalten.

Im Bereich des Sozialen Dienstes gibt es zum Zeitpunkt der Prüfung eine leichte Personalunterdeckung. In der Betreuung nach § 43 b wird das verhandelte Personalsoll erfüllt.

### **16. Fachkraftquote:**

Das WTG fordert eine 50 % Quote in den Bereichen Pflege und Sozialer Dienst (§ 21 Abs. 4 S. 1 WTG).

Die Anzahl der Hilfskräfte umfasst 16,61 VZÄ Stellen und die Anzahl der Fachkräfte liegt mit 12,98 VZÄ Stellen über der vorzuhaltenden Personalmenge von je 12,425 Stellen.

Im Bereich des Sozialen Dienstes hält die Einrichtung zum Prüfungszeitraum nicht ausreichend Mitarbeiter vor. Laut aktuell gültiger LQV in Korrelation mit der aktuellen Belegung müsste die Einrichtung 1,24 VZÄ



Stellen vorhalten (IST: 1,19), davon ist die Hälfte (0,62 VZÄ) mit einer Fachkraft zu besetzen. Es werden im Bereich des Sozialen Dienstes nur Fachkräfte eingesetzt. Im Bereich der Betreuungskräfte ist die vorgeschriebene Quote derzeit erfüllt.

#### **17. Fort- und Weiterbildung:**

Die Pflegedienstleitung und die Mitarbeiter\*innen haben an Schulungen teilgenommen. Es wurden nicht alle Pflichtfortbildungen die sich aus dem WTG ergeben durchgeführt. Die Teilnahme an den Schulungen ist Pflicht. Die Pflegedienstleitung bzw. Einrichtungsleitung hält eine Statistik aller durchgeführten Fortbildungen vor. Weiterhin wurden zahlreiche Minitrainings (5 bis 15 Minuten) durchgeführt.

Fortbildungen auf Leitungsebene sind dem Fortbildungsplan zu entnehmen. Die Einrichtungsleitung hat im Jahr der Prüfung, eine Weiterbildung zum Thema Arbeitsrecht besucht. Die Betreuungskräfte haben die jährliche Fortbildung ebenfalls absolviert.

In der Einrichtung Seniorenresidenz Im Grillepark gibt es einen Mitarbeiter mit einer speziellen Weiterbildung zur Hygienefachkraft.

Eine Nachqualifizierung ist grundsätzlich möglich.

#### **Mängelberatung gemäß §15 Abs. 1 WTG NRW**

##### **Zu Punkt 14. Persönliche u. fachliche Eignung der Beschäftigten:**

Um die persönliche Eignung aller Beschäftigten in regelmäßigen Abständen zu prüfen, sollte die Einrichtung konzeptionelle Aussagen erarbeiten, in denen sie zumindest festlegt, was für sie z. B. „regelmäßige Abstände“ bedeutet und welches Instrument/Verfahren sie für die Aufgabe der Überprüfung der persönlichen Eignung nutzen möchte. Die Mitarbeitenden sollten über das Verfahren informiert werden. Die konzeptionellen Aussagen sind der WTG-Behörde unaufgefordert vorzulegen.

(§ 4 Abs. 8 WTG und § 2 Abs. 3 DVO).

**Frist: 31.03.2023**

##### **Empfehlung:**

Es wird an die Verpflichtung zu Schulungen aller Expertenstandards erinnert und die ausgefallenen Fortbildungen im Jahr 2023 nachzuholen. Die Einrichtung muss nach dem aktuellen Stand der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse handeln.

Zur Vermeidung und Behebung von Qualitätsdefiziten sind Maßnahmen zu treffen, die zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege beitragen. Expertenstandards sind Instrumente, die dazu beitragen. Regelmäßige Schulungen zu den Expertenstandards sind daher unerlässlich und zeugen von einem hohen Qualitätsstandard einer Einrichtung. Auch vermeintlich wiederkehrende Schulungen von Expertenstandards ohne inhaltlicher Veränderung sind ein Qualitätsmerkmal einer Einrichtung. Dies dient der Manifestierung des schon erlernten, aber auch zur Förderung des Wissens bei (z. B.) neuen Beschäftigten oder bei Beschäftigten, die zum Zeitpunkt der Schulungen nicht anwesend waren. (§ 4 Abs. 1 und 3 WTG und § 3 Abs. 1 DVO).

## 8. Pflege und Betreuung

### Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

		Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Geringfügige r Mangel	Wesent- licher Mangel
18.	Pflege- und Betreuungsqualität (§ 4 Abs. 10, 11, 12 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19.	Pflegeplanung/Förderplanung (§§ 4 Abs. 11, 13 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Umgang mit Arzneimitteln (§ 10 Abs. 1; 19 Abs. 1 Ziffer 3 WTG; § 24 Ziffer 6 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Dokumentation (§ 10 Abs. 1 WTG; § 24 DVO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Hygieneanforderungen (§ 4 Abs. 4 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Organisation der ärztlichen Betreuung (§ 19 Abs. 1 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Liste der Risikomerkmale Stand: 04.11.2022
- Palliativkonzept Stand: 23.08.2019
- Pflegekonzept Stand: 03/2017
- Fortbildungsplan 2022 und 2023
- Teilnahmeliste Hygienebelehrung 06.05.2022, 15.06.2022
- Teilnahmeliste Hygienemaßnahmen bei Corona und MRSA 10.11.2022
- Teilnahmeliste Medikamentenmanagement 20.04.2022
- Teilnahmeliste Dekubitusprophylaxe (diverse Termine)
- Teilnahmeliste Sturzprophylaxe 13.06.2022, 15.06.2022
- Teilnahmeliste Schmerzmanagement 15.06.2022, 21.06.2022
- Teilnahmeliste Chronische Wunden 05.05.2022
- Teilnahmeliste Ernährungsmanagement (diverse Termine)
- Teilnehmerliste Gewaltprävention in der Pflege 06.07.2022, 30.09.2022 und 22.11.2022
- Teilnahmeliste FeM 22.11.2022
- Teilnahmeliste Harnkontinenz (diverse Termine)
- Teilnahmeliste Pflege von Menschen mit Demenz (diverse Termine)
- Teilnahmeliste Umgang mit dem EDV-Programm Vivendi (diverse Termine)
- Brandschutzbelehrung (diverse Termine)

## **18. Pflege- und Betreuungsqualität:**

Die Durchführung der Pflege und Betreuung werden u.a. im Pflegekonzept beschrieben. In der Pflege werden Vorbehaltsaufgaben durch Pflegefachkräfte durchgeführt. Aufgrund der Tatsache, dass die Bewohner der „Jungen Pflege“ in die Altenhilfe überführt wurden, fand am 04.11.2022 eine Überprüfung der Ergebnisqualität statt.

### **Prüfung am 04.11.2022**

#### **Frau R., Wohnbereich Meißen 3 (P1):**

Die Bewohnerin hat Pflegegrad 3. Sie lebt seit dem 22.03.2017 in der Einrichtung und leidet u.a. an folgenden Diagnosen: Epilepsie, Hemangiome, Metastasen, Multiple Myome, unklare Schädelkalotten.

Die Bewohnerin wird auf ihrem Bett sitzend angetroffen. Sie stimmt der Prüfung zu. Ebenso hat der Betreuer der Bewohnerin einer Inaugenscheinnahme telefonisch zugestimmt. Die Bewohnerin gibt Wohlbefinden an. Die Fingernägel der Bewohnerin sind sehr lang, dass wolle sie jedoch so tragen. Sie sei sehr selbstständig, verlasse eigenständig die Einrichtung und besuche selbstbestimmt die Betreuungsangebote. Die Bewohnerin ist in der Grundpflege sehr selbstständig, das wird auch so in der SIS und im Maßnahmenplan beschrieben. In den Berichten ist zu entnehmen, dass die Bewohnerin regelmäßig am Beschäftigungsangebot der Einrichtung teilnimmt. Im Maßnahmenplan ist nur Bingo einmal im Monat geplant. In der SIS steht, dass sie möchte, dass ihre Biografie berücksichtigt werde. Ein gesonderter Biografiebogen ist nicht vorhanden. Teilweise stehen Wünsche in der SIS, diese werden jedoch nicht in den Maßnahmenplan übertragen und Maßnahmen geplant. Einzelangebote werden, laut ihrer Aussage, jedoch nicht oder nur wenig angeboten. Diese würde sie jedoch aktuell auch nicht bedürfen.

Die Bewohnerin gibt an, dass es oft etwas Anderes zum Mittagessen gäbe, als auf dem Plan stehe. Im Erdgeschoss der Einrichtung ist der Speiseplan der letzten Woche ausgehängt. Im ersten OG hängt gar kein Speiseplan aus.

#### **Frau M., Wohnbereich Meißen 2 (P2):**

Die Bewohnerin hat Pflegegrad 5 und lebt seit dem 12.01.2017 in der Einrichtung. Sie leidet u.a. an folgenden Diagnosen: hypoxischer Hirnschaden 2016, TVT li., Epilepsie, SPK 2017, PEG.

Die Bewohnerin lebt seit dem 12.01.2017 in der Einrichtung. Im Rahmen der Auflösung des Bereiches „Junge Pflege“ ist die Bewohnerin in den Bereich der Altenhilfe gezogen. Der begleitende Mitarbeiter konnte keine konkreten Angaben zu der Bewohnerin machen. Der Akte konnte entnommen werden, dass sie 2016 einen hypoxischen Hirnschaden erlitten habe und seitdem pflegebedürftig sei. Sie habe eine PEG und eine Magenüberlaufsonde, einen suprapubischen Blasenkatheter und leide zudem an Epilepsie. Die Bewohnerin wird im Bett rechts gelagert angetroffen. Sie weist starke Kontrakturen der oberen und unteren Extremität auf. An der linken Hand wurde ein Lochschaumstoff angelegt, um die Fingerzwischenräume vor Mazeration zu schützen. Die Fingernägel waren teilweise sehr lang und drückten in den Handballen. Zwischen den Fingern beider Hände war die Haut schuppig und mazeriert. Am rechten Ellenbogen ist ein Verband angelegt, eine Wunddokumentation ist hierzu nicht vorhanden. Der begleitenden Fachkraft ist nicht bekannt, welche Wunde sich unter dem Verband befindet. Die Bewohnerin ist um 11.15 Uhr noch nicht grundpflegerisch versorgt. Sie hat fettiges Haar, lange Fingernägel, einen Damenbart am Kinn und Sekret im linken Auge. Im Bett wurde eine Fieberthermometerhülle gefunden.

Der Magenüberlaufbeutel ist mit einer bräunlich, grünlichen Flüssigkeit gefüllt. Der begleitende Pfleger kennt die Sonde nicht und kann keine Angaben dazu machen. Er wird gebeten sich zu erkundigen, was das für eine Sonde ist und wieviel und welche Flüssigkeit dort transportiert wird. Um eine genaue Krankenbeobachtung durchführen zu können. Zum Zeitpunkt der Prüfung lief Wasser über die Sonde. Es liegt ein Sondenkostplan im Zimmer, auf dem wurde die letzten drei Tage keine Sondenkost am Morgen dokumentiert. Die Bewohnerin bekommt zwei verschiedene Sorten Sondenkost. Laut Ernährungsplan erhält sie 1250 kcal am Tag, der Grundbedarf wurde jedoch mit 1800 kcal ermittelt. Der Gewichtsverlauf der Bewohnerin zeigt eine drastische Gewichtsabnahme → 15.06.2022 91 kg; 28.06.2022 91 kg; 05.07.2022 90,3 kg; 16.08.2022 89,9 kg; 02.09.2022 81,4 kg; 05.10.2022 60,3 kg. Wobei das letzte Gewicht eher eine Fehleintragung zu sein scheint.

In der gesamten Dokumentation ist der Gewichtsverlauf nicht thematisiert. Eine Reaktion auf die Gewichtsabnahme ist der Dokumentation nicht zu entnehmen.

Im Rahmen der Prüfung verzieht die Bewohnerin immer wieder das Gesicht und fängt an zu weinen. Auf die Frage, ob die Bewohnerin Schmerzen habe, kann ihr zum Prüfzeitpunkt keiner der Mitarbeiter\*innen eine Auskunft geben, da alle Mitarbeiter\*innen sehr neu sind und die Bewohnerin kaum kennen. Es wurde in der Dokumentation ein Schmerzrisiko identifiziert, die letzte Schmerzeinschätzung erfolgte am 05.08.2022. Bedarfsmedikation wurde in den letzten Wochen nicht verabreicht, obwohl Schmerzen beim Verbandwechsel dokumentiert wurden. Es wurde der begleitenden Fachkraft dringend empfohlen, bei dem Bild welches sich am Prüftag bot, mehrmals täglich eine Schmerzeinschätzung durchzuführen, um die Schmerzen ggf. besser erkennen und einstellen zu können.

Die Bewohnerin hat einen Dekubitus am Steiß, dieser ist laut Wunddokumentation am 18.08.2022 intern entstanden. Es finden sich in den Berichten jedoch mindestens seit dem 01.08.2022 Einträge zum Verbandwechsel am Steiß. Es lässt sich nicht zweifelsfrei eruieren seit wann die Wunde besteht. Die Wunddokumentation ist jedoch zweifelsfrei zu spät angelegt worden. Zudem besteht, wie bereits oben beschrieben, eine weitere Wunde am rechten Ellenbogen zu der es keine Wunddokumentation gibt. Am 02.10.2022 wurde erstmalig eine Druckstelle am rechten Ellenbogen beschrieben weitere Eintragen folgen hierzu erstmal nicht. Am 01.11.2022 wurde ein Verbandwechsel am rechten Ellenbogen dokumentiert. Am 31.10.2022 wurde in den Pflegebericht eingetragen, dass die Einstichstelle zum Magensaftbeutel eitrig sei, ein Folgeeintrag findet sich hierzu nicht. Am Prüftag fiel auf, dass neben dem Verband am Kreuzbein (auf 9 Uhr) ein Hämatom der Größe 0,7 x 0,5 cm entstanden ist. Dieses wurde bisher nicht erwähnt und war der Einrichtung nicht bekannt. Laut Dokumentation hat die Bewohnerin eine Weichlagerungsmatratze im Bett. Ein Lagerungsprotokoll wurde nicht angelegt.

Es liegt bei der Bewohnerin keine Biografie vor. Soziale Betreuung ist in dem eingesehenen Zeitraum nur am 12. und am 23.10.2022 dokumentiert. Im Maßnahmenplan ist keine Betreuung geplant. Mobilisiert wurde die Bewohnerin in dem eingesehenen Zeitraum nicht.

### **Herr G., Wohnbereich Meißen 1 (P3):**

Der Bewohner habe Pflegegrad 4, er leide u.a. an folgenden Diagnosen: Hemiparese links, MRSA im Nasen-Rachenbereich und auf der Haut, Refluxösophagitis. Der Bewohner lebt seit dem 03.10.2016 in der Einrichtung. Die begleitende Pflegefachkraft kann wenig Angaben zu dem Bewohner machen. Im Stammblatt des Bewohners ist ein MRSA dokumentiert. Dieses ist der begleitenden Fachkraft nicht bekannt. Auf einem alten Stammblatt findet sich dazu noch der Hinweis, dass die Besiedlung im Bereich Nasen-Rachen-Raum und auf der Haut sei. Der Bewohner wird in der Einrichtung nicht isoliert, gesonderte Hygienemaßnahmen werden nicht getroffen. Der letzte Arztbrief sowie die gesamte Akte (mit Arztbriefen und Dokumenten) des Bewohners ist nicht auffindbar. Somit lässt sich nicht verifizieren, ob und wo der Bewohner ggf. noch eine MRSA Besiedlung aufweist oder ob eine Sanierung stattgefunden hat. Mit dem begleitenden Pfleger wurde besprochen, dass entsprechende Hygienemaßnahmen eingeleitet werden müssen und zeitnah Abstriche erfolgen sollten.

Der Bewohner wird in seinem Bett in sitzender Position angetroffen (12:20 Uhr). Er hat sei leeres Frühstückstablett vor sich stehen, die Medikamente hat er nicht genommen. Eine Tablette war augenscheinlich aufgeweicht, zwei weitere lagen auf dem Tablett. Eine Tablette befand sich noch im gelben Medikamentenbecher. Der Bewohner hatte einen Pudding in der Hand, er hatte mit einem Löffel den Deckel durchstoßen. Die Getränke waren leer. Laut Dokumentation isst der Bewohner immer sehr hastig und neigt zum Verschlucken, er müsse beaufsichtigt werden. Im Bett ist eine Wechseldruckmatratze, diese ist auf 70 kg eingestellt. Aufgrund der Betteinstellung, Oberkörper hoch, erfüllt das Wechseldrucksystem jedoch aktuell nicht seinen Zweck. Der Bewohner hat laut Dokumentaton eine Weichlagerungsmatratze im Bett. Er hat eine Wunde am Gesäß, an der linken Ferse und eine entfernte Fistel am linken Trochanter. Die Wunde am Trochanter ist eine Operationswunde, am Gesäß und an der Ferse Dekubitalgeschwüre, extern erworben, so die begleitende Pflegefachkraft. Da der Arztbrief nicht vor Ort zu finden war, konnten die Angaben der Einrichtung nicht überprüft werden. Es sind zwei Wunddokumentationen angelegt, eine für die Ferse und eine für die Fistel am Trochanter. Eine Wunddokumentation über das Gesäß liegt nicht vor. Am 08.09.2022 ist eine Hautabliederung am Gesäß als abgeheilt dokumentiert. Am 19.10.2022 ist eine Druckstelle am Gesäß

beschrieben, ein Folgeeintrag findet sich hierzu nicht. Der Verband an der rechten Ferse war zum Prüfzeitpunkt gelöst. Die Beurteilung des Hautzustandes am Rücken und dem Gesäß hat der Bewohner abgelehnt. Ein Lagerungsprotokoll kann am Prüftag nicht vorgelegt werden. Aus den Berichten ergibt sich im Oktober 9 x die Mobilisation in den Rollstuhl. Am 06.10.2022 wurde ein Sturz aus dem Rollstuhl und am 14.09.2022 ein Sturz aus dem Bett dokumentiert. SIS und Maßnahmenplan wurden nicht evaluiert. Der Bewohner hat zudem stark an Gewicht verloren 26.05.2022 → 78,9 kg; 16.06.2022 → 75,3 kg; 15.07.2022 → 59,2 kg; 04.08.2022 → 69,2 kg; 17.08.2022 → 64,5 kg; 02.08.2022 → 64,7 kg; 05.10.2022 → zwei Einträge einmal 65,5 kg und einmal 51,9 kg. Wenn man den letzten Eintrag und den Eintrag am 15.07.2022 als Fehleintrag wertet, hat der Bewohner unbemerkt der Einrichtung in 6 Monaten 13,4 kg abgenommen. In der SIS oder im Maßnahmenplan finden sich hierzu keine Angaben. Am 09.09.2022 wurde eine ärztliche Kommunikation dokumentiert, der Bewohner nach dem Krankenhausaufenthalt abgenommen und jetzt wieder zugenommen. Die Zunahme ist jedoch im Gewichtsverlauf nicht zu erkennen. Am 07.10.2022 wurde ebenfalls eine ärztliche Kommunikation eingetragen, der Bewohner hochkalorische Kost vom Haus erhalten solle. In der SIS und dem Maßnahmenplan finden sich hierzu keine Angaben. Auch die begleitende Pflegefachkraft ist darüber nicht informiert. Somit hat der Bewohner nachweislich keine Hochkalorische Kost, wie ärztlich verordnet, erhalten.

Am 08.09.2022 wurden Schmerzen in der rechten Ferse dokumentiert, der Bewohner keine Bedarfsmedikation erhalten. Letzte Schmerzeinschätzung vom 17.08.2022. Keine zielführenden Maßnahmen geplant.

Zudem fiel auf, dass der Bewohner um 12:20 Uhr unversorgt in seinem Bett angetroffen wurde. Er war unrasiert und trug ein bekleckertes Schlafanzugoberteil. Beide Bettseitenteile waren hochgestellt, der Bewohner gab gegenüber der Prüferin an, dass das für ihn in Ordnung sei. Jedoch entstand während der Prüfung der Eindruck, dass der Bewohner die Situation kognitiv nicht vollständig einschätzen konnte. Eine Dokumentation zur Rechtsmäßigkeit der FeM konnte nicht erbracht werden. Am 19.12.2022 teilt die Einrichtung mit, dass keine FeM angewandt wird und somit kein Beschluss oder eine Einwilligung vorliege. Diese Aussage entspricht so nicht den vorgefundenen Tatsachen. Am 04.11.2022 wurde der Bewohner mit hochgestellten Bettseitenteilen an beiden Seiten angetroffen. Am 12.10.2022 wurde dokumentiert, dass der Bewohner einen Gurt im Stuhl bekommen solle, nach Sturz aus dem Rollstuhl am 06.10.2022. Den Gurt solle der Bewohner aber selbstständig öffnen können, damit es keine FeM ist.

Es wurde am 18.10., am 27. und am 28.10.2022 dokumentiert, dass der Bewohner massiv eingenässt habe. Am 27.10.2022 dokumentiert der Nachtdienst, dass der Bewohner einem DK zustimmt. Am 28.10.2022 wird dem Hausarzt mitgeteilt, dass der Bewohner den Wunsch geäußert hätte, einen DK gelegt zu bekommen. Am 09.11.2022 solle sich der Bewohner in der Praxis vorstellen um sonographisch den Restharn zu bestimmen, damit ggf. eine Indikation für einen DK vorliegen würde.

Eine Biografie liegt in diesem Fall ebenfalls nicht vor. Betreuungsangebote sind im Oktober 5x dokumentiert. Es wird durchgehend dokumentiert, dass der Bewohner Freude am Angebot hat. Am 13.10.2022 wurde ein Spaziergang dokumentiert, der dem Bewohner sehr gefallen habe. Im Maßnahmenplan finden sich Standardformulierungen, kein individuell geplantes Angebot.

#### **Herr B., Wohnbereich Meißen (P4)**

Die gesetzliche Betreuerin erteilte die Erlaubnis zur Inaugenscheinnahme per Telefon.

Pflegegrad 5, Diagnosen u.a.: Z.n. Schädel-Hirn-Trauma mit subduraler Blutung 07.2013, Hemiparese rechts, Diabetes mellitus Typ 1, asymptomatische Hepatitis B

Der Nutzer wird in Rückenlage im Bett liegend angetroffen. Er ist mit einem Shirt bekleidet. Es sind ausgeprägte Kontrakturen in beiden Sprunggelenken (Spitzfußstellung bds.) sowie in dem rechten Ellenbogen- und Handgelenk festzustellen. Der Nutzer antwortet nicht auf Fragen, fixiert jedoch die Unterzeichnerin bei der Ansprache. Es liegt ein suprapubische Blasendauerkatheter mit klarem Urin im Ablassschlauch. Bis auf lange Fingernägel sind keine grundpflegerischen Defizite festzustellen. Nach Angaben kann sich Herr B. mit Gesten und Mimik sowie durch Abwehrverhalten verständlich machen.

Der Nachtschrank, mit zwei leeren Trinkbechern, steht außerhalb der Reichweite von Herrn B. An der Wand hängt ein Hinweis, dass Herr B. nur unter Aufsicht Speisen und Getränke aufnehmen darf. Auf einer Kommode liegen Aufzeichnungen der Logopädin über die Nahrungsaufnahme. Von der begleitenden PFK

wurden zuvor Angaben gemacht, dass Herr B. selbständig Fingerfood und Getränke aufnehmen kann, wenn man ihm alles in Reichweite stellt. In der Dokumentation findet sich ein Vermerk, dass die Logopädin nicht mehr mittags kommt, um die Nahrung anzureichen. Es wird weder ein Trink- noch ein Ernährungsprotokoll geführt. Der Gewichtsverlauf war weitestgehend konstant, am 05.10.2022 war der BMI 21,25. Die SIS wurde am 23.08.2022 erstellt. Hier wurde dokumentiert, dass keine orale Nahrungsaufnahme möglich ist.

In der SIS wird ein Dekubitusrisiko festgestellt. Im Maßnahmenplan werden regelmäßige Positionswechsel, ohne weitere Zeitangaben, geplant. Der Lagerungsplan, den die begleitende PFK aus dem Zimmer des Nutzers holt, ist sehr lückenhaft geführt. An manchen Tagen wurden keine Positionswechsel dokumentiert, an anderen Tagen nur 2-3 Positionswechsel. Laut Dokumentation wurde der Nutzer mit einer Weichlagerungsmatratze versorgt. Nach Angaben der begleitenden PFK wird Herrn B. jeden Tag der Transfer in den Rollstuhl angeboten, jedoch häufig von ihm abgelehnt. Dies ist aus der Dokumentation nicht ersichtlich. Es sind lediglich zwei Transfers in den Rollstuhl dokumentiert und zwar am 26.09.2022 und am 21.10.2022. Eine Ablehnung des Mobilisationsangebotes ist nicht vermerkt.

Die Betreuungsangebote sind nicht ausreichend. Es werden ohne konkrete Zeitangaben „basale Stimulation, interne/externe Veranstaltungen und Begleitung beim Spaziergang“ geplant. Laut Dokumentation wurde Herrn Baum am 29.10.2022 vorgelesen. Ein Spaziergang erfolgte am 26.09.2022 und er hat am 21.10.2022 am Herbstfest teilgenommen.

Die Medikamentengabe ist nicht korrekt. Am 30.10.2022 wurde mittags bei Herrn B. ein Blutzuckerwert von 364 mg/dl gemessen. Er erhielt daraufhin 16 I.E. Insulin, obwohl er laut ärztlicher Anordnung bei diesem Blutzuckerwert 10 I.E. Insulin erhalten soll. Abends findet sich exakt der gleiche Eintrag, obwohl im handschriftlichen Protokoll für abends ein BZ-Wert von 204 mg/dl und eine Insulingabe von 4 I.E. vermerkt wurden.

Laut SIS ist bei Herrn B. eine regelmäßige Schmerzbeobachtung erforderlich. Als Maßnahme wurde eine „Schmerzprophylaxe“ geplant. Es wurden vom Arzt zwei Schmerzmittel als Bedarfsmedikamente verordnet. Der Bedarf wurde jedoch nicht ermittelt, es ist nachweislich keine Schmerzbeobachtung erfolgt.

Es kommen keine FEM zum Einsatz.

Laut Dokumentation ist Herr B. nur 2x gegen Corona geimpft.

### **Herr R., Wohnbereich Meißen 3 (P5)**

Die gesetzliche Betreuerin erteilte die Erlaubnis zur Inaugenscheinnahme per Telefon.

Pflegegrad 5, Diagnosen u.a. spastische Tetraparese bei Z.n. Hirnblutung 2012 und 2013, vorbestehende geistige Behinderung bei frühkindlichem Hirnschaden.

Herr R. wird bei der Inaugenscheinnahme in Rückenlage in seinem Bett liegend angetroffen. Er ist mit einem Shirt bekleidet. Herr R. reagiert nicht auf Ansprache, fixiert die Unterzeichnerin nicht. Es sind ausgeprägte Kontrakturen in allen Gelenken hüftabwärts, in den Schultern und Armgelenken festzustellen. Es sind keine grundpflegerischen Defizite festzustellen. Herr R. wurde um 11 Uhr, unmittelbar vor der Inaugenscheinnahme, von einer Pflegekraft grundpflegerisch versorgt. Laut Pflegeplanung sind zwei Pflegekräfte zur Durchführung der Körperpflege erforderlich, was bei den ausgeprägten Kontrakturen auch von der Unterzeichnerin als erforderlich erachtet wird.

In der Dokumentation ist vermerkt das Herr R. unter einer spastischen Tetraparese leidet, es zu unwillkürlichen Bewegungen kommt. Es werden beginnende Kontrakturen in den Händen, Schultern und Beinen beschrieben. Herr R. zeige teilweise nonverbale Reaktionen auf Unbehagen.

Bei Herrn R. kommen FEM zum Einsatz. Es werden beide Bettseitenteile hochgestellt. Die richterliche Genehmigung war bis 20.09.2022 befristet. Laut Dokumentation wurde am 28.10.2022 ein erneuter Antrag an das zuständige Amtsgericht gefaxt. Es wurden keine Fallbesprechungen zur Vermeidung von FEM geführt, keine Alternativen ausprobiert. Die Dokumentation der FEM ist nicht korrekt. Es werden weder der An- und Ablegezeitpunkt, noch die Kontrolle der Maßnahme, unter Berücksichtigung des 4-Augen-Prinzips, dokumentiert.

An Betreuungsangeboten wurde ohne Zeitangabe „Musik, basale Stimulation, Hand- und Fußmassage und Vorlesen“ geplant. Am 20.10.2022 wurden Waffel gebacken, am 23.10.2022 das Zimmer beduftet und am 24.10.2022 wurde Herrn R. vorgelesen. Nach Angaben der begleitenden PFK erhält Herr R. alle 2-3 Tage

Besuch von seiner Ehefrau und wird dann in den Pflegerollstuhl mobilisiert. In den eingesehenen Lagerungsplänen wurde die Mobilisation in den Rollstuhl nicht dokumentiert. An den anderen Tagen erfolgte keine Mobilisation in den Rollstuhl.

Die SIS wurde am 02.09.2022 erstellt.

Es wurde ein Dekubitusrisiko festgestellt. Im Maßnahmenplan werden regelmäßige Positionswechsel, ohne nähere Zeitangaben, geplant. Der Lagerungsplan, den die begleitende PFK aus dem Zimmer des Nutzers holt, ist sehr lückenhaft geführt. An manchen Tagen wurden keine Positionswechsel dokumentiert, an anderen Tagen nur 2-3 Positionswechsel.

Laut SIS erfolgt die „Ernährung vollständig über die PEG, hohes Brechverhalten mit Aspirationsgefahr, Ernährungszustand unter Sondenkost stabil“. Bei Herrn R. ist es vom 16.08.2022 bis zum letzten wiegen am 02.09.2022 zu einer Gewichtsabnahme von 4,8 kg gekommen (BMI 19,47). Der letzte Ernährungsplan mit Bedarfsberechnung wurde in 2020 aufgestellt.

Laut SIS wird ein Schmerzrisiko festgestellt. Als Maßnahme wurde eine „Schmerzprophylaxe“ geplant. Es wurden vom Arzt ein Schmerzmittel als Bedarfsmedikament verordnet. Der Bedarf wurde jedoch nicht ermittelt, es ist nachweislich keine Schmerzbeobachtung erfolgt.

Laut Dokumentation ist Herr R. nur 2x gegen Corona geimpft.

Nachtrag: Am 04.11.2022 wurden Herr B. und Herr R. ein 3. Mal gegen Corona geimpft.

### **Herr S., Wohnbereich Meißen EG (P6)**

Es konnte keine Einwilligung zur Inaugenscheinnahme eingeholt werden. Unter der angegebenen Telefonnummer des Betreuers wurde der Hörer mehrmals wieder aufgelegt und das Gespräch nicht angenommen. Es wurde deshalb lediglich ein Gespräch mit dem Nutzer geführt und der offensichtliche Pflegezustand geprüft.

Pflegegrad 5, Diagnosen u.a. Z.n. intrazerebraler Blutung rechts mit Ventrikeleinbruch 05/2008, Hemiparese links, Hirnorganisches Psychosyndrom, Demenz.

Herr S. wird bei der Inaugenscheinnahme in Tageskleidung in seinem Rollstuhl sitzend angetroffen. Er sitzt am Esstisch und hat offensichtlich soeben die Aufnahme der pürierten Mittagsmahlzeit beendet. Der halbvolle Teller wurde zur Seite geschoben. In der rechten Hand hält er einen leeren Becher mit Trinktülle. Herr S. spricht sehr undeutlich, das Gesagte ist nur schwer verständlich. Auf Nachfrage bejaht er jedoch, dass er noch etwas trinken möchte. Nachdem ihm von einer Mitarbeiterin der Becher mit einem angedickten Getränk gefüllt wurde führt Herr S. den Becher mit der rechten Hand zum Mund und trinkt. Dabei läuft ihm ein Teil der Flüssigkeit aus dem linken Mundwinkel und Herr S. verschluckt sich an dem Getränk. An seinem Kinn befinden sich noch viele Essensreste. Der weitere Pflegezustand ist, soweit einsehbar, in Ordnung.

Laut Dokumentation ist Herr S. vollständig desorientiert, kann keine Gefahren einschätzen, versteht keine Sachverhalte und Informationen, zeitweise Unruhe, kein ablehnendes Verhalten, verwaschene Sprache.

Bei Herrn S. werden als FEM die Bettseitenteile hochgestellt. Ein richterlicher Beschluss kann während der Regelprüfung nicht vorgelegt werden. In der Dokumentation findet sich der Hinweis, dass der Antrag auf FEM am 26.10.2022 an den Hausarzt zur Stellungnahme gefaxt wurde. Eine Rückantwort war noch nicht eingegangen. Es wurden keine Fallbesprechungen zur Vermeidung von FEM geführt, keine Alternativen ausprobiert. Die Dokumentation der FEM ist nicht korrekt. Es werden weder der An- und Ablegezeitpunkt, noch die Kontrolle der Maßnahme, unter Berücksichtigung des 4-Augen-Prinzips, dokumentiert.

An Betreuungsangeboten wurden montags eine Bewegungsrunde und dienstags Gedächtnistraining / kognitive Spiele geplant. Laut Pflegebericht hat Herr S. regelmäßig an Betreuungsangeboten teilgenommen. Die SIS wurde am 18.08.2022 erstellt. Es wurde ein Dekubitusrisiko festgestellt. Laut Maßnahmenplan sollen tagsüber alle 2-3 Stunden und nachts alle 3 Stunden Positionswechsel erfolgen. Ein Lagerungsplan zum Nachweis der Durchführung wird nicht geführt.

Laut SIS wird ein Ernährungsrisiko verneint. Diese Einschätzung ist nicht korrekt, da Herr S. unter Schluckstörungen leidet und angedickte Getränke sowie pürierte Speisen erhält. Laut Maßnahmenplan soll alle 14 Tage eine Gewichtskontrolle erfolgen. Diese Maßnahme wurde nicht umgesetzt. Die Gewichtskontrolle erfolgt nur 1x monatlich. Das Gewicht ist konstant.

Ein Sturzrisiko wird benannt, entsprechende Maßnahmen wurden geplant und durchgeführt. Ein Schmerzrisiko besteht laut SIS nicht.

### **Prüfung am 06.12.2022**

#### **Frau H., Wohnbereich Meißen EG (P7):**

Die Bewohnerin hat den Pflegegrad 4 und leidet u.a. an folgenden Diagnosen: Diabetes mellitus, Gonarthrose rechts, LWK Fraktur, Kleiner Aneurysma vor 13 Jahren, Harn- und Stuhlinkontinenz. Sie lebt seit dem 22.09.2021 in der Einrichtung.

Zunächst wird der Ehemann der Bewohnerin über die Prüfung informiert, er gibt sein Einverständnis für die Inaugenscheinnahme. Die Bewohnerin stimmt der Prüfung ebenfalls zu. Die Bewohnerin wird im Bett liegend angetroffen. Die Bewohnerin gibt auf Nachfrage an, dass es ihr am Rücken kalt sei. Sie habe schon häufig gerufen, keiner sei gekommen. Das T-Shirt der Bewohnerin ist am Rücken hochgerutscht, sodass der Bauch und der Rücken nackt waren. Der begleitende Pfleger bietet der Bewohnerin an, das T-Shirt runter zu ziehen. Zudem gibt die Bewohnerin Schmerzen an, sie habe immer Schmerzen. Seit dem 13.11.2022 werden Schmerzen regelmäßig eingeschätzt. Es erfolgt jedoch keine Konsequenz. Ärztlich angeordnet sind sowohl feste Schmerzmittel als auch Schmerzmittel bei Bedarf. Es ist in den gesamten Zeitraum jedoch nicht ersichtlich, dass sie Bedarfsmedikation erhalten habe. Im Maßnahmenplan ist geplant, dass einmal täglich Schmerzen erfasst werden sollen. Konkrete Maßnahmen zur Schmerzlinderung sind jedoch nicht geplant. Die Bewohnerin wird auf dem Rücken liegend angetroffen die Fersen der Bewohnerin sind nicht frei gelagert. An der linken Ferse hat die Bewohnerin bereits 2x ein Dekubitus erlitten (Rezidiv). Aktuell bestehe laut dem begleitenden Pfleger keine Wunde, die Wunddokumentation sei abgesetzt. Bei der Inaugenscheinnahme wurde festgestellt, dass die linke Ferse deutlich gerötet war. Es befinden sich zwei blutunterlaufene verkrustete Stellen an der linken Ferse, beide ca. 0,5x1cm groß. Im Maßnahmenplan steht, als Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe, dass die Bewohnerin alle zwei Stunden gelagert werden solle und eine Weichlagerungsmatratze genutzt werden sollte. Die Bewohnerin liegt auf einer Weichlagerungsmatratze, das Lagerungsprotokoll im Zimmer ist jedoch sehr lückenhaft. Eine zweistündige Umpositionierung findet nachweislich nicht statt. Beispielsweise wurde die Bewohnerin am 04.12.2022 um 09:50 Uhr links gelagert, die nächste Lagerung erfolgte um 22:30 Uhr rechts. Letzte Mobilisation in den Rollstuhl am 23.11.2022. Am Prüftag sei die Bewohnerin wohl ebenfalls zum Frühstück im Rollstuhl gewesen, laut dem begleitenden Pfleger, die Bewohnerin konnte sich daran nicht erinnern. Dokumentiert ist die Mobilisation in den Rollstuhl zum Prüfzeitpunkt noch nicht. Auch in dem am 19.12.2022 nachgereichten Lagerungsprotokoll findet sich kein Eintrag zu einer Mobilisation in den Rollstuhl.

Die Bewohnerin hat seit einem halben Jahr Gewicht verloren. 15.06.2022 60,2kg; 04.07.2022 60,1 kg; 03.08.2022 60,6 kg; 17.09.2022 60,4 kg; 05.10.2022 57 kg; 08.11.2022 56,8 kg; 01.12.2022 53,8 kg. Am 23.09.2022 und 30.09.2022 ist eine Arztinformation gelaufen, mit dem Ergebnis, dass das Ess- und Trinkverhalten der Bewohnerin toleriert werden solle. Nach dem 05.10.2022 ist keine Arztinformation zum Gewichtsverlust dokumentiert. Der Gewichtsverlust beginnt allerdings erst am 05.10.2022 nachweislich, zuvor war das Gewicht konstant. Die Bewohnerin hat in den letzten 3 Monaten 10,9% an Gewicht verloren. Es erfolgt weder in der SIS noch im Maßnahmenplan eine Anpassung (Stand der SIS und des Maßnahmenplanes 11.08.2022). In der SIS steht, dass die Bewohnerin immer schlank war. Sowohl die SIS als auch der Maßnahmenplan sind von August 2022, somit vor der Gewichtsabnahme, erstellt worden.

Die Bewohnerin leidet unter einem Diabetes mellitus und erhält Insulin. Am 04.12.2022 war der BZ morgens nur bei 40mg/dl. Es erfolgte keine Reaktion der Pflegekräfte. Es hat kein Arztkontakt stattgefunden. Zwei Stunden später wurde eingetragen, dass der BZ bei 142 mg/dl liegt. Hier wurde nicht adäquat auf die Notsituation eingegangen, es wurde beispielsweise kein Traubenzucker verabreicht, kein Arzt informiert und nicht zeitnah nachgemessen beispielsweise nach dem Essen.

In der SIS wird kein Kontinenzprofil ermittelt. Die Bewohnerin wird von dem begleitenden Pfleger als stuhlinkontinent beschrieben, in der SIS wird sie als stuhlkontinent beschrieben. Hier sind die Angaben nicht aktuell.

In den Berichten ist zu entnehmen, dass die Bewohnerin im November 5x und im Dezember bereits 1x am Einzelangebot teilgenommen hat. Geplant sind viele Betreuungsmaßnahmen.



Der Arztbrief vom letzten Krankenhausaufenthalt kann in der Prüfung nicht gefunden werden.

**Frau M., Wohnbereich Meißen 2 (P2):**

Die Bewohnerin wird in ihrem Bett liegend und schlafen angetroffen. Sie hat einen deutlichen Damenbart und fettiges Haar. Sie ist leicht rechts gelagert, wie bei der letzten Prüfung. Sie hat in beiden Händen Schaumstoff in den Handflächen. Zum Zeitpunkt der Prüfung läuft Wasser über die PEG. Der Mund steht weit geöffnet und der Oberkiefer ist borkig belegt. Die Flüssigkeit in dem Magenüberlaufbeutel ist weiterhin grünlich bräunlich. Der Urinbeutel ist fast leer.

Die Bewohnerin wurde am 06.12.2022 erneut in die Stichprobe mit einbezogen, um den Verlauf zu beurteilen. Die SIS und der Maßnahmenplan wurden seit der letzten Inaugenscheinnahme nicht evaluiert. Eine Wunddokumentation für den rechten Ellenbogen ist zwar angelegt, jedoch fehlt die ärztliche Anordnung, mit was die Wunde verbunden werden soll. Am Ende der Prüfung wird ein Therapieverschlagn der Firma Mediq nachgereicht. Dieser ist vom 17.11.2022. Eine Anpassung der Dokumentation hat nicht stattgefunden. Hier wird die Wunde als Hautabliederung beschrieben, sie soll 2x2cm groß sein. Es soll, neben Druckentlastung und Schmerztherapie, ein Schaumverband angelegt werden. Bei der Inaugenscheinnahme, liegt der rechten Ellenbogen auf einer Rolle Schaumstoff und einem Waschlappen. Es wird durch einen Waschlappen zusätzlich Druck auf die Wunde gegeben. Ein Verband ist angelegt, dieser sitzt gut. Am Gesäß ist ebenfalls ein Verband angelegt. Die Bewohnerin ist laut Lagerungsprotokoll rechts gelagert, sie liegt jedoch mehr auf dem Rücken als rechts. Hier wurde ebenfalls ein Versorgungsvorschlag von der Firma Mediq nachgereicht, ebenfalls vom 17.11.2022. Hier wird eine deutliche Verschlechterung der Wunde angegeben. Eine Änderung des Maßnahmenplans erfolgte nachweislich nicht. In der vorliegenden Wunddokumentation ist eine Größe von 0,9x0,9mm angegeben. Eine Veränderung bzw. Verschlechterung ist der Dokumentation nicht zu entnehmen. Das Lagerungsprotokoll weist immer wieder Lücken auf an mehreren Tagen. Eine Mobilisation ist den Lagerungsprotokollen weiterhin nicht zu entnehmen. Der Rollstuhl steht verstaubt und verstellt im Badezimmer der Bewohnerin.

Die Ernährungssituation der Bewohnerin hat sich nicht geändert. Sie erhält nach wie vor 1250 kcal am Tag. Das Gewicht hat sich weiter deutlich reduziert 08.11.2022 78,7 kg und 04.12.2022 74,1 kg. Es findet sich am 08.11.2022 ein Eintrag in der Dokumentation, dass der Arzt über den Gewichtsverlust informiert werden soll. Ein Folgeeintrag findet sich in der Dokumentation nicht. Am Ende der Prüfung wird eine Folgevisite der Firma Mediq nachgereicht, in der die Gewichtsabnahme als gewollt beschrieben wird. Wer die Gewichtsabnahme wollte, ist nicht ableitbar. Die Bewohnerin kann hierzu keine Angaben machen. In der Prüfung könnte dies nicht eruiert werden. In der SIS und im Maßnahmenplan finden sich hierzu keine Angaben. Am 08.12.2022 und 06.12.2022 (nach der Prüfung) ist eine Ernährungsvisite eingetragen, mit wem geht hieraus nicht hervor. Aus dem Eintrag vom 06.12.2022 wird deutlich, dass auch der Einrichtung nicht klar ist, wer die Gewichtsabnahme wollte. „Bew. hat seit Juli (gewollt?) Gewicht abgenommen...“. Am 08.12.2022 wird dokumentiert, dass jetzt keine Reduzierung des Gewichtes mehr stattfinden solle, die Bewohnerin bekommt jetzt 1500 kcal über die Sonde zugeführt. Es geht nicht aus dem Eintrag hervor, wer diese Menge angeordnet hat!

Seit dem 11.11.2022 werden Schmerzen täglich eingeschätzt. Leider erfolgt nicht immer eine Konsequenz aus den ermittelten Ergebnissen. Beispielsweise am 04.12.2022, am 05.12.2022 und am 05.11.2022 wurde bei einem Schmerzwert 4 (Skala von 1-10) Bedarfsmedikation verabreicht. Am 06.11.2022 und am 05.11.2022 wurde Bedarfsmedikation beim Feststellen von Schmerzen ohne Anwendung einer Skala verabreicht. An anderen Tagen wie am 03.12.2022, am 29.11.2022, am 18.11.2022, am 15.11.2022 und am 14.11.2022 wurde keine Bedarfsmedikation verabreicht trotz ermittelter Schmerzen. An diesen Tagen wurden Werte zwischen 4 und 5 ermittelt. Der Maßnahmenplan ist an der Stelle nicht handlungsleitend. Am Prüftag fängt die Bewohnerin bei den kleinsten Bewegungen wieder an zu weinen. Sie ist wieder zu beruhigen, wenn sie wieder in ihrer gewohnten Position liegt. Jedoch sind aus Sicht der Prüferin hier Schmerzen nicht auszuschließen. Ein geeignetes Schmerzmanagement nach Expertenstandards wird hier nach wie vor nicht angewandt.

Am 06.11.2022 wurde eingetragen, dass die Bewohnerin aus dem Ohr blutet, es solle am nächsten Folgetag eine Arztinformation getätigt werden. Es findet sich kein Folgeeintrag. Am 18.11.2022 wird dokumentiert, dass der Urin konzentriert ist und die Fachkraft informiert wurde. Ein Folgeeintrag findet sich hierzu nicht.

Der letzte Katheterwechsel wurde am 07.12.2022 durchgeführt. Vorheriger Katheterwechsel am 20.09.2022 im KH als Notfall.

Die Kabelummantelung an der Fernbedienung des Pflegebettes der Bewohnerin ist an fast allen Stellen gebrochen, sodass die einzelnen Kabel herausgucken. Dem begleitenden Pfleger Herr Unruh wurde das defekte Kabel gezeigt, mit dem Hinweis das umgehend Austauschen zu lassen.

Am 14.11.2022 wurde vorgelesen, am 17.11.2022 fand eine Handmassage statt und am 06.12.2022 basale Stimulation die die Bewohnerin deutlich entspannte. Mehr Betreuung fand in dem eingesehenen Zeitraum nicht statt. Geplant sind deutlich mehr Angebote, wie beispielsweise auch Begleitung beim Spaziergang. In diesem und dem letzten Zeitraum seit dem 01.10.2022 bis zum 06.12.2022 wurde die Bewohnerin nicht mobilisiert. Auch Betreuung fand nur äußerst selten statt.

### **Herr C., Wohnbereich Meißen 3 (P8):**

Der Bewohner hat Pflegegrad 4. Er leidet u.a. an folgenden Diagnosen: Hydrocephalus, Subarachnoidale Blutung, Verbrennung Grad 2, Hemiparese rechts. Der Bewohner lebt seit dem 05.02.2002 in der Einrichtung. Zunächst wird der Betreuer des Bewohners über die Prüfung informiert, er gibt sein Einverständnis für die Inaugenscheinnahme. Der Bewohner stimmt der Prüfung ebenfalls zu. Der Bewohner lebt seit dem 05.02.2002 in der Einrichtung. Der Bewohner wird im Bett sitzend angetroffen, die Bettseitenteile sind beidseits hochgestellt. Er ist gerade alleine beim Mittag essen. Es riecht stark nach Stuhlgang im Zimmer. Der Bewohner verschluckt sich bei jedem Schluck und jeder Gabel massiv. Laut Entlassungsbericht aus dem Krankenhaus 10.11.2022 hat der Bewohner eine Dysphagie Grad 2 (KH Aufenthalt vom 04.11. – 10.11.2022). Laut SIS und Maßnahmenplan bestehen keine Schluckstörungen. Maßnahmen sind nicht geplant, der Bewohner isst allein ohne Hilfestellung oder Beaufsichtigung. Zudem sind beide Bettseitenteile hochgestellt. Die Inaugenscheinnahme wird auf nach dem Essen verschoben. Der Bewohner hat einen relativ konstanten Gewichtsverlauf, wenngleich er von Oktober bis Dezember 1,2 kg an Gewicht verloren hat. Im Pflegebericht finden sich immer wieder Aussagen dazu, dass der Bewohner Fresubin gerne trinkt. Es ist nicht ersichtlich warum und wie viel der Bewohner von der hochkalorischen Zusatznahrung bekommt. Der Stuhlgang des Bewohners wird nicht entfernt, auch nicht auf Nachfrage bei den Pflegekräften. Diese geben an, bereits bemerkt zu haben, dass der Bewohner abgeführt habe. Es sei sein Abführtag. Der Bewohner hat fettiges und schuppiges Haar. Auf Nachfrage bei dem Pfleger (Herr Pauls) wann der Bewohner zum letzten Mal geduscht wurde, gibt dieser an, dass dafür kaum Zeit sei. Es gäbe Mitarbeiter die sich im Spätdienst die Zeit nehmen würde. Er hätte es bisher noch nicht geschafft, den Bewohner zu duschen.

Ein Dekubitusrisiko wird identifiziert, die Positionierung lehne der Bewohner laut SIS teilweise ab. Der Lagerungsplan im Zimmer ist lückenhaft, eine Ablehnung der Mobilisation oder Umpositionierung wird nicht dokumentiert. Am 15.11.2022 und 20.11.2022 ist eine Rötung am Gesäß eingetragen, am 29.11.2022 ist eine Rötung und eine Hautabschürfung am Gesäß eingetragen. Zudem sei am rechten Fuß eine kleine Druckstelle am kleinen Zeh. Am 30.11.2022 wurde erneut eine Schürfwunde am Gesäß dokumentiert. Regelmäßige Folgeberichte finden sich nicht in der Dokumentation, es wurde keine Wunddokumentation angelegt. Es wurde vor Ort der Pfleger (Herr Pauls), der den Bewohner morgens versorgt hat, nach dem Hautzustand am Gesäß befragt. Dieser gibt an, dass er den Bewohner allein versorgt habe und somit das Gesäß eher blind gewaschen habe, da er den Bewohner allein nicht ganz gedreht bekomme. In der Prüfung lehnt der Bewohner die Inaugenscheinnahme des Gesäßes ab. Am 19.12.2022 teilt die Einrichtung mit, dass der Nutzer nicht positioniert werde und somit auch kein Lagerungsplan vorhanden sei. Diese Aussage widerspricht den am 06.12.2022 festgestellten Tatsachen.

Seit dem 04.12.2022 wird bei dem Bewohner täglich eine Schmerzeinschätzung durchgeführt. Beispielsweise am 14.11.2022, am 03. und 05.12.2022 werden Schmerzen bei der Mobilisation in den Rollstuhl angegeben, Bedarfsmedikation wurde nachweislich nicht verabreicht.

Betreuung wurde bei dem Bewohner nicht dokumentiert. Lediglich am 19.11.2022 wurde dokumentiert, dass der Bewohner passiv beim Bingo saß. Am 17.11.2022 wurde eine Handmassage durchgeführt. Sonst ist nachweislich keine Betreuung erfolgt. Auch im Maßnahmenplan ist wenig Betreuung geplant.

In den Pflegeberichten ergeben sich Fragen so beispielsweise am 04.11.2022 wurde gegen 13:53 Uhr eingetragen, dass der Bewohner mit dem Krankenwagen ins Krankenhaus verlegt wurde. Gegen 15:29 Uhr wurde dokumentiert, dass die Speisepläne besprochen wurden und man sich unterhalten habe. Ferner wird

mehrfach (15.11.2022, 20.11.2022, 04.12.2022) eingetragen, dass der Bewohner harten Stuhlgang habe, eine Maßnahme lässt sich nicht ableiten. Laut ärztlicher Verordnung kann der Bewohner Lactulose erhalten, laut den Pflegeberichten hat er das jedoch nur 1x am 19.11.2022 bekommen. Hierzu wurde am 18.11.2022 bereits eingetragen, dass der Bewohner das Lactulose benötige, da er seit 3 Tagen nicht abgeführt habe. Das Einverständnis für das Hochstellen der Bettseitenteile liegt wohl vor, wird jedoch zum Ende der Prüfung nicht ausgehändigt, es wird nachgefordert. Am 16.12.2022 geht die Einverständniserklärung des Bewohners für das Hochstellen der Bettseitenteile ein. Es wurde am 12.04.2022 unterschrieben, der Arzt hat am 20.05.2022 die Einwilligungsfähigkeit attestiert. Auf dem Formular steht, dass die Einwilligung des Bewohners alle 3 Monate zu erneuern und zu dokumentieren ist. Das ist nachweislich nicht erfolgt. Hier sollte sich die Einrichtung wenigstens an ihre eigenen Qualitätsvorgaben halten. Eine weiterführende Dokumentation kann nicht vorgelegt werden.

### **Frau B., Wohnbereich Meißen 2 (P9)**

Die gesetzliche Betreuerin erteilte die Erlaubnis zu Inaugenscheinnahmen per Telefon. Aus der Bewohnerdokumentation ist nicht ersichtlich, welche Aufgabenkreise die Betreuung umfasst. Um die Betreuungsurkunde einzusehen, musste diese von einer anderen Etage geholt werden.

Pflegegrad 5, Diagnosen u.a.: intrazerebrale Blutung, PEG, Schlaganfall.

Die Nutzerin wird in Rückenlage im Bett liegend angetroffen. Sie ist mit einem Shirt bekleidet. Im Kontakt ist sie freundlich und wirkt zufrieden. Nach Aussage der Nutzerin geht es ihr gut und das Essen schmeckt ihr. Es bestehen ausgeprägte Kontrakturen in den unteren Extremitäten. Die oberen Extremitäten können eingeschränkt bewegt werden.

Nach Angaben der begleitenden Pflegefachkraft sei Frau B. zu allen Qualitäten desorientiert. Seit dem Akutereignis in 2014 sei sie blind, hören könne sie sehr gut. Frau B. sei in der Lage Wünsche zu äußern. Die Rufanlage könne sie nicht bedienen.

Frau B. ist mit einer PEG versorgt, die ausschließlich für Bolusgaben von Wasser genutzt wird. Die Speisen werden angereicht. Zu Beginn der Mahlzeit könne sie Fingerfood selbständig zum Mund führen, beende die Nahrungsaufnahme jedoch immer vorzeitig.

Es liege ein Blasendauerkatheter und Frau B. sei stuhlinkontinent. Die Toilette oder den Toilettenstuhl nutze sie nicht mehr.

Frau B. sei immobil, werde nicht mehr in den Rollstuhl mobilisiert.

Bei der Inaugenscheinnahme sind keine grundpflegerischen Defizite festzustellen.

Auf dem Nachtschrank der Nutzerin steht ein offener Behälter mit Wasser, daneben liegt eine Blasenspritze für die Bolusgaben des Wassers.

Die strukturierte Informationssammlung (SIS) wurde am 24.01.2022 erstellt und seitdem nicht evaluiert.

An biografischen Daten findet sich nur der Hinweis, dass Frau B. langsam isst. Aus der Einwilligungserklärung zur Corona-Impfung geht hervor, dass Frau B. unter einer Honigallergie leide. In der gesamten Bewohnerdokumentation findet sich dazu kein Eintrag. Nach Angaben der begleitenden Pflegefachkraft könne er die Allergie bestätigen, da er in Unkenntnis darüber Frau B. letztens ein Honigbrot gegeben hätte und es danach zu einer allergischen Reaktion gekommen sei „Es ist bei ihr alles angeschwollen“. In den vorliegenden Berichten (vom 01.11.2022 bis zum 08.12.2022) findet sich kein Eintrag zu dem während der Nachprüfung mündlich mitgeteiltem Zwischenfall.

Ergänzung: Bisher wurde die SIS nicht um die Honigallergie ergänzt.

In der SIS wird ein Dekubitusrisiko beschrieben. Es wird ein Positionierungsprotokoll geführt, das im Zimmer der Nutzerin liegt. Die Positionswechsel werden, bis auf Wechsel in einer Schicht, regelmäßig dokumentiert. Die Angaben in der SIS sind veraltet, da keine Mobilisation in den Rollstuhl mehr stattfindet.

Der letzte Eintrag zum Thema Mobilisation in den Rollstuhl erfolgte am 30.07.2022 „...wollte nicht in den Rollstuhl mobilisiert werden.“

Am 26.10.2022 wurde Frau B. an die Bettkante mobilisiert. Wegen Unwohlsein wurde sie vorzeitig wieder ins Bett gelegt.

Am 27.10.2022 saß Frau B. 2 Minuten an der Bettkante und musste dann wieder vorzeitig ins Bett gelegt werden.

Am 29.10.2022 wurde wegen dem schlechten Allgemeinzustand der Nutzerin keine Mobilisation an die

Bettkante ausgeführt. Seitdem wird Frau B. nicht mehr mobilisiert.

Eine Arztinformation oder ein Fallgespräch erfolgte nicht.

In der SIS wird ein Ernährungsrisiko festgestellt. Der Gewichtsverlauf ist konstant. Nach Angaben der begleitenden Regionalleiterin Frau Neudorf wurden die Mitarbeiter angewiesen, Trinkprotokolle in Papierform zu führen und die Trinkmenge am Bett der Nutzer\*innen zu dokumentieren. Das Trinkprotokoll von Frau B. wurde letztmalig am 22.10.2022 geführt.

Nach Angaben der begleitenden Pflegefachkraft und den Angaben in der SIS ist Frau B. mit einem transurethralen Blasendauerkatheter versorgt. Laut Maßnahmenplan soll bei ihr alle 6-8 Wochen der Wechsel eines suprapubischen Dauerkatheters erfolgen. Da sich die begleitende Pflegefachkraft während des Gesprächs nicht sicher war, was für ein Katheter liegt, wurde sie durch die Uz. Dazu aufgefordert, nachzusehen. Es liegt ein transurethraler Blasendauerkatheter. Es ist aus der Dokumentation nicht ersichtlich wann der Dauerkatheter letztmalig gewechselt wurde, es wurde die Dokumentation bis zum 21.07.2022 durchgesehen. Es findet sich auch kein Eintrag über einen geplanten Wechsel in der Zukunft. Laut SIS wird die Nutzerin zum Abführen mit zwei Pflegekräften auf die Toiletten besetzt. Diese Angaben sind nicht mehr aktuell, da die Nutzerin das Bett nicht mehr verletzt.

Ergänzung: Im Nachgang zur Prüfung erfolgte eine erneute Einsichtnahme in die übersandten Pflegeberichte (vom 01.11.2022 bis zum 08.12.2022). Hierbei wird festgestellt, dass der Dauerkatheter noch nicht gewechselt wurde, sondern am 07.12.2022 lediglich der Katheterbeutel.

Laut Bewohnerdokumentation ist Frau B. zweimal gegen Corona geimpft worden. Ein Impfausweis kann nicht vorgelegt werden. Nach längerem Suchen auf der anderen Etage legt die Regionalleiterin eine Impfbestätigung 4/4 vor.

### **Herr T., Wohnbereich Meißen 3 (P10)**

Die gesetzliche Betreuerin konnte telefonisch nicht erreicht werden, so dass keine Einwilligung zur Inaugenscheinnahme erteilt werden konnte. Es wurde deshalb lediglich der offensichtliche Pflegezustand geprüft.

Pflegegrad 4, Diagnosen u.a.: Postpolio-Syndrom, spastische Paraparese, Hepatitis B

Der Nutzer wird im Gemeinschaftsraum im Rollstuhl am Esstisch sitzend angetroffen. Eine verbale Kommunikation ist nicht möglich. Der Nutzer fixiert die Uz und lächelt. Er nimmt selbständig mit einem Teelöffel seinen Nachtisch zu sich. Dabei sind degenerative Veränderungen der Fingergelenke festzustellen. Offensichtliche Pflegemängel sind nicht ersichtlich.

Nach Angaben der begleitenden Pflegefachkraft könne Herr T. Wünsche und Bedürfnisse über Gesten und Mimik äußern. Die Rufanlage in seinem Zimmer könne er bedienen.

Bei der Körperpflege benötige er Anleitung. Den vorderen Oberkörper könne er dann waschen. Der Unterkörper werde im Bett in vollständiger Übernahme vom Pflegepersonal gewaschen und angekleidet. Herr T. fahre tagsüber selbständig mit dem Rollstuhl zur Toilette, nachts nutze er einen Toilettenstuhl. Das Tragen von Inkontinenzmaterialien lehne er ab.

Nach mundgerechter Zubereitung nehme Herr T. die Mahlzeiten selbständig auf. Er esse und trinke ausreichend.

Herr T. sei in Begleitung auf kurzen Wegen gehfähig. Er setze sich selbst in den Rollstuhl und bewege sich damit innerhalb und außerhalb der Einrichtung fort.

Die strukturierte Informationssammlung (SIS) wurde am 23.08.2022 erstellt und seitdem nicht evaluiert. Es sind wenige biografische Daten erfasst, bspw. bevorzugt Herr T. süße Speisen und trägt immer eine Krawatte. In der SIS wird ein Sturzrisiko festgestellt. Es ist am 03.12.2022 zu einem Sturzereignis gekommen. Ein Sturzprotokoll wurde nicht erstellt. Am 04.01.2022 finden sich jedoch zwei Folgedokumentationen, die negative Sturzfolgen ausschließen.

Die Verordnung der Bedarfsmedikation ist unklar. Es werden 4 x 20 Tropfen Metamizol und 3 x 20 Tropfen Novaminsulfon als Bedarfsmedikation bei Schmerzen genannt. Beide Medikamente beinhalten denselben Wirkstoff, jedoch in unterschiedlicher Dosierung. Es ist nicht dokumentiert bei welchen Schmerzen die Bedarfsmedikamente gegeben werden sollen. Seit wenigen Tagen erfolgt die regelmäßige Schmerzerfassung in der Dokumentation.

In der SIS ist dokumentiert, dass der Nutzer kontinent ist. Diese Aussage ist falsch. In den Pflegeberichten finden sich fast täglich Einträge, dass Herr T. eingenässt und eingestuhlt hat. Eine Beratung des Nutzers zum Thema Inkontinenzprodukte hat nicht stattgefunden. Es ist nicht ersichtlich, weshalb er Inkontinenzmaterialien ablehnt und welche Produkte bisher versucht wurden.

Durch die begleitende Pflegefachkraft wird auf die Frage nach fremd- oder selbstgefährdendem Verhalten des Nutzers mitgeteilt, dass eine Selbstgefährdung bestehe. Herr T. würde sich immer die Hände desinfizieren und sich das Desinfektionsmittel auch ins Gesicht reiben. Es sei nicht auszuschließen, dass Herr T. sich das Desinfektionsmittel auch in die Augen reibe. In der Dokumentation findet sich kein Eintrag über die Selbstgefährdung. Es wurden keine Maßnahmen ergriffen, um eine Selbstgefährdung zu vermeiden.

#### **Herr B., Wohnbereich Meißen (P4)**

Die gesetzliche Betreuerin erteilte bereits am 04.11.2022 die Erlaubnis zu Inaugenscheinnahmen per Telefon. Pflegegrad 5, Diagnosen u.a.: Z.n. Schädel-Hirn-Trauma mit subduraler Blutung 07.2013, Hemiparese rechts, Diabetes mellitus Typ 1, asymptomatische Hepatitis B

Der Nutzer wird in Rückenlage im Bett liegend angetroffen. Er ist mit einem Shirt bekleidet. Es sind ausgeprägte Kontrakturen in beiden Sprunggelenken (Spitzfußstellung bds.) sowie in dem rechten Ellenbogen- und Handgelenk festzustellen. Der Nutzer antwortet nicht auf Fragen, fixiert jedoch die Unterzeichnerin bei der Ansprache. Es liegt ein suprapubische Blasendauerkatheter mit klarem Urin im Ablassschlauch. Es sind keine offensichtlichen grundpflegerischen Defizite festzustellen. Nach Angaben kann sich Herr B. mit Gesten und Mimik sowie durch Abwehrverhalten verständlich machen.

Herrn B. wird durch eine Pflegekraft das Mittagessen angereicht. Herr B. erhält Vollkost. Es sind keine Schluckstörungen festzustellen.

Die strukturierte Informationssammlung (SIS) wurde am 23.08.2022 erstellt.

In der SIS wird ein Dekubitusrisiko festgestellt. Im Maßnahmenplan werden, unverändert zur Prüfung am 04.11.2022, regelmäßige Positionswechsel ohne weitere Zeitangaben geplant. Der Lagerungsplan, den die begleitende PFK aus dem Zimmer des Nutzers holt, ist lückenhaft geführt. Herr B. ist seit dem 04.11.2022 nur am 16.11.2022 und am 23.11.2022 in den Pflegerollstuhl mobilisiert worden. Am 23.11.2022 ist Herr B. dabei aus dem Rollstuhl gestürzt und hat sich einen Riss am Gesäß zugezogen. Ein Sturzprotokoll wurde erstellt. Die Einrichtung wirkt nicht im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten auf das Risiko eines Dekubitus ein. Sie erbringt die Versorgung und Betreuung des, von einem Dekubitusrisiko betroffenen Bewohners nicht nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse.

In der SIS wird ein Ernährungsrisiko mit Schluckstörungen benannt. Die Logopädin kommt noch einmal wöchentlich, um das Mittagessen anzureichen. Vom 08.11.2022 bis zum 04.12.2022 ist es zu einer Gewichtsabnahme von 4 kg gekommen. Der BMI beträgt aktuell 19,83. Auf die relevante Gewichtsabnahme wurde nicht reagiert.

Die Einrichtung wirkt nicht im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten auf das Risiko einer Mangelernährung ein. Sie erbringt die Versorgung und Betreuung des, von einer Mangelernährung betroffenen Bewohners nicht nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse.

#### **Zusammenfassung:**

Folgende Mängel ergeben sich aus der Begutachtung der Bewohner\*innen:

- Keine, bzw. unzureichende Biografiearbeit (P1, P2, P3, P9, P10)
- falsche bzw. fehlende Risikoeinschätzung (P3, P6, P7, P10)
- Maßnahmenplan nicht aktuell (P1, P10)
- Geplante Maßnahmen werden nicht umgesetzt (P6)
- mangelnde Grundpflege (P2, P3)
- Mängel bei Umsetzung des Expertenstandards Ernährungsmanagement (P2, P3, P4, P5, P8)
- Mängel bei Umsetzung des Expertenstandards Schmerz (P2, P3, P4, P5, P8)
- Mängel bei Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (P2, P3, P4, P5, P7, P8)
- Mängel bei Umsetzung des Expertenstandards Harnkontinenz (P7, P10)

- Mängel bei Umsetzung der Freiheitsentziehenden Maßnahmen (P3, P5, P6, P8)
- unzureichende Betreuung (P2, P3, P5, P8)
- keine Mobilisation (P2, P5)
- falsche Medikamentengabe (P4)
- unklare Medikation (P10)
- keine Reaktion auf Akutereignisse bei mangelnder Krankenbeobachtung (P2, P7, P8)
- keine schlüssige Dokumentation / keine vollständige Dokumentation (P8, P9, P10)
- keine Reaktion auf wichtige Informationen (P9)
- kein konsequentes und richtiges führen der Protokolle (Lagerung, Einfuhr, FeM) (P2, P6, P9)

**19. Pflegeplanung/Förderplanung:**

Im Rahmen der Prüfung wurde das Betreuungsangebot der Einrichtung sowie die individuelle Betreuungsplanung der Nutzer\*innen begutachtet. Das Betreuungsangebot der Einrichtung umfasst sowohl kognitive wie auch mobilitätsfördernde Angebote in den verschiedenen Wohnbereichen.

In der individuellen Betreuungsplanung der Nutzer\*innen wurden zudem ergänzend auch Aktivitäten im Freien geplant.

Es wurden 10 Dokumentationen eingesehen. Siehe Punkt 18.

**20. Umgang mit Arzneimitteln:**

Die Medikamente der Bewohner werden durch eine Vertragsapotheker gestellt und geblistert. In der Einrichtung werden lediglich die Bedarfsmedikation und die BTM vorgehalten.

Die Prüfung des Medizinischen Dienstes stellte ein deutliches Verbesserungspotential hinsichtlich dem Vorhalten von ärztlich verordneten Bedarfsmedikamenten fest.

Im Rahmen der heutigen Qualitätsprüfungen wurden von 6 Bewohner\*innen die Medikamente überprüft. Siehe Punkt 18.

**21. Dokumentation:**

Seit November 2021 befindet sich die Einrichtung in der Umstellung von der handschriftlichen in die EDV gestützte Pflegedokumentation. Es sind ausreichend Arbeitsplätze vorhanden. Handschriftlich werde noch das Trink/Essprotokoll und das Lagerungsprotokoll erstellt. Es wurde die Dokumentation von sechs bzw. zehn Bewohner\*innen geprüft. Auch hier wird auf Grund der Mängel an dieser Stelle auf eine ausführliche Beschreibung verzichtet und auf P1- P10 im Punkt 18. verwiesen.

**22. Hygieneanforderungen:**

Eine Hygienebeauftragte Person ist benannt.

Am Prüftag wirkte die Einrichtung sauber, ordentlich und wohnlich, in Sichtweite zeigten sich keine hygienischen Defizite. Die letzte Hygieneschulung fand am 10.11.2022 statt. Die letzte Begehung durch das Gesundheitsamt erfolgte am 04.08.2022.

**23. Organisation der ärztlichen Betreuung:**

Die Nutzer\*innen der Einrichtung haben entsprechend der freien Arztwahl verschiedene Hausärzte. Diese kommen genauso wie einige Fachärzte (z.B. Urologe, Neurologe, Diabetologe, Zahnarzt besuche sind in Planung) regelmäßig in die Einrichtung.

Die Fachärztliche Versorgung ist sichergestellt. Besuche bei Fachärzten werden durch Angehörige bzw. durch die Einrichtung sichergestellt. Die palliative Versorgung ist sichergestellt.

## Mängelberatung gemäß §15 Abs. 1 WTG NRW

### Zu Punkt 18: Pflege- und Betreuungsqualität:

- Die pflegerische Versorgung ist entsprechend den Wünschen der pflegebedürftigen Personen so zu erbringen, dass keine hygienischen Defizite auftreten (z.B. verunreinigte, lange Fingernägel, lange ungepflegte Haare oder Bart). Ist die Vermeidung von hygienischen Defiziten nicht möglich, so ist dieses nachvollziehbar und eindeutig zu dokumentieren.  
(§§ 1 Abs. 1; 4 Abs.1 und 4 WTG)  
**Frist: unverzüglich**
- Die Einrichtung muss den individuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen, insbesondere, wenn sie körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, durch angemessene Vorkehrungen Rechnung tragen und dafür die erforderlichen u.a. personellen und organisatorischen Voraussetzungen schaffen. Die Einrichtung hat die Versorgung der Bewohner\*innen so zu organisieren, dass der individuelle Bedarf der Bewohner\*innen berücksichtigt wird und die Pflegemaßnahmen in einem von den Bewohnern gewünschten Zeitrahmen erfolgen.  
(§ 4 Abs. 1, 2 WTG)  
**Frist: unverzüglich**
- Es sind bei Bewohnern mit Ernährungsrisiken Ernährungs- und Trinkprotokolle zu führen. Eine den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohner\*innen entsprechende Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung muss gewährleistet sein.  
(§§1 Abs. 4, Satz 3; 4 Abs. 1 WTG)  
**Frist: unverzüglich**

### Zu Punkt 19 Pflegeplanung:

- Pflegeprozessplanungen müssen sich auf dem aktuellen Stand befinden und vollständig sein. Risikobehaftete Aspekte müssen vollumfänglich abgebildet werden. Alle geplanten Maßnahmen müssen handlungsleitend und nachvollziehbar sein. Leistungserbringer müssen gewährleisten, dass Pflegeplanungen aufgestellt, umgesetzt und ihre Umsetzung aufgezeichnet werden.  
(§§ 4 Abs. 1, 13; 10 Abs. 1; 19 Abs. 1 Ziffer 2 WTG und § 24 Ziffer 4 WTG DVO)  
**Frist: unverzüglich**
- Die Persönlichkeit der Nutzer\*innen, ihre Lebensgeschichte, ihre Vorlieben und Abneigungen sowie ihre Bedürfnisse sollen bekannt sein. Die geplanten Maßnahmen sollen sich auf biographische Angaben, medizinische Kenntnisse, Beobachtungen und Ressourcen stützen. Die Menschen sollen eine am persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Betreuung erhalten. Es sind zielgruppenorientierte Betätigungen anzubieten, die die Fertigkeiten der Nutzerinnen und Nutzer in alltagsnahen und gewohnten Handlungen zur Geltung bringen.  
(§§1 Abs. 4, Ziffer 5; 5 Abs. 2, Ziffer 2 WTG)  
**Frist: unverzüglich**

## Zu Punkt 20: Umgang mit Arzneimitteln:

- Der Leistungsanbieter muss sicherstellen, dass die Arzneimittel nutzerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt werden. Über-, Unter- oder Fehlversorgung vorbehaltlich der ärztlichen Anordnungsbefugnis sind zu vermeiden. ( § 19 Abs. 1 Nr. 3 WTG)  
**Frist: unverzüglich**

## Zu Punkt 21 Dokumentation

- Das aktuelle Leistungsgeschehen, orientiert an den Bedürfnissen und Ressourcen der Bewohner\*innen sowie die daraus resultierenden Risiken und Maßnahmen müssen sich zweifelsfrei, vollumfänglich und handlungsleitend aus der Pflegeprozessplanung ergeben. Pflegerische Risiken sind grundsätzlich entsprechend der anerkannten Expertenstandards systematisch und vollumfänglich einzuschätzen. Ein systematisches Risikomanagement (d.h. die korrekte, zeitnahe und eindeutige pflegfachliche Einschätzung mit der Ableitung individueller Maßnahmen) ist in der Pflegeprozessplanung nur unzureichend abgebildet. Zur Beachtung der Selbstbestimmung der Bewohner\*innen sind auch beobachtete biografische Erkenntnisse in die Planung einzubeziehen. Die soziale Betreuung muss gesundheitsfördernd, qualifiziert und ausgerichtet an den persönlichen Bedarf der Bewohner\*innen sein. Gruppenspezifische Angebote sind entsprechend zu planen und umzusetzen und schließt auch Bewohner\*innen mit einem höheren Betreuungsumfang und Kommunikationseinschränken ein. Dies beinhaltet auch die Wirksamkeitskontrolle der geplanten Maßnahmen und die individuelle Anpassung des Pflege- und Betreuungsbedarfs. (§§ 1 Abs. 4, Satz 5; 4 Abs. 11 und 13; 19 Abs. 1 Satz 2 WTG und § 24 Satz 3 und 4 WTG – DVO)  
**Frist: unverzüglich**

## 9. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)

### Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
24. Rechtmäßigkeit (§ 8 Abs. 2 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Konzept zur Vermeidung (§ 8 Abs. 2 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Dokumentation (§ 8 Abs. 2 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ergebnis der Prüfung vom 11.10.2022:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Schulungsnachweise FeM vom 22.11.2022
- Konzept zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen Stand: ohne
- Beschlüsse (vor Ort eingesehen)



#### **24. Rechtmäßigkeit:**

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur unter bestimmten Bedingungen durchzuführen. Ein Außenbereich (Gartenanlage) ist vorhanden. Die Einrichtung ist teilweise mit Niederflurbetten und Sturzmatten ausgestattet. Für jede genehmigungspflichtige FeM liegt eine richterliche Genehmigung vor. Bei FeM, die von den Nutzern gewünscht werden, muss die Einwilligung der Nutzer dokumentiert werden. Der Nutzer muss einwilligungsfähig sein. Die Einwilligungsfähigkeit muss ärztlich bestätigt werden. Die Einwilligung soll fortlaufend aktualisiert werden (alle drei Monate). Die FeM wird der Genehmigung bzw. Einwilligung entsprechend vorgenommen.

Bei Herrn C. (P8) wurde nachweislich die persönliche Einwilligung nicht alle drei Monate erneuert. Siehe Punkt 18 (P8).

#### **25. Konzept zur Vermeidung:**

Die Einrichtung verfügt über ein Konzept zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. In diesem werden sowohl die rechtlichen Vorgaben zur Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, wie auch Möglichkeiten der Vermeidung beschreiben.

Oberstes Ziel ist es durch Intervention auf Freiheitsentziehende Maßnahmen zu verzichten. Im Konzept werden Freiheitsentziehende Maßnahmen ebenso erläutert wie Alternative Maßnahmen zu Freiheitsbeschränkungen. Weiterhin wird der Umgang in der Einrichtung mit den verschiedenen Freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie deren Dokumentation erläutert.

Der Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen wurde letztmalig am 22.11.2022 geschult.

Bei Herrn R. (P5) werden beide Bettseitenteile hochgestellt (richterliche Genehmigung liegt vor). Ein Antrag auf Verlängerung der Maßnahme wurde an das zuständige Amtsgericht gefaxt. Aus der Dokumentation gehen keine Fallbesprechungen zur Vermeidung hervor. Alternativen wurden nicht geprüft.

#### **26. Dokumentation:**

Das Anlegen und Lösen der FEM sowie die Durchführung der Kontrollbesuche werden nicht korrekt dokumentiert.

Bei Herrn R. (P5) werden weder der An- und Ablegezeitpunkt, noch die Kontrolle der Maßnahme, unter Berücksichtigung des 4-Augen-Prinzips dokumentiert.

Siehe Punkt 18.

### **Mängelberatung gemäß §15 Abs. 1 WTG NRW**

#### **Zu Punkt 24 Rechtmäßigkeit**

- Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sind grundsätzlich nur nach vorheriger Genehmigung des Betreuungsgerichts oder der rechtswirksamen Einwilligung der Nutzerin oder des Nutzers zulässig und unter Berücksichtigung des besonderen Schutzbedürfnisses der Nutzerinnen und Nutzer auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken. (§8 Abs. 2 WTG NRW)

### Zu Punkt 25 Konzept zur Vermeidung

- Die Einrichtung sollte sich an ihre eigenen Qualitätsvorgaben halten und in regelmäßigen Abständen eine multidisziplinäre Fallbesprechung durchführen um die Notwendigkeit der Maßnahme zu überprüfen. (Alles über den Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen (Punkt 9. Und 12.))
- Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sind grundsätzlich nur nach vorheriger Genehmigung des Betreuungsgerichts oder der rechtswirksamen Einwilligung der Nutzerin oder des Nutzers zulässig und unter Berücksichtigung des besonderen Schutzbedürfnisses der Nutzerinnen und Nutzer auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken. (§8 Abs. 2 WTG NRW)

### Zu Punkt 26 Dokumentation:

- Träger und Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass eine angemessene Qualität der pflegerischen Versorgung der Klienten nach dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse gesichert ist; hierzu gehört insbesondere u.a., dass Freiheitsentziehende Maßnahmen nur anzuwenden sind, wenn sie zum Schutz gegen eine dringende Gefahr für Leib und Leben unerlässlich sind. Aus der Dokumentation der FEM muss die Art der Maßnahme und der zeitliche Umfang der Anwendung hervorgehen. (§8 Abs. 2 WTG NRW und § 24 Abs. 5 DVO NRW)

### Empfehlung:

### Zu Punkt 24 Konzept zur Vermeidung

Es wird empfohlen das Konzept hinsichtlich der Novelierung des WTG NRW zum 01.01.2023 zu überarbeiten.

## 10. Gewaltschutz

### Auszug aus dem zu veröffentlichenden Ergebnisbericht nach §§ 4, 5 WTG DVO:

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
27. Konzept zum Gewaltschutz (§ 8 Abs. 1 WTG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dokumentation (§ 8 Abs. 1 WTG)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ergebnis der Prüfung vom 04.11.2022:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Konzept Gewaltprävention Stand: ohne Datum
- Teilnehmerliste Gewaltprävention in der Pflege 30.09.2022 und 22.11.2022

**27. Konzept zum Gewaltschutz:**

Ein Konzept zum Thema Gewaltprävention liegt vor. Hierin wird beschrieben, welche Form und welche Ursachen Gewalt haben kann. Darüber hinaus werden Präventionen, sowie Maßnahmen zur Deeskalation beschrieben. Wichtig ist, dass den Mitarbeiter\*innen der Inhalt des Konzeptes bekannt ist. Das Konzept wird jährlich geschult.

**28. Dokumentation:**

Im Rahmen der Prüfung wurde mitgeteilt, dass es zu keinem Gewaltvorkommen gekommen ist.

**Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e**

Gezeichnet:

C. Richter