



Gegen Zustellungsnachweis

Körperbehinderte Allgäu gGmbH
Immenstädter Straße 27
87435 Kempten (Allgäu)

Stadt Kempten (Allgäu)	15.06.2023
Ansprechpartner/in	Frau Güntner
Zeichen	55 - gb
Telefon	08 31/25 25 – 55 21
Telefax	08 31/25 25 – 55 15
Dienstgebäude	Gerberstraße 2 87435 Kempten (Allgäu)
Zimmer	607
E-Mail	fqa@kempten.de

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

Träger der Einrichtung: Körperbehinderte Allgäu gGmbH, Immenstädter Str. 27,
87435 Kempten (Allgäu)
www.koerperbehinderte-allgaeu.de

Geschäftsführer: Herr Dr. Michael Knauth

Geprüfte Einrichtung: Wohngemeinschaft Denzlerpark,
Ludwigstraße 24 a, 87437 Kempten (Allgäu)

In der Einrichtung wurde am 25.04.2023 von 15:30 Uhr bis 19:30 Uhr eine turnusgemäße,
angemeldete Prüfung durchgeführt. An der Prüfung haben teilgenommen:

**Von Seiten des Fachbereichs Pflege- und Behinderteneinrichtungen –
Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FOA):**

Koordinatorin/Verwaltung und Pflegefachkraft

Von Seiten der Einrichtung:

Hilfskräfte

Die Prüfung umfasste folgende Qualitätsbereiche:

- Gespräche mit Bewohnern
- Gespräche mit den anwesenden Mitarbeitern
- Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung
- Qualität des Wohnens
- Besuch eines Bewohners auf dem Zimmer

- Qualität der Verpflegung
- Pflege und Dokumentation
- Prüfung des Pflegeprozesses
- Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Handhabung der Personalbesetzung
- Qualitätsmanagement

Zur besseren Lesbarkeit des Berichts wird im Folgenden nur die männliche Form „Bewohner“ verwendet. Selbstverständlich bezieht sich der Prüfbericht auf Personen jeglichen Geschlechts.

Hierzu hat der FQA für den Zeitpunkt der Prüfung Folgendes festgestellt:

I. Daten zur Einrichtung:

Einrichtungsart:

- Stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Angebotene Wohnformen:

- Wohnbereich für Menschen mit körperlicher Behinderung
- Wohnbereich für Menschen mit Mehrfachbehinderung

Tagesstrukturierende Maßnahmen für Menschen mit Behinderung:

- außerhalb der Einrichtung

Angebotene Plätze: 6
Belegte Plätze: 5
Einzelzimmerquote: 100 %

Anzahl der Auszubildenden in der Einrichtung: 0

Fachkraftquote (gesetzliche Mindestanforderung 50 %): **73,49 %**

II. Informationen zur Einrichtung

II.1 Positive Aspekte und allgemeine Informationen

[Hier erfolgt eine kurze, prägnante Aufstellung des positiven Sachverhalts bzw. der aus Sicht der FQA hervorzuhebenden Punkte und allgemeinen Informationen über die Einrichtung; bei anlassbezogenen Prüfungen muss hierauf nicht eingegangen werden.]

- II.1.1 Die Prüfung wurde zuvor bei der Einrichtung angemeldet. Die Einrichtungsleitung wollte den Begehungstermin wahrnehmen, aufgrund der hohen Anzahl an Überstunden war die Leitung der Einrichtung am Begehungstag aber nicht vor Ort anwesend.
- II.1.2 Die anwesenden Mitarbeiter haben das FQA-Team freundlich empfangen. Die Prüfung konnte in einer angenehmen Atmosphäre durchgeführt werden. Für die Dauer der Prüfung standen zwei Hilfskräfte zur Verfügung, alle Auskünfte wurden erteilt sowie die angefragten Unterlagen ausgehändigt.
- II.1.3 Während der Begehung wurden die anwesenden Mitarbeiter der Einrichtung als sehr engagiert und motiviert erlebt. Ein zugewandter, wertschätzender

sowie herzlicher Umgang mit den Bewohnern wurde beobachtet. Die Mitarbeiter nahmen sich die erforderliche Zeit, um die Bewohner angemessen zu versorgen.

- II.1.4 Die gesehenen Bewohner hatten ein ansprechendes Erscheinungsbild und waren augenscheinlich gut gepflegt.
- II.1.5 Zum Zeitpunkt der Prüfung gestalten sich die Mahlzeiten auf Augenhöhe und bedürfnisorientiert, der Speiseplan bietet eine abwechslungsreiche Speisenauswahl.
- II.1.6 Bei der Essensvorbereitung am Prüfungstag wurden Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigt und erkannt. Durch das Fachgespräch mit den anwesenden Mitarbeitern konnte festgestellt werden, dass diese über die Tätigkeiten, die am Bewohner ausgeführt werden, informiert sind und sich diese bewohnerzentriert gestaltet, auf gezielte Fragen wurde fachlich und biografisch eingegangen, Fragen des Prüfteams konnten gezielt beantwortet werden.
- II.1.7 Am Prüfungstag zeigte ein Bewohner herausforderndes Verhalten, dies machte sich durch Schreien und Laufdrang bemerkbar. Der zuständige Mitarbeiter konnte daraufhin den Zustand des Bewohners gut einordnen und ihn biografieorientiert aktivieren, in dem der Bewohner ein Getränk gereicht bekommen hat und der Mitarbeiter in der Wohngemeinschaft mit dem Bewohner gelaufen ist. Der Mitarbeiter hat dem Bewohner auch sein persönliches Tuch gereicht, das dem Bewohner Sicherheit vermittelt.
- II.1.8 Die Bewohnerzimmer bieten eine private Rückzugsmöglichkeit und sind individuell gestaltet. Hierdurch entsteht eine Atmosphäre, die zum Wohlbefinden der Bewohner beiträgt.
- II.1.9 Vom großen Gemeinschaftsraum aus befindet sich ein Zugang auf die Terrasse mit einer kleinen Gartenanlage, die nach Angaben der Einrichtung auch zu verschiedenen Aktivitäten mit den Bewohnern genutzt wird.
- II.1.10 Einzelne Bewohner fahren jedes Wochenende zu ihren Angehörigen nach Hause. Die Mitarbeiter berichteten am Begehungstag, dass es für die Bewohner oft schwer ist, sich nach Rückkehr von zu Hause wieder im Alltag der Wohngemeinschaft zurecht zu finden. Hier ist die professionelle Begleitung durch das Personal gefragt, was nach Angaben des Personals oft sehr zeitintensiv ist.
- II.1.11 Die Bewohner leben schon seit über 30 Jahren zusammen in dieser Wohngemeinschaft. Ein Bewohner ist im März 2023 verstorben. Der freigewordene Platz soll wieder nachbelegt werden, hier wird – nach Aussage der Mitarbeiter – ein Bewohner mit hohem Pflegeaufwand einziehen. Ob dem Einzug ein Probewohnen vorangeht, konnte das anwesende Personal nicht beantworten.
- II.1.12 Aufgrund des hohen pflegerischen Aufwandes der Bewohner hat sich das Freizeitverhalten nach Aussagen der Mitarbeiter sehr verändert. Der Aktionsradius der Bewohner ist kleiner geworden. Bewohner sind nach Rückkehr aus der Werkstatt oft müde und können ihren gewohnten Vorlieben nur bedingt nachgehen. Ausflüge am Wochenende sind schwer umzusetzen, da die Bewohner auf einen Rollstuhl angewiesen sind und hier viele helfende Hände benötigt werden, dies aber mit der Personaleinsatzplanung nicht umzusetzen ist. Soweit möglich, wird durch die Mitarbeiter eine sinnvolle und biografieorientierte Freizeitgestaltung ermöglicht.

II.2 Qualitätsentwicklung

[Hier erfolgt die Darstellung der Entwicklung einzelner Qualitätsbereiche der Einrichtung über mindestens zwei turnusgemäße Überprüfungen hinweg.]

- II.2.1 Die vorhandenen Strukturen der Einrichtung reichen nicht aus, um die Fachlichkeit einer stationären Einrichtung sicherstellen zu können. Die Wohngemeinschaft ist weder ausgelegt, die baulichen Mindeststandards zu erfüllen, noch, um aufgrund des geringen Bewohnerstandes (aktuell 5 Bewohner), die personellen Mindestvoraussetzungen umsetzen zu können. Der Träger und die Einrichtung haben Überlegungen zur künftigen Ausrichtung der Einrichtung anzustellen, diese sind dem FQA unaufgefordert bis 31.07.2023 darzulegen.

II.3 Qualitätsempfehlungen

[Hier können Empfehlungen in einzelnen Qualitätsbereichen ausgesprochen werden, die aus Sicht der FQA zur weiteren Optimierung der Qualitätsentwicklung von der Einrichtung berücksichtigt werden können, jedoch nicht müssen. Es kann sich dabei nur um Sachverhalte handeln, bei denen die Anforderungen des Gesetzes erfüllt sind, die also keinen Mangel darstellen.]

- II.3.1 Die Bewohner sind aufgrund ihres Alters pflegebedürftiger. Bis auf einen Bewohner sind alle Bewohner auf Unterstützung bei der Essens- und Getränkeversorgung angewiesen. Aufgrund der personellen Besetzung ist es nicht möglich, dass alle Bewohner gleichzeitig ihre Mahlzeit zu sich nehmen, da die Mitarbeiter aufgrund der Personaleinsatzplanung nur zeitversetzt das Essen eingeben können. Die Einrichtung sollte dahingehend Überlegungen anstellen, dass die Bewohner alle am Tisch sitzen und nacheinander bei der Essenseingabe unterstützt werden. Gemeinsame Mahlzeiten am Tisch fördern den Zusammenhalt der Bewohner und Mitarbeiter, Gespräche untereinander tragen zum Wohlbefinden der Bewohner bei.
- II.3.2 Am Tag der Prüfung konnte festgestellt werden, dass ein Bewohner in seiner Mobilität eingeschränkt ist, ein Transfer kann nur mit Hilfestellung und Anleitung durch die Mitarbeiter vorgenommen und ausgeführt werden, am Begehungstag lag kein Bewegungsprotokoll vor. Bei der pflegerischen Versorgung konnte kein Hautdefekt wahrgenommen werden. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, eine Risikobeurteilung zur Dekubitusgefährdung vorzunehmen und bei bestehenden Gefährdungen zur Prophylaxe ein Bewegungsprotokoll einzuführen.
- II.3.3 Während der Prüfung befand sich ein Bewohner über einen längeren Zeitraum unbeaufsichtigt in der Badewanne des Pflegebades. Als das Personal auf die Situation angesprochen wurde, haben die Mitarbeiter erläutert, dass keine weiteren Personen im Raum durch den Bewohner erwünscht werden. Die Auszeit in der Badewanne wird zu einer emotionalen Bewältigungsstrategie genutzt. Der Einrichtung wird empfohlen, dass die Mitarbeiter Kontakt zum behandelnden Neurologen aufnehmen, um einen individuellen Gesamtbehandlungsplan für den Bewohner zu erstellen, so dass das herausfordernde Verhalten gemeinsam qualitativ bewältigt werden kann.
- II.3.4 Vorhandene Strukturen und Arbeitsabläufe wurden in der Vergangenheit nicht reflektiert und angepasst. Eine klare Aufgabenverteilung konnte am Begehungstag nicht wahrgenommen werden. Die Mitarbeiter berichteten am Prüfungstag von festgefahrenen Strukturen, indem beispielsweise aufgrund der kognitiven und erheblichen physischen Einschränkungen der Bewohner

der Alltag nebst Freizeitgestaltung sehr eingeschränkt ist und die Betreuung und Versorgung an die pflegerischen Bedarfe der Bewohner nicht angepasst wurde. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, die Strukturen zu überdenken und an die pflegerischen und pädagogischen Belange der Bewohner umgehend anzupassen. Aufgrund des hohen pflegerischen Aufwands der Bewohner wird der Einrichtung zudem empfohlen, zusätzliches Personal für die Beschäftigung und Aktivierung der Bewohner einzusetzen, sie dienen für Gespräche über Alltägliches und bieten Sicherheit. Darüber hinaus wird dem Träger und der Einrichtung dringend dazu geraten, Erkenntnisse über die Mitarbeiterzufriedenheit zu erfassen und die Mitarbeiter am Verbesserungsprozess zu beteiligen, somit können Bedürfnisse und Erwartungen umfassend bedient werden.

- II.3.5 Der Pflegeaufwand der Bewohner hat in der Vergangenheit deutlich zugenommen. Die Einrichtung ist weder baulich noch personell auf diesen Bedarf ausgestattet (bauliche und personelle Mindestvoraussetzungen i. S. d. PflWoqG und der AVPflWoqG). Hilfsmittel stehen nach Aussage des Personals nur bedingt zur Verfügung. Die Räumlichkeiten sind darüber hinaus sehr beengt, ein separater Abstellplatz für Rollstühle ist beispielsweise in der Einrichtung nicht vorhanden, die Rollstühle werden daher im Gang platziert. Aufgrund des hohen pflegerischen Aufwandes ist angedacht, auch eine Tagesstruktur in der Einrichtung anzubieten. Der Träger als auch die Einrichtung hat die Ausrichtung der Wohngemeinschaft zu überdenken. Die Bewohner sind auf die baulichen und personellen Mindeststandards bei der Versorgung und Betreuung angewiesen, diese können aber in der bestehenden Wohngemeinschaft nicht umgesetzt werden (vgl. II.2.1).
- II.3.6 Aufgrund des hohen Pflegeaufwandes in der Wohngemeinschaft, sind Beschäftigung und Aktivierung der Bewohner in den Hintergrund gerückt. Zur Entlastung der Mitarbeiter wird der Einrichtung empfohlen, die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen zu stärken und beispielsweise einen Sozialdienst bei den Freizeitaktivitäten mit einzubeziehen. Förderprojekte mit anderen Wohngemeinschaften des Trägers würden den sozialen Austausch stärken und die Bewohner in die Gesellschaft integrieren.
- II.3.7 Zum Zeitpunkt der Prüfung wurde das Pflegebett und weitere Hilfsmittel eines verstorbenen Bewohners im Gemeinschaftsraum gelagert. Der Einrichtung wird empfohlen, Gemeinschaftsräume und Lagermöglichkeiten voneinander zu trennen, um eine angemessene Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes für die Bewohner sicherzustellen.
- II.3.8 Am Begehungstag waren die Lichtverhältnisse auf dem Wohnbereich, vor allem in den Fluren, wiederum nicht ausreichend. Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass die Leuchtquellen den gesamten Bereich ausleuchten und diese umgehend ausgetauscht werden. Ausreichende Lichtverhältnisse tragen zu einer besseren Orientierung der Bewohner sowie zu einer verbesserten wohnlichen Situation bei.
- II.3.9 Am Tag der Prüfung wurde die Wohngemeinschaft in einem stark renovierungsbedürftigen Zustand angetroffen, stellenweise blättert die Wandfarbe ab. Dem Träger und der Einrichtung wird dringend empfohlen, die Milieugestaltung der Wohngemeinschaft zu intensivieren und für eine gemütliche sowie sichere Umgebung zu sorgen. Beispielhaft wird hier ein neuer Wandanstrich sowie Sitzgelegenheiten mit Sinnesaktivierungen angeführt.
- II.3.10 In der Bewohnernasszelle (Dusche) wurde ein Toilettenstuhl gesichtet. Der Toilettenstuhl machte einen sehr unhygienischen Eindruck, dieser wies starke

Kalkablagerungen auf. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, wie bereits bei der Prüfung am 04.04.2019, die Hilfsmittel ordentlich und sauber zu halten. Die Hilfsmittel sollen nach der Benutzung entsprechend hygienisch aufbereitet werden. Sofern die Kalkablagerungen nicht entfernt werden können, ist der Duschstuhl in gewissen Zeitabständen auszutauschen.

- II.3.11 In der Nasszelle (Dusche) wurde die Feile eines Bewohners und die Nagelschere eines weiteren Bewohners vorgefunden, diese waren nicht bewohnerbezogen aufbewahrt, obgleich es für Pflegematerialien für jeden Bewohner einen eigenen Korb gibt und nach Angabe des Mitarbeiters auch ein eigenes Nagelset. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, individuelle Pflegeutensilien der Bewohner bewohnerbezogen aufzubewahren.
- II.3.12 Am Prüfungstag wurde am Waschbecken der Nasszelle (Duschbereich) kein Hygieneplan vorgefunden. Der Einrichtung wird empfohlen, nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes, die Hygienestandards umzusetzen. Die Einrichtung sollte Reinigungs- und Desinfektionspläne oder einen Hautschutzplan an Stellen, an denen hygienerelevante Tätigkeiten ausgeführt werden, aushängen.
- II.3.13 Mitarbeiter der Einrichtung müssen neben der originären Versorgung der Bewohner viele hauswirtschaftliche Tätigkeiten der Bewohner übernehmen, die diese aufgrund ihrer Einschränkungen nicht ausführen können. Um das Personal zu entlasten und somit Ressourcen bei der Betreuung der Bewohner zu erzielen, sollte die Einrichtung dringend überlegen, beispielsweise für hauswirtschaftliche Arbeiten (z. B. Wäsche zusammenlegen, Kühlschrank reinigen etc.), zusätzliches Personal, z. B. auf geringfügiger Basis, einzustellen, welches nur diese Art von Tätigkeit übernimmt und nicht bei der Betreuung der Bewohner eingesetzt wird. Nach Angaben der Mitarbeiter sollte für hauswirtschaftliche Tätigkeiten eine Kraft eingesetzt werden, bislang hat aber kein Mitarbeiter in der Einrichtung mit dieser Qualifikation die Arbeit aufgenommen.
- II.3.14 Nach Angaben des anwesenden Personals wird Bezugsbetreuung in der Einrichtung nicht umgesetzt. Um eine klare Aufgabenverteilung für bewohnerbezogene Aufgaben zu erreichen und auch die Ansprechpartner der Einrichtung für die Bewohner eindeutig festzulegen, wird der Einrichtung dringend empfohlen, die Bezugsbetreuung für die Bewohner zu implementieren.
- II.3.15 Auf einem eingesehenen Stammbblatt der Notfallakte war die Leitung der Einrichtung nicht korrekt erfasst. Der Einrichtung wird empfohlen, Stammbblätter, sowohl in der EDV-gestützten Dokumentation als auch in der händisch geführten Notfallakte lückenlos zu erfassen und bei Änderungen umgehend anzupassen.
- II.3.16 Auf dem geführten Stammbblatt in der EDV-gestützten Dokumentation waren die Angaben zu einer Freiheitsentziehenden Maßnahme nicht richtig erfasst. Unter dem Reiter „FeM“ war der Status auf „beantragt“. Der Beschluss des Betreuungsgerichtes lag aber bereits vor. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, Beschlüsse des Betreuungsgerichtes zu hinterlegen und auch den Status korrekt zu erfassen.
- II.3.17 Freiheitsentziehende Maßnahmen kommen entweder legitimiert durch den Beschluss des Betreuungsgerichtes zur Anwendung oder es wurden Beschlüsse nach Beteiligung des Verfahrenspflegers aufgehoben, da Bewegungen nicht willentlich gesteuert und damit die Freiheit nicht entzogen werden kann. In einer eingesehenen Dokumentation wurde die Aufhebung des Beschlusses des

Gerichtes vorgefunden, zugleich hat die Einrichtung den Angehörigen aber eine schriftliche Erklärung bezüglich Sicherungsmaßnahmen in Form der Anbringung eines Bettgitters, den Gurt am Stuhl und einen Therapietisch am 29.07.2021 unterzeichnen lassen. Befragte Mitarbeiter konnten sich nicht erklären, warum ein Beschluss und zugleich die schriftliche Einwilligung des Angehörigen vorliegt. Der Einrichtung wird empfohlen, die Mitarbeiter im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen entsprechend anzuleiten und zu schulen sowie festzulegen, wann eine zusätzliche schriftliche Erklärung von Angehörigen erforderlich ist. Die Einrichtung sollte auch überlegen, ob bei weiteren Bewohnern eine schriftliche Erklärung der Angehörigen erforderlich ist.

- II.3.18 Am Begehungstag wurde festgestellt, dass Pflegehandlungen ohne Kleiderschutz verrichtet werden, z. B. wurde bei einem Bewohner ein Inkontinenzwechsel durchgeführt und die Hände dabei an der Hose abgewischt und anschließend mit derselben Kleidung, ohne Schürze, das Abendessen gerichtet. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, zum Schutz des Personals, aber auch zum Schutz der Bewohner, bei der Vorbereitung der Mahlzeiten einen Kleiderschutz (z. B. Schürze) zu tragen, um Mikroorganismen im Küchenbereich entgegen zu wirken.

III. Erstmals festgestellte Abweichungen (Mängel)

Erstmals festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PflWoqG, aufgrund derer gegebenenfalls eine Mängelberatung nach Art. 12 Abs. 2 Satz 1 PflWoqG erfolgt

[Eine Beratung über Möglichkeiten zur Abstellung der festgestellten Abweichungen erhebt keinen Anspruch auf Verbindlichkeit oder Vollständigkeit. Die Art und Weise der Umsetzung der Behebung der Abweichungen bleibt der Einrichtung bzw. dem Träger überlassen.]

III.1 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement

- III.1.1.1 **Sachverhalt:** Die anwesenden Mitarbeiter berichteten von strukturellen Problemen der Wohngemeinschaft, insbesondere bei der Kommunikation und Teamzusammenarbeit. So würden beispielsweise Teambesprechungen nur sporadisch stattfinden. Dem FQA-Team konnte ein Teamprotokoll vom 27.02.2023 vorgelegt werden. Die Mitarbeiter konnten keine Auskunft geben, wann die nächste Teamsitzung geplant ist. Der Austausch der Mitarbeiter über bewohnerbezogene Themen als auch organisatorische Angelegenheiten ist nicht gegeben, eine aktuelle Bewohnerdokumentation findet nicht statt.
- III.1.1.2 **Sachverhalt:** Das Fortbildungsprogramm konnte von den anwesenden Mitarbeitern nicht vorgelegt werden. Auf die Teilnahme an Fortbildungen angesprochen, konnte das Personal keine Auskunft geben, an welchen Fortbildungen es in diesem Jahr teilnehmen wird (Pflicht- und weitere Fortbildungen). Das Personal ergänzte, dass es im Intranet des Trägers eine Fortbildungsübersicht gibt, konnte am Begehungstag aber nicht Auskunft geben, wo dieses konkret zu finden ist.
- III.1.1.3 **Sachverhalt:** Die Mitarbeiter berichteten im Gespräch, dass die personelle Situation der Einrichtung nach wie vor schwierig ist. In der Vergangenheit hat es eine hohe Fluktuation gegeben, das Ausscheiden eines Mitarbeiters in den Ruhestand steht bevor und ein weiterer Mitarbeiter wird nach der Aus-

bildung die Einrichtung verlassen. Durch die Schließung der Wohngemeinschaft Iller sind zwei Bewohner in die Wohngemeinschaft gezogen und auch Personal wechselte in diese Einrichtung. So gestaltet sich die Teamfindung und -bildung seit einiger Zeit extrem schwierig. Die Mitarbeiter berichteten, dass sich seither „zwei Lager“ gebildet hätten und eine Zusammenarbeit nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist. Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter haben bislang nicht stattgefunden. Eine konstante und stabile Team-Besetzung konnte in der Vergangenheit nicht erreicht werden.

- III.1.1.4 **Sachverhalt:** Der pflegerische Bedarf der Bewohner konnte durch die anwesenden Mitarbeiter am Begehungstag nicht benannt werden. Vereinzelt ist der Pflegegrad in der Dokumentation hinterlegt, was sich aber hinter dem Pflegegrad verbirgt, ist nicht bekannt. Zudem wurde am Prüfungstag ersichtlich, dass das Bewusstsein für die pflegerischen Bedarfe der Bewohner nicht vorhanden ist, beispielsweise konnte keine Auskunft zu Lagerungsintervallen der Bewohner oder zur Erfassung des Gewichts bei den Bewohnern gegeben werden, obgleich die pflegerische Versorgung – nach Angaben der Mitarbeiter – einen erheblichen Anteil bei der Betreuung der Bewohner innhat.
- III.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.1.3.1 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass der Austausch im Team regelmäßig implementiert wird (Beispiel: zweiwöchiger Turnus) und regelhaft Besprechungsprotokolle angefertigt werden. Nur so wird sichergestellt, dass bewohnerbezogene Informationen nebst aktuell gehaltener Dokumentation, aber auch organisatorische Themen der Wohngemeinschaft, nicht verloren gehen. Teamsitzungen und damit einhergehend regelmäßige Austausche verbessern den Informationsfluss und intensivieren die Kommunikation in der Wohngemeinschaft. Dabei sollten Zuständigkeiten innerhalb der Wohngemeinschaft klar festgelegt werden. Die Teamsitzungen sind im Dienstplan als fester Bestandteil aufzunehmen.
- III.1.3.2 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass das Schulungsprogramm allen Mitarbeitern zugänglich gemacht wird. Hier kommt auch der Einrichtungsleitung eine Führungsrolle zu, indem sie die Fortbildungsangebote transparent gestaltet und an die Mitarbeiter weitergibt. Es sind hierbei nicht nur die Pflichtfortbildungen maßgeblich, darüber hinausgehende Fortbildungsangebote, die im Alltag für die pflegerische Versorgung und pädagogische Begleitung der Bewohner erforderlich sind, sind durch den Träger/die Einrichtung sicherzustellen.
Im Nachgang erläuterte der Träger, dass Mitarbeiter sowohl an Onlinefortbildungen als auch bei externen Fortbildungen oder aber auch bei Schulungsangeboten über die trägereigene Akademie teilnehmen können (Pflicht- und freiwillige Fortbildungen). Der Fortbildungskatalog ist über das Internet abrufbar. Dies war den Mitarbeitern am Prüfungstag offensichtlich nicht bekannt.
- III.1.3.3 Der Einrichtung wird dringend empfohlen, Supervisionsangebote zur Konfliktbewältigung durchzuführen und die Mitarbeiter bei der Teamfindung und -bildung durch externe Berater engmaschig zu begleiten. Um eine vertrauensvolle und harmonische Zusammenarbeit im Team herstellen zu können, eignen sich gezielte Teambuildingmaßnahmen, wie z. B. „Teamevents mit Rollenspielen“.

III.1.3.4 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass für jeden Bewohner der Pflegebedarf erhoben wird, damit eine ausreichende Sicherstellung der Versorgung erfolgen kann. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, den pflegerischen Bedarf in einer Teamsitzung durch die Mitarbeiter zu erheben, unter Beisein einer Profession aus dem pflegefachlichen Bereich. Die Feststellungen sind in der Dokumentation zu hinterlegen. Eine Maßnahmenplanung ist zu erstellen. Die Ergebnisse sind dem FQA bis spätestens 31.10.2023 vorzulegen.

III.2 Qualitätsbereich: Hausrundgang – Schutz der Bewohner vor Beeinträchtigungen

III.2.1.1 **Sachverhalt:** In einer Notfallbox wird neben einem Einmalschutzkittel auch ein Desinfektionsmittel vorgehalten. Die Haltbarkeit war seit 03/2022 weit überschritten. Die Notfallbox befindet sich nicht in einem abschließbaren Schrank.

III.2.1.2 **Sachverhalt:** In einem Bewohnerzimmer wurde ein Desinfektionsmittel vorgefunden, das nicht als dieses erkennbar (ohne Etikett) und nicht mit Anbruch- und Verfalldatum gekennzeichnet war. Im Laufe der Prüfung wurden weitere Desinfektionsmittel sowie eine Salbe vorgefunden, die ebenfalls nicht mit Anbruch- und Verfalldatum versehen waren. Ebenso war die Seife in einem Spender seit 06.01.2021 abgelaufen. In einem weiteren Bewohnerzimmer wurde ebenfalls ein Desinfektionsmittel vorgefunden, das seit 05/2022 abgelaufen ist und auch nicht mit einem Anbruch- und Verfalldatum versehen war.

III.2.1.3 **Sachverhalt:** Im Hauswirtschaftsraum wurde ein Werkzeugkasten sowie Schrauben und ähnliches vorgefunden, der nicht verschlossen aufbewahrt wurde. Die Bewohner könnten sich an spitzen Gegenständen verletzen.

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

III.2.3.1 Nach Anbruch sind Desinfektionsmittel begrenzt haltbar. Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass der Austausch der angebrochenen Desinfektionsmittelflaschen, den Herstellerangaben entsprechend, erfolgen muss. Sofern Desinfektionsmittelflaschen nicht mehr verwendet werden, sind diese zu entfernen. Die Einrichtung hat weiter sicherzustellen, dass Desinfektionsmittel immer mit Anbruch- und Verfalldatum versehen werden, so ist eindeutig ersichtlich, wie lange das Desinfektionsmittel verwendbar ist.

III.2.3.2 Desinfektionsmittel sind eindeutig als dieses zu kennzeichnen und mit Anbruch- und Verfalldatum zu versehen. Nur so ist deren Wirksamkeit bis zum angegebenen Verfalldatum sichergestellt. Ebenso ist die Seife, die seit über zwei Jahren abgelaufen ist, zu entfernen und durch eine neue zu ersetzen.

III.2.3.3 Da der Hauswirtschaftsraum auch für die Bewohner zugänglich ist, in dem sie ihre Wäsche selbstständig aus dem Multifunktionsraum in die Bewohnerzimmer bringen, hat der Träger und die Einrichtung sicherzustellen, dass Werkzeuge verschlossen aufbewahrt werden. Die Einrichtung könnte am Schrank ein Schloss anbringen, so dass kein ungehinderter Zugang für die Bewohner besteht.

III.3 Qualitätsbereich: Anforderungen an die Hygiene

- III.3.1 **Sachverhalt:** Während der Mahlzeitenversorgung der Bewohner wurde festgestellt, dass ein Mitarbeiter lange Fingernägel mit Nagellack lackiert hatte.
- III.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.3.3 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter über die Anforderungen an die Hygiene geschult werden. Die Fingernägel sollten kurz geschnitten sein und Nagellack sowie künstliche Fingernägel sollten vor Dienstbeginn entfernt werden. Nagellack kann während der Arbeit abblättern und ins Essen fallen. Zudem sind lange Fingernägel schwer zu reinigen, dies entspricht nicht den hygienischen Anforderungen an stationäre Einrichtungen.

III.4 Qualitätsbereich: Umgang mit Arzneimitteln/Schutz der Bewohner vor Beeinträchtigungen

- III.4.1.1 **Sachverhalt:** Am Begehungstag wurden drei Aufbewahrungsboxen mit Medikamenten, die mit Bewohnernamen beschriftet waren, auf der Küchenzeile vorgefunden. Nach Angaben der Mitarbeiter werden die Medikamente verblistert von einer Apotheke geliefert und durch die Einrichtung kontrolliert. Individuell gestellte Medikamente werden verschlossen im Büro der Mitarbeiter aufbewahrt. Die Medikamente auf der Küchenzeile waren am Prüfungstag offen zugänglich.
- III.4.1.2 **Sachverhalt:** Am Tag der Prüfung konnte festgestellt werden, dass ein Bewohner eine Bedarfsmedikation zur Unterstützung der Ausscheidung erhält. Die Indikation beinhaltet keine klare Anweisung, wann die Gabe zu erfolgen hat und von wem die Anordnung getätigt wurde.
- III.4.1.3 **Sachverhalt:** In einer eingesehenen Dokumentation lag die ärztliche Verordnung zur Verabreichung eines Medikamentes vor. Auf dem Formblatt, auf dem die aktuelle Medikation erfasst ist und auch der Arzt die verordneten Medikamente abzeichnet, war das Datum mit Beginn des verordneten Medikamentes nicht erfasst.
- III.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- III.4.3.1 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass Bewohner nicht zu Schaden kommen können, indem ungehindert Zugriff zu Medikamenten besteht. Durch die Falscheinahme von Medikamenten kann es zu einem erheblichen Schaden bei Bewohnern kommen. Medikamente sind durchgängig verschlossen aufzubewahren und erst dann aus dem Schrank zu nehmen, wenn sie an die Bewohner verabreicht werden.
- III.4.3.2 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass die Einrichtung mit dem behandelten Arzt kommuniziert, wann und ab welchem Tag die Bedarfsmedikation verabreicht werden sollte. Dies ist entsprechend in der Dokumentation zu hinterlegen.

IV.4.3.3 Die Einrichtung sollte dringend dafür Sorge tragen, dass das Formblatt lückenlos geführt wird und bei geänderten oder neu verordneten Medikamenten zwingend das Datum mit Beginn der Einnahme des Medikamentes erfasst wird.

III.5 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.5.1.1 **Sachverhalt:** Am Tag der Prüfung, konnte aus der Dokumentation keine Maßnahmenplanung nachvollzogen werden.

III.5.1.2 **Sachverhalt:** Zum Zeitpunkt der Überprüfung zeigte eine Dokumentation auf, dass ein Bewohner innerhalb eines ungewissen Zeitraums zwei Kilogramm an Gewicht verloren hat. Anhand den Lücken in der Dokumentation konnte nicht genau erfasst werden, ob es ein therapeutisches Ziel gewesen ist oder dies dem Ernährungszustand geschuldet war.

III.5.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).

III.5.3.1 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass in der Dokumentation der Pflegeprozess mit Maßnahmen und Zielsetzung geplant und das pflegerische Handeln genau beschrieben wird, so dass alle am Prozess Beteiligten die Information nachvollziehen können und die Pflegebedürftigkeit sich widerspiegelt. Um die Kommunikationsweitergabe innerhalb der verschiedenen Professionen zu gewährleisten und eine systematische qualitative Organisation in der Einrichtung zu sichern, empfehlen wir diesbezüglich eine komplett EDV-gestützte Dokumentation einzuführen.

III.5.3.2 Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass Gewichtskontrollen bei Schwankungen oder schlechtem Allgemein-/Ernährungszustand der Bewohner stetig erfolgen und Gewichtsreduzierungen mit dem Arzt kommuniziert werden. Um den Ernährungszustand zu beurteilen, ist die Einführung eines Ernährungsprotokolls hilfreich.

IV. Erneut festgestellte Mängel, zu denen bereits eine Beratung erfolgt ist

Erneut festgestellte Abweichungen von den Vorgaben des Gesetzes nach Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PflWoqG nach bereits erfolgter Beratung über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel, aufgrund derer eine Anordnung nach Art. 13 Abs. 1 PflWoqG geplant ist oder eine nochmalige Beratung erfolgt

IV.1 Qualitätsbereich: Hausrundgang - Angemessene Qualität des Wohnens/Schutz der Bewohner vor Beeinträchtigungen

IV.1.1.1 **Sachverhalt:** In der Wohngemeinschaft befindet sich ein Hauswirtschaftsraum. Der Wäscheraum dient auch als Lager für Reinigungs- und Desinfektionsmittel. Die vorgefundenen Desinfektionsmittel und Waschmittel/-pulver waren am Tag der Begehung offen und für die Bewohner frei zugänglich. Ebenso wurde mindestens ein Pflegeschäum in der Nasszelle (Dusche) und in einem Bewohnerzimmer gesichtet. Der ungehinderte Zugriff stellt eine Gefahr für die Bewohner dar.

IV.1.1.2 **Sachverhalt:** In der Nasszelle (Dusche) wurden fünf Desinfektionsmittel und drei Mal ein Pflegeschäum in einem unverschlossenen Schrank vorgefunden.

- IV.1.1.3 **Sachverhalt:** Am Begehungstag befanden sich in einem Glas, bei dem der Deckel nicht ausreichend verschlossen war, auf der Terrasse zahlreiche Zigarettenstummel der Mitarbeiter. Diese waren für die Bewohner frei zugänglich. Nach Angaben der Mitarbeiter wird der Terrassenbereich von den Bewohnern regelmäßig frequentiert.
- IV.1.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- IV.1.3.1 Um die Bewohner vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu schützen, hat der Träger und die Einrichtung sicherzustellen, dass Desinfektionsmittel, Reinigungsmittel oder ähnliche Substanzen nicht für die Bewohner frei zugänglich aufbewahrt werden und sich auf keinen Fall in erreichbarer Nähe für die Bewohner befinden. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, Desinfektionsmittel oder ähnliche Substanzen nicht in den Nasszellen zu deponieren und verschlossen im Hauswirtschaftsraum aufzubewahren. Desinfektionsmittel wurden offensichtlich auf Vorrat angeschafft.
- IV.1.3.2 Der Träger sowie die Leitung einer Einrichtung haben ein angemessenes Wohnumfeld sicherzustellen, dazu zählt auch der Außenbereich, wie die Terrasse. Die Terrasse ist ausschließlich zum Verweilen, entspannen und Beschäftigen von/mit den Bewohnern gedacht. Raucherbereiche für Mitarbeiter müssen so eingerichtet sein, dass hiervon keine Beeinträchtigung für die Bewohner ausgehen kann. Die Terrasse ist dafür nicht geeignet. Die Zigarettenstummel sind umgehend zu entsorgen. Für die Mitarbeiter sollte eine andere geeignete Lösung gefunden werden, ohne dass die Bewohner durch Zigarettenabfälle gefährdet sind.

IV.2 Qualitätsbereich: Wohnqualität – bauliche Grundanforderungen

- IV.2.1.1 **Sachverhalt:** Am Tag der Begehung war der Notruf (Zugschnur) in der Nasszelle (Dusche) neben der Toilette in erhöhter Position um einen Kasten gewickelt. Der Notruf kann nicht ausgelöst werden, da Bewohner auf dieser Höhe nicht an den Notruf gelangen.
- IV.2.1.2 **Sachverhalt:** Am Prüfungstag war die Notruf-Zugschnur neben dem Waschbecken (Nasszelle Dusche) nicht angebracht. Ein Notruf ist an dieser Position nicht vorhanden.
- IV.2.1.3 **Sachverhalt:** Am Begehungstag war die Notruf-Zugschnur neben der Dusche auf einer hohen Position verknotet, so dass dieser nicht ausgelöst werden kann.
- IV.2.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- IV.2.3.1 Der Einrichtung wird dringend empfohlen, den Notruf umgehend abzuhängen bzw. eine Zugschnur anzubringen, damit Bewohner beim Benutzen der Nasszelle (Dusche) in der Lage sind, den Notruf auszulösen, so dass den Bewohnern auch entsprechend Hilfestellung geleistet werden kann. Die Notruf-Zugschnur sollte dabei nicht weiter als 20 cm von der Oberkante des Fußbodens entfernt sein, damit auf dem Boden liegende Personen die Zugschnur erreichen können. Verknotete Notrufzugschnüre sind umgehend abzuwickeln, so dass der Notruf jederzeit ausgelöst werden kann. Sofern Bewohner die Zugschnur auf erhöhter Position benötigen, ist dies nachweislich zu belegen.

bzw. die Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass der Notruf von jeder Position aus für die Bewohner erreichbar ist (sitzend bzw. am Boden liegend). Die Mitarbeiter sind im Umgang mit dem Notrufsystem und der Handhabung der Notrufe nebst Zugschnüren entsprechend anzuleiten.

IV.3 Qualitätsbereich: Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

- IV.3.1 **Sachverhalt:** In einer eingesehenen Dokumentation fehlte der Durchführungsnachweis für das Anbringen einer Sitzhose am Rollstuhl, indem bei der Anwendung dieser freiheitsentziehenden Maßnahme die Anfangs- und Endzeiten nicht dokumentiert waren. Der erforderliche Beschluss des Betreuungsgerichtes für die legitimierte Anwendung liegt bis 22.06.2024 vor.
- IV.3.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- IV.3.3 Sofern bei Bewohnern freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung kommen, sind die Zeiten der angewandten Maßnahme entsprechend der Vorgabe im Beschluss des Betreuungsgerichtes lückenlos zu dokumentieren und Einträge während der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu erfassen. Es wird dringend empfohlen, die Mitarbeiter dahingehend anzuleiten, dass bei Beginn der Maßnahme und Ende der Maßnahme entsprechende Einträge in die Dokumentation erfolgen. Die Zeiten der freiheitsentziehenden Maßnahme kann auch dokumentiert werden, indem die Anfangs- und Endzeiten der Maßnahme immer gleich sind (z. B. Anbringen der Sitzhose immer beim Bustransfer am Morgen und bei Rückkehr aus der Werkstatt). Dies muss aus der EDV-gestützten Dokumentation eindeutig abgeleitet werden können. Abweichungen hiervon sind ebenfalls in der Dokumentation festzuhalten.

IV.4 Qualitätsbereich: Aufstellung und Umsetzung der Hilfeplanungen/Angemessene Qualität der Dokumentation

- IV.4.1.1 **Sachverhalt:** Am Tag der Prüfung konnten bei den eingesehenen Bewohnerdokumentationen keine aktuellen Hilfeplanungen vorgelegt werden. Nach Aussagen der Mitarbeiter wurden die Hilfeplanungen seit 2019 nicht mehr fortgeschrieben. Nur durch umständliches Suchen konnte die Hilfeplanung aus 2019 in der EDV gefunden werden. Das befragte Personal wusste nichts von den sogenannten SEO-Bögen (sozial-emotionale Entwicklung der Bewohner).
- IV.4.1.2 **Sachverhalt:** Die Auswertung der Förderzieldokumentation erfolgte seit 2019 ebenfalls nicht. Förderziele wurden nicht evaluiert, fortgeschrieben und neu festgelegt.
- IV.4.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- IV.4.3.1 Die Einrichtung sollte eine fortlaufende Evaluation der Hilfs- und Förderplanungen bereitstellen und diese mehrmals im Jahr, jedoch mindestens einmal jährlich, aktualisieren. Der Einrichtung wird dringend empfohlen, eine konkrete Planung für die Überarbeitung der Hilfeplanungen der Bewohner dieser Wohngemeinschaft bis spätestens 31.07.2023 vorzulegen. Aus dieser sollte klar ersichtlich sein, bis wann die Überarbeitung der Hilfeplanungen abgeschlossen sein sollte. Gerade im Hinblick auf die Umsetzung des

Bundes- und Teilhabegesetzes ist es essentiell, dass Bewohner individuell beschrieben und deren Stärken und Schwächen den Mitarbeitern bekannt sind und entsprechend dokumentiert werden.

- IV.4.3.2 Die Fachkräfte sollten auf eine adäquate, mehrmalige Evaluation der Förderziele achten. Die Einrichtung sollte ihren Mitarbeitern fortlaufende Schulungen oder alternative Unterstützung bei der Bewältigung der Aufgaben anbieten. Die Förderziele bei Bewohner wurden nicht aktualisiert. Die Einrichtung sollte mittels einer Fallbesprechung im gesamten Team überlegen, wie die Förderziele aussagekräftig beschrieben und welche Ressourcen zur Zielerreichung genutzt werden können. Am Begehungstag war nicht ersichtlich, wie die Förderung im Alltag umgesetzt werden soll.

IV.5 Qualitätsbereich: Qualitätsmanagement – Personaleinsatzplanung

- IV.5.1 **Sachverhalt:** Am Tag der Prüfung war sowohl im Früh- als auch im Spätdienst und an den Wochenenden nicht durchgängig eine Fachkraft anwesend. Die Prüfung der Dienstpläne für die Monate 03/2023 und 04/2023 ergab, dass die ständige Anwesenheit einer Fachkraft nicht dauerhaft sichergestellt wird, in 03/2023 überwiegend in den Spätdiensten. Die in der Einrichtung lebenden Bewohner haben einen hohen bis sehr hohen Hilfe- und Pflegebedarf und sind aufgrund der Schwere ihrer Behinderung auf ständige Betreuung und Begleitung angewiesen.
- IV.5.2 Der Träger ist kraft Gesetzes verpflichtet, den festgestellten Mangel abzustellen, um die Qualitätsanforderungen an den Betrieb der Einrichtung sicherzustellen (Art. 3 PflWoqG).
- IV.5.3 Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistenden Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind. Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Dies setzt die ständige Anwesenheit zumindest einer Fachkraft für die Bewohner der stationären Wohngemeinschaften voraus. Auch die konzeptionelle Ausrichtung des Hauses lässt nicht erkennen, dass eine Betreuung und Versorgung mit reduzierter Fachlichkeit in einzelnen Schichten unter Berücksichtigung der Interessen und dem Bedarf der Bewohner gerechtfertigt oder begründet ist. Der Träger und die Einrichtung haben sicherzustellen, dass geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die ständige Anwesenheit einer Fachkraft sicherzustellen. Detaillierte Überlegungen sind dem FQA hierzu bis spätestens 31.07.2023 vorzulegen.

V. Festgestellte erhebliche Mängel

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

Am Tag der Überprüfung wurden in den geprüften Qualitätsbereichen keine erheblichen Mängel festgestellt.

VI. Anhörung nach Art. 28 BayVwVfG zu den im jeweiligen mangelrelevanten Sachverhalt getroffenen Mängelfeststellungen

Dem Träger wird Gelegenheit gegeben, sich zu den festgestellten mangelrelevanten Sachverhalten und den entscheidungserheblichen Tatsachen bis zum 06.07.2023 zu äußern. Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei dem am Tag der Einrichtungsbegehung bzw. Prüfung festgestellten Sachverhalt um eine Momentaufnahme handelt, so dass ein im Nachgang zu der Prüfung evtl. erfolgtes Abstellen von Mängeln im Rahmen des Anhörungsverfahrens unberücksichtigt bleiben muss.

VII. Abdruck

Die Einrichtung erhält einen Abdruck dieses Prüfberichtes.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag


Güntner

II. In Abdruck an:

Körperbehinderte Allgäu gGmbH
für Wohngemeinschaft Denzlerpark
Immenstädter Straße 27
84735 Kempten (Allgäu)

