OBERBERGISCHER KREIS
DER LANDRAT

AMT FÜR SOZIALE ANGELEGENHEITEN

OBERBERGISCHER KREIS | **DER LANDRAT** | 51641 Gummersbach

Moltkestraße 42
51643 Gummersbach

Kontakt: Ulrich Tomasseti
Zimmer-Nr.: 3-23
Mein Zeichen: 50 18 61.04-Joh.Stift
Tel.: 02261 88-5060
Fax: 02261 88-972-5060

ulrich.tomasseti@obk.de
www.obk.de
Steuer-Nr. 212/5804/0178
USt.-Id.Nr. DE 122539628

Ev. Altenzentrum Johannesstift
z. H. Herrn Rath
Zum Johannesstift 7-11
42499 Hückeswagen

Datum: 04.03.2016

Durchführung Wohn- und Teilhabegesetz (WTG);
Prüfbericht und Pflegegutachten zur Regelprüfung nach § 14 Abs. 1 WTG im Ev. Altenzentrum Johannesstift am 16.12.2015

Sehr geehrter Herr Rath,

die diesmalige Regelprüfung fand in Ihrer Einrichtung unter der Beteiligung der Gutachterinnen Frau Müller und Frau Paland statt. Frau Müller wurde bereits im Jahr 2013 und Frau Paland im Jahr 2014 an den Prüfungen beteiligt. Beide hatten den Auftrag, eine Bewertung nach der 6. Prüfkategorie des neuen Rahmenprüfkataloges (RPK), der wenige Tage zuvor zur landeseinheitlichen Anwendung vorgegeben wurde, durchzuführen. Im Rahmen der fachlichen Bewertung wurden insgesamt vier Nutzerinnen und zwei Nutzer durch die Gutachterinnen begutachtet. Aus terminlichen Gründen führte Frau Müller ihren Prüfungsauftrag bereits am 03.12.2015 durch.
Die weiteren Prüfpunkte orientierten sich ebenfalls am neuen RPK mit seinen insgesamt 7 Prüfpunkten.
Im Zuge der Gesetzesnovellierung des WTG im Oktober 2014 bildeten die gesetzlichen Neuerungen, die sich im Wesentlichen auf geänderte Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und deren konzeptionelle Regelungen beziehen, einen Schwerpunkt der Prüfung. Wesentliche ordnungsrechtliche Anforderungen sind weitgehend erhalten geblieben.

Bei Ihrem Wohn- und Betreuungsangebot in den beiden Gebäuden ‘Haus am Buschweg‘ und ‘Haus am Park‘ handelt es sich der Einordnung des WTG nach um den Angebotstyp **‘Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot‘** gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 WTG.
Zielgruppe der Betreuung sind ältere und pflegebedürftige Menschen. Am Tag der Regelprüfung waren 133 der insgesamt 145 von Ihnen angebotenen Betreuungsplätze belegt.
Seit dem 02.03.2015 betreiben Sie im Gebäude ‘Haus am Buschweg‘ eine Tagespflegeeinrichtung mit 13 Plätzen für Tagespflegegäste. Dieses Angebot unterliegt ebenfalls meiner Aufsicht und Prüfung, wird aber zu einem anderen Zeitpunkt von mir geprüft werden.

An beiden Prüfungstagen standen Sie uns zusammen mit mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung. Es ergaben sich jeweils sehr gute und zielführende Prüfungsverläufe. Die Prüfungen fanden zudem in einer kooperativen und konstruktiven Atmosphäre statt. Dafür bedanke ich mich nochmals bei Ihnen.

Am 16.12.2015 führte ich auch ein ausführliches Gespräch mit den Beiratsmitgliedern. Dafür bedanke ich mich ebenfalls nochmals bei den Beiratsmitgliedern.

Die Prüfungsergebnisse stützten sich wieder auf die Auswertung der vor Ort eingesehenen Unterlagen und Dokumentationen sowie die in Kopie erhaltenen Unterlagen, die Gespräche mit Ihnen, Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den auskunftsfähigen begutachteten Nutzerinnen und Nutzern und den Beiratsmitgliedern.

Dieser Prüfbericht ist gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 WTG an gut sichtbarer Stelle auszuhängen oder auszulegen. Nach § 6 Abs. 1 Nr. 4 WTG ist der aktuelle Prüfbericht über Regelprüfungen der Aufsichtsbehörde gegenwärtigen sowie künftigen Nutzerinnen und Nutzern auf Wunsch auch in Kopie auszuhändigen. Ich stelle Ihnen frei, auch einen gut sichtbaren Hinweis auf den aktuellen Prüfbericht auszuhängen.
Die Prüfberichte über Regelprüfungen der letzten drei Jahre sind zur Einsichtnahme durch die gegenwärtigen oder künftigen Nutzerinnen und Nutzer oder von ihnen beauftragten Personen bereitzuhalten. Ich übersende Ihnen die beiden letzten Vorberichte in elektronischer Form in einer jeweils anonymisierten Fassung. Nur diese anonymisierten Berichte dürfen den Interessenten gezeigt werden.

Im Einzelnen ergaben sich folgende Feststellungen:

1. Prüfkategorie: Qualitätsmanagement

Nach § 4 Abs. 3 WTG müssen Leistungsanbieter ein Qualitätsmanagement betreiben, in dem Qualitätsziele, Kernprozesse, eine verbindliche und dokumentierte Festlegung von Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Maßnahmen für die Entwicklung und Sicherung von Qualität, sowie die geeignete Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen festgelegt sind.
Zudem ist nachzuweisen, wie sich das Qualitätsmanagement an den Rechten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, wie sie in § 1 Abs. 4 WTG dargestellt sind, orientiert.

Ein Qualitätsmanagement wird betrieben. Es sind neben dem Hauskonzept weitere Konzepte zu wesentlichen Anforderungen, die den Vorgaben des WTG folgen, erstellt (weitere Ausführungen hierzu folgen am Ende dieser Prüfkategorie). Das Leitbild und die konzeptionellen Regelungen orientieren sich durchweg am Gesetzeszweck, der in 1 Abs. 4 WTG vorgegeben ist.

In den Konzepten und Verfahrensanweisungen haben Sie Ziele festgelegt, Kernprozesse beschrieben, die Aufgabenverteilung festgelegt und die Qualitätssicherung und –entwicklung vorgesehen. Den Konzepten liegen anerkannte theoretische Grundlagen zugrunde. Die pflegerische Betreuung fundierte bis kurz vor dem Prüfungstag auf dem Pflegemodell der Frau Prof. Krohwinkel. Am Prüfungstag konnte die Veränderung hin zum Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (EinSTEP), welches das Pflegemodell nach Prof. Krohwinkel, ablösen wird, festgestellt werden. Es sind einrichtungseigene Pflegestandards auf der Grundlage der Expertenstandard in der Pflege festgelegt und die Betreuung von dementiell veränderten Menschen erfolgt entsprechend professionell.

Für die Qualitätssicherung und –entwicklung beschäftigen Sie eine interne, verantwortliche Mitarbeiterin. Gesetzliche Änderungen und Aktualisierungen bei fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen wurden beachtet. Sie erhielten hierzu regelmäßig Informationen von Ihrem Träger; es gab eine Steuerungsgruppe.
Den Beschäftigten wurden die wesentlichen Inhalte Ihrer Konzepte und Verfahrensanweisungen über interne Schulungen vermittelt.

In der nachfolgenden Übersicht führe ich auf, welche Konzepte durch die Novellierung des WTG zu erstellen sind, wobei es wohl gemerkt zu den einzelnen Themenbereichen vorher auch entsprechend abgestufte Anforderungen gab.

1. Konzept zur Gewaltprävention und Umgang mit Gewalt
2. Konzept zur Vermeidung und zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM)
3. Konzept zur palliativen Versorgung und Sterbebegleitung
4. Verfahren zur Evaluation der Zufriedenheit der Beschäftigten
5. Konzept für die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten
6. Hygienekonzept
7. Konzeptionelle Darstellung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Zu allen Punkten hatten Sie jeweils konzeptionelle Regelungen getroffen und die Konzepte entsprechend an die geänderten gesetzlichen Anforderungen angepasst.

Die im Qualitätsmanagement getroffenen Aussagen wurden bis auf die in den Pflegegutachten bemängelten Punkte angemessen umgesetzt und dokumentiert.

Fazit: Die gesetzlichen Anforderungen des WTG hinsichtlich der Verpflichtung, ein Qualitätsmanagement zu betreiben, waren erfüllt. Bei der Umsetzung und Dokumentation der im Qualitätsmanagement getroffenen Aussagen zeigten sich vereinzelt geringfügige Mängel bei der Steuerung von Pflegeprozessen.

2. Prüfkategorie: Personelle Ausstattung

Im Rahmen dieser Kategorie wird die personelle Ausstattung geprüft. Insbesondere die Anzahl, Qualifikation, persönliche Eignung und die Fort- und Weiterbildungen der Beschäftigten sind geeignete Prüfkriterien hierzu. Die personelle Ausstattung hat die Anforderungen des WTG und der WTG DVO zu erfüllen.

Das Betreuungspersonal für die Bereiche ‘Pflege‘ und ‘Sozialer Dienst‘ war in ausgewogener Weise den drei Wohnbereichen zugeordnet. Durch einen kontinuierlichen Personaleinsatz konnte das System der Bezugsbetreuung grundsätzlich umgesetzt werden.

Sie beschäftigten am Prüfungstag Betreuungspersonal mit einem Stellumfang von 53,33 Stellen, das im Bereich der pflegerischen und sozialen Betreuung tätig war. Davon waren 29,03 Stellen mit Fachkräften besetzt. Dies ergibt eine Fachkraftquote von 54,43%. Die Mindestfachkraftquote nach § 21 Abs. 2 Satz 3 WTG wurde damit erfüllt. Die Berechnung dieser Quote und die separate Berechnung der Pflegefachkraftquote entnehmen Sie bitte den entsprechenden beiden Anlagen, die diesem Bericht beigefügt sind. Beim Pflegepersonal erreichen Sie die nach den Anhaltszahlen errechneten Personalbedarfe sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht.

An der zuletzt mit den Kostenträgern verhandelten personellen Ausstattung orientiert, hatten Sie für eine durchschnittliche Belegung mit 141,6 Nutzern 32,95 Stellen mit Pflegefachkräften verhandelt. Bei einer vergleichbaren Nutzerstruktur wären auf 133 Nutzer herunter gerechnet zu wenig Pflegefachkräfte bei Ihnen beschäftigt. Bei der Nutzerstruktur am 16.12.2015 waren ca. 7% mehr Nutzer in die Pflegestufe I eingestuft und ca. 7% weniger Nutzer in die Pflegestufe III eingestuft, sodass sich die Beschäftigung von Pflegefachkräften mit einem Stellenumfang von 25,27 Stellen erklären ließ. Achten Sie weiterhin bis zum Jahresende 2016 an den bekannten Anhaltszahlen orientiert auf eine angemessene Korrelation zwischen Pflegepersonal und Nutzerstruktur.
Die Fachkraftpflicht in der Hauswirtschaft nach § 21 Abs. 3 Satz 1 WTG wurde mit der Beschäftigung mehrerer hauswirtschaftlicher Fachkräfte erfüllt.
Personalausfälle konnten bisher überwiegend durch den Einsatz aus der eigenen Mitarbeiterschaft durch entsprechende Stundenaufstockungen kompensiert werden. Gelegentlich musste auf PflegemitarbeiterInnen von Zeit-/Leiharbeitsfirmen für die Besetzungen der Nachtdienste zurückgegriffen werden. Ein Verfahrensplan für Personalausfälle war erstellt.

Auf eine stetige Entwicklung und Qualifizierung der Mitarbeiterschaft wurde geachtet. Es gab eine Fortbildungsbedarfsermittlung und grundsätzlich wurden alle MitarbeiterInnen bei Fort- und Weiterbildungen berücksichtigt. Neben Routineschulungen gab es viele Teilnahmen an fachlichen Fortbildungen.
Auch die Leitungskräfte nahmen an mehreren Fortbildungen teil. Inhaltlich wurden durch einige Fortbildungen auch die Anforderungen aus § 3 Abs. 1 WTG DVO erfüllt (Führungskräftetraining, Tagungen der Pflegedienstleitungen. Richtig entscheiden im Alltag von Leitungspersonen etc.).

Ein Verfahren zur Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit war erstellt. Sie führten regelmäßig Mitarbeitergespräche durch, im zweijährigen Rhythmus Mitarbeiterfördergespräche, Gespräche nach BEM (Betriebliches Eingliederungs-Management) und mitarbeiterübergreifende Zufriedenheitsabfragen. Die Ergebnisse aus einzelnen Gesprächen oder Befragungen führen ggf. zu Veränderungen oder Festlegungen neuer Ziele.

Jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter erhält ein Exemplar seiner Stellenbeschreibung.
Die Feststellung der persönlichen Eignung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Führungskräfte und Beschäftigte) erfolgt bei Einstellungen und in regelmäßigen Abständen durch Vorlage von amtlichen Führungszeugnissen.

Sie beschäftigten am Prüfungstag 14 MitarbeiterInnen, die ausgebildete Palliativ-Fachkräfte sind und führten in den letzten Jahren regelmäßig Schulungen durch bzw. ließen Fortbildungen durchführen zu Themenbereichen, die gerontopsychiatrische Kenntnisse vermittelten.

MitarbeiterInnen, die keine Fachkräfte sind und gefördert werden sollen, erhalten die Chance von Nachqualifizierungen. Die Ermittlung erfolgt über Mitarbeiterfördergespräche und die Fortbildungsbedarfsermittlung.

Zur Auswertung der Dienstplanung liegen mir die Dienstpläne für die beiden Wohnbereiche (WB I und WB II) im Haus am Buschweg, der Dienstplan für das Haus am Park und der Nachtdienstplan jeweils für die Monate November und Dezember 2015 sowie Januar 2016 vor.

[Bei der stichprobenartigen Auswertung konnte ich erneut feststellen, dass Sie weiterhin in der Lage waren, die Dienste „Rund-um-die Uhr" ausgewogen und mit angemessenem Fachkräfteanteil zu besetzen. Für die Nachtdienste war Nacht für Nacht jeweils eine Pflegefachkraft als Nachtwache eingeplant und eingesetzt]

Fazit: Die Anforderungen an die personelle Besetzung sowie zu Fort- und Weiterbildungen dem WTG und der WTG DVO nach wurden erfüllt. Verfahrensregelungen zur Mitarbeiterführung waren getroffen und wurden auch umgesetzt. Die Dienstplanung zeigte sich als beanstandungslos. Mängel konnten keine festgestellt werden.

3. Prüfkategorie: Wohnqualität

In dieser Kategorie wird geprüft, ob die baulichen Anforderungen sowie die Anforderungen zur Gestaltung der Wohn- und Gemeinschaftsräume dem WTG nach, orientiert an den Maßstäben des Normalitätsprinzips des Alltags eines häuslichen Lebens erfüllt sind. Bei der geprüften Einrichtung sollten Wohnlichkeit, Raumangebot, Sicherheit, Orientierung und Recht auf Privatsphäre an den Möglichkeiten und Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung auf gleichberechtigte Teilhabe ausgerichtet sein.

Die Nutzung der ursprünglich drei Gebäude wurde zwischenzeitlich auf zwei Gebäude reduziert. Im Zuge dieser Reduzierung wurde unter dem 09.11.2015 ein neuer Versorgungsvertrag mit einer Gesamtplatzzahl für das Haus am Buschweg und für das Haus am Park für 145 vollstationäre Plätze mit den Kostenträgern geschlossen. Die Bauendabnahme für das umgebaute Haus am Buschweg war erfolgt und dieser Teil der Gesamteinrichtung erfüllte die Anforderungen an die Wohnqualität nach dem WTG. Sie boten dort 68 Einzelzimmer und 6 Doppelzimmer an. Den Einzelzimmern ist jeweils ein barrierefreies Duschbad zugeordnet; den Doppelzimmern ist jeweils ein Tandembad zugeordnet. Ein Einzelzimmer für Krisenfälle gemäß § 8 Abs. 4 WTG DVO wird freigehalten. Die übrigen Anforderungen an die Wohnqualität sind erfüllt.

Für das Haus am Park sind noch Umbauarbeiten vorgesehen. Es ist geplant, ausschließlich barrierefreie Duschbäder zu schaffen und die Außenfassade umzugestalten. Die wesentlichen Anforderungen an die Wohnqualität dem WTG nach sind bereits erfüllt, da dort 65 Einzelzimmer mit zugeordneten Einzelbädern angeboten werden. Weitere Details, die sich aus dem Abstimmungsverfahren mit dem Sozialhilfeträger ergeben und die Bewertung des baulichen Bestandsschutzes betreffen, sind mit diesem zu klären.

Das Haus Quellengrund, das in der Vergangenheit ebenfalls als Pflegeeinrichtung genutzt wurde, soll zurückgebaut bzw. abgerissen werden.

Grundsätzlich hat jede Nutzerin und jeder Nutzer das Recht, ein Zimmer seiner Wahl auszusuchen. In der Praxis ist diese Auswahl je nach Belegung natürlich begrenzt. Bei der Belegung der Zweibettzimmer sind Fallgespräche und Gespräche mit allen betroffenen Personen vorgesehen. Ein Umzugsmanagement ist Teil der einrichtungsinternen Verfahren.
Die Barrierefreiheit im baulichen Sinne ist einrichtungsübergreifend gegeben. Die Kommunikation zum Thema ‘Wohnen‘ erfolgt in verständlicher Weise und damit als ‘barrierefreier‘ Zugang.

Die Pflegeinrichtung ist in den Nutzerzimmern und Gemeinschaftsräumen durchweg über eine Zentralheizung beheizbar. Bei hohen Außentemperaturen können die Zimmer, die Wohn- und Aufenthaltszwecken dienen, abgedunkelt werden.

Die Gestaltung und Ausstattung der Wohnbereiche, aufgeteilt in kleinere Wohngruppen, und das Angebot von überwiegend Einzelzimmern ist förderlich für die Wahrung der Privatsphäre. Die Gestaltung der Nutzerzimmer liegt vorrangig bei der jeweiligen Nutzerin/dem jeweiligen Nutzer; eigene Möbel können mitgebracht

werden. Die großen Wohnküchen in den Gruppen fördern das Zusammenleben in kleinen Gruppen, vergleichbar mit familiären Strukturen. Die einrichtungsübergreifenden Funktionsräume und Bereiche (u. a. Markthalle, kleiner Laden, Frisörraum, Mehrzweck-/Andachtsraum, Restaurant, Therapieräume) und die Gestaltung des Außenbereichs wirken sich positiv auf den sozialen Austausch aus. Im Mehrzweck- und Andachtsraum finden evangelische Gottesdienste und katholische Messen statt. Dort und in den 95,68% Einzelzimmern können Prozesse von Abschied und Trauer begleitet werden. In den 6 Doppelzimmern werden hier individuelle Lösungen angeboten.

Farbliche Gestaltungen und Hinweisschilder unterstützen die Orientierungsmöglichkeiten. Die Beleuchtung in der Einrichtung ist durchweg gut.

Die Sicherheit in der Einrichtung entspricht dem fachlichen Stand für die Nutzung. Es ist eine Brandmeldeanlage installiert, die auf eine Leitstelle aufgeschaltet ist, auf allen Etagen befinden sich Feuerlöscher, Stolperfallen waren augenscheinlich nicht sichtbar. Aufzüge, Treppen, Pflegebäder konnten gefahrlos genutzt werden.

Fazit: Die gesetzlichen Anforderungen an die Wohnqualität sind allesamt erfüllt. Hinsichtlich des Raumangebotes, der Sicherheit, Orientierung und Wohnlichkeit hinterließ die Einrichtung am Prüfungstag einen sehr guten Gesamteindruck. Die Möglichkeit zur Mitgestaltung der Gemeinschaftsräume durch NutzerInnen war gegeben. Die Gestaltung der Nutzerzimmer lag vorrangig bei jeder Nutzerin und jedem Nutzer. Die Privatsphäre in den Nutzerzimmern war in angemessener Weise gewahrt. Die technische Ausstattung entsprach dem Leistungsversprechen.
Im Rahmen dieser Kategorie waren keine Mängel feststellbar.

4. Prüfkategorie: Hauswirtschaftliche Versorgung

Diese Kategorie beschäftigt sich mit der Situation der Verpflegung, der Wäscheversorgung und der Hausreinigung unter der Fragestellung, ob diese am persönlichen Bedarf orientiert, gesundheitsfördernd und qualifiziert erfolgt.

Grundlagen für die hauswirtschaftliche Versorgung der NutzerInnen finden sich in mehreren Konzepten und auch in den Leitsätzen. Hier kann Bezug genommen werden auf das Hauskonzept, das Verpflegungskonzept, das Textilpflegekonzept, das Hausreinigungskonzept und die Hygienepläne sowie das Konzept zur Teilhabe und Mitbestimmung.

Alle NutzerInnen haben die Möglichkeit, bei der Verpflegungsplanung mitzuwirken und ihre Wünsche auch durch die Beiratsmitglieder vertreten zu lassen. Diesen ist vom Verordnungsgeber die Möglichkeit eingeräumt, nach § 11 Nr. 1 WTG DVO auch bei der Verpflegungsplanung mitzubestimmen. Hierzu fanden zuletzt eher unregelmäßig Besprechungen mit der Küchenleiterin statt. Geplant war, dass Speiseplanbesprechungen wieder unter der Beteiligung aller interessierten NutzerInnen mit der Küchenleitung stattfinden sollen.

Die angebotenen Speisen und Getränke waren ausgewogen und zielten auch auf spezielle Bedarfe bei Nutzerinnen und Nutzern ab. Vorlieben und Abneigungen waren bekannt. Ernährungsrisiken wurden eingeschätzt und besondere Ernährungsbedarfe planerisch erfasst (z. B. Erkrankungen, Unverträglichkeiten, Allergien). Der pflegefachliche Umgang mit Ernährungsbedarfen erfolgte überwiegend korrekt. Auf eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflege, Hauswirtschaft, sozialem Dienst und Ärzten wurde hier geachtet.

Der Informationsfluss bei der Speiseplangestaltung und den angebotenen Speisen und Getränken zeigte sich als beanstandungslos. Speispläne hingen überall gut lesbar aus.
Bei Bedarf werden Hilfsmittel zur Unterstützung beim Essen und Trinken angeboten (u. a. spezielles Geschirr und Besteck).
Kulturelle und religiöse Hintergründe bei der Ernährung fanden bei Bedarf Berücksichtigung.

Die Wäscheversorgung war konzeptionell geregelt und erfolgte in der eigenen Wäscherei. Bekleidungsstücke und eigene Bettwäsche/Handtücher wurden kostenfrei gekennzeichnet. Bei Verlust von persönlicher Wäsche wird diese – als Versicherungsschaden – ersetzt. Bei der Beschaffung von persönlicher Bekleidung erhielten die NutzerInnen bei Bedarf Unterstützung.

Hygienevorschriften wurden eingehalten. Sie beschäftigten mehrere Hygienebeauftragte. Im November 2015 hatten Sie ein sog. Hygienesiegel erhalten.
Grundsätzlich sind neben den Hygienebeauftragten alle MitarbeiterInnen gehalten, die Hygienevorschriften einzuhalten.

Ein Rundgang durch die Einrichtung zeigte, dass diese augenscheinlich wieder sehr sauber wirkte. Unangenehme Gerüche konnten nicht wahrgenommen werden.

Fazit:. Die vom Verordnungsgeber vorgesehene Mitbestimmung bei der Verpflegungsplanung war ebenso garantiert wie die Teilhabe, Erhaltung und Förderung von Ressourcen und Selbstbestimmung. Der Umgang mit Ernährungsrisiken und besonderen Ernährungsbedarfen gelang gut. Die Reinigung der Einrichtung und die Wäscheversorgung erfolgten beanstandungslos.
In dieser Kategorie zeigten sich keine Mängel.

5. Prüfkategorie: Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung

Nach § 1 Abs. 3 WTG haben Sie als Leistungsanbieter Ihre Leistungserbringung auch auf eine Förderung von Teilhabemöglichkeiten auszurichten. Eine gleichberechtigte Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben in der Gesellschaft ist zu unterstützen und zu ermöglichen. Zudem ist zu prüfen, wie die Alltagsgestaltung erfolgt.

Die Einrichtung ist weiterhin sehr gut in das Stadtleben von Hückeswagen integriert und öffnet sich bei Veranstaltungen auch der Bevölkerung. Es bestehen Kontakte zu Kindergärten, Schulen, Vereinen und den Kirchengemeinden. Schüler machten bei Ihnen zuletzt Sozialführerscheine und Praktika. NutzerInnen besuchten regelmäßig Märkte und Gemeindefeste.
Eine Angebotsvielfalt bei Gruppenangeboten war gegeben. Die Beiratsmitglieder äußerten sich zu diesem Thema insgesamt positiv.
Grundlage für die Umsetzung der in dieser Prüfkategorie geforderten Möglichkeiten sind Ihr Konzept zur Teilhabe und Mitwirkung und Ihr Konzept zur Sozialen Betreuung. Die Konzepte waren allen betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt.
Bedarfe und Wünsche der NutzerInnen wurden durch Befragungen erhoben.
Wer dies möchte, kann sich bei geeigneten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten aktiv einbringen.

Immobile NutzerInnen werden stets unterstützt, z. B. beim Verlassen des Zimmers zur Teilnahme an Angeboten und Veranstaltungen oder mit dem eigenen Bus für Rollstuhltransporte. Der Bürgerbus hält direkt vor der Einrichtung.

In der Einrichtung befindet sich regelmäßig ein Wahllokal. NutzerInnen werden auf anstehende Wahlen hingewiesen und bei der Wahl unterstützt. Wer sich ehrenamtlich einbringen möchte oder an Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen möchte erhält ebenso die erforderliche Unterstützung.
Als ehrenamtliche Helfer 'von außen' stehen Ihnen annähernd 100 Personen zur Verfügung.

Grundsätzlich erhielt jede Nutzerin/jeder Nutzer einen eigenen Zimmerschlüssel. Die NutzerInnen im Haus am Park verfügen auch über einen Haustürschlüssel. Briefkästen sind in beiden Gebäuden in ausreichender Anzahl angebracht. Die Verteilung der privaten Post wird nach individueller Abstimmung vorgenommen. Bei der Erledigung behördlicher oder rechtsgeschäftlicher Angelegenheiten stehen Sie Nutzerinnen und Nutzern, die keine rechtlichen Vertreter haben, stets beratend zur Verfügung. Die Verwaltung der Gelder der NutzerInnen wurde weiterhin angeboten. Das Verfahren war transparent und unkompliziert.
Persönliche oder wertvolle Gegenstände konnten verschlossen werden.

Die Privat- und Intimsphäre wurde geachtet. Ein Leben in Partnerschaft war jederzeit möglich. Besonders geeignet sind die Doppelzimmer mit eigenem Duschbad. Ein aktuelles Beispiel zeigt, dass ein Ehepaar ein Zimmer als Wohnzimmer und ein Zimmer als Schlafzimmer nutzt.

Fazit: Die Teilhabeförderung und die Alltagsgestaltung erfolgten in angemessener Weise. Selbst- und Mitbestimmungsrechte bei der Planung und Durchführung von Freizeitgestaltungen waren garantiert. Die Intim- und Privatsphäre jedes Einzelnen wurde gewahrt. Auch in dieser Kategorie zeigten sich keine Mängel.

6. Prüfkategorie: Pflege und soziale Betreuung

Die Überprüfung der Vorgaben in dieser Prüfkategorie verfolgt für Ihre Einrichtung das Ziel, ob die Pflege und soziale Betreuung auf die individuellen Bedarfe der Menschen mit Pflegebedarf abzielt und nach dem anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse erfolgt.
Die Ausführungen zu dieser Prüfkategorie entnehmen Sie bitte den als Anlagen beigefügten vollständigen Pflegegutachten der Frau Müller vom 04.12.2015 und der Frau Paland vom 03.01.2016. Die Gutachten sind ausschließlich für einrichtungsinterne Zwecke zu verwenden. Da die Gutachten personenbezogene Daten enthalten, ist eine datengeschützte Verwendung unumgänglich.

In diesem Bericht folgen nun die anonymisierten Fazits aus den beiden Gutachten.

Fazit aus dem Gutachten der Frau Müller:

Die begutachteten Nutzer und Nutzerinnen befanden sich am Begutachtungstag in gut gepflegtem Zustand.

Mit Nutzerin II und dem Sohn der Nutzerin I konnte ein Gespräch geführt werden. Sie berichteten beide, dass sie/seine Mutter sich wohl fühlten in der Einrichtung.

Der Sohn der Nutzerin I berichtete, dass seine Mutter in all den Jahren sehr gut betreut worden sei.

Die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse werden umgesetzt. Es fällt jedoch auf, dass nicht alle Mitarbeiter mit den Assessments umgehen können. Hier sollte ein verstärktes Augenmerk drauf gelegt werden, da sonst die Basis für die Pflegeplanung fehlt. Der PDCA Zyklus stimmt nicht.

Ärztliche Anordnungen lagen bei den begutachteten Nutzern und Nutzerinnen alle vor und wurden auch eingehalten.
Der Umgang mit den Medikamenten war in Ordnung.
Auch der Umgang mit den freiheitsentziehenden Maßnahmen und der Palliativpflege war im Ergebnis in Ordnung.

Es sollten verstärkt Fallgespräche eingesetzt werden, um, insbesondere bei den Palliativpatienten, eine optimale Steuerung der Pflegeprozesse hinzubekommen.
Auch sollte darauf geachtet werden, dass die Pflegevisiten koordiniert werden. Jede/r NutzerIn sollte 2x/Jahr visitiert werden. Das gelingt nicht immer und es müssen Visiten und Maßnahmenpläne gesucht werden. Es sind nicht immer alle Teile auffindbar.
Auch sollte bei der Durchführung einer Dokumentationsvisite auf die Aktualität der Planung geachtet werden. Sind Gewichte ermittelt? Gibt es Gewichtsverluste etc.?
Die Gewichtsverluste sind z. B. bei allen drei begutachteten Nutzern nicht aufgefallen.
Die Pflegeplanungen wirken teilweise veraltet. Wer übernimmt das Controlling der Visitierenden?

Die Betreuung durch den Sozialdienst macht einen kompetenten und auf die individuellen Bedürfnisse der Nutzer ausgerichteten Eindruck. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Durchführungsnachweise durchgehend abgezeichnet werden. Falls Ausfälle zu verzeichnen sind, bitte im Bericht vermerken.

Für die offene Gesprächsführung vor Ort bedanke ich mich.

Leverkusen, den 04.12.2015

-Monika Müller-

Fazit aus dem Gutachten der Frau Paland:

Die Nutzer befanden sich in guten bis sehr guten Pflegezuständen. Am Begutachtungstag wurden die hygienischen Standards bei der sozialen und pflegerischen Betreuung eingehalten.
Die Pflegeplanungen wurden von den Bezugspflegefachkräften geführt. Prozesshaftes Handeln war gegeben, die Planungen waren individuell ausgerichtet und weitgehend bedarfsgerecht. Einzelne Unregelmäßigkeiten in der Dan Pflegeplanung (z. B. Schmerzmanagement Nutzerin II) waren nach abschließender Evaluation in Evocura beseitigt. Der Verlauf und die Befindlichkeit der Nutzer war den Dokumentationen zu entnehmen, situationsgerechtes Handeln war abgebildet.
Die Umsetzung ärztlicher Anordnungen erfolgte in der Regel korrekt. Die ärztliche Kommunikation war nachvollziehbar und erfolgte zeitnah. Maßnahmen der Behandlungspflege wurden korrekt und nach neustem Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse durchgeführt. Die Überprüfung des Medikamentenmanagements ergab keine Beanstandungen.
Am Begutachtungstag konnten alle erforderlichen Dokumente vorgelegt werden. Die Mitarbeiter waren im Umgang mit der Dan Dokumentation routiniert, das Handling mit Evocura bedarf noch mehr Übung.
Die regelhafte Planung und Durchführung von Angeboten des Sozialen Dienstes und der 87b Betreuungskräfte war überwiegend ersichtlich. Sie waren nach der Biografie ausgerichtet und entsprachen den aktuellen Bedürfnissen der Nutzer.

Die Überprüfung erfolgte in einer ausgesprochen konstruktiven Atmosphäre, die Mitarbeiter standen der fachlichen Beratung offen gegenüber.
Die Stärkung der fachlichen Einschätzungskompetenzen (Maßnahmen des QM) wird auch im Hinblick auf die Einführung des Strukturmodells als positiv bewertet.
Für die freundliche Gesprächsatmosphäre bedanke ich mich.

Burscheid, den 03.01.2016

Elke Paland

Fazit: Die Nutzerinnen und Nutzer erhielten bis zum Prüfungstag überwiegend eine bedarfsgerechte, gesundheitsfördernde und qualifizierte pflegerische und soziale Betreuung. Die einschlägigen fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse fanden Anwendung. Innerhalb der Mitarbeiterschaft zeigte sich hier noch vereinzelt ein Verbesserungsbedarf, der als geringfügiger Mangel zu qualifizieren ist. Ebenso zeigten sich noch geringfügige Mängel bei der Steuerung der Pflegeprozesse, hier im Bereich der Pflegeplanungen und der Dokumentation.

7. Prüfkategorie: Kundeninformation, Beratung, Mitwirkung und Mitbestimmung

In dieser Prüfkategorie ist zu prüfen, ob Sie als Leistungsanbieter Ihren Informations- und Beratungspflichten nachkommen und die Rahmenbedingungen zur Erfüllung der Nutzerinnen – und Nutzerrechte in Form von Mitbestimmung und Mitwirkung gewährleisten. Von weiterer Bedeutung ist zudem die Verpflichtung, ein Beschwerdeverfahren sicherzustellen.

Ihr Leistungsangebot stellen Sie in verständlicher Weise dar. Auf Ihrer Homepage finden sich sehr umfangreiche Informationen. Sie halten auch Informationen in Papierform bereit (z. B. Flyer, Hauskonzept als vorvertragliche Information, Hauszeitung). Besichtigungstermine können vereinbart werden. Veränderungen beim Leistungsangebot und wichtige Informationen werden zeitnah den Nutzerinnen und Nutzern und/oder deren rechtlichen Vertretern bekannt gegeben.
Der aktuellste Prüfbericht hing aus. Die beiden letzten Prüfberichte aus den letzten drei Jahren erhalten Sie in einer datengeschützten bzw. anonymisierten Ausfertigung in elektronischer Form.

Das gesetzlich vorgeschriebene Beschwerdemanagement ist konzeptionell geregelt. Die Vorgaben nach § 6 Abs. 2 WTG werden allesamt erfüllt. NutzerInnen, Beiratsmitglieder, Angehörige und rechtliche Vertreter wissen um Ihre Beschwerdemöglichkeiten. In den Vertragsmustern und über Aushänge wird auf das Beschwerderecht und die Erreichbarkeit der Aufsichts- und Prüfbehörde hingewiesen. Ihre Qualitätsentwicklungsbeauftragte ist für die Bearbeitung von Beschwerden verantwortlich.

Am 22.04.2015 wurde zuletzt ein Beirat gewählt. Das entsprechende Ergebnisprotokoll liegt mir vor. Sehr erfreulich ist, dass der Beirat aus sieben Nutzerinnen und Nutzern besteht. Die Anforderungen an die Mitwirkung und Mitbestimmung der Nutzerinnen und Nutzer ergibt sich aus den §§ 10 bis 22 WTG DVO. Diese Anforderungen waren Ihnen bekannt und wurden bereits mit den Beiratsmitgliedern besprochen. Diesem Bericht habe ich nochmals ein Informationsblatt zum Thema ‘Beiratstätigkeit‘ und eine Übersicht der einschlägigen Paragrafen beigefügt.

Eine regelmäßige und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Ihnen und den Beiratsmitgliedern erfolgte nachweisbar. Der Sitzungsrhythmus für Beiratssitzungen war einmal monatlich. Sitzungsprotokolle wurden gefertigt. Sie, als Leiter der Einrichtung, oder je nach Themen andere Leitungsmitarbeiter wurden zu den Sitzungen eingeladen. Themen ergaben sich u. a. aus den §§ 11 und 12 WTG DVO.
Eine Hausordnung im Zusammenwirken mit dem Beirat war nicht erstellt. Diese Entscheidung liegt letztendlich bei Ihnen und den Beiratsmitgliedern.

Die Regelungen zum Erhalt und Umgang mit Spenden sind in § 7 WTG geregelt. Als gemeinnütziger Leistungsanbieter ist Ihnen die Annahme von Spenden grundsätzlich nach den Vorgaben des § 7 Abs. 3 WTG erlaubt. Eine Prüfung behalte ich mir für eine nächste Regelprüfung vor.

Fazit: Die gesetzlichen Anforderungen, die im Rahmen dieser Prüfkategorie zu prüfen sind, wurden erfüllt. Die Transparenz Ihres Leistungsangebotes war gegeben. Ein Beschwerdemanagement war implementiert und wurde ‘gelebt‘. Ein Beirat war gewählt. Die Beiratstätigkeit wurde unterstützt und gefördert.

Stellungnahmen und Anmerkungen zu einzelnen Punkten der Pflegegutachten der Frau Müller und der Frau Paland und meines Berichts erbitte ich bis zum 08.04.2016.

Nach dem Eingang Ihrer Stellungnahme leite ich den Prüfbericht zusammen mit Ihrer Stellungnahme an den BKK Landesverband Nordwest sowie den MDK Nordrhein und den Verband der PKV weiter.

Wie bereits eingangs schon erwähnt, ist dieser **Prüfbericht** ohne die Gutachten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 WTG an gut sichtbarer Stelle auszuhängen oder auszulegen oder alternativ ein gut sichtbarer Hinweis auf den Prüfbericht auszuhängen.

Der vom Gesetzgeber vorgesehene **Ergebnisbericht** (vgl. § 14 Abs. 9 WTG; §§ 4 und 5 WTG DVO) ist zu veröffentlichen. Den Entwurf des zu veröffentlichenden Ergebnisberichtes übersende ich Ihnen als Anlage und gebe Ihnen gemäß § 4 Abs. 3 WTG DVO Gelegenheit zur Stellungnahme **innerhalb einer Frist von vier Wochen, demnach bis zum 05.04.2016**. Sollten Sie hiervon keinen Gebrauch machen, wird der Ergebnisbericht am 05.04.2015 veröffentlicht.

Ich bedanke mich nochmals für die offene und kooperative Gesprächsatmosphäre während der Regelprüfung. Für Ihre anspruchsvolle Tätigkeit wünsche ich Ihnen und allen Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weiterhin viel Motivation, Kraft und gutes Gelingen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Tomasseti

Anlagen