

## Prüfbericht der Heimaufsicht

**St. Vinzenz-Haus**  
**Kirchstr. 32**  
**45897 Gelsenkirchen**  
**Regelprüfung am 28.03.2019**  
**gem. § 14 Abs. 1 Wohn-und Teilhabegesetz (WTG) NRW**

### Zusammenfassung der Ergebnisse:

#### 1. Prüfkategorie Qualitätsmanagement

Anforderungen des WTG sind erfüllt:	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
<b>Erläuterung der Entscheidung:</b>				
<p>Die Umstellung auf das vereinfachte Strukturmodell nach Elisabeth Beikirch erfolgte seit 01.01.2018 und ist jetzt abgeschlossen.</p> <p>Aktuelle fachliche und wissenschaftliche Erkenntnisse werden durch das Qualitätsmanagement des Konzerns und der Einrichtung in die Konzepte implementiert. Mitarbeiter werden in Teamsitzungen und Schulungen über Änderungen im Qualitätsmanagementkonzept informiert und geschult. Mitarbeiter bestätigen durch Unterschrift die Teilnahme an diesen Schulungen.</p>				

#### 2. Prüfkategorie Personelle Ausstattung

Anforderungen des WTG sind erfüllt:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Erläuterung der Entscheidung:</b>				
<p>Bei kurzfristigen Personalausfällen wird versucht, diesen durch Mitarbeitende anderer Wohnbereiche aufzufangen. Sollte das nicht möglich sein, können Mitarbeiter, die gerade Freizeit haben, angesprochen werden. In Notfällen springen auch der Einrichtungsleiter oder die Leiterin des Sozialen Dienstes, die Heilerziehungspflegerin ist, mit ein. Bei längeren Ausfällen wird eine neue Stelle ausgeschrieben. Derzeit ist die Position der Pflegedienstleitung aufgrund eines befristeten Beschäftigungsverbots nicht besetzt. Die Einrichtung versucht mit Nachdruck, für diese Stelle eine befristete Vertretung zu finden.</p> <p>Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen werden Personalentwicklungs- bzw. Qualifizierungsbedarfe erörtert. Die Teilnahme an Fort- bzw. Weiterbildungen wird jederzeit seitens der Einrichtung ermöglicht. Wird beispielsweise die Arbeitsleistung ei-</p>				

nes Pflegehelfers als gut eingeordnet, wird dem entsprechenden Mitarbeiter stets die Möglichkeit zur Weiterbildung eröffnet. Das St. Vinzenz-Haus arbeitet zusammen mit dem Fortbildungsinstitut Albertus Magnus.

Zur Mitarbeiterbefragung wurde ein gemeinsamer Fragebogen für die Mitarbeiter des Kinderheims St. Josef und des St. Vinzenz-Haus erstellt. Dieser muss noch durch die Mitarbeitervertretung beider Häuser genehmigt werden. Noch in 2019 soll dann eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden. Abgesehen von der geplanten Mitarbeiterbefragung wird jährlich ein Mitarbeitergespräch geführt.

Ihre Stellenbeschreibung erhalten neue Mitarbeiter bei ihrer Einstellung. Allgemeine Stellenbeschreibungen sind im QM-Handbuch für alle zugänglich.

Einrichtungs- und Pflegedienstleitung müssen alle zwei Jahre ein Führungszeugnis vorlegen, alle anderen Mitarbeiter alle drei bis fünf Jahre. Zusätzlich wird die persönliche Eignung durch regelmäßige Mitarbeitervisiten überprüft.

Besonders positiv fällt auf, dass fünf Beschäftigte über gerontopsychiatrische Kenntnisse verfügen. Über palliativpflegerische Kenntnisse verfügen zwei Beschäftigte.

### **Personalmenge**

Grundlage der Beurteilung der Personalmenge ist die zum Zeitpunkt der Prüfung gültige Vergütungsvereinbarung vom 01.03.2019 sowie die von der Einrichtung vorgelegten Unterlagen (Personalliste, Dienstpläne und Bewohnerliste mit Pflegegraden).

#### **Vorzuhaltende Personalmenge – Pflege**

Laut § 5 der Vergütungsvereinbarung beträgt die Menge an vorzuhaltendem Pflegepersonal insgesamt 36,86 VK (Pflegefachkräfte 20,31 VK, Pflegehilfskräfte 16,55 VK). Unter Berücksichtigung der aktuellen Belegungsstruktur zum Zeitpunkt der Prüfung wären allerdings rechnerisch 37,49 VK vorzuhalten (Berechnungsmethode zur Personalanpassung an veränderte Belegungsstrukturen nach der Anlage zum Beschluss des Grundsatzausschusses).

Vorgehalten werden zum Zeitpunkt der Prüfung nach Auswertung der Personalliste 36,23 VK (Pflegefachkräfte 22,22 VK, Pflegehilfskräfte 14,01 VK).

*Demnach wird die nach der Vergütungsvereinbarung unter Berücksichtigung der aktuellen Belegungsstruktur vorzuhaltende Personalmenge um 1,26 VK unterschritten.* Zum Zeitpunkt der Prüfung waren zwei Pflegekräfte mit insgesamt 1,0 VK langzeiterkrankt. Laut Dienstplänen waren diese beiden aber ab dem folgenden Monat wieder im Dienst bzw. in der Wiedereingliederung. Für zwei Pflegekräfte mit insgesamt 1,75 VK besteht ein befristetes Beschäftigungsverbot. Es wird seitens der Einrichtung mit Nachdruck versucht, die Stelle der davon betroffenen Pflegedienstleitung befristet mit einer externen Vertretung zu besetzen.

*Die Vorgaben des WTG hinsichtlich der Personalmenge sind im Bereich Pflege zum Zeitpunkt der Regelprüfung nicht erfüllt.*

Die Fachkraftquote im Bereich Pflege beträgt 61,33 % und überschreitet damit die gesetzlichen Vorgaben von 50 %.

*Anmerkung Stand Juli 2019: Mit Datum vom 18.07.2019 teilt die Einrichtungsleitung des St. Vinzenz-Hauses mit: Die Mitarbeiter, die sich am Prüfungstag in der Wiedereingliederung befanden, werden zwischenzeitlich wieder vollständig im Stellenplan geführt. Zum Stand Juli werden 38,57 VK an Pflegepersonal vorgehalten, erforderlich wären – an die Belegungsstruktur im Juli angepasst – 37,29 VK. Die erforderliche Personalmenge liegt zum Stand Juli 1,28 VK über den Anforderungen.*



### **Vorzuhaltende Personalmenge – Sozialer Dienst**

Laut § 5 der Vergütungsvereinbarung beträgt die Menge an vorzuhaltendem Personal im Sozialen Dienst 2,07 VK. Die vorgehaltene Personalmenge beträgt laut Personalliste 2,0 VK Fachkräfte und 0,0 VK Hilfskräfte im Sozialen Dienst.

Demnach wird die nach der Vergütungsvereinbarung vorzuhaltende Personalmenge rechnerisch um 0,07 VK unterschritten.

Die Fachkraftquote im Bereich Sozialer Dienst beträgt 100 % und überschreitet damit die gesetzlichen Vorgaben von 50 % um das Doppelte.

Der Soziale Dienst wird unterstützt durch 4,5 VK zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43 b SGB XI. Nach § 7 der Vergütungsvereinbarung beträgt die Menge an vorzuhaltendem Personal für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung 4,5 VK. Es wird demnach genau die Menge an Alltagsbegleitern beschäftigt, die laut Vergütungsvereinbarungen vorzuhalten wäre.

### **Auswertung der Dienstpläne**

Bei der Auswertung der Dienstpläne Pflege und Betreuung in dem Zeitraum vom 01.02.2019 bis zum 31.04.2019 wurde ein hoher Krankenstand der Beschäftigten erkennbar.

Der Nachtdienst ist regelhaft mit zwei Pflegekräften besetzt. Dabei ist festzustellen, dass nicht kontinuierlich zwei Fachkräfte eingesetzt werden. Die Besetzung des Nachtdienstes mit nur einer Pflegefachkraft ist hier zu prüfen. Denn die Folge ist, dass während der Pausenzeiten der Pflegefachkraft im Nachtdienst keine Fachkraft zur Verfügung steht, wie es in § 21 Abs. 5 Satz 2 WTG vorgeschrieben ist: „Darüber hinaus muss jederzeit, auch nachts und an Wochenenden mindestens eine zur Leistung des konkreten Betreuungsbedarfes der Nutzerinnen und Nutzer geeignete Fachkraft anwesend sein.“ Es ist daher der konkrete Betreuungsbedarf zu ermitteln.

### **Erforderliche Maßnahmen:**

- Eine Vertretung für die Position der Pflegedienstleitung ist schnellstmöglich zu finden.  
*Anmerkung Stand Juli 2019: Zum 01.08.2019 wird eine neu eingestellte Pflegefachkraft die Vertretung für die sich in Elternzeit befindliche Pflegedienstleitung übernehmen.*
- Bitte reichen Sie bis zum 01.10.2019 ein „Konzept zur nächtlichen Versorgung der Bewohner im „St. Vinzenz- Haus“ Pflege- und Betreuungseinrichtung mit Aussagen zu folgenden Punkten ein:
  - Bauliche Struktur mit Aufteilung der Zimmer (Einzel-/Doppelzimmer) auf den Wohnbereichen und Etagen
  - Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Maßnahmen für die Entwicklung und Sicherung von Qualität im Nachtdienst mit Stellenbeschreibungen für Nachtwachen
  - Erhobene und bewertete Personalbedarfe in der Nacht anhand festgelegter Bewohnerkriterien (Insbesondere: behandlungspflegerische Maßnahmen regelmäßig und bei Bedarf, Dokumentation, reine pflegerische Tätigkeiten wie Toilettengänge, Kontrollgänge, Positionswechsel, Inkontinenzmaterialwechsel, Anreichen von Getränken/Spätmahlzeiten etc., besondere Pflegesituationen wie z.B. Sterbebegleitung, Infektionskrankheiten, auffälliges Verhalten – u.a. Hinlauftendenz, Tag-Nacht-Umkehr)
  - Evaluierungszeitraum mit Angabe des Zeitraums, in dem die nächtlichen Bedarfe aller Bewohner evaluiert werden.
  - Pausenregelung während des Nachtdienstes

### 3. Prüfkategorie Wohnqualität

Anforderungen des WTG sind erfüllt:	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	----	-------------------------------------	------	--------------------------

**Erläuterung der Entscheidung:**

Die Einrichtung ist komplett barrierefrei gestaltet. Die Rufanlage wurde in 2018 erneuert. Der Ruf ist auf die Telefone der Mitarbeitenden geschaltet. Zum sozialen Austausch stehen die Aufenthaltsräume, die Speiseräume, die Balkone und der Garten der Einrichtung zur Verfügung. In der Einrichtung sind Lifter und Handläufe vorhanden. Die Balkone können auch von bettlägerigen Bewohnern genutzt werden. Hierzu werden die Bewohner mit Bett von Mitarbeitern auf die Balkone gebracht.

Die Wohn- und Gemeinschaftsräume, sowie der Garten der Einrichtung machten einen positiven Eindruck. Die Einrichtung wirkte darüber hinaus sehr gepflegt und sauber. Ein Farbleitsystem und übersichtlich gestaltete Aushänge erleichtern die Orientierung in der Einrichtung.

Die Bewohner können ihre Zimmer individuell mit eigenen Möbeln, Dekoration, Bettwäsche einrichten und gestalten. Ggf. können auch kleine Haustiere gehalten werden. Eine Grundausstattung wird von der Einrichtung gestellt. Auf jedem Namensschild an den Zimmertüren wird außer dem Namen des Bewohners / der Bewohnerin auch der Name der Bezugspflegeperson genannt, damit auch Besucher sofort einen Ansprechpartner haben.

Für die Belegung von Einzelzimmern existiert eine interne Warteliste. Zweibettzimmer werden in Absprache mit BewohnerInnen und Angehörigen nach Möglichkeit mit zwei Personen belegt, die gut miteinander auskommen oder ein ähnliches Krankheitsbild aufweisen. Bei der pflegerischen Versorgung von BewohnerInnen im Zweibettzimmer werden Sichtschutzwände verwendet. Hierfür werden auf jeder Etage 2 Sichtschutzwände vorgehalten.

Es gibt eine Verfahrensanweisung „Pflege von Bewohnern bei Hitze“. Demzufolge werden alle denkbaren Maßnahmen ergriffen, um Gefahren für die Gesundheit der BewohnerInnen bei großer Hitze zu minimieren. Im sehr heißen Sommer 2018 wurden Eismaschinen angeschafft.

Zur Ausübung der eigenen Religion kann das eigene Zimmer genutzt werden. Außerdem befindet sich im Erdgeschoss der Einrichtung eine sehr hübsche Kapelle, in der auch regelmäßig Gottesdienste gehalten werden. Sonntags erfolgt eine Übertragung des Fernsehgottesdienstes auf eine große Leinwand. Im Erdgeschoss liegt ein Kondolenzbuch aus. Ein gesonderter Abschiedsraum wird nicht vorgehalten. Im Erdgeschoss liegt ein Kondolenzbuch aus.

Die Einzelzimmerquote beträgt 80,76 % und erfüllt damit die gesetzlichen Vorgaben.

**Erforderliche Maßnahme:**

- Mit den Prüfungsunterlagen wurde der Heimaufsicht ein Bericht über die Brandschau im Jahr 2008 vorgelegt. Die letzte Prüfung fand aber im November 2018 statt. Bitte legen Sie das Protokoll zur Prüfung aus 2018 vor.



#### 4. Prüfkategorie Hauswirtschaftliche Versorgung

Anforderungen des WTG sind erfüllt:	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
<p><b>Erläuterung der Entscheidung:</b></p> <p>Das Normalitätsprinzip eines Alltagslebens in der privaten Häuslichkeit wird im Hinblick auf die Speisen- und Getränkeversorgung sowie die Bereiche Wäscheversorgung und Hausreinigung umgesetzt.</p> <p>Es werden regelmäßig Befragungen der BewohnerInnen durchgeführt, deren Ergebnisse für die Weiterentwicklung der Konzepte verwendet werden.</p> <p>Je Bereich finden regelmäßige Teambesprechungen statt. Besprechungen für Wohnbereichsleitungen und Schnittstellen erfolgen monatlich, um die Kommunikation zwischen Funktionsbereichen sicherzustellen.</p> <p>Verpflegung:</p> <p>Das Mittagessen wird vom St. Marien-Hospital Buer geliefert. Die übrigen Mahlzeiten werden in der Cafeteria vorbereitet und auf den Wohnbereichen verteilt. Bewohner, welche das Mittagessen in der Cafeteria zu sich nehmen, wählen die Mittagsspeisen eine Woche im Voraus aus. Auf den Wohnbereichen entscheiden sich die Bewohner beim Mittagessen für ein Mittagsmenü und können auch die Portionsgröße der Mahlzeit bestimmen. Bewohner können das Mittagessen auch auf ihrem Zimmer zu sich nehmen. Die Bewohnerwäsche wird in der Wäscherei der Einrichtung gereinigt. Die Bewohnerzimmer werden sechsmal die Woche durch eine Fremdfirma gereinigt.</p> <p>Im Rahmen der Regelprüfung wurde festgestellt, dass die Speisepläne des extern angelieferten Mittagessens sich alle vier Wochen wiederholen - größtenteils sogar wörtlich. Dies entspricht nicht den Maßstäben eines abwechslungsreichen Speisenangebots: Nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V., „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ (3. Aufl., Ziffer 2.2.2) soll der Menüzyklus des Mittagessens mindestens sechs Wochen betragen. Die Einrichtung selbst versucht, im Rahmen der Betreuung durch gemeinsames Kochen bei den sogenannten „BruzzeLabenden“ für mehr Abwechslung zu sorgen. Vegetarisches Essen kann als Sonderkost bestellt werden.</p> <p>Vorlieben, Abneigungen, Unverträglichkeiten etc. in Bezug auf die Speisen- und Getränkeversorgung werden bereits beim Aufnahmegespräch und im Rahmen der Biographiearbeit erfasst und nach Möglichkeit berücksichtigt. Kulturelle, weltanschauliche und religiöse Aspekte werden berücksichtigt. Aktuell ist eine besondere Rücksichtnahme jedoch nicht erforderlich, da kein Bewohner aus religiösen oder ähnlichen Gründen auf bestimmte Speisen verzichten möchte. Sondermenüs können jedoch immer bestellt werden.</p> <p>Es kommen alle Arten von Hilfsmitteln zum Einsatz, die den BewohnerInnen ein selbständiges Essen und Trinken ermöglichen können. Über die Verpflegungsplanung werden die BewohnerInnen durch Aushänge auf den Wohnbereichen oder mündlich informiert</p> <p>Wäscheversorgung:</p> <p>Zweimal jährlich kommt das Bekleidungsgeschäft „Greiwe“ mit einer Auswahl in St. Vinzenz-Haus, ebenso ein Schuhgeschäft. Bekleidung kann auch gemeinsam mit den BewohnerInnen begleitet durch Betreuungsassistenten in der nahen Fußgängerzone beschafft werden. Einige BewohnerInnen bestellen auch im Internet.</p> <p>Sämtliche Wäsche wird in der eigenen Wäscherei gewaschen. Bei Verlust persönlicher Wäsche wird der Betrag von der Einrichtung erstattet.</p>				

#### Hygiene:

Jedes Jahr finden Mitarbeiterschulungen bezüglich der Einhaltung hygienischer Standards statt. Informationen dazu sind auch im QM-Handbuch als „Hygiene-Wiki“ hinterlegt. Die korrekte Dosierung von Desinfektionslösungen erfolgt durch Dosieranlagen. Die Hygienikerin des St. Marien-Hospitals in Buer und ein weiterer Mitarbeiter sind übergeordnet für die Einhaltung der Hygienevorgaben verantwortlich. St. Vinzenz-Haus absolviert in Kürze eine Pflegefachkraft die Schulung „Hygiene in der Pflege“.

#### Erforderliche Maßnahme:

- Bitte wirken Sie in Zusammenarbeit mit dem Bewohnerbeirat darauf hin, dass der Menüzyklus des Mittagessens zukünftig mindestens sechs Wochen beträgt.

*Anmerkung: Die Einrichtung hat mit Datum vom 18.07.2019 wie folgt Stellung genommen: „Der Menüzyklus des Mittagessens wird auf alle sechs Wochen, statt wie bisher alle vier Wochen erweitert. Dieses wurde mit dem verantwortlichen Koch des Marienhospitals in Gelsenkirchen Buer besprochen.*

*Der Bewohnerbeirat wird in der nächsten Küchenbesprechung, welche für August geplant ist, ebenfalls anwesend sein. Zu dieser Besprechung kommt dann auch der zuständige Koch. Somit werden alle Schnittstellen in den Prozess mit einbezogen.“*

### 5. Prüfkategorie Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung

Anforderungen des WTG sind erfüllt:	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	----	-------------------------------------	------	--------------------------

#### Erläuterung der Entscheidung:

Es findet ein Austausch mit der benachbarten Kirchengemeinde der Probsteikirche St. Augustinus statt. Die Cafeteria und die Kapelle des St. Vinzenz-Hauses können auch von externen Gästen besucht werden. Mit dem benachbarten Kindergarten findet ein enger Austausch statt, denn der Garten der Einrichtung wird auch vom Kindergarten mitbenutzt. Jugendliche aus dem Kinderheim Husemannstraße begleiten BewohnerInnen bei besonderen Gelegenheiten wie z.B. Ostern zum Gottesdienst.

BewohnerInnen haben viele Möglichkeiten, an den Angeboten in der näheren Umgebung teilzunehmen (z.B. Tanzcafé im Altstadtcafé der Alzheimergesellschaft, Gottesdienste, Pfarrfeste, Stadtbummel, Besuch von Märkten).

Für unterschiedliche Zielgruppen gibt es spezielle Angebote z.B. Männerkegeln, Dämmerchoppen, Gedächtnistraining in Kleingruppen, Kegeln für einzelne Wohnbereiche. Einige Veranstaltungen sind ausdrücklich für die Teilnahme der Angehörigen ausgelegt (z.B. Grillabende, Wallfahrt nach Bochum-Stiepel, Vorträge, Weinfest.)

Bedarfe und Wünsche der Bewohner werden bereits beim Aufnahmegespräch und im Rahmen der Biographiearbeit erfasst und durch Gespräche mit den Bewohnern regelmäßig evaluiert. Es wird versucht, BewohnerInnen durch persönliche Ansprache zur Teilnahme an den Angeboten zu motivieren.

Rollstuhlfahrer werden soweit wie möglich an allen Aktivitäten beteiligt. Bettlägerige



können ggf. in Liegewagen mobilisiert und in den Gemeinschaftsbereich gebracht werden. Einige Gemeinschaftsbalkone können auch mit Pflegebetten befahren werden. So wird auch immobilen BewohnerInnen die Teilnahme am Gemeinschaftsleben ermöglicht.

Die BewohnerInnen gestalten im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Tag nach ihren eigenen Wünschen. Ein Bewohner hat es sich z.B. zur Aufgabe gemacht, selbständig Müll im Umfeld der Einrichtung einzusammeln.

Die BewohnerInnen können sich am Bepflanzen der Blumenkästen und Hochbeete, am Falten von Wäsche sowie am Backen und am gemeinsamen Kochen anlässlich der „BruzzeLabende“ beteiligen.

Durch das Einarbeitungskonzept wird sichergestellt, dass den damit betrauten Beschäftigten die Ziele, Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Prozesse und Verfahren als Grundlagen des Konzepts zur Teilhabeförderung bekannt sind.

BewohnerInnen können die Einrichtung zu jeder Uhrzeit verlassen. Um die Einrichtung ab 18 Uhr zu betreten, muss geklingelt werden.

Alle BewohnerInnen eines Einzelzimmers erhalten auf Wunsch einen Zimmerschlüssel. Die Schränke in den Bewohnerzimmern verfügen über ein abschließbares Wertfach.

Im St. Vinzenz-Haus leben auch Ehepaare. Jeder kann in seinem Zimmer seine Sexualität leben.

Ihre Rechtsgeschäfte nehmen die BewohnerInnen selbst wahr, soweit sie dies noch können. Ansonsten übernimmt ihr rechtlicher Betreuer übernimmt dies für sie. Eingehende Post erhält einen Eingangsstempel und wird entsprechend der Wünsche von BewohnerInnen oder BetreuerInnen weitergeleitet, die im Programm Vivendi hinterlegt sind. Ein Wahllokal wird im St. Vinzenz-Haus nicht eingerichtet, die Briefwahl wird aber unterstützt.

**Bargeldverwaltung:** Die Bargeldverwaltung erfolgt durch Mitarbeiter der Verwaltung. Quittungen über Einkäufe oder erbrachte Dienstleistungen sollen entweder durch den Bewohner selbst, ersatzweise durch zwei Beschäftigte nach dem Vier-Augen-Prinzip unterschrieben werden, um den Erhalt der Ware oder die tatsächliche Erbringung der Dienstleistungen zu bestätigen. Während der Begehung wurde die Bargeldverwaltung stichprobenartig überprüft: Nicht bei allen überprüften Belegen fanden sich die Unterschriften von zwei Beschäftigten. Bei Prüfung der Bargeldverwaltung und im Abschlussgespräch fand eine entsprechende Beratung durch die Heimaufsicht statt.

#### **Erforderliche Maßnahme:**

- Bitte stellen Sie sicher, dass ab sofort bei Auszahlungen nach Quittungsbelegen außer dem Aussteller der Quittung noch **zwei Mitarbeiter der Einrichtung** die Erbringung der Leistung und die Auszahlung durch Unterschrift bestätigen.

*Anmerkung: Die Einrichtung hat mit Datum vom 18.07.2019 wie folgt Stellung genommen: „Die Quittungsbelege der Ausgaben aus der Verwahrgeldverwaltung werden bereits ab dem Tag der Prüfung vom 28.03.2019 von jeweils zwei Mitarbeitenden aus der Einrichtung nach dem Vier-Augen-Prinzip gegengezeichnet.“*

## 6. Prüfkategorie Pflege und soziale Betreuung

Anforderungen des WTG sind erfüllt:	ja	<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
<p><b>Erläuterung der Entscheidung:</b></p> <p><u>Allgemeines</u>          Die Beschäftigten werden vorwiegend in Teamsitzungen und Wohnbereichsleitersitzungen über Änderungen und Ergänzungen im Pflege-/Betreuungskonzept informiert.          Die Einrichtung arbeitet mit der vereinfachten Pflegedokumentation (Strukturmodell). Das Risikomanagement wird anhand der strukturierten Informationssammlung einschl. Risikomatrix geführt. Zu den fünf pflegesensitiven Risiken zählen: Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz und Ernährung.          In den eingesehenen Maßnahmenplanungen wurden individuelle prophylaktische Maßnahmen beschrieben und durch die begleitende Wohnbereichsleitung auch im Gespräch zum individuellen Hilfebedarf des Bewohners dargestellt.          Die Erstellung der Maßnahmenplanungen obliegt den Bezugspflegefachkräften. Die Planung der sozialen Betreuung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes.          BewohnerInnen, Angehörige, Betreuer und bei Bedarf weitere Personen werden nachvollziehbar in den individuellen Pflegeprozess mit einbezogen.          In den eingesehenen Maßnahmenplanungen konnte sich davon überzeugt werden, dass biographische Daten der BewohnerInnen in den Bereichen Ernährung, Soziale Betreuung und Körperpflege vorwiegend beachtet werden.          Bei gerontopsychiatrisch veränderten BewohnerInnen seien nach Angaben der Einrichtung eine intensive Beobachtung von einzelnen Situationen und eine Informationssammlung von biographischen Daten über Angehörige/Betreuer besonders wichtig.          In besonderen Bedarfen wie z.B. Nahrungsversorgung werden unterschiedliche Kostformen angeboten, im Bereich Mobilität werden die Angebote des Sozialen Dienstes angepasst.          Die Einrichtung hält ein angemessenes Dokumentationssystem vor. Die Handhabung ist zufriedenstellend. Zugriff auf die Dokumentation haben Mitarbeiter der Pflege, des Sozialen Dienstes, die Pflegedienstleitung und die Hausleitung.          Schutzkleidung für besondere Bedarfe ist in der Einrichtung vorhanden. Des Weiteren werden Handschuhe und Einmalschürzen sowie waschbare Schürzen vorgehalten.          Das Pflegepersonal beachtet stets die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner und passt den Hilfebedarf an die jeweiligen Einschränkungen an. Dieser Sachverhalt wurde in Gesprächen mit einzelnen Bewohnern deutlich.          Die kulturellen und religiösen Belange der BewohnerInnen werden erfasst und im Pflege-/Betreuungsprozess berücksichtigt.          Die Beschäftigten der Einrichtung erstellen umfassend und aktuell einen Überleitbogen. Dieser enthält alle wichtigen Daten zum pflegerischen und medizinischen Bedarf des Bewohners. Eine Meldung über eine Überleitung des Bewohners / der Bewohnerin erfolgt an die PDL, Betreuer oder Angehörige und bei Bedarf an den Hausarzt.          Ein Kooperationsvertrag besteht mit einem Gynäkologen, Urologen und einem Hautarzt. Die kooperative und koordinierte pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung wird sichergestellt.</p>				



Das Ziel der Einrichtung ist es, Angehörige/Betreuer in die Planung der Maßnahmen, wie z.B. bei der Risikoermittlung und Beratungsgesprächen/ Fallbesprechungen miteinzubeziehen.

Je nach Art und Ursache sind in Notfallsituationen die unterschiedlichsten Maßnahmen angezeigt. Grundsätzlich muss in allen Notfallsituationen Ruhe bewahrt und vermittelt sowie der Arzt informiert werden. Die Pflegeperson ist bis zum Eintreffen des Arztes für die Notfallversorgung verantwortlich. Der Bewohner wird grundsätzlich nicht alleine gelassen. Auf jedem Wohnbereich ist für alle Mitarbeiter sichtbar eine Telefonnummernliste mit allen wichtigen Kontaktdaten für den Notfall ausgehängt. Die o.g. Vorgehensweise konnte am Tag der Begehung wahrgenommen werden.

Im Falle einer unzureichenden Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme des Bewohners werden alle Verantwortlichen informiert. Die Pflegefachkräfte initiieren nicht regelhaft eine Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt, um Ursachenforschung zu betreiben. Es erfolgt parallel und nach einer ärztlichen Anordnung gemeinsam mit der Hauswirtschaftsleitung eine Anpassung bzw. Änderung in der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Die Angehörigen/Betreuer des Bewohners werden regelhaft informiert und ein Beratungsgespräch durchgeführt.

Das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner wird akzeptiert. In risikobehafteten (Pflege-) Situationen wird nicht regelhaft ein Beratungsgespräch mit dem Bewohner und den Angehörigen/Betreuer geführt, so dass bei Bedarf externe Stellen (z.B. Amtsgericht) hinzugezogen werden können.

Angabe gemäß werden biographische Daten und Auskünfte von Bezugspersonen genutzt. Wichtig seien auch Beobachtungen von allen an der Pflege beteiligten Personen (Pflege, Hauswirtschaft, Sozialer Dienst). Grundlage bilden auch die Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und die Aussagen der Hausärzte/Fachärzte. Bei der Begehung wurden die einzelnen Wohnbereiche begangen. Es wurde nach Zustimmung Kontakt mit den Bewohnern aufgenommen. Befragt wurden die Bewohner zum persönlichen pflegerischen Bedarf sowie zur allgemeinen Zufriedenheit. Die befragten Bewohner waren mit der pflegerischen Betreuung zufrieden. Verbesserungsvorschläge/Kritikpunkte wurden nicht geäußert.

Bei den aufgesuchten Bewohnern wurde das äußere Erscheinungsbild bewertet. Beanstandungen haben sich nicht ergeben. Anhaltspunkte für Pflegemängel konnten nicht erkannt werden.

#### Freiheitsbeschränkende/freiheitsentziehende Maßnahmen

- Bei einem Bewohner wird mit Genehmigung durch einen richterlichen Beschluss ein Bettgitter angewendet.
- Ein Bewohner erteilte die Zustimmung für das Anbringen eines Bettgitters selbstständig.
- Als Alternativen werden 18 absenkbar Betten eingesetzt.
- 15 Bewohner erhalten ein Kraft- und Balancetraining.
- Vier Sturzmatten werden eingesetzt.
- Drei Sensormatten werden eingesetzt.

Bei der Pharmazeutischen Überprüfung der Arzneimittelvorräte und apothekenpflichtigen Medizinprodukten am 05.01.2018 und am 14.12.2018 durch die Vertragsapotheke wurden keine Mängel festgestellt.

#### Stichprobenartige Auswertung der Pflegedokumentation

#### Person A

Bei der Auswertung der Pflegedokumentation ergaben sich keine Beanstandungen.

#### Person B

In der Pflegedokumentation wurde erkennbar, dass keine präzisen Angaben zur Verabreichung von der Bedarfsmedikation „Movicol“ dokumentiert waren. Die begleitende Pflegefachkraft wurde vor Ort beraten. Es bestand Konsens. Die o.g. Angaben zur Verabreichung der Bedarfsmedikation wurden sofort überarbeitet. Die Pflegevisite wurde für den 06.05.2019 geplant.

#### Person C

In der Pflegedokumentation wurde ein sehr niedriger BMI dokumentiert. Maßnahmen (Kommunikation mit dem Arzt, Anbieten von Hochkalorischer Kost) hinsichtlich des niedrigen BMI wurden von den Pflegekräften eingeleitet und dokumentiert.

#### Person D

In der Pflegedokumentation wurden „Unruhezustände“ und mehrfache Sturzereignisse dokumentiert. Die begleitende Pflegefachkraft erörterte die Eintragungen zu dem o.g. Sachverhalt. Es bestand Konsens, dass eine Evaluierung der Maßnahmen erfolgen sollte. Die Evaluierung der eingereichten Maßnahmen ergaben keine Beanstandungen.

#### Person E

Am Tag der Begehung erfolgte eine Krankenhaus Einweisung. Die nächste Pflegevisite wird nach Krankenhaus-Entlassung durchgeführt.

### Hinweise:

#### **Freiheitsbeschränkende/freiheitsentziehende Maßnahmen:**

Einwilligungsfähig ist, wer

- die Art (konkrete Form einer Maßnahme)
- die Bedeutung (konkrete Folgen für den Betroffenen)
- die Tragweite (mögliche Folgen für den Betroffenen)

einer freiheitsentziehenden Maßnahme - nach Aufklärung und Beratung erfassen (verstehen) kann und danach seinen Willen bestimmen (also einwilligen oder verweigern) kann. Bei Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit ist ein ärztliches Attest einzuholen, welches Untersuchungsergebnisse, die Anamnese feststellung und die Beurteilung der psychiatrischen Erkrankung beinhaltet.

Der Einsatz von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen ist nachvollziehbar dokumentiert.

#### **Bedarfsmedikation**

Bei der Verabreichung von Bedarfsmedikation (Psychopharmaka) muss ersichtlich sein, dass der Betroffene, der Betreuer oder der Bevollmächtigte über die ärztliche Behandlung (Nebenwirkungen, Wirkweise und Komplikationen) aufgeklärt und eine Einwilligung erteilt wurde. Die Verordnung der Ärzte, „Unruhe“ ist unzureichend. Es müssen Bedarfssituationen (von den Pflegenden vor Ort) genau angegeben werden. Eine regelhafte Kontrolle nach der Vergabe der Medikation bei dem Bewohner sollte in engmaschigen Abständen erfolgen und dokumentiert werden, ggf. sind die erworbenen Beobachtungen an den behandelnden Arzt weiterzuleiten.

#### **Ernährungsmanagement**

Hier wird auf die Grundsatzstellungnahme vom MDS „Essen und Trinken im Alter“ und auf den „Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ verwiesen.



Grundsätzlich ist der Gewichtsverlauf bei älteren Menschen ein wichtiger Indikator für ein Ernährungsrisiko über einen bestimmten Zeitraum. Der Gewichtsverlust gibt - soweit keine gravierende Herz- Niereninsuffizienz und keine Exsikkose vorliegt - Auskunft über Veränderungen im Ernährungszustand und ist aussagekräftiger als eine einzelne Gewichtsangabe.

Bedeutende Gewichtsverluste sind 5% Gewichtsverlust in ein bis drei Monaten bzw. 10% Gewichtsverlust in sechs Monaten.

**Es ist pflegfachliche Aufgabe, auf Basis dieser Risikoerkennung Ursachen zu analysieren und erforderliche Maßnahmen zu planen.**

Eine vorläufige Empfehlung und Anregungen wurde den zuständigen Mitarbeitern vor Ort und im Abschlussgespräch mitgeteilt.

Es wurde darauf hingewiesen, dass sich nach Auswertung der Unterlagen noch weitere Empfehlungen ergeben können. Die Mitarbeiter waren kooperativ, alle prüfungsrelevanten Unterlagen wurden zur Verfügung gestellt.

## 7. Prüfkategorie Kundeninformation, Beratung, Mitwirkung und Mitbestimmung

Anforderungen des WTG sind erfüllt:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Erläuterung der Entscheidung:</b>				
<b>Kundeninformation / Beratung</b>				
<p>Informationen über das Leistungsangebot finden sich auf der übersichtlich und kundenfreundlich gestalteten Internet-Seite des Trägers. Dort können auch Musterverträge heruntergeladen werden. Diese sind allerdings teilweise nicht aktuell: Im Mustervertrag werden noch Pflegestufen statt Pflegegrade verwendet.</p> <p>Informationen über Veränderungen des Leistungsangebots werden den BewohnerInnen schriftlich übermittelt. Wo immer möglich, finden sich Piktogramme. In einem Fall konnten Informationen in Blindenschrift übermittelt werden. Im persönlichen Gespräch wird einfache Sprache verwendet. Potentielle BewohnerInnen und ihre Angehörigen haben die Möglichkeit zu Probebesuchen, um sich vorab über die Einrichtung zu informieren.</p> <p><u>Prüfbericht:</u> Nach § 6 Abs. 1 Ziffer 3 WTG ist der Prüfbericht der letzten Regelprüfung an gut sichtbarer Stelle auszuhängen oder auszulegen sowie die Prüfberichte über Regelprüfungen der letzten drei Jahre zur Einsichtnahme durch die gegenwärtigen oder künftigen BewohnerInnen oder von ihnen beauftragten Personen bereitzuhalten. Nach § 42 Abs. 1 Ziffer 9 WTG stellt das Nichterfüllen dieser Anforderung eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann. Am Prüfungstag war der Prüfbericht über die letzte Regelprüfung der Heimaufsicht (28.03.2017) nicht ausgehängt. Es fand sich auch ersatzweise kein Hinweis auf die Möglichkeit der Einsichtnahme am Informationsbrett. Die Anforderung nach § 6 Abs. 1 Ziffer 3 WTG ist damit für die Kategorie 7 nicht erfüllt. Stattdessen hing im Eingangsbereich der Ergebnisbericht der Heimaufsicht über die Regelprüfung vom 28.03.2017 in Form von laminierten Seiten zur Einsichtnahme aus. Scheinbar bestand Unklarheit darüber, welcher Bericht auszuhängen muss. Ein Ordnungswidrigkeitenverfahren wird nicht eingeleitet.</p> <p><u>Beschwerderecht:</u> Es gibt ein schlüssiges Konzept zum Beschwerdemanagement.</p>				

Informationen über das Beschwerderecht stehen BewohnerInnen und Angehörigen zur Verfügung. Die BewohnerInnen werden mit Anlage zum Vertrag und per Ausgang über ihr Beschwerderecht und die zuständigen Ansprechpartner (auch die Heimaufsicht) informiert. Allerdings sind die dort angegebenen Telefonnummern der Heimaufsicht nicht korrekt. Die Telefonnummer der Heimaufsicht ist zu korrigieren. Im Eingangsbereich befinden sich Briefkästen für Beschwerden, daneben stehen Beschwerdeformulare und Umschläge zur Verfügung. Das Beschwerdeformular kann auch im Internet heruntergeladen werden.

Beschwerden werden auch durch alle Beschäftigten der Einrichtung entgegengenommen. Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt durch eine Mitarbeiterin der Verwaltung, die die Beschwerden zur Bearbeitung den betroffenen Bereichen zuleitet. Zur Bearbeitung wird ein Termin gesetzt.

Spendenkonzept: Die Einrichtung verfügt über ein schlüssiges Spendenkonzept, demzufolge alle Geld- und Sachspenden ausschließlich für die Betreuung und Förderung der aller BewohnerInnen verwendet werden.

### **Mitwirkung / Mitbestimmung**

Der Beirat wurde am 16.11.2017 gewählt. Er besteht zum Zeitpunkt der Prüfung aus 5 Personen. Über die ordnungsgemäße Wahl wurde ein Protokoll gefertigt und der Heimaufsicht übermittelt.

Der Bewohnerbeirat wird durch zwei Mitarbeiter des Sozialen Dienstes unterstützt. Den Beiratsmitgliedern wird angeboten, an einer Schulung teilzunehmen. In den regelmäßigen Beiratssitzungen wird der Beirat in Fragen der Unterkunft, Betreuung und Aufenthaltsbedingungen insbesondere hinsichtlich Verpflegungsplanung, Freizeitgestaltung und Hausordnung einbezogen. Die befragte Beiratsvorsitzende äußerte sich positiv über die Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung. Die letzte Bewohnerversammlung fand am 19.12.2018 statt. Der Tätigkeitsbericht des Beirats für 2018 wurde der Heimaufsicht am 15.03.2019 übersandt. Die Grundsätze sowie die Verfahrensregeln zur Beiratsarbeit werden eingehalten.

### **Erforderliche Maßnahmen:**

- Bitte aktualisieren Sie die im Internet veröffentlichten Informationen.
- Bitte aktualisieren Sie in den Informationen zum Beschwerderecht die Telefonnummern der Heimaufsicht.
- Unter Ziffer 3 der Anlage zum Mustervertrag sind als Ansprechpartner des zuständigen Sozialhilfeträgers nicht die Mitarbeiter der Heimaufsicht zu nennen. Bitte geben Sie hierfür lediglich die Telefonnummer der Zentrale der Stadt Gelsenkirchen an (0209/169-0). Diese kann zum jeweils zuständigen Sachbearbeiter vermitteln.
- Gemäß § 6 Abs. 1 Ziffer 3 WTG ist der aktuelle Prüfbericht zur Regelprüfung der Heimaufsicht an gut sichtbarer Stelle in der Einrichtung auszuhängen oder auszulegen. Die Prüfberichte der letzten drei Jahre sind zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Die Zuwiderhandlung stellt nach § 42 Abs. 1 Ziffer 9 WTG eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit einem Bußgeld geahndet werden kann.

*Anmerkung: Die Einrichtung ist den erforderlichen Maßnahmen zwischenzeitlich nachgekommen.*



**Allgemeiner Hinweis:**

Die Prüfungen der Heimaufsicht und die auf dieser Grundlage erstellten Prüfberichte stellen einen Ausschnitt und eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Prüfung dar. Es handelt sich um eine stichprobenartige Prüfung. Aus einer nicht erfolgten Beanstandung kann eine Duldung nicht hergeleitet werden und stellt die Verantwortlichen nicht von der Beseitigung unentdeckter Mängel frei.

Dieser Prüfbericht ist gem. § 6 Abs. 1 WTG an einer gut sichtbaren Stelle in der geprüften Einrichtung auszuhängen oder auszulegen.  
Darüber hinaus ist dieser Prüfbericht für drei Jahre zur Einsichtnahme durch die gegenwärtigen oder künftigen Bewohnerinnen und Bewohner oder von ihnen beauftragten Personen bereitzuhalten.  
Dieser Prüfbericht ist auf Wunsch gegenwärtiger oder künftiger Bewohnerinnen und Bewohner oder von ihnen beauftragten Personen in Kopie auszuhändigen.

Gelsenkirchen, den 29. Juli 2019

**Mikuszies, Zumbusch**  
**50/3.1 Heimaufsicht**