

Regelprüfung gemäß §§ 14 i.V.m. 23 WTG

MediCare Pflegeeinrichtung GmbH „Seniorenresidenz im Grillepark / Junge Pflege“

An der Grille 2-6, 32423 Minden

Prüfung am: 06.08.2019

Teilnehmende der WTG-Prüfung:

Teilnehmende der Einrichtung:

Frau Gisela Polensky	Einrichtungsleitung
Frau Olga Wegel	Pflegedienstleitung
Herr Michael Schwier	stellvertretende Pflegedienstleitung
Frau M. Walz	stellvertretende QM Beauftragte

Kreis Minden-Lübbecke, zuständige Behörde nach WTG:

Frau Vera Reimler	Beamtin
Frau Christiane Schulte	Pflegefachkraft

Prüfungsablauf:

Die Prüfung erfolgte unangemeldet. Sie bezog sich auf alle Kategorien des Ergebnisberichtes. Im Rahmen der Prüfung wurden Sie bzw. die weiteren Teilnehmenden Ihrer Einrichtung über die Anforderungen des WTG und die vorläufigen Prüfergebnisse informiert und beraten. Weiterhin bestand die Möglichkeit, zu den einzelnen Inhalten und Ergebnissen der Prüfung vor Ort Stellung zu nehmen.

Hinweise:

- Ist in den einzelnen Kategorien des Prüfberichtes eine Zeile bzw. ein Kästchen nicht ausgefüllt, so wurde dieses einzelne Kriterium der Kategorie nicht geprüft.
- Im Rahmen der Mängelberatung gemäß § 15 Abs. 1 WTG sind Ihnen Fristen zur Abstellung der Mängel vorgegeben worden. Diese sind im Einzelnen aufgeführt.
Ich bitte um Beachtung der jeweiligen Fristen und um Rückmeldung, wie die Mängel behoben worden sind. Sollten Sie eine Frist nicht einhalten können, bitte ich um entsprechende Mitteilung.
- Zur Kategorie „Pflege und Betreuung“ wird auf die Anlage/n als Ergänzung des Prüfberichtes hingewiesen.

Allgemeine Angaben

Name und Anschrift der Leistungsanbieterin:	MediCare Pflegeeinrichtungen GmbH Am Exerzierplatz 7-9, 32423 Minden
--	---

Leistungsangebot:	Einrichtung der Altenpflege SGB XI
-------------------	------------------------------------

Platzzahl:	128	Plätze Altenpflege incl. 15 eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze
Platzzahl:	21	Plätze Junge Pflege incl. 2 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze

Altenpflege

Belegungssituation 06.08.2019: 116 Bewohner*innen und Bewohner davon
9 Kurzzeitpflegegäste,

Pflegegrad 0	0	Bewohner*innen
Pflegegrad 1	0	Bewohner*innen
Pflegegrad 2	39	Bewohner*innen
Pflegegrad 3	45	Bewohner*innen
Pflegegrad 4	25	Bewohner*innen
Pflegegrad 5	7	Bewohner*innen

Junge Pflege

Belegungssituation 06.08.2019:	18	Bewohner*innen
Junge Pflege PG 3	5	Bewohner*innen
Junge Pflege PG 4	4	Bewohner*innen
Junge Pflege PG 5	9	Bewohner*innen

Ergebnis der Prüfung vom 06.08.2019:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Bewohnerlisten
- Konzepte
- Organigramm

0. Qualitätsmanagement (QM):

☐ nicht geprüft am 21.02.2017

0.1	Zertifizierung	Ja	Nein
a.	Zertifizierte Einrichtung	☐	☒
b.	Zertifikat		
c.	Zuletzt zertifiziert am		

0.2	Organisation des QM	Ja	Nein
a.	Position des QM im Organigramm vorhanden	☒	☐
b.	Zuordnung des QM zur obersten Leitung	☒	☐

0.3	Qualitätsarbeit	Ja	Nein
a.	Qualitätszirkel o.ä. vorhanden	☒	☐
b.	Intervall der Qualitätszirkel		
c.	Aktuelle Fachliteratur vorhanden	☐	☐

Mängelberatung: K e i n e

Empfehlung:

Das Organigramm beinhaltet noch nicht die gesetzliche Neuregelung des § 21 Abs. 2 WTG. Demnach ist die verantwortliche Pflegedienstleitung in pflege- und betreuungsfachlichen Entscheidungen im Sinne des § 3 Abs. 1 WTG nicht weisungsgebunden. Diese Weisungsfreiheit sollte aus dem Organigramm erkennbar sein.

2. Wohnqualität

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

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
1. Privatbereich (§ 20 Abs. 1 WTG; § 7 Abs. 1 - 4 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐
2. Einzelzimmerquote (§ 20 Abs. 3 WTG; § 7 Abs. 1 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐
3. Gemeinschaftsräume (§ 20 Abs. 1 WTG; § 8 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐
4. Technische Installationen (§ 7 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐
5. Notrufanlagen (§ 7 Abs. 4 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Bestätigung der Wohnqualität

Ergebnis der Prüfung vom Datum:

1.-5. Größe/Anzahl der Räumlichkeiten

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.017	Ja ☒	Nein ☐	Behoben ☐
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017	Ja ☒	Nein ☐	Punkte:

Einrichtung mit Bestandschutz	Ja ☒	Nein ☐
-------------------------------	---	----------------------------------

	Wohnbereich (WB)			
Zimmer	Einzelzimmerquote	90,6 % (106 EZ / 11 DZ)		
	Krisenzimmer	vorhanden		
		J*	N*	
	Zugang aller Zimmer von Gemeinschaftsfläche	x		
	Individuelle Gestaltung	x		
	Blickbezug nach Außen bei Bettlägerigkeit	x		
Technik	Telefon	x		
	TV	x		

Technik	Internet/WLAN		x		Derzeit ist die Nutzung über einen Stick möglich. Die Einrichtungen werden sukzessive mit besseren Zugangsmöglichkeiten ausgestattet.
	Rufanlage	Vorhanden	x		Die Rufanlage wird derzeit erneuert.
		Von verschiedenen Plätzen im Zimmer aus bedienbar	x		
		Schnüre lang genug	x		
Bewohner- zimmer und Gemein- schafts- flächen	Anpassung Innentemperatur an klimatische Verhältnisse		x		
	Zusätzliches (rollstuhlgerechtes) WC im WB		x		
	Pflegebäd		x		
	Räumlichkeiten zur Religionsausübung		x		
	Rauchen	in jedem Bewohnerzimmer nein		x	
		in einem gesonderten Raum im Haus		x	
		draußen	x		
	Rauch- melder	In jedem Zimmer	x		
		Aufgeschaltet auf Brandmeldeanlage	x		
	Geschützter, selbstständig nutzbarer Außenbereich			x	
	Aussegnungsraum			x	
	Rollstuhlgerechtes Gäste-WC		x		
	Generelle Barrierefreiheit		x		

*J: ja / N: nein

1 – 5.1	Belegung eines Zweibettzimmers
a.	Mitbestimmung gewährleistet

Ja Nein TNZ*
☒ ☐ ☐

*TNZ: Trifft nicht zu

Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e

3. Hauswirtschaftliche Versorgung

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

		Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Geringfü- giger Mangel	Wesentli- cher Mangel
6.	Speisen- und Getränkeversorgung (§ 19 Abs. 1 Ziffer 4 WTG)	☐	☐	☒	☐	☐
7.	Wäsche- und Hausreinigung (§ 19 Abs. 1 Ziffer 4 WTG)	☐	☐	☒	☐	☐

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Hauswirtschaftskonzept
- Gastronomiekonzept

Ergebnis der Prüfung vom 06.08.2019:

Allgemeine Angaben zur Hauswirtschaft:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017

Ja Nein Behoben
☒ ☐ ☐
Ja Nein Punkte:
☒ ☐

	Fachkraft der Hauswirtschaft*
a.	Fachkraft in der Hauswirtschaft vorhanden
b.	Qualifikation der Fachkraft
c.	Konzept vorhanden 08.01.2013
d.	Konzept geschult

Ja Nein
☒ ☐
☒ ☐
☐ ☐

*(Siehe auch Kategorie Pflege Ziffer 22)

6. Speise- und Getränkeauswahl:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017

Ja Nein Behoben
☒ ☐ ☐
Ja Nein Punkte:
☒ ☐

6.1	Produktion der Mahlzeiten
a.	Zentralküche in der Einrichtung
b.	Wohnbereichsküche
c.	Fremdküche
d.	Convenience

Ja Nein
☒ ☐
☐ ☒
☒ ☐
☐ ☒

6.2	Speiseversorgung
a.	Erhebung der Bewohnerwünsche
b.	Änderungen jederzeit möglich
c.	Speiseplan vorhanden
d.	Speiseplan ausgehängt/ausgelegt
e.	Anzahl der Hauptmahlzeiten
f.	Anzahl der Zwischenmalzeiten
g.	Variable Portionsgröße
h.	Menü-Auswahl
	Anzahl der Menüs

Ja Nein
☒ ☐
☒ ☐
☒ ☐
☒ ☐
☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐ > 5
☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ > 3
☒ ☐
☒ ☐
☐ 1 ☒ 2 ☐ 3
☒ Komponentenwahl

6.3	Angebote Kostformen	Ja	Nein
a.	Vollkost	☒	☐
b.	Diätformen	☒	☐
c.	saisonale Gerichte	☒	☐
d.	regionale Gerichte	☒	☐
e.	Festliche Menüs	☒	☐
f.	Wunschkost	☒	☐
g.	vegetarische Kost	☒	☐
h.	hochkalorisch	☒	☐

6.4	Mögliche Konsistenz der Mahlzeiten	Ja	Nein
a.	fest	☒	☐
b.	breiig	☒	☐
c.	passiert	☒	☐
d.	pacossiert	☐	☒
e.	flüssig	☒	☐
f.	weitere Konsistenz:		

6.5	Esskultur	Ja	Nein
	Ort der Mahlzeit		
a.	eigene Zimmer	☒	☐
b.	Gemeinschaftsraum	☒	☐
c.	Zeitpunkt der Mahlzeit in einem Zeitkorridor wählbar	☒	☐
d.	Abweichungen vom Zeitkorridor möglich	☒	☐
e.	Hilfsmittel zur Aufnahme der Mahlzeiten vorhanden	☒	☐
	Welche:		
f.	Tische werden eingedeckt	☒	☐
g.	Unterstützung bei Bedarf gewährleistet	☒	☐
h.	Die Hilfestellung erfolgt im Sitzen	☒	☐
i.	Verändertes Eindecken an Festtagen	☒	☐
	Art des veränderten Eindeckens		
j.	Tische werden jahreszeitlich dekoriert	☒	☐

6.6	Getränkeversorgung	Ja	Nein
a.	Getränke jederzeit frei zugänglich	☒	☐
	Ort:	Wohnbereich	
b.	Getränkeauswahl	☒	☐
	Welche:	Wasser Säfte, Kaffee Tee.	

Zu b:
Alkoholische Getränke sind gegen Bezahlung erhältlich

7. Wäsche- und Hausreinigung:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017

Ja Nein Behoben
☒ ☐ ☐
Ja Nein Punkte:
☒ ☐

7.1	Hygiene*
a.	Hygienebeauftragte Person vorhanden Position:
b.	Weiterbildung absolviert
c.	Letzte Schulung für die Hygienebeauftragte/n
d.	Letzte Schulung des Personals
e.	Letzte Prüfung § 36 Infektionsschutzgesetz
f.	Keine Mängel
g.	Mängel wurden fristgerecht behoben

Ja Nein
☒ ☐
Pflegefachkraft
☐ ☐
15.10.2019
Februar 2019
29.01.2019
☐ ☒
☐ ☐

*Siehe ggfs. auch Kategorie Pflege und Betreuung

7.2	Wäschepflege
	Eigene Wäscherei
a.	für die gesamte Wäsche
b.	für die Bewohnerwäsche
c.	für die Flachwäsche
	Externe Wäscherei
d.	für die gesamte Wäsche
e.	für die Bewohnerwäsche
f.	für die Flachwäsche
g.	Kostenlose Wäschekennzeichnung

Ja Nein
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
Firma Sitex
☒ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☒ ☐

7.3	Hausreinigung
a.	Sauberkeit der Räumlichkeiten am Normalprinzip orientiert
b.	Eigenes Personal
c.	durch externes Unternehmen
d.	Revierpläne vorhanden

Ja Nein
☒ ☐
☐ ☒
Catering- und Servicegesellschaft GmbH
☐ ☐

Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e

4. Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung

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

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

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Flyer
- Veranstaltungskalender (vor Ort gesehen)

Ergebnis der Prüfung vom 06.08.2019:

8. Einbindung in das Quartier und von Angehörigen:

☐ nicht geprüft

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017

Ja Nein Behoben
☒ ☐ ☐
Ja Nein Punkte:
☒ ☐

8.1	Infrastruktur	Ja	Nein
a.	Infrastruktur vorhanden	☒	☐
	Beispiele für die Infrastruktur:		
b.	Gute Verkehrsanbindung an das Zentrum	☒	☐

8.2	Besuchsregelungen	Ja	Nein
a.	Keine Besuchszeiten vorhanden	☒	☐
b.	Keine Haus-/Besuchsverbote erteilt	☒	☐

8.3	Angehörige und Ehrenamtliche	Ja	Nein
a.	Einbindung der Angehörigen in die Einrichtung	☒	☐
	Wie erfolgt:		
b.	Ehrenamtliche vorhanden	☐	☒
	Anzahl:	0	
c.	Einbindung der Einrichtung in das Quartier	☐	☒
	Benennung der Aktivitäten:		
d.	Begleitung durch die Einrichtung zu Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung	☐	☐

Einladung zu Angehörigenabenden
☐ ☒
0

9. Erhalt/Förderung der Selbständigkeit und Mobilität

☐ nicht geprüft

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017

Ja	Nein	Behoben
☒	☐	☐
Ja	Nein	Punkte:
☒	☐	

9.1	Soziale Betreuung	Ja	Nein
a.	Betreuungskonzept vorhanden	☒	☐
b.	Veranstaltungsplan		
	ausgehängt	☒	☐
	ausgelegt	☐	☐
	ausgehändigt	☐	☐
c.	Ausweisung der Veranstaltungen		
	täglich	☐	☐
	wöchentlich	☐	☐
	monatlich	☐	☐
	Jahresübersicht	☐	☐

9.2	Veranstaltungsangebote	Ja	Nein
a.	Einzelangebote für mobile Menschen	☒	☐
b.	Gruppenangebote	☒	☐
c.	Jahreszeitliche Feste	☒	☐
d.	Ausflüge	☐	☐
e.	Einbindung in hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie		

10. Achtung der Privatsphäre

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017

Ja	Nein	Behoben
☒	☐	☐
Ja	Nein	Punkte:
☒	☐	

10.1	Achtung der Privatsphäre	Ja	Nein
a.	Achtung der Privatsphäre	☒	☐
	Beispiele:		
b.	Hausordnung	☒	☐
c.	Wahrung des Postgeheimnis	☒	☐
d.	Erhalt eines Zimmerschlüssels möglich	☒	☐
e.	Angebot der Barbetragsverwaltung	☒	☐
f.	Kostenlose Barbetragsverwaltung	☒	☐

5. Information und Beratung

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

	Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
11. Information über Leistungsangebot (§§ 6 Abs. 1; 11 Abs. 1 WTG)	☒	☐	☒	☐	☐
12. Beschwerdemanagement (§ 6 Abs. 2 WTG)	☐	☐	☒	☐	☐

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Flyer, Internet
- Beschwerdemanagement (Stand: ? - 01.01.2016)
- Auswertung der Beschwerden 2019

Ergebnis der Prüfung vom 06.08.2019:

11. Informationen über das Leistungsangebot:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Behoben
	☒	☐	☐
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Punkte:
	☒	☐	

11.1	Schriftliche/persönliche Information über die Einrichtung durch	Ja	Nein
a.	Flyer	☒	☐
b.	Internet	☒	☐
c.	Hausbesichtigung	☒	☐
d.	andere Informationsmaterialien:		
e.	persönliche Beratung in der Einrichtung	☒	☐
f.	Kosten für das Leistungsangebot öffentlich	☒	☐
g.	Einblick der Nutzer*Innen in ihre Dokumentation möglich	☒	☐
h.	Kostenlose Kopie einzelner Dokumentationsseiten	☒	☐

11.2	Konzeptionelle Aussagen zum	Ja	Nein
a.	Einzug	☒	☐
b.	Auszug	☒	☐
c.	Umzug innerhalb der Einrichtung	☒	☐

11.3	Umgang mit Prüfberichten
	WTG-Berichte von Regelprüfungen
a.	letzten Prüfbericht ausgehängt/ausgelegt
	Ort:
b.	Prüfberichte der letzten drei Jahre zur Einsicht bereitgehalten
	Ort:
c.	Aushändigung des Prüfberichtes bei Bedarf in Kopie
d.	Transparenzbericht MDK*/PKV*
	Ort:

Ja Nein

☒ ☐

Eingangshalle

☒ ☐

Bei der Einrichtungsleitung

☒ ☐

☒ ☐

Eingangshalle

*MDK: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung / *PKV: Private Krankenversicherung

12. Beschwerdemanagement:

☒ nicht geprüft am 21.02.2017

Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017

Ja Nein

☒ ☐

Punkte:

12.1	Umgang mit Beschwerden
a.	Schriftliche Information über externe Beratungs-/Beschwerdestellen
b.	Konzept zum Umgang mit Beschwerden vorhanden
c.	Verantwortliche Position/Person für die Bearbeitung von Beschwerden
d.	Schriftliche Erfassung von Beschwerden
e.	Zeitnahe Rückmeldung an die Beschwerde führende Person
f.	Anzahl der Beschwerden und Zeitraum 2019
g.	Schwerpunkt der Beschwerden
h.	Auswertung der Beschwerden

Ja Nein

☒ ☐

☒ ☐

☒ ☐

☒ ☐

16

Wäscheversorgung und
Zimmerreinigung

☒ ☐

Zu g:

Die Beschwerden über die Wäscheversorgung erstrecken sich sowohl auf die Bewohnerwäsche wie auch die Dienstkleidung des Personals. Die Einrichtung hat inzwischen sogenannte „Wäschesprechstunden“ mit Vertreter*innen der Wäscherei eingeführt. Die Sprechstunden führten bislang zu keiner signifikanten Verbesserung in der Wäscheversorgung.

12.2	Umgang mit Spenden
a.	Konzept für Spenden bei der WTG-Behörde angezeigt
b.	Spenden eingegangen
d.	Einnahme dokumentiert
e.	Verwendung dokumentiert

Ja Nein

☐ ☐

☐ ☒

☐ ☐ ☒ TNZ

☐ ☐ ☒ TNZ

Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e

6. Mitwirkung und Mitbestimmung

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

	Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
13. Beachtung der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte (§ 22 WTG; §§ 10 – 22 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Beiratsprotokolle

Ergebnis der Prüfung vom 06.08.2019:

13. Beachtung der Mitwirkungs- u. Mitbestimmungsrechte: ☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017	Ja ☒	Nein ☐	Behoben ☐
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017	Ja ☒	Nein ☐	Punkte:

13.1	Form der Mitbestimmung	Ja	Nein	
a.	Beirat	☒	☐	
b.	Vertretungsgremium	☐	☒	
c.	Vertrauensperson	☐	☒	
d.	andere Form der Vertretung	☐	☒	Welche:
e.	Beratungsgremium	☐	☒	

13.2	Wahl und Zusammensetzung des Beirates	Ja	Nein
a.	Letzte Beiratswahl am:	10.04.2018	
b.	Vorsitz gewählt	☒	☐
c.	Anzahl der Beiratsmitglieder	7	
d.	Verfahrensregelungen zur Beiratswahl eingehalten	☒	☐
e.	Ggfs. Abweichung § 22 Abs. 6 WTG erteilt am:		

13.3	Arbeit des Beirates	Ja	Nein
a.	Zur Verfügung Stellung von Räumlichkeiten	☒	☐
b.	Kostenübernahme für Beiratssitzungen	☒	☐
d.	Protokollerstellung über die Beiratssitzungen	☒	☐
e.	Beiratssitzungen	Alle zwei Monate	
f.	Jährliche Bewohnerversammlung	☒	☐
g.	Schulungen für den Beirat angeboten	☒	☐

Zu a bis g:

Die Beiratsmitglieder werden rechtzeitig zu den Sitzungen eingeladen und regelmäßig erinnert. Die Teilnahme der Mitglieder erfolgt jedoch sehr unregelmäßig. Oftmals nehmen nur zwei Mitglieder teil. Die Einrichtung überlegt inzwischen stattdessen einen Heimförsprecher zu bestellen.

Zur Bewohnerversammlung haben sich lediglich fünf Teilnehmer*innen eingefunden. Auch angebotene Informationsveranstaltungen für Angehörige zum Thema „Patientenverfügung“ haben lediglich acht Anmeldungen ergeben.

Schulungen für den Beirat werden seitens der Mitglieder nicht gewünscht.

Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e

7. Personelle Ausstattung

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

	Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Gering- fügiger Mangel	Wesent- licher Mangel
14. Persönliche u. fachliche Eignung der Beschäftigten (§§ 3 Abs. 5; 4 Abs. 8, 9, 21 WTG; §§ 1, 2 und 9 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐
15. Ausreichende Personalausstattung (§ 21 WTG; § 1 DVO)	☐	☐	☒	☐	☐
16. Fachkraftquote (§ 21 Abs. 2 WTG)	☐	☐	☒	☐	☐
17. Fort- und Weiterbildung (§ 3 DVO)	☐	☐	☐	☒	☐

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Einarbeitungskonzept
 - o Einstellung neuer Mitarbeiter (Stand: 1/01.2015)
 - o Einarbeitungscheckliste PDL (Stand: 0/09.2016)
- Stellenbeschreibungen
- Fortbildungsplan 2019
- Plan für Minitrainings 2019
- Anmeldung zu Fortbildungen:
 - o Expertenstandards (Personen gebunden) 16.10.2019
 - o Hygienebeauftragter (Personen gebunden) 15.10.2019
- Teilnehmerlisten an Fortbildungen

Ergebnis der Prüfung vom 06.08.2019:

14. Persönliche und fachliche Eignung der Beschäftigten:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017	Ja ☒	Nein ☐	Behoben ☐
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017	Ja ☒	Nein ☐	Punkte:

14.1	Prüfung der persönlichen und fachlichen Eignung	Ja	Nein
	Konzept zur Feststellung der		
a.	persönlichen Eignung	☒	☐
b.	fachlichen Eignung	☒	☐
c.	Regelmäßige Prüfung der persönlichen Eignung	schriftliche Ehrenbekundung jährlich polizeiliches Führungszeugnis Alle fünf Jahre Berufsurkunden, Pflegevisiten	
	aller Beschäftigten durch:		
	Intervall:		
	der Führungskräfte durch:		
	Intervall:		
d.	Prüfung der fachlichen Eignung durch:		
e.	Keine Personen mit persönlichen Ausschlussgründen beschäftigt	☒	☐

Zu a:

Führungszeugnisse werden bei der Einstellung verlangt.

Ausländische Kräfte werden bevorzugt zunächst in Niedersachsen angesiedelt und dort anerkannt, da in diesem Bundesland das Anerkennungsverfahren schneller durchlaufen werden kann.

14.2	Personalführung	Ja	Nein
a.	Führen von regelmäßigen Mitarbeitergesprächen	☒	☐
b.	Befragung zur Zufriedenheit der Beschäftigten	☒	☐
c.	Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter/innen	☒	☐

Zu a:

In Form von Jahresgespräche

Zu b:

Die Befragung zur Mitarbeiterzufriedenheit erfolgte letztmalig in 2016.

15. Ausreichende Personalausstattung:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Behoben
	☒	☐	☐
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Punkte:
	☒	☐	

15.1	Personaleinsatzplanung	Ja	Nein	
a.	Jederzeit dem Bedarf entsprechend eine Fachkraft vorhanden	☒	☐	
	Mindestens eine Fachkraft pro Bereich pro Schicht			
b.	Tags	☒	☐	
c.	Anzahl des Personals pro Nacht	Altenhilfe (AL): 3		
		Junge Pflege (JP): 2		
	Davon Fachkräfte	AL: 1	JP: 1	
	Davon Hilfskräfte	AL: 1 bis 2	JP: 1	
e.	Personal über Zeitarbeitsfirmen beschäftigt	☐	☐	Anzahl in VZ*:

*VZ: Vollzeitstellen

15.2	Dienstplangestaltung	Ja	Nein
a.	zweifelsfrei	☒	☐
b.	dokumentenecht	☒	☐
c.	Vollständige Dienstplanlegende	☒	☐
d.	Übergabezeiten eingeplant	☒	☐
e.	Unterschrift der verantwortlichen Person	☒	☐
f.	Dienst-/Teambesprechungen erkennbar	☒	☐
g.	Vertretung im Krankheitsfall erkennbar	☒	☐

15.3	Kommunikation und Information	Ja	Nein
a.	Kommunikationsmatrix vorhanden	☒	☐
b.	Regelmäßige interprofessionelle Gespräche auf der gesamten Leitungsebene wöchentlich	☒	☐
c.	Regelmäßige Team-/Dienstbesprechungen innerhalb einer Profession	☒	☐
d.	Informationsfluss zwischen den Professionen gewährleistet	☒	☐
f.	Regelmäßige Schichtübergaben	☒	☐
f.	Fallbesprechungen	☒	☐

16. Fachkraftquote:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Behoben
	☒	☐	☐
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Punkte:
	☒	☐	

16.1	Fachkraftquote von mindestens 50%	Ja	Nein
a.	Pflege erfüllt	☒	☐
b.	Sozialer Dienst erfüllt	☒	☐

17. Fort- und Weiterbildungen:

☐ nicht geprüft am

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Behoben
	☒	☐	☐
Keine Veränderungen vorgenommen seit der Prüfung vom 21.02.2017	Ja	Nein	Punkte:
	☒	☐	

17.1	Regelmäßige Fortbildung der Leitung gem. § 3 DVO	Ja	Nein
a.	Einrichtungsleitung	☐	☒
b.	Pflegedienstleitung	☐	☒

17.2	Organisation von Fortbildungen	Ja	Nein
a.	Prospektiver Fortbildungsplan	☒	☐
	Regelmäßige Schulung mindestens der		
b.	Umgang mit Arzneimitteln	☒	☐
c.	anerkannten Expertenstandards*	☒	☐
d.	Hygiene	☒	☐
e.	Erste-Hilfe	☒	☐

*Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung/2017)/Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011)/ Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen /Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2013)/Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (1. Aktualisierung 2014)/Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (1. Aktualisierung 2015)/Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (1. Aktualisierung 2017)/Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz

17.3	Personal mit speziellen Weiterbildungen	Ja	Nein
a.	Palliative Care	☒	☐
b.	Wundversorgung (Zertifikat ICW®) geplant	☒	☐
c.	Gerontopsychiatrie	☐	☒
d.	Schmerzmanagement	☐	☒
e.	Hygiene	☒	☐
f.	Praxisanleiter/in	☒	☐
g.	Fachweiterbildung für Hospiz	☒	☐
h.	Weitere		

17.4	Nachqualifizierungsangebot	Ja	Nein
a.	Möglichkeit der Qualifizierung vorhanden	☒	☐
b.	Diese Möglichkeit wird aktuell genutzt	☒	☐
	Anzahl der Mitarbeiter/innen	7	

Mängelberatung/Empfehlung: K e i n e

8. Pflege und Betreuung

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

	Nicht geprüft	Nicht angebots-relevant	Kein Mangel	Geringfügiger Mangel	Wesentlicher Mangel
18. Pflege- und Betreuungsqualität (§ 4 Abs. 10, 11, 12 WTG)	☐	☐	☐	☒	☐
19. Pflegeplanung/Förderplanung (§§ 4 Abs. 11, 13 WTG)	☐	☐	☐	☒	☐
20. Umgang mit Arzneimitteln (§ 10 Abs. 1; 19 Abs. 1 Ziffer 3 WTG; § 24 Ziffer 6 DVO)	☒	☐	☐	☐	☐
21. Dokumentation	☐	☐	☐	☒	☐

	(§ 10 Abs. 1 WTG; § 24 DVO)					
22.	Hygieneanforderungen (§ 4 Abs. 4 WTG)	☐	☐	☒	☐	☐
23.	Organisation der ärztlichen Betreuung (§ 19 Abs. 1 WTG)	☐	☐	☒	☐	☐

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

- Listen zum Stand der Pflegedokumentation von April bis Juli 2019
- Liste Risikomerkmale (08.2019)
- Verfahrensanweisung „Beratung Risikogespräch“ (Stand: 1 – 01.2016)
- Konzept Sterbebegleitung (Stand: 0 – 01.2015)

Ergebnis der Prüfung vom 06.08.2019:

Aufgrund von Beschwerden zu Mängeln in der pflegerischen Versorgung war es in 2018/2019 wiederholt zu anlassbezogenen Prüfungen gekommen. Im Rahmen dieser Prüfungen waren weniger die pflegerischen Mängel ein Problem sondern stets die Mängel in der Pflegedokumentation. Oft konnte das aktuelle Leistungsgeschehen nicht aus der Dokumentation heraus erkannt werden. Da die Mängel in der Dokumentation wiederholt aufgetreten sind und nicht abschließend behoben wurden, sollte nach der letzten Anlassprüfung im März 2019 eine Anordnung gem. § 15 Abs. 2 WTG erfolgen. Die Einrichtung setzte jedoch auf dem Wege der Anhörung nach § 28 Verwaltungsverfahrensgesetz NW (VwVfG) die in der Anhörung aufgezeigten Maßnahmen seitens der WTG-Behörde um weshalb die Anordnung gem. § 15 Abs. 2 WTG nicht ausgesprochen wurde. Es ist somit bei einer umfangreichen Mängelberatung gem. § 15 Abs. 1 WTG geblieben. Ein Bestandteil der genannten Mängelberatung war u.a. das monatliche Melden über den Zustand der Pflegedokumentation aller Bewohner*innen. Folgende Angaben mussten gemacht werden:

- Ist eine Pflegeprozessplanung vorhanden?
- wann wurde diese erstellt bzw. zuletzt evaluiert?
- ist eine Risikoeinschätzung vorhanden und wurde diese evaluiert?
- sind Beratungsgespräche durchgeführt worden und wann zuletzt wiederholt worden?
- Wenn Bewohner*innen ein Schmerzmittel verabreicht bekommen haben wurde ein Assessment durchgeführt?
- Gibt es Bewohner*innen mit einem zu niedrigen/hohen BMI gibt?
- Gibt es Bewohner*innen mit Wunden?

Im Rahmen der Auswertung der mitgeteilten Daten ergaben sich bei insgesamt 35 Bewohner*innen Fragen zu den Aussagen in den Listen zum Stand der Pflegedokumentation. So waren bei diesen 35 Bewohner*innen keine Veränderungen in den Aussagen beispielsweise zu Wunden oder dem BMI etc. zu erkennen. Deshalb wurden von diesen 35 Bewohner*innen die Dokumentationen und die darin enthaltenen Aussagen geprüft. Dabei wurde festgestellt, dass bei einigen Bewohner*innen nach der letzten Einsendung der Liste zum Stand der Pflegedokumentation eine Veränderung vorgenommen worden ist. Bei einigen anderen Bewohner*innen glaubten die Mitarbeitenden noch im vorgegebenen Intervall zur Evaluation der Beratungsgespräche von einem Jahr zu sein und hatten noch keine Evaluation durchgeführt.

Folgende Themen im Bereich der Dokumentation wurden bearbeitet:

- Beratungsgespräche
Dem Pflegehandbuch ist zum Thema „Beratung Risikogespräch“ zu entnehmen, dass diese Gespräche geführt werden sollen, wenn die Notwendigkeit besteht, Maßnahmen zu planen und/oder durchzuführen, da Risiken identifiziert worden sind. Ein festes Intervall für die Gespräche gibt es nicht. Nur eine der befragten Mitarbeitenden war sich sicher, wann und in welchem Intervall diese

Gespräche geführt werden sollen. Die übrigen befragten Mitarbeitenden meinten, dass ein Zeitintervall von drei Monaten oder ein Jahr vorgesehen sei.

Aus den Listen zum Stand der Pflegedokumentation ging bei einigen Bewohner*innen bis Juli 2019 hervor, dass die Beratungsgespräch bis weit in das Jahr 2018 zurückreichen. Selbst nach Erlassen der Mängelberatung/Anordnung durch die WTG-Behörde waren diese Daten nicht hinterfragt und eine Evaluation durchgeführt worden. Die Pflegeprozessplanungen waren jedoch seit der Mängelberatung/Anordnung überarbeitet worden. Im Ergebnis bedeutet das, dass mindestens die Vorgaben aus den eigenen Qualitätsvorgaben nicht bekannt sind, nicht beachtet werden oder/und nicht verstanden worden sind. Der Mängelberatung/Anordnung der WTG-Behörde ist durch die Mitarbeitenden wenig Beachtung beigemessen worden.

- Umgang mit Schmerzen
Bei Bewohner*innen mit Schmerzen wird nicht regelmäßig ein Assessment durchgeführt. In der Dokumentation finden sich keine Aussagen, bis zu welchen Wert auf der u.a. verwendeten numerischen Skala keine Intervention erfolgen muss, da die betroffene Person nicht medikamentöse Strategien zum Umgang mit ihren Schmerzen erworben haben. Des Weiteren wird auch nicht regelmäßig geklärt, inwiefern die ärztlich verordnete Schmerzmedikation noch notwendig ist oder vielleicht vom Arzt abgesetzt werden könnte.
- Umgang mit Wunden
Der Umgang mit Wunden kann grundsätzlich als sachgerecht angesehen werden. Allerdings weist die Dokumentation deutliche Schwächen auf.
- Umgang mit Ernährungsrisiken
Der Umgang mit Ernährungsrisiken kann grundsätzlich im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung als sachgerecht angesehen werden.
- Pflegeprozessplanung
Das Erstellen einer handlungsleitenden und schlüssigen Pflegeprozessplanung gelingt nicht immer. So sollte vor der Erstellung bzw. Evaluation der Pflegeprozessplanung das aktuelle Leistungsgeschehen mittels pflegfachlicher Einschätzung und/oder durch Nutzung von Screening und/oder Assessmentinstrumenten überprüft werden.

22. Hygiene dem aktuellen Stand entsprechend:

☒ nicht geprüft am 06.08.2019

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017

Ja	Nein	Behoben
☒	☐	☐

23. Organisation der ärztlichen Betreuung:

☒ nicht geprüft am 06.08.2019

Kein Mangel aus der Prüfung vom 21.02.2017

Ja	Nein	Behoben
☒	☐	☐

Mängelberatung gemäß §15 Abs. 1 WTG NRW

18. Pflege- und Betreuungsqualität

- Der Umgang mit Schmerzen muss sachgerecht erfolgen. Hierzu gehören auch das regelmäßige Ermitteln der Schmerzsituation und das Planen von Interventionen zum Umgang mit den jeweils individuellen Schmerzsituationen.

(§§ 4 Abs. 1; 10 Abs. 1; 19 Abs. 1 Ziffer 2 WTG; § 24 Ziffer 4 DVO)

19. Pflegeplanung/Förderplanung

- Die Pflegeprozessplanung muss auf der Basis einer pflegefachlichen Einschätzung von Risiken, Ressourcen etc. ggfs. unter Zuhilfenahme von Assessment- und/oder Screeninginstrumenten handlungsleitend erstellt/ aktualisiert werden.

(§§ 4 Abs. 1; 10 Abs. 1; 19 Abs. 1 Ziffer 2 WTG; § 24 Ziffer 4 DVO)

21. Dokumentation

- Im Bereich des Führens von Dokumentationen sind mindestens die hauseigenen Qualitätsvorgaben zu beachten und umzusetzen.
- Im Umgang mit Wunden ist auf eine sorgfältige Dokumentation zu achten. Hierzu gehört auch die zweifelsfrei Aussage, wo die Wunde entstanden ist.

(§§ 4 Abs. 1; 10 Abs. 1; 19 Abs. 1 Ziffer 2 WTG; § 24 Ziffer 4 DVO)

Fristen zu 18, 19 und 21: unverzüglich

Empfehlung: K e i n e

9. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)

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

		Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Geringfüg- iger Mangel	Wesentlic- her Mangel
24.	Rechtmäßigkeit (§ 8 Abs. 2 WTG)	☒	☐	☐	☐	☐
25.	Konzept zur Vermeidung (§ 8 Abs. 2 WTG)	☒	☐	☐	☐	☐
26.	Dokumentation (§ 8 Abs. 2 WTG)	☒	☐	☐	☐	☐

10. Gewaltschutz

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

		Nicht geprüft	Nicht angebots- relevant	Kein Mangel	Geringfü- -giger Mangel	Wesentli- cher Mangel
27.	Konzept zum Gewaltschutz (§ 8 Abs. 1 WTG)	☒	☐	☐	☐	☐
28.	Dokumentation (§ 8 Abs. 1 WTG)	☒	☐	☐	☐	☐

gezeichnet
Christiane Schulte
Vera Reimler