

Beratung und Prüfung nach dem Wohn- und Teilhabegesetz

Ergebnisbericht: Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot/Hospiz/Kurzzeitbetreuung

Nach §§ 23, 41 WtG werden Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot und Gasteinrichtungen regelmäßig überprüft. Werden Mängel in der Erfüllung gesetzlicher Anforderungen - als Mangel gilt jede Nichterfüllung der gesetzlichen Anforderungen - festgestellt, werden die Einrichtungen zur Abstellung dieser Mängel beraten. Ihnen kann insoweit auch eine Frist zur Mängelbeseitigung gesetzt werden. Sofern es die Art des Mangels erfordert, wird die Einrichtung aufgefordert, den Mangel sofort zu beseitigen.

Bei der Feststellung von Mängeln wird zwischen geringfügigen und wesentlichen Mängeln differenziert. Geringfügig sind Mängel, wenn im Rahmen der Ermessensausübung von einer Anordnung abgesehen wird. Wesentliche Mängel liegen vor, wenn zu ihrer Beseitigung eine Anordnung (z. B. Anordnung einer bestimmten Personalbesetzung, Aufnahmestopp, Betriebsuntersagung etc.) erlassen wird.

Das wesentliche Ergebnis der Prüfung wird nach §§ 14 Abs. 10 WtG, 4 WtG DVO nachfolgend veröffentlicht:

Allgemeine Angaben

Einrichtung	Wilhelm-Kauermann-Seniorenzentrum
Anschrift	Bahnhofstr. 83 a, 44575 Castrop-Rauxel
Telefonnummer	02305 1030
ggf. Email-Adresse und Homepage (der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters sowie der Einrichtung)	info@awo-ww.de www.awo-ww.de sz-castrop-rauxel@awo-ww.de https://wilhelm-kauermann-sz.awo-ww.de/
Leistungsangebot (Pflege, Eingliederungshilfe, ggf. fachliche Schwerpunkte)	Pflege
Kapazität	132
Die Prüfung der zuständigen Behörde zur Bewertung der Qualität erfolgte am	04.03.2026

Wohnqualität

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
1 Privatbereich (Badezimmer/Zimmergrößen)	wesentliche Mängel	
2 Ausreichendes Angebot von Einzelzimmern	keine Mängel	
3 Gemeinschaftsräume (Raumgröße, Unterteilung in Wohngruppen)	geringfügige Mängel	
4 Technische Installationen (Radio, Fernsehen, Telefon, Internet)	keine Mängel	
5 Rufanlagen	keine Mängel	

Hauswirtschaftliche Versorgung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
6 Speisen und Getränkeversorgung	wesentliche Mängel	
7 Wäsche- und Hausreinigung	wesentliche Mängel	

Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
8 Anbindung an das Leben in der Stadt/im Dorf	geringfügige Mängel	
9 Erhalt und Förderung der Selbständigkeit und Mobilität	geringfügige Mängel	
10 Achtung und Gestaltung der Privatsphäre	geringfügige Mängel	

Information und Beratung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
11 Information über das Leistungsangebot	wesentliche Mängel	
12 Beschwerdemanagement	wesentliche Mängel	

Mitwirkung und Mitbestimmung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
13 Beachtung der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte	wesentliche Mängel	

Personelle Ausstattung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
14 Persönliche und fachliche Eignung der Beschäftigten	wesentliche Mängel	
15 Ausreichende Personalausstattung	geringfügige Mängel	
16 Fachkraftquote	nicht geprüft	
17 Fort- und Weiterbildung	wesentliche Mängel	

Pflege und Betreuung

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
18 Pflege und Betreuungsqualität	wesentliche Mängel	
19 Pflegeplanung/ Förderplanung	wesentliche Mängel	
20 Umgang mit Arzneimitteln	geringfügige Mängel	
21 Dokumentation	wesentliche Mängel	
22 Hygieneanforderungen	wesentliche Mängel	
23 Organisation der ärztlichen Betreuung	wesentliche Mängel	

Gewaltprävention, freiheitsentziehende Unterbringungen, freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen

(unter anderem bei: Fixierungen, Sedierungen, Unterbringung etc.)

Anforderung	Feststellung	Mangel behoben am
24 Rechtmäßigkeit	keine Mängel	
25 Konzept zur Gewaltprävention	geringfügige Mängel	
26 Konzept zur Vermeidung	geringfügige Mängel	
27 Dokumentation	geringfügige Mängel	

Einwendungen und Stellungnahmen

Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter haben das Recht, Einwände gegen das Ergebnis der Prüfungen zu erheben. Wenn die Behörde den Einwand für berechtigt hält, ändert sie die obige Bewertung. Hält sie den Einwand nicht für berechtigt, bleibt sie bei ihrer Bewertung und gibt dazu eine Stellungnahme ab.

Ziffer	Einwand	Begründung
	Einwand der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters	
	Die Beratungs- und Prüfbehörde hält an der Bewertung fest, weil	
----	Einwendung der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters	
----	Die Beratungs- und Prüfbehörde hält an der Bewertung fest, weil	
----	Einwendung der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters	
----	Die Beratungs- und Prüfbehörde hält an der Bewertung fest, weil	

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse in leicht verständlicher Sprache

Wohnqualität:

Bezogen auf die bestehenden wesentlichen Mängel im Hinblick auf die Wohnqualität im Kausalzusammenhang mit den Hygieneanforderungen findet seit der Anlassprüfung im Dezember letzten Jahres ein fortlaufender Austausch im Hinblick auf die Mängelbehebung statt. Trägerseits wurden mehrere verbindliche Listen zur Mängelbehebung eingereicht. Der Bearbeitungszeitraum wird nach Rücksprache mit der AWO Immobilien GmbH und dem erforderlichen Einkauf sowie nach Einholung von Angeboten zu den einzelnen Gewerken verbindlich festgelegt und durch die WTG-Behörde überwacht werden.

Die erforderliche Mängelbehebung impliziert u. a. den Austausch defekter Böden innerhalb der Einrichtung, den Austausch defekter Deckenpaneele, den Austausch von defekten Verteilerküchen, die Behebung sämtlicher durch die Einrichtungsleitung erfasster Mängel in den Individualbereichen – insbesondere der Bäder - sowie auch den Austausch sämtlicher defekter Fliegengitter und defekter Mobiliars innerhalb der Einrichtung.

Bezüglich der Böden ist bereits eine verbindliche Terminierung durch den Einrichtungsleiter übersandt worden:

KW 11 (09.03. – 13.03.) UG Bauteil 1

KW 12 – 14 (16.03. – 03.04.) 2.OG WB2 Bauteil 4 / 15 Werktage

KW 15 – 17 (07.04. – 24.04.) 1.OG WB1 Bauteil 3 / 15 Werktage

KW 18 – 19 (27.04. – 08.05.) 1.OG WB5 Bauteil 1 / 10 Werktage

KW 20 – 21 (11.05. – 22.05.) 2.OG WB5 Bauteil 1 / 10 Werktage

KW 22 – 23 (25.05. – 05.06.) EG WB1 Bauteil 1 / 10 Werktage

Über alle Schritte sowie bei eventuellen Terminabweichungen wird die WTG-Behörde informiert werden.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere hervorzuheben, dass die Mängelerfassung durch den Träger trotz Kenntnis der baulichen Mängel zunächst auf die WTG-Behörde übertragen werden sollte in der Form, als dass trägerseits eine Auflistung der

Ordnungsbehörde nebst Priorisierung erwartet wurde. Dies unterstreicht aus Sicht der WTG-Behörde die zunächst bestehende mangelnde Einsicht sowie mangelnde Bearbeitung im Rahmen der Qualitätssicherung gem. § 4 Abs. 1 WTG, wodurch der Investitionsrückstau überhaupt erst zustande kommen konnte. Hinzu kommt, dass auch nach erzwungener Einsicht die Erfassung durch die Leistungsanbieterin bzw. den Leistungsanbieter nicht vollständig war, da weiterhin im Rahmen der Regelprüfung Mängel aufgefallen sind, die schlichtweg übersehen worden sind. Die Erwartungshaltung der WTG-Behörde war und ist die vollständige Mängelerfassung und -beseitigung im Rahmen der internen verpflichtenden Qualitätssicherung gem. § 4 Abs. 1 WTG durch die Leistungsanbieterin bzw. den Leistungsanbieter.

Aus diesem Grund und um eine Verbindlichkeit zu schaffen, wird ebenfalls eine Anordnung gem. § 15 Abs. 2 WTG erfolgen.

Darüber hinaus gehend wurde im Rahmen der Regelprüfung festgestellt, dass das Krisenzimmer Nr. 300 abermals, trotz Beratung im Rahmen der Nachprüfung zur Anlassprüfung vom 19.02.2026 (§ 15 Abs. 1 WTG), mit diversen Gegenständen und Dekorationsartikeln zugestellt war.

Es wird daher gem. § 15 Abs. 2 WTG angeordnet, beide Krisenzimmer im Sinne des § 8 Abs. 4 WTG ständig freizuhalten und bewohnbar zu machen.

Gem. § 8 Abs. 3 WTG DVO muss in Einrichtungen, die konzeptionell auf die Betreuung pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet sind, mindestens ein Pflegebad vorhanden sein, soweit nicht in allen Individualbereichen entsprechend geeignete Dusch- oder Bademöglichkeiten bestehen.

Ein Pflegebad wird derzeit nicht vorgehalten.

Es wird gem. § 15 Abs. 2 WTG angeordnet, dem Erfordernis aus § 8 Abs. 3 WTG Rechnung zu tragen.

Die Erforderlichkeit zum Wertschutz/Sicherheit ergibt sich aus § 4 Abs. 1 i. V. m. § 20 Abs. 1 S. 1 WTG. In dem verbindlich via PfAD.wtg angezeigten Muster Heimvertrag lässt sich folgender Passus finden:

Für im Zimmer aufbewahrte Wertsachen und Geldbeträge kann die Einrichtung keine Haftung übernehmen. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Wertsachen in einem Schließfach Ihrer Bank zu deponieren.

Auf Rückfrage bestätigte der Einrichtungsleiter, dass es in den Zimmern keine Wertfächer gäbe. Im Rahmen der Regelprüfung berichtete er von mehreren Diebstählen von Wertgegenständen der Nutzerinnen und Nutzer in der Vergangenheit. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, dass die Leistungsanbieterin bzw. der Leistungsanbieter entsprechende Vorkehrungen zu treffen hat.

Es wird gem. § 15 Abs. 2 WTG angeordnet, dass die Leistungsanbieterin bzw. der Leistungsanbieter unverzüglich entsprechende Vorkehrungen zur Sicherheit zu treffen hat.

Im Rahmen der Begehung wurde festgestellt, dass insgesamt drei Kameras in der Einrichtung installiert sind (Eingangstür Einrichtung, Eingangshalle Einrichtung sowie Innenhof). Auf Rückfrage, ob es Vorgaben und Reflektionen hinsichtlich des Kameraeinsatzes gäbe, teilte der Einrichtungsleiter mit, dass dies nicht der Fall sei. Dies ist aus datenschutzrechtlicher Sicht bedenklich.

Es wurde gem. § 15 Abs. 1 WTG dazu beraten, ein Konzept hinsichtlich des Kameraeinsatzes zu erstellen und an die WTG-Behörde zu übersenden. Als Leitfaden können bspw. die Ausführungen der BIVA herangezogen werden. Es wird um Mitteilung bis zum 26.03.2026 gebeten, bis wann mit einer finalen Erstellung zu rechnen ist.

Laut Auskunft der Einrichtungsvertreter werden Rufprotokolle nicht ausgewertet. Der Einrichtungsleiter gab an, dass es sich hierbei um eine Betriebsratsentscheidung handle mit der Begründung, dass eine Überprüfung einer Mitarbeiterkontrolle gleichkäme. Wie die Leistungsanbieterin/der Leistungsanbieter die Effektivität ihrer/seiner Personaleinsatzplanung im Rahmen der internen Qualitätssicherung u. a. unter Berücksichtigung dieser Tatsache bemisst, ist fraglich. Es ist bekannt, dass es Einrichtungen des Trägers gibt, die diese regelmäßig auswerten.

Eine Anforderung ist im Nachgang durch die Einrichtungsvertreter bei der zuständigen Firma erfolgt und die Rufprotokolle der WTC-Behörde übersandt worden.

Laut Auskunft der Einrichtungsvertreter gibt es keine Verfahrensanweisung zur Auswertung der Notrufprotokolle (bspw. Festlegung angemessener Reaktionszeiten im Rahmen des Qualitätsmanagements).

Es wird gem. § 15 Abs. 1 WTC dazu beraten, die Notrufprotokolle im Rahmen der internen Qualitätssicherung regelmäßig auszuwerten, um so die Effektivität der Personaleinsatzplanung zu überprüfen. Ebenfalls wird dazu beraten, eine Verfahrensanweisung hinsichtlich der Auswertung zu erstellen und an die WTC-Behörde zu übersenden. Auch hier bitte um Mitteilung bis zum 26.03.2026, bis wann mit einer finalen Erstellung gerechnet werden kann.

Zudem wurde im Rahmen Begehung festgestellt, dass ein Großteil der Zimmertüren zu den Individualbereichen der Nutzerinnen und Nutzer mit einem Türknauf ausgestattet sind. Dies hat zur Folge, dass ein Schlüssel erforderlich ist, um in das Zimmer zu gelangen. Der Zugang ist somit zunächst erschwert. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass das Aufschließen der Zimmertür nicht von allen Nutzerinnen und Nutzern durchgeführt werden kann. Der Einrichtungsleiter gab an, dass vereinzelt der Türknauf als Sicherheitsaspekt (kein einfacher Zugang von außen möglich) sogar begrüßt werde. Es wurde vereinbart, dass von Seiten des Einrichtungsleiters eine Bedarfsanalyse erhoben und bei der WTC-Behörde eingereicht wird. Zu diesem Zweck wurde nachfolgendes Formular erstellt:



Bestätigung der Zustimmung oder Ablehnung des Türknauf

Name des Bewohners / der Bewohnerin:

Zimmernummer: _____

Datum: _____

Betreff: Zustimmung / Ablehnung bezüglich des Türknaufs an der Bewohnerzimmertür

Hiermit bestätige ich, dass ich über den Türknauf an meiner Bewohnerzimmertür informiert wurde. Ich habe die Möglichkeit erhalten, Fragen zu stellen und wurde über die sicherheitsrelevanten Aspekte aufgeklärt.

Bitte ankreuzen:

Ich stimme dem Türknauf an meiner Bewohnerzimmertür zu.

Ich lehne den Türknauf an meiner Bewohnerzimmertür ab.

Unterschrift Bewohner/in:

Unterschrift Mitarbeitende/r (als Zeuge):

Von Seiten der WTG-Behörde wurde dazu beraten, dass Mindestanforderung sein müsse, die Alternativen klar zu benennen (Hier: Austausch gegen eine Klinke). Zudem ist in den Fällen, in denen Nutzerinnen und Nutzer dies nicht mehr selbst entscheiden können und eine Vorsorgevollmacht oder gesetzliche Betreuung besteht, die Vertretung hinzuziehen. Zudem ist die Unterschrift des Mitarbeitenden als sog. „Zeuge“ hinsichtlich der Notwendigkeit zu reflektieren. Eine Anpassung wird empfohlen. Der Einrichtungsleiter sagte zu, die Anpassungen entsprechend vorzunehmen. Die Erhebungsbögen als Nachweis der Ergebnisse der Abfrage sind an die WTG-Behörde zu übersenden. Hier bitte ebenfalls um Mitteilung bis zum 26.03.2026, bis wann mit dem Abschluss der Abfrage und einer Übersendung der Bögen nebst Ergebnisauswertung/daraus folgender Maßnahmen gerechnet werden kann.

Hauswirtschaftliche Versorgung:

Die hauswirtschaftliche Versorgung wird durch eine Hauswirtschaftsfachkraft unter Berücksichtigung eines vorgegebenen Budgets der Leistungsanbieterin bzw. des Leistungsanbieters verantwortet. Der Einkauf der damit verbundenen Speisen- und Getränke erfolgt nach Vorgaben der Leistungsanbieterin bzw. des Leistungsanbieters.

Im Kontext eines pflegfachlichen Gesprächs zwischen der Hauswirtschaftsleitung, dem Pflegedienstleiter und der WTG-Behörde wurde festgestellt, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsbereichen unter Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Stands zum Ernährungsmanagement nicht ausreichend gesichert war. Im Rahmen der internen Qualitätssicherung bestehen Vorgaben, wie dieser Austausch ausgestaltet wird. Die damit verbundenen Qualitätsinstrumente werden allerdings nicht umfassend, bspw. bei Ernährungsrisiken, angewandt. Ferner ist der individuelle Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer bei Ernährungsproblemen nicht pflegfachlich reflektiert. Das Risiko einer Mangelernährung basiert nicht nur auf dem Verlust von Körpergewicht, sondern vielmehr auf eine angepasste Ernährung unter Berücksichtigung der individuellen und generellen Wünsche der Nutzerinnen und Nutzer.

Im Rahmen der Stichproben der Pflege und Betreuung wurde festgestellt, dass einem offensichtlich erhöhten Energiebedarf faktisch unzureichend begegnet wurde. Eine entsprechende hochkalorische und physiologische Ernährung ist durch die Einrichtung durch geeignete Mittel und Reflektion des Ernährungsverhaltens zu sichern.

Ferner ist bei speziellen Bedarfen (wie oft auftretenden Schluckstörungen) angemessen und fachlich zu begegnen. Hier ist auch die Ausstattung mit entsprechenden Hilfsmitteln zu gewährleisten (z. B. Nasenbecher). Die Anpassung der Kost an spezifische Bedarfs- und Risikolagen (Andicken von Flüssigkeiten, kalorische Aufbereitungen, passierte Kost mit unterschiedlichen Konsistenzen) muss gewährleistet sein.

Im Rahmen der Regelprüfung durch die WTG-Behörde wurden verschiedene Situationen in den Speiseräumen beobachtet. Hierbei wurde festgestellt, dass Nahrungsmittel unabhängig von den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer vorbereitet zur Verfügung gestellt wurden. In diesem Zusammenhang wurden die entsprechenden Kühlketten nicht eingehalten. Zudem ließ sich feststellen, dass der wichtige Aspekt der Anregung bei der Gestaltung der Mahlzeiten außer Acht gelassen wurde. Insgesamt lässt sich neben der Ausstattung und Versorgung ein deutlicher Fortbildungsbedarf im Bereich Ernährung in Pflegeeinrichtungen feststellen.

Zudem begleitete die Unterzeichnerin am 1. Prüftag die Speisenausgabe im Gemeinschaftsraum eines Wohnbereiches der Einrichtung. Im Zuge dessen führte sie auch ein Gespräch mit einer/einem dort tätige/n Beschäftigte/n. Diese/r gab an, dass es nicht selten vorkäme, dass es Essen gäbe, welches nicht auf dem Speiseplan stehe, ohne dass eine weitere Erläuterung gegenüber den Nutzerinnen und Nutzern erfolgen würde. Zudem würde sich der Speiseplan wenig abwechslungsreich gestalten und

häufig wiederholen. Sie/Er gab an, dass es am gestrigen Tage (03.03.) Geschnuzzeltes gegeben habe, welches wie aus „Schweineimern“ serviert wurde. Sie/Er persönlich hätte dies nicht essen wollen. Kürzlich habe es auch sog. „Partyfrikadellen“ gegeben, die anstelle von Hackfleisch aus Leberkäse hergestellt worden seien. Auf Rückfrage der Unterzeichnerin in die Runde der Nutzerinnen und Nutzer, die inzwischen ihre Mahlzeiten eingenommen hatten, wie das Essen geschmeckt habe, teilten zwei Nutzerinnen mit, dass „der Hunger es reingetrieben hat“.

Bei der Ausgabe von Obst als „Dessert“ konnte zudem festgestellt werden, dass dieses rationiert wird und sich auf Grund dessen schnell ein/ Abnehmer/in findet, wenn eine Nutzerin/ein Nutzer mal keine Obstbeilage wünscht.

In Bezug auf die Wäsche- und Hausreinigung wird auf die Expertise des Gesundheitsamtes verwiesen. Der Prüfbericht wird durch das Gesundheitsamt dem Träger zur Verfügung gestellt werden. In einer gemeinsamen Begehung im Rahmen einer Nachprüfung zur Anlassprüfung im Februar diesen Jahres unter Beteiligung der WTG-Behörde wurden weiterhin eklatante (wesentliche) Mängel festgestellt.

Bei dem vorgelegten Hauswirtschaftskonzept mit Stand vom 05.01.2023 handelt es sich um ein Rahmenkonzept des Trägers (Freigabe durch FBL P/Q). Eine Anwendung auf das Leistungsangebot „AWO Wilhelm-Kauermann-Seniorenzentrum“ sowie eine Einbindung der fachlichen Expertise (Hauswirtschaftsfachkraft) ist nicht erkennbar (rein formell). Unabhängig davon ist die materielle Befähigung der beschäftigten Hauswirtschaftsfachkraft – u. a. in dem Bereich Wäsche wie auch in anderen Bereichen wie oben dargestellt – fraglich.

Gemeinschaftsleben und Alltagsgestaltung:

Nach § 5 WTG haben Leistungsanbieter die gleichberechtigte Teilhabe der Nutzerinnen und Nutzer am Leben in der Gesellschaft zu unterstützen und zu fördern. Abs. 1 nennt die allgemeine Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit Nutzerinnen und Nutzern, deren Mitwirkungsgremien und Vertrauenspersonen, Angehörigen, sonstigen Vertrauenspersonen, bürgerschaftlich Engagierten und Institutionen der Gemeinde, des Sozialwesens, der Kultur und des Sports. Abs. 2 nennt – lediglich beispielhaft – konkrete Anforderungen der Teilhabeförderung. Die Vorschrift nennt beispielhaft Bereiche der Teilhabeförderung. Nr. 1 betont dabei die Bedeutung der Kooperation mit Angehörigen etc. innerhalb der jeweiligen Angebote. Nach Nr. 2 soll das Grundbedürfnis betreuungsbedürftiger Menschen nach einer sinnvollen Beschäftigung und der Einbindung in die Gemeinschaft ge-

fördert werden. Dies bezieht sich auf alltägliche Verrichtungen, wie z. B. hauswirtschaftliche Arbeiten. Maßgeblich sind die individuellen Erfahrungen, Wünsche und Fähigkeiten, die z. B. im Rahmen der Biographiearbeit ermittelt werden. Nach Nr. 3 ist über Veranstaltungen und Aktivitäten im Stadtteil, die für die Nutzerinnen und Nutzer von Interesse sind, zu informieren.

Zusammenfassend werden bei den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI folgende Orientierungen/Anhaltspunkte zugrunde gelegt:

- 3-5 Angebote zur sozialen Betreuung an 5 Tagen (morgens und abends)
- Angebote an Wochenenden und Feiertagen
- Angebote für alle Nutzerinnen, je nach Teilhabebeeinträchtigung (Angebote für immobile, sinnesbeeinträchtigte Menschen etc.)
- Angebot von Angehörigenabenden, -kreisen etc.
- Angebote zur Kooperation mit Ehrenamtlern und Vereinen
- Unterstützung und Förderung der Wahrnehmung auswärtiger Termine, hier Organisation¹

Eine individuelle Bedarfs- und Wunschermittlung von Seiten der Leistungsanbieterin bzw. des Leistungsanbieters konnte vorliegend nicht festgestellt werden.

Externe Angebote gibt es derzeit laut Auskunft des Einrichtungsleiters nicht. Es gab mal die Möglichkeit von Rikschafahrten. Dies sei auf Grund der geringen Nachfrage eingestellt worden. Entgegen dieser Aussage wurde im Rahmen der Regelprüfung ein Protokoll einer Nutzerbeiratssitzung gesichtet. Hier haben die Nutzer explizit den Wunsch nach Rikschafahrten im Jahr 2025 formuliert.

Zudem lässt sich festhalten, dass selbst die Spaziergänge mit den Nutzerinnen und Nutzern unabhängig von ihrer Bedürfnislage nicht regelhaft gesichert sind. Im Rahmen der Regelprüfung konnte festgestellt werden, dass die soziale Betreuung der

¹ Quelle: Kassen/Fahnenstich: „Wohn- und Teilhabegesetz NRW, ISBN 978-3-949409-39-4

Nutzerinnen und Nutzer lediglich punktuell erfolgte. Die soziale Betreuung war im Kontext einer fachlichen Reflektion nicht gesichert. Vor dem Hintergrund komplexer Bedürfnislagen und dem wissenschaftlichen Stand ist dies unverzichtbar.

An dieser Stelle wird nochmals auf das Resümee des Nutzerbeirats verwiesen „mit der Zeit wird man bescheiden“- vgl. auch Punkt „Mitwirkung/Mitbestimmung“.

Stichprobenhaft wurde die Verwaltung der Barbeiträge durch die Einrichtung überprüft. Hierbei wurde festgestellt, dass im Falle einer/eines Nutzerin/Nutzers mehrere Beschäftigte Zigarettenstangen einkauften. Erst nach längerem Suchen konnte eine Vollmacht der gesetzlichen Vertretung gefunden werden, die Ausgaben in Höhe von 200,00 € legitimiert. Dies ist jedoch nicht weiter spezifiziert (200 Euro am Tag, im Monat?) und schafft damit wenig Handlungssicherheit. Zudem wurden auch Ausgaben über die Vollmacht hinaus getätigt. Es wird gem. § 15 Abs. 1 WVG dazu beraten, den Umgang mit den Verwahrgeldern im Sinne des § 10 Abs. 1 WVG i. V. m. § 24 Nr. 7 WVG DVO umfassend zu reflektieren und anzupassen.

Zur Barbeitragsverwaltung gehört auch die Abwicklung des Guthabens nach Ausscheiden von Nutzerinnen und Nutzern. Die Vertreter der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters teilten mit, dass ein etwaiges Restguthaben an die Zentrale nach Dortmund gehe, die sich um die Abwicklung mit den Erben kümmern würde. Fraglich ist hier, warum augenscheinlich der Träger die Rolle eines „Nachlassverwalters“ einnimmt. Dies wird auch durch folgenden Auszug aus dem via PfAD.wtg verbindlich hochgeladenen Musterheimvertrag belegt:

§ 17 Besondere Regelungen für den Todesfall

(2) Die Einrichtung stellt den Nachlass, soweit möglich, durch räumlichen Verschluss sicher.

Unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung oder der gesetzlichen Erbfolge soll der Besitz der Bewohnerin/des Bewohners an:

Herrn/Frau

in

oder im Verhinderungsfalle an

Herrn/Frau

in

ausgehändigt werden.

.....

Ohne eine rechtliche Bewertung der Zulässigkeit der Klausel im Rahmen eines Heimvertrages vorzunehmen, stellte sich im Kausalzusammenhang die Frage, was mit Restguthaben bei Ausscheiden von Nutzerinnen und Nutzern ohne Erben geschieht. Die Vertreter der Leistungsanbieterin/des Leistungsanbieters gaben an, dass dies eine spannende Frage sei, die nur der Träger selbst beantworten könne. Der Träger wird hiermit gebeten, zu der Frage bis zum 26.03.2026 Stellung zu nehmen. Ebenfalls wird gem. § 15 Abs. 1 WTG dazu beraten, eine Verfahrensanweisung zum Umgang mit Verwahrgeldern (während des Heimaufenthalts sowie nach Ausscheiden) zu erstellen und an die WTG-Behörde zu übersenden.

Umgang mit Spenden, § 7 Abs. 3 WTG

Die Heimverwaltung teilte auf Rückfrage mit, dass es mal ein Spendensparschwein gegeben habe. Dies sei aber abgeschafft worden. Sie wisse nicht, wie sie mit Spenden umgehen müsse und würde an den Einrichtungsleiter verweisen.

Der Einrichtungsleiter gab an, dass es im Hinblick Geldspenden eine Spendendose vorne geben würde. Wenn diese merklich voll sei, würde diese zum Träger nach Dortmund gelangen und dort verbucht werden. Die Unterzeichnerin teilte ihm mit, dass gem. § 7 Abs. 3 S. 5 WTG die Leistungsanbieterin oder der Leistungsanbieter das Verfahren zur Spendenannahme der zuständigen Behörde vorher anzuzeigen und die Einnahme sowie ihre Verwendung zu dokumentieren hat. Eine Anzeige ist bislang gegenüber der WTG-Behörde nicht erfolgt.

Es ist der Hinweis erfolgt, dass es sich hierbei um einen Ordnungswidrigkeitentatbestand im Sinne des § 42 Abs. 1 Nr. 1 WTG handelt, der mit einer Geldbuße von bis zu 20.000,00 € geahndet werden kann.

Am letzten Tag der Regelprüfung ist – zusammen mit weiteren Konzepten, die zuvor als „nicht vorhanden“ deklariert wurden – ein Konzept zum Umgang mit Spenden vorgelegt worden.

Es wird gem. § 15 Abs. 1 WTG dazu beraten, das Konzept im Hinblick auf die nachfolgenden Ausführungen anzupassen und ebenfalls über PfAD.wtg hochzuladen. Hier bitte auch um Mitteilung bis zum 26.03.2026, bis wann mit einer finalen Erstellung gerechnet werden kann.

- 0 § 7 Abs. 3 Satz 5 WTG verpflichtet den Betreiber, das Verfahren zur Spendenannahme vorher anzuzeigen und die Einnahme zu dokumentieren. Die Leistungsanbieterin ist daher nicht verpflichtet, jede einzelne Spende vor der Annahme anzuzeigen. Das Tatbestandsmerkmal „vorher“ bezieht sich auf den Zeitpunkt vor der Annahme der ersten Spende. Mindestanforderung für das anzuzeigende Verfahren ist, dass die Leistungsanbieterin darlegt, wie zukünftige Spenden verwendet werden sollen (besondere Maßnahmen oder Bedarfe, die nicht über die allgemeine Finanzierung gedeckt werden können), wer und ggf. in welchem Verfahren über die Verwendung der Spenden entscheiden wird, wie die Verwendung der Spenden nachgewiesen werden soll und wie verhindert wird, dass in Bezug auf die Spende einzelne Nutzer bevorzugt oder benachteiligt werden (z. B. durch ein anonymisiertes Spendenannahmeverfahren, bei dem nur ein Mitarbeiter und sein Stellvertreter, die gegenüber allen anderen Mitarbeitern zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, die Identität der Spender kennen). Die Einnahme der Spende und ihre nicht-diskriminierende Verwendung muss jedoch im Einzelfall dokumentiert werden (Angabe des Spenders ggf. dessen Zweckbestimmung, Verwendungsnachweise).

Quelle Kassen/Fahnenstich „Wohn- und Teilhabegesetz NRW, 4. Auflage

Information und Beratung:

Das Beschwerdeverfahren gem. § 6 Abs. 2 WTG ist nicht sichergestellt.

Aus dem über PfAD.wtg verbindlich angezeigten Konzept für die Einrichtung mit Stand vom 01.05.2019 geht keine für die Bearbeitung von Beschwerden verantwortliche Person bzw. deren Vertretung bei Abwesenheit hervor. An dieser Stelle erklärt sich auch der Kritikpunkt des Einrichtungsleiters, dass Beschwerden intern nicht an ihn herangetragen werden.

Ebenfalls sind die Aushänge innerhalb der Einrichtung mit dem Hinweis auf die zuständige Behörde nicht korrekt. Es sind keine Namen von Ansprechpartnern und falsche Rufnummern hinterlegt. Dies spiegelt sich auch im Heimvertrag wider. Außerdem gibt es keinen Hinweis auf die Ombudsperson.

Es konnten zudem keinerlei Beschwerdevorgänge vorgelegt werden, obwohl nachweislich Beschwerden vorhanden waren und ausdrücklich gem. § 15 Abs. 1 WtG dazu beraten wurde, Beschwerden zu verschriftlichen und künftig vorzuhalten. Ebenfalls kam es laut Schilderungen des Einrichtungsleiters vor kurzem zu einem Diebstahl innerhalb der Einrichtung. Es wurden Wertgegenstände einer Nutzerin/eines Nutzers entwendet. Dieser Vorfall ist weder im Rahmen des Beschwerdemanagements aufgearbeitet worden (kein Gespräch mit Nutzerin, keine Information rechtlicher Vertreter), noch ist eine Meldung gem. § 9 Abs. 5 WtG an die WtG-Behörde erfolgt. Näheres hierzu folgt unter dem Punkt „Gewaltprävention“*.

Am dritten Prüftag wurde aus dem QM Handbuch der AWO ein Konzept zum Beschwerdemanagement ergänzend vorgelegt.

Nummerierung KS-6.6	Freigabe FBL P/Q	Revision 1.0	Datum 06.06.2024
-------------------------------	----------------------------	------------------------	----------------------------

In diesem finden sich ebenfalls fragliche Passagen – nachfolgend dargestellt – wider:

- **Kritische Beschwerde**

- bei Nichterfüllung einer gesetzlichen Anforderung, Gefahr für Bewohner*innen oder Mitarbeiter*innen, direkte Auswirkung auf die Qualität der Dienstleistung der Bewohner*innen
- wenn Verdacht auf eine Straftat durch Mitarbeiter*innen besteht
- wenn ein Imageschaden der AWO zu befürchten ist
- wenn öffentliche Medien über interne Sachverhalte der AWO informiert oder verbreitet werden

(Abzugrenzen ist hier der Krisenfall, mögliche Krisensituation in den Seniorenzentren können z.B. Brand, Unfall mit Todesfolgen oder Gewaltgeschehen sein)

- **Unkritische Beschwerde**

- Die Beschwerde ist als unkritisch einzustufen, wenn sie zu keiner Beeinträchtigung führt.

Der Inhalt sollte im eigenen Interesse reflektiert werden und erscheint unter Berücksichtigung der Gemeinnützigkeit des Trägers fraglich.

Eine Anordnung im Sinne des § 15 Abs. 2 WtG, das Beschwerdeverfahren unverzüglich gem. den gesetzlichen Anforderungen aus § 6 Abs. 2 WtG sicherzustellen, erfolgt.

Bezüglich der Informations- und Kommunikationsstruktur lässt sich festhalten, dass diese intern wie extern unzureichend ist. Beispielfähig lässt sich dies damit belegen, dass die einmal im Monat stattfindende Speiseplanbesprechung ersatzlos gestrichen worden ist, ohne dass es hierzu eine Erklärung gegeben hat. Nach Auskunft der Nutzerinnen und Nutzer sowie einzelner Beschäftigter sei dies schon das zweite Mal passiert. Zu diesem Zweck wurde nun eine stellvertretende Hauswirtschaftsleitung installiert.

Auf der Internetseite der Einrichtung (<https://wilhelm-kauermann-sz.awo-ww.de/>) werden Fotos verwendet, die nicht mehr den tatsächlichen Zustand der Einrichtung abbilden. Es handelt sich an dieser Stelle um eine Fehldarstellung statt Information Interessierter, da die Einrichtung faktisch nicht mehr das Erscheinungsbild hat und auch Leistungen beworben werden, die nicht mehr erbracht werden (beispielsweise wird das Café beworben, obwohl dies derzeit geschlossen ist).

Bezüglich des via PfAD. wtg angezeigten Heimvertrags ergeben sich mehrere Anpassungserfordernisse, die im Rahmen der Regelprüfung ausführlich mit dem Einrichtungsleiter im Konsens besprochen worden sind. Beispielhaft:

- Laut Anlage 5 ist für Beschwerden die Pflegedienstleitung zuständig, dies ist im Hinblick auf die Anpassungen im Rahmen des Beschwerdemanagements zu korrigieren. Kontaktdaten WTG - hier ebenfalls falsche Telefonnummer. Ansprechpartner Nutzerbeirat nicht aktuell.

- § 12 Abs. 1 Passus auf „seine/ihre Kosten“ entfernen, da dies laut Auskunft des Einrichtungsleiters nicht in Rechnung gestellt wird

- Anlage Datenschutz:

Wichtiger Hinweis: Ihre Einwilligung ist freiwillig und Sie können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen möchten, dann hat das keine negativen Auswirkungen für Sie.

Im Falle eines Widerrufs werden wir Fotos unverzüglich von unseren Websites und aus sozialen Medien und Netzwerken entfernen, sofern uns das möglich ist. Sofern wir auch Videomaterial von Ihnen verwendet haben, werden wir dieses so lange weiterverwenden, bis es eine Neuauflage des Videos gibt. Sofern wir Ihr Bild in Printmedien (z.B. Flyer, Broschüren) verwendet haben, werden wir es so lange weiterverwenden, bis eine Neuauflage des Printmediums erscheint.

Mit dem Einrichtungsleiter bestand Konsens, dass fraglich ist, dass im Falle eines Widerrufs eine Weiterverwendung erfolgt.

§ 2 Vertragsgrundlagen

- (1) Die vorvertraglichen Informationen der Einrichtung nach § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) sind Vertragsgrundlage, dazu gehört insbesondere die Darstellung der Wohn- und Gebäudesituation, Konzeption, Entgelte und Pflege- und Betreuungsleistung sowie die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

- Auf Grund des § 2 – Vertragsgrundlagen mit dem Hinweis auf § 3 WBVG bat die Unterzeichnerin darum, in diese Vertragsgrundlage, die in Schriftform vorliegen muss, Einsicht nehmen zu können. Eine Einsicht war nicht möglich, da es die Anlage laut Auskunft des Einrichtungsleiters nicht gibt.

Dies erscheint fraglich.

Es wurde gem. § 15 Abs. 1 WVG dazu beraten, den Heimvertrag vollumfassend zu prüfen und entsprechend anzupassen und via PfAD.wtg hochzuladen. Es wird um Mitteilung bis zum 26.03.2026 gebeten, bis wann mit einer Überarbeitung zu rechnen ist.

Mitwirkung und Mitbestimmung:

Im Rahmen der Regelprüfung wurde am ersten Prüfungstag durch die Unterzeichnerin ein Gespräch mit fünf von sieben Mitgliedern aus dem Nutzerbeirat geführt. Als Fazit lässt sich festhalten, dass eine Mitwirkung/Mitbestimmung, wie der Gesetzgeber dies vorsieht, nicht erkennbar ist. Zwar gibt es regelmäßige Treffen des Nutzerbeirats unter Teilnahme der Fachkraft im Sozialen Dienst. Diese erfüllen jedoch nicht die gesetzlichen Voraussetzungen, die sich aus § 11 ff WVG DVO ableiten lassen. Es handelt sich eher um alltägliche Gespräche ohne fachlichen Bezug. Ferner wird der „Beirat“ als Organ als Beschäftigungsangebot im Rahmen der sozialen Betreuung dargestellt und verstanden (vgl. Aushänge). Hinzu kommt, dass, wenn Wünsche im Rahmen von Besprechungen geäußert werden, nicht regelhaft ein Rückbezug oder ein Ergebnis in Bezug auf den Wunsch erkennbar ist.

Wird er erfüllt/nicht erfüllt/wenn nicht, warum nicht?/ggf. Alternativen. Der Beirat hat auch selbst in der Sitzung vom 22.12.2025 formuliert, mehr Kommunikation bzw. Informationen über Veränderungen im Haus zu wünschen. Dieser Wunsch ist aus Sicht der Unterzeichnerin gemessen an den Feststellungen mehr als nachvollziehbar und per Gesetz erforderlich und belegt die mangelnde Mitwirkung und Mitbestimmung. Nachfolgend auszugsweise der Gesetzestext mit beispielhaften Anmerkungen der Unterzeichnerin bezogen auf den Nutzerbeirat:

§ 11

Mitbestimmung des Beirates

Der Beirat bestimmt mit bei Entscheidungen der Einrichtungsleitung

1. zur Aufstellung der Grundsätze der Verpflegungsplanung, **nicht erkennbar**
2. zur Planung und Durchführung von Veranstaltungen zur Freizeitgestaltung und **nicht erkennbar (derzeit gibt es insbesondere gar keine externen Angebote zur Teilhabe)**
3. zur Gestaltung der Hausordnung. **Im Rahmen der Regelprüfung wurde ein Rohentwurf einer Hausordnung durch die Einrichtungsleitung vorgelegt. Eine Mitbestimmung des Nutzerbeirats ist nicht erkennbar. Abgesehen davon ist der Inhalt teilweise fraglich, in sich widersprüchlich und bildet nicht den aktuellen Stand ab. Die einzelnen Punkte sind mit dem Einrichtungsleiter besprochen worden.**

Zur Umsetzung der Mitbestimmung informiert die Einrichtungsleitung den Beiratsvorsitz schriftlich über die mitbestimmungspflichtige Fragestellung (**nicht erkennbar**). Der oder die Vorsitzende führt eine Befassung des Beirates mit der Fragestellung herbei. Sofern der Beirat nicht binnen vier Wochen nach der Information durch die Einrichtungsleitung eine Rückmeldung gibt oder Gründe für eine Verzögerung der Entscheidung mitteilt, gilt seine Zustimmung zur Entscheidung als erteilt.

§ 12

Mitwirkung des Beirates

(1) Der Beirat wirkt insbesondere mit bei Entscheidungen über:

1. Maßnahmen zum Verhindern von Unfällen,

2. eine Änderung der Kostensätze, hier wurde im Rahmen der Sichtung der Beiratsprotokolle ein „Anhörungsbogen“ vorgelegt. Abgesehen davon, dass die gesetzlichen Bezüge nicht korrekt sind (wurde mit der Einrichtungsleitung besprochen), entsteht hier eher der Eindruck einer strafrechtlichen Ermittlung anstelle eines Mitwirkungstatbestandes.
3. die Gestaltung der Grundsätze von Unterkunft und Betreuung, nicht erkennbar
4. Ausstattung und Gestaltung der Gemeinschaftsräume und -einrichtungen, nicht erkennbar
5. wesentliche Veränderungen des Angebotes,
6. einen Zusammenschluss mit einer anderen Einrichtung,
7. umfassende Baumaßnahmen und Instandsetzungsarbeiten, nicht erkennbar
8. Maßnahmen der sozialen Betreuung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, nicht erkennbar
9. die Einstellung der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung
10. die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Vermeidung von Gewalt. Nicht erkennbar

Auf Rückfrage der Unterzeichnerin im Rahmen der Regelprüfung, ob der Einrichtungsleiter das Thema „Gewalt“ im Allgemeinen thematisiert hätte, reagierten die Nutzerinnen und Nutzer deutlich irritiert und hinterfragten, was hiermit überhaupt gemeint sei.

(2) Die Einrichtungsleitung ist verpflichtet, dem Beirat auf Nachfrage mitzuteilen, wie Finanzierungsbeiträge einer Nutzerin oder eines Nutzers nach § 7 Absatz 2 des Wohn- und Teilhabegesetzes verwendet werden.

(3) Über personenbezogene Kenntnisse aus einer Mitwirkung nach Absatz 1 Nummer 9 und Absatz 2 sind die Mitglieder des Beirates zur Verschwiegenheit verpflichtet.

§ 13

Grundsätze der Zusammenarbeit

(1) Beirat und Einrichtungsleitung sollen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Der Beirat soll rechtzeitig und umfassend von der Leistungsanbieterin oder dem Leistungsanbieter und der Einrichtungsleitung über seine Rechte und alle Dinge, die der Mitbestimmung und Mitwirkung unterliegen, informiert und auch fachlich beraten werden. **Nicht erkennbar**

(2) Die Anträge und Beschwerden des Beirats müssen von der Einrichtungsleitung spätestens nach zwei Wochen beantwortet werden. Wird dem Anliegen nicht entsprochen, muss die Einrichtungsleitung dies bei der Beantwortung schriftlich begründen.

(3) Der Beirat kann die zuständige Behörde in Angelegenheiten, die seiner Mitwirkung unterliegen, um eine Beratung bitten, wenn die beabsichtigten Maßnahmen der Einrichtungsleitung nicht mit geltenden rechtlichen Bestimmungen oder mit den Belangen der Nutzerinnen und Nutzer vereinbar sind.

(4) Wenn der Beirat in den Angelegenheiten, die seiner Mitbestimmung unterliegen, seine Zustimmung nicht erteilt und auch nach einer Besprechung zwischen Einrichtungsleitung und Beirat keine Einigung zustande kommt, wird die zuständige Behörde versuchen, zu vermitteln. Kommt immer noch keine Einigung zustande, entscheidet sie unter Abwägung der Interessen der Nutzerinnen und Nutzer und der Leistungsanbieterin oder dem Leistungsanbieter nach billigem Ermessen.

(5) Der Beirat bekommt einen Platz für einen Schaukasten oder ein schwarzes Brett und erhält die Möglichkeit, kostenfrei Mitteilungen an die Nutzerinnen und Nutzer zu versenden. **Nicht vorhanden**

Bislang hat zudem keine jährliche Nutzerversammlung im Sinne des § 22 Abs. 4 stattgefunden.

Der Nutzerbeirat sprach bezüglich der Leitungskräfte der Einrichtung von „unseren Vorgesetzten“. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auf Augenhöhe lässt sich von dieser Aussage nicht ableiten. Zunächst gab man an, im Allgemeinen zufrieden zu sein. Diese Zufriedenheit wurde im weiteren Verlauf des Gesprächs jedoch relativiert. Im Falle von Beschwerden gab der Nutzerbeirat an, sich an die Pflegekraft direkt zu wenden, aber nicht immer eine Rückmeldung zu erhalten. Zudem wurde die konkrete Frage an die Unterzeichnerin gestellt, an wen man sich wenden könne, wenn der Aufzug regelmäßig verschmutzt vorgefunden werde. Dies unterstreicht, dass das Beschwerdeverfahren nicht bekannt und transparent ist. Untermauert wird dies mit der Aussage des Nutzerbeirats, dass „grundlegende Informationen nicht vorhanden sind“. Darüber hinaus gab der Nutzerbeirat an, dass Beschäftigte der Leiharbeit nicht wüssten, was sie machen sollen. Beispielsweise konnte der Lift eines Nutzerbeiratsmitglied durch die Beschäftigte der Leiharbeit auf Grund Unkenntnis nicht bedient werden. Dies könnte auf eine mangelnde Einarbeitung hindeuten (Mängel in der Einarbeitung bestätigten sich in der Stichprobe). Es wurde ferner angegeben, dass sich die Situation im Hinblick auf das Personal seit etwa 14 Tagen weiter verschlimmert habe. Insgesamt sei problematisch, dass es viele immobile Nutzer gäbe, die zum Zimmer begleitet werden müssen, was mitunter zu langen Wartezeiten für den Einzelnen führt. Insgesamt

stuft der Nutzerbeirat nach allgemeinem subjektiven Empfinden die Betreuung als „gut“ und die Pflege als „schlechter“ ein. Die Immobilität der Nutzerinnen und Nutzer habe auch Einfluss auf die externen Angebote, die dadurch nach Einschätzung des Nutzerbeirats nicht möglich sind. Der Beirat gibt außerdem an, keinen Einfluss auf die Verpflegungsplanung zu haben. Auf die Rückfrage, ob die Einrichtungsleitung das Thema Gewalt mit ihnen besprochen habe, zeigte sich der Nutzerbeirat irritiert und gab nach Erläuterung der Unterzeichnerin, was hiermit konkret gemeint sei, an, nichts darüber zu wissen. Außerdem würde die Sauberkeit auf der Strecke bleiben und die Reinigung sei nicht zufriedenstellend. Ein Nutzerbeiratsmitglied berichtete außerdem davon, dass zwei T-Shirts kürzlich aus dem Schrank entwendet worden seien. Zudem würde immer wieder das Shampoo (Friseurbedarf) entwendet werden. Man habe dies bereits den Pflegekräften gemeldet. Aber es sei nichts passiert. Ebenfalls berichtete der Nutzerbeirat von dem Vorfall vor etwa 3 Wochen, wo einer Mitbewohnerin/einem Mitbewohner Ringe und Bargeld abhandengekommen seien.

Abschließend zog der Nutzerbeirat das Resümee, dass „man mit der Zeit bescheiden werde“. Die Unterzeichnerin erkundigte sich zum Abschluss des Gesprächs bei dem Nutzerbeirat, ob sie den Inhalt des Gesprächs mit den Vertretern der Leistungsanbieterin bzw. des Leistungsanbieters besprechen dürfe. Dies bejahten alle anwesenden Nutzerbeiratsmitglieder.

Es erfolgt eine Anordnung gem. § 15 Abs. 2 WTG, die Mitwirkung und Mitbestimmung im Sinne des Gesetzes (§§ 11 ff WTG DVO) vollumfänglich sicherzustellen. Diesbezüglich wird ebenfalls angeordnet, sowohl den Einrichtungsleiter, ggf. die Fachkraft im Sozialen Dienst im Ermessen der Leistungsanbieterin des Leistungsanbieters als auch den Nutzerbeirat extern zu schulen und dies der WTG-Behörde durch Vorlage der Buchungsbestätigung und abschließender Rechnung nachzuweisen.

Personelle Ausstattung:

Eine bedarfsgerechte Personaleinsatzplanung kann unter Berücksichtigung der festgestellten Mängel im Rahmen des Pflegeprozesses nicht umfassend gewährleistet sein. Hier fehlt es an einer fachlichen individuellen Einschätzung des Bedarfs.

Der tatsächliche Arbeitsaufwand und das damit erforderliche Qualitätsniveau der Beschäftigten ist faktisch nicht bekannt, sondern basiert auf falschen fachlichen Einschätzungen. Somit ist der Case-Mix (Pflegegradmanagement) und die individuelle Bedürfnislage der Nutzerinnen und Nutzer fraglich. Dies ist aber Grundlage eines qualifikations- und „kompetenzorientierten“ Personaleinsatzes (PeBeM).

Die fehlende Kompetenzbewertung und die damit verbundene Befähigung wird nicht gewährleistet. Dies ist abzuleiten aus den festgestellten Mängeln im Rahmen der Ergebnisqualität sowie die unvollständige Einarbeitung von Beschäftigten ohne

Reflektion. Die Einarbeitung von Beschäftigten sollte strukturiert sein und sich an den Vorgaben orientieren (Einarbeitung Pflegefachassistenten mit Einarbeitungsbogen Pflegefachkräfte).

Eine quantitative Ermittlung der Personalausstattung ist unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen obsolet. Vielmehr handelt es sich vorliegend um ein qualitatives Problem unter Berücksichtigung der vorgefundenen Mängel.

Im Rahmen der Regelprüfung wurde u. a. die Personaleinsatzplanung in der Nacht thematisiert. Die Vertreter der Leistungsanbieterin /des Leistungsanbieters gaben an, dass eine Kontrolle des Nachtdienstes bislang nicht erfolgt sei. Dies erscheint insbesondere unter Berücksichtigung der bislang nicht erfolgten Auswertung der Rufprotokolle fraglich. Es wurde von Seiten der WTG-Behörde gem. § 15 Abs. 1 WTG dazu beraten, die nächtliche Personaleinsatzplanung unter Berücksichtigung der baulichen Struktur (weite Wege) und der individuellen Bedürfnislage zu reflektieren und das Ergebnis entsprechend mitzuteilen. Selbiges gilt auch für das vorgelegte Konzept mit Stand vom 18.01.2021 „Konzept zur nächtlichen Versorgung der Bewohner im AWO Wilhelm-Kauermann-Seniorenzentrum“ (Stichwort: PeBeM). Es wird um Mitteilung bis zum 26.03.2026 gebeten.

Die Feststellung der persönlichen Eignung gem. § 4 Abs. 8 WTG i. V. m. § 2 Abs. 3 WTG DVO ist laut Auskunft des Einrichtungsleiters erst im Jahr 2025 wieder aufgegriffen worden. Vorher wurde die persönliche Eignung nicht regelhaft überprüft. Bei Einstellung ist ein Führungszeugnis für alle Beschäftigten verbindlich zu fordern. Für die Führungskräfte (Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, evtl. Wohnbereichsleitungen, Leitung Hauswirtschaft, Leitung Sozialer Dienst) sind diese alle zwei Jahre (in regelmäßigen Abständen) erneut zu fordern. Für andere Beschäftigte sind andere begründete Verfahrensweisen zur Sicherstellung der Beschäftigteneignung möglich und der Behörde auf Verlangen darzulegen.

Es wird gem. § 15 Abs. 2 WTG angeordnet, die Feststellung der persönlichen Eignung gem. § 4 Abs. 8 WTG i. V. m. § 2 Abs. 3 WTG DVO unverzüglich und fortlaufend sicherzustellen. Dies beinhaltet auch die Anpassung der Verfahrensanweisung aus dem QM Handbuch der AWO und die Sicherstellung der Verbindlichkeit

Nummerierung	Freigabe	Revision	Datum	Seite
KS-5.2	FBL P/Q	1.0	05.01.2023	1 von 2

In der Stichprobe wurde festgestellt, dass die Ehrerklärungen nicht in allen Fällen vorlagen. Ebenfalls wurde dazu beraten, den Vordruck Ehrerklärung um § 2 WTG DVO (persönliche Ausschlussgründe) ergänzen. Darüber hinaus stammt das zuletzt vorliegende Führungszeugnis des Pflegedienstleiters aus 2023. Der zweijährige Rhythmus ist damit nicht eingehalten.

Pflege und Betreuung:

Bei der Überprüfung der Pflege- und Betreuungsqualität wurden wesentliche Mängel im Rahmen von Inaugenscheinnahmen von Nutzerinnen und Nutzern festgestellt. Die festgestellten Mängel stehen im Kausalzusammenhang einer unzureichenden pflegfachlichen Reflektion gemäß aktuellem pflegewissenschaftlichen Stand und dem damit verbundenen Fortbildungsbedarf der Beschäftigten. Eine bedürfnisorientierte und den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtete Pflege und Betreuung war nicht umfassend gesichert. Ein aktives und zeitnahes Risikomanagement bei potenziellen Risiken ist unter Berücksichtigung der Inaugenscheinnahmen durch die WTG-Behörde im Konsens mit den Einrichtungsvertretern nicht umfassend gesichert gewesen.

Um eine personenzentrierte und bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung zu gewährleisten, muss eine angemessene und dem pflegewissenschaftlichen Stand entsprechende Pflegeprozessplanung vorgehalten werden. Im Rahmen der Auswertungen wurde festgestellt, dass diese einen deutlichen Überarbeitungsbedarf aufwiesen und nicht der aktuellen Bedürfnislage entsprachen. Insbesondere das Risikomanagement (z.B. Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Ernährungsmanagement, Kontrakturenprophylaxe) ergab deutliche Defizite. Die damit verbundene pflegfachliche Beratung der Nutzerinnen und Nutzer bzw. deren rechtlichen Vertreter und Aushandlung der erforderlichen Maßnahmen unter Berücksichtigung der Wünsche, Biografie und Erlebenswelt der Nutzerinnen und Nutzer war nicht ausreichend. Der Pflegeprozess und die damit verbundene Bedürftigkeits- und Risikoermittlung sowie die ausgehandelten Maßnahmen der Pflege und Betreuung sind für die Beschäftigten verbindlich. Diese Verbindlichkeit war nicht gelebt.

In der Einrichtung werden Nutzerinnen und Nutzer mit komplexen und hochkomplexen Bedürfnislagen versorgt. Unter Berücksichtigung dieser Bedürfnislagen müssen die Beschäftigten palliativpflegerische, geriatrische und gerontopsychiatrische Kenntnisse haben und pflegfachliche Expertisen formell wie materiell aufgebaut werden. Unter Berücksichtigung der bestehenden Mängel ist dieser Anspruch nicht erfüllt. Die interne Qualitätssicherung hat diese Fort- und Bildungsbedarfe zu erfassen und entsprechend durch geeignete Maßnahmen zu begegnen. Entscheidend ist die individuelle Bedürfnislage der Nutzerinnen und Nutzer.

Zur Vermeidung einer Unter- bzw. Überversorgung mit Arzneimitteln besteht eine Kooperation mit einer Apotheke. Durch die Kooperation steht eine fachliche Beratung der Einrichtung hinsichtlich des sach- und fachgerechten Umgangs mit Arzneimitteln zur Verfügung. Im Rahmen einer vorherigen Anlassprüfung wurde festgestellt, dass die räumlichen und hygienischen Voraussetzungen zum sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln nicht geschaffen waren. Es ergab sich ein deutlicher Schulungsbedarf der Beschäftigten und Anpassung von Vorgaben im Rahmen der internen Qualitätssicherung. Nach umfassender Beratung konnte im Rahmen der Regelprüfung festgestellt werden, dass die Einrichtung deutliche Fortschritte gemacht hat.

Die strukturellen Voraussetzungen (z.B. räumliche Umgebung, sachliche Ausstattung), um einen sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln zu gewährleisten, ergaben noch weiteren Handlungsbedarf. Die einrichtungsindividuellen Vorgaben im Rahmen der internen Qualitätssicherung müssen weiter angepasst werden und eine angemessene interne Kontrolle gesichert sein.

Bei der Auswertung der Dokumentation wurden wesentliche Mängel festgestellt. Im Rahmen der Auswertung wurde festgestellt, dass relevante Diagnosen für die Pflege und Betreuung sowie zur Weiterversorgung im Rahmen der Überleitung (z.B. Krankenhaus) nicht gesichert waren. Der Pflege- und Betreuungsbericht ist an der Pflegeprozessplanung auszurichten und Abweichungen hiervon sind zu begründen. Dies wurde nicht gewährleistet (auch im Zusammenhang der fehlenden Qualität des Pflegeprozesses). Eine Symptomkontrolle und damit einhergehende pflegfachliche Auswertung wurden nicht gewährleistet.

Die Wunddokumentationen und die damit verbundene pflegfachliche Auswertung des Wundverlaufs war unzureichend. Faktoren, die eine Wundheilung erschweren, werden pflegfachlich nicht reflektiert. Die damit verbundenen Auswirkungen auf den Gesamtpflegeprozess werden unzureichend dargestellt bzw. haben keine Berücksichtigung gefunden.

Die Dokumentation von Stürzen war ebenfalls nicht plausibel und reflektiert. Die pflegfachlichen Ansprüche und die damit abzuleitenden Maßnahmen waren nicht umfassend gesichert. Auswirkungen auf den Pflegeprozess waren nicht immer ersichtlich, aber notwendig.

Erforderliche Maßnahmen im Rahmen der Dekubitusprophylaxe und die damit verbundenen Durchführungsnachweise konnten nicht immer vorgehalten werden.

Im Ergebnis muss festgehalten werden, dass eine unzureichende Dokumentation und die damit verbundene fehlende Möglichkeit der pflegfachlichen Reflektion ein erhebliches Risiko für die Nutzerinnen und Nutzer darstellt. Anzumerken ist, dass

hierbei nicht eine Überfrachtung der Dokumentation gefordert, sondern vielmehr der fachliche Bezug und die Bewertung zu sichern ist. Diesem ist durch Fort- und Weiterbildung, interner Qualitätssicherung und angemessenen Strukturen zu begegnen.

Im Rahmen einer Anlassprüfung und Nachprüfung im Vorfeld der Regelprüfung hinsichtlich der Hygieneanforderungen wurde gemeinsam mit dem Gesundheitsamt festgestellt, dass wesentliche Mängel bestanden. Diese umfassten räumliche Mängel, aber auch deutliche Mängel bei der Befähigung und Einhaltung von Hygienemaßnahmen durch die Beschäftigten. Die Feststellungen zeigten u.a. einen deutlichen Fort- und Weiterbildungsbedarf der Beschäftigten hinsichtlich der einzuhaltenden Basishygiene.

Im Rahmen der Regelprüfung im Kontext der grundpflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung des individuellen Infektionsrisikos von Nutzerinnen und Nutzern wurde festgestellt, dass die Hygienemaßnahmen unzureichend waren. Insbesondere bei bestehenden Infektionskrankheiten und hochkomplexen Pflegesituationen müssen die erforderlichen pflegfachlichen Kenntnisse der Beschäftigten bestehen.

Ferner wurde festgestellt, dass der Umgang und teilweise Zustand von Hilfsmitteln (z.B. Pflegebetten, Toilettenstühlen, Lagerung von grundpflegerischen Utensilien) in den Zimmern der Nutzerinnen und Nutzern nicht sachgerecht hinsichtlich der Hygieneanforderungen war.

Bei der Organisation der ärztlichen Heilbehandlung und der damit verbundenen Auswertung der Pflegedokumentation wurde festgestellt, dass erforderliche externe therapeutische Maßnahmen wie Physiotherapie nicht immer bei den behandelnden Ärzten beantragt wurden. Ferner wurde festgestellt, dass bei symptomatischen Auffälligkeiten (z.B. Blutdruckschwankungen) mit klarer Aufforderung des Arztkontaktes nicht gehandelt wurde.

Es gehört zu den pflegfachlichen Aufgaben, Informationen und Symptome im Kontext auszuwerten und im Bedarfsfall die ärztliche Kommunikation sicherzustellen.

Fazit:

Es bestand zu den festgestellten Mängeln pflegfachlich umfassend Konsens. Da die Mängellage sich faktisch nicht punktuell, sondern umfassend gestaltet, ist die Mängelbehebung umfassend zu gestalten. Insbesondere die internen Vorgaben, die Kompetenzvermittlung der Beschäftigten durch eine geeignete Fort- und Weiterbildung und die Ergebnisqualität stehen hier im Fokus. Die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen sind zu schaffen.

Im Kausalzusammenhang der Personaleinsatzplanung unter Berücksichtigung der formellen Eignungen der Beschäftigten ist die Befähigung der Beschäftigten zu sichern. Dies hat sich am aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand, der damit verbundenen Tätigkeit und insbesondere an der individuellen und generellen Bedürfnislage der Nutzerinnen und Nutzer zu orientieren.

Aus Sicht der WTG-Behörde muss die Mängelbeseitigung durch umfassende fachliche Unterstützung der Leistungsanbieterin bzw. des Leistungsanbieters erfolgen.

Gewaltprävention, freiheitsentziehende Unterbringungen, freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen

Am Tag der Regelprüfung wurde der WTG-Behörde mitgeteilt, dass keine freiheitsentziehenden bzw. – einschränkenden Maßnahmen durchgeführt werden. Dies war zu begrüßen.

Maßnahmen, die einen freiheitsentziehenden bzw. -einschränkenden Charakter haben und auf persönlichen Wunsch der jeweiligen Nutzerin bzw. des jeweiligen Nutzers erfolgen, werden schriftlich festgehalten. Bei der Überprüfung wurde festgestellt, dass die damit verbundene pflegfachliche Ermittlung der natürlichen Willenskraft nicht plausibel war. Ferner wurde festgestellt, dass die pflegfachliche Beratung zu Alternativen nicht fachgerecht dokumentiert wurde. Dieser Aspekt ist pflegfachlich zu sichern.

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung sind die Vorgaben zur Willenserfassung und Beratung zu evaluieren. Der pflegfachliche Vorbehalt im Sinne der § 4 Abs. 11, 12 Wohn- und Teilhabgesetz NRW i.V.m. § 4 Pflegeberufsgesetz ist in den Vorgaben sicherzustellen, aber wurde konkret noch nicht verletzt.

Die Einrichtung hält ein umfangreiches Gewaltpräventionskonzept inkl. der Vermeidung von freiheitsentziehenden bzw. – einschränkenden Maßnahmen vor. Grundsätzlich werden die Anforderungen zur inhaltlichen Darstellung einer Präventions- und Interventionsstrategie erfüllt.

Der gesetzliche Anspruch, die Inhalte und deren praktischen Umsetzung in regelmäßigen Abständen zu schulen, wurde nicht angemessen erfüllt. Die Schulungen (inkl. Bestandteil der Einarbeitung) müssen gesichert sein. In Gesprächen mit Beschäftigten auf Leitungsebene und aus verschiedenen Arbeitsbereichen konnte festgestellt werden, dass die konzeptionellen Inhalte nicht bekannt waren.

Vor dem Hintergrund der festgestellten Mängel im Bereich Pflege und Betreuung ist eine umfassende Risikoanalyse vorzunehmen und die Schulungen umfassend zu sichern.

Die Dokumentation von Einwilligungen bzw. Willenserklärungen sind unter Berücksichtigung der gesetzlichen Ansprüche nach § 8 b Wohn- und Teilhabegesetz zu sichern.

*Nach § 9 Abs. 5 WTG sind die Leistungsanbieter verpflichtet, begangene sexuelle Übergriffe und Gewalttaten unverzüglich der WTG-Behörde mitzuteilen. Eine Mitteilung ist nicht erfolgt, da offenbar den Beteiligten nicht bewusst war, dass es sich bei einem „Diebstahl“ um eine Form von Gewalt handelt.

Es wird gem. § 15 Abs. 2 WTG angeordnet, die Meldungen nach § 9 Abs. 5 WTG vollumfänglich sicherzustellen.

Ergänzend erfolgte der Hinweis, dass es sich hierbei um eine Ordnungswidrigkeit gem. § 42 Abs. 1 Nr. 1 WTG handelt, die mit einer Geldbuße bis zu 20.000,00 € geahndet werden kann.

Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Mängel ist von Seiten der WTG-Behörde gem. § 15 Abs. 2 WTG ein Belegungsstopp bis zum 31.07.2026 angeordnet worden. Die Frist ist im Einvernehmen mit der Leistungsanbieterin/dem Leistungsanbieter unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit für zielführend befunden worden.