



Landesverwaltungsamt · 06096 Halle (Saale)

LANDESVERWALTUNGSAMT

Referat Heimaufsicht

Wörz + Helbig
Gesellschaft für Soziale
Einrichtungen mbH
Geschäftsführer Herrn Koppeel
Alte Schäferei 1
06347 Gerbstedt

EINGEGANGEN

19. MRZ. 2011

373

Durchführung des Wohn- und Teilhabegesetzes des Landes Sachsen-Anhalt (WTG LSA)

Ergebnis einer Prüfung gem. § 19 Abs. 1 und 2 WTG LSA

APH Betreuungszentrum Lettewitz

Halle, 15. März 2012

Ihr Zeichen:

Mein Zeichen: 606.1.6-
43370-88-027

Bearbeitet von: Frau Glaubitz
antje.glaubitz@lwa.sachsen-
anhalt.de

Tel.: (0345) 514-3039
Fax: (0345) 514-3186

Dienstgebäude:

Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle (Saale)

Tel.: (0345) 514-0
Fax: (0345) 514-3185
Postgs@lwa.sachsen-anhalt.de

Hauptsitz:

Ernst-Kamieth-Straße 2
06112 Halle (Saale)

Tel.: (0345) 514-0
Fax: (0345) 514-1444
Poststelle@
lwa.sachsen-anhalt.de

Internet:

www.landesverwaltungsamt.
sachsen-anhalt.de

E-Mail-Adresse nur für
formlose Mitteilungen
ohne elektronische Signatur

LHK Sachsen-Anhalt
Deutsche Bundesbank
Filiale Magdeburg
BLZ 810 000 00
Konto 810 015 00
BIC MARKDEF1810
IBAN DE2181000000081001500

Sehr geehrter Herr Koppeel,

die oben genannte und in Ihrer Trägerschaft betriebene stationäre Einrichtung im Sinne des § 3 WTG LSA wurde von mir am 01.03.2012 ohne vorherige Ankündigung geprüft.

Die stationären Einrichtungen werden von der dafür zuständigen Behörde grundsätzlich mindestens einmal jährlich daraufhin überprüft, ob sie die Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung gemäß § 11 WTG LSA erfüllen.

An der Prüfung nahm Frau Biewald als stellvertretende Pflegedienstleiterin teil.

Allgemeine Angaben zur geprüften Einrichtung:

Von den 84 bei der Heimaufsicht angezeigten Plätzen waren am Tag meiner Prüfung 83 vertraglich gebunden. 26 Bewohner erhielten Leistungen der Pflegestufe 1, 37 Leistungen der Pflegestufe 2 und 14 Leistungen der Pflegestufe 3. Weiterhin werden 4 Bewohner im Rahmen der Härtefallregelung sowie 2 Kurzzeitpflegegäste betreut.

I. Das Ergebnis und den Umfang dieser Prüfung teile ich Ihnen im Folgenden mit:

| Bewertung | nicht geprüft | erfüllt alle Anforde- rungen | Fest- stellun- gen | erfüllt die Anforde- rungen mit Ein- schrän- kungen | erfüllt wesentliche Anforde- rungen nicht |
|--|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 1. Wohnen / Bauliche Anforderungen | | | | | |
| Einhaltung der Mindestanforderungen, insbesondere: | | | | | |
| - Zimmergrößen, Barrierefreiheit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Aufzüge, Beleuchtung, Rufanlage | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sanitäre Anlagen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Therapie- und Gemeinschaftsräume | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lebensgestaltung und gesetzliche Mitwirkung | | | | | |
| - Selbstbestimmung | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Privatsphäre | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beschwerdemöglichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mitwirkung | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Personelle Anforderungen | | | | | |
| - Leitungs-/ Mitarbeiterqualifikation | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fachkraftquote / Fachkraftpräsenz | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Personalausstattung | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fort- und Weiterbildung | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Qualität der Pflege und Betreuung | | | | | |
| - Dokumentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Planungen / Förderplanungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Biografiearbeit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pflegeprophylaxen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Soziale Betreuung, Tagesgestaltung und soziale Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hauswirtschaftliche Versorgung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Speisen- und Getränkeversorgung | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Wäsche- und Hausreinigung | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Weitere Dienstleistungen, Serviceangebote | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

6. Hygiene und Infektionsschutz

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - hygienische Anforderungen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Prüfungsergebnisse der Veterinär- und Gewerbeaufsicht, Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Vorhandensein eines Hygiene- planes / Vorliegen der Zeugnisse nach Infektionsschutzgesetz vor Aufnahme | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

**7. Freiheitsentziehende Maßnahmen
(Fixierungen / Sedierungen)**

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Rechtmäßigkeit der Maßnahmen / gerichtliche Beschlüsse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
-

8. Sicherheit

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Prüfungsergebnisse anderer Behörden | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fluchtwege, Kennzeichnungen, Notfallplan | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

**9. Verwahrung von Wertgegen-
ständen und Bargeld**

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Beleg- und Kassenwesen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kosten und Gebühren | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

10. Sonstiges

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
-

II. Es wurden folgende Feststellungen getroffen:

Zu 4.

Die Pflegeplanung des Bewohners Herrn J. entsprach in einigen AEDL-Bereichen nicht mehr seinem sich verschlechternden Gesundheitszustand. Er erhielt jedoch nachweislich die für ihn notwendigen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Die Einzelheiten zur Anpassung der Pflegeplanung wertete ich bereits vor Ort mit Frau Biewald aus. Mir wurde die unverzügliche Aktualisierung der Pflegeplanung zugesichert.

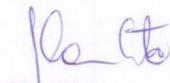
Zu 4. und 7.

Die Prüfung der Rechtmäßigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen ergab, dass Anwendung, Durchführung und regelmäßige Evaluierungen ordnungsgemäß erfolgen. Unstimmigkeiten wurden in den Bewohnerdokumentationen im Bereich der Stammdaten festgestellt. Es war nicht in jedem Fall eindeutig erkennbar, ob die Maßnahme auf eigenen Wunsch oder auf Wunsch des Betreuers erfolgt. Sie sicherten die sofortige Überprüfung aller in Frage kommenden Pflegedokumentationen zu. Aus diesem Grund sehe ich von einer Mängelberatung ab.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Glaubit