



Hausadresse:  
Eberhardstraße 35  
70173 Stuttgart  
Telefon (0711) 216- 91946  
Telefax (0711) 216- 98171  
Heimaufsicht@stuttgart.de  
Sachbearbeiter: Frau Binder

Stuttgart, 20.09.2023

## Bericht

**über die unangemeldete, routinemäßige Überprüfung  
am Donnerstag, 26.01.2023, ab 08:30 Uhr  
im Haus Veronika, Gänsheidestr. 49, 70184 Stuttgart**

### Teilnehmer:

Herr Jansen	Einrichtungsleiter (EL) + Pflegedienstleiter (PDL)
Frau Förstner	Hauswirtschaftsleitung (HWL), zeitweise
Herr Stanisavljevic	QM, Vinzenz von Paul gGMBH, ab 9:30 Uhr zeitweise
Frau Aschbacher	QM, Vinzenz von Paul gGMBH, ab 10 Uhr zeitweise
Frau Jonke	Sachverständige, Amtsärztin (Gesundheitsamt)
Frau Feldmann	Sachverständige, Hygienekontrolleurin (Gesundheitsamt)
Frau Kühling	Sachverständige, Hygienekontrolleurin (Gesundheitsamt)
Frau Kristo	Sachverständige (externe Pflegesachverständige)
Frau Binder	Heimaufsicht (Amt für öffentliche Ordnung)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von männlichen und weiblichen Sprachformulierungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für jegliches Geschlecht.

### Allgemeines

Das „Haus Veronika“ ist eine Einrichtung der Altenpflege mit 30 vollstationären Plätzen und 6 solitären Kurzzeitpflegeplätzen in Stuttgarter Halbhöhenlage (Gänsheide), verkehrsgünstig gelegen zwischen Stadtmitte und Fernsehturm, direkt an der Stadtbahnhaltestelle „Bubenbad“. Die Einrichtung steht unter Trägerschaft der Vinzenz Pflege gGmbH. In drei angrenzenden Stadtvillen (hinter der Einrichtung) befinden sich Seniorenwohnungen. In der Villa Maria gegenüber ist die Tagespflege untergebracht.

Die Wohnbereiche teilen sich auf 3 Etagen auf (1. OG „St. Vinzenz“, 2. OG „St. Anna“, 3. OG „Carl-Joseph“) und werden als Hausgemeinschaften für jeweils 12 Bewohner geführt. Jede Hausgemeinschaft verfügt zentral über einen großzügigen Wohn- Essbereich mit offener Küche, in der das Mittagessen von Präsenzkraften zubereitet wird, sowie die erforderlichen Funktionsräume und ein kleines Dienstzimmer.

Die Bewohner sind in 30 Einzelzimmern mit eigenem Sanitärbereich untergebracht. Zusätzlich befinden sich auf jedem Stock jeweils zwei Einzelzimmer mit Vorflur und gemeinsamem Sanitärbereich, die eine appartementähnliche Nutzung möglich machen (solitäre Kurzzeitpflege). Ein Pflegebad befindet sich im 3. OG. Der gleiche Raum wird im 2. OG als Friseurraum genutzt und im 1. OG als zusätzlicher Lagerraum.

Im Erdgeschoss befindet sich ein vielseitig verwendbarer und teilbarer Veranstaltungsraum, ein „Raum der Stille“ sowie verschiedene Verwaltungsbüros. Ein zentrales Pflegedienstzimmer, ein großer Pausenraum für Mitarbeiter sowie Personalumkleide- und Lagerräume sind ebenfalls im Erdgeschoss untergebracht. Ein großzügiger Garten ist direkt von der Terrasse im 1. Obergeschoss aus ebenerdig zugänglich und lädt zum gemeinsamen Verweilen oder Spaziergehen ein. Im 2. und 3. Obergeschoss befinden sich Balkone mit Blick auf den schön angelegten Garten.

Das dem Eingangsbereich angeschlossene Cafe 49 steht seit längerem leer und diente während der Coronapandemie als interne Teststation.

Am Tag der Begehung waren 35 Plätze belegt. Die Bewohner waren zwischen 60 und 98 Jahre alt.

Die Prüfung durch das Team der Heimaufsicht umfasste folgende Bereiche und Unterlagen u.a.:

- die Begehung der Einrichtung (hauswirtschaftliche Räume, gemeinschaftliche Sanitäreinrichtungen und Verkehrsflächen, Nebenräume, die Aufenthaltsbereiche und mit vorherigem Einverständnis auch einzelne Bewohnerzimmer sowie die angrenzenden Außenbereiche zur gemeinschaftlichen Nutzung).
- die Personalausstattung, die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen, die Betreuung und tagesstrukturierende Betreuung, Verpflegung, Mitwirkung etc.
- die Inaugenscheinnahmen von Bewohnern, die Pflege und Pflegedokumentation, den Umgang mit Medikamenten sowie Medizinprodukten,
- die Einhaltung der Hygiene bzw. des Infektionsschutzes.
- Dienstpläne von Dezember 2022 und Januar 2023 mit Legende und Personalliste, Bewohnerliste, Übersicht der Aktivierungs-/Tagesstrukturierungsangebote, Schulungsnachweise über den Umgang mit Medikamenten und Medizinprodukten, Speisepläne.

**Nachfolgend die Überprüfungsergebnisse der einzelnen Bereiche\*):**

(\* Nr. 1-8 Heimaufsicht, Nr. 9-10 Amtsärztin u. Pflegesachverständige, Nr. 11 Hygienekontrolleure)



## 1. Bewohnerstruktur, Personalstruktur, Dienstpläne

### Ordnungsrechtliche Vorgaben zur Prüfung der Personalstruktur:

- Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz: Danach müssen 50 % der Mitarbeiter Fachkräfte sein.
- Landespersonalverordnung: Danach müssen Pflegefachkräfte im Tagdienst im Durchschnitt entsprechend dem Verhältnis von je einer Pflegefachkraft pro 30 Bewohner eingesetzt werden. Im Nachtdienst muss pro 45 Bewohner ein Beschäftigter eingesetzt werden. Von der errechneten Anzahl Beschäftigter muss mindestens die Hälfte eine Pflegefachkraft sein.
- Orientierungshilfe des Sozialministeriums Baden-Württemberg für baden-württembergische Heimaufsichtsbehörden.

Mangels weitergehender ordnungs- d.h. heimrechtlich vorgegebener Richtzahlen orientiert sich die Heimaufsicht bei der Berechnung des erforderlichen Personals für die Betreuung der Bewohner an den zwischen den Trägern und den Pflegekassen leistungsrechtlich im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossenen Personalschlüsseln.

Für die ordnungsrechtliche Berechnung der Personalwerte werden jedoch nur die in der direkten Pflege tätigen Mitarbeiter berücksichtigt. So wird z.B. die PDL, die i.d.R. nicht in der direkten Pflege mitarbeitet nur bei der Gesamtzahl der Mitarbeiter, jedoch nicht bei der gesetzlich vorgeschriebenen Fachkraftquote von 50 % berücksichtigt. Außerdem werden Auszubildende, Praktikanten (Prakt.), Mitarbeiter im freiwilligen sozialen Jahr (FSJ) und im Bundesfreiwilligendienst (BFD) nur mit einem Stellenanteil von 0,2 berücksichtigt. Bei der Berechnung der Fachkraftquote bleiben diese und die Auszubildenden der ersten beiden Lehrjahre außen vor. Die Auszubildenden zur neuen Generalistikausbildung sind im ersten Jahr nur wenig in der Einrichtung und im zweiten Jahr etwas mehr, daher werden sie gar nicht bzw. nur mit 0,10 Stellenanteilen berücksichtigt.

Die Überprüfung der Personalwerte basiert auf der Personalliste vom 03.02.2023 (Stand: 26.01.2023) und der aktuellen Bewohnerliste sowie einem Telefonat mit dem EL vom 20.09.2023.

Die Pflegegrade der 35 Bewohner verteilen sich wie folgt:

- 6 Bewohner in Pflegegrad 2,
- 19 Bewohner in Pflegegrad 3,
- 8 Bewohner in Pflegegrad 4,
- 2 Bewohner in Pflegegrad 5.

Berechnetes Personalsoll nach der Bewohnerstruktur: **14,78 Stellen**  
(davon 7,39 Pflegefachkräfte)

Stellen laut Personalliste (inkl. PDL, ohne Verwaltung/Leitung) insgesamt:	<b>15,03 Stellen</b>
davon <u>Fachkraft für Pflege (ohne PDL),</u>	7,71 Stellen / Vollzeitkräfte (VK)
Hilfskraft für Pflege	5,52 Stellen
(inkl. 3,35 VK-Anteil 50% Präsenzkräfte)	
Auszubildende 1.+2. Jahr (2x 0,2 + 4x 0,1)	0,80 Stellen
PDL	1,00 Stellen

Präsenzkräfte werden zu 50% als hauswirtschaftliche Hilfskräfte und zu 50% als pflegerische Hilfskräfte eingesetzt und mit diesem Umfang in der Berechnung berücksichtigt.

Für die PDL-Berechnung wurde ein Stellenanteil von je 50% EL/PDL und PDL berücksichtigt.

- Die in der Pflegesatzvereinbarung vom 16.02.2022\*) vereinbarte personelle Ausstattung war nach der ordnungsrechtlichen Berechnung damit bei der Gesamtzahl der

### Kräfte um 0,25 VK übererfüllt.

\*) nach § 85 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI soziale Pflegeversicherung)

- ▶ Die heimrechtlich vorgegebene Fachkraftquote von 50% ist erfüllt.
- ▶ Die im § 17 des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege nach § 75 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vereinbarten Personalrichtwerte sind eingehalten.
- ▶ Die nach der Landespersonalverordnung erforderliche Fachkraft in der Hauswirtschaft war vorhanden.

### Berechnung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43 b SGB XI

Eine zusätzliche Betreuung nach § 43 b SGB XI steht seit 01.01.2017 allen Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung zu. Entsprechend der Vereinbarung mit den Pflegekassen sind Betreuungskräfte mit einem Personalschlüssel von 1:20 bereitzustellen. Dies ergibt 1,75 zusätzliche Betreuungskräfte. Laut Personalliste werden **1,79 Betreuungskräfte** eingesetzt.

Der EL/PDL verfügt über eine gerontopsychiatrische Ausbildung. Ein Pflegemitarbeiter hat sich als Wundmanager qualifiziert.

Den Auszubildenden stehen zwei Praxisanleiter zur Seite.

Die stichprobenweise Überprüfung der Dienstpläne für Dezember 2022 und Januar 2023 mit Legende ergab folgendes:

- Auf dem Januar-Dienstplan wurde das handschriftliche Kürzel „PB“ verwendet, das auf der Legende nicht aufgeführt war. Eine Nachvollziehbarkeit war daher nicht gewährleistet.
- Auf den Dienstplänen fehlte bei einigen (handschriftlich nachgetragenen) Mitarbeitern der Beschäftigungsumfang und die Qualifikation.
- Eine Mitarbeiterin in Elternzeit wurde noch auf dem Dienstplan geführt.

Die Unklarheiten konnten erst nach Rücksprache mit dem EL geklärt werden.

- ▶ Es ist stets darauf zu achten, dass die Dienstpläne vollständig und nachvollziehbar sind, d.h. alle verwendeten Kürzel müssen in der Legende aufgeführt werden und nachvollziehbar sein. In den Dienstplänen müssen bei allen Mitarbeitern Name und Vorname, Qualifikation und Beschäftigungsumfang korrekt angegeben sein, auch bei handschriftlich nachgetragenen. Bei geringfügig Beschäftigten reicht für den Beschäftigungsumfang auch z.B. das Kürzel „gfB“ aus.
- ▶ Es ist auch darauf zu achten, dass die Angaben im Dienstplan mit denen der Personalliste 1:1 übereinstimmen.

Mitarbeiter, die aktuell nicht im stationären Bereich tätig sind, sind aus dem Dienstplan zu entfernen (z.B. aus der Lohnfortzahlung, in Elternzeit oder noch nicht mit der Arbeit begonnen) und dürfen nicht auf der Personalliste aufgeführt werden oder sind nachvollziehbar zu kennzeichnen.



### In den Tagesdiensten waren

für 35 Bewohner im Frühdienst i.d.R. 3-5 Pflegekräfte (1-2 Pflegefachkräfte mit Unterstützung von Hilfskräften und Azubis) mit Unterstützung von 3-4 Präsenzkraften im Dienst. Im Spätdienst waren 2-3 Pflegekräfte (1-2 Pflegefachkräfte mit Unterstützung von Hilfskräften und Azubis) mit Unterstützung von 2-3 Präsenzkraften im Dienst.

Am mehreren Tagen waren im Früh- oder Spätdienst nur 2 Pflegekräfte (teilweise 1 Pflegefachkraft oder EL und 1 Azubi) mit Unterstützung von Präsenzkraften im Einsatz (z.B. im Frühdienst am 13., 15. + 22.01. und im Spätdienst am 16.-19.01., 21.+23.01.).

An Sonn- und Feiertagen sind die Pflorgeteams (Pflegekräfte + Präsenzkraften) dünner besetzt.

- ▶ Für 35 Bewohner, verteilt über 3 Stockwerke, sollten im Tagdienst neben den Präsenzkraften je Hausgemeinschaft, mind. 3 Pflegekräfte eingesetzt werden.
- ▶ Der Einsatz von Pflegefachkräften nach § 8 Abs. 2 Landespersonalverordnung (LPersVO) entspricht an mehreren Tagen, z.B. am 16., 17., 19., 22. + 23.01.2023 nicht den rechtlichen Mindestanforderungen. An diesen Tagen waren Pflegefachkräften lediglich über einen Zeitraum von 15 Stunden im Einsatz, anstatt der erforderlichen 17 Stunden.

In den Nachtdiensten war im Januar 2023 immer eine Pflegefachkraft im Dienst.

## **2. Freiheitsentziehende / -beschränkende Maßnahmen**

Aktuell war bei keinem Bewohner die Anwendung freiheitsentziehender bzw. -beschränkender Maßnahmen erforderlich. Eine entsprechende Liste mit Art und Dauer sowie weiteren Bemerkungen wird bei Bedarf über das PC-gestützte Pflegeprogramm geführt und vom PDL gepflegt und überwacht.

## **3. Betreuung / tagesstrukturierende Aktivitäten**

In den einzelnen Hausgemeinschaften wird täglich frisch gekocht. Präsenzkraften beziehen die Bewohner im Rahmen des „Hausgemeinschafts-Konzeptes“ soweit möglich beim Kochen und bei der Wäscheversorgung mit ein.

Aktivierung findet durch die Betreuungskräfte in Form von Gruppenangeboten oder Einzelaktivierung statt. An Programmpunkten zu den täglich wechselnden Themenfeldern wie Bewegung, alle Sinne, Lesen/Hören, Handwerken sowie Wind/Wetter werden angeboten: Treppensteigen oder Gartenrunden/Natur erleben, Sturzprävention und Bewegung/Gymnastik im Garten oder auf den Etagen (mit Theraband, Schwimmmatze oder Bälle), Spielertreff im Wohnzimmer, Literatur-Café, Zeitschriftenkritik, Vorleserunden, Gehirnjogging/Gedächtnistraining, Singen, Hörspiele, Werkeln mit Holz oder Farbe, Kräuter- und Gemüsepflege im Hochbeet. Zusätzlich wird zu Abendrunden/Stammtisch nach dem Essen mit Schorle- und/oder Bier eingeladen.

Laut Angabe der Pflegekräfte werden individuelle Aktivierungsmaßnahmen in die alltägliche Pflegebehandlung integriert.

Die Angebote werden in Form eines Wochenplans auf Informationstafeln in jeder Hausgemeinschaft bekannt gemacht. Zwei ehrenamtliche Mitarbeiter und drei „Grüne Damen“ kommen zu Besuchsdiensten ins Haus.

Freitags spielt der Posaunenchor Ständchen im Hof. Auch eine sog. Märchenstunde wird angeboten. Grillfeste im Garten sowie jahreszeitliche Feste werden veranstaltet.

Andachten finden auf den Etagen im Hause statt.

Sterbebegleitung erfolgt durch geschulte Mitarbeiter der Einrichtung. Auf Wunsch besteht auch die Möglichkeit der Unterstützung durch das SAPV-Team (erfahrene und speziell ausgebildete Palliative Care-Pflegefachkräfte und Palliativmediziner).

► Die Betreuung und tagesstrukturierenden Aktivitäten sind ausreichend.

#### 4. Verpflegung

Der Speiseplan wird durch die Hauswirtschaftsleiterin erstellt, die regelmäßig die Hausgemeinschaften besucht und dabei die Essenswünsche abfragt. Auf den Hausgemeinschaften wird der wöchentliche Essensplan ausgehängt. Es wird eine Mischung aus frisch zubereiteter und regenerierter Kost (Convenience) als Schöpfergericht angeboten, die in jeder Hausgemeinschaft zubereitet wird. Mittags wird neben Suppe und Dessert eine Hauptspeise angeboten, teilweise mit verschiedenen Beilagen. Es können jedoch auch einzelne Komponenten gewählt/weggelassen werden. Ein abweichendes Wunschessen sei jedoch möglich, ebenso Diätkost.

Trotz fehlender Alternativangebote (vegetarisches Wahlessen) zum Mittagstisch äußerten sich die Bewohner zufrieden über die Essensversorgung, zumal es in den Wohnküchen in Teilen frisch zubereitet wird, teilweise unter Einbindung der Bewohner. Durch die zentrale und offene Lage der Wohnküchen werden diese als Lebensmittelpunkt angenommen. Die Mitarbeiter haben die Bewohner im Blick und können diese, je nach ihren Fähigkeiten, ins Alltagsgeschehen (z.B. Tischdecken), bei der Zubereitung der Speisen, und zur Unterstützung bei der Küchenarbeit miteinbeziehen. Beschwerden über das Essen von Seiten der Bewohner/Angehörigen sind nicht bekannt.

Zusätzlich werden neben dem Nachmittagskuchen auch Zwischen- und Spätmahlzeiten (Brot, Kekse, Joghurt, Obst) bereitgehalten. Gemeinsames Kuchenbacken ist (nach der Coronazeit) in Planung.

Mineralwasser, Säfte, Tee und Kaffee werden jederzeit kostenlos angeboten. Alkoholische Getränke werden zu bestimmten Anlässen kostenlos angeboten (Abendrunden).

► Das Angebot an Speisen ist abwechslungsreich. Eine ausgewogene Ernährung scheint gewährleistet.

#### 5. Mitwirkung

Die Interessen der Bewohner werden durch eine am 27.07.2021 bestellte Bewohnerfürsprecherin vertreten.



Ein im Rahmen der Begehung geführtes Gespräch mit der Fürsprecherin ergab, dass die Bewohner gut versorgt würden. Coronabedingt fand kein regelmäßiger Austausch mit der Einrichtungsleitung statt, jedoch bei Bedarf. Unabhängig davon kann jederzeit auf die Einrichtungsleitung zugegangen werden, persönliche Gespräche werden spontan ermöglicht, pandemiebedingt auch telefonisch. Von Seiten des Leitungsteams wird ein „offenes Ohr“ angeboten. Die Regeln der Mitwirkung werden eingehalten und die Fürsprecherin wird i.d.R. zu allen wichtigen Belangen der Einrichtung mit einbezogen. Der Umgangston und das „Klima“ in der Einrichtung seien gut.

Löblich erwähnt wurde, dass sich Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sehr um eine empathische und würdevolle Pflege bemühen.

Bedauert wurde erneut, dass das im Quartier und bei Bewohnern sowie Angehörigen beliebte Café 49 als solches seit längerem geschlossen (zum Zeitpunkt der Begehung noch Teststation der Einrichtung) und die weitere Nutzung nach wie vor unklar ist. Die Möglichkeit als Begegnungs- und Aufenthaltsort wird vermisst, zumal die komplette Ausstattung und das Mobiliar noch vorhanden sind.

- ▶ Alle im Gespräch thematisierten Punkte wurden vor Ort mit dem Leitungsteam besprochen. Dieses sagte zu, sich weiter für eine Wiederbelebung des Cafés einzusetzen. Was wurde diesbezüglich seither unternommen/aktueller Status?

## **6. Qualitäts- und Beschwerdemanagement**

Täglich findet eine kurze Morgenrunde zwischen Einrichtungs-, Pflege- und Hauswirtschaftsleitung sowie Verwaltung statt, zudem monatlich bereichsübergreifende Teambesprechungen sowie in den einzelnen Fachbereichen (Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung). Alle Einrichtungsleiter der Region Göppingen/Stuttgart treffen sich einmal monatlich zur Regionalleiterkonferenz, die Pflegedienstleiter einmal im Quartal zum überregionalen Austausch beim Träger.

Laut Angaben des EL/PDL soll bei jedem Bewohner zusätzlich zu den laufenden Fortschreibungen der Pflegedokumentation oder bei gravierenden Änderungen einmal im Jahr die Bewohnerdokumentation nochmals durch die PDL überprüft werden (Pflegevisiten). Daneben soll die Pflegeplanung regelmäßig überprüft werden. Coronabedingt und durch den Leitungsteam-Wechsel im vergangenen Jahr war dies nicht vollumfänglich möglich. Die EL hat die Durchführung der Pflegevisiten als Ziel für das Jahr 2023 zugesagt.

- ▶ Ein Konzept für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist vorhanden.

Während der Pandemie wurden überwiegend Online-Fortbildungen genutzt. Neben Pflichtschulungen haben die Mitarbeiter die Möglichkeit an trägerinternen Schulungen (teilweise vor Ort in der Einrichtung) teilzunehmen oder Programme externer Anbieter zu nutzen.

Pflegekräfte werden alle zwei Jahre in Erste-Hilfe geschult. Während der Corona-Pandemie fanden diese Schulungen online statt. Für 2023 sind 2 Termine in Präsenz vor Ort geplant.

Ein Beschwerdemanagement mit Ablaufplanung besteht. Beschwerdeformulare werden an der Briefkastenanlage im Eingangsbereich angeboten. Ein Beschwerdeordner ist vorhanden, wurde jedoch seit 2021 nicht fortgeführt. Laut Aussage des EL werden eingehende Beschwerden schnellstmöglich behoben, teilweise unter Beteiligung des zuständigen Fachbereichs. Die Beschwerdeführer erhalten zeitnah (nach Möglichkeit innerhalb 1 Woche) Rückmeldung seitens des EL.

Zwei Angehörigenabende sind für das Jahr 2023 wieder geplant.

- ▶ Das Beschwerdemanagement ist ausreichend, sollte jedoch vollständig (Dokumentation der Bearbeitung und Nachweis im Beschwerdeordner) umgesetzt werden. So kann z.B. bei einer Häufung gleichartiger Beschwerden, die evtl. von verschiedenen Mitarbeitern aufgenommen wurden, schneller reagiert werden.

## **7. Landesheimbauverordnung**

Die am 01.09.2009 in Kraft getretene Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales zur baulichen Gestaltung von Heimen und zur Verbesserung der Wohnqualität in den Heimen Baden-Württembergs (LHeimBauVO) sieht nur noch Einzelzimmer (mit eigenem Sanitärbereich) vor sowie Wohngruppen mit maximal 15 Bewohnern, mit eigener Küche, Hauswirtschaftsraum und ausreichend Abstellflächen.

- ▶ Das Haus Veronika entspricht den Vorgaben der LHeimBauVO.

Im März 2017 fand zuletzt eine Brandverhütungsschau des Baurechtsamtes statt. Da die gesetzlich vorgeschriebene Frist für die Durchführung von Brandverhütungsschauen 5 Jahre beträgt, haben wir das Baurechtsamt auf diesen Umstand hingewiesen.

## **8. Transparenzgebot**

Ein Hinweis, dass der letzte Prüfbericht der Heimaufsicht bei der Einrichtungsleitung eingesehen werden kann, ist am Aushang im Erdgeschoss vor den Büro- und Geschäftsräumen angebracht. Dort befindet sich zusätzlich auch eine Download-Möglichkeit durch QR-Code-Scan.

Ebenso wird in den vorvertraglichen Informationen zum Heimvertrag darauf hingewiesen, dass künftige Bewohner die Möglichkeit haben, rechtzeitig vor Abschluss des Heimvertrags nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, auf Wunsch eine Kopie des aktuellen Prüfberichts zu bekommen.

## **9. Dokumentation und Pflege**

Die hausärztliche Versorgung ist gewährleistet durch regelmäßige Hausbesuche bzw. Besuche nach Bedarf. Außerdem besuchen nach Angaben der Heimleitung mehrere Fachärzte (Zahnarzt, Psychiater, Hautarzt, Urologe und ein HNO-Arzt) die Einrichtung nach Bedarf. Ein Augenarzt oder andere Fachärzte müssen aufgesucht werden. I.d.R. wird vorrangig eine Begleitung durch Angehörige organisiert.



Im Besonderen wird auf die Ausführungen zur Pflege und Dokumentation in den anliegenden Berichten der Amtsärztin und der Pflegesachverständigen verwiesen, um Wiederholungen zu vermeiden.

- ▶ Um Beachtung und Umsetzung der darin ausgeführten Empfehlungen wird gebeten.

## **10. Umgang mit Medikamenten und Medizinprodukten**

Die Überprüfung des ordnungsgemäßen Umgangs mit Medikamenten erfolgte zuständigshalber durch die Amtsärztin und die Pflegesachverständige. Um Wiederholungen zu vermeiden wird auf die jeweiligen Berichte verwiesen.

- ▶ Um Beachtung und Umsetzung der darin ausgeführten Empfehlungen wird gebeten.

Nach den Vorgaben des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes müssen alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Medikamenten geschult werden.

Entsprechende Schulungen werden 2x jährlich angeboten. Nach vorliegenden Unterlagen wurde im Mai 2022 von der Rosenberg-Apotheke eine Schmerzmanagement/-therapien-Schulung für 5 Mitarbeiter und am 11.10.2022 eine Antibiotika-Schulung für 9 Mitarbeiter durchgeführt.

- ▶ Wir empfehlen, auf der Teilnehmerliste neben der kompletten Anschrift der Apotheke, die Durchführung der Schulung/Teilnahme der Mitarbeiter durch den Referenten schriftlich bestätigen zu lassen.
- ▶ Die mit dem Umgang von Medizinprodukten betrauten Mitarbeiter wurden entsprechend eingewiesen.

## **11. Infektionsschutz und Hygiene**

Die infektionshygienische Überwachung erfolgte durch die Hygienekontrolleure. Um Wiederholungen zu vermeiden wird auf ihren beigefügten Bericht verwiesen.

- ▶ Um Beachtung und Umsetzung der darin ausgeführten Vorgaben und Empfehlungen wird gebeten.

## **Zusammenfassung**

Bei den im Rahmen der Überprüfung gemachten Feststellungen handelt es sich um eine stichtagsbezogene Momentaufnahme. In der gemeinsamen Abschlussbesprechung am Begehungstag wurden die o. a. Feststellungen mit allen Beteiligten besprochen und der Einrichtungsleiter um zeitnahe Umsetzung gebeten.

Hinsichtlich der pflegerischen Versorgung der Bewohner entstand ein guter Gesamteindruck. Die hauswirtschaftliche Versorgung der Bewohner ist sichergestellt. Die Mitwirkungsrechte der Bewohner werden über eine Bewohnerfürsprecherin gewährleistet.

Die Begehung fand in einer offenen und konstruktiven Atmosphäre statt. Optimierungsvorschläge und Anregungen wurden offen angenommen.

Die Bewohner machten einen gut gepflegten Eindruck und scheinen sich in der Einrichtung wohl zu fühlen. Im Rahmen der Begehung war eine gelungene Umsetzung des Hausgemeinschaftsmodells zu spüren. Die Bewohner halten sich im Alltag gerne gemeinsam in den lichtdurchfluteten Wohn-/Essbereichen mit den angeschlossenen offenen Küchen auf.

Optimierungs- und Handlungsbedarf besteht im Bereich des Gebäudemanagements, insbesondere bezüglich der Renovierung der 14 Jahre alten Einrichtung. So ist z.B. die Versiegelung des Parkettfußbodens im Essbereich der Hausgemeinschaft im 1. OG mittlerweile völlig abgeschabt. Abgesehen vom optischen Eindruck ist zudem eine adäquate Reinigung nicht mehr gewährleistet. Teilweise finden sich im ganzen Haus schwarze Streifen und Flecken auf den Parkettböden in den Fluren. An den Wänden und Ecken sowie an den Türrahmen sind mittlerweile deutliche Gebrauchsspuren erkennbar.

Zudem wurden die im letzten Bericht der Heimaufsicht (vom 04.03.2022) beanstandeten Mängel an den Arbeitsplatten (abgeschabte/aufgeplatzte Kanten) für die Wäschesortierung in den Funktionsräumen bis heute nicht beseitigt/ersetzt. In der Stellungnahme zum Bericht (vom 04.04.2022) wurde eine Überarbeitung der Platten zugesagt. Laut Aussage des Leitungsteams vor Ort wurde bisher nur ein Angebot eingeholt. Dies ist nicht akzeptabel.



Binder

Die Berichte der Sachverständigen sind Bestandteil dieses Berichtes.

Anlagen: Bericht der Amtsärztin Frau Jonke vom 31.01.2023  
Bericht der Pflegesachverständigen, Frau Kristo vom 21.04.2023  
Bericht der Hygienekontrolleurin, Frau Kühling vom 07.03.2023



Gesundheitsamt  
GZ: 53-2.112

Stuttgart, 31. Januar 2023  
Bearbeiterin: Frau Jonke  
Nebenstelle 59 330

Amt für öffentliche Ordnung  
Heimaufsicht  
GZ: 32-21.3

**Adresse:** Haus Veronika, Gänsheidestr. 49, 70184 Stuttgart  
**Begehung am:** 26.01.2023

Angemeldet                       Routine                       Anlassbezogen                       Erstbegehung  
 Unangemeldet                       Routine                       Anlassbezogen

Amt für öffentliche Ordnung: Frau Binder  
Pflegefachkraft: Frau Kristo  
Arzt Gesundheitsamt: Frau Jonke  
Hygienekontrolleur: Frau Feldmann und Frau Kühling  
Sonstige Teilnehmer: Herr Gordon Jansen, Heimleitung und Pflegedienstleitung  
Frau Förstner, Hauswirtschaftsleitung  
Qualitätsbeauftragter: Herr Milos Stanisavljevic und Frau Aschbacher (QM-Assistentin)

Von ärztlicher Seite wurden stichprobenartige Überprüfungen in folgenden Bereichen vorgenommen:

- 1. Inaugenscheinnahme**
- 2. Pflegedokumentation**
- 3. Umgang mit Medikamenten**
- 4. Infektionshygienische Verhältnisse**  
(Stellungnahme der Hygienekontrolleure erfolgt separat)
- 5. Sonstiges: Fortbildungsangebot**

Die Einrichtung umfasst unverändert insgesamt 36 vollstationäre Plätze, davon 6 solitäre Kurzzeitpflegeplätze. Einen geschlossenen Bereich gibt es nicht in der Einrichtung. Die Gliederung erfolgt nach wie vor in 3 Wohnbereiche, die drei Hausgemeinschaften entsprechen. Es besteht eine freie Hausarztwahl.

Die Einrichtung ist bei dem Projekt „SoFi“ (=Stuttgart ohne Fixierung) angegliedert.

### **Ad 1. Inaugenscheinnahme:**

Ein Heimbewohner wird im persönlich eingerichteten Zimmer im Bett angetroffen, ist nur eingeschränkt ansprechbar. Die Mundschleimhaut sowie die Zunge sind, soweit einsehbar, gut gepflegt. Die einsehbare Haut (Arme und Unterschenkel) erscheint gut gepflegt, nicht trocken. Beide Beine sind gut gelagert, die Fersen sind frei, keine Druckstellen, kein Dekubitus. Wegen eines Krebsleidens benötigt der Heimbewohner ein Urostoma (künstlich hergestellter Ausgang an der Harnblase). Die Urostoma-umgebende Haut ist reizlos. Die Hautschutzplatte wird gemäß ärztlicher Verordnung gewechselt. Der Urin im Urinbeutel ist klar, das Einfuhr- und Ausfuhrprotokoll wird gewissenhaft geführt. Der Heimbewohner wird regelmäßig umgelagert, was entsprechend auf dem Lagerungsprotokoll dokumentiert wird. Die Einstufung in Pflegegrad 4 ist nachvollziehbar. Es liegt außerdem eine beginnende Demenz vor, so dass ein Gespräch nur eingeschränkt möglich ist. Es werden keine Schmerzen beklagt.

Das Zimmer ist hell, sauber und mit vielen familiären Gegenständen und Fotos ausgestattet. Die Vorliebe des Heimbewohners (z.B. bestimmte Fernsehprogramme) werden berücksichtigt.

Weitere HeimbewohnerInnen werden im Flur bzw. im Gemeinschaftsbereich kontaktiert, sie sind ordentlich gekleidet, tragen gutes und adäquates Schuhwerk und erscheinen gut gepflegt. Zwei HeimbewohnerInnen benutzen den sogenannten „Plaudertisch“ (2 HeimbewohnerInnen benutzen den Tisch zum Plaudern und können dabei gleichzeitig „radeln“). Sie äußern sich mit ihrer pflegerischen Versorgung zufrieden.

### **Ad 2. Pflegedokumentation:**

Es werden drei Pflegedokumentationen stichprobenartig eingesehen:

die Stammdaten umfassen u. a. Pflegegrad, ärztliche Versorgung, Betreuungsstatus, Diagnosen, Vorlieben, Ernährung, Hobbys und Angehörige. Biografische Daten sind, sofern erfassbar, vorhanden. Notwendige Hilfsmittel (u. a. Rollator, Roll-/Duschstuhl, Anti-Dekubitusmatratze, Lagerungskissen etc.) sind nachvollziehbar dokumentiert.

Die sog. „Risikoliste“ (die im Rahmen der Eingangsbesprechung nicht ausgehändigt werden konnte) ist im „Pflegeprogramm“ unter der Pflegeanamnese berücksichtigt.

#### Empfehlung:

Zur raschen Orientierung wird die Erstellung einer „Risikoliste“ empfohlen, wo individuelle Risiken bewohnerspezifisch erfasst werden und die notwendige Aktualität erkennbar ist.

Bis auf Essens- und Lagerungsprotokolle (nach wie vor papiergestützt) ist die Pflegedokumentation seit 2020 PC-gestützt. Die Pflegekräfte sind geschult im Umgang mit PC und äußern sich zufrieden mit dem aktuellen PC-gestütztem Dokumentationssystem. Zur Verschlinkung der Dokumentation ist das sog. „SIS-System“ komplett implementiert. Externe Dienstleistungen wie z.B. Fußpflege, Wundmanagement, Wundberatung, Logopädie sind nachvollziehbar erfasst. Der Kontakt z.B. zur Wundmanagerin bei etwaigen Unklarheiten und Fragen zur aktuellen Wundversorgung bzw. Verbandsmaterial ist mit einem codierten Zugriff zu Befundberichten inkl. Fotodokumentation der Wundmanagerin jederzeit möglich.

Folgende Expertenstandards werden konsequent angewandt: Dekubitus, Sturz, Schmerz, Harninkontinenz, chronische Wunden, Ernährungsmanagement, Erhaltung und Förderung von Mobilität und Umgang mit an Demenz erkrankten Heimbewohnern.

Die Lagerungspläne bzw. Essensprotokolle korrelieren mit den Angaben im PC und auf den handschriftlich geführten Protokollen in den jeweiligen Bewohnerzimmern.

### **Ad 3. Umgang mit Medikamenten:**

Die Medikamente werden vor Ort von Fachkräften gerichtet, sind nicht verblistert. Der Arbeitsplatz im extrem kleinen Dienstzimmer ist gut ausgeleuchtet, hygienisch einwandfrei und sauber. Ein Handwaschbecken mit Hygieneset ist vorhanden. Die Medikamente werden bewohnerbezogen und übersichtlich in den Originalverpackungen mit Beipackzetteln in entsprechenden Boxen aufbewahrt. Die Medikamentenschranktüren sind unverändert entfernt. Die kleinen Dienstzimmer sind jedoch immer verschlossen. An den Fenstern sind keine Jalousien/Rolläden



angebracht. In diesem Zusammenhang wurde vor Ort darauf hingewiesen, an heißen Tagen entsprechende Temperaturkontrollen durchzuführen.

**Empfehlung:**

Es ist darauf zu achten, dass die Raumtemperatur – auch im Sommer - nicht zu hoch ist, ggf. ist das Anbringen von Jalousinen bzw. Rolläden an den Fenstern erforderlich. Nur so ist eine adäquate Medikamentenlagerung zu gewährleisten.

Flüssigmedikamente sind mit Anbruch/Ablaufdatum versehen. Ein Medikamentenpool ist nicht vorhanden.

Der Medikamentenkühlschrank befindet sich für das gesamte Haus im EG. Die Medikamente sind bewohnerbezogen beschriftet, es finden sich keine Medikamentenpackungen bzw. Insulin-Pens ohne namentliche Kennzeichnung. Es liegt eine durchgängige tagtägliche Kontrolle der Temperatur mit entsprechender Dokumentation (jeweils mit Handzeichen versehen) vor.

Ebenfalls zentral im EG sind die BtM's gelagert. Bei einer Bewohnerin wurde am 23.07.2022 die Medikation mit Hydromorphon 4mg Kapseln abgesetzt. Laut dem BTM-Buch soll die angebrochene Packung noch 15 Kapseln beinhalten, wobei nur 13 Kapseln in der angebrochenen Schachtel vorliegen. Eine komplette nicht angebrochene Packung mit Hydromorphon 2,6 mg Kapseln ist bewohnerbezogen beschriftet und entsprechend im BtM-Buch dokumentiert.

**Dringende Empfehlung:**

Der Sachstand soll umgehend geklärt werden. Ein sorgfältiger Umgang mit der korrekten Dokumentation bzw. Entsorgung eines abgesetzten BtM's ist unabdingbar und muss gewährleistet werden. Ggf. soll eine entsprechende Schulung der Mitarbeiterschaft angedacht werden.

Die Belehrung der Mitarbeiterschaft im sachgerechten Umgang mit den Medikamenten werden durch die Apotheker jährlich durchgeführt, ein Protokoll liegt vor.

**Ad 4. Infektionshygienische Verhältnisse:**

Die infektionshygienische Überprüfung erfolgte durch Frau Feldmann und Frau Kühling (zur Einarbeitung). Die Stellungnahme erfolgt separat.

**Ad 5. Sonstiges:**

Fortbildungen: es werden Fortbildungen zu verschiedenen Themen wie z.B. Resilienz der Mitarbeiter angeboten, und zwar mindestens 1x im Jahr in Präsenz und per App, was sehr gerne angenommen wird und häufig zur Anwendung kommt.

**Zusammenfassung:**

Aufgrund des Hausgemeinschaftskonzepts vermittelt die Einrichtung einen häuslich-familiären Wohlfühlcharakter. Dies äußert sich u. a. auch in der familiären Atmosphäre beim mittäglichen Kochen auf den jeweiligen Wohnbereichen.

Die HeimbewohnerInnen werden motiviert, an den Angeboten wie Basteln, Malen sowie an immer wieder stattfindenden Kulturevents in der Einrichtung teilzunehmen.

Die Zimmer sind persönlich eingerichtet und gestaltet.

Unmittelbare pflegerische Mängel können vor Ort nicht erhoben werden, die Bewohnerschaft äußert sich mit ihrer pflegerischen Versorgung zufrieden.

Alle in der Pflege beteiligten MitarbeiterInnen sind im Umgang mit dem computergestützten Pflegedokumentationssystem - auch mit dem implementierten „SIS-System“ (mit deutlich verschlankter Dokumentation) - versiert.

Die Empfehlungen, v. a. die unter Punkt 3 angegebene dringende Empfehlung, wurden vor Ort in einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre entgegengenommen.

Lidija Jonke  
Ärztin





Gesundheitsamt  
GZ: 53-4.1.215

Stuttgart, 07.03.2023  
Bearbeiter: A. Kühling  
Nebenstelle 81327 und 59390  
Fax 216 - 9510328

**Einrichtung:** Haus Veronika, Gänsheidestr. 49, 70184 Stuttgart

**Teilnehmer:** Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung  
Hauswirtschaftsleitung  
Qualitätsmanagement  
Qualitätsmanagement  
Heimaufsicht  
Amtsärztlicher Dienst  
Pflegesachverständige  
Hygienekontrolleurin  
Hygienekontrolleurin

**Gesetzliche Grundlagen:**

Infektionsschutzgesetz (IfSG) §35, Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) §10, Verordnung der Landesregierung und des Sozialministeriums zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (HygV BW), Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV-BW), weitere fachliche Grundlagen zur Beurteilung nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik (Richtlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften, EN/DIN/VDI-Normen).

**Begehungsprotokoll:**

Die oben genannte Einrichtung wurde am 26.01.2023 einer unangemeldeten, hygienischen Begehung im Rahmen der Heimaufsicht unterzogen.

Besichtigt wurden die hygienisch relevanten Bereiche wie das Pflegebad, die Dienstzimmer, die Wohnbereichsküchen, die unreinen Arbeitsräume, die Wäscheaufbereitungsräume, und die Lager.

**Allgemeines:**

Die Wohnbereiche sind auf drei Stockwerke aufgeteilt. Auf jedem Stockwerk befinden sich 12 Bewohnende. Darunter 10 Langzeitplätze und 2 Kurzzeitplätze. Im Dachgeschoss befinden sich derzeit leerstehende Büroräume. Im Erdgeschoss befindet sich ein kleines Café. Dieses ist jedoch seit der Pandemie außer Betrieb. Einen Empfang gibt es somit derzeit nicht.

**Das Gebäude ist wie folgt aufgeteilt:**

- EG Raum der Stille und Saal St. Klara
- 1. OG St. Vinzenz
- 2. OG St. Anna
- 3. OG Carl-Joseph

**Folgendes wurde festgestellt:**

**Hygieneplan:**

Nach §35 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Einrichtungen nach §1 Abs. 1 bis 5 des Landesheimgesetzes für Baden-Württemberg (LHeimG) verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Einhaltung der Infektionshygiene festzulegen. Mit den Hygieneplänen wird der Zweck verfolgt, Infektionskrankheiten in den betreffenden Einrichtungen zu minimieren.

Der übergeordnete Rahmenhygieneplan der Vinzenz von Paul GmbH wurde uns digital zur Verfügung gestellt. Dieser wurde im Oktober 2020 zuletzt überarbeitet. Alle relevanten Themen sind detailliert auf 103 Seiten aufgeführt.

#### **Detaillierte Reinigungs- und Desinfektionspläne (R-/D-Plan):**

Reinigungs- und Desinfektionspläne sind unterstützende Arbeitsanleitungen und sollen leicht verständlich, nicht überladen sein und auf dem aktuellen Stand gehalten werden. Im Besonderen kommt es dabei auf die Aktualität der verwendeten Produkte, deren Konzentration und Anwendung an.

Am Tag der Begehung wurden ausgehängte R-/D-Pläne der Firma Vogt an den relevanten Bereichen vorgefunden. Diese wurden zuletzt im August 2022 aktualisiert. Dem Gesundheitsamt wurden diese digital für die Sichtung zur Verfügung gestellt. In diesen wurden lediglich die Reinigung der Allgemeinflächen aufgeführt. Die Desinfektion von Flächen und Händen fehlt in der Auflistung. Der ausgehängte Händedesinfektionsplan beinhaltet ein anderes Händedesinfektionsmittel (Desomed Aseptoman) wie vor Ort vorgefunden.

#### Dringende Empfehlung

- Das Händedesinfektionsmittel muss im Desinfektionsplan aufgenommen und aktualisiert werden.
- Das Kuscheltier und das „Fell“ müssen in den R-/D-Plan aufgenommen werden (siehe Bauhygiene allgemein).
- Die Reinigung des Stuhls (für die schwangere Mitarbeiterin) ist in den R-/D-Plan aufzunehmen (siehe Pflegebad).
- Die Desinfektion der Pflegebadewanne muss in den R-/D-Plan aufgenommen werden.

#### **Desinfektionsmittel:**

Für die regelmäßige Händedesinfektion wird „CareSept“ der Firma CareLine GmbH verwendet. Online konnte hierzu keine Produktbeschreibung gefunden werden. Entsprechend den Angaben auf dem Produkt wirkt dieses ab 2 Minuten Einwirkzeit begrenzt viruzid PLUS.

Eine Reinigung der Desinfektionspumpen ist bislang nicht erfolgt.

#### Dringende Empfehlung

Desinfektionsmittelspender sollten spätestens bei Neubestückung gereinigt werden. Bei Bedarf sind die Spendergehäuse auch zwischen den Neubestückungen aufzubereiten. Hierfür ist die derzeit verwendete Desinfektionsmittelflasche herauszulösen und das Gehäuse zu spülen und zu säubern. Der Aufbereitungsprozess der Desinfektionsmittelspender ist in den R-/D-Plan aufzunehmen. Die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI), Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist zu beachten. Unter 7 Anforderungen an Spender für Händedesinfektionsmittel und Handwaschpräparate: „Die manuelle Aufbereitung beinhaltet konstruktionsabhängig folgende Schritte: Abwischen des Steigrohrs mit Einmaltuch, Reinigung der Dosierpumpe unter fließendem heißen Wasser, Trocknen, Reinigung des Spendergehäuses unter fließendem heißen Wasser, Trocknen, Wischdesinfizieren von Spendergehäuse, Rückwand und Dosierpumpe, Zusammensetzen des Spenders und wiederholtes Durchpumpen eines Desinfektionsmittels.“

Die vorhandenen wandgestützten Händedesinfektionsmittelspender sind mit den eingebrachten Desinfektionsmittelflaschen **nicht kompatibel**.



#### Dringende Empfehlung

Die Desinfektionsmittelspender müssen mit den verwendeten Gebinden kompatibel sein. Laut der Empfehlung zu Anforderungen an Seifen- und Händedesinfektionsmittelspender in Einrichtungen des Gesundheitswesens der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. muss ein Händedesinfektionsmittelspender sowie das in ihm verwendete alkoholische Händedesinfektionsmittelgebinde über einen Zeitraum von 3 Monaten die Alkoholkonzentration konstant halten können. Die Abweichung sollte nicht mehr als +/- 5% betragen.

Die Haltbarkeit von Desinfektionsmitteln ist auch davon abhängig um welche Art von Spender es sich handelt. Im Gesundheitswesen sollen für Händedesinfektionsmittel und Handwaschpräparate laut Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene (KRINKO beim Robert Koch Institut) vorzugsweise als Medizinprodukt deklarierte Spender verwendet werden.

**Die Gebinde sind nicht vollständig geschlossen, so dass äußere Einflüsse wie Temperatur und Luftzirkulation der Umgebung dazu führen können, dass die alkoholischen Wirkstoffe allmählich verdampfen können.**

Die Desinfektionsmittelspender müssen mit den verwendeten Gebinden so abgedichtet sein, dass kein Spielraum zwischen Gebinde und Spender besteht. Eine Alternativlösung durch Gummikappen wurde vor Ort vorgeschlagen.

Zur regelmäßigen Flächendesinfektion steht das Sprühdesinfektionsmittel „CareRapid“ der Firma CareLine GmbH zur Verfügung. Auch hier konnte online bei der Firma keine Produktbeschreibung abgerufen werden. Jedoch ist dieses laut Verpackung bei einer Einwirkzeit von 1 Minute gegen MRSA und ab 15 Minuten gegen Noroviren wirksam.

Bei der Begehung wurde ein angesetzter Fliestuchspender in einem Schrank vorgefunden. Dieser wurde von einem Auszubildenden bei einem Lehrerbesuch vor kurzer Zeit angesetzt. Jedoch hat der Auszubildende eine Haltbarkeit von 6 Monaten notiert.

#### Dringende Empfehlung

Die getränkten Vliestücher verfügen bei ordnungsgemäßem Verschluss über eine Haltezeit von 28 Tagen - diese Haltezeit ist einzuhalten. Das verwendete Desinfektionsmittel muss auf dem Fliestuchspender notiert sein. Der Aufbereitungsprozess der Tuchspender ist in den Reinigungs- und Desinfektionsplan aufzunehmen. Regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeitenden werden empfohlen. Das verwendete Desinfektionsmittel muss auf dem Eimer ersichtlich sein.

#### Dringende Empfehlung

Generell wird bei der Flächendesinfektion eine Wischdesinfektion entsprechend KRINKO empfohlen: „6.1.2 Sprühverfahren: Bei der Sprühdesinfektion wird das Desinfektionsmittel auf die zu behandelnde Oberfläche aufgesprüht. Dabei kommt es zur inhalativen Exposition des Personals, so dass aus Arbeitsschutzgründen von diesem Verfahren abgeraten wird bzw. die Sprühdesinfektion nur in begründeten Ausnahmen als zulässig eingestuft wird, wenn der Bereich nicht durch Wischdesinfektion erreichbar ist, aber der Desinfektion bedarf.“

Im Falle des Ausbruchs einer Magen-Darm-Erkrankung, ausgelöst durch unbehüllte Viren wie z.B. Noroviren, wird ein separater Pflegewagen mit Handschuhen, Kittel und Müllabwurf vor dem Patientenzimmer zur Verfügung gestellt. Dieser beinhaltet nach Bestückung viruzide Hände- und Flächendesinfektionsmittel.

Alle verwendeten Desinfektionsmittel sind VAH-gelistet. Bei sachgerechter Anwendung haben die aufgelisteten Präparate somit eine nachgewiesene Wirksamkeit.

#### **Handwaschplatz:**

Alle Handwaschplätze verfügten über Wandhalterungen für Einmalhandtüchern. Zudem befanden sich auch Händedesinfektionsmittel, eine Waschlotion und teilweise eine Hautschutzcreme an der Wand angebracht.

#### Empfehlung

Da die angebrachten Hautschutzcremes teilweise bereits über dem Mindesthaltbarkeitsdatum waren sollte hier die Nutzung in diesen Bereichen überdacht werden, aufgrund der geringen Verwendungsmenge.

Eine unzureichende Spenderhygiene kann insbesondere bei Einsatz von Waschlotionen zur Keimbesiedlung von Spendersystemen und Produkt führen. Die Reinigung und Desinfektion des Spendergehäuses, mindestens aber der Dosierpumpe, sollte bei Flaschenwechsel erfolgen.

Die Einmalhandschuhe befanden sich teilweise neben den Waschbecken oder auch auf Ablageflächen in den gleichen Räumlichkeiten.

#### Empfehlung

Die Handschuhe sollten mit einer Wandhalterung in den relevanten Bereichen aufgehängt werden. Eine wandgestützte Lagerung verringert das Kontaminationsrisiko.

#### **Wäscheversorgung:**

Die Wäscheversorgung erfolgt im Haus eigenständig durch das Pflegepersonal. Hierzu stehen pro Stockwerk, in getrennten Räumlichkeiten für reine und unreine Wäsche, eine Electrolux Industriewaschmaschine und ein Trockner zur Verfügung. Im „Wäsche unrein“-Raum wird die Bewohnenden Kleidung sortiert wie z.B. in Hell/Dunkel oder Fäkalwäsche und Feinwäsche und in abwischbaren Boxen aufbewahrt bis zur Reinigung. Nach dem Trockenvorgang wird die bewohnerbezogene Kleidung zusammengelegt und in ein offenes, personalisiertes Regalabteil abgelegt.

Das Waschmittel „Arena wash“ und das Wäschedesinfektionsmittel „ARENAS®-oxydes“ der Firma Kiel werden mittels einer Dosieranlage den Waschmaschinen hinzugefügt. Das Wäschedesinfektionsmittel ist VAH gelistet und erfüllt alle geforderten Punkte. Die Prüfung der Maschine nach VDE ist wieder im August 2024 fällig. Eine Kontrolle der Industriewaschmaschinen durch Bio-Indikatoren erfolgt. Die Mikrobiologische Untersuchung mit Bioindikatoren und Thermologger wurde am 26.01.2022 durch die Firma BioCheck durchgeführt. Die Prüfberichte der Maschinen zeigten keine Beanstandungen.

#### Empfehlung

Die angebrachten Kanister mit den Waschmitteln werden regelmäßig durch den Hausmeister nach Verbrauch ausgetauscht. Hier empfehlen wir, das Anbruchsdatum auf die Kanister zu notieren.

Im Erdgeschoss befindet sich eine Haushaltswaschmaschine. In dieser wurden die Schürzen und Geschirrhandtücher des Cafébetriebs gereinigt. Aktuell werden in der Maschine lediglich die Küchenhandtücher der Wohnbereichsküchen gereinigt und einer Bewohnerin zum Bügeln gegeben. Das hierfür verwendete Wäschedesinfektionsmittel ist „SANOMAT Hygiene“. Dieses wird in einem unbeschrifteten Eimer und zusätzlich in der geöffneten Originalverpackung gelagert.

#### Empfehlung

Der unbeschriftete Eimer für die Aufbewahrung des Waschmittels muss beschriftet sein, um eine Nachvollziehung des Inhalts zu gewährleisten.

Die Arbeitsplatten in den Wäscheaufbereitungsräumen zeigten sich an einigen Stellen abgenutzt. diese Mängel wurden bereits bei der letzten Begehung durch die Heimaufsicht aufgenommen.

#### Dringende Empfehlung

Eine hygienisch einwandfreie Durchführung der Hausreinigung gehört laut der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionshygiene zur Basishygiene und ist somit rou-



tinemäßig in sämtlichen Bereichen einer Einrichtung des Gesundheitswesens beanstandungslos umzusetzen. Offene Arbeitsflächen müssen so beschaffen sein, dass eine hygienische Reinigung der Fläche möglich ist.

Die Mitarbeitenden sortieren ihre getragene Arbeitskleidung in, vor der Personalumkleide stehenden, Abwurfbehältnisse. Diese werden dann durch das Hauspersonal in der eigenen Wäscheaufbereitung gewaschen und gebügelt.

#### **Reinigung:**

Die Reinigung erfolgt durch die Firma „Gebäudereinigung K. Witz“ aus Stuttgart, Syringenweg 5, 70565 Stuttgart. Das Reinigungsmaterial wird durch das Reinigungspersonal in der Hauseigenen Industriewaschmaschine „Electrolux“ gereinigt. Diese befindet sich im Nachbarhaus der Villa Maria. Hier werden die Mopps mit dem Waschmittel „Saponmatic forte“ der Firma Rösch gewaschen. Eine Überprüfung mittels Bio-Indikatoren findet bei dieser Maschine ebenfalls statt.

Die Reinigungswägen befanden sich am Tag der Begehung in einem unzureichenden Zustand. Auf diesem waren eine Trinkflasche der Mitarbeiterin abgelegt sowie ein Karton in welchem Utensilien gelagert wurden. Die Halterungen für den Besen an der Seite waren bereits abgebrochen und somit nicht nutzbar. Es gibt einen Eimer mit Wasser und Reinigungslösung für die Mopps. Nach einmaligem Gebrauch wird dieser ausgetauscht.

#### Empfehlung

Auf den Reinigungswägen sollte nur das tatsächlich benötigte Material gelagert werden, Material sollte außerdem nicht im Lieferkarton auf dem Wagen gelagert werden. Eine geeignete Umverpackung sollte sichergestellt werden, z.B. in Plastikkisten.

Zur Lagerung der Reinigungsmittel steht dem Reinigungspersonal ein Schrank bei der Haushaltswaschmaschine im EG zur Verfügung. Hier wurden unter anderem stark verreckte Flächenreinigungskanister, angebrochene Desinfektionsmittel und leere Wasserflaschen vorgefunden.

#### Empfehlung

Dieser Schrank ist dringend zu reinigen und auszusortieren.

#### **Personal:**

Am Tag der Begehung wurden mehrere Reinigungsfachkräfte darauf aufmerksam gemacht, den getragenen Schmuck (Ehering/Uhr) abzulegen. Ihnen wurde vor Ort erläutert warum das Tragen von Schmuck zu unterlassen ist.

#### Forderung

Bei Tätigkeiten die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, dürfen an Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke, Uhren, und Eheringe getragen werden. Nagellack ist ebenfalls nicht zulässig. Diese Faktoren können die Wirksamkeit der Händedesinfektion vermindern (s. TRBA 250 4.1.2.6. und Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut „Händehygiene“, Empfehlungen zur Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens September 2016. Die Mitarbeitenden sind diesbezüglich regelmäßig zu unterweisen.

#### **Pflegewagen:**

Die bei der Begehung gesichteten Pflegewägen waren in einem unhandlichen Zustand. Auf einem Wagen befand sich ein abgelaufenes Desinfektionsmittel.

#### Empfehlung

Bei Neuanschaffung sollte auf Halterungen z.B. für die Handschuhe oder für das Desinfektionsmittel geachtet werden. Der Müllabwurf mit Fußtritt beschafft werden.

### **Lagerraum**

Im Erdgeschoss befindet sich ein großer Lageraum. In diesem befindet sich das Material des Cafés sowie Schutzausrüstung und Schnelltests der Einrichtung. Der Raum war sehr zugestellt, eine einwandfreie Reingung des Bodens ist somit nicht möglich.

### Dringende Empfehlung

Entsprechend der KRINKO Empfehlung gehört zur Basishygiene auch die Reinigung der Fußböden in Lagerräumen ohne das Auslassen erschwerter zugänglicher Stellen wie z. B. unter den Schränken oder Kisten.

### **Personalumkleiden:**

Die geschlechtergetrennten Personalumkleiden befinden sich im Erdgeschoss. Jedem Mitarbeitenden stehen zwei Spinde zur Verfügung, somit ist eine Schwarz-Weiß-Trennung gewährleistet. Für die Straßenschuhe gibt es die Möglichkeit diese in Plastikboxen über den Spinden aufzubewahren. Das Angebot wird jedoch nicht von allen Mitarbeitenden genutzt.

### Empfehlung

Vor Ort wurde über die Option eines Schuhregals gesprochen.

Jedem Umkleideraum steht eine Toilette mit Handwaschplatz und Dusche zur Verfügung. Die Duschköpfe wiesen verstärkte Verkalkungen auf.

### Dringende Empfehlung

Auf in den Sieben befindlichen Sedimenten kann sich ein Biofilm bilden, auf dem wiederrum Keime wachsen können. Dasselbe trifft auch auf Kalkablagerungen in Duschköpfen zu. Gemäß der technischen Regel DVGW / VDI 6023 muss gewährleistet sein, dass alle Siebstrahlregler in regelmäßigen Abständen entkalkt und gereinigt werden.

In der Toilette der Damen standen keine Hygienebeutel zur Verfügung.

### Empfehlung

In der Personaltoilette sowie in der Besuchertoilette sollte die Möglichkeit zum Entsorgen von Hygieneartikeln bereitgestellt werden. Diese sollten auf keinen Fall über die Toilette dem Abwassersystem zugeführt werden.

Vor der Männerdusche befand sich ein verdreckter Duschkorbleger.

### Empfehlung

Der Duschkorbleger sollte entfernt werden, eine regelmäßige Reinigung muss erfolgen.

### **Medizinprodukte:**

Jedes Stockwerk verfügt über ein kleines Dienstzimmer. In diesem befindet sich ein Verbandskasten, welcher durch das Pflegepersonal regelmäßig kontrolliert wird.

Die Medizinprodukte werden nach Ablauf von 2 Jahren ausgetauscht.

Die Blutzuckergeräte werden einmal pro Monat durch einen Mitarbeiter kalibriert.

Im 1. OG Lageraum befanden sich einige Hebelifter an denen keine aktuellen Prüfplaketten angebracht waren.

### Dringende Empfehlung

Bei den Hebeliftern ist zu prüfen ob diese vor kurzem gewartet wurden und die Plakette eventuell vergessen wurde anzubringen oder ob diese bei der letzten Wartung übergangen wurden. Die Hebelifter sind dann nachträglich zu warten.



### **Steckbeckenspülautomaten:**

In den Arbeitsräumen unrein befindet sich jeweils ein Steckbeckenautomat der Firma Arjo. Über der Anlage werden die gespülten Steckbecken gelagert. Neben den Steckbecken wurden zudem Reinigungsbürsten abgelegt. Laut der Hauswirtschaftsleitung werden mit Hilfe dieser Bürsten Restrückstände von den Steckbecken entfernt.

#### Empfehlung

Die Bürsten sollten durch eine mechanische Nachreinigung mittels Einmalprodukten wie z.B. Einmalpapierhandtüchern ersetzt werden.

Die aktuellsten Prüfprotokolle der Steckbeckenautomaten sind vom 24.01.2023 der Firma Arjo. Der empfohlene A0-Wert von mindestens 600 wurde an allen Geräten erreicht.

### **Wohnbereichsküchen:**

In den offenen Wohnbereichsküchen bereitet das Pflegepersonal das tägliche Essen vor. In den Kühlschränken befindet sich ein Thermometer. Die Dokumentation erfolgt in einem Ordner welcher in der Küche abgelegt ist.

Die Trinkkästen standen gestapelt in der Küche. Aufgrund der Unbeweglichkeit der Kisten ist die Reinigung unter und hinter diesem Bereich sichtbar nicht durchgeführt worden.

#### Empfehlung

Um die Reinigung hinter den Getränkemöbeln zu gewährleisten, sollte eine Verschiebung der Kisten möglich gemacht werden. Hierfür eignen sich Rollbretter oder Schiebewägen.

Auf der Dunstabzugshaube in der Küche im 1. OG befand sich ein Diabetesmessgerät sowie ein kleiner Abwurfeimer ohne Deckel.

#### Dringende Empfehlung

Medizinprodukte sowie Abwurfbehältnisse sind ordnungsgerecht aufzubewahren. Die Abwurfbehältnisse sind nur mit einem Abwurfdeckel zu verwenden.

### **Bewohnerbad:**

Zwei Bewohnerbäder wurden bei der Begehung exemplarisch besichtigt. Jeweils zwei Kurzzeitbewohnende teilen sich ein gemeinsames Bad. In diesem steht jeder Person ein personalisiertes Regal zur Verfügung. Auf der Heizung lag eine Packung Handschuhe. Diese werden laut der Hauswirtschaftsleitung benötigt, sollte ein Bewohnender um Hilfe bitten.

#### Empfehlung

Die Handschuhe sollten an einer Wandbefestigung angebracht sein und nicht lose im Raum abgelegt sein.

### **Pflegebäder:**

Lediglich das Pflegebad im 3. OG wird als solches genutzt. Jeder Bewohnende hat einen festen Badetag. An diesem Tag wird auch das Bett frisch überzogen.

Das Pflegebad wurde in einem sauberen Zustand vorgefunden. Neben der Pflegebadewanne stand ein gepolsterter Stuhl mit einem Übertuch. Dieser wird lediglich von einer schwangeren Mitarbeiterin als Ruheplatz verwendet.

#### Dringende Empfehlung

Die Reinigung des Stuhls ist in den R-/D-Plan aufzunehmen.

In der Pflegebadewanne wurde kein angeschlossenes Desinfektionsmittel gesichtet.

Die Reinigung der Badewanne ist nicht im R-/D-Plan aufgeführt.

Dringende Empfehlung

Die Reinigung der Pflegebadewanne ist in den R-/D-Plan aufzunehmen.

Das Spülmanagement findet an allen, nicht regelmäßig genutzten, Entnahmestellen einmal pro Woche statt. Im Lagerraum im 1. OG sind die Dusche sowie die Toilette zugestellt. Die Spülung findet hier lediglich am Spülbecken statt.

Dringende Empfehlung

Nach Rücksprache mit der Trinkwasserhygiene muss an jeder Entnahmestelle eine Spülung erfolgen.

Der bestimmungsgemäße Betrieb nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik, hier die VDI/DVGW Richtlinie 6023, besagt, dass an jeder Stelle der Trinkwasserinstallation ein Kalt- und Warmwasseraustausch durch Entnahme binnen 72 Stunden (spätestens nach 7 Tagen) stattfinden muss. Dabei soll der Leitungsinhalt 2,5-fach entleert werden, das sind durchschnittlich 8 bis 10 Liter Wasser je Zapfstelle. Das Wasser muss dazu je Zapfstelle circa eine Minute laufen. Ein bestimmungsgemäßer Betrieb einer Trinkwasseranlage verlangt also einen Kalt- und Warmwasseraustausch innerhalb von 72 Stunden an jeder Zapfstelle (alle Wasserhähne, auch an der Badewanne und in der Dusche). Wenn das Wasser nicht regelmäßig entnommen wird und so in den Leitungen stagniert, können sich Keime optimal vermehren auch in Steigleitungen.

**Bauhygiene allgemein:**

Die Perlatoren werden nach Aussage der Hauswirtschaftsleitung einmal jährlich gewechselt. Bei der Begehung wurden einige stark verschmutzte Perlatoren vorgefunden.

Empfehlung

Bei den Perlatoren sollte der Turnus nach Bedarf angepasst werden.

Die Lüftungsanlage im Haus wies keine Verschmutzung auf.

Die Stühle sind gepolstert und mit einem Stoffbezug ausgestattet, welcher regelmäßig abgewischt wird. Auf jedem Stuhl liegt zudem eine mehrschichtige, saugfähige Sitzauflage.

Empfehlung

Wir empfehlen bei Neubeschaffung aus hygienischen Gründen abwischbare Stühle um eine bessere Reinigung zu gewährleisten.

Im Wohnbereichsflur befinden sich mehrere Sitzmöglichkeiten. Auf jeder befindet sich eine Sitzauflage. Auf zwei Sesseln befanden sich Lammfelle. Zudem befand sich ein nicht bewohnerbezogenes Kuscheltier auf einem Sessel.

Dringende Empfehlung

Die Lammfelle sind in den Reinigungsplan aufzunehmen. Bei keiner adäquaten Reinigungsmöglichkeit oder bei keiner bewohnerbezogenen Nutzung sollte das Fell entsorgt werden. Dies gilt auch für das Kuscheltier.

Der Holzboden zeigt an einigen Stellen bereits größere Verbrauchsspuren. Teilweise ist der Boden so beschädigt, dass das raue Holz bereits sichtbar und die Schutzschicht abgelöst ist.

Dringende Empfehlung

Um eine ordnungsrechte Reinigung zu gewährleisten ist der Boden zu erneuern bzw. auszubessern.



**Bewohnenden Hygiene:**

Das Nagelinstrumentarium wird in der Einrichtung personenbezogen verwendet.

**Abfallentsorgung:**

Im Erdgeschoss befinden sich die Müllcontainer. Der Bereich war geruchsneutral und zeigte keine größeren Verschmutzungen.

**Friseur / Fußpflege und andere ambulante Dienste:**

Die Fußpflege für die Bewohnenden wird durch folgende Dienstleiterinnen erbracht:

Frau Gabriele B-Schmid, *Gustav-Klein-Str. 15, 70469 Stuttgart* und

Frau Brigitta Schwarzer *Asangstraße 154, 70329 Stuttgart*.

Die Frisörin Frau Birgit Heimerdinger, *Schwarzwaldstraße 113a, 70569 Stuttgart* bietet ihre Dienstleistungen in einem umgebauten Pflegebad im 2. OG an. Der Raum ist ausgestattet mit einem Wartebereich und einem Schneidebereich mit Spiegel. Der Wasserhahn ist mit einem herausziehbaren Schlauch ausgestattet.

**Schädlingsbekämpfung:**

Die Schädlingsbekämpfung übernimmt die Firma GWR Dienstleistungen UG, *Libanonstraße 22B, 70184 Stuttgart*.

**Belehrungen nach IfSG:**

Die Folgebelehrungen wurde bislang durch Frau Förstner in Zusammenhang mit der jährlichen Hygieneschulung der Mitarbeitenden durchgeführt und dokumentiert. In Zukunft soll diese jedoch über das Onlineportal „SuperNurse - Lern-App für Pflegende“ ausgeführt werden.

**Gesundheitszeugnisse:**

Die Gesundheitszeugnisse der Bewohnenden nach § 36 IfSG konnten uns am Tag der Begehung nicht vorgelegt werden. Die Mitarbeitenden aus dem Qualitätsmanagement prüfen die Abfrage auf dem Aufnahmebogen und werden diesen Punkt ergänzen laut Herrn Stanisavljevic.

**Verantwortliche Personen nach § 35 Absatz 1 Satz 6 IfSG:**

Dem Gesundheitsamt wurde als verantwortliche Person Frau Förstner genannt.

Das Covid-19-Testverfahren liegt uns in digitaler Form vor und ist ohne Beanstandungen.

---

A. Kühling





Adina Kristo

Freitag, den 21.04.2023

Pflegesachverständige

An das Amt für öffentliche Ordnung

- Heimaufsicht -

Zusammenfassung des Gutachtens über die geprüfte Pflegedokumentation und die pflegerische Versorgung der Heimbewohner im Haus Veronika, Gänsheidestr. 49, 70184 Stuttgart.

Heimbegehung am 26.01.2023

Die Einrichtung bietet 30 Dauerpflegeplätze, in 3 Hausgemeinschaften strukturiert und 6 Plätze für die solitäre Kurzzeitpflege an. Die 3 Hausgemeinschaften sind auf 3 Stockwerke wie folgt verteilt:

- 1.OG - St. Vinzenz mit 10 Dauerpflegeplätze und 2 Solitäre Kurzzeitpflegeplätze
- 2.OG - St. Anna mit 10 Dauerpflegeplätze und 2 Solitäre Kurzzeitpflegeplätze
- 3.OG - Carl Joseph mit 10 Dauerpflegeplätze und 2 Solitäre Kurzzeitpflegeplätze

Eine EDV-gestützte Pflegedokumentation wurde auf allen 3 Hausgemeinschaften eingeführt, dafür verwendet wird das Dokumentationssystem Swing. Dies beinhaltet unter anderem die Strukturierte Informationssammlung (SIS) und den Tagesstrukturplan. Die Bezugspflege wurde auf den 3 Hausgemeinschaften implementiert. Die Ess-, Trink-, und Bewegungsprotokolle werden weiterhin schriftlich dokumentiert. Die Risikoerfassung wird alle 2 Monate und bei Bedarf evaluiert. Die Wundversorgung wird von einer Kombination aus einem externen (Sanitätshaus Eishold) und einem internen Wundmanager gewährleistet.

Im Rahmen der Begehung wurden von mir die Hausgemeinschaften 1 und 2 besucht.

#### **Die Pflegedokumentation:**

Die stichprobenartige Einsichtnahme erfolgt anhand von mehreren Pflegedokumentationen.

Das Stammdatenblatt der Bewohner beinhaltet die erforderlichen persönlichen, rechtlichen und sozialen Daten, Angaben zu den nötigen Hilfsmitteln, den ärztlichen Diagnosen und den Namen der behandelnden Ärzte. Im Medikamentenblatt sind die obligaten und Bedarfsmedikamente aufgelistet. Im Falle einer nötigen Verlegung in ein Krankenhaus werden diese Daten, die SIS Bögen und der jeweilige Impfpass in Kopie, sowie die Versicherungskarte mitgegeben.

**Die Gewichtskontrollen** werden einmal im Monat durchgeführt und sind gründlich dokumentiert. Die anderen Vitalzeichen wie Puls, Größe, Blutzucker werden nach ärztlicher Anordnung und bei Bedarf erhoben.

**Das neues Begutachtungsinstrument (NBI)** dient der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, der Erleichterung Daten zu erheben und an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln, die Evaluierung in der Einrichtung erfolgt zweimal im Jahr und bei Bedarf, durch die PDL.

**Die Integrationsgespräche**, nach dem Einzug, finden nach 6 bis 8 Wochen statt. Der Bewohner sowie seine Angehörigen/Betreuer werden über den Zeitpunkt des Integrationsgesprächs informiert und, sofern es der Bewohner wünscht, eingeladen. Das Integrationsgespräch wird von der Bezugspflegekraft durchgeführt und im PC dokumentiert. Bei Bewohnern mit eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten achtet die Pflegekraft verstärkt auf nonverbale Signale, also insbesondere auf die Gestik und Mimik.

#### **Akute/Chronische Schmerzen:**

Die Erhebung der Schmerzskala wird nach ärztlicher Anordnung durchgeführt, die Schmerzprophylaxe ist dokumentiert. Die Schulung der Mitarbeiter in Bezug auf die Inhalte und ihre Aufgaben für die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems für die Schmerztherapie findet regelmäßig statt. Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ ist in der Einrichtung implementiert.

**Die SIS - Bögen, die Risikomatrix und die Maßnahmenpläne** werden grundsätzlich alle 2 Monate und bei Bedarf evaluiert.

In den geprüften SIS- Bögen konnte ich mehrere Unstimmigkeiten, wie zum Beispiel:

-> Die Risiken werden in den Themenbereichen beschrieben und danach werden sie in der Risikomatrix verneint;

->in der Risikomatrix wird „Ja - weitere Einschätzungen notwendig“ angekreuzt - aber ein Pflegeassessment wird nicht angewendet.

->In den Themenfeldern wird nicht vermerkt, dass eine Wunde nur in der Dialyse verbunden wird.

**Empfehlung:** Interne Fortbildungen im Bereich Strukturierte Informationssammlung anbieten.

#### **Aufbewahrung, Umgang und Verabreichung der Medikamente:**

Die Medikamente werden 3 x in Woche in der Nacht, nach dem 4 Augen Prinzip, gerichtet. Die Medikamente werden bewohnerbezogen aufbewahrt, jede Schachtel ist mit dem Namen des jeweiligen Bewohners versehen. Die Apotheke Rosenberg liefert die Medikamente in die Einrichtung.

**Empfehlung:** Das Datum des Anbruchs sowie die Haltbarkeitsdaten nach Anbruch müssen auf den Salben, Insulinpens und der Tropfenmedikation ersichtlich sein. Wird ein Medikament angebrochen, muss dies auf der Packung deutlich sichtbar vermerkt werden. Durch den Vermerk des Anbruchdatums und die regelmäßige Kontrolle angebrochener Medikamente wird sichergestellt, dass ein geöffnetes Medikament nicht über die vom Hersteller vorgegebene Zeit hinaus verwendet wird.

Die Aufbewahrung der Betäubungsmittel erfolgt getrennt von den übrigen Arzneimitteln, in einem gesonderten Betäubungsmittelschrank im Hauptdienstzimmer, dieser ist immer verschlossen. Bestandsüberprüfung wurde von Fr. Dr. Jonke durchgeführt.



**Bedarfsmedikation:** Die Gabe von Bedarfsmedikation erfolgt nach ärztliche Anordnung, die Indikation (also der Bedarf); die Einzeldosis und die Maximaldosis für 24 Stunden sind dokumentiert. Laut den Mitarbeitenden wird die Dokumentation der Gabe von Bedarfsmedikation im Tagesbericht erfasst.

-> Bei einem Bewohner konnte ich die Bedarfsmedikation, Beruhigungsmittel, nicht in der Medikamentenbox finden.

**Empfehlung:** Die vom Arzt angeordnete Bedarfsmedikation muss vorhanden sein.

-> Ein Medikament gegen Schlafstörung wurde, bei Bedarf, vom Arzt am 11.10.22 angesetzt. Die Packung (30 Tabletten) wurde am 13.10.22 geliefert. Vorhanden in der Schachtel waren noch 4 Tabletten. Laut Dokumentation, im Bedarfsmedikationsbutton, wurde das Medikament nur 2 Mal bei Bedarf verabreicht. In der Pflegedokumentation konnten wir auch keine weiteren Berichte, über die Verabreichung, finden.

-> Bei einem anderen Bewohner wurden auch Schlafmittel, bedarfsweise, vom Hausarzt angeordnet. Die 20 Tabletten wurden am 26.01.22 geliefert. Vorhanden war nur noch eine Tablette. Die entsprechende Dokumentation hat komplett gefehlt.

**Dringende Empfehlung:**

Bei der medikamentösen Versorgung ist eine lückenlose Dokumentation immer die erste Pflicht.

Die Medikamentengabe soll unter dem Bedarfsmedikationsbutton im PC System (Swing) dokumentiert werden, um einen besseren Überblick über die Verabreichung der Bedarfsmedikation zu gewährleisten.

Die Einrichtung sollte Schulungen für die Mitarbeiter über Medikamentenmissbrauch anbieten.

**Persönlicher Eindruck:**

Die Pflege in der Einrichtung beruht auf einer engen Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden. Die Mitarbeitenden pflegen mit professioneller Zuwendung und bringen Einfühlungsvermögen und Kommunikationsfreude mit.

Adina Kristo

