



LANDRATSAMT  
TUTTLINGEN

**- Heimaufsichtsbehörde -**

Anonymisierte Version des  
Berichts auf Grundlage des  
§ 8 Absatz 2 Satz 5 WTPG

**B E R I C H T**

über die unangemeldete Heimnachscha

am 07.03.2019

in der

Seniorenzentrum Bethel Trossingen gGmbH  
Wagnerstraße 5  
78647 Trossingen

**Teilnehmer:**

Frau S.	Hauptgeschäftsführung
Frau S.	Assistenz der Geschäftsführung
Frau R.	verantwortliche Pflegefachkraft
Herr S.	Qualitätsmanagement
Frau L.	Hauswirtschaftsleitung
Herr L.	Technischer Dienst
Herr Krafft	Landratsamt Tuttlingen, Gesundheitsamt
Herr Dr. Haug	Landratsamt Tuttlingen, Gesundheitsamt
Herr Aicher	Pflegesachverständige für das Landratsamt
Frau Liebermann	Landratsamt Tuttlingen, Heimaufsicht
Herr Keller	Landratsamt Tuttlingen, Anwärter

Tuttlingen, 07.06.2019

# **1. Heimbegehung**

## **1.1. Aktuelle Begehung**

Die Überprüfung nach § 17 Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) fand am 07.03.2019 von 09:00 Uhr bis 12:30 Uhr unangemeldet als Regelüberprüfung statt.

## **1.2. Ergebnisse der letzten Begehung**

Die letzte Heimbegehung wurde am 25.04.2018 durchgeführt. Die letzte Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) fand vom 26.11.2018 bis zum 27.11.2018 statt.

Bei der letzten Heimbegehung durch die Heimaufsicht wurden unter anderem folgende Mängel festgestellt:

1. Personalausstattung im Bereich der Pflege war nicht ausreichend.
2. Bewegungseinschränkungen sollten zukünftig beschrieben werden und diesbezüglich adäquate Maßnahmen geplant werden.
3. In den Umkleidebereichen waren keine Wandspender für die Händedesinfektion vorhanden.
4. Bei den Umkleiden wurden die fehlende Lagerungsmöglichkeit für die Straßenschuhe und mangelnde Sitzmöglichkeiten bemängelt.
5. Die notwendige Anzahl der Personaltoiletten und Personalduschen war gemäß Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) nicht gegeben.
6. Es wurde dringend empfohlen, den Ablauf einer Reinigung im „Ausbruchsgeschehen“ z.B. Noroviren mittels fiktiven Bewohnerzimmern zu üben.
7. Die Überprüfungsprotokolle der Waschmaschine in der Waschküche waren nicht vor Ort ersichtlich.
8. Bezüglich des Abluftschlauches des Wäscheabluftrockners sollte eine andere Lösung gefunden werden.
9. Bodenlagerung in der Waschküche sollte vermeiden werden.
10. In der Wohnbereichsküche „Wolke“ sollte die Wasserarmatur mit Warmwasser repariert werden.
11. Es wurde empfohlen, zu überprüfen, ob das zweite, zweckentfremdete Pflegebad benötigt wird.
12. Im diesem Pflegebad war der Technische Maßnahmewert gem. Trinkwasserverordnung mit 1600 KBE/100 ml Legionellen deutlich überschritten.
13. Alle Wasserverbrauchsstellen die nicht täglich genutzt werden sollten mit einem Spülplan versehen werden.

14. In der „Infektionskiste MRSA“ sollte der Kopf- und Haarschutz mit aufgenommen werden.
15. Die Legionellenuntersuchungsbefunde waren zu beanstanden.

## **2. Strukturdaten und Personal**

### **2.1. Strukturdaten**

#### **Leistungsstruktur**

##### **Träger der Einrichtung**

Gesundheitswerk Bethel Berlin gGmbH, Promenadenstraße 5a, 12207 Berlin

##### **Hauptgeschäftsführung**

Frau S., Stellenanteil: 33 %, seit 01.10.2008

##### **Leitung der Einrichtung (HL)**

Herr Hiltz, Stellenanteil: 100 %, seit 01.10.2016

Stellvertretung: Herr Hiltz und Frau S. vertreten sich gegenseitig.

Herr Hiltz ist ausschließlich für diese Einrichtung mit der Einrichtungsleitung betraut. Frau S. ist außerdem für das Seniorenzentrum Bethel in München mit der Hauptgeschäftsführung betraut.

##### **Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL)**

Frau R., Stellenanteil: 90 %, seit 01.06.2009

Stellvertretung durch: Frau T., Stellenanteil: 100 %

Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in dieser Funktion noch in einer anderen Einrichtung tätig?  ja  nein

Frau R. ist in dieser Funktion noch in der Geriatrischen Reha-Klinik Bethel Trossingen mit 10 % tätig.

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist zur Wahrnehmung von Leitungsaufgaben durchgängig freigestellt.

##### **Wohnbereichsleitungen**

Wohnbereich Wiese: Frau T.

Wohnbereich Wolke: Frau K.

##### **Verantwortliche Fachkraft für die Hauswirtschaft**

Frau L., Hauswirtschafterin, Stellenanteil: 100 %, seit 01.01.2019

##### **Verantwortliche Fachkraft für die Reinigung**

Reinigung ist outgesourct. Frau L. ist Ansprechperson.

##### **Verantwortliche Fachkraft für die Wäsche**

Wäsche wird bei BW-Textil gereinigt. Frau L. ist Ansprechperson.

##### **Sozialdienstleitung**

Frau S., Bachelor of Arts – Sozialpädagogik / Soziale Arbeit, Stellenanteil: 75 %, seit 01.07.2018

## Bewohnerstruktur:

Im Versorgungsvertrag sind insgesamt 102 vollstationäre Pflegeplätze einschließlich 15 eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze ausgewiesen. Von den 102 zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen waren am Stichtag 88 belegt:

Haus, Station, Wohnbereich	EZ	DZ	Bewohnerzahl		Bewohner in Pflegegrade (§ 15 SGB XI)					
			lt. VV	tats.	PG 0	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Wohnbereich Wiese	13	16		44	0	6	4	21	6	7
Wohnbereich Wolke	11	17		44	0	1	9	13	13	8
<b>Gesamt</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>102</b>	<b>88</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>34</b>	<b>19</b>	<b>15</b>
davon KZP				8						

Das Seniorenzentrum Bethel Trossingen hat eine solitäre Tagespflege.

### Bewohnerstruktur:

Es sind dement	54 Bewohner
Es sind harninkontinent	78 Bewohner
Es haben Kontrakturen	9 Bewohner
Es haben einen transurethralen Blasenkatheter	1 Bewohner
suprapubischen Blasenkatheter	5 Bewohner
Dauerhaft/überwiegend bettlägerig sind	0 Bewohner
es werden alle (übrigen) Bewohner mobilisiert	
Eine PEG-Sonde haben	3 Bewohner
Einen Dekubitus	2 Bewohner
0 entstanden im Heim	
2 entstanden im Krankenhaus oder vor Aufnahme	
Es erhalten Betäubungsmittel	6 Bewohner
Es haben Infektionserkrankungen	0 Bewohner
Es haben Diabetes mellitus	23 Bewohner
Davon insulinpflichtig	6 Bewohner
Es sind beatmungspflichtig	0 Bewohner
Es liegen im Wachkoma	0 Bewohner

Im letzten Kalenderjahr sind 35 Bewohner verstorben, im aktuellen Kalenderjahr waren es bislang 7 Bewohner.

## 2.2. Personal

### Personalschlüssel

Pflegegrad 0	-	Pflegegrad 4	1 : 2,00
Pflegegrad 1	1 : 5,00	Pflegegrad 5	1 : 1,90
Pflegegrad 2	1 : 3,75	Hauswirtschaft / Technik	1 : 5,80
Pflegegrad 3	1 : 2,67	Leitung / Verwaltung	1 : 27

## Personalausstattung

Nach den zur Verfügung gestellten Dienst- und Stellenplänen war am Begehungstermin folgendes Personal vorhanden:

Stichtag 07.03.2019	Beschäftigtes Personal IST	Mindestpersonal nach LQV SOLL	Differenz
Fachkräfte einschl. PDL	17,06		
Hilfskräfte	16,41		
davon Auszubilden- de, Praktikanten, FSJ und BFD*	1,6		
<b>Gesamt</b>	<b>35,97</b>	<b>35,00</b>	<b>+ 0,97</b>

\* Auszubildende, Praktikanten, FSJ und BFD werden zu je 20 % angerechnet

Der Personalbestand im Bereich Pflege ist nach der aktuellen LQV erfüllt.

Zur Berechnung der Fachkraftquote wird die Pflegedienstleitung mit dem Anteil berücksichtigt, mit dem sie dienstplanmäßig für einen bestimmten Wohnbereich eingeteilt und dort unmittelbar in betreuende Verrichtungen eingebunden ist. Die Fachkraftquote beträgt 51 % und erfüllt somit die gesetzliche Anforderung.

Die Einrichtung gibt an, dass viel Wert auf Mitarbeiterbindung gelegt werde und daher viele Angebote für die Mitarbeiter bestehen würden. Im Seniorenzentrum Bethel in Trossingen gebe es dadurch auch wenig Fluktuation.

Des Weiteren seien verschiedene Projekte geplant, um ausländisches Pflegepersonal zu gewinnen.

Betreuungspersonal nach § 43 b SGB XI ist in der Einrichtung mit zusätzlichen 4,75 Stellen beschäftigt.

### 2.3. Dienstpläne

Stichprobenartig wurden die Dienstpläne vom Januar, Februar und März 2019 in Bezug auf die Fachkraftabdeckung geprüft.

#### **Tagdienst**

An folgenden Tagen wurden im Tagdienst Fachkraftlücken festgestellt:

- 26. und 27. Februar 2019
- 4. März 2019

#### **Nachtdienst**

Im Nachtdienst wurden keine Fachkraftlücken festgestellt.

#### **► F A Z I T:**

- **Personalausstattung im Bereich der Pflege ist ausreichend.**
- **Die Fachkraftquote erfüllt die gesetzliche Anforderung.**
- **Im Tagdienst wurden einzelne Fachkraftlücken festgestellt.**

- **Im Nachtdienst wurde an allen Tagen eine ausreichende Personalbesetzung gewährleistet.**

### **3. Qualitäts- und Beschwerdemanagement, Organisation**

#### **3.1. Qualitätsmanagement**

Sind Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) benannt?  ja  nein  
Herr S. (100 %), Frau D. (100 %)

Ist die praktische Ausbildung der Pflegeschüler durch Praxisanleiter sichergestellt?  ja  nein  
Herr M., Frau B., Frau F. (alle Pflegefachkräfte + Mentor)

#### **3.2. Konzeption und Qualitätssicherung**

Wird Bezugspflege durchgeführt?  ja  nein

Werden Pflegevisiten durchgeführt?  ja  nein  
*Die Pflegevisiten werden jährlich geplant und regelmäßig durchgeführt.*

Sind sie  bewohner- oder  mitarbeiterbezogen?  
*Die Mitarbeiter werden im Umgang mit den Expertenstandards geschult.*

Werden interne Audits bzw. Prüfungen durchgeführt?  ja  nein  
*QMH Audits: monatlich  
Datenschutz: 1 x jährlich pro Bereich  
Hygienevisiten: 1 x jährlich pro Bereich  
Pflegevisiten: monatlich  
Sicherheitsbegehungen: 3 x jährlich  
Interne Revision durch Träger: 1 x jährlich*

*Bei der internen Revision wurde unter anderem die Überarbeitung des Qualitätshandbuchs und der Verfahrensanweisungen diskutiert.*

Ist die Einrichtung durch ein Prüfunternehmen zertifiziert?  ja  nein  
*Zertifikat der proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft vom 10.07.2016, Diakonie-Siegel Pflege Version 3.0*

#### **3.3. Fortbildungen**

Liegt eine Übersicht der im vergangenen Jahr erfolgten bzw. laufenden Fortbildungen vor?  ja  nein

Finden für alle Mitarbeiter Fortbildungen statt?  ja  nein

*Die Einrichtung hat zudem das E-Learning System „CNE“ eingeführt. Dabei haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit, sich in verschiedene Themen online einzulesen, dazu passende Kurzfilme anzuschauen und die*

entsprechenden Handlungsanweisungen zu lernen. Jedes Thema wird mit einer Prüfung (Multiple-Choice Test) abgeschlossen. Ziel für das Jahr 2019 ist es, dass alle Mitarbeiter vier Prüfungen ablegen. Dabei werden zwei Themen von der Einrichtung vorgegeben, ein Thema bestimmt der Bereichsleiter je nach Defiziten der Mitarbeiter und das letzte Thema darf sich der Mitarbeiter selbst aussuchen.

Liegen Nachweise für weitere interne und externe Fortbildungen vor?  ja  nein

Werden § 43 b-Kräfte mit zwei Tagen jährlich geschult?  ja  nein

Liegen hierfür Nachweise vor?  ja  nein

### **3.4. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)**

Liegt eine Auflistung der Bewohner mit FEM vor?  ja  nein

Liegen gerichtliche Genehmigungen für FEM bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern vor?  ja  nein

*Bei drei Bewohnern lagen Beschlüsse des Betreuungsgerichtes vor.*

Wurden versteckte FEM festgestellt?  ja  nein

### **3.5. Geldverwaltung**

Werden Bargeld oder Wertgegenstände verwaltet?  ja  nein

*Es wird für einen Bewohner Geld verwaltet.*

#### **► FAZIT:**

- **Die Einrichtung führt ein Qualitätsmanagement und entwickelt dies fort.**
- **Mitarbeitern werden Fortbildungen angeboten.**
- **Es wurden keine Unstimmigkeiten im Umgang mit FEM festgestellt.**

## **4. Unterkunft und Wohnen**

### **4.1. Anforderungen der LHeimBauVO an Bestandsheime**

Auf Antrag wurde die Übergangsfrist zur Geltung der LHeimBauVO für die Einrichtung bis zum 31.03.2028 verlängert.

Die Einrichtung plant derzeit noch die Projektentwicklung zur Anpassung an die LHeimBauVO. Sobald die Planungen fertig sind, soll vor Bauantragstellung ein Termin mit der Heimaufsicht stattfinden, um die Pläne gemeinsam besprechen zu können.

#### **► FAZIT:**

- **Die Pläne zur Anpassung an die LHeimBauVO sollten vor Bauantragstellung gemeinsam mit der Heimaufsicht besprochen werden.**

## **5. Pflege und Bewohnergespräch**

### **5.1. Pflege und Pflegedokumentation**

Stellungnahme des Pflegesachverständigen über die geprüfte Pflegedokumentation und die pflegerische Versorgung einzelner Bewohner:

#### **Bewohner Herr R.**

Bevor der Bewohner Herr R. besucht wurde, wurde er von der Pflegefachkraft persönlich gefragt, ob er mit dem Besuch der Pflegefachkraft der Heimaufsicht und der Einsichtnahme in das Dokumentationssystem einverstanden ist.

#### **Pflegedokumentation:**

Es liegt ein über EDV gesteuertes einheitliches Dokumentationssystem vor, für die es Regelungen mit Verfahrensanweisungen gibt, die im Qualitätshandbuch festgeschrieben sind.

Im Rahmen der Begehung wurde die Pflegedokumentation von Herr R., geboren 1951 begutachtet. Die oben genannte Person hat den Pflegegrad 3.

Herr R. hat keine Patientenverfügung. Dies ist im Stammblatt mit „nein“ vermerkt. Aufgrund der Wichtigkeit wird das Vorhandensein einer Patientenverfügung im Rahmen des Aufnahmeverfahrens stets erfragt. Hierbei ist festzuhalten, dass in der Einrichtung die Frage nach einer Patientenverfügung als fester Bestandteil in der Checkliste für die Aufnahme von Bewohnern integriert ist.

Das Stammblatt ist vollständig ausgefüllt; medizinische Diagnosen laut Pflegedokumentation: arterielle Hypertonie, Leberzirrhose, absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern, Polyarthrose, Zustand nach Girdlestone-Resektion linkes Hüftgelenkes, Wunde an der linken Hüfte.

Pflegediagnosen werden nicht erhoben.

Das Medikamentenblatt ist vollständig. Die täglich verordneten Medikamente werden einmal wöchentlich von der Apotheke verblistert.

Der Bewohner hat eine chronische Wunde an der linken Hüfte infolge einer Operation. Die Wunddokumentation wird regelmäßig mit allen Parametern geführt. Der Verbandswechsel findet täglich nach ärztlicher Verordnung mit Octenisept, Kompressen und Fixomull stretch statt. Zusätzlich wird 1 x monatlich ein Foto von der Wunde gemacht.

Es finden monatliche Gewichtskontrollen statt und der Gewichtsverlauf ist konstant.

Die EDV-gesteuerte Pflegedokumentation wurde auf SIS (Strukturierte Informationssammlung) umgestellt. Biografische Daten wurde in den einzelnen Themenfeldern mit einbezogen.

Die Risiken wurden eingeschätzt. Die Einschätzung der einzelnen Risiken spiegelt den tatsächlichen Zustand des Bewohners in allen Risikobereichen wieder.

Im Bereich Dekubitus sind Maßnahmen wie regelmäßige Hautbeobachtung und Hautpflege sowie regelmäßige Mobilisation geplant.

Im Bereich Sturz besteht derzeit kein Risiko.

Im Bereich Kontraktur sind Maßnahmen wie regelmäßige Bewegungsübungen und physiotherapeutische Behandlungen geplant.

Die Schmerzen wurden eingeschätzt.

**Der Bewohner erhält derzeit eine nicht ausreichende Schmerzmittelgabe. Bei der Visite äußerte der Bewohner, dass er derzeit mit dem behandelnden Arzt im Gespräch ist, die Schmerztherapie neu einzustellen. Alternative Schmerztherapien lehnt der Bewohner derzeit ab. Dies muss von der Einrichtung noch nachvollziehbar im Pflegedokumentationssystem mit aufgenommen werden.**

Das Kontinenzprofil wurde eingeschätzt und berücksichtigt.

Der Bewohner wurde als nicht mangelernährt eingeschätzt.

Die im Dokumentationssystem aufgeführte Maßnahmenplanung wurde zuletzt am 09.02.2019 evaluiert.

Die soziale Betreuung findet nachweislich für Bewohner in der Einrichtung statt.

### **Bewohnerin Frau T.**

Bevor die Bewohnerin Frau T. besucht wurde, wurde sie von der Pflegefachkraft persönlich gefragt, ob sie mit dem Besuch der Pflegefachkraft der Heimaufsicht und der Einsichtnahme in das Dokumentationssystem einverstanden ist.

#### Pflegedokumentation:

Es liegt ein über EDV gesteuertes einheitliches Dokumentationssystem vor, für die es Regelungen mit Verfahrensanweisungen gibt, die im Qualitätshandbuch festgeschrieben sind.

Im Rahmen der Begehung wurde die Pflegedokumentation von Frau T., geboren 1925 begutachtet. Die oben genannte Person hat den Pflegegrad 3.

Frau T. hat keine Patientenverfügung. Dies ist im Stammblatt mit „nein“ vermerkt.

Das Stammblatt ist vollständig ausgefüllt; medizinische Diagnosen laut Pflegedokumentation: arterielle Hypertonie, Osteoporose, Spinalkanalstenose mit Lumboischialgie.

Pflegediagnosen werden nicht erhoben.

**Das vorgelegte Medikamentenblatt ist mit dem Datum vom 16.08.2018 datiert. Die Bewohnerin erhält laut Medikamentenblatt Oxycodon 10/5 mg 2-0-1. In der Spalte „Bemerkungen“ ist folgendes dokumentiert: „versuchsweise 1-0-1“. Nach Auswertung des Betäubungsmittelbuches des Monats Februar 2019 bis zum Tag der Heimbegehung erhält die Bewohnerin Oxycodon 10/5 mg 1-0-1. Eine nachweisliche Kommunikation mit dem behandelnden Arzt konnte nicht vorgelegt werden. Bei der Visite äußerte die Bewohnerin, dass sie schmerzfrei ist. Der Einrichtung wurde empfohlen zeitnah den behandelnden Arzt über die gelungene Medikamentenreduktion zu informieren und dies nachweislich zu dokumentieren. Ebenfalls muss der Medikamentenplan nach ärztlicher Verordnung abgeändert werden.**

Die täglich verordneten Medikamente werden derzeit von der Apotheke verblistert. Das Anbruchs- oder Verfallsdatum ist bei allen flüssigen Medikamenten dokumentiert.

Es finden monatliche Gewichtskontrollen statt und der Gewichtsverlauf ist konstant.

Die EDV-gesteuerte Pflegedokumentation wurde auf SIS (Strukturierte Informationssammlung) umgestellt. Biografische Daten wurde in den einzelnen Themenfeldern mit einbezogen.

**Die einzelnen Themenfelder sollten jedoch noch detaillierter beschrieben werden.**

Die Risiken wurden eingeschätzt. Die Einschätzung der einzelnen Risiken spiegelt den tatsächlichen Zustand des Bewohners in allen Risikobereichen wieder.

Im Bereich Dekubitus besteht derzeit kein Risiko.

Im Bereich Sturz sind Maßnahmen wie das Tragen von geschlossenen Schuhen und das Feststellen der Bremsen am Rollstuhl geplant.

Im Bereich Kontraktur sind Maßnahmen wie regelmäßige Bewegungsübungen geplant.

Die Schmerzen wurden eingeschätzt und die Bewohnerin erhält derzeit eine adäquate Schmerztherapie.

Das Kontinenzprofil wurde eingeschätzt und berücksichtigt.

Der Bewohner wurde als nicht mangelernährt eingeschätzt.

Die im Dokumentationssystem aufgeführte Maßnahmenplanung wurde zuletzt am 13.02.2019 evaluiert.

Die soziale Betreuung findet nachweislich für Bewohner in der Einrichtung statt.

### **Bewohnerin Frau W.**

Bevor die Bewohnerin Frau W. besucht wurde, wurde das telefonische Einverständnis des gesetzlichen Betreuers eingeholt, dass die Pflegefachkraft der Heimaufsicht den Bewohner besuchen und im Anschluss die Pflegedokumentationsmappe einsehen darf.

#### Pflegedokumentation:

Es liegt ein über EDV gesteuertes einheitliches Dokumentationssystem vor, für die es Regelungen mit Verfahrensanweisungen gibt, die im Qualitätshandbuch festgeschrieben sind. Im Rahmen der Begehung wurde die Pflegedokumentation von Frau W., geboren 1980 begutachtet. Die oben genannte Person hat den Pflegegrad 5.

Frau W. hat keine Patientenverfügung. Dies ist im Stammbblatt mit „nein“ vermerkt. Eine gesetzliche Betreuung liegt vor. Dies ist im Stammbblatt vermerkt.

Das Stammbblatt ist vollständig ausgefüllt; medizinische Diagnosen laut Pflegedokumentation: Spastische Tetraparese, Zustand nach Hüft-TEP rechts, hypoxischen Hirnschaden, Aphasie, Humorale B-Zell-Immundefekt, Zustand nach Kompartmentsyndrom rechts, Harn- und Stuhlinkontinenz, PEG-Sonde, Anarthrie, Dysphagie, Suprapubischer Dauerkatheter. Pflegediagnosen werden nicht erhoben.

Das Medikamentenblatt ist vollständig. Die täglich verordneten Medikamente werden derzeit von der Apotheke verblistert. Das Anbruchs- und Verfallsdatum ist auf den flüssigen Medikamenten dokumentiert.

**Es liegt eine ärztliche Verordnung vom 13.02.2019 über die Gabe von Dulcolax Supp bei Bedarf vor. Hier ist weder die Einzel- noch die Maximaldosis dokumentiert, auch keine Indikation. Nach Angabe der begleitenden Pflegefachkraft bekommt die Bewohnerin alle 3 Tage als Dauermedikament ein Dulcolax Supp verabreicht. Medikamente dürfen nur nach ärztlicher Verordnung verabreicht werden. Hier wurde der Einrichtung empfohlen, die ärztliche Verordnung mit dem behandelnden Arzt zeitnah zu besprechen sowie nachweislich zu dokumentieren, um dann das Medikament nach ärztlicher Verordnung verabreichen zu können.**

Es finden monatliche Gewichtskontrollen statt und der Gewichtsverlauf ist konstant. Ein Trinkprotokoll wurde erstellt und ausgewertet.

Die EDV-gesteuerte Pflegedokumentation wurde auf SIS (Strukturierte Informationssammlung) umgestellt. Biografische Daten wurde in den einzelnen Themenfeldern mit einbezogen.

Die Risiken wurden eingeschätzt. Die Einschätzung der einzelnen Risiken spiegelt den tatsächlichen Zustand des Bewohners in allen Risikobereichen wieder.

Im Bereich Dekubitus sind Maßnahmen wie regelmäßige Lageveränderungen nach Plan, regelmäßige Hautbeobachtung und Hautpflege und der Einsatz druckentlastender Hilfemittel geplant.

Im Bereich Sturz sind Maßnahmen wie das regelmäßige kontrollieren und korrigieren der Sitzposition geplant.

Im Bereich Kontraktur sind Maßnahmen wie regelmäßige Bewegungsübungen und physiotherapeutische Behandlungen geplant.

Die Schmerzen wurden mit Hilfe der BESD eingeschätzt und die Bewohnerin erhält derzeit eine adäquate Schmerztherapie.

Das Kontinenzprofil wurde eingeschätzt und berücksichtigt.

Der Bewohner wurde als nicht mangelernährt eingeschätzt. Sie erhält derzeit 1000 kcal über eine PEG-Sonde verabreicht. Zusätzlich bekommt sie mehrmals wöchentlich vom Logopäden orale Nahrung verabreicht.

Die im Dokumentationssystem aufgeführte Maßnahmenplanung wurde zuletzt am 13.02.2019 evaluiert.

Die soziale Betreuung findet nachweislich für Bewohner in der Einrichtung statt.

## **5.2. Bewohnergespräch**

Im Rahmen der Begehung konnten Gespräche mit vier Bewohnern geführt werden. Die Bewohner gaben an, sich in der Einrichtung wohl zu fühlen. Die Verpflegung sei gut und das Personal freundlich. Weiterhin äußern sich die Bewohner über die Sauberkeit und die Betreuung rundum zufrieden.

## **5.3. Ärztliche Versorgung**

Ist eine adäquate ärztliche Versorgung gewährleistet?

Freie Hausarztwahl

ja

nein

Augenarzt	<input type="checkbox"/> kommt ins Heim	<input checked="" type="checkbox"/> muss aufgesucht werden
Zahnarzt	<input checked="" type="checkbox"/> kommt ins Heim	<input type="checkbox"/> muss aufgesucht werden
Psychiater/Neurologe	<input checked="" type="checkbox"/> kommt ins Heim	<input type="checkbox"/> muss aufgesucht werden
Hautarzt	<input type="checkbox"/> kommt ins Heim	<input checked="" type="checkbox"/> muss aufgesucht werden
Urologe	<input checked="" type="checkbox"/> kommt ins Heim	<input type="checkbox"/> muss aufgesucht werden
Sonstige Fachärzte	<input checked="" type="checkbox"/> kommen ins Heim	<input type="checkbox"/> müssen aufgesucht werden

Ist eine notwendige Begleitung zum Arzt gewährleistet?  ja  nein

Für den Bewohner kostenpflichtig?  ja  nein

#### ► F A Z I T:

- **Ablehnungen seitens der Bewohner müssen nachweislich dokumentiert werden.**
- **Auf der Handzeichenliste muss die Qualifikation und nicht die Funktion des Mitarbeiters aufgeführt werden.**
- **Bei Medikamentenumstellung muss der behandelnde Arzt zeitnah über das Ergebnis nachweislich informiert werden. Ebenfalls müssen die Medikamentenpläne aktuell sein.**
- **Medikamente dürfen nur nach ärztlicher Verordnung verabreicht werden.**
- **Bewohner zeigten sich mit Einrichtung zufrieden.**

## 6. Betreuung und Aktivierung

### 6.1. Umgang des Personals mit den Bewohnern

Sind eine respektvolle Zuwendung und wertschätzende Umgangsformen (Blickkontakt, Augenhöhe, Siezen, Rückfragen und Erklärungen von pflegerischen und unterstützenden Maßnahmen, Tonfall) gegeben?  ja  nein

### 6.2. Soziale Betreuung

*Zur Überprüfung der sozialen Betreuung wurde unter anderem die Wochenpläne der Wohnbereiche Wiese und Wolke eingesehen.*

Werden Aufenthalte und Aktivitäten im Freien ermöglicht?  ja  nein

*Fahrten mit dem Sunshine-Taxi, geplant sind zudem Ausflüge an den Bodensee und andere Tagesausflüge.*

Gibt es ehrenamtlich Engagierte in der Einrichtung?  ja  nein

*Das Netzwerk der Ehrenamtlichen sei stabiler geworden.*

Ist die Einrichtung in das öffentliche Leben der Gemeinde eingebunden (Kindergärten, Vereine, Schulen, Kirche)?  ja  nein

*z.B. Nikolaustag mit Kindergarten*

*Die Einrichtung hat zudem einen Kiosk-Wagen eingerichtet. Ziel des Kiosk-Wagens ist, dass die Bewohner wieder mehr rausgehen und sich selber etwas einkaufen können.*

*Des Weiteren plant die Einrichtung ein Projekt Jung & Alt, bei dem sich Kinder und Bewohner begegnen können. Hier soll es unter anderem auch um die Frage gehen, wie die Bewohner von Kindern profitieren können.*

► **FAZIT:**

- **Soziale Betreuung ist gewährleistet.**

## **7. Hygiene, Infektionsschutz und Medikamente**

### **7.1. Stellungnahme des Sachverständigen des Gesundheitsamts zur Hygiene in der Einrichtung:**

Zur Überprüfung der hygienischen Belange wurde das Haus durch das Gesundheitsamt (Herr Dr. Haug und Herr Krafft) sowie von Seiten der Einrichtung Herr S. (QM-Hygiene), Frau L. (HWL) und Herr L. (Technischer Dienst) begangen.

Bei der Begehung fiel uns folgendes auf:

#### **Umkleiden**

Die Umkleiden sind ordnungsgemäß mit Händedesinfektionsmittelpender ausgestattet. Ein Trinkwasserspülplan ist in der Personaldusche vorhanden aber nicht schriftlich ausgefüllt. Die Umkleiden befinden sich in einem guten und sauberen Zustand.

#### **Waschküche Gegenbauer**

Wie bereits bei der Begehung im Jahre 2018 bemängelt, fehlen weiterhin an der Dosieranlage der Raumreinigung die Dosiermenge und der Wartungsplan. Es ist nicht nachvollziehbar ob die eingesetzten Reinigungs- und Desinfektionsmengen ausreichend sind.

Für die vorhandene Waschmaschine liegen auch dieses mal keine Validierungsunterlagen bzw. Prüfprotokolle vor.

Der Wäschetrockner wird weiterhin mittels Abluftschlauch über ein geöffnetes Fenster betrieben. Diese Konstruktion ist aufgrund einer Brandgefahr zu ändern. Das Fenster kann zu jeder Zeit geschlossen und der Schlauch gequetscht werden, dadurch besteht die Gefahr, dass die Wärme nicht ordnungsgemäß abgeleitet wird und eine Brandquelle entstehen kann.

#### **Wohnbereich Wolke**

Der verwendete Stationswagen ist in einem guten und sauberen Zustand.

Der Arbeitsraum „Unrein“ befindet sich in einem ordentlichen Zustand. Lediglich die Augenspülung ist abgelaufen und muss ersetzt werden.

Der Lagerraum „Rein“ macht einen unkoordinierten Eindruck. Einige Schränke sind teilweise zur Hälfte bestückt, dennoch werden Materialien in Kartons auf dem Boden gelagert. Hier sollte eine bodenfreie Lagerung angestrebt werden.

Im Lagerschrank befinden sich teilweise abgelaufene Produkte. Diese sind unverzüglich zu verwerfen. Eine Begründung, dass das alles Produkte zur Entsorgung seien kann nicht geltend gemacht werden, da zu jeder Tages- und Nachtzeit die Utensilien in Gebrauch genommen werden können und es sich um einen Lagerraum handelt.

Die vorgefundenen Waschschüsseln aus Kunststoff in Farbe blau sind sehr stark verkalkt und verkrustet. Diese sind zu reinigen oder ggf. auszutauschen.

### **Bewohnerzimmer 11**

Das Bewohnerzimmer befindet sich in einem sauberen und nicht zu beanstandenden Zustand. Das dazugehörige Badezimmer ist sauber und ordentlich.

### **Legionellen / Trinkwasserbefunde**

Die Legionellenuntersuchungsbefunde aus dem Jahre 2018 liegen uns vor und sind nicht zu beanstanden.

#### **► F A Z I T:**

- **Unzureichende Führung des Trinkwasserspülplans in der Personaldusche.**
- **An der Dosieranlage der Raumreinigung fehlt die Dosiermenge sowie der Wartungsplan.**
- **Für die Waschmaschine liegen keine Validierungsunterlagen bzw. Prüfprotokolle vor.**
- **In der Waschküche muss eine andere Lösung bezüglich des Abluftschlauches des Wäscheablufttrockners gefunden werden.**
- **Die Augenspülung im Arbeitsraum „Unrein“ ist abgelaufen und muss ersetzt werden.**
- **Keine bodenfreie Lagerung im Lagerraum „Rein“.**
- **Die abgelaufenen Produkte im Lagerschrank sind unverzüglich zu verwerfen.**
- **Die Waschschüsseln sind zu reinigen oder ggf. auszutauschen.**

## **8. Verpflegung**

### **Verpflegung**

#### **Verpflegungsangebot**

Gibt es ein abwechslungsreiches/bedarfsgerechtes Speisenangebot?  
*Speisepläne wurden eingesehen.*

ja  nein

#### **Gestaltung und Hygiene**

Ist eine Tischkultur vorhanden (saubere Tische, Tischdecke, Dekoration)?

ja  nein

#### **► F A Z I T:**

- **Die Verpflegung ist angemessen.**

## 9. Mitwirkung

In welcher Weise nehmen die Bewohner ihre Mitwirkungsrechte wahr?  
*In der Einrichtung wurde ein Bewohnerbeirat gewählt.*

Notwendige Anzahl der Mitglieder?	3 - 5
Tatsächliche Anzahl der Mitglieder?	4
Letzter Wahltermin?	07.11.2017
Neuwahlen?	Bis 06.11.2019

Werden regelmäßig Sitzungen durchgeführt?  
*Am 28.11.2018 fand eine Bewohnerversammlung statt. Im Rahmen der Bewohnerversammlung stellten sich die Heimbeiratsmitglieder den Bewohnern vor. Des Weiteren wurde den Bewohnern die Mitwirkung und die Aufgaben des Heimbeirates vorgestellt. Thema war unter anderem auch die von dem Heimbeirat gewünschten Bewohnerausflüge. Im Jahr 2019 sollen wieder mehr Ausflüge für Bewohner stattfinden. Der Heimbeirat schlug einige Ausflugsziele vor.*

Werden Sitzungen protokolliert?  ja  nein  
*Das Protokoll wurde eingesehen.*

Im Rahmen der Begehung konnten Gespräche mit den Heimbeiräten geführt werden.

### ► F A Z I T:

- **Bewohner nehmen Ihre Mitwirkungsrechte über einen Heimbeirat war.**

## 10. Verhältnis von Entgelt zu Leistung und Spenden

Werden von der Einrichtung / dem Personal Spenden angenommen?  ja  nein

Als allgemeine Information weisen wir darauf hin, dass es grundsätzlich untersagt ist, von Bewohnern oder Bewerbern um einen Heimplatz Geldleistungen oder geldwerte Leistungen anzunehmen. Auch Spenden von Angehörigen dürfen grundsätzlich nicht angenommen werden, weil naheliegt, dass diese zugunsten von Bewohnern getätigt werden (§ 16 Abs. 1 und 4 WTPG). In Ausnahmefällen können solche Spenden nach § 16 Abs. 5 WTPG von der Heimaufsichtsbehörde genehmigt werden, „wenn der Schutz der Bewohner die Aufrechterhaltung der Verbote nicht erfordert und die Leistungen noch nicht versprochen oder gewährt worden sind“. Eine vollzogene Spende könnte nachträglich nicht genehmigt werden.

Spenden von einem anderen Personenkreis können ohne Genehmigung angenommen werden.

Durch einen Erlass des Sozialministeriums vom 28.01.2014 wurde die Geringfügigkeitsgrenze neu festgelegt: Einmalige Spenden vom erstgenannten Personenkreis unter 50,-- € gelten als geringfügig und können ohne Genehmigung angenommen werden. Sollte derselbe Spender jedoch mehrmals spenden, muss die Spende ab einem Gesamtbetrag von 100,-- € im Kalenderjahr zur Genehmigung bei der Heimaufsicht eingereicht werden.

Die Einrichtung ist verpflichtet, eine Spendenliste zu führen. Diese ist im Falle eines Antrags auf Spendengenehmigung der Heimaufsicht vorzulegen.

► **FAZIT:**

- **Bitte beachten Sie unsere Hinweise sowie die Geringfügigkeitsgrenze.**

## **11. Zusammenfassung**

Mehrere der im letzten Begehungsbericht festgehaltenen Mängel konnten bei dieser Überprüfung nicht erneut festgestellt werden. So sind die Umkleiden ordnungsgemäß mit Händedesinfektionsmittelspender ausgestattet und befinden sich in einem guten und sauberem Zustand. Bezüglich der Beschreibung von Bewegungseinschränkungen und der diesbezüglich adäquaten Maßnahmenplanung wurden keine erneuten Mängel festgestellt. Auch die Legionellenuntersuchungsbefunde waren bei dieser Überprüfung nicht mehr zu beanstanden.

Der Personalbestand im Bereich Pflege nach der aktuellen LQV war bei der aktuellen Überprüfung erfüllt. Allerdings wurden im Tagdienst an einzelnen Tagen Fachkraftlücken festgestellt.

Leider wurden bei dieser Überprüfung auch Mängel festgestellt, die bei der letzten Überprüfung bereits benannt wurden. In der Waschküche fehlen weiterhin an der Dosieranlage der Raumreinigung die Dosiermenge und der Wartungsplan. Auch der Wäschetrockner wird weiterhin mittels Abluftschlauch über ein geöffnetes Fenster betrieben. Hier muss aufgrund einer Brandgefahr eine andere Lösung gefunden werden. Des Weiteren wurde erneut Bodenlagerung festgestellt.

Insgesamt sind aufgrund der aktuellen Begehung folgenden Mängel festzuhalten, die einer besonderen Beachtung sowie geeigneter Maßnahmen zur Beseitigung bedürfen:

1. Im Tagdienst wurden einzelne Fachkraftlücken festgestellt.
2. Ablehnungen seitens der Bewohner müssen nachweislich dokumentiert werden.
3. Auf der Handzeichenliste muss die Qualifikation und nicht die Funktion der Mitarbeiter aufgeführt werden.
4. Bei Medikamentenumstellung muss der behandelnde Arzt zeitnah über das Ergebnis nachweislich informiert werden. Ebenfalls müssen die Medikamentenpläne aktuell sein.
5. Medikamente dürfen nur nach ärztlicher Verordnung verabreicht werden.
6. Unzureichende Führung des Trinkwasserspülplans in der Personaldusche.
7. An der Dosieranlage der Raumreinigung fehlt die Dosiermenge sowie der Wartungsplan.
8. Für die Waschmaschine liegen keine Validierungsunterlagen bzw. Prüfprotokolle vor.
9. In der Waschküche muss eine andere Lösung bezüglich des Abluftschlauches des Wäscheabluftrockners gefunden werden.
10. Die Augenspülung im Arbeitsraum „Unrein“ ist abgelaufen und muss ersetzt werden.
11. Keine bodenfreie Lagerung im Lagerraum „Rein“.

12. Die abgelaufenen Produkte im Lagerschrank sind unverzüglich zu verwerfen.

13. Die Waschschüsseln sind zu reinigen oder ggf. auszutauschen.

Darüber hinaus wird empfohlen, folgende Punkte im Blick zu behalten:

14. Die Pläne zur Anpassung an die LHeimBauVO sollten vor Bauantragsstellung gemeinsam mit der Heimaufsicht besprochen werden.

Die Einrichtung wird gebeten, Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel zu ergreifen sowie zu den oben aufgeführten Punkten Stellung zu nehmen.



Liebermann

*Damit der Bericht besser gelesen und anonymisiert werden kann wurde in der Regel die männliche Schreibweise und Anrede verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise gemeint ist.*

