



B E R I C H T

über die unangemeldete Regelprüfung

am 19.08.2025

im AWO-Pflegezentrum Hans-Klenk-Haus
Talstraße 22-24
71634 Ludwigsburg

Teilnehmer:

Herr Baumann



Einrichtungsleitung
Stellvertretende Pflegedienstleitung
Hauswirtschaftsleitung

Frau Hönes-Duncan
Frau Schopf
Herr Wilbs

Landratsamt Ludwigsburg, Gesundheitsamt
Pflegesachverständige für das Landratsamt
Landratsamt Ludwigsburg, Heimaufsicht

1. Strukturdaten und Personal

1.1. Strukturdaten

Die Überprüfung nach § 17 Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) fand am 19.08.2025 von 9:00 bis 13:00 Uhr unangemeldet als Regelüberprüfung statt. Die letzte Heimnachschauf wurde am 05.06.2024 durchgeführt. Seitdem gab es keine besonderen Vorkommnisse im Sinne von Beschwerden oder Ähnlichem.

Die letzte Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) fand am 29.01.2025 statt.

LEITUNGSSTRUKTUR

Träger der Einrichtung

AWO Ludwigsburg gGmbH für Sozialarbeit und soziale Dienstleistungen

Leitung der Einrichtung (EL)

Seit 17.10.2022: Herr Baumann, Stellenanteil: 100 %

Stellvertretung durch: (Abwesenheitsvertretung)

Herr Baumann ist ausschließlich für diese Einrichtung mit der Einrichtungsleitung betraut.

Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL)

[REDACTED]

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

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist zur Wahrnehmung von Leitungsaufgaben zu 100 % freigestellt.

Wohnbereichsleitungen

1. [REDACTED]
2. [REDACTED]
3. [REDACTED]

Verantwortliche Fachkraft für die Hauswirtschaft, Reinigung und Wäscheversorgung

[REDACTED]

Sozialdienstleitung

Stellv. SDL [REDACTED]: Leitung 80%.

BEWOHNERSTRUKTUR

Im Versorgungsvertrag sind insgesamt 90 vollstationäre Pflegeplätze ausgewiesen. Von den zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen waren am Stichtag 90 belegt:

Haus, Station, Wohnbereich	EZ	Bewohnerzahl		Bewohner in Pflegegrade (§ 15 SGB XI)					
		lt. VV	tats.	1	2	3	4	5	
WB 1	30	30	30	--	6	13	6	5	
WB 2	30	30	30	--	5	12	11	2	
WB 3	30	30	30	--	3	9	10	8	
Gesamt	90	90	90	--	14	34	27	15	

Liegt in der Einrichtung ein pflegefachlicher Schwerpunkt vor? ja nein

In der Einrichtung leben 40 Bewohner, die an Demenz erkrankt sind. 19 Bewohner haben Kontraktoren. Drei Bewohner haben einen transurethralen und sieben Bewohner einen suprapubischen Blasenkatheter. Drei Bewohner sind dauerhaft bzw. überwiegend bettlägerig. Bei drei Bewohnern liegt eine PEG-Sonde vor. 20 Bewohner haben Diabetes mellitus, davon sind drei Bewohner insulinpflichtig. Zwei Bewohner haben einen Dekubitus. Bei keinem Bewohner wurde ein gastrointestinaler Infekt, MRSA oder andere multiresistente Erreger festgestellt. Sechs Bewohner haben einen anus praeter. Kein Bewohner ist ein Wachkomapatient oder beatmungspflichtig. Kein Bewohner hat einen Tracheostoma. 48 Bewohnende erhalten Psychopharmaka.

Im letzten Kalenderjahr sind 43 Bewohner verstorben. Im aktuellen Kalenderjahr sind bislang 26 Bewohner verstorben.

1.2. Personal

Die Prüfung der Personalausstattung am Stichtag hat ergeben:

Der Personalbestand für das gesamte Haus ist gemäß des Rahmenvertrages für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 20.09.2024 mit Inkrafttreten zum 01.01.2025 erfüllt. Es werden ausreichend Pflegefachkräfte vorgehalten. §§ 43 b, 84 Abs. 8, 85 Abs. 8 Nr. 2 SGB XI bestimmen, dass in der Regel für jede pflegebedürftige Person eine Betreuung im Verhältnis 1:20 in der Einrichtung vorzuhalten ist. Bei den aktuell in der Einrichtung lebenden 90 pflegebedürftigen Bewohnern sind Betreuungskräfte mit einem Stellenumfang von 4,5 VZÄ vorzuhalten. Aktuell wird in der Einrichtung Betreuungspersonal mit einem Stellenumfang von 3,5 VZÄ eingesetzt.

► F A Z I T:

- **Der Personalbestand für das gesamte Haus ist gemäß des Rahmenvertrages für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 20.09.2024 mit Inkrafttreten zum 01.01.2025 erfüllt.**
- **Die Einrichtung setzt derzeit nicht genügend Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI ein.**

1.3. Dienstpläne

Es wurden die Dienstpläne für den Monat Juli 2025 und für den Monat August 2025 bis zum Stichtag geprüft. Gemäß § 10 Abs. 3 Nr. 4 WTPG i. V. m. § 7 Abs. 1 Landespersonalverordnung (LPersVO) dürfen Pflege- und Betreuungsleistungen in der Einrichtung nur durch für diese Tätigkeiten befähigten Pflegefachkräfte und Fachkräfte oder unter fachlicher Anleitung und Kontrolle der Pflegefachkräfte und Fachkräfte erbracht werden.

Gemäß § 10 Abs. 3 Nr.4 Halbsatz 3 WTPG muss in einer stationären Einrichtung mit pflegebedürftigen Bewohnern ständig eine Pflegefachkraft anwesend sein.

Tagdienst

Der Tagdienst war im geprüften Zeitraum ordnungsgemäß besetzt.

Nachtdienst

Nach § 10 Abs. 2 LPersVO ist nachts pro 45 Bewohner eine Beschäftigte/ein Beschäftigter einzusetzen. Vom eingesetzten Personal muss auch in der Nacht mindestens eine Beschäftigte/ein Beschäftigter eine Pflegefachkraft sein.

Der Nachtdienst war im geprüften Zeitraum ordnungsgemäß besetzt.

► F A Z I T:

- **Keine Beanstandung.**

2. Qualitäts- und Beschwerdemanagement, Organisation

2.1. Qualitätsmanagement

Hat die Einrichtung ein gängiges Qualitätsmanagementsystem (z.B. EFQM oder TQM) als Grundlage?

ja nein

Wenn ja: Liegt ein Qualitätshandbuch vor?

ja nein

Sind die gültigen Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bekannt?

ja nein

Pluskriterium: Sind Qualitätsmanagementbeauftragte benannt?

ja nein

Wenn ja: Wer?

mit einem Stellenumfang von 0,25 VK

Arbeiten Qualitätszirkel nachweislich an Verbesserungen? ja nein

Liegt ein Einarbeitungskonzept vor? ja nein

Ist die praktische Ausbildung der Pflegeschüler durch Praxisanleiter sicher-gestellt? ja nein

Die Pflegefachkräfte verfügen laut Selbstauskunftsbo-gen über die berufspädagogische Qualifikation für die praktische Anleitung.

2.2. Konzeption und Qualitätssicherung

Gibt es eine aktuelle und den Anforderungen des § 10 WTPG genü-gende, einrichtungsbezogene Konzeption? ja nein

Wenn ja:

Entspricht diese dem Bewohnerklientel? ja nein

Wird sie regelmäßig fortgeschrieben? ja nein

Wird sie umgesetzt? ja nein

Wird Bezugspflege durchgeführt? ja nein

Wie ist der Informationsfluss zwischen den Schichten geregelt?

Durch festgelegte Übergabezeiten.

Wird der Informationsfluss in der Einrichtung z.B. durch bereichsüber-greifende Dienstbesprechungen (Pflege, Hauswirtschaft, soz. Betreuung) geregelt? ja nein

Finden Leitungsbesprechungen statt? ja nein

Werden Pflegevisiten durchgeführt? ja nein

Wie oft werden diese durchgeführt?

Die Pflegevisiten wurden Stichprobeartig eingesehen. Nach Plan wird jede Bewohnerin und jeder Bewohner einmal jährlich visitiert.

Sind sie bewohner- oder mitarbeiterbezogen?

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die Durchführung bewohnerbezogener Pflegevisiten sinnvoll ist, weil durch regelmäßige lückenlose Kontrollen eine gute Qualität des Pflegestand es der Bewohner gewährleistet werden kann.

Werden interne Audits bzw. Prüfungen durchgeführt? ja nein

Die Einrichtung ist ISO-zertifiziert. Eine Prüfung erfolgt alle vier Jahre. Jährlich wird die Einrichtung extern durch den TÜV Nord geprüft und intern durch Audits in den einzelnen Be-reichen Verwaltung und Leitung, Pflege, Hauswirtschaft und Sozialdienst.

2.3. Beschwerdemanagement

Gesetzlich ist die Implementierung eines Beschwerdemanagements vorgeschrieben. Dabei sind die Abläufe bei Äußerung einer Beschwerde strukturiert zu beschreiben. Mögliche Beschwerdekanaäle sind E-Mail, Telefon oder die persönliche Ansprache gegenüber den Mitarbeitern.

Liegen zum Beschwerdemanagement entsprechende Standards bzw. Handlungsanweisungen vor? ja nein

Sind die Zuständigkeiten für die Bearbeitung festgelegt? ja nein

Gibt es einen Beschwerdeordner? ja nein

Besteht die Möglichkeit zur anonymen Beschwerde? ja nein

Werden Bearbeitungszeiten festgelegt? ja nein

Ist die Rückmeldung an den Beschwerdeführer geregelt? ja nein

Sind die Mitarbeiter im Umgang mit Beschwerden ausreichend geschult? ja nein

Werden die Mitarbeiter ermutigt, sämtliche Beschwerden zu dokumentieren? ja nein

Erfolgt eine jährliche Auswertung der Beschwerden? ja nein

Möglicherweise sind nicht alle vorgebrachten Beschwerden im Jahr erfasst worden, weil diese in der Altenpflege durch Bewohner und Angehörige mündlich gegenüber den Mitarbeitern vorgebracht und dann von den Mitarbeitern der betroffenen Bereiche direkt bearbeitet werden. Eine Dokumentation der Beschwerden unterbleibt dann, eine lückenlose schriftliche Dokumentation der Beschwerden wird so nicht vorgenommen. Die Inhalte fehlen bei der Beschwerdeauswertung. Die Mitarbeiter sollen in Zukunft ermutigt werden, alle Beschwerden immer zu dokumentieren. Wir weisen darauf hin, dass Beschwerden Indikatoren für die Kundenzufriedenheit sind und dazu genutzt werden können, die Beziehung zu Bewohnern und Angehörigen zu stabilisieren, deren Erwartungen und Wünsche zu erkennen und zu erfüllen sowie die eigene Leistung ständig zu verbessern.

2.4 Begleitung der Bewohner

Gibt es eine Checkliste für die Einzugsphase der Bewohner? ja nein

Wird bei Einzug eine Pflegeanamnese vorgenommen? ja nein

Erfolgt bei Einzug eine Risikoeinschätzung? ja nein

Wenn ja: Wird diese nach einem Krankenhausaufenthalt evaluiert? ja nein

Findet Angehörigenarbeit statt? ja nein

2.5 Fortbildungen

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

Finden für alle Mitarbeiter Fortbildungen statt? ja nein

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

Werden PDL- bzw. WBL-Kurse angeboten? ja nein

2.6 Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

Liegt eine Auflistung der Bewohner mit FEM vor? ja nein

Die Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) wurden stichprobenartig geprüft.

In der Prüfung wurden abschließend keine Abweichungen festgestellt.

Liegt eine Prozessbeschreibung zur Reduzierung von FEM vor? ja nein

Welche Hilfsmittel werden hierzu angewendet?

- | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Niedrigbett | <input checked="" type="checkbox"/> Sensormatte | <input checked="" type="checkbox"/> Sturzmatte |
| <input checked="" type="checkbox"/> Safebag | <input checked="" type="checkbox"/> Gehtrainer | <input checked="" type="checkbox"/> teilbare Bettgitter |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bodenpflege | <input checked="" type="checkbox"/> Bewegungsmelder | |

Gibt es interdisziplinäre Fallbesprechungen zur Vermeidung von FEM? ja nein

Liegen regelmäßige Einwilligungen des Betroffenen vor? ja nein

Liegen ärztliche Bestätigungen der Einwilligungsfähigkeit vor, die max. ein Jahr alt sind? ja nein

Werden FEM regelmäßig und nachweislich überprüft und evaluiert? ja nein

Wurden versteckte FEM festgestellt? ja nein

2.7 Ärztliche Versorgung

Die Bewohner haben freie Hausarztwahl. Der Zahnarzt, Psychiater/Neurologe, Hautarzt, Urologe und weitere Fachärzte kommen in die Einrichtung. Ein Augenarzt muss aufgesucht werden. Eine notwendige Begleitung der Bewohner zu Ärzten wird Seitens der Einrichtung gewährleistet.

2.8 Geldverwaltung

Werden Bargeld oder Wertgegenstände verwaltet? ja nein

► F A Z I T:

- **Keine Beanstandung**

3. Unterkunft und Wohnen

3.1. Allgemeines

Die Umbauarbeiten zur Umsetzung der LHeimBauVO sind abgeschlossen. Die Aufenthaltsbereiche wurden wie geplant geteilt, sodass nun beiden Wohngruppen pro Ebene jeweils ein eigener Aufenthaltsbereich zur Verfügung steht. Alle Wohnbereiche verfügen nun über die vorgesehenen Küchen- und Aufenthaltsmöglichkeiten.

Die Einrichtung vermittelt insgesamt einen freundlichen Eindruck. Die Dekoration ist jahreszeitlich angepasst. Auf den Gemeinschaftsflächen befinden sich an unterschiedlichen Örtlichkeiten Sitzgelegenheiten.

3.2. Bewohnerzimmer

Können die Bewohner ihr Zimmer persönlich einrichten? ja nein

Werden die Bewohner entsprechend ihrem Krankheitsbild bei der persönlichen Gestaltung der Zimmer (wohnliche Atmosphäre, Förderung der Selbstständigkeit, Milieugestaltung,) unterstützt? ja nein

Gibt es in jedem Zimmer die technische Möglichkeit zum Anschluss von

- Telefon? ja nein

- Radio? ja nein

- Fernseher? ja nein

- Internet? ja nein

Sind Raumluft, Zimmertemperatur und Lichtverhältnisse den Bedürfnissen und dem Krankheitsbild der Bewohner angepasst und können diese individuell reguliert werden? ja nein

Entspricht die Bedienbarkeit von Lichtschaltern und Rufanlage den Fähigkeiten der Bewohner? ja nein

Ist die Rufanlage intakt und in Reichweite? ja nein

3.3. Sanitäranlagen

Verfügt jedes Bewohnerzimmer über eine unmittelbar von dort zugängliche oder mit dem Vorflur verbundene Nasszelle mit

- WC ja nein

- Dusche ja nein

3.4. Funktionsräume

Sind die notwendigen Funktions- und Arbeitsräume vorhanden und den Besonderheiten der Pflegebedürftigkeit angepasst? ja nein

► F A Z I T:

- **Die Einrichtung vermittelt insgesamt einen freundlichen Eindruck.**

4. Pflege und Bewohnergespräch

Stellungnahme der Pflegesachverständigen Frau Schopf über die geprüfte Pflegedokumentation und die pflegerische Versorgung einzelner Bewohner:

4.1. Pflege und Pflegedokumentation

Die visitierten Personen, deren Angehörige oder Betreuer waren jeweils mit der Pflegevisite einverstanden. Diese wurden begleitet von der stellvertretenden PDL sowie der jeweils anwesenden Fachkraft.

Die Einrichtung befindet sich aktuell im Implementierungsprozess des digitalen Pflegedokumentationssystems Medifox/DAN. Aktuell sind jeweils die Stammdaten wie auch Diagnosen in das neue System eingepflegt. Die Überprüfung erfolgte anhand des ursprünglichen Dokumentationssystems.

Visitierte Person 01

Medizinische Diagnosen:

[REDACTED]

Risikoassessments

[REDACTED]

Pflegerischer Zustand

[REDACTED]

Ärztliche Kommunikation / Fallbesprechung

[REDACTED]

Wundmanagement

[REDACTED]

Dekubitusprophylaxe

[REDACTED]

Ernährungsmanagement

[REDACTED]

Ausscheidung

[REDACTED]

Visitierte Person 02

Medizinische Diagnosen:

[REDACTED]

Beratung zur bereits erstellten Formulierung der SIS Themenfelder:

[REDACTED]

Dekubitusgefahr

[REDACTED]

Ernährungsmanagement

[REDACTED]

[REDACTED]

Ausscheidung

[REDACTED]

Besuch vor Ort

[REDACTED]

Hitzeschutz

[REDACTED]

► **FAZIT:**

- Der pflegerische Zustand von VP 01 ist entsprechend ihres Gesundheitszustandes explizit beschrieben. Geplante Maßnahmen entsprechen dem Bedarf der VP.
- Der pflegerische Zustand von VP 02 war sehr gut.
- Die geprüften Risikoassessments wie auch Planungen waren erneut korrekt. Vorliegende Problemstellungen sind sehr gut beschrieben. Notwendige Beratungsgespräche wurden geführt und sind nachvollziehbar formuliert.

Dekubitusprophylaxe:

- Keine Beanstandungen.

Wundmanagement:

- Keine Beanstandungen.

Sturzprophylaxe:

- Keine Beanstandungen.

Ernährungsmanagement:

- Keine Beanstandungen.

Kommunikation mit Ärzten

- Die Kommunikation mit Ärzten ist in den geprüften und beschriebenen Bereichen sowie vor allem bezüglich der besonderen Problemstellungen bei VP 01, als zeitnah, sehr gut und aussagekräftig zu beurteilen.
- Ärztliche Verordnungen waren korrekt dokumentiert. Die geprüften ärztlichen Verordnungen wurden beachtet.
- Der beobachtete Umgang aller Mitarbeiterinnen mit den Bewohnerinnen aber auch im gesamten Team sowie die Atmosphäre wurden erneut als freundlich und respektvoll beobachtet. Alle begleitenden Fachkräfte wie auch die stellvertretende PDL zeigten sich fachlich sehr versiert.

5. Betreuung und Aktivierung

Die Begehung fand ohne Beteiligung des unterstützenden Fachbereiches statt. Aus diesem Grund wurde dieser Bereich nicht umfassend geprüft

5.1. Soziale Betreuung

Wer ist für den Bereich der Sozialen Betreuung verantwortlich? Qualifikation? Anstellungsumfang?

Stellv. SDL [REDACTED]: Leitung 80%

Führen geschulte Mitarbeiter die Beschäftigung und Aktivierung durch? ja nein
Regelmäßig geschulte zusätzliche Betreuungskräfte.

Werden Aufenthalte und Aktivitäten im Freien ermöglicht? ja nein

Die Bewohner werden informiert und persönlich motiviert an den Angeboten teilzunehmen und bei Bedarf zu den Angeboten begleitet. ja nein

Gibt es ehrenamtlich Engagierte in der Einrichtung? *Aktuell ca. 28 Personen* ja nein

Wer ist verantwortliche Ansprechperson?

Der SDL

Liegt ein Konzept zur Einarbeitung und Begleitung ehrenamtlich engagierter Personen vor? ja nein

Besteht eine Wertschätzungskultur? ja nein
Dankeessen, Geburtstagskarten, Weihnachtskarten, regelm. Austausch + pers. Kontakte (SDL + EL).

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

6. Hygiene, Infektionsschutz und Medikamente

Die Begehung fand unter Beteiligung des Gesundheitsamtes (Frau Hönes-Duncan) statt. Nachfolgender Teilbericht (Punkt 6) wurde von Seiten des Gesundheitsamtes erstellt.

6.1 Allgemeiner Eindruck

Sind die Bewohnerzimmer, Gemeinschaftsflächen, Funktions- und Zu-
behörräume sowie Außenanlagen in reinlichem Zustand (Geruch)? ja nein

*Die Einrichtung macht einen saubereren Eindruck. Die hygienerelevanten Abläufe im hauswirt-
schaftlichen Bereich sind sehr gut strukturiert und werden offensichtlich auch umgesetzt.*

6.2 Hygienebeauftragte/r

Gibt es einen internen Hygienebeauftragten (PFK Weiterbildung s.
RKI-Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“)? ja nein

Finden regelmäßige Hygienebegehungen im Hause statt? ja nein

Turnus: täglich durch die HWL Fr. Wieder

Gibt es eine extern beratende Hygienefachkraft? Fr. Heene (freiberuf-
lich) ja nein

Einsatzzeiten in der Einrichtung?
/Monat 1x/Jahr und auf An-
forderung

Finden Fortbildungen zum Thema Hygiene in der Pflege statt? ja nein

*Themenbeispiele: Mehrere von den Mitarbeitenden gewünschte Themen wurden abgesagt.
Für November 2025 ist eine Fortbildung zum Thema Dekubitusprophylaxe geplant.*

Sind Schulungsnachweise vorhanden? ja nein

6.3 Verfahrensweise zur Infektionshygiene (gem. § 35 IfSG)

Ist der **Hygieneplan** für alle Mitarbeiter zugänglich? ja nein

Ist der Hygieneplan an die Gegebenheiten im Hause angepasst? ja nein

*Teilweise: Was die HW betrifft, sehr gut angepasst; im Hinblick auf die Pflege nachbesse-
rungsbedürftig.*

Händehygiene

Sind Hygienesets (handberührungsfreie Desinfektions- und Seifenspen-
der, Einmalpapier, Handtuchspender) in den Funktionsräumen vorhan-
den? ja nein

Händedesinfektionsmittelpender:

Kittelflaschen Dienstzimmer Bad
 Pflegewagen Arbeitsraum unrein Bewohnerzimmer
wurden vom Gesund-
heitsamt nicht began-
gen

Therapieküche

MHD eingehalten? ja nein

Anbruchsdaten vermerkt? ja nein

Gut lesbar

Ist die Händedesinfektion in den Bewohnerzimmern gewährleistet?
Kittelflaschen ja nein

Trinkwasserhygiene

Gibt es im Hause Probleme mit der Trinkwasserhygiene? ja nein

Existiert ein Spülplan für nicht genutzte Wasserstellen ja nein
Bei jedem nicht regelmäßig benutztem Wasserhahn befindet sich ein ordnungsgemäß geführtes Protokoll. Der Zulauf zum Wasserhahn im Pflegelager im Keller ist geblockt.

Werden Armaturen regelmäßig gewartet/entkalkt? ja nein

6.4 Epidemien und Infektionskrankheiten / Umgang mit Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (MRE)

Gibt oder gab es in den letzten 12 Monaten Infektionen/Parasitenbefall? ja nein

COVID-19

Influenza

Gastrointestinale Infekte

TB

Scabies

MRSA VRE MRGN Clostridium andere MRE
difficile

Liegen Handlungsanweisungen für den Fall von Epidemien und Infektionskrankheiten vor? ja nein

Liegen geeignete Standards zum Umgang mit MRE vor? ja nein

Wird das Personal im Umgang mit MRE fallbezogen geschult? ja nein

Wird der Pflegeüberleitbogen des MRE-Netzwerkes eingesetzt? ja nein

6.5 IfSG-Belehrung (§ 43 IfSG)

Haben alle mit der Zubereitung von Lebensmitteln betrauten Mitarbeiter die Erstbelehrung durch das Gesundheitsamt über den sachgerechten Umgang mit Lebensmitteln erhalten? ja nein

Welche Berufsgruppen werden belehrt?

Hauswirtschaft Ehrenamtliche Pflege

Finden Wiederholungsbelehrungen alle zwei Jahre durch den Arbeitgeber statt? ja nein

6.6 Dienst- / Schutzkleidung

Wird Dienstkleidung vom Arbeitgeber gestellt? ja nein

Persönlich Poolwäsche Bereichsbezogen
unterschiedlich

Wie oft wird die Dienstkleidung gewechselt?

arbeitstäglich

Wird die Dienstkleidung vom Arbeitgeber in einem desinfizierenden
Waschverfahren gewaschen?

ja nein

Wäscherei Klenk

Welche persönliche Schutzausrüstung wird zur Verfügung gestellt?

langärmelige Schutzkittel Einmalschurzen ar- mellos uberschuhe
 Mund-Nasen- Schutz (S, M, L) Einmalhandschuhe Kopfhaut

Wird Schutzkleidung bewohnerbezogen getragen?

ja nein

Wie oft wird die Schutzkleidung gewechselt (mind. 1x täglich bzw. bei
Verunreinigung sofort)

Wird Schutzkleidung bei der Essensausgabe (Schopfsystem) getragen?

ja nein

Stoffschurzen

6.7 Personalumkleiderume

Sind für Pflege und Hauswirtschaft getrennte Räume vorhanden?

ja nein

Die Umkleiden des Pflegepersonals befinden sich in dem Verwaltungsflur auf der 1. Etage.

*Die Umkleiden für das Küchenpersonal sind im Keller. Es riecht dort sehr unangenehm (aus
der Kanalisation?), da die Umkleiderume unterhalb des Straenniveaus liegen. [REDACTED]
berichtet, es sei schon einiges versucht bzw erwogen worden, um dies zu beheben, jedoch
wurde bisher noch keine Lösung gefunden.*

Sind die Sanitäreinrichtungen für das Personal sauber und hygienetechnisch
ausreichend ausgestattet?

ja nein

Die Duschvorhange werden jeden Monat gewaschen.

Ausstattung:

HWB Flüssigseife Handedesinfektions-
mittel
 Einmalhandtuch Abwurf Handpflege
 geteilte Spinde Dusche Geschlossener
(Privat/Dienst) Schrank für saubere
Dienstkleidung

6.8 Personalhygiene

Ist die Personalhygiene gewährleistet?

ja nein

*(kein Schmuck; zusammengebundene Haare; kurze, unlackierte Finger-
nägel, etc. - s. Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene
und Infektionsprevention beim RKI zu Händehygiene)*

6.9 Pflegebad

Ist das Mobiliar feuchtraumgeeignet?

ja nein

Eine Spiegelkommode ist zwar aus Holz, aber mit abwischbarer Oberfläche

Wird das Pflegebad zweckentfremdet? (Lager, Wäsche, etc.)

ja nein

Frisör Fußpflege Lager

Sonstiges

Das Bad im EG ist an einen Friseur vermietet, das Bad im 1. OG dient als Wellnessbad, das Bad im 2. OG wird als Bewohnerbad genutzt. Im vom Friseur genutzten Pflegebad liegen Haare, und ein Abzieher ist auf dem Boden abgestellt.

Erfolgt die hygienische Aufbereitung der Pflegewanne und aller erforderlichen Hilfsmittel nach jedem Bewohner? ja nein

Die Wolldecke im Wellnessraum wird nach jedem Gebrauch gewaschen.

6.10 Betten- und Wäschehygiene (s. auch Pkt. 7.2)

Sind Matratzen mit einem wasserundurchlässigen, atmungsaktiven, milben-, viren- und bakterienichten Rundumschutz versehen? ja nein

Werden die Matratzen, Kopfkissen/ Einziehdecken nach jedem Bewohnerwechsel aufbereitet bzw. wird der Rundumschutz desinfiziert? ja nein

Wechselintervalle der Bettbezüge:

täglich wöchentlich nach Bedarf

Sonstiges

Wie oft werden Handtücher und Waschlappen abgeworfen?

täglich wöchentlich nach Bedarf

Sonstiges

Ist der Umgang mit Infektionswäsche geregelt? ja nein

6.11 Unreinraum

Wird der Nachweis erbracht, dass die jährliche chemische bzw. thermische Desinfektion der Fäkalienspüle gewährleistet ist? ja nein

Zuletzt geprüft am 10.02.25. Die Fäkalienspüle im EG (WB1) war nach einem Wasserschaden ausgetauscht worden.

Macht der Raum einen hygienisch geführten Eindruck? ja nein

In den Unreinräumen gibt es keine Fliegengitter.

Hängt ein Desinfektionsplan aus? ja nein

Handwaschplatz und Ausgussbecken vorhanden? ja nein

Lagerung der Schmutzwäsche? ja nein

Müllaufbewahrung? ja nein

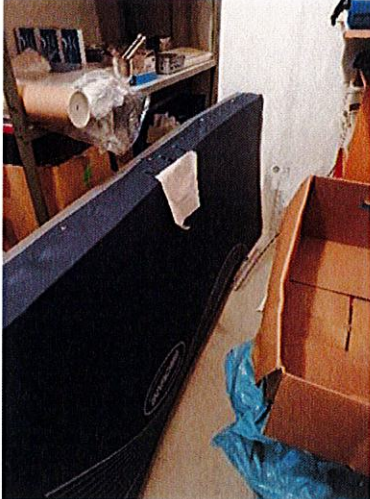
Werden Waschschüsseln auch bei bewohnerbezogener Verwendung nach jedem Gebrauch desinfiziert? *teilweise* ja nein

manuelle Aufbereitung maschinelle Aufbereitung

6.12 Lagerraum/Umgang mit Medizinprodukten:

Werden Medizinprodukte (Instrumente, Verbandsmaterial etc.) fachgerecht aufbewahrt und auf MHD kontrolliert? ja nein

Im Pflegelager im Keller liegen zum Zeitpunkt der Begehung steril verpackte Absaugkatheter in einem offenen Plastikbeutel; direkt darunter stehen verschmutzte, nicht aufbereitete Gegenstände:



Sauerstoffkonzentrator ordnungsgemäß gelagert und gewartet? ja nein

Absaugerätordnungsgemäß desinfiziert, gelagert und gewartet? ja nein

6.13 Pflegewagen

Werden Pflegewagen im Pflegebetrieb eingesetzt?

ja

Sind geschlossene Pflegewagen vorhanden? ja nein

Sind sie übersichtlich organisiert und sauber? ja nein

Die Pflegewagen waren zum Zeitpunkt der Begehung teilweise deutlich verschmutzt.

Während unserer Begehung wurde ein bereits entnommenes Handtuch mit benutzten Handschuhen wieder in den Pflegewagen zurückgelegt.

(Fr. Wieder hat es zusammen mit dem darunter liegenden Handtuch sofort entfernt).

Ist ein Händedesinfektionsmittel vorhanden? Kittelflaschen Halterungen für Einmalhandschuhe ja nein

6.14 Tierhaltung

Werden Tiere in der Einrichtung gehalten? ja nein

6.15 Aufbahrungsraum

Ein Aufbahrungsraum ist vorhanden ja nein

6.16 Umgang mit Medikamenten

Besteht ein Heimversorgungsvertrag (§12a Apothekergesetz)? ja nein

Myliusapotheke Ludwigsburg

Liegt das Apothekerprotokoll (2x/J) vor und ist aktuell?

ja nein

Vom 14.05.25

Werden Fortbildungen von der Apotheke angeboten und durchgeführt?

ja nein

Zuletzt am 19.05.25

Werden Medikamente von der Apotheke verblistert angeboten?

ja nein

Ausstattung/Lagerung im Dienstzimmer

Abschließbarer und verschlossener **Medikamentenschrank** vorhanden?

ja nein

Sind alle Medikamente mit dem Namen des Bewohners versehen und werden bewohnerbezogen aufbewahrt?

ja nein

Ist das Anbruchs- bzw. Ablaufdatum von Flüssigarzneimitteln und Salben dokumentiert?

ja nein

Befinden sich abgelaufene Medikamente im Medikamentenschrank?

ja nein

Ist eine Trennung rein/unrein am Arbeitsplatz gewährleistet?

ja nein

Sind intakte, gut zu reinigende/desinfizierbare Oberflächen vorhanden?

ja nein

Sind stichsichere verschließbare Kanülenabwurfbehälter vorhanden?

ja nein

Ist ein Handwaschbecken mit Hygieneset vorhanden?

ja nein

Seifenspender Desinfektionsmittelspender Papiertücherspender

Abwurf handfreibedienbar

Medikamentenkühlschrank

Abschließbarer Medikamentenkühlschrank zweckentsprechend genutzt?

ja nein

Thermometer vorhanden (Min/Max)?

ja nein

Die Temperaturkontrolle/Dokumentation (2 - 8°C) des Medikamentenkühlschranks erfolgt täglich

ja nein

Wird die Funktion des Kühlschrankthermometers regelmäßig überprüft?

ja nein

Durch die Apotheke

Umgang mit Medikamenten:

Eine verbindliche Verfahrensanweisung zum Richten und Verabreichen von Medikamenten (inkl. Hygienevorgaben) ist erstellt.

ja nein

Händedesinfektion

Handschuhe

Wann werden Medikamente gerichtet?

Tagdienst

Nachtdienst

Turnus wöchentlich

Turnus

Werden die Medikamente von Fachkräften gerichtet und verteilt? ja nein

Werden Tropfen unmittelbar vor Abgabe gerichtet? ja nein

Am Tag der Begehung stand das Wasserkännchen vom letzten Richten der Flüssigmedikamente noch im Medikamentenschrank.

Insulinpens Dokumentation: Anbruch Verfall
 Sonstiges

Hautdesinfektion bei Insulingaben und anderen Injektionen? ja nein

Verordnung von Medikamenten

Stimmt die Verordnung mit tatsächlich gerichteten Medikamenten überein? ja nein

Sind die Dosierungen der Bedarfsmedikation genau dokumentiert? ja nein
 Einzeldosis Tageshöchstdosis genaue Bedarfsmedikation

Reinigung der benutzten Medikamentenbehältnisse? ja nein

Umgang mit Betäubungsmitteln

Wird der Verbrauch von BtM bewohnerbezogen dokumentiert? ja nein
 BtM-Buch Karteikarten
 Andere bewohner- und medikamentenbezogene Schnellhefter

Ist der Bestand korrekt aufgeführt? ja nein

Ist die Dokumentation regelrecht?

Der Bestand wurde auf allen Wohnbereichen überprüft.

Am Tag der Begehung stimmte auf einem der Wohnbereiche bei einem Flüssig-BtM-Medikament die in der Arzneimittelflasche verbliebene Menge nicht mit der im Schnellhefter dokumentierten Restmenge überein (Abweichung: 1 ml).

Außerdem fehlte an einem zurückliegenden Tag bei einer Mahlzeit die Dokumentation der Entnahme der Tropfen (diese war jedoch bezüglich der Diskrepanz bereits mit eingerechnet worden; der Bewohner hatte das Medikament bekommen, es war lediglich nicht dokumentiert worden – die Zeile im Ordner war dafür freigehalten worden).

Über beide Vorkommnisse wurde noch während der Heimnachschaue die stellvertretende PDL [REDACTED] unterrichtet.

Wie wird mit BtM von Verstorbenen verfahren?

Rückgabe an Apotheke Vernichtung unter Zeugen
 Weiterverwendung Rückgabe an verschreibenden Arzt

► **F A Z I T:**

- Die Einrichtung macht einen sauberen Eindruck. Die hygienerlevanten Abläufe im hauswirtschaftlichen Bereich sind sehr gut strukturiert und werden offensichtlich auch umgesetzt.
- Es wurde dahingehend beraten, auch die barrierefreien Toiletten mit handbedienfreien Mülleimern auszustatten, um Inkontinenzprodukte sachgerecht entsorgen zu können.
- Es wurde empfohlen, ehrenamtlich Mitarbeitende in die Belehrung nach §§ 42, 43 IfSG mit einzubeziehen.
- Bisher werden für die Flächendesinfektion in Eimern vorgehaltene trockene Tücher jeweils mit einer fertig angemischt vorgehaltenen Desinfektionslösung benetzt. Um eine wirksame Flächendesinfektion sicherzustellen, ist es erforderlich, dass Flächen ausreichend mit Flächendesinfektionsmittel benetzt werden. Dies wird durch ausreichend getränkte Desinfektionstücher aus Tuchspendern sichergestellt. Durch trockene Tücher, die im Einsatzfall befeuchtet werden, ist dies nicht sicher gewährleistet.
- Es wurde dahingehend beraten, die reine Flachwäsche sowie reine Kissen und Decken staub- und kontaminationsfrei aufzubewahren: laut KRINKO empfiehlt sich dafür ein geschlossener Schrank, ein Vorhang oder geschlossene Boxen.
- In den Unreinräumen gibt es keine Fliegengitter. Es wurde dahingehend beraten, in den Unreinräumen Fliegengitter anzubringen, um Schmeißfliegenbefall zu vermeiden.
- Um die Sterilität von Sterilgut zu gewährleisten, wurde dazu geraten, Behältnisse anzuschaffen, in denen Sterilgut im Keller staubgeschützt gelagert werden kann.
- Es wurde dazu geraten, Bodenlagerung zu vermeiden.
- Aus dem Pflegewagen entnommene Wäsche darf nicht dorthin zurückgelegt werden, auch wenn sie nicht benutzt wurde.
- Benutzte Einmalhandschuhe müssen sofort nach dem Gebrauch abgeworfen werden, ohne zuvor andere Gegenstände (z.B. Pflegewagen oder Türgriffe) zu berühren.
- Waschschüsseln müssen auch bei bewohnerbezogener Verwendung nach jedem Gebrauch wischdesinfiziert werden.
- Es wurde dahingehend beraten, für die Zubereitung von Flüssigmedikamenten jedes Mal ein frisches Wasserkännchen mit reinem Trinkwasser zu holen und nach Beendigung der Zubereitung der Flüssigmedikamente in die Küche zurückzubringen. Es wurde dazu geraten, dieses Procedere auch im Hygienehandbuch festzulegen.
- Bezüglich der Ermittlung der Ursache für die Diskrepanz der dokumentierten Menge des Flüssig-BtM-Medikaments gegenüber der tatsächlich noch vorhandenen Menge wurde eine Kontaktaufnahme mit der Vertragsapotheke empfohlen, um die genaue Flüssigkeitsmenge pro Tropfen errechnen zu lassen. Es wurde außerdem dahingehend beraten, die Mitarbeitenden dahingehend zu schulen, auch versehentlich verschüttete Flüssig-BtM-Tropfen zu dokumentieren.

7. Verpflegung / hauswirtschaftliche Versorgung

Die Begehung fand unter Beteiligung des Gesundheitsamtes (Frau Hönes-Duncan) statt.
Nachfolgender Teilbericht (Punkt 7) wurde von Seiten des Gesundheitsamtes erstellt.

7.1 Verpflegung

Gestaltung und Hygiene

Wird die Küche im Speisesaal nach Reinigungsplan gereinigt? ja nein

In den Wohnbereichsküchen befindet sich die Anrichte sich direkt neben dem Waschbecken und kann deshalb durch Spritzwasser verunreinigt werden.

7.2 Hauswirtschaftliche Versorgung

Hauswirtschaftsleitung: XXXXXXXXXX

Reinigung

Die hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt mit

eigenem Personal Fremdfirma

Arbeitet die Einrichtung mit einem Reinigungssystem und festgelegten Reinigungsintervallen? ja nein

Laufende Reinigung Sichtreinigung Reinigung am Wochenende

Findet eine Reinigung im Akutfall statt? ja nein

Zuständigkeit: *Reinigungskräfte oder Pflege*

Sind die Modalitäten im Hygieneplan festgeschrieben? ja nein

Finden Durchführungskontrollen statt? ja nein

Zuständigkeit: *Fr. Wieder*

Turnus: *täglich*

Wäsche:

Sind die hygienischen Anforderungen (Trennung „rein/unrein“) erfüllt? ja nein

Aufbewahrung Transport

Wird Wäsche in der Einrichtung gewaschen? ja nein

Bewohnerwäsche Dienstkleidung *Küchenwäsche* *Reinigungsutensilien*

Eigene Wäscherei- Bauliche Trennung von Wäscheraum rein/unrein? ja nein

Zeitliche Trennung keine Trennung

Durchlademaschinen Wäschetrockner

Reinigungsplan ausgehängt? ja nein

Sind die Hygieneanforderungen umgesetzt? ja nein

Desinfizierende Leistung der Waschmaschine jährlich überprüft? ja nein

Externe Wäscheversorgung

ja nein

Name der Wäscherei: *Klenk*

RAL-Zertifizierung vorhanden?

ja nein

Versorgungsumfang:

Bewohnerwäsche Dienstkleidung Flachwäsche Reinigungsutensilien

► **F A Z I T:**

- **Es wurde empfohlen, in den Wohnbereichsküchen jeweils einen Spritzschutz zwischen Waschbecken und Anrichte anzubringen, um Verunreinigungen der Anrichten durch Spritzwasser zu vermeiden.**

8. Mitwirkung

In welcher Weise nehmen die Bewohner ihre Mitwirkungsrechte wahr?

Bewohnerbeirat

ja nein

Fürsprechergremium

ja nein

Bewohnerfürsprecher

ja nein

Notwendige Anzahl der Mitglieder? 3-5

Tatsächliche Anzahl der Mitglieder? 5

Letzter Wahltermin?

03.12.2024

Neuwahlen

12/2026

Werden regelmäßig Sitzungen durchgeführt?

ja nein

Turnus: *Geplant alle zwei Monate*

Werden Sitzungen protokolliert?

ja nein

Von wem? *i.d.R. SDL*

Für die Mitwirkungsgremien werden Ansprechpartner vom Träger benannt?

ja nein

Die Funktion des Mitwirkungsgremiums ist den Bewohnern bekannt gegeben?

ja nein

Die Mitwirkungsgremien werden informiert, angehört und in die Entscheidungsfindung einbezogen (z.B. bei der Musterheimvertragsgestaltung, der Änderung der Entgelte, bei der Alltags- und Freizeitgestaltung, hinsichtlich der Unterkunft, Betreuung und der Verpflegung).

ja nein

Werden die Mitwirkungsgremien von der Einrichtungsleitung bei ihren Tätigkeiten unterstützt?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form?

In jeglicher Form.

9. Spenden

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 nahe liegt, 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 09.05.2023 wurde die Geringfügigkeitsgrenze neu festgelegt: Einmalige Spenden vom erstgenannten Personenkreis bis 100,-- € gelten als geringfügig und können ohne Genehmigung angenommen werden. Sollte derselbe Spender jedoch mehrmals spenden, muss die Spende ab einem Gesamtbetrag von 200,-- € im Kalender-jahr 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.**



Wilbs

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.