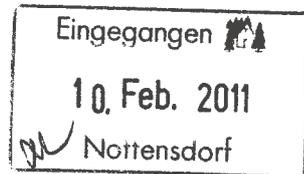




Landkreis Stade · 21677 Stade

Altenpflegeheim  
"Haus am Wald"  
Am Walde 1

21640 Nottensdorf



Gesundheitsamt  
Heckenweg 7  
Frau Pöschening  
Zimmer 111

☎ 0 41 41 / 12 - 7 33

☎ 0 41 41 / 12 - 7 14

✉ Gesundheitsamt@landkreis-stade.de

Datum und Zeichen  
Ihres Schreibens

Mein Zeichen  
(bei Antwort bitte angeben)  
/ Pö.

Datum

08.02.2011

## Besichtigung Ihrer Einrichtung am 01.02.2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersende ich ihnen das Protokoll über die Besichtigung Ihrer Einrichtung  
im Jahre 2011.

Mit freundlichen Grüßen

Pöschening

### Hauptdienstgebäude:

Kreishaus  
Am Sande 2  
21682 Stade  
Telefon: (0 41 41) 12-0  
Telefax: (0 41 41) 12-247  
eMail: info@landkreis-stade.de  
www.landkreis-stade.de

### Bankverbindungen:

Kreissparkasse Stade  
Konto-Nr.: 100 024 - BLZ: 241 511 16  
Volksbank Stade-Cuxhaven eG  
Konto-Nr.: 100 12 12 500 - BLZ: 241 910 15  
Postbank Hamburg  
Konto-Nr.: 75 37 207 - BLZ: 200 100 20

### Allgemeine Öffnungszeiten:

Montag, Dienstag:  
8.00 bis 12.00 Uhr + 14.00 bis 15.30 Uhr  
Mittwoch, Freitag:  
8.00 bis 12.00 Uhr  
Donnerstag:  
8.00 bis 17.00 Uhr

### Öffnungszeiten Straßenverkehrsamt Stade und Buxtehude:

Montag, Dienstag:  
8.00 bis 15.30 Uhr  
Mittwoch, Freitag:  
8.00 bis 12.00 Uhr  
Donnerstag:  
8.00 bis 18.00 Uhr

Außerhalb der Öffnungszeiten können gerne Termine vereinbart werden.



Landkreis Stade - 21677 Stade

Altenpflegeheim  
"Haus am Wald"  
Eichenweg 1

21698 Harsefeld



Gesundheitsamt  
Heckenweg 7  
Frau Pöschening  
Zimmer 111  
☎ 0 41 41 / 12 - 7 33  
☎ 0 41 41 / 12 - 7 14  
✉ Gesundheitsamt@landkreis-stade.de

Datum und Zeichen  
Ihres Schreibens

Mein Zeichen  
(bei Antwort bitte angeben)

Datum

/ Pö.

07.01.2011

**Niederschrift**

über die Besichtigung des Altenpflegeheims "Haus am Wald" am 01.02.2011.

**Teilnehmer:**

Frau Büsselmann	Pflegedienstleiterin „Haus am Wald“
Frau Sternke	Stellvertretende Pflegedienstleiterin „Haus am Wald“
Frau Hülsebusch	Hygienebeauftragte „Haus am Wald“
Herr Dr. B. Rasenack	Gesundheitsamt Landkreis Stade
Frau Pöschening	Gesundheitsamt Landkreis Stade

**A. Vorbesprechung**

Allgemeine Angaben über die Einrichtung, siehe Selbstauskunft vom 25.10.2001, liegen im Gesundheitsamt vor.

Die bei der Besichtigung am 18.11.2009 festgestellten Mängel waren abgestellt.

**Hauptdienstgebäude:**

Kreishaus  
Am Sande 2  
21682 Stade  
Telefon: (0 41 41) 12-0  
Telefax: (0 41 41) 12-247  
eMail: info@landkreis-stade.de  
www.landkreis-stade.de

**Bankverbindungen:**

Kreissparkasse Stade  
Konto-Nr.: 100 024 - BLZ: 241 511 16  
Volksbank Stade-Cuxhaven eG  
Konto-Nr.: 100 12 12 500 - BLZ: 241 910 15  
Postbank Hamburg  
Konto-Nr.: 75 37 207 - BLZ: 200 100 20

**Allgemeine Öffnungszeiten:**

Montag, Dienstag:  
8.00 bis 12.00 Uhr + 14.00 bis 15.30 Uhr  
Mittwoch, Freitag:  
8.00 bis 12.00 Uhr  
Donnerstag:  
8.00 bis 17.00 Uhr

**Öffnungszeiten Straßenverkehrsamt  
Stade und Buxtehude:**

Montag, Dienstag:  
8.00 bis 15.30 Uhr  
Mittwoch, Freitag:  
8.00 bis 12.00 Uhr  
Donnerstag:  
8.00 bis 18.00 Uhr

**Außerhalb der Öffnungszeiten können gerne Termine vereinbart werden.**

## B. Begehung der Wäscherei, Küchenpersonal, Abfall

### 1. Wäscherei:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Trennung von potentiell kontaminierter und anderer Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lagerung der Schmutzwäsche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bei eigener Wäscherei, getrennte Waschvorgänge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Trennung rein / unrein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zugelassene Maschinen gem. RKI – Liste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Art der Wäschedesinfektion (sämtliche Behälter vollständig desinfizier-/entleerbar)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Frischwassertank / Flusenfänger / Vorratsbehälter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Desinfektion am Ende des Betriebes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Kontrolle Abwasserbeseitigung, Beachtung RKI-Merkblatt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Kontrolle durch Mikrobiologen bzw. Päckchen (VDI 2165)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abstände:

k) Protokolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sonstiges:

### 2. Wäschereipersonal:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Aufenthaltsraum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Umkleieräume („schwarz / weiß“ – Trennung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schutzkleidung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hygienegerechte Ausstattung eines Handwaschplatzes (Spender für Seife, Desinfektionsmittel, Einmalhandtücher, ggf. Armhebelarmatur)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

### 3. Küchenpersonal:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Umkleieräume („schwarz / weiß“ – Trennung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sanitärräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Händedesinfektionseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. Abfallbeseitigung:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Wohn- / Pflegebereich

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
<u>1. Räumlichkeiten / Arbeitsweisen:</u>			
a) Stationszimmer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Stations- / Teeküche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vorratsräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sanitärzellen der einzelnen Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Trennung reine und unreine Arbeitsgänge	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kühlschranks für Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kühlschranks für Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Infusions- bzw. Spritzenvorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mehrfachdosierbehälter: Datum des ersten Anstiches	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Konservierungsmittel max. ein Tag, sonst gekühlt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sterilisierte Tupfer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Sterile Tupfer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hygienegerechte Ausstattung eines Handwaschplatzes (Spender für Seife, Desinfektionsmittel, Einmalhandtücher, ggf. Armhebelarmatur)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Cremespender (keine Dosen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Armhebelarmatur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Schutzkleidung (tägliches Wechsel)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Schutzkleidung vor invasiven Eingriffen (z.B. Blasenkatheter)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Berufskleidung (zweimal wöchentliches Wechsel)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Fäkalenspüle (-n)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Pflegebad (-bäder)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) geschlossenes Harnwegsystem	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) steriles Katheterset	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) steriles Gleitmittel in Einmalportionen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Harnentsorgung mit Schutzhandschuhen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
<u>2. Pflegepersonal:</u>			
a) Umkleieräume („schwarz / weiß“ – Trennung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sanitärräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hygienegerechte Ausstattung von Handwaschplätzen (Spender für Seife, Desinfektionsmittel, Einmalhandtücher, ggf. Armhebelarmatur)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

**D. Hygienepläne der Bereiche, Sonstige Hygiene**

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
1. <u>Hygienepläne:</u>			
a) Hygieneplan für die Küche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hygieneplan für die Wäscherei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hygieneplan (-pläne) für die Pflegebereiche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <u>Besondere Hygiene:</u>			
(1) Beatmung			
a) desinfizierte Beatmungsgeräte und -schläuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Absaugen von nicht beatmeten Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) gebrauchte Schlauchsysteme (tägl. Desinfektion, steriles Wasser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Vernebler			
a) Umgang mit Therapieverneblern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Umgang mit Ultraschallverneblern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verneblertöpfe desinfiziert und sterilisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Zubehör desinfiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Sonstiges			
a) Umgang mit Blasenkathetern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Umgang mit sogenannten Heim-Inhalationsgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Umgang mit Ultraschallgeräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Umgang mit Sondennahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pflege der Ernährungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Wechsel von Wundverbänden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Desinfektion und Sterilisation			
a) Flächen, Instrumente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Medizinprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

**E. Sonstige Bereiche**

	Beanstandungen		
	nicht vorhanden	nein	ja
a) Kiosk / Café	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Flure / Treppen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Speise- / Gemeinschaftsräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alarm- und/oder Evakuierungspläne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

**Es wurden folgende Mängel festgestellt**

Zur Lagerung der Sauerstoffgeräte muß der Wasserbehälter komplett entleert und trocken sein, da sonst die Gefahr einer Verkeimung besteht.

**Sonstiges**

**Empfehlungen**

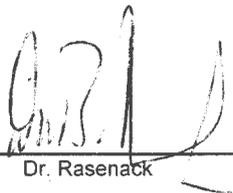
Es wird empfohlen Alarmierungs- / Evakuierungspläne zu erstellen. Diese sind jedem zugänglich und auf dem aktuellen Stand zu halten, dass jeder Mitarbeiter ohne Nachfrage innerhalb des Hauses, sofort mitteilen kann wieviel Transportraum für liegend bzw. sitzend Transport im Evakuierungsfall benötigt wird.

**Gesamturteil**

Insgesamt befindet sich die Einrichtung in einem sauberen und guten Zustand.

21682 Stade, 07.02.2011

Im Auftrage



---

Dr. Rasenack



---

Pöschering