



Soziale Sicherung, Integration
Landeshauptstadt Düsseldorf

Tätigkeitsbericht
der Heimaufsicht
für das Jahr 2005

Vorwort

Der jährliche Bericht der Heimaufsicht der Landeshauptstadt Düsseldorf wird hier erstmals, nachdem er im Ausschuss für Gesundheit und Soziales sowie im Seniorenbeirat vorgelegt wurde, in einer für die interessierte Öffentlichkeit aufbereiteten Form vorgestellt.

Das Amt für soziale Sicherheit und Integration verfolgt damit das Ziel, die vielfältigen Maßnahmen, die zur Qualitätssicherung im Bereich der Senioren- und Behindertenhilfe in Düsseldorf ergriffen werden, transparent darzustellen.

Der Bericht der Heimaufsicht bietet zunächst einmal eine gute Übersicht der rechtlichen Grundlagen, die das Handeln der Heimaufsicht bestimmen. Er verdeutlicht zudem, wie differenziert die beschriebene Angebots- und Versorgungsvielfalt in Düsseldorf gegenwärtig ist.

Im Zentrum des jährlichen Berichtes steht natürlich die Darstellung der Aktivitäten der Heimaufsicht, die – entsprechend der gesetzlichen Grundlagen – bestimmt ist von

- der Wahrung und Durchsetzung der Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, einem umfassenden Beratungsansatz und
- der Sicherung und Unterstützung einer in der Förderung der Professionalisierung gründenden pflegerischen und sozialen Betreuung.

Die Aktivitäten der Heimaufsicht sind somit ein wichtiges Element der externen Qualitätssicherung für die Einrichtungen, in denen in Düsseldorf alte, kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen leben.

Der Bericht für das Jahr 2005 gibt darüber hinaus Hinweise auf Entwicklungen z. B.

- im Bereich der Heime für Menschen mit Behinderungen oder
- hinsichtlich der Etablierung neuer Wohn- und Betreuungsformen, die Grundlagen für einen notwendigen Dialog in der Stadt, den Gremien und Verbänden liefern.

In diesem Sinne wünsche ich allen Akteuren eine konstruktive Diskussion der Ergebnisse, die dieser Bericht zugänglich machen soll.

Roland Buschhausen
Leiter des Amtes für soziale Sicherheit und Integration

Inhaltsverzeichnis

Seite

07 Vorbemerkung

09 1 Heimtypen und die Zuständigkeitsbereiche der Heimaufsicht in Düsseldorf

- 09 1.1 Einrichtungen der Altenpflege
- 09 1.2 Hospize
- 09 1.3 Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
- 09 1.3.1 Einrichtungen für volljährige Menschen
mit neurologischen, psychischen, (sozial)psychiatrischen
und Sucht-Erkrankungen
- 10 1.3.2 Einrichtungen für volljährige Menschen
mit einer geistigen und/oder Mehrfachbehinderung
- 10 1.3.3 Weitere Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

11 2 Organisation und personelle Besetzung

12 3 Aufgaben der Heimaufsicht

- 12 3.1 Beratungen
- 12 3.1.1 Allgemeine Beratungen nach § 4 HeimG
- 12 3.1.2 Beratungen im Rahmen der HeimmitwV
- 13 3.1.3 Beratungen nach HeimMindBauV
- 13 3.1.4 Beratungen bei Mängeln nach § 16 HeimG
- 14 3.1.5 Beratungen zur Verbesserung der Pflegequalität
- 15 3.1.6 Sitzung der Heimleiterinnen und Heimleiter
- 15 3.1.7 Sitzung mit Vertretern des Unterausschusses Altenhilfe
der Liga der Düsseldorfer Wohlfahrtsverbände
- 15 3.2 Überwachung der Einrichtungen nach § 15 Abs. 1 HeimG
- 15 3.2.1 Angemeldete wiederkehrende Prüfungen
nach § 15 Abs. 1 HeimG
- 16 3.2.2 Daten zur Prüftätigkeit der Heimaufsicht
- 16 3.2.2.1 Pflegestufen in Einrichtungen der stationären Altenpflege
in Düsseldorf
- 17 3.2.3 Beschwerden bzw. anlassbezogene Prüfungen
nach § 15 Abs. 1 HeimG
- 17 3.2.4 Feststellungen nach der HeimPersV
- 18 3.2.4.1 Fachkräfte und Fachkräftequote in Einrichtungen
der stationären Altenpflege
- 18 3.2.4.2 Fachkräfte und Fachkraftquote in Einrichtungen
für Menschen mit Behinderungen
- 19 3.2.4.3 Eignung der Heim- und Pflegedienstleistung –
ständige Anwesenheit einer Fachkraft
- 19 3.2.5 Pflegeprozess und Dokumentation in den Einrichtungen
der stationären Altenpflege
- 20 3.2.6 Bilanz der Prüfungen der Einrichtungen der
Behindertenhilfe – Hilfebedarf und Bewohnerstruktur
- 21 3.2.7 Formale Bescheide nach dem Heimgesetz
und den Verordnungen
- 21 3.2.8 Anzeige des Heimbetriebes nach § 12 HeimG
- 22 3.2.8.1 Zur Situation und Etablierung
„moderner Wohn- und Betreuungsformen“ in Düsseldorf

Seite

23	4	Kooperationen der Heimaufsicht
23	4.1	Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt
23	4.2	Zusammenarbeit mit der AOK
23	4.3	Zusammenarbeit mit dem MDK
23	4.4	Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR)
24	5	Arbeitsgemeinschaften, Berichtswesen und konzeptionelle Aktivitäten
24	5.1	Arbeitsgemeinschaft nach § 20 HeimG
24	5.2	Arbeitsgemeinschaft der Heimaufsichten
24	5.3	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien (MGSFF) bzw. MAGS des Landes Nordrhein-Westfalen
24	5.4	Fortbildungen/Fachtagungen
25	6	Fazit
26	7	Ausblick und Überlegungen zur Optimierung der gesetzlichen Aufgabenerfüllung

Vorbemerkung

Grundlage für die Arbeit der Heimaufsicht sind das 2002 novellierte Heimgesetz (HeimG) sowie die Heimmitwirkungsverordnung (HeimmitwV), Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV), Heimpersonalverordnung (HeimPersV) und Heimsicherungsverordnung (HeimSicherungsV).

Das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) ist am 01.01.2002 in Kraft getreten.

Das HeimG und seine Verordnungen definieren das Aufgabengebiet der Heimaufsicht. Deren Arbeit dient dem Schutz und der Wahrung

- der Würde,
 - der Interessen und Bedürfnisse,
 - der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit,
 - der angemessenen Qualität des Wohnens,
 - der eigenständigen Lebensgestaltung und
 - der adäquaten Pflege und Betreuung
- der volljährigen Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen (vgl. §§ 2 und 11 HeimG).

Die Bewohnerinnen und Bewohner schließen mit einem Vertragspartner (Träger des Heimes) einen Heimvertrag ab. Dieser umfasst u. a. die Regelung der Leistungserbringung zur Versorgung mit Wohnraum, Verpflegung und Betreuung und Pflege (vgl. §§ 1 und 5 HeimG) entsprechend des allgemein anerkannten Standes der fachlichen Erkenntnisse.

Die Überwachung der Qualität dieser Leistungen ist die Kernaufgabe der Heimaufsicht (vgl. § 15 HeimG). Sie ist damit auch für die Träger ein Bestandteil der externen Qualitätssicherung.

Aus diesen Vorgaben leiten sich die Schwerpunkte der Tätigkeit der Heimaufsicht ab:

- Beratung (§ 4 HeimG) von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen, Trägern und von Personen, die ein berechtigtes Interesse haben,
- Überwachung (Prüfung) nach § 15 HeimG,
- Beratung bei Mängeln (§ 16 HeimG), sowohl im Rahmen als Konsequenz der Überwachung (Prüfung), als auch aufgrund untersuchter Beschwerden.

Der vorliegende Bericht der Heimaufsicht umfasst den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2005.

Die Gliederung der Vorjahresberichte wurde weitestgehend beibehalten. Der vorliegende Bericht nimmt – entsprechend der Ergebnisse der Prüfungen nach § 15 und der Beratungen nach § 16 HeimG – außerdem schwerpunktartig Stellung

- zur Steuerung des Pflegeprozesses in den Einrichtungen der Altenpflege (siehe 3.2.5.),
- zu den möglichen Entwicklungen im Bereich der Heime für Menschen mit Behinderungen, der stetigen Zunahme älterer Bewohnerinnen und Bewohner und der damit verbundenen Zunahme des Anteils pflegebedürftiger Menschen in diesen Einrichtungen (siehe 3.2.6.) sowie
- zur Situation der Etablierung „moderner Wohn- und Betreuungsformen“ in Düsseldorf, sofern ihre Entwicklung bzw. Angebote Gegenstand der Arbeit der Heimaufsicht waren (siehe 3.2.8.1).

1 – Heimtypen und die Zuständigkeitsbereiche der Heimaufsicht in Düsseldorf

Die Zuständigkeit der Heimaufsicht erstreckt sich Ende 2005 auf 88 Einrichtungen (2004: 83) im Sinne des HeimG, die über 6.246 (2004: 6.076) Plätze verfügen:

Einrichtungstyp	Anzahl		Anzahl Pflegeplätze	
	2004	2005	2004	2005
stationäre Altenpflege	49	50	4.913	4.984
Tagespflegeeinrichtung	7	7	98	98
Nachtpflegeeinrichtung	1	1	12	12
Kurzzeitpflegeeinrichtung	2	5	29	66
Hospiz	2	2	24	24
Einrichtung für volljährige Menschen mit einer geistigen und/oder Mehrfachbehinderung	12	12	548	578
Einrichtung für volljährige Menschen mit psychischen, (sozial)psychiatrischen und Sucht-Erkrankungen	7	7	398	406
Einrichtung für volljährige Menschen mit einer Körper- und/oder Mehrfachbehinderung	1	2	24	48
Einrichtung für volljährige Menschen mit einer autistischen Behinderung	1	1	16	16
Einrichtung für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen	1	1	14	14
Total	83	88	6.076	6.246

1.1 – Einrichtungen der Altenpflege

Die Veränderungen im Bereich der Einrichtungen der stationären Altenpflege, einschließlich der Einrichtungen der Tagespflege, der Nachtpflege und der Kurzzeitpflege, resultieren aus der Neueröffnung einer stationären sowie der von zwei Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Eine Kurzzeitpflegeeinrichtung wurde als Solitär aus dem stationären Verbund gelöst.

1.2 – Hospize

Seit der Novellierung des Heimgesetzes 2002 fallen auch die beiden stationären Hospize in Düsseldorf mit insgesamt 24 Plätzen in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht. Hier gab es keine quantitativen Veränderungen.

1.3 – Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen

Im Bereich der Behindertenhilfe umfasst der Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht 23 (2004: 22) Einrichtungen. Im Berichtszeitraum wurde eine Einrichtung für volljährige Menschen mit einer Körper- und/oder Mehrfachbehinderung neu eröffnet. Die Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderungen verfügen in Düsseldorf über 1.062 Plätze. Die zusammenfassende Darstellung dieser Einrichtungen dient allein der quantitativen Übersicht. Angesichts der vielfältigen Arten der Behinderungen der in diesen Einrichtungen lebenden Menschen und angesichts der differenzierten fachlichen Ausrichtung der unterschiedlichen Einrichtungen, ist die schematische Kategorisierung als „Einrichtungen der Behindertenhilfe“ wenig aufschlussreich.

Die folgende Differenzierung dient dem besseren Verständnis der jeweiligen Einrichtungstypen. Sie weicht deshalb auch bewusst von der Systematik des Vorjahresberichtes ab.

1.3.1 – Einrichtungen für volljährige Menschen mit neurologischen, psychischen, (sozial)psychiatrischen und Sucht-Erkrankungen

In insgesamt sieben Einrichtungen bestehen 406 Pflegeplätze für volljährige Menschen mit neurologischen, psychischen, (sozial)psychiatrischen oder Sucht-Erkrankungen.

Die berichtsbezogene Zusammenfassung dieses vielfältigen Spektrums der Versorgung dient auch hier der besseren Übersicht. Aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsbilder der Bewohnerinnen und Bewohner und der entsprechend spezifischen Angebote, sind diese Einrichtungen zu differenzieren. Eine weitere Differenzierung stellt auch eine Einrichtung dar, die ausschließlich Frauen betreut. Die therapeutische Versorgungsbreite all dieser Einrichtungen umfasst u. a. die soziale Rehabilitation in der Übergangseinrichtung, in Wohnheimen und -gruppen zum Teil mit Binnen- und Außenwohngruppen.

1.3.2 – Einrichtungen für volljährige Menschen mit einer geistigen und/oder Mehrfachbehinderung

Diese zwölf Einrichtungen stellen mit 578 Plätzen die größte Gruppe der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Primär leben in diesen Einrichtungen Menschen, die hinsichtlich Ihrer Versorgung den Leistungstypen (LT)

- LT 9 (Wohnangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung)
- LT 10 (Wohnangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf) zugeordnet sind.

Eine Vielzahl dieser Bewohnerinnen und Bewohner geht montags bis freitags einer Arbeit in einer der Werkstätten für Menschen mit Behinderung nach. Die Problematik, mit der diese Einrichtungen zunehmend konfrontiert sind, ergibt sich aus der Tatsache, dass eine wachsende Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner gesundheits- oder altersbedingt (Renteneintritt) aus dem Arbeitsleben ausscheidet (siehe auch 3.2.6).

1.3.3 – Weitere Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

Die vorstehende tabellarische Übersicht verdeutlicht, dass im Stadtgebiet Einrichtungen bestehen, deren Klientel besondere Anforderungen an die Art der Betreuung stellt.

Im Laufe des Berichtszeitraums kam zur bestehenden Einrichtung für Menschen mit einer Körper- und/oder Mehrfachbehinderung eine weitere hinzu, so dass sich die Kapazitäten auf 48 Plätze verdoppelten.

Die Einrichtung für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen ist die einzige ihrer Art im Rheinland. In ihr leben Menschen, die infolge eines Unfalls, eines Apoplex (Schlaganfall) oder anderer Ereignisse eine Schädigung des zentralen Nervensystems erlitten haben.

Ein ebenfalls überaus spezifisches Angebot stellt die Einrichtung für volljährige Menschen mit einer autistischen Behinderung dar, die in sehr ruhiger Lage gelegen u. a. dafür sorgt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner keinen Reizüberflutungen ausgesetzt sind. Aufgrund der besonderen Anforderungen verfügt – ausgehend von den Fähigkeiten und Neigungen der Bewohnerinnen und Bewohner – die Einrichtung über eigene Arbeitsangebote.

2 – Organisation und personelle Besetzung

In Nordrhein-Westfalen ist die Heimaufsicht den Kreisen und kreisfreien Städten als Pflichtaufgabe innerhalb der kommunalen Selbstverwaltung übertragen worden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der komplexen und spezialisierten Aufgabe der Heimaufsicht obliegt den Kreisen und kreisfreien Städten, deren Heimaufsichten in Form gemeinsamer Schulungen und Weiterbildungen, Fallbesprechungen und gegenseitiger Beratung kooperieren (vgl. 5.2).

Die Landeshauptstadt Düsseldorf verfügt entsprechend ihrer Verantwortung für pflegebedürftige und behinderte Bürgerinnen und Bürger über eine personell und fachlich gut aufgestellte Heimaufsicht mit vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Heimaufsicht ist dabei Teil der Daseinsvorsorge der Stadt Düsseldorf, die sich verpflichtet, Grundlagen dafür zu schaffen, dass Seniorinnen und Senioren ein möglichst selbstbestimmtes und erfülltes Leben führen können (vgl. Geschäftsbericht des Amtes für soziale Sicherung und Integration). Die organisatorische Anbindung der Heimaufsicht innerhalb des Amtes sichert den Austausch mit der Fachlichkeit der Senioren- und der Behindertenhilfe.

Die Heimaufsicht arbeitet in zwei Teams. Sie prüfen und beraten die Einrichtungen auf einer gemeinsamen Grundlage und tauschen sich fachlich und hinsichtlich ihrer Ergebnisse kontinuierlich aus. Die Teams vertreten sich gegenseitig und haben ihre Zuständigkeit für die 88 Einrichtungen trägerunabhängig aufgeteilt. Dadurch wird die in der Vergangenheit bewährte Beratungs- und Aufsichtstätigkeit gesichert und optimiert. Die einrichtungsbezogene Zuständigkeit der Prüfteams wird in zweijährigem Rhythmus wechseln.

3 – Aufgaben der Heimaufsicht

Der Zweck des Heimgesetzes (vgl. Vorbemerkung) definiert die Aufgaben der Heimaufsicht. Dabei stellt das Heimgesetz die präventive Beratung und Information der Betroffenen, der Angehörigen und der Heimbetreiber in den Vordergrund heimaufsichtlichen Handelns. Ein weiteres Instrument ist die Überwachung der Heime durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen. Ordnungsrechtliche Maßnahmen werden durch die Heimaufsicht erst nach erfolgloser Beratung und Intervention ergriffen.

3.1 – Beratungen

Die durch die Heimaufsicht durchgeführten Beratungen lassen sich, wenn auch mit Überschneidungen, in sieben Gruppen unterteilen.

3.1.1 – Allgemeine Beratungen nach § 4 HeimG

Neben der Bearbeitung von telefonischen Anfragen (ca. 1.500 Telefonkontakte im Jahr) von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Verantwortlichen der Heime wurden im Berichtszeitraum folgende spezifische Beratungen durchgeführt:

- zu Heimverträgen und Hausordnungen einschließlich der Überprüfung auf ihre Rechtmäßigkeit,
- zum Pflegeprozess und zur Dokumentation,
- zum sogenannten Sondenkosturteil, einschließlich notwendiger Erläuterungen und Hilfen für die praktische Umsetzung (Differenzierung der Kosten von Unterkunft und Verpflegung),
- zur Ernährungssituation von Bewohnerinnen und Bewohnern,
- zur Delegation von Behandlungspflegen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Verbindung zu den Einsatzmöglichkeiten von Pflegefachkräften,
- zum Umgang mit spezifischen Problemlagen von Bewohnerinnen und Bewohnern und zur Klärung ihrer adäquaten Versorgung.

3.1.2 – Beratungen im Rahmen der HeimmitwV

In diese Gruppe fallen alle Beratungen von Bewohnerinnen und Bewohnern, Heimleitungen und sonstigen Interessierten über die adäquate Umsetzung der HeimmitwV, die Bestellung von Heimfürsprechern oder der vertraglichen Gründung eines Ersatzgremiums, die Kontrolle von Heimbeiratswahlen und die Information der Heimbeiräte und Heimfürsprecher über ihre Rechte und Pflichten.

Im Berichtszeitraum wurden 16 Heimbeiratswahlen begleitet, bzw. in gesonderten Fällen Heimfürsprecher oder ein Ersatzgremium bestellt.

Im Rahmen der 49 angekündigten Prüfungen wurden jeweils Gespräche, u. a. zur Abklärung der Bewohnerzufriedenheit, mit den Mitgliedern der Heimbeiräte bzw. Ersatzgremien der Heime geführt. Die Bewohnerzufriedenheit ist ein zentrales Messinstrument zur Ermittlung der Ergebnisqualität von Pflege und Betreuung.

Der überwiegende Tenor der Einschätzungen der Mitglieder der Heimbeiräte zur Qualität ihrer Versorgung ist positiv, vor allem hinsichtlich der Leistungen der Beschäftigten. Häufig genannte Kritikpunkte sind – neben der Klage, dass zu wenig Personal vorhanden ist – Mängel in der Versorgung mit Speisen und in der Wäschepflege. Die von den Heimbeiratsmitgliedern geäußerte Kritik, ihre Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge, aber ebenso ihr Lob, fließen als eigenständiger Punkt unmittelbar ein in den Bescheid, den die Heimträger anlässlich einer Prüfung nach § 15 HeimG erhalten.

3.1.3 – Beratungen nach HeimMindBauV

Gesondert aufzuführen sind die Beratungen im Rahmen der HeimMindBauV. Die Heimaufsicht berät die Heimträger bereits in der Planungsphase bei Um- oder Neubauten von Einrichtungen. Die spätere Wohn- und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner ist in hohem Maße von dem sinnvollen Zusammenspiel von Architektur, Innenausstattung, Pflegekonzept, Personalausstattung und Bewohnerstruktur bestimmt. Inhaltlich beschränkt sich diese Beratungstätigkeit auf die in der HeimMindBauV festgeschriebenen baulichen Anforderungen. Abzugrenzen ist diese Beratung von der Bauberatung nach den Vorschriften des Landespflegegesetzes.

Zu konkreten Neu- und Umbaumaßnahmen von und in Einrichtungen beriet die Heimaufsicht in sechs Fällen. Zu insgesamt acht Planungsvorlagen und Bitten um Beratung hat die Heimaufsicht Stellung genommen. Dabei handelt es sich u. a. um die Planung einer Wohngemeinschaft von Beatmungspatienten (Wohngemeinschaft, siehe 3.2.8.1), Umbaupläne eines Objekts zur Errichtung einer stationären Altenpflegeeinrichtung, Pläne zum Ausbau, Umbau vorhandener Einrichtungen etc.

Drei Beratungen hinsichtlich baulicher Fragen wurden mit Initiatoren von Wohn- und Betreuungsgruppen, die nach entsprechender Prüfung nicht unter das HeimG fallen, durchgeführt.

Die Bescheide zu den Ergebnissen der 49 wiederkehrenden Prüfungen nehmen jeweils Stellung zur Einhaltung der HeimMindBauV. Im Bedarfsfall erhalten die Heimträger konkrete Hinweise und Auflagen zur Verbesserung baulicher Standards.

3.1.4 – Beratungen bei Mängeln nach § 16 HeimG

Die Beratung bei Mängeln nach § 16 HeimG ist vom Geschehen der Überwachung nach § 15 HeimG nicht zu trennen. Die Praxis der Heimaufsicht Düsseldorf ist bestimmt von einem Vorgehen, das – wenn möglich – im Rahmen der Prüfung, im Gespräch mit den Verantwortlichen der Einrichtung, Möglichkeiten zur Behebung vorgefundener Mängel erörtert. So sind i.d.R. die Anordnungen in den Bescheiden verbunden mit konkreten Hinweisen an und Auflagen für die Träger, die bereits im Abschlussgespräch der Prüfung umfassend dargestellt und besprochen wurden. Erst wenn die Beratungen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht nicht zu der zeitnahen Behebung der Mängel führen, werden ordnungsbehördliche Maßnahmen ergriffen.

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 82 Prüfungen zur Überwachung der Einrichtungen durchgeführt. Vorgefundene, im Gespräch und im Bescheid thematisierte Mängel wurden in aller Regel durch eine zügige Bearbeitung von Seiten der Einrichtungen

3.1.5 – Beratungen zur Verbesserung der Pflegequalität

Die Überprüfung umfasst sowohl die Struktur- als auch die Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege.

Ein wiederkehrendes Problem ist die Delegation ärztlich angeordneter qualifizierter Behandlungspflegen, die nach allgemeinem fachlichen Verständnis Pflegefachkräften im Sinne des § 6 HeimPersV übertragen werden sollen. Danach ist die Delegation von Behandlungspflegen an pflegerische Hilfskräfte nicht zulässig. Da es für pflegerische Tätigkeiten keine Tätigkeitsvorbehalte gibt, sind die mit der Durchführung von Behandlungspflegen verbundenen Probleme äußerst vielschichtig.

Im Bereich der Altenpflege werden, wenn auch abnehmend, nach wie vor pflegerischen Hilfskräften Behandlungspflegen übertragen, obwohl sie nicht über die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung solcher Tätigkeiten verfügen.

Im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung wird die Behandlungspflege in Ermangelung ausgebildeter Pflegefachkräfte vielfach von sonstigen Fachkräften, die über keinerlei pflegerische Ausbildung verfügen, durchgeführt.

Während im stationären Bereich der Altenpflege das Problem abnimmt, dokumentieren die Überprüfungen, die Beratungstätigkeit und Anfragen in und aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe ein großes Maß an Unsicherheit, wie in der Arbeitsorganisation und Durchführung diesem Problem Rechnung getragen werden kann. Gestützt auf die „Empfehlungen zur Delegation von Behandlungspflegen“, die die Heimaufsicht in 2004 vorgelegt hatte, konnten im Berichtszeitraum die Wege zur Lösung des Problems offen thematisiert werden.

Aufgrund der im Jahr 2004 ebenfalls von der Heimaufsicht herausgegebenen detaillierten Empfehlungen zur Sicherstellung einer professionellen Überprüfung der Ernährungssituation aller Bewohnerinnen und Bewohner, wurde im Jahr 2005 die Sicherstellung einer ausreichenden und adäquaten Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr grundlegend überprüft. Die kontinuierliche Erfassung des Körpergewichtes ist mittlerweile in den Einrichtungen in Düsseldorf obligatorisch. Die adäquate Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr stellt ein generelles Problem der Pflege und Betreuung kranker und pflegebedürftiger Menschen dar. Im Vergleich zum Vorjahr kann festgehalten werden, dass Mängel in diesem Bereich primär die planerische Ebene, also die Verschriftlichung der Intervention der Pflegenden, betreffen. Sie sind also Teil des generellen Problems im Bereich Pflegeprozess und Dokumentation geworden und nicht mehr vorrangiges Problem pflegerischen Handelns. Dennoch bleibt die Überprüfung der adäquaten Flüssigkeits- und Nahrungsversorgung weiter im Zentrum der Arbeit der Heimaufsicht, nun mit dem vorrangigen Ziel der Verbesserung der Pflegepläne.

Im Rahmen der wiederkehrenden und anlassbezogenen Prüfungen nimmt die Heimaufsicht bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern mit deren Zustimmung den Pflegezustand in Augenschein (siehe dazu auch unter 3.2.2).

3.1.6 – Sitzung der Heimleiterinnen und Heimleiter

Ziel für das Jahr 2005 war die Intensivierung des Dialogs zwischen den Heim- und Pflegedienstleitungen einerseits und der Heimaufsicht andererseits. Die Sitzungen der Heimleitungen, zu denen die Heimaufsicht einlädt, dienen der Verbesserung und Institutionalisierung des Informationsaustausches zwischen der Heimaufsicht und den Heimleitungen. Sie sind zugleich Teil des Beratungsauftrages, dem die Heimaufsicht nachkommt, und Bestandteil ihrer Bemühungen, ihre Tätigkeit transparent zu machen.

Zwei Treffen, am 12.04.2005 für die Leitungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe und am 25.08.2005 für die der Altenpflegeeinrichtungen fanden jeweils ein breites Interesse, so dass nahezu alle Einrichtungen vertreten waren. Diese Treffen führten zu folgenden Ergebnissen:

- Die Inhalte sowie die Organisation einer Prüfung nach § 15 HeimG waren Anfang 2005 für das Gros der Behinderteneinrichtungen noch nicht bekannt. Zur Vorbereitung auf die ab 2005 routinemäßig stattfindenden Prüfungen in diesem Bereich wurden die Leitungen deshalb eingehend mit Ablauf und Gegenständen der Prüfungen vertraut gemacht. Auf dieser Grundlage konnten die Verantwortlichen ihre Einrichtungen gezielter vorbereiten.
- Zur Vereinheitlichung der Prüfkriterien und der Bewertungsmaßstäbe und zur besseren Orientierung der Heime vor und während der Prüfungen sind Abstimmungen zwischen den Prüfinstanzen erforderlich. Das Treffen der Heimleitungen der Einrichtungen der Altenpflege diente der Darstellung und Diskussion solcher Fragen. Anlässlich der Veröffentlichung der Grundsatzstellungnahme „Pflegethemen und Dokumentation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) referierte eine der Autorinnen der Grundsatzstellungnahme. Mit der Veranstaltung wurde ein wichtiges Signal an die Einrichtungen gegeben: Heimaufsicht und MDK gehen von gleichen Grundlagen aus, so dass sie zu vergleichbaren Bewertungen innerhalb ihrer jeweiligen Prüfungen kommen.

3.1.7 – Sitzung mit Vertretern des „Unterausschusses Altenhilfe der Liga der Düsseldorfer Wohlfahrtsverbände“

Im Rahmen der Debatte um die „Entbürokratisierung der Pflege“ und zur Klärung von Problemen der Bewertung von Bescheiden, fand am 26.10.2005 erstmals ein Treffen mit Vertretern des „Unterausschusses Altenhilfe der Liga der Düsseldorfer Wohlfahrtsverbände“ statt. Neben der Klärung inhaltlicher und pflegfachlicher Fragen und der damit verbundenen Zielsetzung der Bescheide wurde vereinbart, dass einmal jährlich ein Austauschgespräch zwischen der Heimaufsicht und den Mitgliedern des Unterausschusses Altenhilfe erfolgt.

3.2 – Überwachung der Einrichtungen nach § 15 Abs. 1 HeimG

Im § 15 HeimG wird die Überwachung der Einrichtungen geregelt. Im Rahmen der Überwachungstätigkeit der Heimaufsicht wird grundsätzlich zwischen angemeldeten wiederkehrenden Prüfungen und unangemeldeten anlassbezogenen Prüfungen unterschieden.

3.2.1 – Angemeldete wiederkehrende Prüfungen nach § 15 Abs. 1 HeimG

Die angemeldeten wiederkehrenden Prüfungen dienen der umfassenden Überwachung der Einrichtung. Die Personalausstattung der Heimaufsicht im Jahr 2005 stellt sicher, dass die bisher durchschnittlich zweitägige Überprüfung mit wenigen Ausnahmen auf einen Tag komprimiert werden konnte. Die Überprüfung umfasst alle Bereiche von der Feststellung der räumlichen Gegebenheiten, über die Barbetriebsverwaltung bis zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege und Betreuung in der Einrichtung.

3.2.2 – Daten zur Prüftätigkeit der Heimaufsicht

Die Prüftätigkeit im Sinne des HeimG (§ 15) wurde in enger Kooperation mit den zuständigen Stellen des Gesundheitsamtes, der AOK-Rheinland, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und – bezogen auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe – dem Landschaftsverband Rheinland durchgeführt. Seit 2005 finden die Prüfungen im wöchentlichen Rhythmus statt.

Insgesamt wurden 49 (2004: 17) angemeldete und 33 (2004: 30) unangemeldete, anlassbezogene Prüfungen nach § 15 Heimgesetz durchgeführt. Aufgrund der personellen Erweiterung der Heimaufsicht konnte neben dem nahezu konstanten Anteil anlassbezogener Prüfungen vor allem die Anzahl der i.d.R. jährlich durchzuführenden umfassenden angemeldeten Prüfungen nahezu verdreifacht werden.

angemeldete Prüfungen	49	unangemeldete Prüfungen	33
davon in Einrichtungen		davon in Einrichtungen	
– der stationären Altenpflege	30	– der stationären Altenpflege	28
– der Tagespflege	3	– der Tagespflege	4
– der Kurzzeitpflege	1	– der Kurzzeitpflege	0
– für Menschen mit Behinderung	14	– für Menschen mit Behinderung	1
Hospiz	1	Hospiz	0

16

Im Rahmen der 82 Prüfungen in 59 verschiedenen Einrichtungen¹⁾ wurden

- 242 Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären und teilstationären Altenpflege pflegerisch begutachtet (Ergebnisqualität) und insgesamt
- 677 Pflegeplanungen (sowie individuelle Hilfe- und Förderpläne in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung) im Sinne der Überprüfung der Prozessqualität der Betreuung und Pflege untersucht.

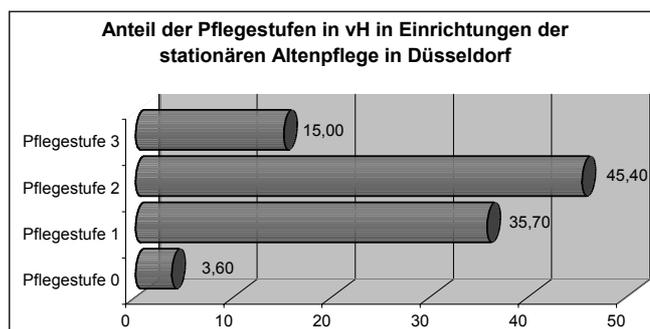
Im Verhältnis zu den aktuellen Kapazitäten der Plätze für die Pflege und Betreuung in Düsseldorf bedeutet dies, dass

- 4,7 v.H. der Bewohnerschaft der voll- und teilstationären Einrichtungen der Altenpflege aufgesucht, und ihr pflegerischer Zustand untersucht sowie
- 10,9 v.H. der Pflege- bzw. Hilfe- und Förderpläne der Bewohnerschaft aller Einrichtungen durchgesehen wurde. Die Prüfung der Pflegeplanung und der -dokumentation ist i.d.R. verbunden mit der Prüfung der Nachweise der ärztlichen Anordnungen und der Medikamentenversorgung.

1) In einigen Einrichtungen fanden anlassbezogen mehrere Prüfungen statt.

3.2.2.1 – Pflegestufen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Düsseldorf

Im Rahmen der Prüfungen ermittelt die Heimaufsicht auch, in welche Pflegestufen die Bewohnerinnen und Bewohner eingestuft wurden.



Die vorstehende Übersicht verdeutlicht die Verteilung²⁾ der Pflegestufen in den stationären Einrichtungen Düsseldorfs zum Stichtag 20.11.2005.

2) Abweichung von 100 Prozent ergeben sich aus Rundungen.

3.2.3 – Beschwerden bzw. anlassbezogene Prüfungen nach § 15 Abs.1 HeimG

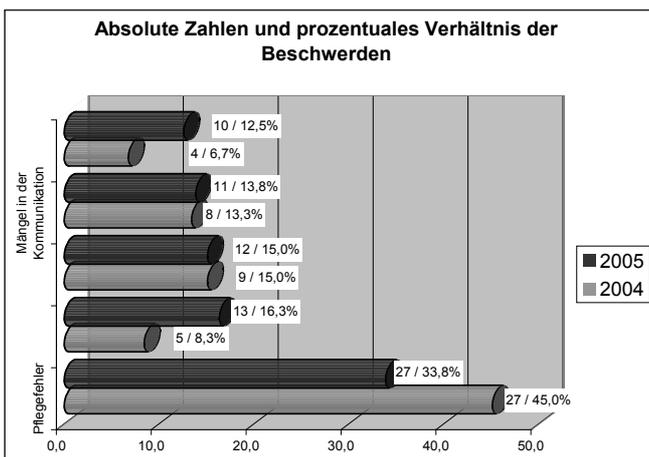
Unangemeldete Prüfungen sind vom Gesetzgeber immer dann vorgesehen, wenn Beschwerden oder andere begründete Anlässe vorliegen.

Die im Berichtszeitraum durchgeführten unangemeldeten 33 Prüfungen der Heimaufsicht hatten in der Mehrzahl Beschwerden zur Grundlage.

Aus der Bearbeitung bei der Heimaufsicht eingehender Beschwerden resultiert ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Heimaufsicht.

3.2.4 – Feststellungen nach der HeimPersV

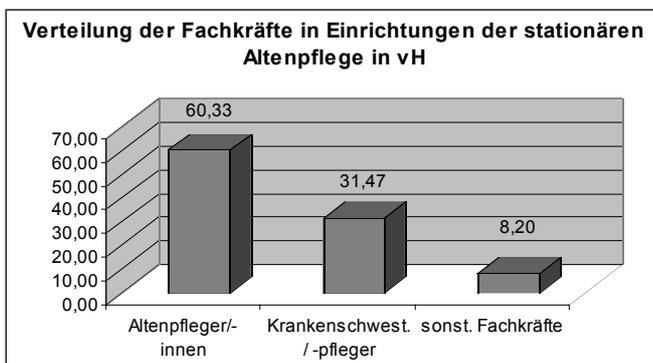
Eine weitere Aufgabe der Heimaufsicht ist die Überwachung der Einhaltung der HeimPersV. Ziel dieser Verordnung ist unter anderem die Sicherstellung eines Fachkräfteanteils von mindestens 50 v.H. sowie die Gewährleistung einer ausreichenden Kompetenz bei Heim- und Pflegedienstleitungen. Fachkräfte verfügen in der Regel über eine mindestens dreijährige Ausbildung. Sie besitzen demnach Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sie zur eigenverantwortlichen und selbständigen Betreuung und Pflege von Menschen in Heimen befähigen.



Neben dem einrichtungsinternen Beschwerdemanagement und anderen Prüfinstanzen und Institutionen ist die Heimaufsicht Empfängerin von Beschwerden. Im zurückliegenden Jahr waren 80 (60) verschiedene Probleme, die das Handeln der Heimaufsicht erforderlich machten, Gegenstand von 58 (41) abschließend bearbeiteten Beschwerden. Nachfolgend eine Übersicht zu den häufigsten Beschwerdegründen.

Bemerkenswert ist sicherlich der Rückgang von Beschwerden, die Pflegemängel oder -fehler zum Gegenstand hatten, obwohl gleichzeitig die Beschwerden über eine unzureichende Personalausstattung deutlich zugenommen haben.

3.2.4.1 – Fachkräfte und Fachkraftquote in Einrichtungen der stationären Altenpflege



Die HeimPersV legt in § 6 fest, welche Berufsgruppen Fachkräfte sind.

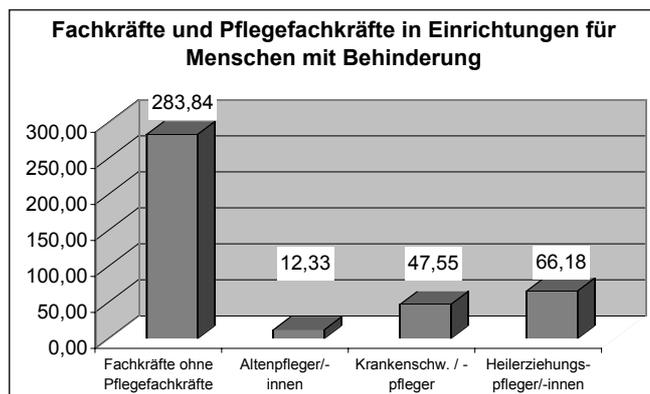
Ihre Verteilung in den stationären Altenpflegeeinrichtungen in Düsseldorf veranschaulicht die vorstehende Abbildung. Erwartungsgemäß stellen Altenpflegerinnen/Altenpfleger die Mehrheit der in Pflege und Betreuung beschäftigten Fachkräfte, gefolgt von Kranken- und einigen Kinderkrankenpflegekräften. Im Jahr 2006 wird schwerpunktmäßig überprüft, wie die soziale und therapeutische Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner personell und fachlich gewährleistet wird.

Die Fachkraftquote der 30 Einrichtungen der stationären Altenpflege, die angekündigt überprüft wurden, beträgt im Durchschnitt 64,5%. Sie schwankt zwischen 81,75% und 43,3%. Insgesamt erfüllten vier der 50 Einrichtungen der stationären Altenpflege die Vorgaben des § 5 der Heimpersonalverordnung (HeimPersV) nicht und hatten somit eine Fachkraftquote unter 50%. Im Nachgang zu den jeweiligen Prüfungen wurden diese Defizite überwiegend behoben. Zum Stichtag 20.11.2005 verstießen zwei Einrichtungen gegen die Vorgaben des § 5 HeimPersV. In beiden Fällen stand vor dem Jahreswechsel noch je eine Neueinstellung aus, um die Vorgaben zur Fachkraftquote zu erfüllen.

3.2.4.2 – Fachkräfte und Fachkraftquote in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung

Die Fachkraftquote in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung liegt in allen Fällen über den Mindestvorgaben der HeimPersV. Sie liegt je nach Einrichtung zwischen 54,5% und 100%. Rund ein Drittel der Fachkräfte in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sind Pflegefachkräfte im Sinne des § 6 der HeimPersV.

In allen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen wird generell die Fachkraftquote im Sinne des § 5 HeimPersV ausnahmslos erfüllt. Insgesamt sind 409,9 Stellen am 20.11.2005 mit Fachkräften besetzt.



Das Diagramm verdeutlicht: Das Gros der Fachkräfte gehört pädagogischen, erzieherischen und therapeutischen Berufen an. Pflegefachkräfte besetzen 30,75% der Stellen.

Die Präsenz von Pflegefachkräften ist überaus einrichtungsspezifisch. Zwei Einrichtungen beschäftigen keinerlei Pflegefachkräfte (sie müssen demnach behandlungspflegerische Aufgaben z. B. an ambulante Pflegedienste delegieren). In anderen Einrichtungen liegt ihr Anteil bei $\frac{2}{3}$ der beschäftigten Fachkräfte. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass Alten- und Krankenpflegekräfte bevorzugt im Nachtdienst eingesetzt werden. Mit 14,61% stellen die Alten- und Krankenpflegekräfte nur einen sehr geringen Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten, die als Fachkräfte im Sinne des § 6 HeimPersV gelten.

3.2.4.3 – Eignung der Heim- und Pflegedienstleitung – ständige Anwesenheit einer Fachkraft

Nach § 2 HeimPersV ist die Eignung der Heimleitung zu überprüfen. Ebenso ist die Eignung der Pflegedienstleitung nach § 4 HeimPersV nachzuweisen. Die Heimaufsicht begleitete im Berichtszeitraum vier Wechsel von Heimleitungen und sechs Wechsel von Pflegedienstleitungen. Die Heimaufsicht überprüft hier jeweils formal, ob die persönliche und fachliche Eignung der Personen vorliegt, die die vakante Leitungsstelle annehmen. Die Verantwortung der Träger bei der Personalauswahl bleibt davon unberührt.

Um sicherzustellen, dass auch in der Nacht ein ausreichender Anteil an Fachkräften in der Pflege tätig ist (vgl. § 5 HeimPersV), wurden im Jahr 2005 anlässlich aller angemeldeten Prüfungen und anlassbezogen auch bei unangemeldeten Prüfungen insbesondere die Dienstpläne und die Fachkraftquote im Vergleich zu den Leistungsnachweisen der qualifizierten Behandlungspflegen geprüft.

Für die geprüften Einrichtungen kann anhand der Dienstplananalyse festgestellt werden, ob während der gesamten Tages- und Nachtzeit immer mindestens eine Pflegefachkraft im Dienst anwesend war. Probleme treten jedoch immer dann auf, wenn im Nachtdienst nur eine Fachkraft anwesend ist, die während ihrer Pausenzeiten von einer Nichtfachkraft vertreten wird. Zur Lösung dieses Problems, etwa durch den Einsatz von zwei Fachkräften, werden die Träger in den jeweiligen Bescheiden aufgefordert.

3.2.5 – Pflegeprozess und Dokumentation in den Einrichtungen der stationären Altenpflege

Die Anwendung des Pflegeprozesses, die Erstellung und Evaluation eines Pflegeplanes, ist eine der Anforderungen an den Betrieb eines Heimes (§ 11 HeimG). Die Überprüfung der Steuerung des Pflegeprozesses ist ein Schwerpunkt der konkreten Überwachung nach § 15 HeimG. Generell gilt auch in Düsseldorf: „eine unzureichende Steuerung des Pflegeprozesses ist der gravierendste Qualitätsmangel in der Pflege eines Menschen (direkte Pflege). Dies ist sehr erstaunlich, denn eine erfolgreiche Steuerung des Pflegeprozesses verbessert beides: die Lebensqualität des Klienten und die Arbeitssituation der Mitarbeiter“³⁾. Obwohl in Deutschland mit dem Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes vor 20 Jahren die „geplante Pflege“ zu einem vorrangigen Ausbildungsziel erklärt worden ist, sind die Defizite der Realisierung einer geplanten Pflege unübersehbar.

Mit der systematischen Überprüfung von rund 11% der Pflegeplanungen, individuellen Hilfepläne (iHP) und Dokumentationen von Bewohnerinnen und Bewohnern hat die Heimaufsicht einen überaus umfassenden Einblick in deren Qualität gewinnen können.

Vielfach ist festzustellen, dass Pflegeplanungen defizitär, das heißt unvollständig, wenig zielgerichtet und kaum handlungsleitend formuliert sind. Sie bilden so keine Grundlage für die Arbeitsorganisation und die fachliche Kommunikation der Pflegenden, für die abgestimmte und vereinheitlichte Pflege.

Die Umstellung der Pflegedokumentation auf computergestützte Varianten ist für sich keine Lösung des Problems. Entscheidend wird sein, die Pflegepläne zum Gegenstand der täglichen Übergabegespräche und damit zum Gegenstand der kontinuierlichen Bilanz zu machen.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des Heimleitungstreffens die Kernaussagen der Grundsatzaussagen „Pflegeprozess und Dokumentation“ durch den MDK vorgestellt.

3) Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, BMGS und KDA (Hrsg.), 2004.

3.2.6 – Bilanz der Prüfungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe – Hilfebedarf und Bewohnerstruktur

Aktuell verfügen die 23 Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen über 1.028 Plätze.

Die Heimaufsicht hat im Jahr 2005 64% dieser Einrichtungen nach § 15 HeimG geprüft.

Im Rahmen von 14 Prüfungen wurden 76 individuelle Hilfepläne (iHP) bzw. Förderpläne und Dokumentationen überprüft. Dieses Volumen entspricht rund 19,5% der Bewohnerinnen und Bewohner der überprüften Einrichtungen. Das Gros der Bewohnerinnen und Bewohner, deren iHP etc. durchgesehen und überprüft wurde, hatte auch eine Pflegestufe nach dem SGB XI § 43a.

Bei den Leistungstypen (LT) dominieren in den geprüften Einrichtungen

- LT 9 (Wohnangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung)
- LT 10 (Wohnangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf)
- LT 12 (Wohnangebote für Erwachsene mit komplexen Mehrfachbehinderungen)
- LT 14 (Wohnangebote für Erwachsene mit der fachärztlichen Diagnose Autismus)
- LT 15 (Wohnangebote für Erwachsene mit psychischen Behinderungen)
- LT 16 (Wohnangebote für Erwachsene mit psychischen Behinderungen – aufgrund einer chronischen psychischen Erkrankung oder einer chronischen Abhängigkeitserkrankung – und hohem sozialen Integrationsbedarf)

Auch zur Altersstruktur der Bewohnerschaft werden anlässlich der Prüfungen die Daten erfasst. Danach sind

- rund 40% jünger als 40 Jahre,
- rund 56% zwischen 41 und 65 Jahre alt und
- rund 4% älter als 65 Jahre.

Resultat der Prüfung weiterer Einrichtungen kann allerdings sein, dass der Anteil über 65-jähriger steigt, da ein Teil der überprüften Einrichtungen sich durch eine relativ junge Klientel auszeichnet. Die Mehrzahl der über 65jährigen findet sich in den Einrichtungen, die primär den Bedarf der LT 9 und 10 (Erwachsene mit geistiger Behinderung) sowie in 15 und 16 (Erwachsene mit psychischer Behinderung) ausmachen. Das heißt: Es ist davon auszugehen, dass in diesen vier stärksten LT-Gruppen auch die größte Gruppe älter werdender Menschen mit Behinderung zu erwarten ist.

Die Zunahme älter werdender und alter Menschen mit Behinderung und das damit verbundene ansteigende Risiko der Pflegebedürftigkeit stellt eine Herausforderung für die Zukunft dar. Dazu gehört die Klärung der Frage, ob die traditionellen Behinderteneinrichtungen in die Lage versetzt werden können, zukünftig auch pflegerische Aufgaben zu übernehmen und so den Bewohnerinnen und Bewohnern ein lebenslanges Wohnen ermöglichen können, oder ob die bestehenden Altenpflegeeinrichtungen so ausgestattet werden müssen, dass sie auch Menschen mit Behinderungen pflegen können. Neben den besonderen konzeptionellen Anforderungen, mit denen die Einrichtungen konfrontiert sein werden, stellen sich auch zahlreiche Fragen zur Fachkraftstruktur in den Einrichtungen. So gelten Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger (HEP) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung als Fachkräfte, nicht jedoch in der stationären Altenpflege. Angesichts der bevorstehenden Entwicklung muss aus Sicht der Heimaufsicht diese Position revidiert werden.

3.2.7 – Formale Bescheide nach dem Heimgesetz und den Verordnungen

Nach jeder Prüfung werden die Ergebnisse in Form eines schriftlichen Bescheides an die Einrichtung weitergegeben. Dort festgehaltene Mängel müssen innerhalb einer gesetzten Frist behoben werden. Gelingt es nicht die Mängel zu beheben, bietet das HeimG der Heimaufsicht die Möglichkeit, durch Anordnungen (§ 17 HeimG) die Beseitigung der Mängel zu erzwingen.

Im Berichtszeitraum wurden auf der Basis der Beratung bei Mängeln nach § 16 HeimG (vgl. 3.1.4) im Dialog zwischen den Einrichtungen und der Heimaufsicht entsprechende Problemlösungen entwickelt, so dass von Anordnungen oder Verboten kein Gebrauch gemacht werden musste.

3.2.8 – Anzeige des Heimbetrieb nach § 12 HeimG

Vier Einrichtungen zeigten im Berichtszeitraum die beabsichtigte Aufnahme des Heimbetriebs an.

3.2.8.1 – Zur Situation der Etablierung „moderner Wohn- und Betreuungsformen“ in Düsseldorf

Die Anzeige nach § 12 HeimG setzt voraus, dass es sich bei der anzuzeigenden Einrichtung um ein Heim im Sinne des HeimG handelt. Die Frage, ob eine Einrichtung ein Heim im Sinne des HeimG ist, oder nicht, wird zunehmend differenzierter zu beantworten sein.

Auf ambulant betreute Wohngemeinschaften findet das Heimrecht keine Anwendung. Dies gilt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Bewohnerinnen und Bewohner können Betreuungs- und Pflegedienste frei wählen (auch den Pflegedienst des Trägers).
- Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Zusammenleben in der Wohngemeinschaft selbstbestimmt gestalten.
- In der Wohngemeinschaft leben nicht mehr als 12 betreuungsbedürftige Personen.
(Entbürokratisierung im Heimrecht – 10 Eckpunkte. BMFSFJ, 2005)

Die sogenannten „modernen Wohn- und Betreuungsformen“ unterliegen keiner anerkannten Definition.

Unstrittig ist, dass der selbstbestimmte Zusammenschluss von pflegebedürftigen Menschen, aber ebenso Wohnprojekte behinderter Menschen, deren Ziel die Verselbständigung ist, nicht unter das Heimgesetz fallen können und sollen.

Die Frage, ob die Bewohnerinnen und Bewohner in „modernen Wohn- und Betreuungsformen“ ein spezifisches Schutzbedürfnis haben und deshalb unter den Schutz des HeimG fallen sollten, stellt sich zunächst immer dann, wenn Zweifel am freiwilligen Zusammenschluss und am eigenständigen, nach eigenen Regeln organisierten Zusammenleben berechtigt sind. Solche Zweifel sind zunächst geboten, wenn Leistungserbringer des ambulanten oder stationären Bereichs als Initiatoren der ambulant betreuten Wohngemeinschaften auftreten. Hier muss die Heimaufsicht prüfen, ob eine vertragliche Beziehung zwischen gleichberechtigten Akteuren oder eine „strukturelle Abhängigkeit“ besteht.

Drei im Laufe des Berichtszeitraumes geprüfte Wohngemeinschaften erfüllen die Kriterien dergestalt, dass davon auszugehen ist, dass die Vertragspartner „auf gleicher Augenhöhe“ agieren.

Auch wenn in diesen Fällen das HeimG keine Anwendung findet, wurde zwischen der Heimaufsicht und den ambulanten Anbietern vereinbart, dass weitere Beratungen stattfinden werden.

Es ist den Initiatoren von ambulant betreuten Wohngemeinschaften in diesem Sinne grundsätzlich zu empfehlen, frühzeitig den Kontakt zur Heimaufsicht zu suchen und von der Möglichkeit der Beratung Gebrauch zu machen.

Die Klärung der Anwendbarkeit des HeimG ist jedoch immer eine Einzelfallentscheidung, die die Heimaufsicht vor dem Hintergrund der schutzwürdigen Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner zu fällen hat. Allein die Bezeichnung einer Einrichtung sagt nichts darüber aus, ob das HeimG, die HeimmindBauV, die HeimPersV und die HeimmitwV zur Anwendung kommen müssen oder nicht. Insofern kann es keine pauschale Erklärung zur Nichtanwendbarkeit des HeimG gegenüber den Initiatoren von Wohngemeinschaften geben.

4 – Kooperationen der Heimaufsicht

Das breite Tätigkeitsspektrum der Heimaufsicht erfordert eine enge Kooperation mit verschiedenen Ordnungsbehörden und den Pflegekassen. Neben der Heimaufsicht werden die Pflegeeinrichtungen auch im Auftrag der Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), das Gesundheitsamt, die Feuerwehr (Brandschutz) und durch das Amt für Arbeitsschutz kontrolliert.

Eine ausgesprochen enge Zusammenarbeit besteht zwischen der Heimaufsicht und dem Gesundheitsamt sowie der Heimaufsicht und den Vertretern der Pflegekasse der AOK Rheinland.

Die rechtlichen Voraussetzungen für eine effektive Zusammenarbeit wurden durch das Heimgesetz und durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz geschaffen. Letztverantwortlich für ordnungsbehördliche Maßnahmen ist jedoch die Heimaufsicht.

4.1 – Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt ist als Ordnungsbehörde für alle Maßnahmen zuständig, die nach dem Infektionsschutzgesetz zu veranlassen sind. In vierteljährlichen Arbeitstreffen werden zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsicht und den zuständigen Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes Ergebnisse ausgetauscht und sich eventuell ergebende Veränderungen der Prüffelder abgesprochen. Weiterhin werden die Begehungstermine mitgeteilt, um die Heime durch die Prüftätigkeiten der unterschiedlichen Gremien nicht über Gebühr zu belasten.

In Fragen der Medikamentenversorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern besteht eine gute Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht und dem Amtsapotheker des Gesundheitsamtes.

4.2 – Zusammenarbeit mit der AOK

Die AOK Rheinland als zuständige Pflegekasse erhält die Prüfbescheide der Heimaufsicht zur Kenntnisnahme. Hinsichtlich der Prüfungsinhalte und -ergebnisse pflegt die Heimaufsicht mit ihr einen engen fachlichen Kontakt mit dem Ziel, für die Überprüfung der Pflegequalität die notwendige Transparenz in Düsseldorf zu schaffen.

4.3 – Zusammenarbeit mit dem MDK

Die im § 20 HeimG geforderte enge Zusammenarbeit von Heimaufsicht und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung zur Sicherung der angemessenen Qualität der Überwachung, wird durch die Abstimmung der Termine der zu prüfenden Heime sowie durch den Austausch und die Auswertung der Prüfberichte seit 2003 praktiziert.

Die Auswertung der Prüfberichte bzw. -bescheide verdeutlicht, dass Heimaufsicht und MDK, trotz unterschiedlicher Zuständigkeiten, im Bereich der Überschneidung von Prüfinhalten, v. a. hinsichtlich der Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege, zu übereinstimmenden und damit für die Träger von Altenpflegeeinrichtungen widerspruchsfreien Ergebnissen kommen.

Bei anlassbezogenen Überprüfungen von Einrichtungen und Beschwerden ist die gegenseitige Information bis hin zu gemeinsamen Überprüfungen und der Absprache von Maßnahmen obligatorisch.

4.4 – Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Im Rahmen des SGB XII ist die Zusammenarbeit zwischen dem LVR als überörtlichem Träger der Sozialhilfe und der Heimaufsicht geregelt: „Die Träger der Sozialhilfe haben mit den Heimaufsichtsbehörden und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zusammenzuarbeiten, um Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden.“ (§ 76 SGB XII)

Auch hier sind die Prüfungen inhaltlich und terminlich abzustimmen. Infolgedessen erhält der LVR die Bescheide und Prüfergebnisse der Heimaufsicht für die Einrichtungen für Erwachsene mit Behinderungen zur Kenntnis zugesandt.

Für 2006 sind Gespräche zwischen LVR und Heimaufsicht zur weiteren Ausgestaltung der Zusammenarbeit geplant.

5 – Arbeitsgemeinschaften, Berichtswesen und konzeptionelle Aktivitäten

Die konzeptionellen Aktivitäten erstrecken sich zum einen auf den interkommunalen Austausch von Heimaufsichten in NRW und anderen an dem Verfahren beteiligten Gremien (z. B. Pflegekasse und Landschaftsverband), zum anderen auf den Bereich der Fort- und Weiterbildung, sowie auf Überlegungen zur Optimierung der gesetzlichen Aufgabenerfüllung.

5.1 – Arbeitsgemeinschaft nach § 20 HeimG

Um eine enge Zusammenarbeit zu gewährleisten, finden im halbjährlichen Abstand Gespräche zwischen den Heimaufsichtbehörden im Rheinland, dem Landschaftsverband Rheinland, dem MDK Nordrhein sowie den rheinischen Landesverbänden der Pflegekassen statt. In diesem Rahmen erfolgt ein intensiver Informationsaustausch zu heimrechtlichen Fragestellungen.

Im Zentrum der zentralen Sitzung im Jahr 2005 standen erneut u. a. die Themen

- Koordination der Prüftätigkeiten von MDK und Heimaufsicht,
- entbürokratisierte Pflegedokumentation,
- neue Wohn- und Betreuungsformen für ältere Menschen sowie vor dem Hintergrund der Aktualität
 - aktuelle Entwicklungen der Debatte zum Heimrecht (Föderalismuskommission und „Runder Tisch Pflege“),
 - Umgang mit dem Problem der Delegation von Behandlungspflegen,
 - Verknüpfung von Pflegeplanung und iHP in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und vieles andere mehr.

5.2 – Arbeitsgemeinschaft der Heimaufsichten

Zahlreiche Heimaufsichten im Bereich der Bezirksregierung Düsseldorf sowie Heimaufsichten aus Köln, Bonn und Aachen treffen sich vierteljährlich zum Erfahrungsaustausch. Die fachliche Kompetenz und der Erfahrungsschatz in diesem Forum sichern die Qualität der Arbeit der Heimaufsichten und bieten durch gemeinsame Diskussionen und Einzelfallbesprechungen erhebliche Rechtssicherheit. Zugleich bietet diese Arbeitsgemeinschaft die Grundlage für eine stärkere Vereinheitlichung der Arbeit der Heimaufsichten. In diesem Sinne wurde im Jahr 2005 die Erweiterung des Entwurfes eines Prüfschemas für die

Prüfung nach § 15 HeimG, Grundlagen für ein gemeinsames Verständnis der Grenzen der Delegation von Behandlungspflegen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung erarbeitet. Mit Vertretern des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) wurde u. a. zu den Vorstellungen der neuen Landesregierung zu Fragen der „vereinfachten Dokumentation“ gesprochen.

5.3 – Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien (MGSFF) bzw. MAGS des Landes Nordrhein-Westfalen

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erarbeitet nach § 22 HeimG auf der Basis der Berichte der Länder alle vier Jahre, erstmals im Jahr 2004, einen Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Basis dieses Berichtes sind wiederum die Berichte der Heimaufsichten, die die Länderministerien, in Nordrhein-Westfalen das MAGS (vorher MGSFF), erhalten.

Dieser vorliegende Tätigkeitsbericht für das Jahr 2005 wird nach der Kenntnisnahme durch den Ausschuss als Bericht dem MAGS zugeleitet.

5.4 – Fortbildungen/Fachtagungen

Die Anforderungen des Heimgesetzes und die durch weitere gesetzliche und vertragliche Regelungen (SGB XI und die daraus entwickelten Rahmenverträge, SGB XII, SGB IX etc.) gewachsenen Qualitätsanforderungen an die Pflege- und Behinderteneinrichtungen erfordern die kontinuierliche Weiterbildung der Beschäftigten der Heimaufsicht.

Neben der kontinuierlichen Weiterbildung durch Fachlektüre und Fachzeitschriften, durch die Einarbeitung in aktualisierte Kommentare wurden folgende Fortbildungen besucht:

- eine viertägige Veranstaltung „Qualität sichern nach dem Heimgesetz“ (VHS Oberberg. und Fachseminar Pflegeberufe des Oberbergischen Kreises),
- eine zweitägige zur Thematik „Neue Betreuungs- und Wohnformen und Heimgesetz“ (BMFSFJ),
- ein Pflegerecht-Symposium zum Thema „Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegenden“ (Universitätskliniken Düsseldorf).

6 – Fazit

Wie schon im Vorjahr kann festgestellt werden, dass die Zahl von 58 Beschwerden, denen im Rahmen unangemeldeter Prüfungen und Beratungen nachgegangen wurde, weiterhin – bei 6.246 Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen im Sinne des HeimG – relativ gering ist.

Bemerkenswert ist die Verschiebung der Beschwerdeinhalte. Pflegefehler nehmen als Beschwerdegrund ab, Personalmangel und Vertragsregelungen nehmen dagegen deutlich zu.

Die auch immer wieder von den Heimbeiräten beklagte Personalsituation verweist auf grundlegende strukturelle Probleme. So sagt allein die Einhaltung der Vorgaben der HeimPersV zur Fachkraftquote an sich nur wenig aus, solange keine verbindlichen Personalschlüssel vorgegeben werden.

Trotz der nach wie vor existierenden strukturellen Defizite, die insbesondere die Altenpflege betreffen, kann auch für 2005 festgestellt werden, dass der ganz überwiegende Teil der Menschen in Heimen korrekt und zufriedenstellend versorgt wird.

7 – Ausblick und Überlegungen zur Optimierung der gesetzlichen Aufgabenerfüllung

In 2006 sollen die Prüfungen verstärkt als Mittel der Qualitätskontrolle genutzt werden, um frühzeitig auf sich abzeichnende Entwicklungen reagieren zu können. Der Prüfkatalog der Heimaufsicht soll zudem verbessert und mit den Prüfkriterien des MDK abgeglichen werden.

Die systematische Erfassung des Umgangs mit potenziellen Pflegeproblemen und die darauf gestützte Planung und Umsetzung von Prophylaxen wird einer der Schwerpunkte innerhalb der Überwachung nach § 15 HeimG sein.

Ein zweiter Schwerpunkt wird die Überprüfung der geplanten individuellen Förderung und Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der stationären Altenpflege durch die Sozialen Dienste sein. Im Mittelpunkt steht dabei die Entwicklung von Hilfen zum Erhalt, zur Förderung und Wiedererlangung einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen gezielter geragogischer Angebote.

Die Überprüfung der konkreten Umsetzung und Evaluation der in der Hilfeplankonferenz verabschiedeten individuellen Hilfepläne (iHP) in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung wird ein dritter Schwerpunkt sein. Diese Einrichtungen sind vielfach konfrontiert mit älter werdenden und zum Teil pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern. Neben der Behandlung der sich hieraus ergebenden Fragen im Rahmen der Planung im Pflege- und Behindertenbereich wird die Heimaufsicht die Träger beratend unterstützen.

Herausgegeben von

Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Amt für soziale Sicherung und Integration

Verantwortlich

Roland Buschhausen

Redaktion

Heimaufsicht

Produktion

Stadtdruckerei

www.duesseldorf.de

X/06-200