



Soziale Sicherung, Integration
Landeshauptstadt Düsseldorf

Tätigkeitsbericht
der Heimaufsicht
für das Jahr 2007

Vorwort

Sie erhalten zum dritten Mal den Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht des Amtes für soziale Sicherung und Integration in dieser Form.

Dieser Tätigkeitsbericht für das Jahr 2007 liefert eine aktualisierte Übersicht über die Versorgungsstruktur, die die verschiedenen Einrichtungen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte volljährige Menschen in der Landeshauptstadt repräsentieren.

Neben der Übersicht zu den im Jahr 2007 geltenden bundesrechtlichen Grundlagen der Heimaufsicht skizziert der Bericht auch die zukünftige landesrechtliche Regelung.

Die Bilanz der für das Jahr 2007 gesetzten Ziele der Heimaufsicht nennt die Gegenstände und Ergebnisse der Beratungen und der Prüfungen. Der Bericht informiert über die Bearbeitung der Beschwerden, die bei der Heimaufsicht eingehen und vermittelt einen Einblick in die Aktivitäten der Heimaufsicht.

Wie in den Vorjahren verschafft Ihnen der Bericht auch einen Überblick über die Personalentwicklung und die Ausbildungsanstrengungen der Heime. Die Ergebnisse der Arbeit der Heimaufsicht wurden dem Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Landeshauptstadt in seiner Sitzung am 13. August 2008 vorgestellt.

Der vorliegende Tätigkeitsbericht ist nicht eine bloße Bilanz der Arbeit der Heimaufsicht. Er soll vielmehr – wie bisher – Materialien, Diskussionsgrundlagen und Anstöße für die weitere Auseinandersetzung mit den verschiedenen aufgeworfenen Fragen liefern, die die Alten- und Behindertenhilfe gleichermaßen betreffen.

Ich wünsche Ihnen eine informative und anregende Lektüre.

Ihr



Roland Buschhausen
Leiter des Amtes für soziale Sicherung und Integration

Inhaltsverzeichnis

Seite		
06	1	Rechtliche Grundlagen der Heimaufsicht
06	1.1	Auf dem Weg zum neuen „Landesheimgesetz“
07	2	Die Ziele der Heimaufsicht für das Jahr 2007
08	3	Heimtypen und die Zuständigkeitsbereiche der Heimaufsicht in Düsseldorf
08	3.1	Einrichtungen der Altenpflege
08	3.2	Hospize
08	3.3	Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen
09	3.3.1	Einrichtungen für volljährige Menschen mit neurologischen, psychischen, (sozial)psychiatrischen und Sucht-Erkrankungen
09	3.3.2	Einrichtungen für volljährige Menschen mit einer geistigen und/oder Mehrfachbehinderung
09	3.3.3	Weitere Einrichtungen für Menschen mit Behinderung
10	4	Organisation und personelle Besetzung
11	5	Aufgaben der Heimaufsicht
11	5.1	Beratungen
11	5.1.1	Allgemeine Beratungen nach § 4 HeimG
12	5.1.1.1	Telephonaktion: „Daran erkennen Sie gute Pflegeheime“
12	5.1.2	Beratungen im Rahmen der HeimmitwV
13	5.1.3	Beratungen nach HeimMindBauV
13	5.1.4	Beratungen bei Mängeln nach § 16 HeimG
14	5.1.5	Beratungen zur Verbesserung der Pflegequalität
14	5.1.5.1	Rundschreiben der Heimaufsicht
14	5.1.6	Sitzungen der Heim- und Pflegedienstleitungen
15	5.1.7	Patientenüberleitung
16	5.2	Überwachung der Einrichtungen nach § 15 Abs. 1 HeimG
16	5.2.1	Angemeldete wiederkehrende Prüfungen nach § 15 Abs. 1 HeimG
16	5.2.2	Daten zur Prüftätigkeit der Heimaufsicht
17	5.2.2.1	Pflegestufen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Düsseldorf
18	5.2.3	Heimbewohner mit Migrationshintergrund
18	5.2.4	Beschwerden bzw. anlassbezogene Prüfungen nach § 15 Abs. 1 HeimG
19	5.2.5	Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Seite

20	5.2.6	Feststellungen nach der HeimPersV	
20	5.2.6.1	Fachkräfte und Fachkraftquote in Einrichtungen der stationären Altenpflege	
21	5.2.6.2	Fachkräfte und Fachkraftquote in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	
21	5.2.6.3	Eignung der Heim- und Pflegedienstleitung	
22	5.2.6.4	Personalentwicklung und Ausbildungsanstrengungen	
23	5.2.6.5	Fort- und Weiterbildung	
23	5.2.6.6	Fachkraftquote in der Nacht	
24	5.2.7	Pflegeprozess und Dokumentation in den Einrichtungen der stationären Altenpflege	
24	5.2.8	Bilanz der Prüfungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe – Hilfebedarf und Bewohnerstruktur	
24	5.2.9	Formale Bescheide nach dem Heimgesetz und den Verordnungen – Anordnung nach § 17 HeimG	
25	5.2.10	Auswertung einer Befragung in Kooperation mit der Gesundheitsaufsicht des Gesundheitsamtes – Risikofaktoren, Infektionsrisiken	
25	5.2.11	Besondere Mängel und Mängel im Umgang mit Risiken	
27	5.2.12	Anzeige des Heimbetrieb nach § 12 HeimG	
27	5.3	Betreuung durch den Sozialen Dienst	5
27	5.4	§ 1 HeimG – zur Situation der Etablierung „moderner Wohn- und Betreuungsformen“ in Düsseldorf	
28	6	Kooperationen der Heimaufsicht	
28	6.1	Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt	
28	6.2	Zusammenarbeit mit der Pflegekasse	
29	6.3	Zusammenarbeit mit dem MDK	
29	6.4	Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR)	
30	7	Arbeitsgemeinschaften, Berichtswesen und konzeptionelle Aktivitäten	
30	7.1	Arbeitsgemeinschaft nach § 20 HeimG	
30	7.2	Arbeitsgemeinschaft der Heimaufsichten	
31	7.3	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen	
31	7.4	Fortbildungen/Fachtagungen/Öffentlichkeitsarbeit	
32	8	Fazit	
33	9	Ausblick – Veröffentlichung der Prüfbescheide	

1 – Rechtliche Grundlagen der Heimaufsicht

Mit der Föderalismusreform I, die am 1. September 2006 in Kraft trat, ist auch die Föderalisierung des Heimrechtes, das künftig in die Regelungskompetenz der Länder fällt, verbunden. Die Konsequenz ist die Ablösung des Heimgesetzes (HeimG) als Bundesgesetz durch 16 Landesheimgesetze. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) legte zum 1. April 2007 »Eckpunkte für ein Landesheimgesetz« vor¹⁾.

Die rechtlichen Grundlagen der Heimaufsicht basieren somit – bis zum geplanten Inkrafttreten der landesgesetzlichen Vorgaben am 1. Januar 2009 – nach wie vor auf

- dem Heimgesetz (HeimG) sowie den heimrechtlichen Verordnungen, der
 - Heimmitwirkungsverordnung (HeimmitwV),
 - Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV),
 - Heimpersonalverordnung (HeimPersV) und der
 - Heimsicherungsverordnung (HeimsicherungV).

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 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.

Die Sicherung eines koordinierten Prüfungsgeschehens und die Vermeidung von Doppelprüfungen von Heimaufsicht und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind rechtlich begründet im

- Sozialgesetzbuch, Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI): insbesondere die §§ 114 (örtliche Prüfung) und 117 (Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht) und dem
- Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII): insbesondere § 76 Abs. 3 (Inhalt der Vereinbarungen, Zusammenarbeit).

1.1 – Auf dem Weg zum neuen „Landesheimgesetz“

Im Vorfeld der Veröffentlichung der »Eckpunkte« fragten Vertreter des MAGS wegen Hospitationsmöglichkeiten nach. Nach vorheriger Absprache mit den Trägern von Einrichtungen konnte ihnen am 26. Februar 2007 in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen und am 5. März 2007 in einem Altenpflegeheim die Hospitation im Rahmen von Prüfungen ermöglicht werden.

Die Veröffentlichung der »Eckpunkte« war verbunden mit der Bitte des Ministers um Stellungnahmen. Am 23. Mai 2007 machte der Oberbürgermeister der Landeshauptstadt von der damit verbundenen Möglichkeit Gebrauch, um so die Position der Landeshauptstadt gegenüber dem Minister darzustellen. In seinem Brief betont der Oberbürgermeister u. a., dass die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerschaft geschützt werden und Regelungen, die die Zusammenarbeit von MDK und Heimaufsichten betreffen, berücksichtigen müssen, dass die formalen Zuständigkeiten von Heimaufsichten und MDK bezogen auf alle Bewohnerinnen und Bewohner nicht identisch sind.

Außerdem sei entscheidend, dass im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen die Heimaufsichten die einzige Prüfinstanz darstellen, die alle Ebenen der Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Heime prüft. Die enge Zusammenarbeit der Heimaufsicht Düsseldorf mit dem MDK, die auch gemeinsame Prüfungen umfasst, hat sich bewährt und soll, so der Oberbürgermeister, fortgesetzt werden.

¹⁾ Die Eckpunkte wurden vom Kabinett am 27.03.2007 beschlossen. In mehreren Expertenrunden wurden die Ergebnisse der von Minister Laumann erbetenen Stellungnahmen beraten. Seit dem 22.04.2008 liegt der Entwurf für das »Gesetz zur Umsetzung der Föderalismusreform auf dem Gebiet des Heimrechts« vor, der in der Fassung des Kabinettsbeschlusses vom 10.06.2008 dem Landtag in erster Lesung am 19.06.2008 mit der Beschlussfassung über eine öffentliche Anhörung vorgelegt wurde. Die öffentliche Anhörung findet statt am 10. und 11.09.2008. Das Gesetz soll am 01.01.2009 in Kraft treten.

2 – Die Ziele der Heimaufsicht für das Jahr 2007

Der vorliegende Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht beschreibt und bilanziert den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2007.

Weitgehend wurde die Gliederung der Vorjahresberichte beibehalten. Sofern im folgenden Bericht kontinuierlich ermittelte Daten thematisiert werden, werden auch die Vergleichszahlen des Jahres 2006, gegebenenfalls auch des Jahres 2005 aufgeführt, sofern sie für umfassendere Vergleiche sinnvoll sind.

Neben der Darstellung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 15 und der Beratungen nach § 16 HeimG nimmt der Bericht Stellung zur Bilanz der im Vorjahresbericht gesetzten Ziele.

Schwerpunkte für das Jahr 2007 sollten hinsichtlich der Prüfungen unter anderem die Kontrolle

- der Medikamentenvergabe,
- der pflegerischen Berücksichtigung potentieller Pflegeprobleme, sowohl hinsichtlich ihrer Erfassung im Rahmen der Pflegeplanung als auch hinsichtlich der praktischen pflegerischen Intervention sowie weiterhin die
- der Arbeit der sozialen Dienste, dass heißt die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote für die individuellen Bewohnerbedürfnisse sein.

Darüber hinaus sollte über die enge Abstimmung mit der Geschäftsstelle der Pflegekonferenz und die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe »Patientenüberleitung«, die aus benannten Mitgliedern der Gesundheits- und der Pflegekonferenz besteht, sichergestellt werden, dass die Ergebnisse der Arbeitsgruppe frühzeitig in die Beratungen der Einrichtungen einfließen können.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollte die Heimaufsicht Düsseldorf teilnehmen an den Arbeiten zur Änderung des Heimrechts auf dem Wege hin zur Erarbeitung eines „Landesheimgesetzes“.

Eng damit verbunden sollte die Erarbeitung einheitlicher und verbindlicher Prüfkriterien auf Landesebene vorangetrieben werden. Die Heimaufsicht sollte sich dafür an einem Projekt der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) der Universität Dortmund, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert wird, beteiligen.

Das Gros der gesetzten Ziele konnte erreicht werden. Die Prüfungen erhielten entsprechende Schwerpunktsetzungen durch

- eine quantitativ umfassendere Kontrolle des Bereichs der Medikamentenlagerung, des Richtens und der Vergabe von Medikamenten im Heim,
- gezielte Untersuchung der Qualität der Prophylaxen im Rahmen der Überprüfung der Pflegemaßnahmen und
- gezielte Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner zu ihrer Einschätzung zur Ergebnisqualität geragogischer und freizeitgestaltender Angebote.

Lediglich die Überprüfung der konkreten Umsetzung und Evaluation der in der Hilfeplankonferenz verabschiedeten individuellen Hilfepläne (iHP) konnte angesichts der erweiterten sonstigen Prüfungsschwerpunkte nicht im geplanten Umfang realisiert werden.

Die mit der Föderalisierung des Heimrechts verbundene Entwicklung von Eckpunkten für ein Landesheimgesetz, die das Landeskabinett am 27. März 2007 verabschiedet hat, führte zu einem weiteren Arbeitsschwerpunkt der Heimaufsicht, in dem Stellungnahmen für Gremien und Anhörungen erarbeitet wurden (vergleiche 1.1).

3 – Heimtypen und die Zuständigkeitsbereiche der Heimaufsicht in Düsseldorf

Bezogen auf die Heime und Heimplätze in Düsseldorf zeigt der quantitative Vergleich der Daten aus dem Jahr 2007 mit denen des Vorjahres, dass die Versorgungsstruktur stabil geblieben ist. Die minimale Reduzierung der Plätze im stationären Bereich der Altenpflege ergibt sich aus der Schließung einer Einrichtung, der allerdings eine Neueröffnung mit geringeren Kapazitäten gegenübersteht. Erst im Laufe des Jahres 2008 wird es voraussichtlich zu deutlicheren Veränderungen kommen, wenn die laufenden Umbaumaßnahmen wirksam werden, die auch – aufgrund der Umwandlung von Doppel- in Einzelzimmer – mit einer Platzzahlreduzierung einhergehen werden. Die Änderungen der Platzzahlen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sind Folge des vom Landschaftsverband forcierten Auszugs behinderter Menschen ins Betreute Wohnen sowie der geringfügigen Kapazitätserweiterung einer Einrichtung im Bereich von Außenwohngruppen.

3.1 – Einrichtungen der Altenpflege

Die Veränderungen im Bereich der Einrichtungen der stationären Altenpflege²⁾, und der Kurzzeitpflege, resultieren aus

- der Schließung eines Pflegeheimes mit 111 Pflegeplätzen,
- der neubaubedingten Kapazitätserweiterung um 20 Pflegeplätze einer Einrichtung, die bis dahin über 62 Pflegeplätze verfügte sowie
- der Neueröffnung einer Einrichtung mit 79 Pflegeplätzen,
- der Erweiterung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung durch eine Neubaumaßnahme um 3 Plätze,
- sowie der Korrektur von Angaben eines Trägers³⁾.

3.2 – Hospize

Düsseldorf verfügt mit dem »Hospiz am Evangelischen Krankenhaus« und dem »Caritas Hospiz« in Düsseldorf Garath über insgesamt 24 Hospizplätze. Im Jahr 2007 gab es hier keine quantitativen Veränderungen.

3.3 – Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen

Die Anzahl der Einrichtungen blieb im Jahr 2007 konstant. Die Veränderungen der Platzzahlen (siehe 3.) sind marginal. Welche Veränderungen in Düsseldorf im Jahr 2008 ff. konkret wirksam werden, lässt sich gegenwärtig nicht abschließend beurteilen. Zum Stichtag 20. November 2007 verfügen die Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderungen in Düsseldorf über 1.060 Plätze (2006: 1.066).

Einrichtungstyp	Anzahl		Anzahl Pflegeplätze	
	2006	2007	2006	2007
stationäre Altenpflege	52	52	5.144	5.133
Tagespflegeeinrichtung	7	7	98	98
Nachtpflegeeinrichtung	1	1	12	12
Kurzzeitpflegeeinrichtung	5	5	66	69
Hospiz	2	2	24	24
Einrichtung für volljährige Menschen mit einer geistigen und/oder Mehrfachbehinderung	13	13	580	589
Einrichtung für volljährige Menschen mit psychischen, (sozial)psychiatrischen und Sucht-Erkrankungen	8	8	406	391
Einrichtung für volljährige Menschen mit einer Körper- und/oder Mehrfachbehinderung	2	2	49	49
Einrichtung für volljährige Menschen mit einer autistischen Behinderung	1	1	17	17
Einrichtung für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen	1	1	14	14
Total	92	92	6.410	6.396

Die Zuständigkeit der Heimaufsicht erstreckt sich im Laufe des Berichtszeitraumes unverändert auf 92 Einrichtungen im Sinne des HeimG, die über 6.396 (2006: 6.410) Plätze verfügen.

2) Die Vergleichszahlen beziehen sich jeweils auf den Stichtag der Quartalsmeldung der stationären Altenpflegeeinrichtungen (entsprechend der Anzeigepflichten nach § 12 HeimG) zum 20. November. Die Stichtagszahlen der kommunalen Pflegeinfrastrukturplanung beziehen sich jeweils auf den 1. Januar. Die differierenden Zahlen (20.11.2007: 5.133 Plätze – 01.01.2008: 5.019 Plätze) sind der umbaubedingten Reduzierung der Platzzahlen um 82 in einer Einrichtung und der Schließung einer Einrichtung mit 32 Pflegeplätzen geschuldet.

3) Ein eingestreuter Kurzzeitpflegeplatz wurde irrtümlich bei der Meldung nach § 12 (Anzeige) vom Träger nicht als Platz der stationären Versorgung gewertet. Das Missverständnis wurde behoben.

Über eine Rahmenzielvereinbarung, die zwischen den Anbieterverbänden sowie den beiden Landschaftsverbänden Westfalen-Lippe und Rheinland (LVR) geschlossen wurde, soll unter anderem der Abbau von 2.000 Wohnheimplätzen in Nordrhein-Westfalen bis zum 31.12.2008 erreicht werden. Die entsprechenden Bewohnerinnen und Bewohner wechseln ins ambulant betreute selbständige Wohnen. Zum Umfang der Betreuung gibt die Hilfeplankonferenz, gestützt auf einen individuellen Hilfeplan (iHP), jeweils eine Empfehlung ab. Der Prozess der Verhandlungen über den Abbau von 49 Plätzen für Düsseldorf ist noch nicht abgeschlossen.

Es zeichnet sich jedoch auch ab, dass durch die Schließung großer Einrichtungen in Nachbargemeinden, in Düsseldorf neue, überschaubare Einrichtungen entstehen werden, die Düsseldorferinnen und Düsseldorfern, die bisher im Umland lebten, die Rückkehr in die Stadt ermöglichen.

Allein die Bezeichnung „Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen“ wird der Differenziertheit zum Beispiel der fachlichen Ausrichtungen der unterschiedlichen Einrichtungen und den unterschiedlichen Arten der Behinderungen der in diesen Einrichtungen lebenden Menschen nicht gerecht.

Vor diesem Hintergrund bleibt auch die folgende Darstellung relativ grob. Sie folgt der des Vorjahresberichtes.

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

In insgesamt acht Einrichtungen bestehen 391 Pflegeplätze für volljährige Menschen mit Behinderungen, die aus neurologischen, psychischen, (sozial)psychiatrischen oder Sucht-Erkrankungen resultieren.

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 unter anderem die soziale Rehabilitation in einer Übergangseinrichtung, in Wohnheimen und -gruppen zum Teil mit Binnen- und Außenwohngruppen.

Im Berichtszeitraum wurde eine weitere Einrichtung gebaut. Ihre Inbetriebnahme erfolgt im Jahr 2008.

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

Diese dreizehn Einrichtungen stellen mit 589 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) und
- 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.

Eine Herausforderung für diese Einrichtungen ergibt sich aus der Tatsache, dass eine wachsende Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner gesundheits- oder altersbedingt (Renteneintritt) aus dem Arbeitsleben ausscheidet. Dies hat unter anderen den Bedarf und die Schaffung zusätzlicher, einrichtungsübergreifender Tagesangebote zur Folge.

Diese Tagesangebote sind gegenwärtig nicht als Einrichtungen im Sinne des Heimgesetzes erfasst, da sie sich ausschließlich an Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen richten, die für die Nutzung dieses Angebotes auf freiwilliger Basis keinen gesonderten Vertrag abschließen. Sobald diese Angebote sich zum Beispiel für ambulant betreute Menschen öffnen, wären sie – nach dem derzeitigen HeimG – als teilstationäre Einrichtung im Sinne des HeimG zu bewerten.

3.3.3 – 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 und Pflege stellt.

Neben den vorstehend beschriebenen Einrichtungstypen wird das Hilfeangebot in der Landeshauptstadt ergänzt um

- Einrichtungen für Menschen mit einer Körper- und/oder Mehrfachbehinderung,
- eine Einrichtung für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen sowie um
- eine Einrichtung für volljährige Menschen mit einer autistischen Behinderung.

4 – Organisation und personelle Besetzung

In Nordrhein-Westfalen ist die Heimaufsicht eine Pflichtaufgabe, die den Kreisen und kreisfreien Städten innerhalb der kommunalen Selbstverwaltung übertragen wurde.

Die personelle Ausgestaltung der komplexen und spezialisierten Aufgabe der Heimaufsicht obliegt den Kreisen und kreisfreien Städten.

Die Landeshauptstadt Düsseldorf verfügt entsprechend ihrer Verantwortung für pflegebedürftige und behinderte Bürgerinnen und Bürger und angesichts der vorstehend beschriebenen Kapazitäten über eine personell und fachlich gut aufgestellte Heimaufsicht mit

- zwei Krankenschwestern und Lehrerinnen für Pflege,
- einen Altenpfleger (seit 1. Oktober 2007),
- einem Verwaltungsfachwirt und
- einem Altenpfleger und Lehrer für Pflege.

Die fünf Angestellten sind organisatorisch eingegliedert in die Abteilung Senioren, Behinderte und Pflegebedürftige des Amtes für soziale Sicherung und Integration. Diese Anbindung sichert den fachlichen Austausch mit der gesamten Senioren- und 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 Einrichtungen typ- und trägerunabhängig aufgeteilt. Die einrichtungsbezogene Zuständigkeit der Prüfteams wechselt im zweijährigen Rhythmus. Der nächste Wechsel erfolgt zum 31. Dezember 2008.

5 – Aufgaben der Heimaufsicht

Der Zweck des Heimgesetzes (vgl. 1.) 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. Diese Beratungen finden in enger Abstimmung mit der kommunalen Pflegeplanung bereits in der Planungsphase statt, wenn potentielle Investoren mit ihren konzeptionellen und Bauentwürfen an die Kommune herantreten.

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.

5.1 – Beratungen

Die durch die Heimaufsicht durchgeführten Beratungen lassen sich, wenn auch mit Überschneidungen, verschiedenen Themen und Gruppen zuordnen.

5.1.1 – Allgemeine Beratungen nach § 4 HeimG

Bewohnerinnen und Bewohner nehmen relativ selten das allgemeine Beratungsangebot der Heimaufsicht wahr. Hauptnutzer sind Angehörige von Bewohnerinnen und Bewohnern und Menschen, die für sich oder ihre Angehörigen einen Heimplatz suchen. Vielfach werden diese Anfragen an »das pflegebüro« weitergeleitet, das neutral und unabhängig von wirtschaftlichen Interessen berät.

Mit Beginn der öffentlichen Debatten um das »Pflegeteilerentwicklungsgesetz« und die »Eckpunkte für ein Landesheimgesetz«, die jeweils die Veröffentlichung der Bescheide der prüfenden Behörden und Institutionen⁴⁾ in einer für die Öffentlichkeit lesbaren Form vorsehen (vgl. 9.), erreichen die Heimaufsicht zunehmend Fragen zur Qualität der Versorgung in bestimmten Einrichtungen. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein standardisiertes Prüfverfahren, das auf der Basis hinterlegter und abgestimmter Prüfkriterien zu vergleichbaren Prüfergebnissen führt, noch nicht entwickelt ist, sind diese spezifischen Fragen noch nicht zu beantworten.

Die Heimaufsicht berät in diesem Zusammenhang auf der Basis von Checklisten, wie sie z. B. die »Städtische Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege« der Landeshauptstadt München⁵⁾ entwickelt hat. Bei Bedarf verweist die Heimaufsicht auf die entsprechenden Quellen.

Seit dem Jahr 2006 haben aber auch zunehmend Beschäftigte von Pflegeeinrichtungen, die ihre Fragen und Problembeschreibungen an die Heimaufsicht richten, von Beratungen Gebrauch gemacht. Hier sind es u. a. die Betriebsräte und die Mitglieder der Mitarbeitervertretungen, die Fragen zur Dienstplangestaltung, zur Einhaltung der Fachkraftquote, zu Mindestbesetzungen im Nachtdienst oder zur Zulässigkeit der Delegation z. B. von behandlungspflegerischen Aufgaben an pflegerische Hilfskräfte etc. an die Heimaufsicht richten.

Ebenso wenden sich natürlich auch Verantwortliche der Heime, vor allem die Pflegedienstleitungen, mit spezifischen Fragestellungen an die Heimaufsicht. Die Telephonate, die einen Beratungscharakter haben, machen das Gros aus und erreichen ein konstantes Volumen von rd. 1.500. Neben diesen eher allgemeinen Beratungen sind sechs weitere Themenkomplexe von Bedeutung:

- Heimvertrag und Kosten für Wohnen und Verpflegung,
- qualitative und quantitative Aspekte des Personaleinsatzes in Pflege und Betreuung,
- Pflegeprozessplanung und Dokumentation,
- Delegation von Behandlungspflegen,
- Fragen zur Ergebnisqualität der Pflege, die verschiedene Elemente beinhalten, wie z. B. Fragen zur Ernährungssituation, zur Sturzprophylaxe, zur Dekubitusprophylaxe u. ä.

4) Heimaufsicht und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

5) http://www.muenchen.de/cms/prod2/mde/_de/rubriken/Rathaus/40_dir/altenpfl/08_veroeff/ratgeber_100KB.pdf

5.1.1.1 – Telefonaktion: „Daran erkennen Sie gute Pflegeheime“

Gemeinsam mit Vertretern von Kranken- und Pflegekassen, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie einer Dipl. Sozialpädagogin des Pflegebüros nahm am 20. September ein Vertreter der Heimaufsicht an einer Telefonaktion einer Düsseldorfer Zeitung teil, die Anruferinnen und Anrufern die Möglichkeit gab, Fragen zur Versorgung in der stationären und teilstationären Altenpflege zu stellen. Zahlreiche Anfragen konnten im Nachgang, durch weitere individuelle Beratungsgespräche beantwortet werden. Zwei konkreten Beschwerden, die sich auf Heime in Düsseldorf bezogen, wurde nachgegangen. In anderen Fällen wurden die Beschwerdeführer an die zuständige Heimaufsicht verwiesen.

5.1.2 – Beratungen im Rahmen der HeimmitwV

12

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 32 Heimbeiratswahlen begleitet, bzw. in gesonderten Fällen Heimfürsprecher oder ein Ersatzgremium bestellt. Dies war im Jahr 2007 in sieben Einrichtungen erforderlich.

Weiterhin kann in mehreren Einrichtungen kein Heimbeirat gebildet werden, so dass in der Bestellung von Heimfürsprecherinnen und Heimfürsprechern eine Alternative besteht. Die Zahl der Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen, die für den Heimbeirat kandidieren, da sie nach § 3 HeimmitwV für den Heimbeirat wählbar sind, nimmt zu. Die Notwendigkeit der Kandidatur von Angehörigen oder Vertrauenspersonen für die Heimbeiräte sowie die Bestellung von Heimfürsprecherinnen und -fürsprechern, ist

Ausdruck der Entwicklung einer veränderten Struktur innerhalb der Bewohnerschaft von Einrichtungen der stationären Altenpflege. Während die Hinzuziehung von Angehörigen (Eltern) in Einrichtungen für Menschen mit einer geistigen und/oder Mehrfachbehinderung bislang eher üblich ist, weist sie in der Altenpflege deutlich darauf hin, dass die Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund ihrer physischen und psychischen Situation immer größere Probleme haben, die Artikulation und Durchsetzung ihrer Interessen selbständig und autonom in die Hand zu nehmen. Hier sind es vielfach die Ehepartner, v.a. aber die Kinder der Bewohnerinnen und Bewohner, die sich zur Verfügung stellen.

Ein größeres Engagement derer, die als Angehörige oder Vertrauenspersonen wählbar sind, ist aber überaus wünschenswert. Denn die Zahl derer, die sich als Angehörige oder Vertrauenspersonen für die Heimbeiratsarbeit zur Verfügung stellen, ist überschaubar. Den Trägern und Heimleitungen fällt es vor diesem Hintergrund vielfach schwer, ihrer Verantwortung im Sinne des § 2 HeimmitwV, wonach sie auf die Bildung von Heimbeiräten hinzuwirken haben, nachzukommen.

Im Rahmen der 40 wiederkehrenden 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, andererseits höchst subjektives Messinstrument zur Ermittlung der Ergebnisqualität von Pflege und Betreuung. Der überwiegende Tenor der Einschätzungen der Mitglieder der Heimbeiräte zur Qualität ihrer Versorgung ist positiv, v.a. hinsichtlich der Leistungen der Beschäftigten. Hier fällt auf, dass die Leistungen immer dann positiv bewertet werden, wenn gleichzeitig die Einschätzung überwiegt, die Pflegenden seien – trotz der Belastungen, denen sie ausgesetzt sind – freundlich und hilfsbereit.

Ebenso wird in den Gesprächen deutlich, dass insbesondere die älteren Bewohnerinnen und Bewohner eher zurückhaltend mit Kritik sind und sich schnell mit der vorgefundenen Qualität der Angebote und der Versorgung zufrieden geben. Dagegen sind die jüngeren Bewohnerinnen und Bewohner eher bereit, Kritik zu äußern und auf das Abstellen von als Mangel empfundenen Situationen zu drängen. Häufig genannte Kritikpunkte sind

- die Personalsituation („es ist zu wenig Personal vorhanden“),
- fehlende Freizeitangebote, Aktivitäten und Unterhaltung an den Wochenenden
- die Eintönigkeit der Speisenversorgung („immer derselbe Käse, immer dieselbe Wurst“),
- schlecht gebügelte Wäsche, schlechte Bearbeitung durch die Wäschereien („die Schlafanzughose ist zwei Wochen nach der -jacke eingetroffen“) und der Verlust von Wäschestücken etc.

Die von den Heimbeiratsmitgliedern und den befragten Bewohnerinnen und Bewohnern 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.

5.1.3 – 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. Dies geschieht in enger Koordination mit der kommunalen Pflegeplanung. 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 einer konkreten Bauplanungsmaßnahme gab die Heimaufsicht ihre Stellungnahme ab. In weiteren vier Fällen haben die Träger von den Beratungsmöglichkeiten im Vorfeld von Umbaumaßnahmen Gebrauch gemacht.

Zwei Beratungen zu baulichen Standards von Wohngemeinschaften ambulant versorgter Pflegebedürftiger fanden im zurückliegenden Jahr statt. Diese Beratungen waren zugleich verbunden mit der Klärung der Frage, ob es sich bei den geplanten Einrichtungen um Einrichtungen i.S. des HeimG handelt. Die Frage wurde in beiden Fällen verneint.

5.1.4 – 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 88 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 behoben.

5.1.5 – Beratungen zur Verbesserung der Pflegequalität

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

Zu dieser Thematik hat die Heimaufsicht auch im Jahr 2007 in Absprache mit den jeweiligen Trägern Schulungsveranstaltungen für die Pflegekräfte, als auch für Beschäftigte der Sozialen Dienste in den Heimen durchgeführt. Diese Veranstaltungen helfen auch, falsche Annahmen, etwa zu den Anforderungen, die Heimaufsicht und MDK an die Pflegedokumentation richten, zu korrigieren. Pflegedokumentation und Pflegeplanung dienen eben nicht primär zur Vorlage während der heimaufsichtlichen Prüfungen. Sie sind vielmehr ein Instrument zur Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung, ein Werkzeug, mit dem sich die Pflegenden auf die angemessene, einheitliche und geplante Intervention im Interesse des Pflegebedürftigen verständigen.

5.1.5.1 – Rundschreiben der Heimaufsicht

Anlassbezogen und deshalb unregelmäßig erstellt die Heimaufsicht Rundschreiben, die sich an die Träger sowie die Heim- und Pflegedienstleitungen richten.

Anlässe für Rundschreiben sind objektive Entwicklungen oder Termine, aber ebenso Anfragen und Beschwerden oder Prüfergebnisse, die auf generelle Probleme verweisen, deren Behandlung nicht heimspezifisch und somit von allgemeinem Interesse ist.

In den zurückliegenden Jahren sind insgesamt zehn Rundschreiben an die Einrichtungen versandt worden:

- Nr. 1: Apothekenverträge
- Nr. 2: Zur Organisation der Heimaufsicht
- Nr. 3: Fußpflege
- Nr. 4: Behandlungspflege
- Nr. 5: Ernährung
- Nr. 6: anlässlich des Besuches des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe
- Nr. 7: Dehydratation vom 07.07.2006
- Nr. 8: Aushilfen und Leiharbeit vom 10.08.2006
- Nr. 9: Bedarfsmedikation vom 01.09.2006
- Nr. 10: Medikamentenvergabe und Verantwortung vom 01.09.2006

Im Berichtszeitraum wurde ein weiteres Rundschreiben versandt:

Nr. 11: Sturzprophylaxe, Umgang mit Stürzen und Frakturen vom 27.12.2007.

5.1.6 – Sitzungen der Heim- und Pflegedienstleitungen

Die Sitzungen der Heim- und Pflegedienstleitungen, zu denen die Heimaufsicht einlädt, dienen der Verbesserung und Institutionalisierung des Informationsaustausches zwischen der Heimaufsicht und den verantwortlichen Leitungen der Einrichtungen. Sie sind zugleich Teil des Beratungsauftrages, dem die Heimaufsicht nachkommt, und Bestandteil ihrer Bemühungen, ihre Tätigkeit transparent zu machen.

Im Jahr 2007 wurden zwei Sitzungen der Heim- und Pflegedienstleitungen durchgeführt.

Im Rahmen einer Sitzung am 17. Januar wurden die Heim- und Pflegedienstleitungen über die Ergebnisse der Umfragen zu den Themen

- Altersaufbau der Bewohnerschaft in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Anzahl von Wechsel einzelner Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe⁶⁾ und
- Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund in der stationären Altenpflege⁷⁾ informiert. Zugleich wurde mitgeteilt, dass diese Daten möglichst kontinuierlich fortgeschrieben werden sollen. Aus diesem Grund soll eine Befragung zu diesen Daten im zweijährigen Rhythmus – die folgende zum Stichtag 20. August 2008 – stattfinden.

6) vgl. Tätigkeitsbericht für das Jahr 2006, S. 22

7) vgl. ebenda, S. 16

Auf Anregung der Heimaufsicht fand am 7. Februar eine Sitzung von Verantwortlichen der Träger statt, die aufgrund von geplanten oder laufenden Umbaumaßnahmen mit der Aufgabe der Verlegung von Bewohnergruppen konfrontiert sind. Im Rahmen von Prüfungen wurde deutlich, dass auch bei Umzügen innerhalb der Einrichtung bzw. bei Umzügen innerhalb von Einrichtungen desselben Trägers ähnliche Probleme auftreten können, wie sie beim Wechsel zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung entstehen. Da auch hier im Zentrum das Problem des drohenden Informationsverlustes gelöst werden muss, ist die Integration dieser Fragestellungen in die »Arbeitsgruppe Patientenüberleitung« sinnvoll.

Am 6. September fand eine weitere Sitzung der Heim- und Pflegedienstleitungen statt, zu der erstmals auch Verantwortliche der Einrichtungen im Kreis Mettmann gemeinsam von den Heimaufsichten in Düsseldorf und Mettmann eingeladen wurden.

Zwei Themen wurden behandelt:

- Unter Beteiligung von Vertretern der AOK-Nordrhein/Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sowie dem Amtsapotheker wurde der Umgang mit den Folgen der Rabattverträge, die die Krankenkassen mit den Pharmaherstellern abgeschlossen haben, thematisiert. Danach wird in der Regel das preisgünstigste Medikament geliefert. Da es deshalb zum Wechsel der Hersteller und damit verbunden zum Wechsel von Aussehen in Form und Farbe von Tabletten, Kapseln usw. kommen kann, ist vielfach die Folge, dass die Bewohnerinnen und Bewohner „ihr“ Medikament nicht wiedererkennen. Die Pflegefachkräfte sind hier gefordert, entsprechende Informations- und Aufklärungsarbeit zu leisten. Sie sind aber auch selbst in der Situation, beim Stellen der Medikamente diese Änderungen zu berücksichtigen. Dies verlangt ein höheres Maß an Sorgfalt und Konzentration, dem innerhalb der Arbeitsorganisation Rechnung zu tragen ist. Die Referenten wiesen außerdem auf weitere Regelungen, die infolge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes für die Heime relevant sind, hin. Amtsapotheker und Heimaufsicht sagten den Einrichtungen weitere Beratungen zu.

- Fachleute der Bundesagentur für Arbeit erläuterten im weiteren Teil der Sitzung den Leitungen die Möglichkeiten, die das Programm »Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter Arbeitnehmer in Unternehmen« (WeGebAU 2007) u. a. bezogen auf Beschäftigte bietet, denen ausgehend von einer Helferqualifikation die auf zwei Jahre verkürzte Ausbildung in der Alten- oder Krankenpflege ermöglicht wird.

Im Nachgang zur Veranstaltung haben nach Mitteilung der Bundesagentur für Arbeit sieben stationäre und eine teilstationäre Einrichtung Kontakt hergestellt, um Krankenpflegehelferinnen und -helfern den Einstieg in die auf zwei Jahre verkürzte Krankenpflegeausbildung zu ermöglichen. Über die weiteren Ergebnisse wird Ende 2008 berichtet werden können.

5.1.7 – Patientenüberleitung

Die Realisierung und Sicherung einer optimalen Kontinuität der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Bewohnerschaft von Heimen – und allgemein, der Patientinnen und Patienten, die zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen, also Krankenhäusern, ambulanter pflegerischer Versorgung und Heimen wechseln müssen – ist das Ziel der Patientenüberleitung. In jedem Fall geht es darum, dass die beteiligten Berufsgruppen zum Wohl des Patienten untereinander den bestmöglichen Informationsaustausch herstellen und sichern. Auf der Internetseite der Pflegekonferenz heißt es dazu: „Die Sicherstellung der medikamentösen oder Wundversorgung, die Klarheit zum notwendigen Hilfsmiteleininsatz, die Benennung pflegerischer Probleme usw., bedarf der geregelten Verständigung der Ärzte, der Pflegenden, der Sozialen Dienste, kurz aller an der Überleitung des Patienten beteiligten Professionen. Nicht immer klappt die Weitergabe der notwendigen Informationen reibungslos. Nicht immer sprechen alle Beteiligten die »gleiche Sprache«. Dies liegt nicht zuletzt an den unterschiedlichen Instrumentarien, die zur Informationsweitergabe dienen. Die Arbeitsgruppe »Patientenüberleitung« versucht zur Lösung dieses Problems, im gesamten Düsseldorfer Stadtgebiet eine Informationsweitergabe in einheitlicher Form zum

Wohle der Patienten und Pflegebedürftigen zu etablieren. Dazu soll ein strukturierender Leitfaden und ein überschaubares und zugleich alle relevanten Informationen bereitstellendes Instrumentarium einheitlicher Vordrucke entwickelt werden. Die gemeinsame Arbeitsgruppe von Expertinnen und Experten der Gesundheits- und Pflegekonferenz, in Kooperation mit Kollegen anderer Städte, möchte so erreichen, dass die Betroffenen beim notwendigen Wechsel zwischen den Versorgungsstrukturen nahtlos und komplikationslos versorgt werden.“

Die Heimaufsicht hatte sich in 2006 verstärkt mit dem Risiko von Versorgungsbrüchen auseinandergesetzt und zur Sitzung der Pflegedienstleitungen der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen und des »Arbeitskreises Pflegedienstleitungen Düsseldorfer Krankenhäuser«, der die Pflegedienstleitungen aller relevanten und großen Düsseldorfer Krankenhäuser repräsentiert, eingeladen.

Daraus resultierte die gemeinsame Expertenarbeitsgruppe von Pflege- und Gesundheitskonferenz, die Ende 2007 ihre Arbeiten inhaltlich soweit vorangebracht hatte, dass die beiden Konferenzen über die Vorschläge im Jahr 2008 abstimmen konnten.

16

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

Im § 15 HeimG wird die Überwachung der Einrichtungen geregelt. Im Rahmen der Überwachungstätigkeit der Heimaufsicht im Jahr 2007 wird noch grundsätzlich zwischen angemeldeten wiederkehrenden Prüfungen und unangemeldeten anlassbezogenen Prüfungen unterschieden. Gegenüber den Vorjahren ist allerdings die Frist, die zwischen Anmeldung und Prüfung vergeht, deutlich verkürzt. In 2007 betrug sie noch fünf Werktage. Ziel für 2008 ist die Aufhebung dieser Frist zugunsten der Praxis grundsätzlich unangemeldeter Prüfungen.

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

Die angemeldeten wiederkehrenden Prüfungen dienen der umfassenden Überwachung der Einrichtung. Die Überprüfung umfasst alle Bereiche von der Feststellung der räumlichen Gegebenheiten, über die Barbetriebsverwaltung, die Arbeitsorganisation i. S. der Überprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation, bis zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflege und Betreuung in der Einrichtung. Sie ist verbunden mit ausführlichen Befragungen der Bewohnerschaft und der Beschäftigten.

5.2.2 – Daten zur Prüftätigkeit der Heimaufsicht

Die Prüftätigkeit im Sinne des HeimG (§ 15) wurde in Abstimmung und z. T. in enger Kooperation mit den zuständigen Stellen des Gesundheitsamtes, der AOK-Rheinland/Hamburg, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und – bezogen auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe – dem Landschaftsverband Rheinland durchgeführt.

Die Prüfungen finden grundsätzlich im wöchentlichen Rhythmus statt.

Insgesamt wurden 40 (2006: 52) angemeldete und 42 (2006: 43) unangemeldete, anlassbezogene Prüfungen nach § 15 Heimgesetz durchgeführt. Gemeinsam mit dem MDK fanden sechs unangemeldete Prüfungen statt. Drei davon in einer Einrichtung innerhalb eines halben Jahres. In dieser Einrichtung fanden somit insgesamt fünf Prüfungen statt.

Im Rahmen der insgesamt 88 Prüfungen in 54 verschiedenen Einrichtungen⁸⁾ wurden

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

⁸⁾ In einigen Einrichtungen fanden anlassbezogen mehrere Prüfungen statt.

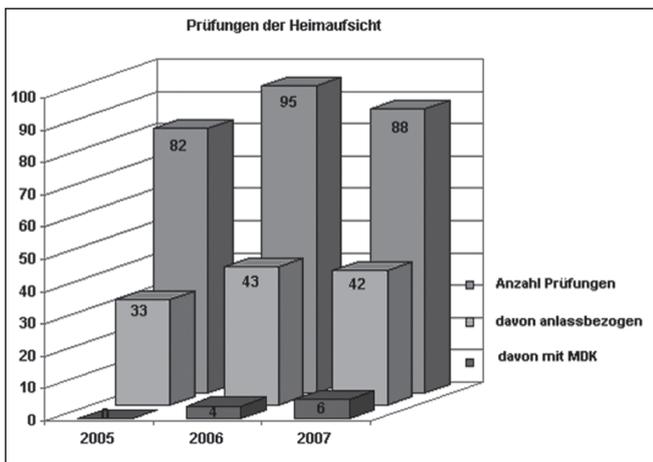
Die Prüfung der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation ist i.d.R. verbunden mit der Prüfung der Nachweise der ärztlichen Anordnungen und der Medikamentenversorgung.

Aufgrund vorgefundener, z. T. erheblicher Mängel, die in einem Fall zum temporären Aufnahmestopp führten, wurde die Überprüfung der Medikamentenlagerung, -organisation (Stellen) und der Medikamentenvergabe deutlich ausgeweitet.

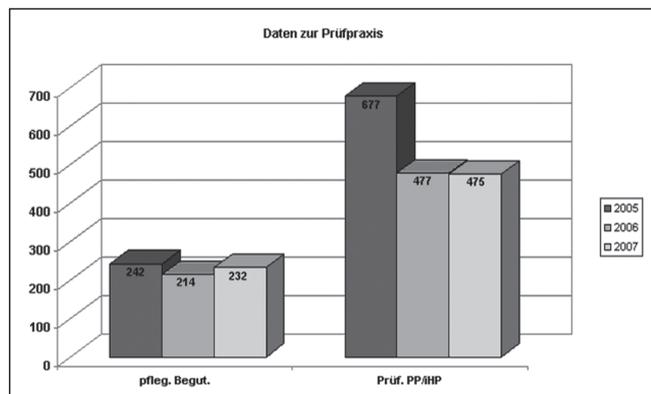
Gleiches gilt für die Überprüfung der sozialen Betreuung in Heimen.

- Mit insgesamt 618 Prüfungen wurde die Medikamentenlagerung, -organisation und -vergabe für rd. 10 v.H. der in Düsseldorfer Heimen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner kontrolliert.
- Die Qualität der Betreuung durch die sozialen Dienste wurde bei 184 Bewohnerinnen und Bewohnern überprüft.

Im Vergleich der Jahre 2005 bis 2007 ergibt sich damit folgendes Bild:



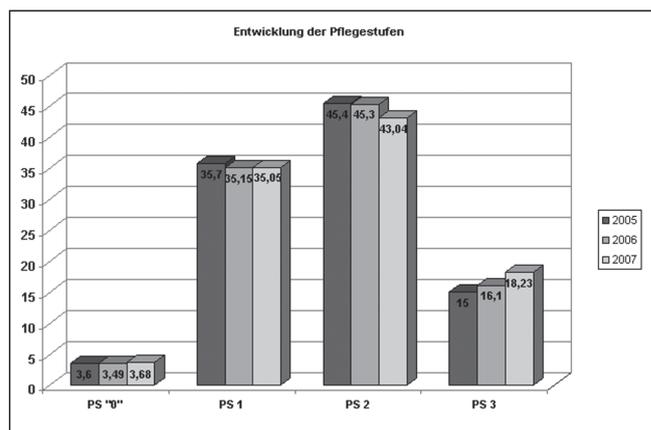
Hinsichtlich der Überprüfung der Pflegequalität, der pflegerischen Begutachtungen (pflieg. Begut.) und der Prüfung der Pflegeplanungen (PP) und der individuellen Hilfepläne (iHP) ergibt sich folgendes Bild:



Im Jahr 2007 wurde die im Jahr 2006 begonnene spezifischere pflegerische Begutachtung und Prüfung der Pflegeplanungen fortgesetzt, v. a. unter dem Aspekt der Berücksichtigung potentieller Pflegeprobleme und der Durchführung entsprechender Prophylaxen. Daraus resultierte neben der Erfassung und Bewertung des Umgangs mit Risiken auch ein spezifischer Beratungsansatz zu diesem Themenkomplex und der Festlegung adäquater Maßnahmen zur Vermeidung von Schädigungen (vgl. auch 5.2.11).

5.2.2.1 – 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.



5.2.3 – Heimbewohner mit Migrationshintergrund

Zum Stichtag 20.08.2006 hatte die Heimaufsicht die Träger der stationären Altenpflege gebeten, eine Übersicht zur Bewohnerstruktur unter dem Aspekt des Migrationshintergrundes der Bewohnerschaft vorzulegen. Die Ergebnisse wurden im letztjährigen Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht veröffentlicht⁹⁾ sowie im Rahmen der Sitzung der Heim- und Pflegedienstleitungen thematisiert. Eine erneute Befragung findet zum Stichtag 20.08.2008 statt.

5.2.4 – 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 42 Prüfungen der Heimaufsicht waren in der Regel anlassbezogen und hatten in der Mehrzahl Beschwerden zur Grundlage.

18

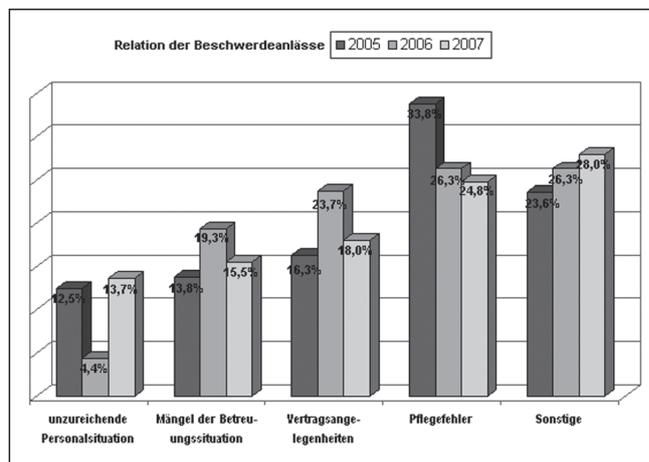
Aus der Bearbeitung bei der Heimaufsicht eingehender Beschwerden resultiert ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Heimaufsicht.

Neben dem einrichtungsinternen Beschwerdemanagement und anderen Prüfinstanzen wie dem MDK, dem Gesundheitsamt usw. ist die Heimaufsicht Empfängerin von Beschwerden.

Zwischen dem MDK und der Heimaufsicht sowie in der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt findet ein Austausch über die Beschwerden statt. Dies geschieht in dringenden Fällen auf telephonischem Wege, ansonsten über die Berichte bzw. Bescheide.

Im zurückliegenden Jahr waren 161 (2006: 114) verschiedene Probleme, die das Handeln der Heimaufsicht erforderlich machten, Gegenstand von 76 (2006: 80) abschließend bearbeiteten Beschwerden.

Im Berichtszeitraum haben sich, im Gegensatz zum Vorjahr, Beschwerden wegen einer unzureichenden Personalsituation verdreifacht. Wie schon im Vorjahresbericht festgestellt, nimmt die Differenziertheit einzelner Beschwerden zu. Der relative Rückgang der Anzahl von Beschwerdeführenden (dem ein deutlicher Anstieg der Beschwerdegründe gegenübersteht) unterstreicht, dass zahlreiche Beschwerden erst dann bei der Heimaufsicht eingehen, wenn eine Klärung zwischen dem Beschwerdeführer und den Verantwortlichen der Einrichtung nicht herbeigeführt werden kann.



Erklärungsbedürftig ist der prozentuale Rückgang von Beschwerden, die Pflegemängel oder -fehler zum Gegenstand hatten. In Zahlen ausgedrückt sind sie von 27 (2004 und 2005), über 30 (2006) nun auf 40 Einzelhinweise gestiegen. Dies ist ursächlich im direkten Zusammenhang mit der Tatsache zu sehen, dass Pflegenden sich häufiger als in früheren Jahren an die Heimaufsicht wenden. Nach wie vor zahlreich sind die Beschwerden über Mängel in der medizinischen Versorgung (falsch gestellte oder falsch verabreichte Medikamente).

Beschwerden zur Wäsche-, Speisen- und Getränkeversorgung sind regelmäßig Gegenstand der Gespräche mit den Heimbeiräten und hier nicht gesondert erfasst.

Besorgniserregend sind Beschwerden und Hinweise, die sich in drei verschiedenen Einzelfällen, fünf Beschäftigte betreffend, auf Formen der direkten Gewaltanwendung gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern beziehen.

9) vgl. Tätigkeitsbericht für das Jahr 2006, S. 16.

5.2.5 – Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner

Der Gewaltbegriff ist überaus komplex. In der Gerontologie wird auf die Definition von Margret Dieck zurückgegriffen. Danach ist Gewalt „eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf die Befindlichkeit des Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung muss sehr gravierende Negativformen für den Adressaten haben, soll sie unter den Begriff der Gewalt subsumiert werden können.“

Sich hieraus ergebende Formen der Gewalt schlagen sich nieder in aktiver und passiver Vernachlässigung (neglect) sowie Misshandlungen (abuse). Sie betreffen die körperliche und die psychische Ebene. Finanzielle Ausbeutung oder Einschränkung des freien Willens sind weitere Formen. Diese Formen von Gewalt beziehen sich allerdings nur auf Interaktionen zwischen Personen. Zu berücksichtigen sind jedoch ebenso die Formen struktureller Gewalt.

„Nach dem derzeitigen Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass Gewalt gegen alte Menschen im Pflegebereich ein häufiges Phänomen ist, welches nicht den in der Altenarbeit Tätigen allein angelastet werden kann. Überwiegend geht die Gewalt auf strukturelle Mängel zurück.“¹⁰⁾

Verschiedene Berichte und Untersuchungen nennen als Faktoren, die struktureller Gewalt Vorschub leisten, Personalmangel, pflege- bzw. fachfremde Aufgaben, fachliche Defizite, v. a. aber fehlende Fachlichkeit im Umgang mit spezifischen, schwierigen Bewohner-eigenschaften und daraus resultierende konflikthafte Interaktionen, Arbeitszufriedenheit und Personal-burnout.¹¹⁾

Gewalt in Pflegeeinrichtungen ist kein Massenphänomen. Das Thema muss seriös behandelt und jeglicher Form einer effekthascherischen Skandalisierung entzogen werden. Die Skandalisierung ersetzt nicht die klärende, Ursachen benennende Auseinandersetzung mit Gewalt. Im Gegenteil: Sie hilft, von lautstarker Empörung getragen, das Thema mit Getöse wieder von der Agenda zu nehmen.

Im Jahr 2007 ist die Heimaufsicht Düsseldorf in zwei Fällen durch den jeweiligen Träger, in einem Fall von einer anonymen Person, mit Hinweisen und Berichten über Gewalteinwirkungen konfrontiert worden.

Die Träger der Einrichtungen konnten bis auf einen Fall fristlose Kündigungen durchsetzen.

Die Heimaufsicht hat in allen Fällen ein Beschäftigungsverbot nach § 18 HeimG geprüft. In einem Fall hat sie ein befristetes Beschäftigungsverbot ausgesprochen und so den Träger nach § 18 HeimG angewiesen, eine Pflegefachkraft solange nicht in der Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu beschäftigen, bis diese eine spezifische Weiterbildung erfolgreich absolviert hat. Das Verfahren ist auch hier noch nicht abgeschlossen, da der Träger auch in diesem Fall eine Kündigung präferiert.

Aus Sicht der Heimaufsicht wird das Problem durch die Kündigung dieser Beschäftigten nicht gelöst. Sie verlassen die Einrichtung und nehmen in einer anderen die Arbeit wieder auf.

Das Problem ist vordergründig für die Einrichtung gelöst, da der unmittelbar gewaltauslösende subjektive Faktor entfernt wurde. „Doch ohne genaue Kenntnisse der Phänomenologie von Gewalt gegen alte Menschen, deren Ursachen, Verstrickungen und Möglichkeiten zur Bekämpfung ist es schwer, diese zu verringern“.

Die Heimaufsicht empfiehlt, das Thema verstärkt im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu berücksichtigen.

10) Prof. Dr. Dr. R. D. Hirsch, Rhein. Kliniken Bonn: Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem. Manuskript zum Gespräch am 11. Mai 2000 im Ausschuss für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe des Deutschen Bundestags in Berlin. S. 3. Bonn: 2000.

11) Prof. Dr. Dr. R. D.: Hirsch: Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen. S. 5. Bonn: 2001.

5.2.6 – 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.

Zum Stichtag 20. November 2007 erfüllten alle Einrichtungen in Düsseldorf die Anforderungen der Fachkraftquote nach § 5 HeimPersV.

Das Problem der Messung dieser Fachkraftquote ist jedoch, dass sie keine verbindliche Bezugsgröße hat. Zudem haben Einrichtungen immer eine bestimmte Menge von „Dienstplanleichen“, also von Beschäftigten, die langzeiterkrankt sind, unter Fortzahlung der Bezüge suspendiert oder wegen eines bevorstehenden Arbeitsplatzwechsels Urlaub und Überstunden abbauen.

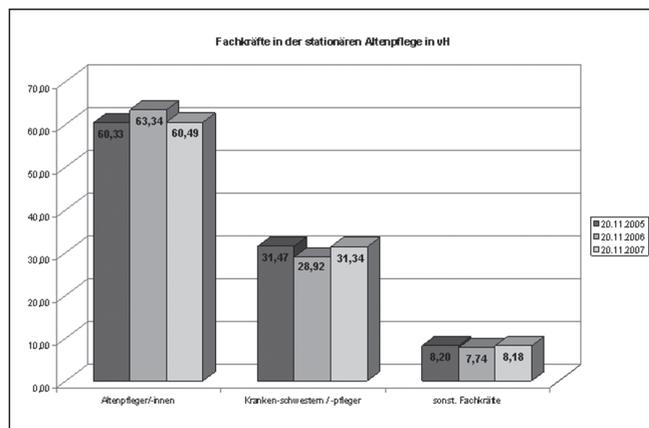
Für zwei Einrichtungen in denen diese Fälle gravierend zu Lasten der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ging, wurde den Trägerverantwortlichen die Anordnung eines Aufnahmestopps durch die Heimaufsicht für den Fall in Aussicht gestellt, dass die personelle Ausstattung nicht umgehend durch entsprechende Initiativen und Einstellungen von Pflegefachkräften verbessert wird. In beiden Fällen wurde innerhalb des Berichtszeitraums den Anforderungen der Heimaufsicht entsprochen.

Sieben Einrichtungen erfüllten zum Stichtag 20. November zwar formal die Anforderungen der Fachkraftquote, lagen aber unterhalb der erforderlichen Gesamtpersonalmenge für Pflege und Betreuung. Dies ergibt sich immer dann, wenn die Personalplanung nicht schnell genug den Anforderungen einer erhöhten Pflegebedürftigkeit von Bewohnern (infolge Höherstufung innerhalb der Pflegestufen) oder der normalen Personalfuktuation folgt.

5.2.6.1 – Fachkräfte und Fachkraftquote in Einrichtungen der stationären Altenpflege

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

Ihre Verteilung zum Stichtag 20.11.2007 in den stationären Altenpflegeeinrichtungen in Düsseldorf veranschaulicht die Abbildung. Erwartungsgemäß stellen Altenpflegerinnen/Altenpfleger die Mehrheit der in Pflege und Betreuung beschäftigten Fachkräfte, gefolgt von Krankenpflegekräften.

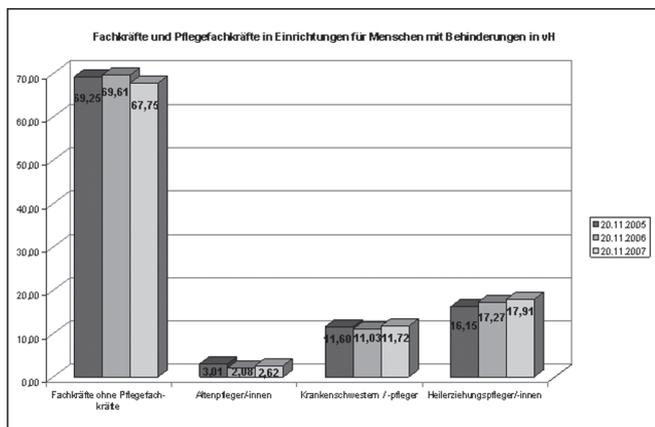


Die Fachkraftquote, wonach aufgrund § 5 HeimPersV mindestens jede zweite Kraft für Pflege und Betreuung eine Fachkraft sein muss, wird von allen Einrichtungen der stationären Altenpflege erfüllt. Sie beträgt im Durchschnitt 66,16 % (2006: 65,39%) zum Stand November 2007. Damit ist eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr festzustellen.

5.2.6.2 – 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 65,15 % und 100 %. Rund ein Drittel der Fachkräfte in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sind Pflegefachkräfte¹³⁾ im Sinne des § 6 der HeimPersV.

Das Diagramm verdeutlicht: Das Gros der Fachkräfte gehört pädagogischen, erzieherischen und therapeutischen Berufen an. Pflegefachkräfte besetzen 32,25 % der Stellen. Der Anteil von Alten- und Krankenpflegekräften hat wieder leicht zugenommen. Ebenso der Anteil von spezifisch für diesen Bereich ausgebildeten Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern.



Die Präsenz von Pflegefachkräften ist überaus einrichtungsspezifisch. In einigen Einrichtungen liegt ihr Anteil bei bis zu $\frac{2}{3}$ der beschäftigten Fachkräfte.

Die Ergebnisse der Dienstplanauswertungen im Rahmen der Prüfungen nach § 15 HeimG belegen, dass Alten- und Krankenpflegekräfte bevorzugt im Nachtdienst eingesetzt werden. Mit 14,35 % stellen die Alten- und Krankenpflegekräfte nur einen sehr geringen Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten, die als Fachkräfte im Sinne des § 6 HeimPersV gelten.

5.2.6.3 – Eignung der Heim- und Pflegedienstleitung

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 den Wechsel von 11 Heimleitungen (2006: 11) und 11 Wechsel von Pflegedienstleitungen (2006: 17). Im Rahmen der Geschäftsführung waren zwei Wechsel nach § 12 HeimG anzuzeigen.

Die Heimaufsicht überprüft bei den Heim- und Pflegedienstleitungen 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.

Bemerkenswert ist, dass im Jahr 2007 im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen kein Wechsel einer Heimleitung stattgefunden hat.

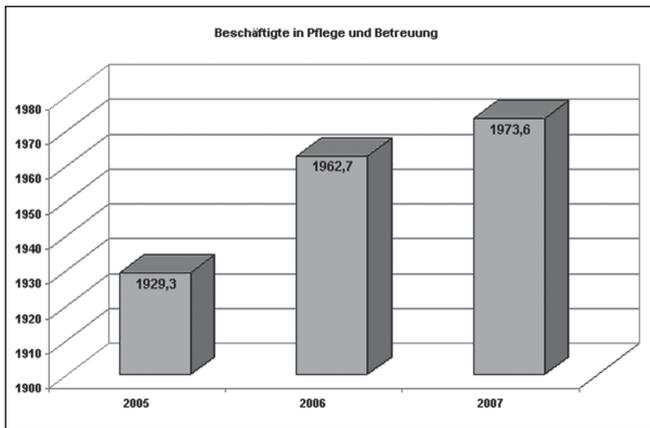
Die Fluktuation für den Bereich der Pflegedienstleitungen hat sich gegenüber dem Vorjahr wieder normalisiert, wenn man berücksichtigt, dass die Anzahl der Wechsel sich auf wenige Träger bezieht und Folge von Versetzungen ist, die wiederum – überwiegend einrichtungsinterne – Neubesetzungen der vakanten Positionen erforderlich machten.

13) In diesem Kontext werden Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger (HEP) als Pflegefachkräfte gezählt.

5.2.6.4 – Personalentwicklung und Ausbildungsanstrengungen

Die Personalentwicklung in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen ist – wie dargestellt – relativ stabil.

Im Bereich der stationären Altenpflege ist vor dem Hintergrund der aktuellen Belegungssituation die Personalsituation zu bewerten.

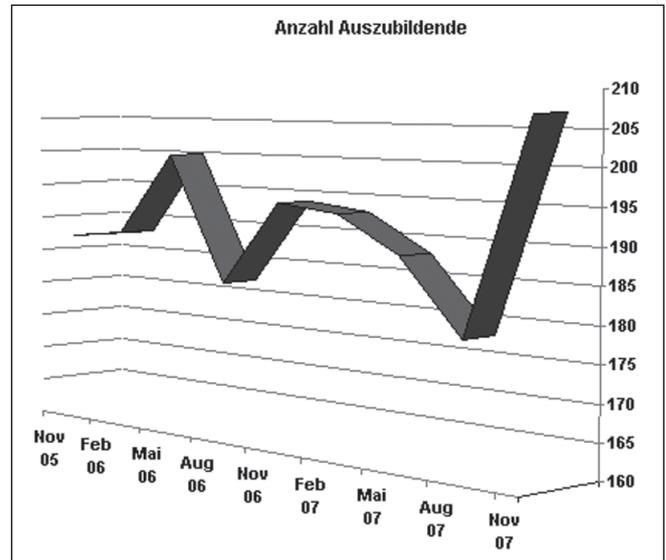


22

Ein besonderes Augenmerk ist auf die Ausbildungssituation in der Altenpflege zu richten.

Im Jahr 2001 verständigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Fachtagung der Düsseldorfer Pflegekonferenz auf Ausbildungsplatzrelationen in der Altenpflege. Angestrebt wurde seinerzeit ein Schlüssel von 1:17 (ein Ausbildungsplatz auf 17 Pflegeplätze) für den stationären und für den ambulanten Bereich auf die Formel „ein Ausbildungsplatz pro Anbieter“. Dies geschah in Anlehnung an die seinerzeit vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) des Landes Nordrhein-Westfalen und den Spitzenverbänden angestrebte Mindestausbildungskapazität.

Im Rahmen der Quartalsmeldungen, die die Heimaufsicht zur Vereinfachung des Anzeigeverfahrens nach § 12 HeimG seit November 2005 von den Trägern erhält, werden auch die Ausbildungsplatzzahlen ermittelt.



Zum Stichtag 20. November 2007 wurden in Düsseldorf 207 Auszubildende im stationären und teilstationären Bereich der Altenpflege gezählt. Dies entspricht einer Relation von 1:24,8.

Im Jahresdurchschnitt sind 191,5 Ausbildungsplätze belegt. Das entspricht einer Relation von 1:26,8. Damit ist das 2001 gesetzte Ziel nach wie vor nicht erreicht. Es herrscht Stagnation.

Ausgehend von den 5.133 Pflegeplätzen (vgl. 3.) wären – wie bereits im Tätigkeitsbericht für das letzte Jahr festgestellt – rd. 300 Ausbildungsplätze in der stationären Altenpflege erforderlich, um die Zielvorgabe von 1:17 zu realisieren.

Die starken Ausschläge in der Kurve nach oben ergeben sich aus den Daten des Starts der Ausbildungskurse an den Altenpflegeschulen. Die Abschwünge kennzeichnen die Ausbildungsabbrüche innerhalb der Probezeit.

Zwei der drei im Jahr 2006 neu eröffneten Einrichtungen hatten im Jahr 2007 nach wie vor keine Auszubildenden. Eine Einrichtung, die zum Beginn des Jahres 2008 zur Schließung vorgesehen ist, bildete ebenso wenig aus, wie die Einrichtung, die erst im IV. Quartal 2007 den Betrieb aufgenommen hatte.

Die drei in 2008 verbleibenden Einrichtungen ohne Auszubildende erklären auf Nachfrage, dass sie ausbilden werden.

Festzustellen ist, dass die Einrichtungen, die ausbilden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben auch über die qualifizierten Ausbilderinnen und Ausbilder (Praxisanleitungen) verfügen. Sie sind damit zugleich gut gerüstet für die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Prüfung der Qualität und Quantität der Ausbildung in der Altenpflege bleibt weiterhin ein fester Bestandteil der Prüfungen nach § 15 HeimG. Die Bilanz dieser Prüfungen wird in den Sitzungen der Heim- und Pflegedienstleitungen erörtert.

5.2.6.5 – Fort- und Weiterbildung

Die Prüfung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Träger ergibt sich aus § 8 der Heimpersonalverordnung (HeimPersV). Hier prüft die Heimaufsicht die Nachweise der Einrichtungen über aktuellen und prospektiven Fortbildungspläne. Sie prüft auch welche Möglichkeiten die Einrichtungen ihren Beschäftigten zur fachspezifischen (z. B. als Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie) oder Aufstiegsweiterbildung (z. B. als Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung) bietet. Kontinuierlich werden auch Ausbilderinnen und Ausbilder (Praxisanleiterinnen/Praxisanleiter) ausgebildet.

Positiv festzustellen ist, dass die Fortbildungen im Bereich Pflegeprozessplanung deutlich zugenommen haben. Ebenso werden auch verstärkt Fortbildungen zur Implementierung der Expertenstandards durchgeführt und geplant.

Im Rahmen der Sitzungen der Heim- und Pflegedienstleitungen vom 25.08.2005 stellte sich das »Düsseldorfer Bündnis gegen Depression« vor und zugleich das Fortbildungsprojekt »Verbesserung der Erkennung und Versorgung von Depression und Suizidalität bei hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen« der Ärztekammer Nordrhein. In 2007 konnte nun eine erste Bilanz gezogen werden. Danach wurden in 2006 12 Fortbildungen für 170 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus 16 der 52 stationären Einrichtungen der Altenpflege durchgeführt.¹⁴⁾ Ein Ergebnis, das verbesserungsbedürftig und -fähig ist.

5.2.6.6 – Fachkraftquote in der Nacht

Um sicherzustellen, dass auch in der Nacht ein ausreichender Anteil an Fachkräften in der Pflege tätig ist (vgl. § 5 HeimPersV), wurden auch im Jahr 2007 anlässlich aller angemeldeten Prüfungen und, anlassbezogen auch bei unangemeldeten Prüfungen, insbesondere die Dienstpläne und die Fachkraftquote im Vergleich zu den Leistungsnachweisen der qualifizierten Behandlungspflegen¹⁵⁾ überprüft.

Für die geprüften Einrichtungen kann anhand der Dienstplananalyse festgestellt werden, dass während der gesamten 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. Zu Lösung dieses Problems, etwa durch den Einsatz von zwei Fachkräften, werden die Träger in den jeweiligen Bescheiden aufgefordert. Mit einigen Trägern wurden im Jahr 2007 z. T. intensive Gespräche geführt, so dass die Besetzung mit Fachkräften im Nachtdienst hier deutlich verbessert werden konnte.

Für die Nachtdienste wird eine Berechnungsgrundlage bei den Vergütungsverhandlungen zwischen den Betreibern und Kostenträgern verwandt, die von folgenden Orientierungswerten ausgeht:
Pflegestufe 1 1:24,7 und
Pflegestufen 2 und 3 1:11,9

Die Heimaufsicht dringt auf die Einhaltung dieser Mindestvorgaben. Dies hat im Laufe des Berichtszeitraumes teilweise zu einer Verbesserung der Fachkraftbesetzungen in den Nachtdiensten geführt. Weitere Anpassungen stehen noch aus und werden zwischen Trägern und Heimaufsicht thematisiert.

14) vgl. Rheinisches Ärzteblatt, Heft 2/2008.

15) Dazu gehören z. B. die Ermittlung und Auswertung von Vitalzeichen, Wundversorgung, Verbände, spezielle Pflegen, Injektionen Sondierungen etc.

5.2.7 – 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 nach wie vor ein Schwerpunkt der konkreten Überwachung nach § 15 HeimG. Die in den Berichten der Vorjahre beschriebenen Defizite sind noch nicht generell überwunden.

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

Aktuell verfügen die 25 Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen über 1.060 Plätze.

Die Heimaufsicht hat im Jahr 2007 60 % (2006: 52 %) dieser Einrichtungen nach § 15 HeimG geprüft.

Im Rahmen von 15 Prüfungen (2006: 13) wurden 55 (2006: 47) individuelle Hilfepläne (iHP) bzw. Förderpläne und Dokumentationen überprüft. Neun Bewohnerinnen bzw. Bewohner wurden auch pflegerisch begutachtet.

Bei den Leistungstypen (LT) dominieren in den geprüften Einrichtungen wie auch im Vorjahr

- 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 chron. psych. Erkrank. oder einer chronischen Abhängigkeitserkrankung – und hohem sozialen Integrationsbedarf)

5.2.9 – Formale Bescheide nach dem Heimgesetz und den Verordnungen – Anordnung nach § 17 HeimG

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 im Dialog zwischen den Einrichtungen und der Heimaufsicht entsprechende Problemlösungen entwickelt.

Unter den verschiedenen Maßnahmen, die die Heimaufsicht im Nachgang zu Prüfungen ergriffen hat, stechen vier deutlich hervor:

- Die extreme hohe Fehlerquote im Bereich der Medikamentenlagerung und -vergabe, die in einer Einrichtung anlässlich der Prüfung festgestellt wurde, führte zur Anordnung nach § 17 HeimG, wonach für diese Einrichtung ein Aufnahmestopp verhängt wurde. Erst nach der Umsetzung geforderter Maßnahmen, zu denen u. a. Schulungen und die Verbesserung der Kontrolle des Prozesses der Medikamentenvergabe gehörten und nach einer neuerlichen Überprüfung, wurde der Aufnahmestopp nach fünf Wochen aufgehoben.
- Eine weitere Einrichtung wehrte den angedrohten Aufnahmestopp ab, indem sie umgehend die von der Heimaufsicht in Zusammenarbeit mit der Pflegekasse errechneten Neueinstellungen vorgekommen hat.
- Zur Verbesserung der Erfassung des Sturzrisikos von Bewohnerinnen und Bewohnern richtete die Heimaufsicht ihr Rundschreiben Nr. 11 „Sturzprophylaxe, Umgang mit Stürzen, Expertenstandards“ an alle Heime.
- In einem weiteren Fall hat die Heimaufsicht nach § 18 HeimG ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen und den Träger eines Heimes angewiesen, die betreffende Pflegekraft erst wieder im Bereich von Pflege und Betreuung einzusetzen, wenn diese erfolgreich an einer spezifischen Weiterbildung teilgenommen hat.

5.2.10 – Auswertung einer Befragung in Kooperation mit der Gesundheitsaufsicht des Gesundheitsamtes – Risikofaktoren, Infektionsrisiken

Zum Stichtag 20. Mai 2007 hat die Heimaufsicht – in Absprache und Zusammenarbeit mit der Gesundheitsaufsicht – die Verantwortlichen der Einrichtungen gebeten, im Rahmen der Quartalsmeldung auch Angaben zu einrichtungsspezifischen Risikogruppen zu machen.

Dazu wurde den Einrichtungen mitgeteilt: „im September 2005 sind die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) erweitert worden mit den Empfehlungen »Infektionsprävention in Heimen«. Hierin wird auf die infektionspräventiven Erfordernisse in Einrichtungen, in denen medizinische und damit assoziierte pflegerische Maßnahmen außerhalb von Krankenhäusern durchgeführt werden, hingewiesen. Das beinhaltet u. a., dass jede Einrichtung das Infektionsrisiko bei der Betreuung ihrer behinderten, alten- und pflegebedürftigen Menschen kennt.

Analog wird auch im Rahmen des Qualitätsmanagement (§ 135a des SGB V) ein Infektionspräventionskonzept gefordert.“

Die Einrichtungen wurden gebeten, bis zum 13.07.2007 die gewünschten Angaben zurückzusenden.

In der Übersicht ergibt sich folgendes Bild:

- 31 von 52 Einrichtungen der stationären Altenpflege (das sind 59,6 v.H.) haben geantwortet.
- 21 von 52 Einrichtungen (das sind 40,4 v.H.) haben nicht teilgenommen.
- Erfasst wurden 3092 Bewohnerinnen und Bewohner zum Stichtag 20.05.2007.
- Ausgehend von 4902 belegten Pflegeplätzen zum Stichtag entspricht dies 63,1 v.H. der Bewohnerschaft.

Die Prüfungen zeigen immer wieder, dass die Einrichtungen nicht in allen Fällen über Übersichten verfügen, die z. B. der Pflegedienstleitung einen Überblick über Risikogruppen innerhalb der Bewohnerschaft verschaffen. Dies gilt in besonders ausgeprägtem Maße für die Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Hier wird noch eine gesonderte Befragung in den Einrichtungen vorzunehmen sein.

Insofern ist diese erste Umfrage ein wichtiger Beitrag zur Sensibilisierung der verantwortlichen Pflegefachkräfte.

5.2.11 – Besondere Mängel und Mängel im Umgang mit Risiken

In acht Einrichtungen der stationären und teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe mussten umfangreiche, mehrere Tage bis zu einer Woche andauernde und wiederholte Prüfungen durchgeführt werden, weil die Beratungen und die damit verbundenen Empfehlungen nicht auf die entsprechende Resonanz stießen und die Umsetzung nicht in jedem Fall ausreichend war.

Daneben wurden in fünf Einrichtungen sechs Fälle von Frakturen, die Bewohnerinnen und Bewohner erlitten hatten, untersucht:

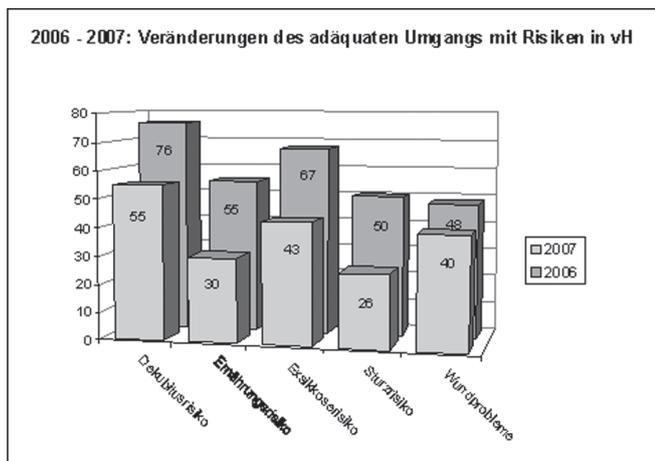
- In zwei Fällen war die Ursache der jeweiligen Fraktur eine unsachgemäße Lagerung,
- in einem Fall ein fehlerhaft ausgeführter Transfer, d. h. der Betroffene wurde durch Pflegekräfte geschädigt.
- In den drei übrigen Fällen handelte es sich um Stürze.
- In allen sechs Fällen jedoch war der Umgang mit der Versorgung der Verletzten mangelhaft in dem Sinne, dass eine rechtzeitige diagnostische Abklärung durch den behandelnden Arzt ausblieb, also die entsprechenden Symptome (Schwellungen, Schmerzen) nicht beachtet oder ignoriert wurden bzw. die ärztliche Diagnostik selbst nicht ausreichend war.

Damit verbunden ist das generell zunehmende Problem des nicht adäquaten Umgangs mit Stürzen und Sturzfolgen in dem Sinne, dass nicht jeder Sturz umgehend zur Abklärung dem behandelnden Arzt vorgestellt wird, um so Frakturen und sonstige Verletzungen auszuschließen.

Diese Feststellungen waren der Anlass für die Veröffentlichung des Rundschreibens Nr. 11, Sturzprophylaxe, Umgang mit Stürzen und Frakturen, vom 27.12.2007.

Die Prüfungen im Jahr 2007 haben insgesamt offenbart, dass die Mängel, die die Heimaufsicht feststellt, zunehmen. So hat die Heimaufsicht den Aspekt untersucht, ob der Umgang mit bestimmten Risiken und Problemen adäquat oder nicht adäquat ist. Der Vergleich der Prüfungsergebnisse von 2006 mit denen aus 2007 ergibt folgendes Bild:

26



Ausgehend von der Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Pflegezustand im Rahmen der stichprobenartigen Überprüfung untersucht wurde, ergibt die Auswertung der entsprechenden Bescheide der Routineprüfungen im Bereich der stationären Altenpflege, die die Heimaufsicht im Jahr 2006 und im Jahr 2007 durchgeführt hat, dass hinsichtlich der pflegerischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner

- mit einem Dekubitusrisiko,
- mit einem Ernährungsrisiko,
- mit einem Exsikkoserisiko,
- mit einem Sturzrisiko und denen
- mit Wundproblemen

zunehmende Defizite im Bereich sowohl der Prozess- als auch, daraus folgend, der Ergebnisqualität zu verzeichnen sind. War im Jahr 2006 die Erfassung potentieller Pflegeprobleme und die Umsetzung entspre-

chender Prophylaxen im Bereich des Dekubitus-, Ernährungs- und Exsikkoserisikos mehrheitlich adäquat, so ist im Jahr 2007 nur noch für etwas mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Dekubitusrisiko eine adäquate Versorgung festzustellen. Hinsichtlich des Ernährungs- und Exsikkoserisikos ist die Versorgung mehrheitlich nicht mehr adäquat. Die Berücksichtigung des Sturzrisikos hat sich ebenfalls weiter verschlechtert und ist mehrheitlich nicht mehr adäquat. Dies gilt auch für die Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen eine Wundbehandlung sicherzustellen ist, wobei hier die Mängel der Wundprotokolle gravierend sind.

Da hier lediglich die Bewohnerpopulation herangezogen werden kann, die pflegerisch begutachtet wurde, lassen sich keine generellen Aussagen zur Versorgungssituation insgesamt machen. Ebenso wenig lässt sich aus dieser Erhebung ableiten, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner, die diesen Risikogruppen angehören, unter einer Verschlechterung der Versorgungsqualität leiden.

Für die Stichproben jedoch gilt, dass die Entwicklung von einer Verschlechterung gekennzeichnet ist. Diese bezieht sich gegenwärtig primär auf den Bereich der Prozessqualität, d. h., die bestehenden Risiken werden nicht oder z. B. unvollständig erfasst. Lückenhaft geführte Lagerungsprotokolle heißen nicht zwangsläufig, dass die durchzuführenden Lagerungen ausgeblieben sind, trotz lückenhafter Trink- und Ernährungsprotokolle ist es möglich, dass Bewohner ausreichend essen und trinken. Setzen sich diese Mängel jedoch in nicht ausreichender Krankenbeobachtung fort, werden Bewohner, die unter- oder übergewichtig sind, nicht regelmäßig, z. B. nach ärztlicher Anordnung gewogen, können Mängel in der Ergebnisqualität schnell zutage treten, so dass aus einem potentiellen Pflegeproblem ein aktuelles wird.

Die Heimaufsicht hat aus diesen Ergebnissen die Konsequenz gezogen und ihre Bescheide mit bewohnerbezogenen Übersichten¹⁶⁾ erweitert, die den verantwortlichen Pflegefachkräften überblicksartig eine komprimierte Analyse der im Fliesstext dargestellten Probleme, Mängel und Empfehlungen liefert.

16) Diese Übersicht orientiert sich an den Vorgaben des Erhebungsbogens zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege vom 10. November 2005, den der MDK bei seinen Prüfungen verwendet.

5.2.12 – Anzeige des Heimbetrieb nach § 12 HeimG

Zwei Einrichtungen zeigten im Berichtszeitraum die beabsichtigte Aufnahme des Heimbetriebs an: Eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung und eine Einrichtung der stationären Altenpflege.

5.3 – Betreuung durch den Sozialen Dienst

Im Rahmen der Prüfungen nach § 15 HeimG nimmt die Überprüfung der Angebote des Sozialen Dienstes einen wichtigen Stellenwert ein. Die Qualität der Betreuung durch die sozialen Dienste wurde bei 184 Bewohnerinnen und Bewohnern überprüft.

Dabei fällt auf, dass die Planungen der Sozialen Dienste weitgehend einer Angebotsorientierung und weitaus seltener der notwendigen Orientierung am Bedarf des einzelnen Bewohners folgen.

An dieser Stelle wird deutlich, dass die verhandelten Stellenanteile für die individuelle, soziale, geragogische und therapeutische Begleitung pflegebedürftiger Heimbewohner für eine kontinuierliche Betreuung, die auch Feiertage und Wochenenden umfasst, nicht ausreicht. Es wird zu prüfen sein, wie sich die Regelung des § 87 b SGB XI (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) im Sinne der Verbesserung der Betreuung niederschlagen wird, wenn auf 25 dementiell Erkrankte ein Betreuungsassistent/eine Betreuungsassistentin für zusätzliche Betreuungsausgaben beschäftigt werden soll.

5.4 – § 1 HeimG – zur Situation der Etablierung „moderner Wohn- und Betreuungsformen“ in Düsseldorf

In § 1 HeimG wird der Anwendungsbereich des Gesetzes definiert.

„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.“¹⁷⁾

Trotz umfangreicher Diskussionen und diverser Erklärungen gilt nach wie vor: Die sogenannten „modernen Wohn- und Betreuungsformen“ unterliegen keiner anerkannten Definition.

Zwei im Laufe des Berichtszeitraumes geprüfte Bauanträge von Wohngemeinschaften erfüllten die o. a. Kriterien nicht.

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.

6 – Kooperationen der Heimaufsicht

Das breite Tätigkeitsspektrum der Heimaufsicht erfordert ihre enge Kooperation mit verschiedenen Ordnungsbehörden und den Pflegekassen. Neben der Heimaufsicht werden die Pflegeeinrichtungen auch im Auftrag der Pflegekassen durch den MDK kontrolliert. Weitere Prüfinstanzen sind z. B. das Gesundheitsamt, die Feuerwehr (Brandschutz) und das Amt für Arbeitsschutz.

6.1 – Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt ist als Ordnungsbehörde für alle Maßnahmen zuständig, die nach dem Infektionsschutzgesetz zu veranlassen sind. In regelmäßigen 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. Im Bedarfsfall (in 2007 einmal) finden gemeinsame Begehungen der Einrichtungen statt. Hinsichtlich der Mängel, die im Zusammenhang mit der Organisation der Medikamentenvergabe festgestellt werden, erhält der Amtsapotheker Kenntnis.

6.2 – Zusammenarbeit mit der Pflegekasse

Die AOK Rheinland/Hamburg 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.

Stellt der MDK Mängel bei der Prüfung in Einrichtungen fest, kann die Pflegekasse den Träger der Einrichtung zu einer Anhörung laden.

Auf der Basis der engen fachlichen Zusammenarbeit von Pflegekasse, MDK und Heimaufsicht nahmen Vertreterinnen/Vertreter der Heimaufsicht auch im Jahr 2007 an drei entsprechenden Anhörungen teil. Damit ist u. a. gewährleistet, dass der Träger widerspruchsfreie Hinweise und Auflagen erhält, die er zur Behebung der Mängel umsetzen muss.

6.3 – Zusammenarbeit mit dem MDK

Die im § 20 HeimG geforderte 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 umsetzbaren Ergebnissen kommen.

Die formalen Zuständigkeiten von Heimaufsichten und MDK bezogen auf alle Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht identisch. Während der MDK nur die Gruppe der gesetzlich Versicherten, nicht aber z. B. die der privat Versicherten berücksichtigen darf, prüft die Heimaufsicht umfassend und unabhängig im Interesse aller Bewohnerinnen und Bewohner.

Außerdem ist entscheidend, dass im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen die Heimaufsichten die einzige Prüfinstanz darstellen, die alle Ebenen der Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Heime prüft.

Bei anlassbezogenen Überprüfungen von Einrichtungen und Beschwerden ist die gegenseitige Information obligatorisch.

Die Heimaufsicht Düsseldorf hat im zurückliegenden Jahr im Rahmen von sechs Prüfungen mit Kolleginnen und Kollegen des MDK kooperiert. Die Zusammenarbeit ist geprägt von einer kollegialen Atmosphäre. Auf der Basis dieser Erfahrungen wurden weitere Kooperationen im Sinne der Vorbereitung und Durchführung gemeinsamer Prüfungen vereinbart.

Das damit verbundene Signal an die Träger von Heimen in Düsseldorf ist eindeutig: Für sie ist es letztlich unerheblich, welche Prüfinstanz die Pflegequalität begutachtet, da MDK und Heimaufsicht auf der Basis vergleichbarer Kriterien zu ihren Ergebnissen kommen.

6.4 – 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.

Im Jahr 2007 wurden Vereinbarungen für die Durchführung einer Sitzung der Heimleitungen von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Jahr 2008 getroffen, die die Funktion der iHP zum Inhalt haben. Das Ziel dieser Veranstaltung ist die Verbesserung der individuellen Planungen in den Einrichtungen, u. a. hinsichtlich ihrer Verzahnung mit Pflegeplanungen.

7 – Arbeitsgemeinschaften, Berichtswesen und konzeptionelle Aktivitäten

Die Arbeit der Heimaufsicht erstreckt 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.

7.1 – 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 Jahr 2007 wurden zwei Treffen durchgeführt (21. März und 14. November), die sich zentral mit der Klärung von Fragen zu den Auswirkungen der Föderalisierung des Heimrechtes („Eckpunktediskussion“) beschäftigten.

7.2 – Arbeitsgemeinschaft der Heimaufsichten

Heimaufsichten aus Teilbereichen der Bezirksregierung Düsseldorf sowie Heimaufsichten aus Köln, Bonn und Aachen treffen sich vierteljährlich zum Erfahrungsaustausch. Im Jahr 2007 wurde wegen der Auswertung der Stellungnahme zu den »Eckpunkten« (vgl. 1.1, Brief des Oberbürgermeisters) eine zusätzliche Sitzung erforderlich.

Ausgehend von dieser Arbeitsgruppe bildete sich eine weitere, die gemeinsam mit Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) der Universität Dortmund sich die konkrete Erarbeitung einheitlicher und verbindlicher Prüfkriterien auf Bundesebene zum Ziel setzte. Das Projekt wurde vom BMFSFJ gefördert, inzwischen allerdings wegen der landesgesetzlichen Regelungen zum Heimrecht eingestellt.

Die Heimaufsicht Düsseldorf hat jedoch die zwischenzeitlich erarbeiteten Entwürfe in mehreren Prüfungen getestet. Davon ausgehend bilden sie eine gute Grundlage für die Erarbeitung entsprechender Kriterien, die nun auf Landesebene (vgl. Wohn- und Teilhabegesetz § 17, „Inhaltliche Ausgestaltung der Prüfungen im Rahmen der Überwachung“), wieder aufgenommen werden können.

7.3 – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Das 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, erhalten.

Dieser vorliegende Tätigkeitsbericht für das Jahr 2007 wird nach der Kenntnisnahme durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Landeshauptstadt Düsseldorf als Bericht dem MAGS zugeleitet.

7.4 – Fortbildungen/Fachtagungen/ Öffentlichkeitsarbeit

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. Andererseits haben die Vertreter der Heimaufsicht auch teilgenommen an Fachtagungen (vgl. 7.1 und 7.2), die der Erarbeitung von Grundlagen heimaufsichtlichen Handelns dienen. Schließlich wurde mit der breiten Verschickung des Tätigkeitsberichtes für das Jahr 2006 und insbesondere durch die Einrichtung einer Internetpräsenz der Heimaufsicht (vgl. <http://www.duesseldorf.de/sozialamt/pflegebeduerftige/heimaufsicht/index.shtml>) eine breite Öffentlichkeit erreicht.

Die Internetseite beinhaltet neben der Downloadmöglichkeit für die Rundschreiben (vgl. 5.1.5.1) auch die Tätigkeitsberichte der Jahre 2005 und 2006, sowie wichtige Links zu den gesetzlichen Grundlagen der Heimaufsicht (vgl. 1.).

Mit einem Formular können Bürgerinnen und Bürger der Heimaufsicht direkt per E-Mail Beschwerden, Probleme, Anregungen oder sonstige Mitteilungen zusenden.

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

- eine zweitägige Fachtagung zur bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Menschen (27./28. Juli 2007) und
- eine Fachtagung zum Thema Pflegeprozessplanung und Dokumentation (16. August 2007)

8 – Fazit

Die Prüfungstätigkeit der Heimaufsicht hat sich auf hohem Niveau stabilisiert, wobei die Schwerpunkte differenzierter gesetzt wurden.

Die Zahl der Beschwerdepunkte hat deutlich zugenommen, wobei 25 Prozent der Beschwerdeinhalte auf die unzureichende Personalsituation verweisen. Dies entspricht dem Empfinden und der Beobachtung der Heimbeiräte in den Einrichtungen der stationären Altenpflege.

Zwar wurde die Fachkraftquote in diesem Bereich stabilisiert, es bleibt dennoch bei der Aussage der Vorjahresberichte, wonach allein die Einhaltung der Vorgaben der HeimPersV zur Fachkraftquote an sich nur wenig aussagt, solange keine verbindlichen Personalschlüssel vorgegeben werden.

Trotz der nach wie vor existierenden strukturellen Defizite, die primär die stationäre Altenpflege betreffen, kann auch für 2007 festgestellt werden, dass der ganz überwiegende Teil der Menschen in den Heimen in Düsseldorf korrekt und zufriedenstellend versorgt wird.

Ein Beleg dafür ist auch die grundsätzlich positive Rückmeldung der Bewohnerinnen und Bewohner zur Freundlichkeit und zum Engagement der Pflegenden und des Gros der übrigen Beschäftigten.

Dieses Fazit darf jedoch nicht über die bestehenden Mängel hinwegtäuschen. Dies gilt insbesondere für die unter 5.2.5 dargestellten Fälle von Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner. Das Fazit kann aber, so wie dieser Tätigkeitsbericht insgesamt, ein Impuls für die Identifikation und Behebung von Mängeln sein.

Ein Defizit, das weiterhin Gegenstand von Verbesserungen sein muss, ist das Angebot von Ausbildungsplätzen in der Altenpflege, das auch weiterhin in den Prüfungen thematisiert werden wird.

Weiter zugenommen haben die Anfragen nach spezifischer Beratung zu unterschiedlichsten Themenfeldern aus den Einrichtungen, primär zum Komplex Pflegeplanung und Dokumentation. Damit verbunden haben auch in 2007 die Beratungstermine in den Einrichtungen gegenüber dem Vorjahr zugenommen.

Die Qualität des Dialogs zwischen Heimaufsicht und den Einrichtungen wird nicht zuletzt durch diese Form der direkten Beratung verbessert. Beratung wird so auch als Teil der Normalität im Verhältnis zwischen Einrichtungen und Heimaufsicht erfahren und anerkannt.

Damit verbunden ist auch, dass – nach wie vor – Konflikte und Differenzen überaus sachlich ausgetragen und behoben werden können.

9 – Ausblick 2008 – Veröffentlichung der Prüfbescheide

Schwerpunkte für das Jahr 2008 werden hinsichtlich der Prüfungen v. a. die Kontrolle

- der Medikamentenvergabe, Wundversorgung sowie sonstiger Bereiche der Behandlungspflege,
- der pflegerischen Berücksichtigung potentieller Pflegeprobleme, sowohl hinsichtlich ihrer Erfassung im Rahmen der Pflegeplanung als auch hinsichtlich der praktischen pflegerischen Intervention,
- der Arbeit der sozialen Dienste, d. h. Überprüfung der Qualität der Entwicklung bedarfsgerechter Angebote für die individuellen Bewohnerbedürfnisse,
- der Aktivitäten der Träger im Bereich Aus- (nur Altenhilfeeinrichtungen), Fort- und Weiterbildung (§ 8 HeimPersV) sein.

Weitere Arbeitsschwerpunkte sind

- die Einarbeitung in das »Gesetz zur Umsetzung der Föderalismusreform auf dem Gebiet des Heimrechts« sowie Vermittlung der Inhalte gegenüber den Trägerstrukturen, im Rahmen der Heim- und Pflegedienstleitersitzungen sowie im Rahmen der Prüfungen,
- die Anpassung und ggf. Intensivierung der Kooperation mit anderen, am Prüfungsgeschehen beteiligten Institutionen und Stellen (MDK, Gesundheitsaufsicht usw.) vor dem Hintergrund der Anforderungen des »Gesetzes zur Umsetzung der Föderalismusreform auf dem Gebiet des Heimrechts«,
- die pflegerische Begutachtung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit spezifischen Risiken (Dekubitus-, Ernährungs-, Exsikkose- und Sturzrisiko),
- die Begleitung der Implementierung der Grundlagen der Patientenüberleitung – nachdem die Gesundheits- und Pflegekonferenz beschlossen haben – voraussichtlich ab dem 2. Halbjahr.

Hinsichtlich der Debatte um die Veröffentlichung von Prüfergebnissen sind zwei zentrale gesetzliche Vorgaben aus

- dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PFWG), das am 01.07.2008 in Kraft getreten ist und
- dem Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der Föderalismusreform auf dem Gebiet des Heimrechts, Art. 1 (Wohn- und Teilhabegesetz NW), richtungsweisend und bindend.

Nach § 115 SGB XI stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.

Eine ähnliche Zielrichtung verfolgt § 20 im Entwurf des Wohn- und Teilhabegesetzes, wonach wesentliche Ergebnisse der Prüfungen veröffentlicht werden sollen.

Voraussetzung ist jedoch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Prüfberichten. Dazu bedarf es gemeinsamer Prüfkriterien und eines einheitlichen Verfahrens. Die weitere Entwicklung wird mit großem Interesse verfolgt.

Herausgegeben von

Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Amt für soziale Sicherung und Integration

Verantwortlich

Roland Buschhausen

Redaktion

Heimaufsicht

Druckbetreuung

Stadtbetrieb Zentrale Dienste

www.duesseldorf.de

I/09 - .150