

Orientierungshilfe für die Heimaufsichtsbehörden in Baden-Württemberg (Stand: August 2006)

Das Ministerium für Arbeit und Soziales gibt für die Arbeit der Heimaufsichtsbehörden und den mit ihnen zusammenarbeitenden Gesundheitsämtern mit den folgenden Ausführungen eine Orientierungshilfe, welche den so genannten „Kriterienkatalog für die Heimaufsichten“ in der Fassung vom 19.03.2003 ersetzt. Diese Orientierungshilfe ist immer im Lichte des zu betrachtenden Einzelfalles zu besehen. Die Orientierungshilfe, die sich nicht auf Heime für behinderte Volljährige bezieht, behandelt insbesondere folgende Bereiche:

1. Verfahren
2. Anzeigeverfahren, Änderungsanzeige
3. Bauliche Gegebenheiten
4. Personalausstattung
5. Pflegedokumentation
6. Hygiene
7. Umgang mit Medikamenten, Arzneimittelversorgung, medizinische Versorgung
8. Freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahmen
9. Mitwirkung der Bewohner
10. Besondere Einrichtungsformen

1. Verfahren

1.1 Datenerhebungen vor der Begehung

1.1.1 Die Heime werden von den zuständigen Behörden durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen überwacht (§ 15 Abs. 1 Satz 1 HeimG). Der Träger, die Leitung und die Pflegedienstleitung eines Heimes haben den zuständigen Behörden die für die Durchführung des Heimgesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen mündlichen und schriftlichen Auskünfte auf Verlangen und unentgeltlich zu erteilen (§ 15 Abs. 1 Satz 5 HeimG).

Zur effektiven Vorbereitung der Begehung ist es erforderlich, **vorab** bestimmte Daten des Heimes zu erheben. Der Träger erteilt hierzu die entsprechenden Auskünfte. Die Datenerhebung ist unter dem Gesichtspunkt einer ordnungsgemäßen Betreuung der Heimbewohner zu sehen. Die Heimaufsichtsbehörde erhebt hierbei Daten, die die Qualität der Einrichtung betreffen. Diese beziehen sich vor allem auf die baulichen und personellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung.

Über die **regelmäßig** zu erteilenden Auskünfte und anzufordernden Unterlagen hinaus entscheidet die Heimaufsichtsbehörde im jeweiligen Einzelfall über die Art und den Umfang weiterer erforderlicher Auskünfte. Die Heimaufsichtsbehörde beachtet hierbei den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

1.1.2 Zur Prüfung der Personalausstattung und des Personaleinsatzes bedarf es der Vorlage von Personallisten der Mitarbeiter. Der Träger teilt der Heimaufsichtsbehörde vor der Durchführung einer Begehung auf Anforderung Name, Vorname, Qualifikation und zeitlichen Umfang der Beschäftigung aller Pflege- und Betreuungskräfte mit.

1.1.3 Die Mitteilung von Personaldaten aller Bewohner (Namen, Geschlecht, Alter) ist zur Vorbereitung einer Begehung in der Regel nicht erforderlich. Im Einzelfall kann es aber notwendig sein, verschlüsselte Daten von Bewohnern zu erheben, um der Heimaufsichtsbehörde ein konkreteres und gezielteres Arbeiten zu ermöglichen. Soweit für Heimbewohner gesetzliche Betreuer / Bevollmächtigte bestellt sind, teilt der Träger der Heimaufsichtsbehörde Name, Anschrift und Telefonnummer des jeweiligen Betreuers / Bevollmächtigten mit.

1.1.4 Zur Beurteilung des erforderlichen Personalbedarfs teilt der Träger ggf. für die konkreten Stationen oder Wohngruppen des Heims die Anzahl der pflegebedürftigen Bewohner in den jeweiligen Pflegestufen nach dem SGB XI bzw. der nicht pflegebedürftigen Bewohner und das in der jeweiligen Pflegeeinheit eingesetzte Personal mit.

1.1.5 Die Heimaufsichtsbehörde kann sich vor der Begehung die Dienst- (Schicht-) pläne der letzten drei Monate sowie den aktuellen Dienstplan vorlegen lassen. Die

Vorlage von Dienstplänen dient der Feststellung, ob mit dem tatsächlichen bzw. geplanten Personaleinsatz der Einrichtung eine ordnungsgemäße Pflege und Betreuung der Bewohner möglich war bzw. ist.

1.2 Prüfung

1.2.1 Die Prüfungen durch die Heimaufsichtsbehörde können jederzeit angemeldet oder unangemeldet erfolgen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 HeimG). Die Heimaufsichtsbehörde muss nicht begründen, warum sie eine Prüfung unangekündigt durchführt. Dies gilt auch für wiederkehrende, nicht anlassbezogene Prüfungen.

1.2.2 Anlassbezogene Prüfungen aufgrund von Beschwerden oder Hinweisen auf Missstände erfolgen regelmäßig unangekündigt.

1.2.3 Bei angekündigten Prüfungen soll die Heimaufsichtsbehörde regelmäßig und rechtzeitig den Trägerverband über den Zeitpunkt der Prüfung (vgl. § 15 Abs. 8 HeimG) unterrichten.

1.2.4 Bei unangekündigten Prüfungen besteht kein Anspruch der Trägerverbände auf Beteiligung oder Unterrichtung. Weil sich die Trägerverbände u.a. auch als Moderatoren zwischen Heimträger und Heimaufsichtsbehörde verstehen, können die Heimaufsichtsbehörden die Trägerverbände über den Zeitpunkt einer unangekündigten Prüfung unterrichten. Die Trägerverbände verpflichten sich, ihre Unterrichtung über unangekündigte Prüfungen nicht an ihre Mitglieder weiterzugeben.

1.3 Begehungsbericht

1.3.1 Das Protokoll der Prüfung enthält die tatsächlichen Feststellungen der Heimaufsichtsbehörde und des Gesundheitsamtes sowie der beteiligten Pflegefachkraft (Sachverhalt) sowie eine zusammenfassende Auflistung der Beanstandungen und Mängel am Ende des Protokolls. Bei einer Beratung zur Mängelbeseitigung sind im Falle einer möglichen Kostenrelevanz die Beteiligungsrechte der Kostenträger zu

beachten (siehe unten Nr. 1.7). Das Protokoll enthält keine Aufforderungen oder Regelungen zur Mängelbeseitigung, die als Verwaltungsakte zu qualifizieren wären.

1.3.2 Bei Gefahr im Verzug werden unverzüglich erforderliche Anordnungen mündlich getroffen und im Protokoll festgehalten. Die mündlichen Anordnungen sind danach unverzüglich schriftlich zu bestätigen.

1.3.3 Das Prüfungsprotokoll wird von der Heimaufsichtsbehörde an den Heimträger weitergegeben. Erfolgt eine Weitergabe durch den Träger oder durch die Heimaufsichtsbehörde an den Trägerverband, sind von diesem datenschutzrechtliche Bestimmungen zu beachten. Soweit der Träger damit einverstanden ist, übersendet die Heimaufsichtsbehörde das Begehungsprotokoll anonymisiert auch dem Trägerverband.

1.3.4 Vor dem Erlass einer förmlichen Anordnung berät die Heimaufsichtsbehörde den Träger in der Regel über die Abstellung der Mängel. Sie bietet hierzu dem Träger ein Beratungsgespräch an. Bevor eine Anordnung ergeht, ist der Träger grundsätzlich zu der beabsichtigten Anordnung zu hören. Die Beratung ist grundsätzlich keine Anhörung im Sinne des § 28 LVwVfG. Beratung und Anhörung sind daher zu trennen.

1.3.5 Die Beteiligungsrechte der Leistungsträger sowohl bei der Beratung, vgl. § 16 Abs. 2 HeimG, als auch bei Anordnungen, vgl. § 17 Abs. 2 HeimG, sind zu beachten.

1.3.6 Das Prüfungsprotokoll spiegelt die durchgeführte Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Heims wieder.

1.3.6.1 Strukturqualität

- a) Struktur der Einrichtung
- b) Angaben zum Gebäude/Raumprogramm
- c) Belegung, Bewohnerstruktur, Organisation, Personal
- d) Heimvertrag, Entgelt/Pflegesatz, Leistungsumfang

1.3.6.2 Prozessqualität

- a) Pflegeplanung, Dokumentation, Durchführung der Pflege und Betreuung
- b) Qualitätssicherung
- c) Freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Betreuung dementer Bewohner
- d) Mitwirkung der Heimbewohner

1.3.6.3 Ergebnisqualität

- a) Wie geht es dem Bewohner?
- b) Wie ist der Grad der Zielerreichung?
- c) Wie ist die Pflegequalität und die Kundenzufriedenheit?

1.3.6.4 Das Protokoll enthält auch die positiven Feststellungen. Erwähnenswert sind vor allem Dinge, die sich seit der letzten Begehung positiv verändert haben.

1.4 Prüfungen der Heimaufsichtsbehörde finden möglichst unter Beteiligung des Gesundheitsamts und / oder einer Pflegefachkraft statt. Sonstige Behörden werden in der Regel nicht beteiligt. Die beteiligte Pflegefachkraft ist auf ihre Verschwiegenheit zu verpflichten. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Pflegefachkraft nicht aus dem örtlichen Einzugsbereich des geprüften Heims kommt. Die von der Heimaufsichtsbehörde beteiligte Pflegefachkraft muss für die Aufgabe persönlich und fachlich geeignet sein. Die Qualifikation ergibt sich aufgrund der Ausbildung, Erfahrung und eigener Fortbildung.

1.5 Eine Begutachtung des Pflegezustandes der Bewohner ist grundsätzlich nur mit Zustimmung des Bewohners zulässig. Bei vorhandener natürlicher Einsichtsfähigkeit ist die Einwilligung des Bewohners ausreichend, auch wenn für ihn ein Betreuer / Bevollmächtigter bestellt ist. Fehlt die notwendige Einsichtsfähigkeit, ist grundsätzlich die Zustimmung des Betreuers / des Bevollmächtigten in die Begutachtung des Pflegezustands erforderlich. Ist der Betreuer nicht erreichbar, kann eine Begutachtung des Pflegezustands nur ausnahmsweise vorgenommen werden, wenn dies aus ärztlicher und medizinisch-pflegerischer Sicht erforderlich scheint, um Schaden vom Bewohner abzuwenden, z.B. bei Verdacht auf Dekubitus o.ä.. In diesen Fällen kann von

der mutmaßlichen Einwilligung des Bewohners bzw. des Betreuers / Bevollmächtigten ausgegangen werden.

1.6 Die Heimaufsichtsbehörde soll auch Beschäftigte des Heimes (§ 15 Abs. 2 Nr. 6 HeimG) befragen und soweit vorhanden sich mit dem Heimbeirat oder Heimfürsprecher in Verbindung setzen (§ 15 Abs. 2 Nr. 4 HeimG). Zu beachten ist, dass Mitarbeiter mit Ausnahme der Heimleitung und Pflegedienstleitung nicht zur Auskunft verpflichtet sind.

1.7 Soweit Heimaufsichtsbehörden im Rahmen angekündigter oder unangekündigter Begehungen des Heimes den Träger bezüglich der Beseitigung festgestellter Mängel beraten, können sie dies ohne eine Beteiligung des Leistungsträgers in den Fällen tun, in denen die Abstellung der Mängel keine Auswirkungen auf die Entgelte und Vergütungen hat (§ 16 Abs. 2 Satz 1 HeimG). In den Fällen, in denen die Abstellung der Mängel gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 HeimG Auswirkungen auf die Entgelte und Vergütungen haben kann, ist eine Beteiligung der Leistungsträger grundsätzlich notwendig. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen die Heimaufsicht

- a) mehr oder qualifizierteres Personal für erforderlich hält,
- b) beabsichtigt, einen Aufnahmestopp auszusprechen,
- c) umfangreiche bauliche Maßnahmen für erforderlich hält.

In diesen Fällen kann eine Beratung während der Heimbegehung nicht stattfinden.

Die Beteiligungsrechte werden dadurch gewahrt, indem die Heimaufsichtsbehörde den Inhalt ihrer beabsichtigten Beratung (ggf. auch telefonisch oder per elektronischer Post) dem Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) mitteilt, der seinerseits die Pflegekassen einbindet. Die Leistungsträger können eine Stellungnahme innerhalb von fünf Arbeitstagen abgeben und / oder auf Wunsch am evtl. Beratungsgespräch teilnehmen. Äußern sich der Kommunalverband für Jugend und Soziales und die Pflegekassen nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen gegenüber der Heimaufsichtsbehörde, kann die Beratung mit dem mitgeteilten Inhalt erfolgen. Zu anderen entgeltrelevanten Mängeln kann im Rahmen des § 16 Abs. 2 Satz 2 HeimG auch während der Begehung beraten werden (z.B. bezogen auf geringe bauliche Mängel, Hygieneanforderungen, Pflegedokumentation). Soll die Beratung (schriftlich oder mündlich) von der Begehung entkoppelt erfolgen, ist dies ebenfalls dem Kommunal-

verband für Jugend und Soziales mit einer Frist von mindestens fünf Arbeitstagen unter Darstellung der wesentlichen Beratungsgegenstände mitzuteilen.

Die Pflicht zur vorherigen Beteiligung in den genannten Fällen entfällt generell dann, wenn die festgestellten Mängel eine Gefährdung für die Gesundheit der Bewohner bedeuten würden und ein sofortiges Einschreiten der Heimaufsicht angezeigt erscheint.

1.8 Die Begehungsprotokolle werden anonymisiert an die Leistungsträger weitergegeben (vgl. Rahmenempfehlung zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften gemäß § 20 Abs. 5 HeimG vom Juli 2002).

1.9 Nach § 5 Abs. 10 HeimG hat der Träger eine schriftliche Informationspflicht gegenüber den Bewohnern, dass und wo sie sich über Mängel bei der Erbringung der im Heimvertrag vorgesehenen Leistungen beschweren können. In den Heimen muss geregelt sein, wie mit Beschwerden von Bewohnern, deren Angehörigen oder Dritten umgegangen wird. Die Heimaufsichtsbehörde stellt fest, wie in den Heimen mit Beschwerden verfahren wird, wie sie bearbeitet werden, wer davon Kenntnis erhält und welche Konsequenzen seitens des Heimträgers daraus gezogen werden. Hierbei ist von Bedeutung, dass die Heime mit Beschwerden sorgsam umgehen und ein Klima geschaffen wird, das Beschwerden als positiven Beitrag zur Qualitätssicherung betrachtet. Die Unterlagen über die eingegangenen Beschwerden und deren Bearbeitung zählen zu den Aufzeichnungen des Heimes und sind der Heimaufsichtsbehörde zur Einsichtnahme zugänglich (siehe § 13 Abs. 1 Nr. 8 HeimG).

1.10 Die Heimaufsicht prüft die vom Heim verwendeten Heimverträge. Soweit einzelne Klauseln im Heimvertrag beanstandet werden, erfolgt durch die Heimaufsichtsbehörde im Rahmen ihres Prüfungs- und Beratungsauftrags ein Alternativvorschlag, wie die Klausel in geeigneter Weise zu formulieren wäre. Die Prüfung bezieht sich grundsätzlich nur auf das Heimgesetz. Die Beratung kann sich auch auf zivilrechtliche Klauseln erstrecken, soweit hierzu gerichtliche Entscheidungen vorliegen.

2. Anzeigeverfahren, Änderungsanzeige

2.1 Wer den Betrieb eines Heimes aufnehmen will, hat darzulegen, dass er die Anforderungen des § 11 Abs. 1 bis 3 HeimG erfüllt. Seine Absicht hat der Interessent spätestens drei Monate vor der vorgesehenen Inbetriebnahme der Heimaufsicht anzuzeigen. Folgende Angaben und Unterlagen sind mit der Anzeige gemäß § 12 Abs. 1 HeimG vorzulegen:

- a) Vorgesehener Zeitpunkt der Betriebsaufnahme
- b) Name und Anschrift des Trägers und des Heims
- c) Nutzungsart des Heims und der Räume sowie deren Lage, Zahl und Größe und die vorgesehene Belegung der Wohnräume (Grundrisspläne)

Hinweis: Die Heimaufsichtsbehörden sollten bereits im Genehmigungsverfahren der Baurechtsbehörden auf ihre Beteiligung hinwirken.

- d) Vorgesehene Zahl der Mitarbeiterstellen (Aufteilung nach Bereichen: Leitung und Verwaltung, Pflege, Hauswirtschaft und Technik)
- e) Name, berufliche Ausbildung und Werdegang der Heimleitung und bei Pflegeheimen auch der Pflegedienstleitung sowie Namen und berufliche Ausbildung der Betreuungskräfte.

Falls die Angaben noch nicht vorgelegt werden können, gilt § 12 Absatz 2 Satz 2 HeimG. Bei stufenweiser Aufnahme von Bewohnern ist das Verhältnis von Bewohnern zu Beschäftigten anzugeben. Zu den weiteren bezüglich der Heimleitung und Pflegedienstleitung vorzulegenden Unterlagen ist Ziffer 4 zu beachten.

- f) Allgemeine Leistungsbeschreibung sowie die Konzeption des Heims
- g) Versorgungsvertrag nach § 72 sowie eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder die Erklärung, ob ein solcher Versorgungsvertrag oder eine solche Leistungs- und Qualitätsvereinbarung angestrebt werden
- h) Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 des SGB XII oder die Erklärung, ob solche Vereinbarungen angestrebt werden
- i) Einzelvereinbarungen aufgrund § 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder die Erklärung, ob solche Vereinbarung angestrebt werden
- k) Unterlagen zur Finanzierung der Investitionskosten (Berechnungsunterlagen für den KVJS)

- l) Muster der Heimverträge sowie sonstiger verwendeter Verträge (nur Verträge, die mit Bewohnern oder Betreuer/innen abgeschlossen werden)
- m) Satzung oder einen Gesellschaftsvertrag des Trägers
- n) Heimordnung, soweit eine solche vorhanden ist.

2.2 Gemäß § 12 Abs. 2 Satz 1 HeimG kann die Heimaufsichtsbehörde weitere Angaben verlangen, soweit sie zur zweckgerichteten Aufgabenerfüllung erforderlich sind.

2.3 Gemäß § 12 Abs. 3 HeimG sind Änderungen, die Angaben nach § 12 Abs. 1 HeimG betreffen, der Heimaufsicht unverzüglich anzuzeigen. Hinsichtlich der Änderungen bei den Betreuungskräften genügt es, wenn die Änderungen jeweils zum 15.04. und 15.10. mit Stand des jeweiligen Monatsersten mitgeteilt werden.

2.4 Bezüglich der Anzeigepflichten bei Betriebseinstellungen oder wesentlichen Änderungen der Vertragsbedingungen wird auf § 12 Abs. 4 HeimG verwiesen.

3. Bauliche Anforderungen

Bis zum Erlass einer neuen Heimmindestbauverordnung gilt der Kriterienkatalog vom 10.08.1989 weiter.

4. Personalausstattung

4.1 Im Rahmen der Prüfung der mindestens 2-jährigen hauptberuflichen Tätigkeit eines künftigen Heimleiters in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung (§ 2 Abs. 2 Ziff. 2 HeimPersV) sind geeignete Weiterbildungsangebote (z.B. Weiterbildung Heimleitung) bis zu 18 Monaten zu berücksichtigen.

4.2 Grundsätzlich erfordert die Sicherstellung der heimrechtlichen Mindestanforderungen, dass das Heim sowohl eine Heimleitung als auch eine Pflegedienstleitung hat und diese Funktionen nicht in Personalunion wahrgenommen werden. Bei kleinen Heimen ist grundsätzlich eine Personalunion von Heim- und Pflegedienstleitung

möglich. Daneben kann bei kleinen Heimen, die sich in räumlicher Nähe befinden, die Heimleitung in einer Person vereinbart werden, wobei eine Gesamtplatzzahl von 100 Bewohnern nicht überschritten werden sollte. Jede Personalunion muss mit den Interessen der Bewohner vereinbar sein.

4.3.1 Nach Eingang der notwendigen Anzeige des Heimträgers prüft die Heimaufsichtsbehörde die Zuverlässigkeit des Heimträgers bzw. dessen verantwortlicher Personen in der Regel durch Vorlage oder Einholung eines Führungszeugnisses und einer Auskunft aus dem Gewerbezentralregister. Ferner erfolgt im Rahmen dieser Zuverlässigkeitsprüfung eine Anfrage an die zuständige Polizeidirektion über etwaige Erkenntnisse („DASTA“-Anfrage). Die Heimaufsicht kann von der Überprüfung absehen, soweit ihr die Informationen bereits bekannt sind.

4.3.2 Zur Prüfung der persönlichen Eignung der Heimleitung prüft die Heimaufsichtsbehörde, ob persönliche Ausschlussgründe im Sinne des § 3 HeimPersV vorliegen. Die Heimleitung hat der Heimaufsichtsbehörde ein Führungszeugnis sowie eine Auskunft aus dem Gewerbezentralregister vorzulegen. Von der Heimaufsichtsbehörde wird zusätzlich wie bei den Personen des Heimträgers eine Anfrage an die Polizeidirektion gerichtet.

Zum Nachweis der fachlichen Eignung der Heimleitung (§ 2 HeimPersV) hat diese insbesondere Nachweise über Berufsabschlüsse, Nachweise über berufsbegleitende Maßnahmen sowie Nachweise über die erforderlichen Leitungstätigkeiten in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung bzw. von etwaigen Weiterbildungsmaßnahmen in Fotokopie der Heimaufsichtsbehörde vorzulegen. Auf Wunsch des Heimträgers bestätigt die Heimaufsichtsbehörde die persönliche und fachliche Geeignetheit des angezeigten Heimleiters schriftlich.

4.3.3 Zum Nachweis der Geeignetheit einer Person als Pflegedienstleitung nach § 4 Abs. 2 HeimPersV hat der Heimträger Nachweise über die Ausbildung als Fachkraft, der staatlichen Anerkennung, der bisherigen Tätigkeit und etwaiger Weiterbildungsmaßnahmen in Fotokopie der Heimaufsichtsbehörde vorzulegen. Zur Prüfung der persönlichen Zuverlässigkeit ist unter Berücksichtigung des § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 HeimPersV ein Führungszeugnis für diese Person vorzulegen.

4.4 Soweit die Heimaufsichtsbehörde bei ihrer Prüfung **keine Mängel** feststellt, orientiert sie sich bei Bestimmung der gem. § 11 Absatz 2 Nr. 2 Heimgesetz erforderlichen quantitativen Personalausstattung grundsätzlich an den Personalschlüsseln, die in der jeweiligen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gem. § 80a SGB XI zwischen dem Heim und den Leistungsträgern vereinbart wurden. Abweichungen von den in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vereinbarten Personalmenge teilt die Heimaufsichtsbehörde im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 Abs. 5 HeimG den Leistungsträgern mit. Stellt die Heimaufsichtsbehörde **Mängel** fest, die (auch) auf eine zu geringe Personalausstattung zurückzuführen sind, hat die Heimaufsichtsbehörde den notwendigen Personalbedarf unabhängig von der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung festzulegen. Im Verfahren sind besonders die §§ 16, 17 HeimG zu beachten.

4.5 In allen Einrichtungen mit pflegebedürftigen Bewohnern ist der Einsatz einer Pflegefachkraft (siehe Erlass des Sozialministeriums vom 30.8.1994 mit Änderungen und Ergänzungen) zu allen Tages- und Nachtzeiten erforderlich. Im Tagesdienst muss in jeder Pflegeeinheit (in der Regel bis zu 25 Bewohner), auch an Wochenenden, Sonn- und Feiertagen immer eine Fachkraft ständig anwesend sein. Für den Nachtdienst ist grundsätzlich eine Pflegefachkraft für bis zu 50 pflegebedürftige Bewohner notwendig. Abweichend hiervon können bei besonderen Bewohnerstrukturen (z.B. überwiegend schwerst pflegebedürftige Bewohner oder überwiegend nachts unruhige Bewohner) oder bei ungünstigen baulichen Gegebenheiten (z.B. Verteilung der pflegebedürftigen Bewohner auf mehrere Stockwerke oder Gebäudeteile) zusätzlich Fach- oder Hilfskräfte notwendig sein.

5. Pflegedokumentation

5.1 Die Pflegedokumentation dient der vollständigen Sammlung aller bewohnerrelevanten Daten auf den Wohnbereichen. Der Informationsstand der Pflegekräfte wird vereinheitlicht und die Sicherheit der Bewohner durch den gleichen Kenntnisstand und vereinheitlichte Pflegemaßnahmen erhöht. Mittels geeigneter Formulare wird der Pflegeprozess individuell für jeden Bewohner geplant und deren Förderung ermög-

licht. Die erbrachten Leistungen der Einrichtung werden nachgewiesen und die erreichte Pflegequalität schriftlich festgehalten. Für die Pflegekräfte ist die sorgfältige und ordnungsgemäße Dokumentation die beste rechtliche Absicherung. Die fachgerechte Pflegedokumentation ist somit die Grundlage professioneller Pflege. Sie ist fälschungssicher zu gestalten.

5.2 Die nachfolgenden Ausführungen gelten gleichermaßen für die papiergestützte sowie für die computergestützte Pflegedokumentation.

Die Pflegedokumentation sollte ein individuelles Bild des Bewohners widerspiegeln. Der aktuelle Gesundheitszustand eines Bewohners muss aus der Pflegedokumentation nachvollziehbar sein. Alle Eintragungen in der Pflegedokumentation sind von Pflegepersonen und Ärzten mit Handzeichen und Datum zu versehen.¹ Da das Heim den Arzt nicht zur Abzeichnung verpflichten kann, sollten Heim und Heimaufsichtsbehörde den Arzt zur Abzeichnung auffordern.

Die Eintragungen in der Dokumentation sind eindeutig, präzise, vollständig, übersichtlich, sachlich und fachlich prägnant zu tätigen. Es ist innerhalb eines Heimes grundsätzlich ein einheitliches Dokumentationssystem zu führen. Die Dokumentation sowie die nicht mehr unmittelbar verwendeten Dokumentationsblätter müssen verschlossen und für Dritte unzugänglich aufbewahrt werden. Die nicht mehr unmittelbar verwendeten Dokumentationsblätter sind fünf Jahre lang aufzubewahren und anschließend zu löschen.

Die Eintragungen sind dokumentenecht vorzunehmen, d.h., es dürfen z.B. keine Bleistifte verwendet werden. Änderungen müssen lesbar bleiben, z.B. dürfen keine Radierungen oder Löschungen mittels Korrekturflüssigkeit vorgenommen werden.

¹ Für die computergestützte Pflegedokumentation gilt: entweder muss auf einem Papierausdruck das Handzeichen vermerkt werden, oder die Eintragungen müssen mittels Passwörter den jeweiligen Pflegekräften zugeordnet werden können.

5.3 Folgende Informationen müssen in der Regel fortlaufend und systematisch im angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden bzw. vorhanden sein:

- a) Stammdaten
- b) Pflegeanamnese
- c) Biographie (soweit der Bewohner dazu bereit ist)
- d) Pflegeprozessplanung (Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse)
- e) Medizinische Behandlungspflege
- f) Medikamentenverordnung und Medikamentengabe
- g) Durchführungsnachweis/Leistungsnachweis inklusive tagesstrukturierender Maßnahmen
- h) Pflegebericht
- i) bei Bedarf Lagerungsplan
- k) bei Bedarf Trink-/Ein- und Ausfuhrplan
- l) bei Bedarf Überleitungsbogen
- m) bei Bedarf Nachweis über freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahmen.

5.4 Die nachfolgend aufgeführten Informationen müssen in der Pflegedokumentation dokumentiert werden können und bei entsprechendem Bedarf auch vorhanden sein. Die Zuordnung von Informationen zu einzelnen Formblättern wird nachfolgend exemplarisch angegeben:

A. Stammdaten

1. Angaben zur Person
2. Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregeln, Pflegestufe nach SGB XI
3. Datum des Einzugs, gegebenenfalls Umzugs im Haus (Zimmernummer)
4. Medizinische Diagnosen (inkl. ansteckende Krankheiten)
5. Allergien
6. Kostform
7. Medizinische/therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z.B. Haus- und gegebenenfalls Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen z.B. über künstliche Ernährung oder Reanimation, Krankengymnastik, Ergotherapie)

8. Soziale Versorgungssituation (z.B. Bezugspersonen, Vollmachten, gegebenenfalls gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter mit Aufgabenkreis, gegebenenfalls Seelsorger, inkl. Anschrift / Telefonnummer)
9. Informationen für Notfallsituationen (z.B. Adresse mit Telefonnummer einer Bezugsperson)
10. Aufenthalte in Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen)
11. Freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Angaben über Art, Umfang und zeitlicher Befristung der Maßnahme sowie eine Kopie des richterlichen Beschlusses oder Nachweis über die Einwilligung des Bewohners)
12. Mitgebrachte Dinge / Ausweis einschließlich Hilfsmittel

B. Pflegeanamnese

1. Informationen über Biographie, Gewohnheiten, Interessen, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugsperson
2. Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Bewohners, Vorlieben und Abneigungen
3. Informationen über den Grad der Selbstständigkeit (Kommunikation, Nahrungsaufnahme, Harn- und Stuhlkontinenz, Mobilität, Orientierung, Gedächtnis, Konzentration, Verhalten und Wach-Schlafrhythmus)
4. Ernährungszustand
5. Auffälligkeiten (z.B. Dekubitalulcera, Hinweis auf Misshandlungen, Kontrakturen)

C. Pflegeplanung

1. Pflegeprobleme und potentielle Gefahren (z.B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus)
2. Ressourcen
3. Pflegeziele (lang- bzw. kurzfristige, überprüfbar formulierte Pflegeziele)
4. individuelle Maßnahmenplanung (in der Regel individuelle Anpassung anhand von Standards oder vergleichbaren Arbeitsanweisungen)
5. regelmäßige Evaluation und gegebenenfalls Anpassung und Fortführung der Pflegeplanung (z.B. im Pflegebericht)

D. Medizinische Behandlungspflege

1. ärztliche Anordnungen mit Datum des Ansetzens bzw. Absetzens und Unterschrift des Arztes
2. schriftliche Delegation der Behandlungspflege z.B. Spritzen, Katheter durch den Arzt

E. Medikamentenverordnung und Medikamentengabe

1. Medikationsplan
2. Medikamentenverordnungen mit Datum und Unterschrift des Arztes
3. Bedarfsmedikation mit konkreter Indikationsangabe
4. Bedarfsmedikation mit genauer Dosierangabe (Maximaldosis innerhalb von 24 Stunden, Einzeldosis, Dosierabstand)

F. Pflegedurchführungsnachweis

1. in der Regel durchgeführte Maßnahmen und vereinbarte Leistungen einschließlich Datum und tageszeitlicher Zuordnung
2. Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen / sozialer Betreuung
3. Handzeichen der durchführenden Pflegekraft
4. ggf. Dokumentation freiheitsentziehender / freiheitsbeschränkender Maßnahmen

G. Pflegebericht

Der Pflegebericht ist kontinuierlich zu führen und soll insbesondere folgende Informationen enthalten:

1. Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen
2. wichtige Geschehnisse, Beobachtung von Auffälligkeit, Informationen, und eventuell daraus erfolgenden Maßnahmen
3. aktuelle Probleme
4. Verlauf von Auffälligkeiten
5. Ursachen und Begründung für Veränderungen der Ziel- und/oder Maßnahmenplanung
6. besondere Hinweise
7. Ursachen und Gründe für Abweichungen von den in der Pflegeplanung festgelegten Maßnahmen

8. einmalige Maßnahmen (z.B. Bedarfsmedikation)

Hinweis: Im Pflegebericht müssen nicht Leistungen, die an anderer Stelle in der Dokumentation dokumentiert werden, erfasst werden.

H. Lagerungsplan

1. Lagerungsmethode
2. Stundenplan mit Uhrzeit und ggf. Handzeichen
3. Vermerk, wann der Bewohner aus dem Bett herausgesetzt wird
4. in der Regel sollte der Lagerungsplan im Bewohnerzimmer ausliegen

I. Trinkplan

1. vom Arzt festgelegte Mindesttrinkmenge pro Tag
2. Angabe von Tag, Datum und Menge und ggf. Handzeichen
3. in der Regel sollte der Trinkplan im Bewohnerzimmer ausliegen

K. Überleitungsbogen

1. Diagnosen
2. verordnete Medikamente
3. Grund der Einweisung in das Krankenhaus
4. Stammdaten einschl. Ansprechpartner

Sofern von diesen exemplarischen Anforderungen an eine Pflegedokumentation abgewichen wird, ist vom Heim darzulegen und ggf. nachzuweisen, in welcher anderen Weise der notwendige Inhalt der Pflegedokumentation gewährleistet wird bzw. aus welchen Gründen auf bestimmte Inhalte verzichtet werden kann.

6. Hygiene

6.1 Infektionsprophylaxe

6.1.1 Es muss ein Hygieneplan für alle hygienisch relevanten Funktionsbereiche des Heims vorhanden sein (z.B. Wohnbereiche, Küche, Wäscherei, Abfallentsorgung, Physiotherapie, Tierhaltung etc.). Dieser muss mindestens Angaben enthalten über

- a) Händedesinfektion,
- b) Tragen von Schutzkleidung,
- c) Umgang mit Schmutzwäsche,
- d) Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln/Aufbereitung von Geräten,
- e) Umgang mit Keimträgern und infizierten Bewohnern
(z.B. MRSA, Scabies etc.).

Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien festgelegt werden.

6.1.2 Es müssen Desinfektionspläne vorhanden sein, die auf die in der Einrichtung tatsächlich verwendeten Mittel abgestimmt sind und über Anwendungsfall, Anwendungsweise, Konzentration, Einwirkungszeit und ggf. Standzeit der Mittel informieren. Um auch nicht geschultem Personal eine eindeutige Zuordnung der Methoden zu erleichtern, sollten die Anwendungsbereiche der Desinfektionspläne mit Beispielen abgefasst sein (z.B. für Badewanne, Waschwännchen etc.). Die Desinfektionspläne müssen an allen Desinfektionsstellen (z.B. Bad, Toilette etc.) ausgehängt sein.

6.2 Soziale Betreuung, Tagesstrukturierung

Die Bereiche soziale Betreuung und Tagesstrukturierung haben für die Heimbewohner eine zentrale Bedeutung, da hierbei das individuelle Wohlbefinden, die Lebensqualität sowie Selbstständigkeit und Selbstverantwortung direkt angesprochen werden. Im Rahmen der Prüfung ist deshalb zu prüfen, inwieweit die Einrichtung aktivierende Pflege plant, anbietet und durchführt und wie und in welchem Umfang soziale Betreuung angeboten wird.

Ergänzende Ausführungen finden sich in den Merkblättern „Soziale Betreuung / Tagesstrukturierung“ und „Seniorengerechte Ernährung“ (Anlage 4).

7. Umgang mit Medikamenten, Arzneimittelversorgung, medizinische Versorgung

Eine intensive Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege unter Beachtung der jeweiligen Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Fähigkeiten ist erforderlich, um

den Schutzzweck des Heimgesetzes zu erreichen. Die Verantwortungszuständigkeiten beim Umgang mit Medikamenten, bei Arzneimittelversorgung und medizinischer Versorgung sind die Folgenden:

Dabei trägt der Arzt die Verantwortung (Anordnungsverantwortung) für die

- a) richtige Anordnung,
- b) notwendige Anordnung (Haftung für ein pflichtwidriges Unterlassen, wenn Anordnung an sich notwendig gewesen wäre),
- c) richtige Übermittlung der Anordnung (Schriftlichkeit und Bestätigung, soweit notwendig).

Die Pflegefachkraft trägt die Verantwortung für die

- a) Übernahme einer Aufgabe unter Berücksichtigung der eigenen Kompetenz und Fähigkeit (Übernahmeverantwortung),
- b) qualitativ richtige Durchführung der Maßnahme unter Beachtung der fachlichen Standards sowie unter Einbezug der eigenen Fortbildungsverpflichtungen (Durchführungsverantwortung).

Der Träger trägt die Verantwortung (Organisationsverantwortung) für die

- a) Zur-Verfügung-Stellung geeigneten Personals für die angeordnete Maßnahme,
- b) Einhaltung der Qualität nach dem Stand allgemein anerkannter medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und die
- c) regelmäßige Fortbildung des Personals.

7.1 Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn die ärztliche und gesundheitliche Betreuung gesichert ist. Welche Anforderungen insoweit zu stellen sind, hängt ebenso von der Größe und der Art des Heimes ab (wie Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit und Anzahl der Bewohner) wie von regionalen Gegebenheiten (die Entfernung zum nächsten Arzt bzw. Krankenhaus, allgemeine Arztdichte, Vorhandensein eines ärztlichen Notfalldienstes).

Die Bewohner haben grundsätzlich freie Arztwahl. Ungeachtet dessen bedarf die ärztliche Grundversorgung der Bewohner jedoch einer Koordination. Der Träger berücksichtigt in seinen konzeptionellen Überlegungen das von der jeweils fachspezifi-

schen Ausrichtung des Heims abhängige Erfordernis der differenzierten (fach-) ärztlichen Versorgung der Bewohner (z.B. Sicherstellung von Kriseninterventionen, Hinzuziehung von beratenden Ärzten mit entsprechenden Qualifikationen und Zahnärzten etc.).

7.2 Die Behandlungspflege umfasst die nachfolgenden pflegerischen Hilfen zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung (soweit nicht vom Arzt selbst erbracht):

- a) Verbandswechsel
- b) Injektionen
- c) Katheterwechsel, Blaseninstillation, Blasen-spülung
- d) Dekubitusbehandlung
- e) Einlauf/Darmentleerung
- f) spezielle Krankenbeobachtung und -überwachung (Messung von Körpertemperatur, Blutdruck, Puls, Blutzucker)
- g) Einreibungen, Wickel
- h) Medikamentenüberwachung und -verabreichung
- i) Bronchialtoilette, Trachealkanülenpflege
- j) Verabreichung von Sondenernährung bei liegender Sonde
- k) Verabreichung von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang.

Die Maßnahmen der Behandlungspflege werden vom behandelnden Arzt schriftlich angeordnet und verantwortet. Der Arzt trägt einzeln die erforderlichen Maßnahmen sowie das Datum der Anordnung und sein Namenszeichen in die für den einzelnen Pflegebedürftigen vom Pflegeheim geführte Pflegedokumentation ein.

Die Verantwortung für die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahmen liegt beim Träger des Pflegeheims. Hierzu gehört auch die Verantwortung für die Auswahl und die Qualifikation der Mitarbeiter.

Die Einrichtung bzw. der Träger hat sicherzustellen, dass die Pflege - auch die Maßnahmen der Behandlungspflege - gewährleistet ist. Zu prüfen ist, inwieweit dies garantiert ist (z.B. durch ausschließlichen Einsatz ausreichend bemessener Pflegefach-

kräfte, regelmäßige Fortbildung der Pflegekräfte, Verwendung von Delegationsnachweisen wie Spritzenscheine, qualitätssichernde Maßnahmen etc.).

7.3 Die Bewohner haben freie Apothekenwahl. Das Heim kann im Auftrag der Bewohner die Beschaffung der Medikamente vornehmen.

7.4 Jedes Arzneimittel muss individuell vom Arzt verordnet werden. Es ist Eigentum des Bewohners. Mit deren Einverständnis kann es vom Heim aufbewahrt werden.

Arzneimittel müssen so aufbewahrt werden, dass sie in ihrer Qualität nicht gemindert werden und Fehler in der Ausgabe, Verwechslung oder Missbrauch ausgeschlossen sind. Im Einzelnen bedeutet dies:

- a) vor Zugriff Unbefugter geschützte Aufbewahrung, z.B. in einem separat abschließbaren und dauernd verschlossenen Arzneimittelschrank bzw. in einem zugangsbeschränkten und bei Abwesenheit einer verantwortlichen Person dauernd verschlossenen Raum (Dienstzimmer)
- b) saubere und übersichtliche Lagerung
- c) Aufbewahrung in der unbeschädigten Originalpackung, zusammen mit der Gebrauchsinformation (Beipackzettel)
- d) lesbar mit dem Namen des Besitzers beschriftet
- e) zu kühlende Arzneimittel in einem für Unbefugte unzugänglichen separaten Kühlschrank mit Thermometer; bei sehr kleinen Mengen in einem gut schließenden Behältnis
- f) Verfallsdaten müssen überwacht werden
- g) Flüssigkeitsmedikamente müssen bei angegebener begrenzter Haltbarkeit nach Anbruch mit dem Anbruchdatum versehen werden. Dies wird auch ansonsten empfohlen, da nach sehr langer Öffnungszeit (> 3 Monate), abhängig von der Beschaffenheit des Arzneimittels (Lösung, Suspension, Alkoholanteil usw.) unter Umständen ein Wirkungsverlust möglich ist. Im Einzelfall wäre ggf. die Apotheke zu fragen. Sie sind zeitnah zu stellen.
- h) Alten-/pflegeheime dürfen keinen allgemeinen Arzneimittelvorrat („Sammeltopf“) besitzen. Arzneimittel müssen bewohnerbezogen aufbewahrt werden.

- i) Eine weitere Verwendung angebrochener oder unbenutzter Originalverpackungen von Arzneimitteln sowie von Betäubungsmitteln für andere Bewohner ist aus Gründen des Arzneimittelrechts unzulässig. Restbestände von Arzneimitteln von verstorbenen Heimbewohnern sollten bzw. müssen den Erben übergeben, Betäubungsmittel mit deren Einverständnis entsorgt werden.
- k) Keine Einwendungen werden erhoben, wenn ein das Heim betreuender Arzt Arzneimittel seines Praxisbedarfs im Heim deponiert. Diese dem Arzt gehörenden und unter Verschluss aufzubewahrenden Arzneimittel dürfen nur auf ausdrückliche Verordnung des Arztes abgegeben werden. Über Eingang und Ausgang dieser Arzneimittel sollte der Arzt ein Buch führen, bzw. dieses regelmäßig (z.B. vierteljährlich) vom verantwortlichen Arzt gegengezeichnet werden.
- l) Jeder Verabreichung eines Medikamentes muss eine entsprechende ärztliche Verordnung zugrunde liegen. Diese ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren und zum Schutz der Einrichtung vor haftungsrechtlichen Ansprüchen (z.B. fehlerhafte Übermittlung) vom behandelnden Arzt abzuzeichnen. Dies gilt auch für Bedarfsmedikation. Hier muss der Bedarf (Indikation) vom verschreibenden Arzt konkret benannt und Einzeldosis sowie Tageshöchstmenge festgelegt sein. Das Vorliegen der Voraussetzungen für Bedarfsmedikation ist regelmäßig vom Arzt zu überprüfen. Notfallmäßige telefonische Anordnungen sind vom Pflegepersonal genau zu dokumentieren.
- m) Richten, Stellen und Verabreichen von Arzneimitteln gehören zur Behandlungspflege und sind grundsätzlich von einer geeigneten Pflegekraft zu erledigen.
- n) Das Richten von Arzneimitteln gehört zu den medizinisch und hygienisch relevanten Tätigkeiten, die von den Pflegekräften ungestört (um Fehler zu vermeiden) wahrgenommen werden sollen. Wenn möglich sollte hierfür ein separater medizinischer Arbeitsplatz innerhalb des Dienstzimmers eingerichtet sein.
- o) Betäubungsmittel müssen unter Verschluss aufbewahrt werden. Eine spezielle Dokumentation ist - abgesehen von den o.g. Ausführungen - nicht zwingend vorgeschrieben, wird aber empfohlen. Das Zerschneiden einer Ampulle sollte schriftlich festgehalten werden. Wird der Bestand nach Tod des Besitzers mit Einverständnis des Erben durch eine Pflegekraft vernichtet, sollten zwei Zeugen anwesend sein und ein Protokoll gefertigt werden.
- p) Die Verabreichung von Medikamenten mit sedierender Wirkung muss besonders sorgfältig dokumentiert werden, auch hinsichtlich der Vorkommnisse, die zur Verord-

nung des Medikaments geführt haben. Das Ziel und die Wirkung der Medikation sollte vom Arzt angegeben werden. Die Medikamente müssen personenbezogen verordnet und bestimmten Bewohnern zugeordnet sein.

8. Freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahmen

8.1 Die Freiheit einer Person kann nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Es ist stets zu überprüfen, ob in dem Heim oder in Teilen der Einrichtung (z. B. sog. „Beschützende Abteilungen“) freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen durchgeführt werden. Einschränkungen der Freiheit und Selbstbestimmung sind möglichst zu vermeiden, können aber im Einzelfall zum Wohl des Betroffenen notwendig sein. Grundsätzlich ist der Schutz der Freiheit und das Selbstbestimmungsrecht eines jeden Bewohners zu beachten. Andererseits gilt es, absehbare Risiken und Gefahren zu minimieren und durch präventive Maßnahmen die Betroffenen vor Schäden zu bewahren. Auch von einem neutralen Beobachter aus gesehen „unvernünftige“ Handlungen sind zu respektieren.

Zunehmend mehr Heimbewohner leiden an Verwirrtheitszuständen. Besonders diesen Menschen, die Gefahren nicht mehr richtig abschätzen können, sollte dennoch ein Leben in Freiheit ermöglicht werden. Sie benötigen eine würdevolle Pflege und Betreuung, die sie annehmen können, ohne sie als Zwang oder Bevormundung zu empfinden. Sie benötigen außerdem Hilfe zum Zurechtfinden und eine tolerante und fürsorgliche Begegnung. Eine adäquate Milieugestaltung, bauliche und personelle Ausstattung sowie besondere Betreuungskonzepte und tagesstrukturierende Angebote für demenziell erkrankte Bewohner können die Notwendigkeit freiheitsentziehender / freiheitsbeschränkender Maßnahmen in erheblichem Umfang reduzieren (siehe auch Arbeitshilfe „Pflegerische Aspekte und rechtliche Anforderungen beim Umgang mit verwirrten und psychisch kranken Menschen im Heim“ Teil I).

Eine freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahme ist dann gegeben, wenn der Betroffene durch die Maßnahme am Verlassen seines Aufenthaltsbereiches (Einrichtung, Wohnbereich, Zimmer, Bett, Stuhl) gehindert wird oder in sonstiger Weise in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird (z.B. Hände fixieren).

8.2 Als freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind z.B. denkbar

- a) geschlossene Station,
- b) Schutzdecke,
- c) Leibgurt am Bett oder am Stuhl,
- d) Fixierung der Arme und/oder Beine,
- e) Bettseitenschutz,
- f) Stecktisch am Stuhl,
- g) Liegesessel, aus dem der Bewohner nicht selbst aufstehen kann,
- h) abschließen des Zimmers, des Wohnbereichs, des Hauses,
- i) Trickschlösser oder Zahlenkombinationen an Türen und Aufzügen,
- k) schwergängige Türen,
- l) Wegnahme von Straßenbekleidung oder Fortbewegungsmitteln,
- m) sedierende Medikamente, die in erster Linie die Ruhigstellung des Betroffenen bezwecken.

Hinweis: Zur Frage der elektronischen Überwachung gibt es unterschiedliche Rechtsauffassungen. Dem Heim sollte geraten werden, sich mit dem jeweiligen vor-mundschafungsgerichtlichen Richter beim Amtsgericht in Verbindung zu setzen.

Eine Freiheitsentziehung / Freiheitsbeschränkung liegt nicht vor, wenn dem Betroffenen der natürliche Wille zur Ortsveränderung fehlt (z.B. der Betroffene liegt im Koma oder er ist nicht fortbewegungsfähig bei gleichzeitigem Unvermögen, irgend einen Willen erkennen zu lassen).

8.3 Eine freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahme ist unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

- a) Einwilligung des einsichtsfähigen Bewohners,
- b) Einwilligung des Betreuers/des Bevollmächtigten mit vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung,
- c) rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB).

8.3.1 Für die Einwilligungserklärung genügt die natürliche Fähigkeit des Betroffenen, die Tragweite der betreffenden Maßnahmen und die seiner Erklärung zu erkennen; allgemeine Geschäftsfähigkeit ist nicht erforderlich, der Betroffene muss jedoch seine Situation, die fraglichen Maßnahmen und deren Begründung begreifen können. Soweit Zweifel an der Einsichtsfähigkeit des Betroffenen bestehen, sollte die Einsichtsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erklärungsabgabe ärztlich bestätigt werden. Die Einwilligung kann jederzeit formlos (auch durch schlüssiges Verhalten) widerrufen werden. Eine rechtswirksame Einwilligung kann nur durch den Heimbewohner selbst erfolgen, nicht durch andere Personen (auch nicht durch den Arzt oder durch Angehörige). Die Einwilligung darf nicht abstrakt sondern muss anlassbezogen erklärt werden. Eine grundsätzliche Einwilligungserklärung in freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Heimvertrag ist nicht zulässig.

8.3.2 Liegt keine Einwilligung des Betroffenen vor, muss, falls eine Betreuung mit Aufgabenkreis „Aufenthaltsbestimmung“ oder „ärztliche Behandlung bzw. Gesundheitsfürsorge“ angeordnet ist oder ein Bevollmächtigter für diesen Bereich vorhanden ist, dieser – nach Möglichkeit im Voraus – im Übrigen unverzüglich über die Maßnahme informiert und seine Zustimmung eingeholt werden. Erfolgt die freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahme regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum, muss eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung eingeholt werden (§ 1906 BGB).

Kurzfristige Maßnahmen und damit nicht vom Vormundschaftsgericht genehmigungspflichtige Maßnahmen sind nur solche, die keinen Aufschub dulden und bei denen aufgrund ihres vorübergehenden Charakters bereits zu Beginn der Maßnahme feststeht, dass sie innerhalb kurzer Zeit nicht mehr erforderlich sein werden. Be-

züglich der zulässigen Dauer einer solchen Maßnahme werden unterschiedliche Auffassungen vertreten, die von weniger als einem Tag bis zu drei Tagen gehen. Es wird empfohlen, die Praxis des jeweils zuständigen Amtsgerichts zu erfragen und jedenfalls bei allen Maßnahmen, die länger als bis zum Ende des Tages des Beginns der Maßnahme andauern, eine kritische Prüfung vorzunehmen.

Eine regelmäßige (also genehmigungspflichtige) freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahme liegt unabhängig von ihrer konkreten Dauer vor, wenn die betreffende Maßnahme entweder stets zur selben Zeit (z.B. Absperren der Tür jeweils zur Nachtzeit) oder aus wiederkehrendem Anlass erfolgt (z.B. wiederholtes Einsperren des Betroffenen immer dann, wenn er die Nachtruhe stört).

8.3.3 Kann im Einzelfall, insbesondere bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung die vorherige Zustimmung des für diesen Bereich zuständigen Betreuers / Bevollmächtigten nicht eingeholt werden, dürfen die erforderlichen Maßnahmen im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) vorgenommen werden. In den Fällen, in denen es sich nicht nur um kurzfristige und einmalige Maßnahmen handelt und in denen noch kein Betreuer / Bevollmächtigter bestellt / benannt ist, ist das Vormundschaftsgericht unverzüglich zu informieren und auf eine Betreuung hinzuwirken.

8.3.4 Ein Heimbewohner, dem die natürliche Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit in der betreffenden Situation fehlt, und der trotz guten Zuredens von seiner Entscheidung nicht abzubringen ist, muss notfalls mit Zwang gehindert werden, sich selbst oder andere akut zu gefährden. So muss z.B. ein verwirrter Betroffener, der sich im Straßenverkehr nicht mehr zurechtfindet, davon abgehalten werden, die an einer verkehrsreichen Straße gelegene Einrichtung ohne Begleitung zu verlassen, wenn eine konkrete Unfallgefahr besteht. Mitarbeiter eines Heims dürfen z.B. auch einen verwirrten Bewohner, der bei minus 10 Grad Außentemperatur nur mit Schlafanzug bekleidet auszugehen wünscht, am Verlassen der Einrichtung hindern.

8.4 Vom Pflegepersonal ist jeder Fall von freiheitsentziehenden / freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu dokumentieren. Die Dokumentation muss Grund, Art und Dauer der Maßnahme angeben. Sie muss die Beurteilung ihrer Rechtmäßigkeit und der Beachtung des Grundsatzes des Übermaßverbotes (Geeignetheit, Erforderlichkeit sowie Verhältnismäßigkeit der Maßnahme) ermöglichen (siehe auch Arbeitshilfe

„Pflegerische Aspekte und rechtliche Anforderungen beim Umgang mit verwirrten und psychisch kranken Menschen im Heim“ Teil III). Insbesondere ist der Eingriff zu wählen, der am geringsten in die Rechtssphäre des Bewohners eingreift.

9. Mitwirkung der Bewohner

9.1 Ziel der neugefassten Heimmitwirkungsverordnung ist es, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen im Heim zu gewährleisten und die Mitwirkung der Bewohner im Heim zu verbessern. Die Verordnung leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Betreuung und Pflege im Heim. Wegen zunehmenden Alters, zunehmender Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität der Bewohnerschaft konnten in vielen Fällen keine Heimbeiräte gebildet werden. Daher öffnet die Verordnung – wie bereits im Heimgesetz vorgesehen – den Heimbeirat für Dritte, d.h. auch für Familienangehörige und sonstige Vertrauenspersonen. Jetzt können z.B. auch Mitglieder örtlicher Seniorenvertretungen und Behindertenorganisationen in den Heimbeirat gewählt werden.

Beklagt wurde auch, dass weder Bewohner noch Heimbeirat in die Verhandlungen über Entgelterhöhungen einbezogen werden, dass also über die Köpfe der Betroffenen hinweg verhandelt wird. Deshalb regelt die Verordnung die bereits im Heimgesetz vorgesehene Beteiligung des Heimbeirats an den Vergütungsverhandlungen sowie an den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Zudem wird der Heimbeirat in die Qualitätssicherung einbezogen. Außerdem sind in der neuen Verordnung die bei der praktischen Durchführung der bisherigen Heimmitwirkungsverordnung gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse, die in einer Reihe von Änderungen ihren Niederschlag finden, berücksichtigt worden.

Die Heimmitwirkungsverordnung erleichtert die Bildung des Heimbeirates und sichert und erweitert seine Rechtsstellung. Die Verordnung wird zu einer Verbesserung der Situation im Heim beitragen und eine neue Heimkultur schaffen. Die Arbeit der Heimbeiräte hat sich bewährt. Träger, Leitung, Personal und Bewohner haben in vielen Heimen die Möglichkeiten und Vorteile gemeinsamen demokratischen Handelns erkannt und nutzen gelernt.

9.2 Prüfung der Voraussetzungen für Mitwirkung

9.2.1 Es gibt in der Einrichtung

- a) einen Heimbeirat²,
- b) ein von der Heimaufsichtsbehörde bestelltes Ersatzgremium oder
- c) eine/n Heimfürsprecher/in.

9.2.2 Der Träger hat

- auf die Bildung eines Heimbeirates hingewirkt (§ 2 Abs. 1)³.
Er hat alle Bewohner über ihre Rechte und Möglichkeiten eines partnerschaftlichen Zusammenwirkens im Heimbeirat aufgeklärt (§ 1 Satz 2).
- für den Fall dass kein Heimbeirat gewählt wurde - auf die Bestellung einer Heimfürsprecher/in hingewirkt?

9.3 Prüfung der Wahrnehmung und Sicherstellung der Mitwirkung

9.3.1 Formale Bedingungen

9.3.1.1 Wahl des Heimbeirates

- Die Wahl ist ordnungsgemäß verlaufen⁴:
 - Der Verlauf und das Ergebnis der Wahl sind dokumentiert.
 - Die Wahl wurde weder behindert noch beeinflusst und nicht angefochten (§§ 9, 10).
 - Die Wahl fand im Rahmen einer Wahlversammlung statt (§§ 7a, 11a Abs. 2).
 - Die Zusammensetzung des Heimbeirates entspricht § 4 Abs. 1, Abs. 2 u. § 11a Abs. 1.

² Die Bildung eines Heimbeirates hat oberste Priorität. Durch die Wahl von Externen sollte die Bildung eines Heimbeirates in der Regel möglich sein. Konnte ein Heimbeirat nicht gebildet werden, hat der Träger dies zu begründen und in Zusammenarbeit mit der Behörde in geeigneter Weise auf die Bildung eines Heimbeirates hinzuwirken, sofern nicht die besondere personelle Struktur der Bewohnerschaft dem entgegensteht.

³ Soweit keine anderen Angaben gemacht sind, beziehen sich die Paragraphen auf die Heimmitwirkungsverordnung.

⁴ Die Verantwortung für die Durchführung der Wahl sowie für die Geschäftsführung des Mitwirkungsgremiums obliegt den Mitgliedern des Gremiums. Bei der Prüfung der Wahrnehmung dieser Aufgaben steht die Beratung und Unterrichtung durch die Heimaufsichtsbehörde im Vordergrund.

- Die Leitung hat die Wahl unterstützt (§ 8).
Der Träger hat die erforderlichen Kosten der Wahl übernommen (§ 9).
Der Träger hat die Heimaufsichtsbehörde rechtzeitig über die Wahl informiert (§ 11).

9.3.1.2 Bestellung des Heimfürsprechers oder eines Ersatzgremiums (§ 10 HeimG i.V.m. §§ 25 –28a)

- Die Bestellung erfolgte im Benehmen mit der Heimleitung.
- Die Bewohner konnten der Behörde Vorschläge zur Auswahl einer Heimfürsprecherin/eines Heimfürsprechers unterbreiten.

- Das Ersatzgremium gewährleistet die Mitwirkung der Bewohner.⁵
- Die Bewohner wurden über die Bestellung in geeigneter Weise unterrichtet.

9.3.2 Tätigkeiten des Heimbeirates, der Heimförsprecher/innen oder des Ersatzgremiums

- Leitung/Träger haben die Mitwirkung in erforderlichem Umfang und in angemessener Weise unterstützt und gefördert. Sie haben
 - erforderliche Hilfen und Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt (§ 21 Abs. 2)
 - angemessene Kosten erstattet (§ 21 Abs. 3)
 - rechtzeitig informiert und fachlich beraten (§ 32 Abs. 2)
 - mit dem Ziel einer Verständigung Entscheidungen rechtzeitig erörtert (§ 32 Abs. 3)
 - Beschwerden fristgerecht beantwortet (§ 32 Abs. 4)
 - bei LQV und Entgelterhöhungen unterrichtet und angehört sowie Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben (§ 10 i.V.m. § 7 Abs. 4 HeimG)⁶
- Dem Heimbeirat wurden die erforderlichen Kenntnisse vermittelt⁷ (§ 2 Abs. 2).
- Der Heimbeirat hat sich fristgerecht konstituiert (§ 17 Abs. 1) und eine Vorsitzende/einen Vorsitzenden und eine Stellvertretung gewählt (§ 16).⁸
- Der Heimbeirat, der/die Heimförsprecher/in, das Ersatzgremium hat ordnungsgemäß Sitzungen abgehalten, Beschlüsse gefasst und/oder fach- und sachkundige Personen einbezogen (§ 17), Sitzungen dokumentiert (§ 19), die Bewohner über die Tätigkeiten informiert (§ 20).
- Der Heimbeirat, der/die Heimförsprecher/in, das Ersatzgremium hat seine Aufgaben gem. § 29 wahrgenommen und bei Entscheidungen gem. § 30 mitgewirkt.

⁵ Ein Kriterium hierfür kann sein, dass zumindest ein Bewohner in diesem Gremium vertreten ist.

⁶ Bei landesweiten Verhandlungen zur Anpassung der Entgelte an die allgemeine Kostenentwicklung zwischen den Landesverbänden der Kosten- und der Leistungsträger soll der Landesseniorenrat mitwirken. Die örtlichen Heimbeiräte sollen über die landesweit getroffenen Vereinbarungen mit der Möglichkeit zu einer Stellungnahme informiert werden. Bei einrichtungsbezogenen Entgeltverhandlungen über den Pflegesatz oder Teile des Pflegesatzes soll der örtliche Heimbeirat frühzeitig informiert und angehört werden.

⁷ Im Anhang befindet sich ein Arbeitspapier mit methodischen und inhaltlichen Vorschlägen zur Durchführung von Schulungen für Heimbeiräte. Das Curriculum soll sich eng an die Paragraphen des Heimgesetzes und die Bestimmungen der Heimmitwirkungsverordnung anlehnen.

⁸ siehe Fußnote Nr. 5

- Die Mitwirkung ist durch das Bemühen um gegenseitiges Vertrauen und Verständnis zwischen Bewohnerschaft, Heimbeirat, Leitung sowie durch die Einhaltung folgender Prinzipien bestimmt (§ 32):
 - Interessenvertretung
 - Ehrenamtlichkeit (§ 22)
 - Benachteiligungs-, Begünstigungsverbot (§ 23)
 - Verschwiegenheitspflicht (§ 24)

- Checkliste: Anlage 1
- Vorschläge zur Unterrichtung von Heimbeiräten: Anlage 2
- Prüfdiagramm: Anlage 3

10. Besondere Einrichtungsformen: Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen

10.1 Tages-/Nachtpflege ist ein regelmäßiges, entgeltliches Angebot, das die notwendige pflegerische Versorgung für einen Teil des Tages an mehreren Tagen in der Woche in einer Pflegeeinrichtung vorsieht, wobei die Pflegebedürftigen ansonsten in der Regel in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Daher ist zu bedenken, dass die Tages-/Nachtpflege nicht der Lebensmittelpunkt der Pflegebedürftigen ist.

Tagespflege kann sowohl als Angebot der Tagesbetreuung als auch als sonstiges aktivierendes Angebot (z.B. sog. Nachtcafé) betrieben werden. Nachtpflege dient dagegen im Wesentlichen zur Nachtruhe und vereinzelt zur notwendigen Grundpflege in der Nacht. Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI sind hiermit nicht gemeint.

Eine solitäre Tagespflegeeinrichtung ist eine eigenständige Organisation ohne einen räumlichen Bezug zu einer stationären Einrichtung.

Eine angegliederte Tagespflegeeinrichtung ist eine Einrichtung, die organisatorisch und konzeptionell eigenständig und die im Hinblick auf Verwaltung, Hauswirtschaftliche Dienste und das Raumangebot im Verbund mit einer stationären Einrichtung betrieben wird.

Ein integriertes Tagespflegeangebot (Verbundlösung) ist eine Einrichtung mit geringer Platzzahl und organisatorischer und räumlicher Anbindung an eine stationäre Einrichtung.

Für Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen im Sinne dieses Kapitels gelten die Vorgaben der Ziffern 1 - 9 nicht. Die Anforderungen werden durch die besondere Situation der Tagespflege in Bezug auf das Betreuungs- und Bau-/Raumkonzept geprägt:

- nur (tages-)zeitlich befristete Aufnahme von Personen
- Grundversorgung der Tagespflegegäste erfolgt in der Regel in der eigenen Häuslichkeit
- in der Regel noch mobile Personen, ggf. auch mit Hilfsmitteln
- besondere Angebote der Betreuung bzw. der Tagesstrukturierung

Die leistungsrechtliche Definition von (teilstationärer) Tagespflege weicht von der Definition der Tagespflege nach § 1 Abs. 5 HeimG ab. Dies bedeutet, dass auch Tagespflege, die nicht die Voraussetzungen des SGB XI erfüllt, dem Heimgesetz unterfallen kann. Gleiches gilt für die Nachtpflege.

Die bisher nach § 3 Abs. 2 HeimG erlassenen Verordnungen gelten nicht für Tages- bzw. Nachtpflegeeinrichtungen. Daher werden im Hinblick auf personelle und bauliche Standards eigene Anforderungen notwendig.

10.2 In solitären Tagespflegeeinrichtungen müssen mindestens vorhanden sein:

- a) ein Wohn- und Aufenthaltsbereich
- b) ein Ruheraum mit Ruhemöglichkeiten (Sessel oder Bett). Der Ruheraum kann auch ein Raumteil sein, der vollständig abtrennbar ist. Er kann ggf. zum Teil oder zeitweise anders genutzt werden.
- c) ein Sanitärbereich mit einer behindertengerechten Dusche und separatem behindertengerechten WC
- d) Mitarbeiter-WC
- e) Dienstbereich
- f) ausreichende Abstellflächen (z.B. für Hilfsmittel und Arbeitsmittel)
- g) sicher zu erreichender und behindertengerechter Zugang.

Darüber hinaus sollten Bewegungsflächen im Freien vorhanden sein.

Für angegliederte Tagespflegeeinrichtungen gelten die gleichen Anforderungen mit der Ausnahme, dass in räumlicher Nähe zur vollstationären Einrichtung der Sanitärbereich mitgenutzt werden kann. Bei integrierten Tagespflegeeinrichtungen wird davon ausgegangen, dass das Raumangebot in der stationären Einrichtung vorhanden ist, mit Ausnahme eines notwendigen Ruheraumes.

Es wird empfohlen, einen Küchenbereich/-zeile einzurichten bzw. anzubieten.

10.3 Hinweis: *Im Hinblick auf die quantitative Personalausstattung bleibt der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI zur Tagespflege abzuwarten. Dort sind landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren.*

Grundsätzlich können in solitären Tagespflegeeinrichtungen Pflegedienstleitung und Heimleitung auch in Personalunion wahrgenommen werden, soweit dies mit den Interessen der Tagespflegegäste vereinbar ist. Bei angegliederten und integrierten Tagespflegeeinrichtungen können diese Funktionen auch von den Leitungen der vollstationären Einrichtung übernommen werden. Dafür ist dann die Gesamtplatzzahl mit der stationären Einrichtung maßgeblich (siehe Ziffer 4.2). Die Heimleitung und Pflegedienstleitung müssen jeweils die erforderliche persönliche und fachliche Eignung besitzen. Als Pflegedienstleitung ist fachlich geeignet, wer

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“, oder „Kinderkrankenschwester“ oder „Kinderkrankenpfleger“ – entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - ,
- b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ oder „Altenpfleger“ mit staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlicher Regelung - besitzt.

Die Betreuung der Tagespflegegäste ist während der gesamten Öffnungszeit durch ständige Anwesenheit mindestens einer geeigneten Kraft sicherzustellen. Geeignete Kräfte sind insbesondere:

- a) Pflegefachkräfte (z.B. Altenpfleger, Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Heilerziehungspfleger)
- b) Soziale Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen)
- c) Sonstige Fachkräfte (z.B. Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten)

Sind geeignete Kräfte vorhanden, können daneben auch andere (Hilfs-)Kräfte eingesetzt werden.

Die in der Tagespflege anfallenden grundpflegerischen und behandlungspflegerischen Verrichtungen sind von einer Pflegefachkraft oder unter ihrer Anleitung durchzuführen.

10.4 Bietet eine Tagespflegeeinrichtung in der Regel 6 und mehr Plätze an, ist ein Heimfürsprecher im Sinne des § 10 HeimG zu bestellen. Personalidentität mit einem Heimfürsprecher angegliederter vollstationärer Einrichtungen ist grundsätzlich möglich. Ebenso ist Personalidentität mit einem Heimbeirat angegliederter vollstationärer Einrichtungen für angegliederte und integrierte Tagespflegeeinrichtungen grundsätzlich möglich.

10.5 Mindestanforderungen an die Pflegedokumentation sind:

- a) Erfassung von Stammdaten wie Angaben zur Person, Versicherungsdaten, Pflegestufe nach SGB XI, medizinisch/therapeutische Versorgungssituation, soziale Versorgungssituation, Info für Notfallsituationen
- b) Angaben über Zeitraum der Nutzung der Tagespflege
- c) Pflegebericht mit Leistungsnachweisen über Maßnahmen der sozialen Betreuung, Aktivierung bzw. Beschäftigungstherapie sowie Auffälligkeiten
- d) bei Bedarf Trinkplan
- e) Nachweis über freiheitsentziehende / freiheitsbeschränkende Maßnahmen.

Darüber hinaus sollten Angaben gemacht werden zu:

- a) soweit möglich die Tagespflegegästebio-graphie,
- b) über Allgemeinzustand, Pflegeanamnese,
- c) über ärztliche Verordnung, insbesondere über Medikamentenverordnungen, soweit bekannt (Medikamentenblatt),
- d) Tagespflegeprozessplanung.

10.6 Die Anforderungen an die Hygiene müssen sich an den Aufgaben einer Tagespflege und an der Aufenthaltsdauer der Tagespflegegäste orientieren. Ein Hygieneplan für alle hygienisch relevanten Funktionsbereiche der Tagespflegeeinrichtung ist erforderlich und muss mindestens Angaben enthalten über

- Handdesinfektion,
- Tragen von Schutzkleidung,

- Umgang mit Schmutzwäsche,
- Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln,
- Umgang mit Keimträgern und infizierten Bewohnern.

Desinfektionspläne müssen vorhanden sein, die auf die in der Einrichtung tatsächlich verwendeten Mittel abgestimmt sind und über Anwendungsfall, Anwendungsweise, Konzentration, Einwirkzeit und gegebenenfalls Standzeit der Mittel informieren.

§ 36 Infektionsschutzgesetz soll beachtet werden. In Tagespflegeeinrichtungen sollte vom Besucher bei Erstaufnahme möglichst ein Nachweis nach § 36 Infektionsschutzgesetz vorgelegt werden.

10.7 Die Betreuung sollte dem unterschiedlichen Betreuungsbedarf der sich ständig ändernden Gruppe an Tagespflegegästen mit deren unterschiedlichen kognitiven und körperlichen Fähigkeiten und Interessen berücksichtigen und regelmäßige Angebote der sozialen Betreuung und der Tagesstrukturierung vorsehen.

10.8 Eine ausgewogene Ernährung einschließlich notwendiger Diätkost ist sicherzustellen. Dem im Alter oft verringerten Durstempfinden ist durch eine kontrollierte ausreichende Flüssigkeitszufuhr Rechnung zu tragen.

Checkliste für die Heimmitwirkung

Einleitung

Die Heimaufsichtsbehörden fördern die Unterrichtung der Bewohner und der Mitglieder von Heimbeiräten über die Wahl und die Befugnisse sowie die Möglichkeiten des Heimbeirats, die Interessen der Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs zur Geltung zu bringen (§ 10 Abs. 2 HeimG).

Die Heimbeiräte werden bei den Heimbegehungen regelmäßig über ihre Rechte und Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung durch die Heimaufsichtsbehörden informiert.

Die Checkliste kann bei der Befragung des Heimbeirates als Leitfaden und Strukturhilfe dienen. Der Aspekt der Beratung soll dabei im Vordergrund stehen.

Der/m Vorsitzenden des Heimbeirats soll die Möglichkeit eingeräumt werden, an Heimbegehungen in allgemein zugänglichen Räumen teilzunehmen.

Zu personenbezogenen Daten erhält sie/er keinen Zugang. Dienstpläne können eingesehen werden.

1. Formale Bedingungen

Wann war die letzte Wahl des Heimbeirats/Wahlversammlung?

Gibt es ein Ersatzgremium?

Wie ist die aktuelle Zusammensetzung des Heimbeirats (Bewohner/Externe)?

Wer sind die Vorsitzende/der Vorsitzende und Stellvertreter/in?

Gibt es Ersatzmitglieder und wie viele?

Gibt es regelmäßige Zusammenkünfte? Wenn ja, in welchen Abständen? Finden die Treffen im Beisein der Heimleitung statt? Liegen Protokolle vor?

Wurden Sachverständige hinzugezogen? Gibt es einen (Angehörigen-)Beirat?

Ist die Funktionsfähigkeit noch gegeben? Kommen alle Mitglieder ihren Pflichten nach?

Wird die Tätigkeit ehrenamtlich ausgeführt?

2. Zusammenarbeit des Mitwirkungsremiums mit dem Träger und der Leitung

Werden Sie vom Träger rechtzeitig informiert und beraten?

Werden Entscheidungen mit Ihnen rechtzeitig erörtert?

Werden Sie bei Beschwerden hinzugezogen? Werden Beschwerden fristgerecht beantwortet?

Erhalten Sie Hilfe? Werden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt?

Werden Kosten erstattet?

Welche Schulungen werden angeboten?

Werden Sie bei LQV und Entgelterhöhungen unterrichtet? Wird Ihnen Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben?

Werden Mitteilungen und Bekanntmachungen weitergeleitet?

Sind Ihnen Benachteiligungen oder Begünstigungen einzelner Mitglieder bekannt?

3. Aufgaben und Mitwirkung bei Entscheidungen

Gibt es Bewohnerversammlungen und regelmäßige Informationen für die Bewohner?

Wurde ein Tätigkeitsbericht erstellt?

Wurden Anregungen und Beschwerden entgegen genommen?

Wie wurde auf deren Erledigung hingewirkt?

Wie haben Sie die Eingliederung neuer Bewohner gefördert?

Inwieweit haben Sie bei Änderungen der Musterverträge mitgewirkt?

Inwieweit haben Sie bei Maßnahmen der Unfallverhütung mitgewirkt?

Inwieweit haben Sie bei Entgeltänderungen mitgewirkt?

Inwieweit haben Sie bei der Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen, bei der Alltags- und Freizeitgestaltung (z.B. Essenszeiten, Tagesstrukturierung) mitgewirkt?

Inwieweit haben Sie bei Änderungen des Heimbetriebs (baulich, organisatorisch) mitgewirkt?

Inwieweit haben Sie bei Maßnahmen zur Förderung einer Betreuungsqualität mitgewirkt?

Inwieweit haben Sie bei LQV, bei Vereinbarungen nach SGB XI, bei Vereinbarungen nach SGB XII mitgewirkt?

Unterrichtung von Heimbeiräten

- Die Unterrichtung von Heimbeiräten soll durch die Initiierung von Schulungen in Zusammenarbeit der lokalen Träger, der Einrichtungsleitungen, der Heimbeiräte und der zuständigen Behörden gefördert werden.

- Die Organisation, die Vorbereitung und Durchführung der Angebote soll unter Mitwirkung
 - von erfahrenen Mitarbeitern/innen aus den Einrichtungen,
 - von bisherigen Heimbeiräten/innen
 - der örtlichen Vertreter/innen von Senioren- oder Behindertenverbänden
 - der Heimaufsichtsbehördenerfolgen.

- Die Schulungen sollen in kleinen Gruppen (max. 12 – 15 Personen) in kurzen Schulungseinheiten (max. 2-3 Std.) und möglichst in den Einrichtungen selbst stattfinden. Mehrere Heimbeiräte und Einrichtungen können sich zur Durchführung der Schulungen zusammenschließen.

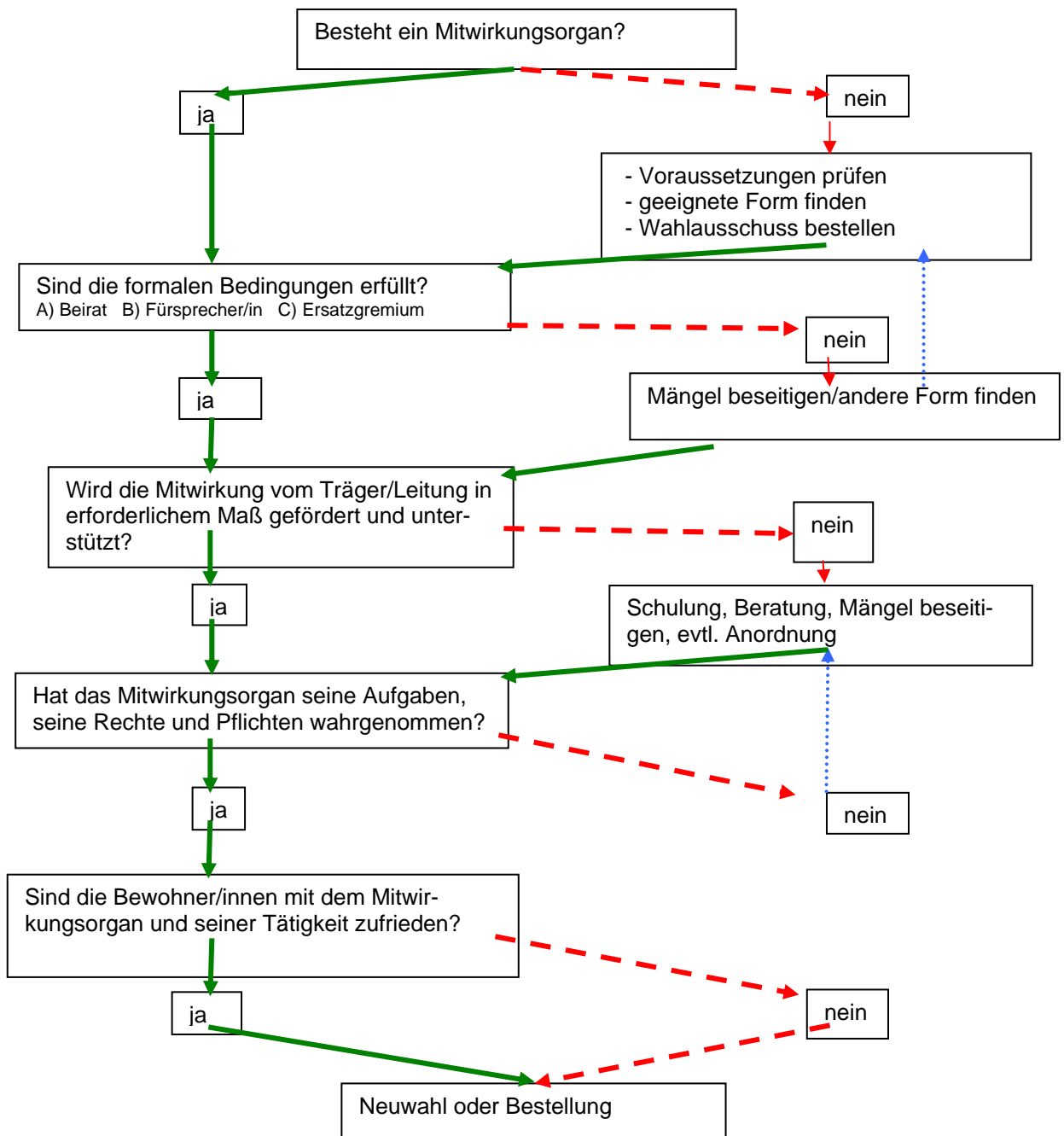
- Die Schulungen sollen notwendige Kenntnisse vermitteln. Die Inhalte und deren Vermittlung sollen auf die Fähigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer/innen abgestimmt sein. Mögliche Themen können sein:
 - Heimgesetz, Heimmitwirkungsverordnung,
 - Pflegeversicherungsgesetz,
 - Gesprächsführung, -leitung,
 - Beratungs- und Informationsangebote in der jeweiligen Kommune.

- Die Schulungen können durch verschiedene Module, die aufeinander abgestimmt sind, erfolgen. Die jeweiligen Module sollen einzeln angeboten werden können.




Vorschläge für Arbeitstitel solcher Schulungseinheiten:

- Aufgaben und Tätigkeiten als Heimbeirat/rätin
Untertitel: Rechte und Pflichten bei der Wahrnehmung der Heimmitwirkungsverordnung
 - Heimbeiräte/innen schulen Heimbeiräte/innen
Untertitel: Erfahrungsberichte und praktische Tips
 - Zuhören Vermitteln - Vortragen
Untertitel: Meine Rolle und Funktion als Heimbeirat/rätin
 - Die Heimbeiratswahl
Untertitel: Vorbereitung und Durchführung eines neuen Heimmitwirkungsremiums
 - Qualitätsmanagement
Untertitel: Mitwirkung bei Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen Qualität der Betreuung
-
- Heimbeirat und Träger sollen das Schulungsangebot in vertrauensvoller Zusammenarbeit auswählen.

Anlage 3 Prüfdiagramm Mitwirkung



Legende:

-  positives Ergebnis
-  negatives Ergeb-
nis
-  negatives Ergebnis mit Rückkopplung

Merkblatt

Soziale Betreuung, Tagesstrukturierung

1. Durchgängiges Prinzip in der Pflegearbeit ist die aktivierende Pflege, die innerhalb aller pflegerischen Tätigkeiten sichtbar wird und außerhalb der routinemäßigen Arbeitsabläufe die persönliche Selbstständigkeit der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner soweit wie möglich wiederherstellt, bessert und erhält.

Zu den schützenswerten Interessen und Bedürfnissen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gehören deren individuelles Wohlbefinden, deren Lebensqualität, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung. Der in diesem Zusammenhang vom Heim zu gewährleistende Betreuungsbedarf richtet sich nach der Befindlichkeit der zu betreuenden Bewohnerinnen und Bewohner mit allen psychischen, physischen, geistigen und sozialen Komponenten und erstreckt sich nicht nur auf die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten, sondern umfasst auch die Einbeziehung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in die kulturelle und gesellschaftliche Umgebung.

2. Die soziale Betreuung im Heim dient mit dazu, die Identität der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und die Kontinuität der Lebensführung zu erhalten. Schwerpunkte dieser Arbeit sind z.B. Heimaufnahmen, Angehörigenarbeit, Einzelfallhilfen, Zusammenarbeit mit Heimbeiräten/Heimfürsprechern etc..

3. Eine klare Tagesstrukturierung, ausgerichtet auf die regelmäßigen (täglichen) Angebote zur Befriedigung der Grundbedürfnisse, zur Erhaltung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten sowie zur Freizeitgestaltung, unterstützt die Heimbewohner in ihren Bemühungen, mit den krankheits- und altersbedingten Einschränkungen zu leben und führt zu einer Selbstwertstärkung.

Zur Erhaltung der körperlichen Fähigkeiten eignen sich Angebote für gelenkerhaltende und beweglichkeitsfördernde Maßnahmen im Bereich der Mobilisation, Musik und Bewegung, Einzel- und Gruppengymnastik, Gehübungen, Spaziergänge u.a..

Zur Erhaltung geistiger Fähigkeiten eignen sich alle Formen der Informationsaufnahme und –verarbeitung z.B. durch Bücher, Zeitschriften, Zeitungen, Fernsehen, Rundfunk und Gespräche über den Inhalt.

Zur Erhaltung der sozialen Fähigkeiten eignen sich alltagsbezogene tagesstrukturierende Maßnahmen, Kontakte innerhalb des Heimes wie z.B. Singkreis, Gymnastikgruppe, Gemeinschaftsabende, Spielnachmittage, Feste und Feiern, auch Außenkontakte wie z.B. Ausflüge, Förderung von familiären Kontakten, Angebote von ehrenamtlichen Helfern, Ermöglichung der Teilnahme an religiösen Angeboten etc..

Insgesamt ist es hilfreich, wenn das Heim und seine Bewohner in das Gemeinwesen eingebunden sind.

4. Speziell bei dem hohen Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit dementieller Erkrankung ist die regelmäßige und gezielte Förderung (Aktivierung) auf den Wohnbereichen durch das Pflegefachpersonal selbst eine wesentliche Voraussetzung zum Schutz vor psychischer Hospitalisierung sowie zur Gestaltung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Ein differenziertes Aktivierungsangebot bezieht auch bettlägerige Bewohnerinnen und Bewohner mit ein.

Die Bewohnerinnen und Bewohner entscheiden selbst, an welchen Aktivierungsangeboten sie teilnehmen. Werden Maßnahmen aufgrund einer depressiven Verstimmtheit abgelehnt, obliegt es der Professionalität der Pflegekräfte, durch geeignete Motivationsarbeit und Themenwahl die Bewohnerinnen und Bewohner für die jeweilige Aktivierungsmaßnahme zu interessieren. Ziele der Aktivierung sind der Erhalt von Fertigkeiten und Fähigkeiten, die Entwicklung von neuen Fertigkeiten und Fähigkeiten, das Wiedererlangen verlorener Fertigkeiten und Fähigkeiten, oder zumindest die Verzögerung von Verschlechterung zur Vermittlung von Lebensfreude bei größtmöglicher Selbstständigkeit.

Als gesundheitsfördernde und –erhaltende Maßnahmen sind unter fachlich qualifizierter Anleitung Maßnahmen in folgenden Bereichen erforderlich:

a) Die Schaffung einer reizvollen Umgebung, z.B. mit Mobiliar aus dem häuslichen Umfeld der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. mit biographischen Bezügen und Orientierungspunkten.

b) Ein nach Tagen und Wochen strukturierter Tagesablauf, der biographieorientiert und zielgerichtet psychische wie physische Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner anregt.

c) Eine aktivierende Grundeinstellung der Pflegekräfte, die die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner ermöglicht und deren Fähigkeiten hierdurch erhält oder verbessert. Aktivierende Maßnahmen werden in die alltäglichen Pflegehandlungen integriert (Ressourcenorientiertheit).

Bloße Beschäftigung, die darin besteht, jemandem etwas zu tun zu geben, wenn Zeit dazu ist, kann den Anspruch gezielter Förderung nicht erfüllen. Wirkungsvolle Maßnahmen müssen regelmäßig stattfinden und auf zuvor individuell festgelegte Ziele ausgerichtet sein. In diesem Sinne umfasst die Pflegeplanung auch die Aktivierungsmaßnahmen und deren Fortführung. Aktivierung setzt vielfältige Anregungen in den Bereichen Förderung alltagspraktischer Fertigkeiten, Werken, Gedächtnistraining, Spiel, Musizieren und Gesang, Sitztanz, biographieorientiertes Informationsgespräch, Gymnastik sowie in 10-Minuten-Aktivierungen.

Voraussetzung zur individuellen Aktivierung ist die detailreiche Kenntnis der Lebensgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner (Biographie, hier insbesondere Vorlieben und Interessen), die in der Pflegedokumentation festgehalten wird.

Merkblatt

Seniorengerechte Ernährung

1. Eine ausgewogene Ernährung einschließlich notwendiger Diätkost ist sicherzustellen.

Dem im Alter oft verringerten Durstempfinden ist durch eine kontrollierte und ausreichende Flüssigkeitszufuhr Rechnung zu tragen.

Die Bewertung von Fehl- und Mangelernährung einschließlich Flüssigkeitsdefiziten ist Aufgabe der begleitenden Pflegefachkraft/des begleitenden Arztes.

2. Untersuchungen zum Ernährungszustand älterer Menschen belegen, dass Mangelsituationen eher die Regel, denn die Ausnahme sind. Insbesondere kranke, alte Menschen sind vom Risiko des Ernährungsdefizites bedroht. Diese Mangelernährung Hochbetagter entsteht vielfach unbemerkt und beeinflusst nach heutigem Wissen sowohl Lebensdauer als auch Lebensqualität, nicht zuletzt auch die Entstehung und der Verlauf von Krankheiten.

Darüber hinaus sind die Mahlzeiten aber auch im Hinblick auf die Sinneswahrnehmung, die Lebensqualität, die Tagesstruktur und den Erlebnischarakter u.ä. von vielschichtiger enormer Bedeutung für ältere Menschen. Einem biographieorientierten Verpflegungsangebot, mit dem auf die individuellen Vorlieben bzw. Ernährungsgewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht genommen wird und diesen Entscheidungs- bzw. Wahlmöglichkeiten einräumt, kommt daher ebenso große Bedeutung zu.

Zur Vermeidung von Ernährungsdefiziten im Sinne von Prävention ist es daher gerade in Heimen erforderlich, neben der Ausgewogenheit und Qualität der Mahlzeiten auch die „Ernährungspflege“ in ausreichendem Maße zu gewährleisten.

3. Die Bedeutung einer ausreichenden und ausgewogenen Ernährung muss mehr Beachtung finden. Warnsignale sind ungewollter Gewichtsverlust und Appetitstörung. Die Ernährungsanamnese (was wird gegessen, wieviel wird gegessen, warum wird zu wenig gegessen) ist Grundlage der Prävention von Mangelernährung.

Risikofaktoren für Mangelernährung sind:

- a) Mangelnder Appetit (ist dann der Intervention zugänglich, wenn wie häufig der Fall, Medikamente eine wesentliche ursächliche Rolle spielen oder behandelbare depressive Zustände vorliegen)
- b) Schwierigkeiten mit dem Kauen fester Speisen (hängen oft mit dem Zahn- oder Gebissstatus zusammen und erfordern zahnmedizinische Kontrolle bzw. Behandlung)
- c) Schluckstörungen (sind nicht nur bedingt durch die Behinderungen neurologisch oder internistisch Erkrankter, sondern stehen häufiger in Zusammenhang mit bestimmten Medikamenten, der allgemeinen Austrocknung und dementiellen Spätstadien)
- d) Körperliche Behinderungen (z.B. bei Hirngefäßerkrankungen oder beim Parkinson-Syndrom)
- e) Psychosoziale Beeinträchtigungen und geistiger Abbau.

Ernährungsprobleme müssen gleichrangig mit anderen ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Aufgaben gesehen und dokumentiert werden.

Regelmäßiges Wiegen ist die einfachste Kontrollmöglichkeit um zu prüfen, ob die Energiebilanz des alten Menschen ausgeglichen ist. Eine negative Energiebilanz führt zur Unterernährung. Einem ungewollten Gewichtsverlust ist entgegen zu wirken.

Beobachtete Reduktion des Appetits der Heimbewohner muss dokumentiert werden und die Ursachen müssen entsprechend gesucht werden (Nebenwirkungen von Medikamenten, Schluckstörungen, psychische Störungen, Obstipation, Schmerzen, Trauer etc.) und evtl. in Kooperation mit dem Arzt behoben werden. Hier bedarf es einer konkreten Planung im Rahmen des Pflegeprozesses zu der spezifischen Problematik im Bereich der Nahrungsaufnahme.

4. Die wichtigste Forderung, die an die Ernährung alter Menschen gestellt werden muss, ist die nach besonderer Nährstoffdichte, d.h. bei geringerem Energiebedarf besteht gleichzeitig und unverändert der Nährstoffbedarf. Dieser kann nur durch eine Steigerung der Nährstoffdichte der Nahrung gesichert werden. Die Lebensmittelauswahl muss dies berücksichtigen (z.B. auch durch zusätzliche Gabe von konzentrier-

ter Flüssigkeitsnahrung). Für die Knochenfestigkeit im Alter spielt die lebenslange Calciumaufnahme eine wesentliche Rolle (reichlich Milch und Milchprodukte).

Die täglichen Mahlzeiten sind abwechslungsreich und vielseitig sowie ansprechend angerichtet anzubieten. Diabetiker benötigen eine entsprechende Ernährung in Absprache mit dem behandelnden Arzt. Schonkost ist auf Wunsch anzubieten.

Es ist empfehlenswert, die Nahrungsmenge auf fünf Mahlzeiten zu verteilen. Diabetiker benötigen zusätzlich eine Spätmahlzeit, anderen Bewohnerinnen und Bewohnern ist diese auf Wunsch anzubieten.

5. Dem im Alter oft vorhandenen verringerten Durstempfinden, der geringeren Konzentrationsfähigkeit der Nieren und dem geringeren Wasserhaushalt des Körpers ist durch eine kontrollierte ausreichende Flüssigkeitszufuhr Rechnung zu tragen. Das Pflegepersonal ist gefordert, auch außerhalb der Mahlzeiten das Trinken anzuregen und zu ermöglichen. Es reicht nicht aus, dass Getränke nur zur Verfügung gestellt werden. Ggf. ist die Protokollierung erforderlich. In Absprache mit dem behandelnden Arzt sind frühzeitig geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere auch bei Risikofaktoren (z.B. Schluckstörungen, Nicht-Akzeptanz einer Sonde etc.).

6. Eine unzureichende Ernährung (Mangel an Eiweiß, Zink und Vitamin C) stellt ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eines Dekubitus dar. Ebenfalls erhöhen Kachexie und ein Flüssigkeitsmangel, der sich bis zur Atrophie der Haut führen kann, das Risiko der Entstehung eines Dekubitus. Die Dekubitusgefährdung muss ermittelt (z.B. Norton-Skala) und dokumentiert sowie entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

7. Im Rahmen der Ernährung spielt die Aufnahme der Nährstoffe über eine (PEG)-Sonde eine besondere Rolle. Hier sind spezielle Maßnahmen im Rahmen der Pflege und Betreuung der Heimbewohner zu berücksichtigen. Bei Nahrungskarenz oder bei der Ernährung über die (PEG-)Sonde besteht durch den mangelnden Speichelfluss die erhebliche Gefahr der Soorpilzinfektion sowie einer Parotitis. Hier ist eine kontinuierliche Mundhygiene im Rahmen der Soor- und Parotitisprophylaxe indiziert. Die Mundschleimhaut muss feucht gehalten und der Speichelfluss angeregt werden. Die

Maßnahmen und Pflegeaspekte müssen im Pflegeprozess sowie in der Pflegeplanung transparent sein. Eine Ernährung durch Sonde soll nur im Ausnahmefall in Absprache mit dem Arzt erfolgen.

8. Die Bedeutung der Mahlzeiten im Tagesablauf der Bewohnerinnen und Bewohner spielt eine vielschichtige Rolle, deshalb sind wichtig:

- a) regelmäßige, flexibel gestaltbare Tischzeiten
- b) gewohnte Tischnachbarn
- c) Aushang von übersichtlichen und gut lesbaren Speiseplänen (möglichst eine Woche im Voraus)
- d) Getränkeangebote und Getränkeauswahl
- e) Beachtung individueller Ernährungsgewohnheiten
(Wahlmöglichkeiten schaffen)
- f) Schaffung einer angenehmen Atmosphäre (Tischkultur)
- g) möglichst individuelle Verteilung der Mahlzeiten
- h) keine Verwendung von kleinen, nur schwer zu öffnenden Portionspackungen
- i) große Aufmerksamkeit des betreuenden Personals (ggf. Aufforderung, Anleitung, teilweise oder vollständige Hilfestellung bei der Nahrungszufuhr).