



Landeshauptstadt  
München  
**Kreisverwaltungsreferat**

# **Qualitätsbericht der Münchner Heimaufsicht 2009 / 2010**

# Qualitätsbericht Heimaufsicht / FQA

Zum nunmehr fünften Mal stellt die Münchner Heimaufsicht ihren Tätigkeits- und Qualitätsbericht vor.

Seit dem Übergang der Zuständigkeit von den Regierungen auf die kreisfreien Städte und Landratsämter (01.01.2002) legt das Kreisverwaltungsreferat (KVR) besonders viel Wert darauf, diesen gesetzlichen Auftrag sachgerecht und mit einer angemessenen Personalausstattung zu erfüllen.

Die Münchner Heimaufsicht stellt dabei den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt ihrer Arbeit, handelt unabhängig von Interessen der Pflegekassen oder sonstigen Institutionen und geht Beschwerden und Missständen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe umgehend nach.

Durch intensive Beratungsleistungen, regelmäßige und unangemeldete Kontrollen, den Einsatz ordnungsrechtlicher Eingriffmaßnahmen mit einem hohen Maß an Fachkompetenz trägt die Münchner Heimaufsicht maßgeblich zur Qualitätsentwicklung der Münchner Versorgungslandschaft bei.



Vorliegender Bericht beinhaltet nicht nur die Beschreibung der vielfältigen Tätigkeiten und Aktivitäten der Münchner Heimaufsicht in den Jahren 2009 und 2010 (**Erster Teil**), sondern trifft auch Aussagen über die festgestellte Qualität in der stationären Alten- und Behindertenhilfe (**Zweiter Teil**).

Seit dem 01.08.2008 hat das Bayerische Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (BayPfleWoqG) das ehemals bundesweit gültige Heimrecht in Bayern abgelöst.

Die ersten Erfahrungen der Münchner Heimaufsicht mit der neuen Zuständigkeit für „ambulant betreute Wohnformen“ zeigen, dass diese Zuständigkeitserweiterung sinnvoll und berechtigt war. Näheres zu den Tätigkeiten der Heimaufsicht in diesem Bereich wird im **dritten Teil** des vorliegenden Berichtes erläutert.

Der abschließende **vierte Teil** enthält die Stellungnahmen der städtischen Kooperationspartner der Heimaufsicht (Sozialreferat, Referat für Gesundheit und Umwelt).

Damit auch in Zukunft die Belange unserer älteren und pflegebedürftigen Mitbürgerinnen und Mitbürger sowie der Menschen mit Behinderungen hinreichend gewahrt werden, wird sich die Landeshauptstadt München weiterhin für deren Schutz und Wohl einsetzen.

Wilfried Blume-Beyerle  
Kreisverwaltungsreferent

## Inhaltsverzeichnis

1 Tätigkeitsbericht stationärer Bereich.....	4
1.1 Grundsätzliches zum Vorgehen der Münchner Heimaufsicht.....	4
1.2 Gesamtzahl von Einrichtungen und Plätzen im Zuständigkeitsbereich.....	7
1.2.1 Zuständigkeiten im Bereich der stationären Altenhilfe.....	7
1.2.2 Zuständigkeiten im Bereich der Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe.....	8
1.3 Durchgeführte Prüfungen .....	9
1.3.1 Durchgeführte Prüfungen in der stationären Altenhilfe.....	9
1.3.2 Durchgeführte Prüfungen in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe.....	11
1.4 Beschwerden.....	12
1.4.1 Beschwerden in der stationären Altenhilfe.....	12
1.4.2 Beschwerden in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe.....	13
1.5 Festgestellte Mängel.....	15
1.6 Veranlasste Maßnahmen und Anordnungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.....	16
1.6.1 Anordnungen.....	16
1.6.2 Aufnahmestopp/Teilschließung.....	17
1.6.3 Schließung/Untersagung.....	17
1.6.4 Beschäftigungsverbote.....	18
1.6.5 Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft.....	18
1.6.6 Sonstige Maßnahmen in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe.....	18
1.7 Isolierte Beratungen .....	18
1.7.1 Altenhilfe.....	19
1.7.2 Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe.....	19
1.8 Organisation und Strategie der Münchner Heimaufsicht .....	20
1.8.1 Organisation und Vorgehen der Münchner Heimaufsicht.....	20
1.8.2 Sonstige Aktivitäten.....	21
2 Festgestellte Qualität in der Münchner stationären Alten- und Behindertenhilfe.....	23
2.1 Qualität in der stationären Altenhilfe.....	23
2.1.1 Allgemeine Aussagen zur Gesamtqualität.....	23
2.1.2 Überprüfte Versorgungssituationen.....	23
2.1.3 Pflegequalität in den Einrichtungen der Altenhilfe (Bewertung nach K. Kämmer).....	24
2.1.4 Kritische Anmerkung zur Bewertung nach K. Kämmer.....	25
2.1.5 Festgestellte Mängel.....	25
2.1.6 Personalsituation in der stationären Altenhilfe.....	26
2.1.6.1 Fachkraftquote .....	26
2.1.6.2 Leitungswechsel in den Einrichtungen.....	27
2.1.7 Qualitätsentwicklung.....	27
2.1.7.1 Umgang mit körperlichen Pflegeethemen.....	27
2.1.7.2 Umgang mit seelischen/geistigen Pflegeethemen.....	27
2.1.7.3 Gewalt in der Pflege .....	28
2.1.7.4 Biografiearbeit.....	28
2.1.7.5 Versorgung in der Nacht.....	28
2.1.7.6 Soziale Betreuung/Beschäftigung.....	29
2.1.7.7 Risikomanagement und Qualitätssicherung.....	29
2.1.7.8 Medikamentenmanagement.....	29

2.1.7.9 Leben in „Beschützenden Bereichen“ .....	29
2.1.8 Besondere Problemfelder FeM und Psychopharmaka.....	30
2.1.8.1 Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) .....	30
2.1.8.2 Verabreichung von Psychopharmaka mit beruhigender und sedierender Wirkung .....	34
2.1.8.3 Grundsätzliches zur Erhebung.....	34
2.1.8.4 Ergebnisse der Erhebung.....	35
2.1.8.4.1 Aufteilung der Verabreichung.....	36
2.1.8.4.2 Gabezeiten der fest angesetzten Psychopharmaka.....	36
2.1.8.4.3 Übersicht über die jeweils verabreichten Medikamentenarten.....	36
2.1.8.4.4 Indikationen der Bedarfsgabe von Psychopharmaka.....	37
2.1.8.4.5 Doppelmedikation bei gleichen Indikationen.....	38
2.1.8.5 Verknüpfung der Themenfelder FeM und Psychopharmaka zu Indikatoren.....	38
2.1.8.5.1 Darstellung von FeM und Psychopharmaka bezogen auf die Bewohnerinnen und Bewohner .....	38
2.1.8.5.2 Verknüpfung der Themenfelder Psychopharmaka und FeM bezogen auf die Einrichtungen .....	39
2.1.8.6 Umgang mit den gewonnenen Daten.....	41
2.1.8.6 Weitere Strategie.....	41
2.2 Qualitätsentwicklung in der stationären Behindertenhilfe/ Wohnungslosenhilfe.....	42
2.2.1 Allgemeine Aussagen zur Gesamtqualität.....	42
2.2.2 Besondere Themenfelder.....	44
2.2.2.1 Einrichtungen für ehemals Wohnungslose im Alter und/oder mit Behinderung....	44
2.2.2.2 Einrichtungen der Sozialpsychiatrie/Menschen mit seelischer Behinderung.....	44
2.2.3 Schwerpunkte bei der Prüfung und Beratung.....	45
2.2.3.1 Überleitung aus/ins Krankenhaus.....	45
2.2.3.2 Pflegerische Leistungen/Behandlungspflege/Gesundheitlicher Hilfebedarf.....	46
2.2.3.3 Älterwerden in den Einrichtungen der Behindertenhilfe.....	46
2.2.3.4 Sterben in Einrichtungen der Behindertenhilfe.....	46
 3. Der Bereich der „Sonstigen/Neuen Wohnformen“ im Zuständigkeitsbereich der Münchner Heimaufsicht.....	 47
3.1 Ambulant betreute Wohngemeinschaften der Altenhilfe.....	47
3.1.1 Abgrenzung vom stationären Einrichtungstyp.....	47
3.1.2 Anzahl und Konzepte.....	48
3.1.3 Prüfungen durch die Heimaufsicht.....	49
3.1.4 Erste Qualitätsfeststellungen .....	50
3.1.5 Besondere Problemfelder und Herausforderungen.....	52
3.2 Betreute Wohngruppen für Menschen mit Behinderung.....	55
3.2.1 Abgrenzung vom stationären Einrichtungstyp.....	55
3.2.2 Anzahl und Prüfungen.....	55
3.2.3 Erkenntnisse und Erfahrungen.....	56
 4 Stellungnahmen innerstädtische Kooperationspartner.....	 58
4.1 Feststellungen durch das Referat für Gesundheit und Umwelt.....	58
4.2 Stellungnahme des Sozialreferats.....	60

# 1 Tätigkeitsbericht stationärer Bereich

## 1.1 Grundsätzliches zum Vorgehen der Münchner Heimaufsicht

- **Die hohe Prüfquote konnte eingehalten werden**

Insgesamt fanden im Berichtszeitraum 384 Prüfungen stationärer Einrichtungen durch die Heimaufsicht statt (2007/2008: 379). Die hohe und dringend notwendige Prüffrequenz konnte somit beibehalten werden.

In den Einrichtungen der Altenhilfe fanden 203 Prüfungen statt, während 181 Prüfungen in den Einrichtungen der Behinderten-/Wohnungslosenhilfe durchgeführt worden sind.

Der gesetzliche Auftrag von einer Kontrolle in jeder Einrichtung pro Jahr (Art. 11 Abs. 4 PflWoqG) ist mit einer **Prüfquote von 165%** deutlich überschritten.

- **Die Risiko-orientierte Strategie bleibt bestehen**

Mit Beschluss des Münchner Stadtrats vom 17.07.2001 wurde festgelegt, dass Prüfungen durch das KVR grundsätzlich zweimal jährlich in jeder Einrichtung stattfinden sollen. Seit dem Jahr 2007 legt die Heimaufsicht ihren jeweiligen Prüfturnus gemäß verschiedener Risikoindikatoren fest. So finden Prüfungen nun nicht mehr „schematisch“ zweimal pro Jahr in jeder Einrichtung statt. Es wird vielmehr von der Qualität in der jeweiligen Einrichtung und weiterer Faktoren abhängig gemacht, wie oft Prüfungen letztlich stattfinden. So werden Einrichtungen mit stabil guter Qualitätsslage ggf. nur einmal jährlich kontrolliert, solche mit auffälligen Qualitätsdefiziten dafür mehrmals im Jahr und umfanglicher.

- **Beratung und Kontrolle**

Darüber hinaus wurde das Beratungsangebot deutlich verbessert und erweitert. Gerade die ausgewogene Mischung aus Prüfung und Beratung hat sich als grundsätzlich geeigneter zur Qualitätssicherung und -verbesserung erwiesen. Von daher wird weiterhin an der bestehenden Strategie festgehalten.

- **Unangemeldete Prüfungen sind in der Landeshauptstadt München schon lange Pflicht**

Der Grundsatz der unangemeldeten Prüfung, der rechtlich in Bayern erst mit dem PflWoqG im Jahr 2008 verankert worden ist, wird durch das KVR bereits seit der Übernahme des Vollzugs des Heimrechts im Jahre 2002 umgesetzt.

Während in vielen Bundesländern im Zuge aktueller Gesetzgebungsverfahren noch über die Notwendigkeit von unangemeldeten Prüfungen diskutiert wird und Prüfungen häufig viele Tage vorher angemeldet werden, ist die Münchner Heimaufsicht mit dieser Vorgehensweise schon lange in einer Vorreiterrolle. Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner ist diese Vorgehensweise unerlässlich geworden.

- **Prüfungen finden immer statt**

Die Prüfungen der Heimaufsicht fanden im Berichtszeitraum in den meisten Fällen während der Tageszeit (9:00 Uhr– 18:00 Uhr) statt. Zu diesen Zeiten sind in der Regel die notwendigen Ansprechpartner anzutreffen (Leitungskräfte). Darüber hinaus erfährt der Betrieb der Einrichtungen durch die Prüfung die „geringste Störung“. Nichts desto trotz fanden auch eine Reihe von Nachprüfungen statt (10x). Im weiteren begannen eine Reihe von Prüfungen bereits zu Beginn der Frühschicht (6:00 Uhr) oder umfassten auch den Bereich der Abendpflege (bis 21:00 Uhr). Be-

stimmte Versorgungsanspekte wurden bewusst am Wochenende/Feiertag durchgeführt, da deren konkrete Überwachung zu anderen Zeiten nicht möglich ist.

- **Flexibilität und schnelles Handeln bei Anlass- und Routineprüfung**

Je nach Versorgungsstruktur der Einrichtung und Schwerpunkt der Prüfung ist das Prüfteam der Münchner Heimaufsicht mit entsprechenden Professionen besetzt. So kann z.B. eine Sozialpädagogin für eine Prüfung einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung ausreichend sein, in einer Schwerpunktprüfung einer Einrichtung mit bekannten Qualitätsdefiziten vier bis sechs Prüfer für eine Prüfung tätig werden. Ein konzept- und qualitätsabhängiges Vorgehen kann somit sicher gestellt werden.

Besonderen Anlässen, i.d.Regel Beschwerden, wird umgehend nachgegangen, häufig noch am gleichen Tag des Beschwerdeeingangs. Dies ist letztlich von der Art und Schwere der mitgeteilten Sachverhalte abhängig.

- **Flexibilität bezüglich der Einrichtungskonzepte**

Die aktuell 112 stationären Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht decken ein breites Versorgungsspektrum ab. So müssen neben dem „klassischen“ Pflegeheim auch Einrichtungen für ehemals Wohnungslose im Alter und/oder mit Behinderung überprüft werden. Weiterhin gehören Einrichtungen für Menschen mit Intensivpflegebedarf, psychischer, geistiger, körperlicher und/oder Schwerstmehrfachbehinderung zum „Prüfportfolio“ der Heimaufsicht.

Entsprechende Fachkompetenzen aber auch flexible Prüfverfahrensweisen, angepasst an die Betreuung und Versorgung der Klientel, sind daher dringend notwendig für einen zeitgemäßen und effektiven Vollzug.

Die Münchner Heimaufsicht hat diesbezüglich einen hohen Standard erreicht, befindet sich dennoch in einem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess. In den letzten Jahren sind, in gemeinsamer Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Bereiche, eine Reihe von Prüfkonzepthen für besondere Sparten entstanden (z.B. Sozialpsychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe). Aufgrund der Vielfältigkeit der Münchner Versorgungslandschaft wird dieser gemeinsame Prozess der Entwicklung von Prüfkriterien für besondere Themen weiter vorangetrieben, genauso wie die stetige Weiterqualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

- **Die Veröffentlichung der Prüfberichte kommt 2011**

Das Kreisverwaltungsreferat setzt seit einigen Jahren auf freiwillige Transparenz. Mehrfach erging an die Einrichtungen und Träger in den letzten Jahren der Appell, die Prüfberichte der Heimaufsicht freiwillig zu veröffentlichen. Von den aktuell 112 Einrichtungen haben diese freiwillige Transparenz ca. 20-25 Einrichtungen praktiziert.

Die gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der Prüfberichte (Art. 6 Abs. 2 PflWoqG) ist für 2011 geplant und befindet sich aktuell in der Umsetzungsphase. Im Sommer/Herbst 2011 ist mit den ersten Veröffentlichungen zu rechnen. Die Federführung für die LHM obliegt dem Kreisverwaltungsreferat, ein entsprechender Internetauftritt ist am Entstehen. Darüber hinaus setzt sich das Kreisverwaltungsreferat derzeit beim Bayerischen Sozialministerium dafür ein, dass auch eine rechtliche Verpflichtung dafür geschaffen wird, dass die Einrichtungen die Prüfberichte in ihren Räumlichkeiten aushängen müssen; eine Transparenz alleine über das Internet ist nach Auffassung der Heimaufsicht nicht ausreichend.

- **Noten, Ampeln, Sterne und Smileys verzerren die Realität**

Das Kreisverwaltungsreferat vertrat in den letzten beiden Jahren intensiv die Überzeugung, dass eine Qualitätsdarstellung mit Symbolen wie Noten, Sternen oder Ampeln (wie dies z.B. bei Restaurants- und Hotelbewertungen praktiziert wird) eine Verzerrung der Realität und letztlich sogar eine Verbrauchertäuschung darstellt.

Zwischen der menschenwürdigen Erbringung einer pflegerischen Dienstleistung und dem Servicegedanken der Hotelbranche liegt ein immenser Unterschied. Daher kann eine Bewertung mit Symbolen niemals der Bedeutung der Alten- und Behindertenhilfe gerecht werden.

Hinzu kommt, dass sich pflegerische und soziale Phänomene durch einen hohen Interpretationsspielraum auszeichnen. Ein Arbeiten mit „Checklisten“ (wie dies vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) praktiziert wird) und entsprechend hinterlegten Kriterien kann deshalb ebenfalls nicht überzeugen. Dies gilt umso mehr, wenn schlechte Noten in einem wichtigen Bereich mit guten Noten in einem eher unwichtigen Bereich ausgeglichen werden können, wie dies bei den Prüfberichten des MDK der Fall ist.

Von daher ist es zu begrüßen, dass sich das Bayerische Sozialministerium nun der Position der Münchner Heimaufsicht angeschlossen hat, dass die Prüfberichte der Bayerischen Heimaufsichten künftig eine beschreibende Struktur aufweisen sollen. Eine verkürzende Bewertungssystematik mit Sternen- oder Ampelsymbolen, wie kurzzeitig vorgesehen, wird somit unterbleiben, wie auch ein Arbeiten mittels „Checklisten“.

Der so genannte „Pflege-TÜV“, umgesetzt durch den MDK und das dazugehörige Benotungssystem, sind nach wie vor als „Mogelpackung“ zu bewerten; Intransparenz und sinnlose Bürokratie werden hiermit gefördert.

- **Prüfungen sollen den Betrieb so wenig wie möglich stören**

Eine vollkommen störungsfreie Prüfung kann es nicht geben. Die Heimaufsicht verpflichtet sich jedoch, entsprechend sensibel mit den Herausforderungen für die Einrichtungen umzugehen. Einzelne Prüfungen wurden in den letzten Jahren daher sogar abgebrochen oder nicht durchgeführt, da z.B. am Tag der Prüfung besondere Veranstaltungen in der Einrichtung stattfanden und eine konsequente Durchführung der Prüfungen kontraproduktiv für die Versorgung und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner gewesen wäre.

Einrichtungen sind auch angehalten, besondere Termine/Zeiten der Heimaufsicht mitzuteilen. In der Regel kann dies bei der Planung der Prüftermine berücksichtigt werden. Grundlegende Ausnahmen bilden eingegangene Beschwerden. Je nach Art und Schwere der vorgebrachten Sachverhalte kann dann auf Abläufe oder Anwesenheit der Leitungskräfte keine Rücksicht genommen werden.

- **Prüfungen mit Augenmaß in den „Neuen Wohnformen“**

Seit dem 01.08.2008 ist das KVR auch für die Überwachung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und betreuten Wohngruppen für Menschen mit Behinderung zuständig.

Für die Heimaufsicht liegt hier ein Paradigmenwechsel der Prüfphilosophie vor. So sollen die eigentlichen Maßstäbe der Qualität durch die Gemeinschaft oder durch die Bewohnerin/den Bewohner selbst und nicht durch den allgemein anerkannten Stand definiert werden.

Mit Beginn der Zuständigkeit für diesen besonderen Bereich hat sich die Heimaufsicht deshalb dazu verpflichtet, mit einem „gesunden Augenmaß“ zu agieren, um den besonderen Bedürfnissen und Ausprägungen dieser Wohnformen gerecht zu werden.

Mit dem Sozialreferat befindet sich das KVR in einem kontinuierlichen Erfahrungsaustausch, um sinnvolle Strategien zur Stützung und Förderung dieser besondere Versorgungssparte zu entwickeln (weiteres siehe Dritter Teil).

## 1.2 Gesamtzahl von Einrichtungen und Plätzen im Zuständigkeitsbereich

Folgende Übersicht zeigt die Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Münchner Heimaufsicht mit Stichtag 31.12.2010

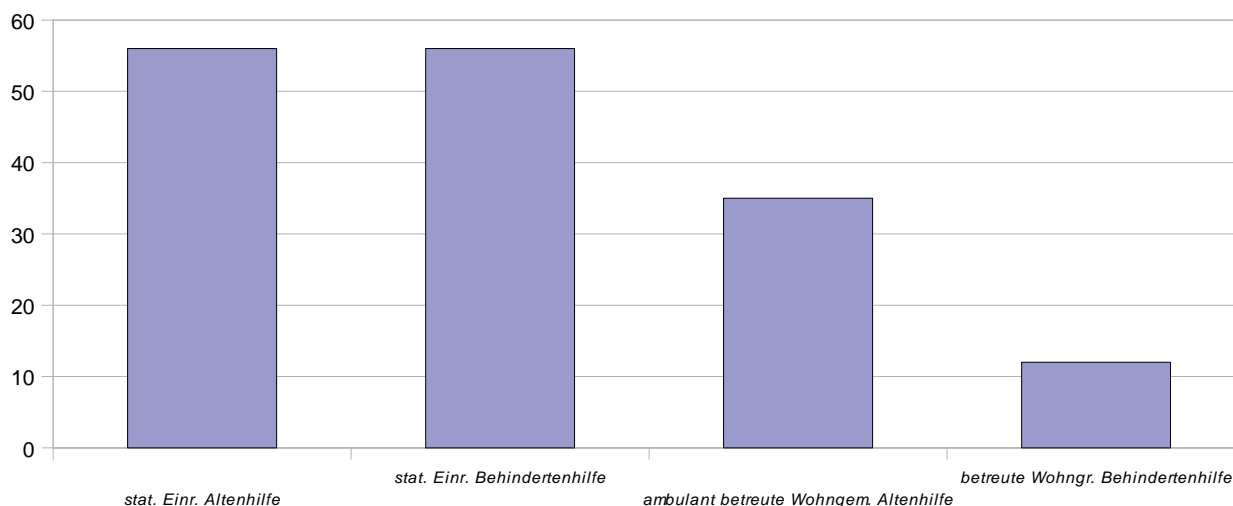


Abbildung 1: Zuständigkeitsbereich der Münchner Heimaufsicht

### 1.2.1 Zuständigkeiten im Bereich der stationären Altenhilfe

Zum Stichtag 31.12.2010 war die Heimaufsicht für **56** stationäre Einrichtungen der Altenhilfe zuständig. Zwei Einrichtungen werden davon als Hospiz betrieben, lediglich eine Einrichtung ist als Kurzzeitpflegeeinrichtung konzipiert.

Bei insgesamt 11 weiteren Einrichtungen der Altenhilfe ist die Heimaufsicht derzeit mit Fragen zum Status betraut, begleitet einen geplanten Neubau oder befindet sich in der Begutachtungsphase kurz vor der Eröffnung der Einrichtung.

Aufgrund gesetzlicher Veränderungen durch das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz sind einige Einrichtungen nun als Betreutes Wohnen gemäß Art. 2 Abs. 2 PflWoqG einzustufen. Für diese Einrichtungen liegt aktuell keine Zuständigkeit des KVR mehr vor. Dies betrifft sechs Einrichtungen.

Somit befanden sich zum 31.12.2010 **8362** Plätze stationärer Einrichtungen der Altenhilfe im Zuständigkeitsbereich der Münchner Heimaufsicht.

#### • Demografie in den Einrichtungen der Altenhilfe

Diesbezüglich werden keine besonderen Daten erhoben. Verwiesen werden kann jedoch auf die „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“ (verabschiedet im Sozialausschuss der Landeshauptstadt München am 04.05.2010) sowie auf die Langzeitstudie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in vollstationären Einrichtungen (MuG IV)“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008), die einen entsprechenden Überblick über die demografische Situation in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe ermöglichen.



## 1.2.2 Zuständigkeiten im Bereich der Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe

Zum Stichtag 31.12.2010 war die Heimaufsicht für **56** stationäre Einrichtungen der Behinderten- und Wohnungslosenhilfe zuständig.

In diesem Bereich ist die Heimaufsicht derzeit bei 12 Einrichtungen mit Fragen zum Status und hinsichtlich einer Neubauplanung begleitend aktiv. Für 15 Einrichtungen und Wohnprojekte wurden im Berichtszeitraum Einstufungen im Sinne des PflWoqG vorgenommen, für die aufgrund der konzeptionellen Besonderheiten häufig Sonderlösungen entwickelt werden mussten.

Insgesamt besuchte die Heimaufsicht ca. 50 therapeutische Wohngemeinschaften für Menschen mit seelischer Behinderung, deren Statusklärung im Sinne des PflWoqG notwendig war. Der Tätigkeitsbereich der „Statusfragen“ ist in der Behinderten-/Wohnungslosenhilfe noch nicht vollends abgeschlossen, eine Reihe von Wohnformen müssen diesbezüglich noch begutachtet werden. In den stationären Einrichtungen waren zum 31.12.2010 **1557** Plätze vorhanden (Belegung 1509), welche unter die Aufsicht des KVR fallen. Die Plätze werden wie folgt aufgegliedert:



Abbildung 2: Anzahl der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

### • Demografie in den Einrichtungen der Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe

Seit vielen Jahren wird in der „Szene“ der Eingliederungshilfe über die zunehmende Veränderung der Altersstruktur in den Einrichtungen und den damit verbundenen Herausforderungen diskutiert. Um einen vernünftigen und hierzu angepassten Vollzug dieser besonderen Thematik gewährleisten zu können, hat die Münchner Heimaufsicht begonnen, bestimmte strukturelle Merkmale zu erheben.

### • Alter

Der Fokus der Erhebung liegt zunächst auf dem Alter der Bewohnerinnen und Bewohner im Zuständigkeitsbereich des KVR. Dabei werden drei Altersgruppen gebildet: Bewohnerinnen und Bewohner unter 50 Jahren, zwischen 50 und 60 Jahren sowie über 60 Jahren.

In den Einrichtungen für ehemals wohnungslose Menschen im Alter und/oder mit Behinderung liegt in einzelnen Fällen ein hoher Anteil über Sechzigjähriger vor. Deren Hilfebedarfe stellen die Einrichtungen vor andere Herausforderungen als z.B. die „klassische“ Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung. Gerade für die Letztgenannten befindet sich die Versorgung an der Grenze

zu einem Paradigmenwechsel („Eingliederung im Alter und bei Pflegebedarf“).

In der Erhebung fließen die Werte jedoch zunächst zusammen. So lebten zum 31.12.2010 251 Menschen in den Einrichtungen der Behinderten-/Wohnungslosenhilfe, die älter als 60 Jahre sind. Zwischen 50 und 60 Jahren sind 287 und unter 50 Jahre sind 971 Bewohnerinnen und Bewohner.

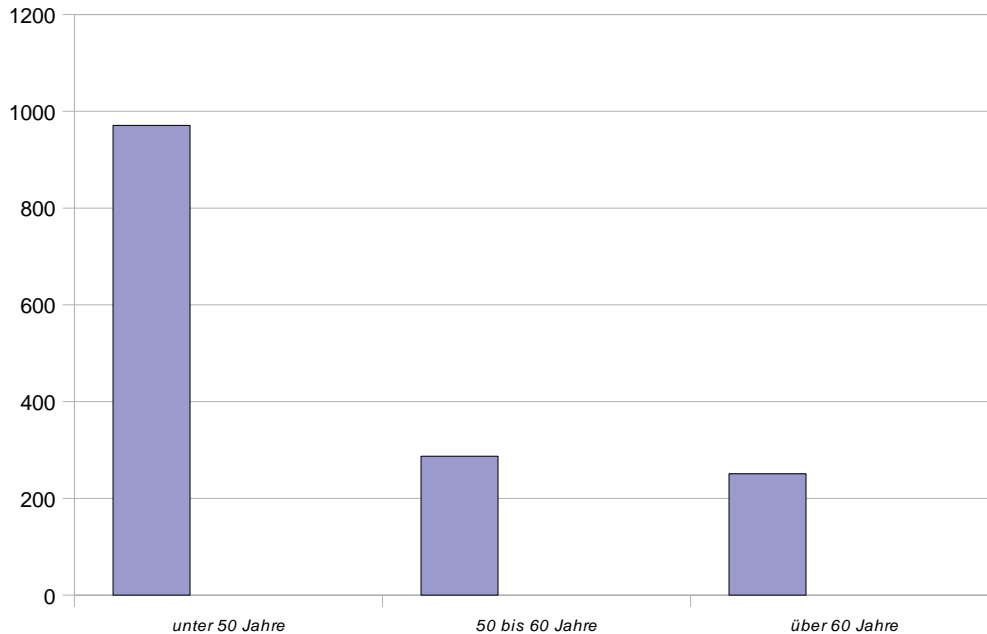


Abbildung 3: Altersstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Eingliederungshilfe

#### • Hilfebedarf und Personalstruktur

Für 730 Bewohnerinnen und Bewohner lagen eine Hilfebedarfseinstufungen durch den zuständigen Kostenträger (Bezirk Oberbayern) gemäß dem Hilfebedarfsstufensystem nach Metzler vor. So liegt der durchschnittliche Hilfebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner bei ca. 3,3 der fünf Hilfebedarfsgruppen. Im Detail gliedert sich dies wie folgt:

- Hilfebedarfsgruppe I: 2
- Hilfebedarfsgruppe II: 119
- Hilfebedarfsgruppe III: 304
- Hilfebedarfsgruppe IV: 286
- Hilfebedarfsgruppe V: 19

Die Personalstruktur der Fachkräfte weist einen ungefähren Anteil von ca. 80-85% pädagogischen Fachkräften aus, während ca. 15-20 % der Fachkräfte einen pflegerischen Ausbildungshintergrund haben.

## 1.3 Durchgeführte Prüfungen

### 1.3.1 Durchgeführte Prüfungen in der stationären Altenhilfe

Die 203 durchgeführten Prüfungen im Berichtszeitraum teilen sich wie folgt auf:

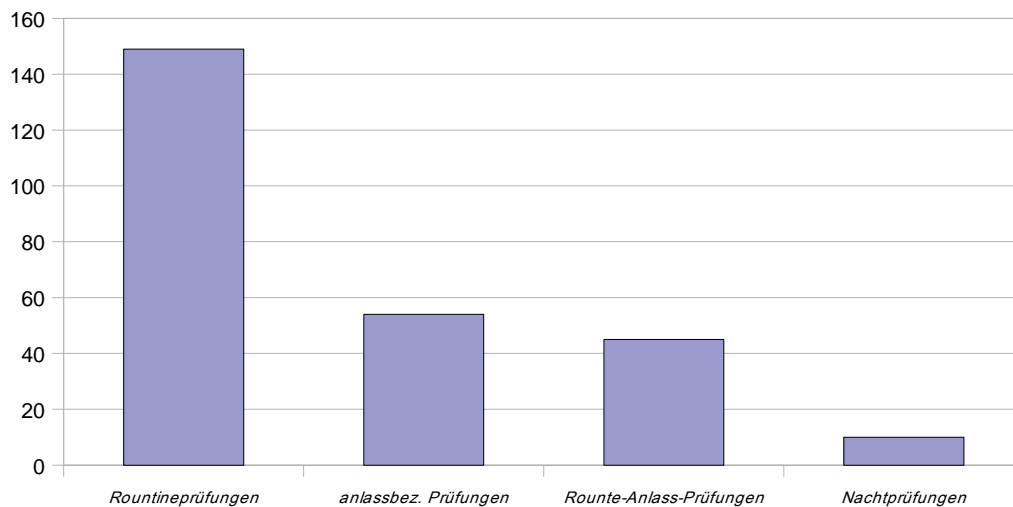


Abbildung 4: Prüfungen in der stationären Altenhilfe

Es erfolgten im Berichtszeitraum 54 anlassbezogene Prüfungen und 149 Routineprüfungen. Bei 45 der 149 Routineprüfungen wurden weitere bekannt gewordene Hinweise und Sachverhalte mit geprüft (Anlässe).

Genauso wie im letzten Berichtszeitraum fanden 10 Prüfungen während der Nachtzeit statt. Bei fast allen Nachtprüfungen schloss sich die Routineprüfung der Versorgung am Tag nahtlos an. Kritischen Versorgungssituationen konnte so mit dem Einverständnis der Betroffenen sofort nachgegangen werden.

Die **Prüfquote** lag im Bereich der stationären Altenhilfe bei **172%**.

#### • Geprüfte Versorgungssituationen in der Altenhilfe

Insgesamt wurde die Betreuung und Versorgung von **1383** Bewohnerinnen und Bewohner durch die Münchner Heimaufsicht überprüft (letzter Berichtszeitraum 1200), bei einem Verhältnis von **9342** anwesenden Pflegebedürftigen (mindestens Pflegestufe I) in der jeweiligen Einrichtung. Daraus ermittelt sich eine durchschnittliche **Stichprobe von 6,9** Bewohnerinnen und Bewohner pro Prüfung (n=203). Da die Stichprobe bei anlassbezogenen Prüfungen in der Regel kleiner ist (eventuell wird nur eine spezielle Versorgungssituation geprüft), ergibt sich rein rechnerisch ein deutlich höherer Wert für die Routineprüfungen.

Den Ausgangspunkt der Prüfung der Versorgung von Pflegebedürftigen bildet in der Regel der Pflegeprozess, der als anerkanntes Verfahren der Organisation der Pflege gilt. Nicht in jedem Fall kann die komplette Versorgungssituation in Kombination mit der umgesetzten Biografiearbeit geprüft werden. Zu komplex und vielfältig sind die Versorgungsmomente der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner. Auch hier müssen Schwerpunkte gesetzt werden, mittels derer dann größere Stichproben erfolgen können. Nach wie vor gilt der Grundsatz: Quantität ist für valide Aussagen von Bedeutung (z.B. Umgang mit Behandlungspflege, Wunden, Ernährung) – Qualität wird für die Aussage komplexer Themenbereiche benötigt (z.B. Beschäftigung und Versorgung bei Demenz).

### 1.3.2 Durchgeführte Prüfungen in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe

Die 181 durchgeführten Prüfungen im Berichtszeitraum teilen sich wie folgt auf:

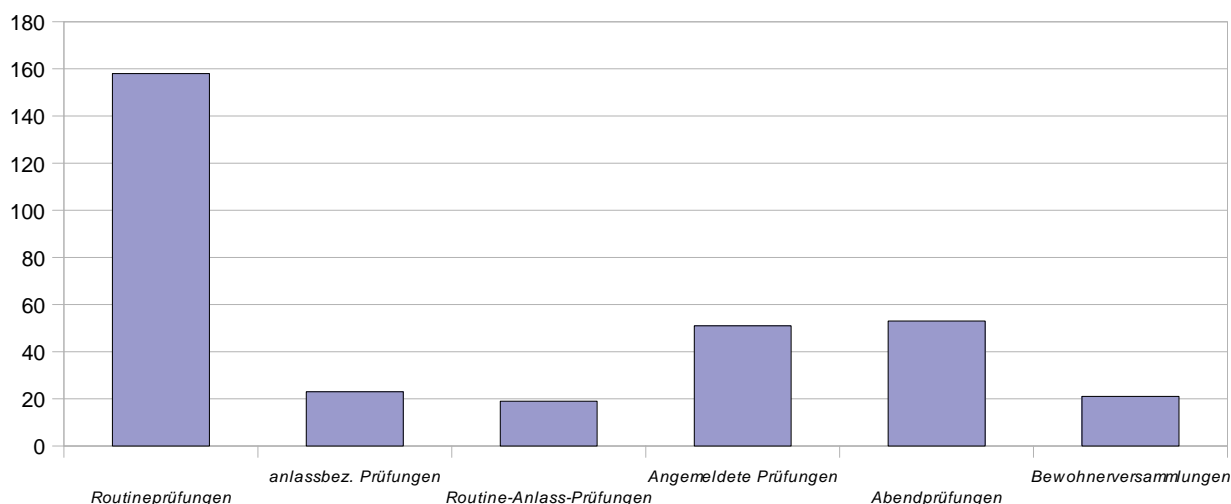


Abbildung 5: Prüfungen in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe

Es erfolgten im Berichtszeitraum 23 Anlass bezogene Prüfungen und 158 Routineprüfungen. Bei 19 Routineprüfungen wurden weitere bekannt gewordene Hinweise, Beschwerden und sonstige Sachverhalte mit besonderer Bedeutung geprüft (Anlässe).

Insgesamt waren 51 der Prüfungen angemeldet. Aufgrund der vorhandenen Struktur der Einrichtungen war dies notwendig, um die entsprechenden Ansprechpartner vor Ort erreichen zu können. Zunehmend findet jedoch eine diesbezügliche Anpassung an den Grundsatz „Unangemeldete Prüfungen sind Pflicht“ statt. So waren 2009 noch 37 Prüfungen angemeldet, 2010 bereits nur noch 14.

Bereits im letzten Berichtszeitraum hatte die Heimaufsicht damit begonnen, zunehmend Prüfungen in die Nachmittags-/Abendstunden zu verlegen. Dieses Vorgehen wurde im aktuellen Zeitraum weiter fortgesetzt. So fanden 53 Prüfungen zu Zeiten der höchsten Bewohneranwesenheit statt (17:00 Uhr – 20:00 Uhr). Darüber hinaus hat die Heimaufsicht an 21 Bewohnerversammlungen teilgenommen, um eine aktive Mitbestimmung/-wirkung der Bewohnerinnen und Bewohner direkt erleben zu können.

An den 181 Prüfungen waren summarisch insgesamt 256 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht beteiligt. Bei sämtlichen Prüfungen waren pädagogische Fachkräfte der Heimaufsicht anwesend, während in 62 Fällen pflegerische Fachkräfte bzw. Fachkräfte aus dem Bereich Verwaltung des Fachbereichs Altenhilfe an den Prüfungen teilgenommen haben. Je nach Schwerpunkt, Konzept der Einrichtung, festgestellten Mängeln oder Qualitätsempfehlungen bzw. Anlässen war somit ein flexibles Prüfverfahren möglich.

Gemeinsame Prüfungen mit anderen Behörden in den Einrichtungen der Behinderten-/Wohnungslosenhilfe:

Referat für Gesundheit und Umwelt:	5 Prüfungen
Bezirk Oberbayern:	7 Prüfungen

## 1.4 Beschwerden

### 1.4.1 Beschwerden in der stationären Altenhilfe

Im Berichtszeitraum sind **99** Beschwerden aus dem Bereich der Altenhilfe bei der Heimaufsicht eingegangen. Im Vergleich dazu lagen 2007/2008 116 Beschwerden vor. Ein Zusammenhang zwischen der Reduktion der Beschwerdeeingänge und einer möglichen Verbesserung der Pflegequalität kann grundsätzlich nicht hergestellt werden, zu labil gestaltet sich das Gesamtbild der stationären Pflegequalität.

Die 99 Beschwerden hatten 54 anlassbezogene Prüfungen zur Folge. Wie 45 weiteren Beschwerden wurde im Zuge der folgenden Routineprüfungen bzw. je nach Abwägung der Sachverhalte durch sonstige Maßnahmen bearbeitet (z.B. telefonische Kontaktaufnahme).

Insgesamt haben sich 41 Beschwerden bestätigt, 44 Beschwerden konnten nicht bestätigt werden. Bezüglich 14 Beschwerden konnte eine eindeutige Nachvollziehbarkeit nicht hergestellt werden.

Im Anschluss an die Beschwerdebearbeitung fanden insgesamt 21 isolierte Beratungstermine statt.

Die Beschwerdeführer gliedern sich wie folgt:

- 51x Angehörige
- 22x Personal
- 5x Bewohnerinnen und Bewohner
- 21x Sonstige (Betreuer, Ärzte, Ehrenamtliche, etc.)

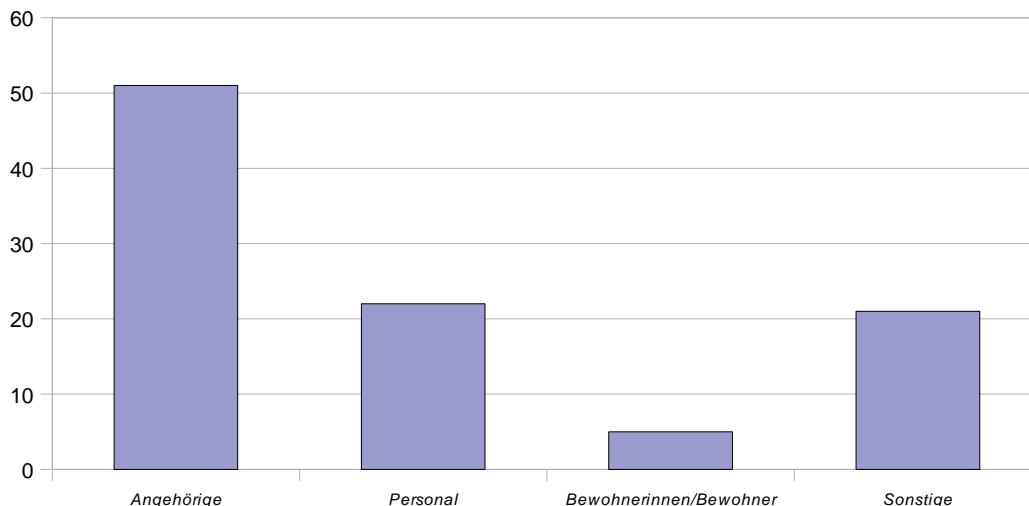


Abbildung 6: Beschwerdeführer in der stationären Altenhilfe

Die Beschwerdeinhalte berühren diverse Themenfelder, so erscheinen durchaus mehrere Bereiche in einer Beschwerde. Folgende Aspekte wurden dabei hauptsächlich benannt:

- 70x Aspekte der Pflege und Betreuung (Ernährung, Grundpflege, Kleidung, Umgang, etc.)
- 33x Bereiche rund um die Organisation, Dienstplanung, Fachkraftquote, Qualifikationen, etc.
- 13x Pflegedokumentation/Aufzeichnungspflichten (Dokumentenfälschung, Überbürokratie, etc.)

- 8x Aspekte baulicher Art (Licht, Barrierefreiheit, Begegnungsflächen, etc.)
- 3x Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

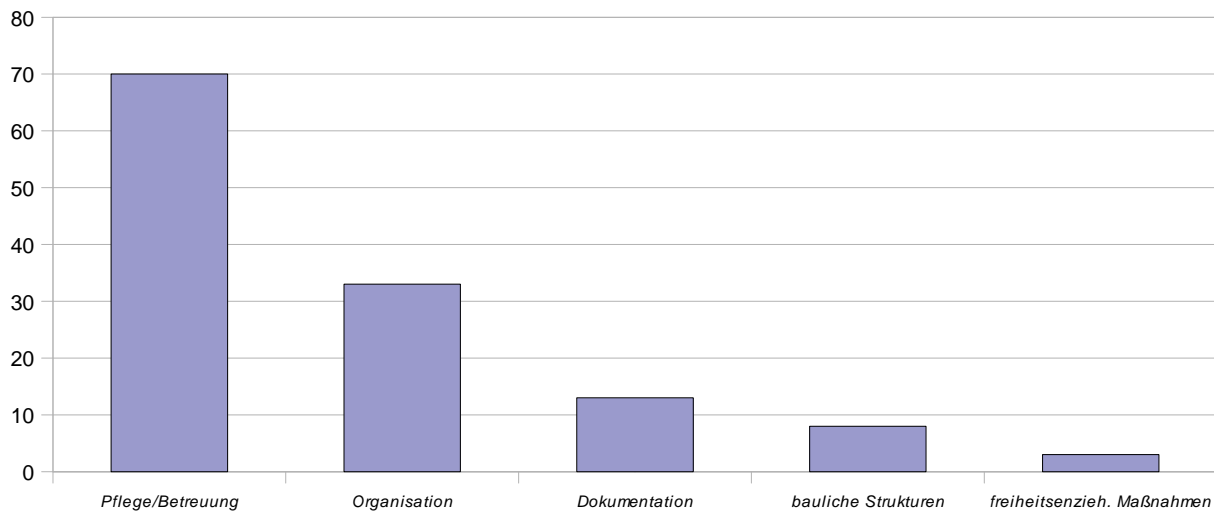


Abbildung 7: Beschwerdeinhalte in der stationären Altenhilfe

Weiterhin ist zu beachten, dass Beschwerdeführende sich oftmals an mehrere Instanzen mit ihrem Anliegen wenden. Grundsätzlich werden bei der Bearbeitung der Beschwerden die Schnittstellen zu weiteren Instanzen beachtet, um ein effektives Handeln sicher zu stellen. Vor allem die Schnittstelle zur Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege benötigt eine kontinuierliche Abstimmung, einerseits zur Vermeidung unnötiger doppelter Bearbeitungen, andererseits zur Betonung der unterschiedlichen Problemlösungsansätze. Die vorgelegten Zahlen beziehen sich nur auf solche Fälle, welche von der Heimaufsicht bearbeitet worden sind.

#### 1.4.2 Beschwerden in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe

Im Berichtszeitraum sind 54 Beschwerden aus dem Bereich der Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe bei der Heimaufsicht eingegangen. Im Vergleich dazu waren es 2007/2008 33 Beschwerden. Der Anstieg der Beschwerden um ca. 64% ist nicht auf eine allgemeine Verschlechterung der Qualität zurückzuführen, sondern eher auf den zunehmend stärker werdenden Bekanntheitsgrad der Heimaufsicht als Ansprechpartner.

Die 54 Beschwerden hatten 23 anlassbezogene Prüfungen zur Folge, während 31 eingegangene Beschwerden im Rahmen der folgenden Prüfungen nachgegangen wurde. Insgesamt haben sich 18 Beschwerden bestätigt. 25 Beschwerden konnten nicht bestätigt werden, während in 11 Fällen eine abschließende Beurteilung aufgrund der komplexen Zusammenhänge nicht durchgeführt werden konnte.

Da sich die Beschwerdeinhalte häufig auf „Vergangenes“ beziehen, gestaltet sich eine vollkommene Rekonstruktion der Sachverhalte auch hier als schwierig. Emotionen und unterschiedliche Vorstellungen von „guter Betreuung“ prallen aufeinander (Angehörige, Mitarbeiter, Bewohner), wodurch eine abschließende Einschätzung deutlich erschwert wird. Ungeklärte Sachverhalte bleiben jedoch im Fokus der Folgeprüfungen.

Im Anschluss an die Beschwerdebearbeitung fanden 34 zusätzliche „isolierte Beratungstermine“ in den Einrichtungen statt. Gerade bei komplexen Sachverhalten ist eine adäquate Aufbereitung der möglichen Fehlerquellen sinnvoll. Das Beratungsangebot der Heimaufsicht wird auch im Bereich der Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe zunehmend durch die Einrichtungen aufgegriffen.

Die Beschwerden verteilen sich gemäß den Einrichtungstypen folgendermaßen:

- 18x Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung
- 16x Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
- 11x Einrichtungen für Menschen mit schwerstmehrfacher Behinderung
- 5x Einrichtungen für Menschen mit körperlicher Behinderung
- 4x Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung

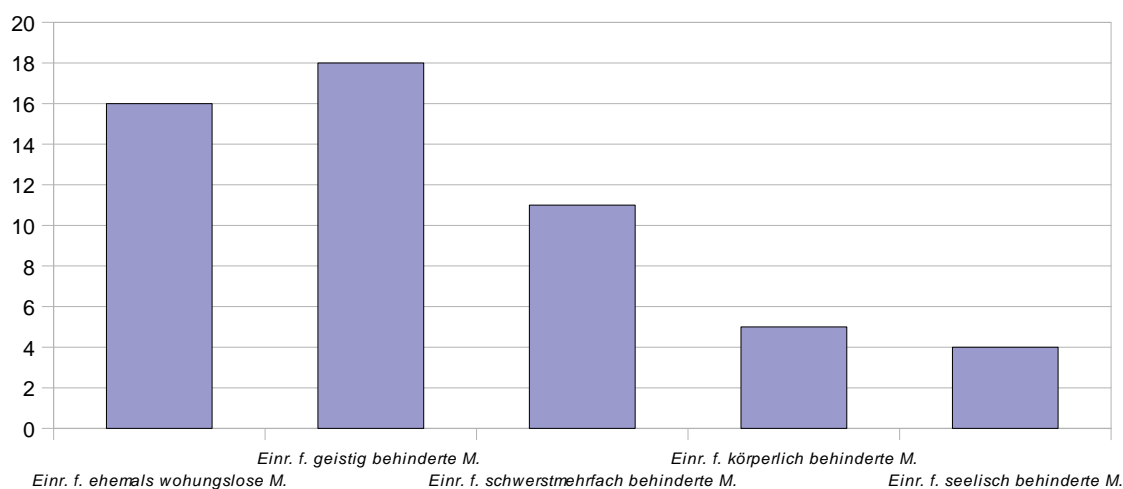


Abbildung 8: Beschwerdebereich der Eingliederungshilfe

Die Beschwerdeführer gliedern sich wie folgt:

- 21x Angehörige
- 19x Bewohnerinnen und Bewohner
- 4x Personal
- 10x Sonstige (Betreuer, Ärzte, Ehrenamtliche, etc.)

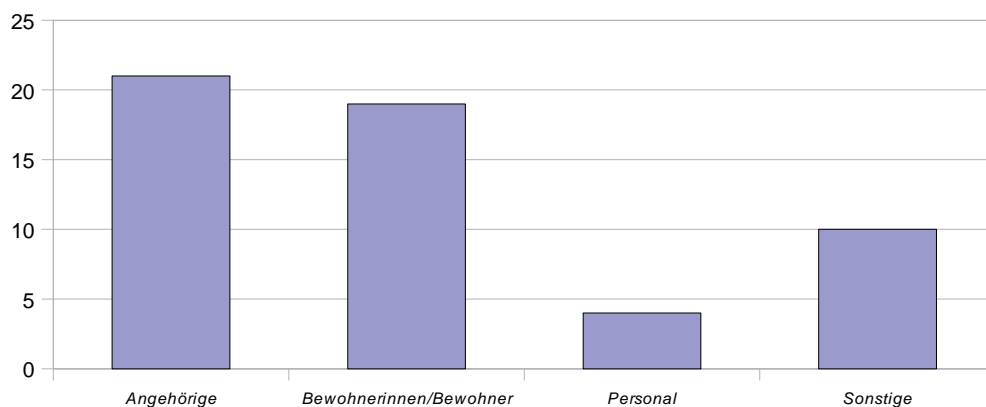
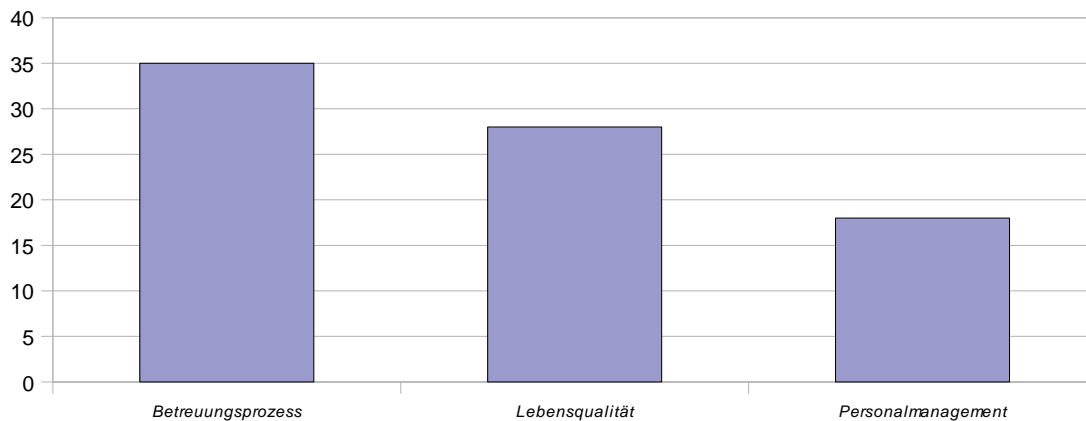


Abbildung 9: Beschwerdeführer der Eingliederungshilfe

Die Beschwerdeinhalte berühren diverse Themenfelder, so können durchaus mehrere Bereiche in einer Beschwerde erscheinen. Folgende Aspekte wurden dabei hauptsächlich benannt:

- 35x Aspekte und Ausgestaltung des Betreuungsprozesses
- 28x Aspekte der Lebensqualität (Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Interessen, etc.)
- 18x Umgang durch das Personal

Abbildung 10: Beschwerdeinhalte der Eingliederungshilfe



## 1.5 Festgestellte Mängel

Mängel liegen bei Abweichung von den Anforderungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes vor. Im Fokus der Mangelfeststellungen liegt für die Münchner Heimaufsicht die Gefährdung des Bewohnerwohls. Gemäß der Legaldefinition des Mangels können auch Abweichungen von den Art. 4, 5 und 6 PflWoqG als Mängel benannt werden, z.B. bei Versäumnissen von Anzeigepflichten oder Aufzeichnungspflichten (vgl. Burmeister/Gaßner/König/Müller 2009). Bei letztgenannten Aspekten kann in der Regel jedoch, im Sinne der Entbürokratisierung, auf eine Ahndung durch eine Mangelfeststellung verzichtet werden.

Liegen konkrete oder abstrakte Gefahren für die Bewohnerinnen und Bewohner vor, werden entsprechende kostenpflichtige Mängelberichte erstellt. Werden erhebliche Mängel vorgefunden (z.B. eingetretene Beeinträchtigungen der Bewohnerinnen und Bewohner) oder sind vorhandene Mängel nicht abgestellt worden, können entsprechende Anordnungen mit Zwangsgeldandrohung ergehen (siehe folgendes Kapitel).

Da die festgestellten Mängel im Zusammenhang mit den Aussagen zur Qualität stehen, finden sich die konkreten Ausführungen hierzu im **Zweiten Teil** des vorliegenden Berichts.



## 1.6 Veranlasste Maßnahmen und Anordnungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Im Folgenden werden die durch die Heimaufsicht erlassenen Maßnahmen der Jahre 2009/2010 dargestellt.

### 1.6.1 Anordnungen

Anordnungen werden dann erlassen, wenn festgestellte Mängel trotz entsprechender Beratung durch die Heimaufsicht nicht fristgerecht beseitigt werden. Anordnungen werden auch mit sofortiger Wirkung verfügt, wenn erhebliche Mängel festgestellt worden sind, die das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner deutlich beeinträchtigen.

Die Art und der Umfang der Anordnung hängen von der Schwere des festgestellten Qualitätsdefizits, von der Gefahr für das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner und des Gesamtqualitätszustands der jeweiligen Einrichtungen ab. Handlungsleitende Risikoindikatoren sind ferner: Ein hohes Maß an Fluktuation in der Einrichtung, hohe Krankheitsquoten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gehäufte Anzahl von Beschwerden, festgestellte Defizite der letzten Prüfungen etc.

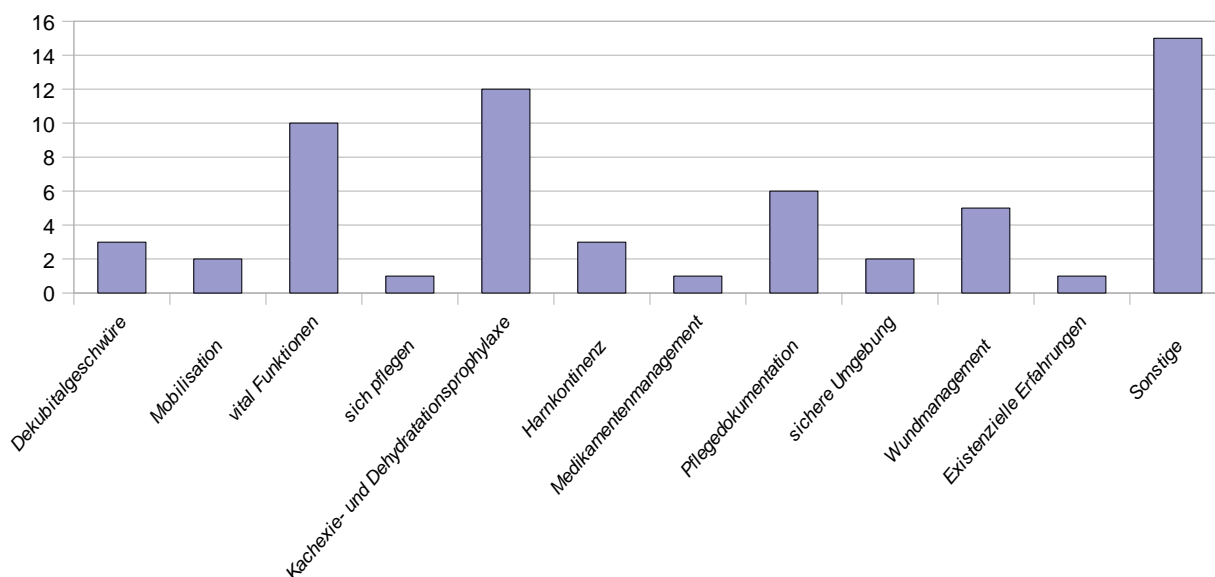
#### • Zahl der Anordnungen

Aufgrund festgestellter Defizite wurden in 9 Fällen Anordnungsbescheide mit der Androhung von Zwangsgeldern erstellt. Insgesamt betraf dies 65 einzelne Auflagepunkte.

Von diesen ordnungsrechtlichen Maßnahmen musste vor allem deshalb nur relativ selten Gebrauch gemacht werden, da bestehenden Defiziten häufig auf anderen Wegen abgeholfen werden konnte (u.a. Begleitung, Beratung, sofortiges Abstellen, Kooperationsbereitschaft, Fehlereinsicht).

Die 65 Anordnungspunkte gliedern sich thematisch wie in folgender Abbildung dargestellt:

Abbildung 11: Anordnungspunkte



### 1.6.2 Aufnahmestopp/Teilschließung

Im Berichtszeitraum wurden in 10 Fällen Aufnahmestopps verhängt. Freie oder frei gewordene Plätze (z.B. nach dem Versterben von Bewohnerinnen und Bewohnern) dürfen dann nicht wieder belegt werden.

Der Aufnahmestopp kommt einer Teilschließung gleich. Es handelt sich somit um eine besonders gravierende ordnungsrechtliche Maßnahme, die je nach Dauer des Belegungsstopps erhebliche finanzielle Einbußen für den Träger zur Folge haben kann. Das Ziel dieser Maßnahme ist eine Beruhigung grundlegend problematischer Situationen vor Ort, durch eine stetige Reduzierung der in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner. Grundsätzlich handelt es sich um einen wirkungsvollen Eingriff, der je nach Ergebnis der Folgeprüfung weiter bestehen bleibt oder aufgehoben wird. So liegt die Mindestdauer eines Aufnahmestopps in der Regel bei 3 bis 4 Monaten. In einem Fall betrug er 15 fortlaufende Monate.

### 1.6.3 Schließung/Untersagung

Im Berichtszeitraum musste eine stationäre Einrichtung durch die Heimaufsicht geschlossen werden. Diese „ultima ratio“ war nach entsprechend vorangegangenen Maßnahmen (Beratung, Mängelbescheide, Aufnahmestopp), intensiver Begleitung sowie einem hohen Beschwerdeaufkommen notwendig geworden.

### 1.6.4 Beschäftigungsverbote

Im Berichtszeitraum wurde ein Beschäftigungsverbot gegen einen fachlich nicht geeigneten Einrichtungsleiter ausgesprochen.

### 1.6.5 Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft

In 7 Fällen wurden Sachverhalte an die Staatsanwaltschaft München I weitergeleitet, zur strafrechtlichen Prüfung. In der Regel handelt es sich hierbei um schwerwiegende Körperverletzungs- bzw. Gewaltdelikte.

### 1.6.6 Sonstige Maßnahmen in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe

Im Berichtszeitraum musste nur ein Sachverhalt an die Staatsanwaltschaft weiter geleitet werden. Darüber hinaus musste ebenfalls nur in einem Fall ein Aufnahmestopp erlassen werden, der jedoch auf freiwilliger Basis vereinbart werden konnte. Aufgrund hoher Krankheitsquoten und einer hohen Fluktuation innerhalb der Einrichtung konnte eine zunehmende Verschlechterung der bereits festgestellten kritischen Gesamtqualität nicht ausgeschlossen werden. Durch den Aufnahmestopp und eine intensive Begleitung durch die Heimaufsicht konnte ein weiteres Abgleiten der Ergebnisqualität verhindert und eine positive Entwicklung angestoßen werden.

## 1.7 Isolierte Beratungen

Die essentiellen Kerntätigkeiten der Heimaufsicht sind die Durchführung von Prüfungen und die Aufnahme von Beschwerden inklusive der Einleitung der jeweils entsprechenden Maßnahmen.

Mittlerweile nimmt die Beratung der Einrichtungen bei der Münchner Heimaufsicht einen besonderen Schwerpunkt ein. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass Prüfungen zur Qualitätsverbesserung zwar beitragen, jedoch keine Qualitätsphilosophie in die Einrichtungen von Außen „hineingeprüft“ werden kann. Beratungen sollen letztgenanntes Phänomen ausgleichen. Sie stellen ein freiwilliges Angebot dar. Eine verpflichtende Inanspruchnahme würde der qualitätsverbessernde Zielrichtung zuwiderlaufen.

Insgesamt ist eine deutliche Zunahme der Beratungsanfragen erkennbar. Je nach Möglichkeit versucht die Heimaufsicht dem Bedarf nach zu kommen. Gerade nach festgestellten Defiziten kann oftmals wertvolle Unterstützung angeboten werden. So fanden im Berichtszeitraum insgesamt 323 Beratungen außerhalb der Prüfungen statt (214 im Bereich Altenhilfe/109 im Bereich der Behinderten-/Wohnungslosenhilfe).

Darüber hinaus ist die Heimaufsicht auch Anlaufstelle für Interessierte rund um das Thema Alten- und Behindertenhilfe. Hinsichtlich der Beratung dieser Personengruppe werden keine konkreten Zahlen statistisch festgehalten. Zu unterschiedlich gestaltet sich hier die Bandbreite der Anfragen sowie die inhaltliche Tiefe und Länge der Gespräche und Treffen.

### 1.7.1 Altenhilfe

Die 214 „Isolierten Beratungen“ im Bereich der Altenhilfe teilen sich dabei nach Adressaten wie folgt auf:

- 159x Personal/Einrichtung
- 29x Angehörigen
- 16x Bewohnerinnen und Bewohner
- 10x Sonstige (Ärzte, Betreuer, etc.)

Thematisch gliedern sich die Beratungen gemäß folgender Übersicht:

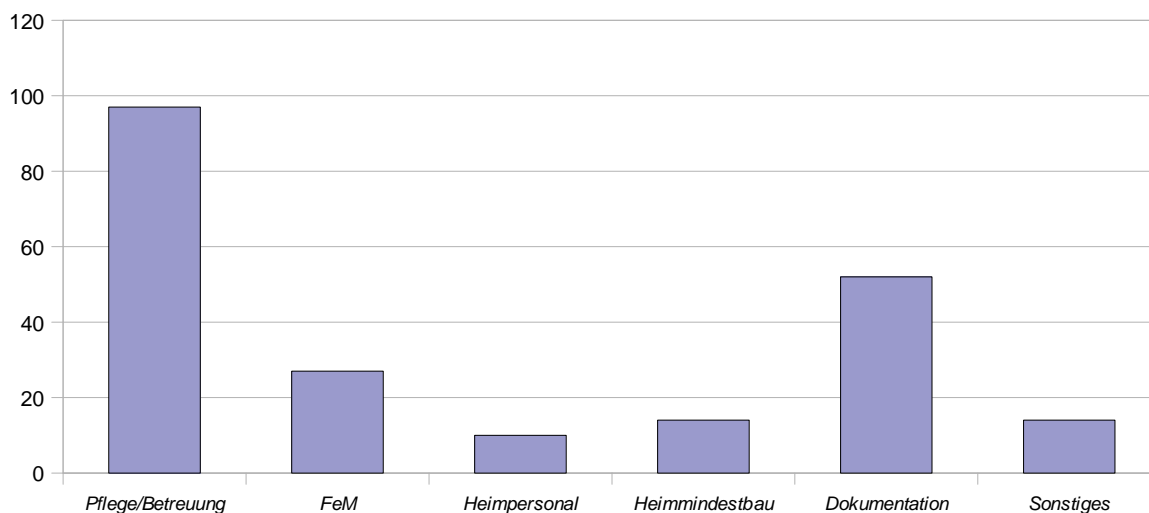


Abbildung 12: Themenbereiche der isolierten Beratungen

### 1.7.2 Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe

Wurden in den Jahren 2007/2008 noch 60 Beratungstermine durchgeführt, waren es 2009/2010 bereits 109 (2009: 41 / 2010: 68).

Die 109 „Isolierten Beratungen“ im Bereich der Behinderten-/Wohnungslosenhilfe betrafen folgende Ebenen:

- 76x Personal/Einrichtung
- 15x Angehörigen in besonderen Betreuungssituationen
- 9x Bewohnerinnen und Bewohner in besonderen Betreuungssituationen
- 9x Sonstige (Ärzte, Betreuer, etc.)

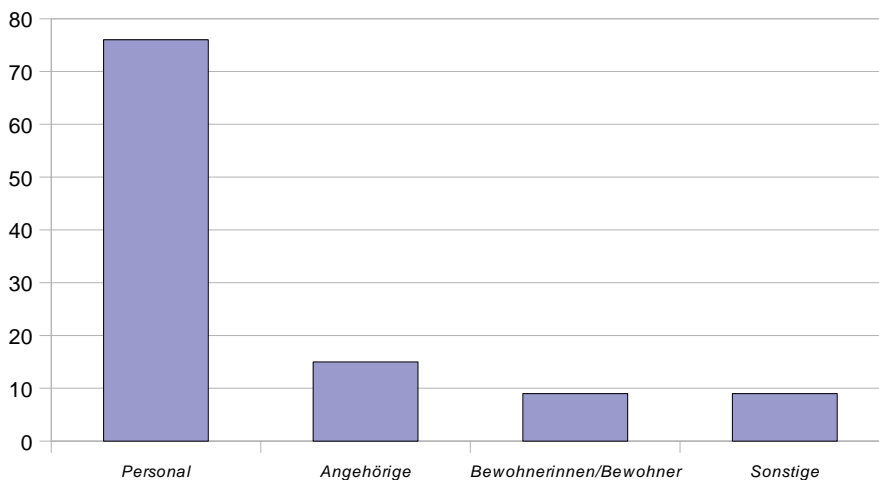


Abbildung 13: Isolierte Beratungen

Thematisch erfolgten zu folgenden Bereichen Beratungen, dabei sind auch mehrere Themen pro Beratungstermin berücksichtigt:

- 30x Lebensqualität (Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Interessen, etc.)
- 29x Betreuungsprozess
- 23x Schnittstelle Pädagogik / Pflege
- 22x Dokumentation
- 11x Konzeption / bauliche Gestaltung
- 11x Bewohnervertretung
- 8x Umgang mit Medikamenten
- 8x Fragen rund um das Personal (Qualifikation, „Wer darf was?“, etc.)
- 7x Hygiene

## 1.8 Organisation und Strategie der Münchner Heimaufsicht

### 1.8.1 Organisation und Vorgehen der Münchner Heimaufsicht

Die Heimaufsicht ist in drei Fachteams untergliedert:

- Team Verwaltung, bestehend aus fünf Fachkräften aus dem Bereich der Verwaltung
- Team Altenhilfe, bestehend aus fünf Fachkräften aus dem Bereich der Pflege
- Team Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe, bestehend aus vier Fachkräften aus dem Bereich der Pädagogik(drei Vollzeitstellen).

Für die Leitung der Heimaufsicht wurde eine Doppelspitze installiert, bestehend aus einer Pflegefachkraft sowie einer Fachkraft der Verwaltung. Der Mehrdimensionalität der Prüffragen soll somit auch durch die Organisation der Vollzugsbehörde entsprechend Rechnung getragen werden.

Die Personen der einzelnen Teams sind mitunter teamübergreifend tätig, wobei Prüfungen in Einrichtungen der Altenhilfe durch jeweils eine Pflegefachkraft und eine Fachkraft aus dem Bereich

der Verwaltung erfolgen. Je nach risikoorientiertem Bedarf nahmen auch vier bis sechs Personen an Prüfungen teil.

In Einrichtungen der Behindertenhilfe sind nach Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, Konzept und allgemeinen Risikoindikatoren (Qualitätsbild der letzten Prüfungen, Beschwerden, Hilfebedarf) als handlungsleitend für die Personalbesetzung der Prüfungen. So werden Prüfungen häufig nur von einer Person durchgeführt. In einem Fall waren auch sechs Personen an der Prüfung beteiligt, um eine valide Aussagekraft bezüglich der festgestellten Qualität zu erhalten.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird in einzelnen Fällen in die Prüfungen mit eingebunden. Ein kontinuierlicher Austausch ist sicher gestellt.

## 1.8.2 Sonstige Aktivitäten

Die Münchner Heimaufsicht ist Initiator und federführende Stelle für eine Reihe von Arbeitskreisen. Darüber hinaus ist sie Mitglied in wichtigen von Foren und Gremien. Unter anderem sind dies:

- Münchner Pflegekonferenz
- Bundesfacharbeitskreis Heimrecht („BuFaH“)
- Qualitätszirkel der bayerischen Heimaufsichten
- Arbeitskreis Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (überregionaler Austausch)
- Qualitätskoordination der bayerischen Heimaufsichten
- Arbeitsgemeinschaft Pflege und Wohnqualitätsgesetz: „ARGE“ (regionaler Austausch)
- Arbeitskreis „Pflege“ der Regierung von Oberbayern

### Besondere Aktivitäten im Berichtszeitraum waren:

#### • **Entwicklung eines Beratungskonzepts zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen (FeM)**

Die Münchner Heimaufsicht hat im Jahr 2010 ein gesondertes Beratungskonzept zur Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen entwickelt. Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe können sich freiwillig daran beteiligen.

Bis Mitte 2011 haben 7 Einrichtungen an dem Projekt teilgenommen und jeweil ca. 3 bis 6 Beratungstermine in Anspruch genommen. Die ersten Erfolge sind bereits deutlich ablesbar: Eine Reihe von Maßnahmen mit bewegungseinschränkendem oder freiheitsentziehendem Charakter konnte bereits abgebaut werden (Bettgitter, Bauchgurte, etc.). Das Beratungskonzept wird daher im neuen Berichtszeitraum weitergeführt, aktuell in einer adäquaten Form verschriftet und demnächst Interessierten zur Verfügung gestellt.

#### • **Prüfkonzept Sozialpsychiatrie/Suchthilfe**

Mit Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungen und Trägern der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe wurde gemeinsam ein Prüfkonzept erarbeitet, welches fachlich adäquate Prüfkriterien enthält. Das Konzept wurde an das Bayerische Sozialministerium übermittelt, mit der Bitte um Berücksichtigung bei der Weiterentwicklung des Prüfleitfadens für die bayerischen Heimaufsichten. Die Prüfungen können nun zielgerichteter auf die jeweiligen Einrichtungskonzepte abgestimmt werden.

#### • **Überarbeitung der Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM)**

Mit Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungen und Trägern der stationären Behindertenhilfe sowie einer Reihe weiterer Stellen (Betreuungsstelle der LHM, Regierung von Oberbayern, Bezirk Oberbayern) wurde das Empfehlungspapier zum Umgang mit FeM überarbeitet. Das bis dahin be-

stehende Papier hatte den Bedarf des Bereichs der Behindertenhilfe zu wenig berücksichtigt.

- **Bundesfacharbeitskreis Heimrecht („BuFaH“)**

Im April 2010 trafen sich für drei Tage Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichten aus dem Bundesgebiet im KVR, um aktuelle Vollzugsherausforderungen und besondere Entwicklungen der Versorgungslandschaft zu diskutieren. Der BuFaH besteht seit 11 Jahren und ist eine freiwillige Initiative diverser Heimaufsichten aus dem gesamten Bundesgebiet. Der BuFaH findet halbjährlich, mit wechselndem Veranstaltungsort statt, und tagte zum ersten Mal in München.

- **Projekt „Messung von Qualität“**

Mit der Katholischen Stiftungsfachhochschule (KSFH) besteht im vierten Jahr in Folge eine Kooperation zum Thema „Messung von Qualität in der stationären Altenhilfe“. Inhalt des Projekts ist eine auf wissenschaftlichen Indikatoren beruhende kritische Auseinandersetzung mit bestehenden Messverfahren, mit dem Ziel der Verbesserung der Vorgehensweise der Münchner Heimaufsicht.

- **Weiterentwicklung des Prüfleitfadens der bayerischen Heimaufsichten (FQA)**

Die Münchner Heimaufsicht war aktiv an der Entwicklung von Prüfkriterien und -verfahren für die bayerischen Heimaufsichten beteiligt.

- **Kontinuierlicher Dialog**

Nach wie vor gibt es keine allgemein anerkannte Definition und Vorstellung von „guter Pflege“ oder „guter Pädagogik“. Von daher müssen entsprechende Vorstellungen durch einen kontinuierlichen Dialog mit den betreffenden Personen entwickelt werden. So war die Heimaufsicht regelmäßig bei Veranstaltungen des Seniorenbeirats, dem Bürgerforum Pflege oder dem Pflegestammtisch vertreten. Darüber hinaus hat die Heimaufsicht an Angehörigenabenden und Bewohnerversammlungen ihre Beratung angeboten und stand als Ansprechpartner zur Verfügung. Es wurden Vorträge in Alten- und Servicezentren und in den Münchner Altepflageschulen gehalten; mit der Verbraucherzentrale finden regelmäßig Fallbesprechungen statt.

Mit der „Fachwelt“ steht die Heimaufsicht ebenfalls in kontinuierlichem Austausch. An diversen Trägerveranstaltungen nahm die Heimaufsicht teil, um Rede und Antwort zu den Anforderungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes zu stehen.

- **Newsletter**

Durch einen regelmäßigen Versand von Newslettern wird die Informationsarbeit zusätzlich gestützt. Die Newsletter verstehen sich dabei nicht nur als reine Informationsweitergabe sondern als bewusster Appell an die Einrichtungen und Träger, sich auch kritisch zur Tätigkeit der Heimaufsicht zu äußern und so zum Feedbackmanagement des KVR beizutragen.

### Geplante Aktivitäten im neuen Berichtszeitraum sind:

- Aufbau einer Internetplattform zur Veröffentlichung der Prüfberichte gemäß Art. 6 Abs. 2 PflWoqG
- Weiterbehandlung der Thematik Psychopharmaka; Schwerpunkt: Bedarfsmedikation
- Vertiefung des Beratungskonzeptes zur Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen und diesbezügliche Vernetzung mit den Münchner Ausbildungsstätten (Altenpflageschulen, Katholische Stiftungsfachhochschule: KSFH) zur Schaffung eines Wissenstransfers
- Weiterführung des Projektes „Messung von Qualität in der stationären Altenhilfe“ mit der KSFH
- Entwicklung einer Strategie in Bezug auf die Thematik „Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe“
- Projektplanung zur „Reduzierung bürokratischer Anforderungen für stationäre Einrichtungen“ (Beginn Juli 2011)

## 2 Festgestellte Qualität in der Münchner stationären Alten- und Behindertenhilfe

### 2.1 Qualität in der stationären Altenhilfe

#### 2.1.1 Allgemeine Aussagen zur Gesamtqualität

Insgesamt hat sich die pflegerische Versorgungssituation in den Münchner Einrichtungen in den letzten zwei Jahren nicht grundlegend verändert.

Die Qualität ist nach wie vor nicht so, wie sie sein müsste und wie wir sie uns für die alten und pflegebedürftigen Menschen in den Einrichtungen wünschen:

Die Anzahl der durch die Münchner Heimaufsicht festgestellten Defizite ist immer noch zu hoch. Immer wieder werden prekäre Situationen vorgefunden, in denen Bewohnerinnen und Bewohner massiv zu Schaden gekommen sind oder unter „gefährlichen“ Bedingungen versorgt werden. Von den 56 stationären Einrichtungen der Altenhilfe sind seit Jahren, zwar im Wechsel, jedoch kontinuierlich ca. 5-6 Einrichtungen im besonders kritischen Fokus der Heimaufsicht.

Umgekehrt kann in einigen Bereichen durchaus von einer zufriedenstellenden oder angemessenen Versorgung gesprochen werden und es gibt oftmals Verbesserungen und positive Entwicklungen:

Die Professionalität hat zunehmend Einzug in den Alltag der Altenpflege gefunden. Aspekte des Risiko- oder Qualitätsmanagements tragen zu einer positiven Qualitätsentwicklung bei. Allerdings besteht hier die Gefahr der Verselbstständigung von Qualitätsmanagementsystemen, z.B. durch die Verwendung von zu vielen sinnlosen Checklisten oder einem Risikomanagement, das nach dem „Gießkannenprinzip“ ausgeführt wird. In Kombination mit fehlender Führungskompetenz verlieren sich ursprünglich „gut gemeinte“ Ideen in der Folge häufig in hausgemachter Bürokratie.

Der Bereich der sozialen Betreuung/Beschäftigung weist ebenfalls eine stetige Weiterentwicklung auf. Die Assistenzkräfte, die zusätzlich durch die Einrichtungen im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eingestellt werden können sowie das Förderprogramm der Heiminternen Tagesbetreuung („HiT“) der LHM, haben einen deutlich positiven Einfluss ausgeübt. Im Bereich des Umgangs mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sind deutlich positive Entwicklungen erkennbar (weitere Ausführungen folgen).

#### 2.1.2 Überprüfte Versorgungssituationen

Im Berichtszeitraum wurde die Betreuung und Versorgung von **1383** Bewohnerinnen und Bewohner durch die Münchner Heimaufsicht überprüft (letzter Berichtszeitraum ca. 1200), bei einem Verhältnis von **9342** anwesenden Pflegebedürftigen (mindestens Pflegestufe I) in der jeweiligen Einrichtung am Tag der Prüfung. Daraus ermittelt sich eine durchschnittliche **Stichprobe von 6,9** Bewohnerinnen und Bewohner pro Prüfung (n=203).

Da die Stichprobe bei anlassbezogenen Prüfungen in der Regel kleiner ist (eventuell wird nur eine spezielle Versorgungssituation geprüft), ergibt sich rein rechnerisch ein deutlich höherer Wert für die Routineprüfungen.



### 2.1.3 Pflegequalität in den Einrichtungen der Altenhilfe (Bewertung nach K. Kämmer)

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum zu 1120 pflegerischen Interventionen und Sachverhalten Aussagen zur Güte, in Anlehnung an die Kriterien nach Kämmer, abgegeben. Dabei gliedern sich diese wie folgt:

- Optimale Pflege: 47x (aktive Mitgestaltung, Integration, das individuelle Schicksal wird berücksichtigt, etc.)  
Beachte: 2007/2008: 35x
- Angemessene Pflege: 474x (Grundbedürfnisse und persönliche Interessen sind im Einklang, ausgewogenes Angebot ist vorhanden, etc.)  
Beachte: 2007/2008: 721x
- Routine Pflege: 244x (Basisversorgung ist sicher gestellt, Funktionspflege, etc.)  
Beachte: 2007/2008: 381x
- Gefährliche Pflege („Mängel“): 355x (Mängel: Schaden oder drohende Beeinträchtigung)  
Beachte: 2007/2008: 144x

Die Sicherstellung einer „**guten Basisversorgung**“ in Form einer „**angemessenen Pflege**“ war in den meisten Fällen gewährleistet.

Demgegenüber steht eine hohe Anzahl festgestellter „**gefährlicher Pflege**“ (Schaden für die Bewohnerin oder den Bewohner), die sogar um einiges höher liegt als noch im Berichtszeitraum 2007/2008 (im Einzelnen s.u.). Für den aktuellen Berichtszeitraum liegt eine signifikante Steigerung der festgestellten Mängel vor.

Grundsätzlich ist die Steigerung der festgestellten Mängel bzw. die Reduzierung „angemessener Feststellungen“ in der veränderten Strategie der Heimaufsicht zu suchen: Häuser mit Qualitätsdefiziten werden häufiger und mit einem größerem Prüftteam geprüft („Risikoorientierte Prüfung“), so dass in der Folge auch die Anzahl der festgestellten Mängel gestiegen ist.

Ein direkter Zusammenhang zwischen der gesteigerten Anzahl der festgestellten Mängel und einer Verschlechterung der Gesamtqualität kann nicht unbedingt abgeleitet werden.

Bei der „Routinepflege“ ist folgendes zu berücksichtigen: Routineversorgung bedeutet auch die Vernachlässigung von persönlichen Gewohnheiten (z.B. kaum vorhandene Biografiearbeit) und eine Pflege nach „Schema F“, bei der die hausinternen Abläufe das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner bestimmen.

Die geringe Anzahl von optimaler Versorgung, die hohe Zahl gefährlicher Pflege und Routinepflege zeigen deutlich auf, dass eine wünschenswerte Versorgung noch lange nicht erreicht ist.

**Von einer Entwarnung in der Pflege kann daher noch nicht gesprochen werden.**

#### **Zusammenfassung:**

**Insgesamt betrachtet kann festgehalten werden, dass einige Einrichtungen durchaus auf einem hervorragendem Qualitätsniveau angekommen sind oder sich in diese Richtung bewegen. Jedoch zeigt sich, dass trotz einer Reihe von Einrichtungen mit positiver Gesamtqualität die pflegerische Versorgung in der Summe der Feststellungen noch deutlichen Defiziten unterliegt. Die Pflege ist immer noch in vielen Fällen selbst der Pflegefall. Ohne eine externe Überprüfung konnte eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde oftmals nicht sichergestellt werden.**

## 2.1.4 Kritische Anmerkung zur Bewertung nach K. Kämmer

Die von der Münchner Heimaufsicht zur Güte der Qualität benannten Aussagen beziehen sich auf die Merkmale zur Pflegequalität nach K. Kämmer (Kämmer, K.(1994), in: Köther, I. 2005, „Thiemes Altenpflege“, Stuttgart: Georg Thieme- Verlag). Dabei können jedoch nur bestimmte fachliche Bereiche bewertet werden, für die ein ausreichendes empirisches Fundament vorliegt. Den fachlichen Schwerpunkt bilden dabei „Thiemes Altenpflege“ (vgl. Köther 2005) und die Nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

In diesem Zusammenhang ist jedoch Folgendes zu berücksichtigen:

Die Erbringung einer pflegerischen Dienstleistung zeichnet sich primär durch die Beziehung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und dem Pflegepersonal aus. Die oftmals versteckten und kaum wahrnehmbaren zwischenmenschlichen Vorgänge, die aber für eine gelungene Beziehung essentiell sind, können nur bedingt von Außen „gemessen“ werden.

Nichts desto trotz gibt es Möglichkeiten, einzelne Aspekte der pflegerischen Qualität fachlich zu bewerten. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass hierfür insbesondere physische Versorgungsaspekte geeignet sind, z.B. das Ernährungsmanagement, der Umgang mit Wunden, die Umsetzung ärztlicher Anordnungen, Harnkontinenzförderung, Dekubitusprophylaxe, etc.

## 2.1.5 Festgestellte Mängel

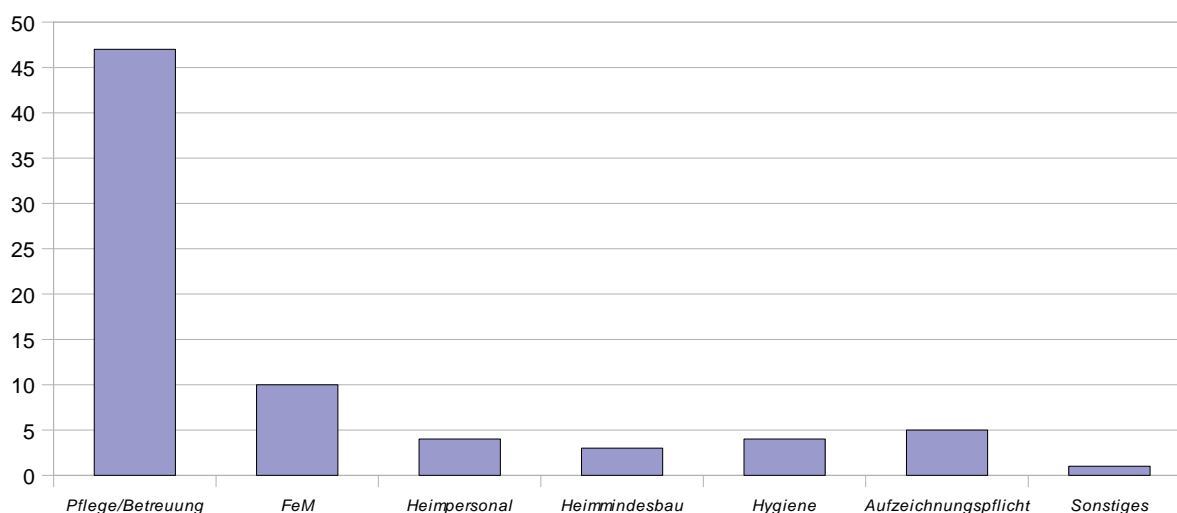
Insgesamt lagen bei **32 %** der durchgeführten Prüfungen Mängel vor.

So wurden bei den 203 durchgeführten Prüfungen bei 65 Prüfungen Mängel im Sinne des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes festgestellt.

Im Bereich der Pflege und Betreuung wurden bei 47 Prüfungen Mängel festgestellt, dabei lagen 355 Einzelmängel vor („Gefährliche Pflege“).

Zusätzlich wurden in 28 weiteren Fällen Mängel außerhalb der Pflege und Betreuung vorgefunden.

Abbildung 14: Mängelfeststellungen nach Themenbereichen



*Erläuterung der Tabelle - Anzahl der Mängelfeststellungen nach Bereichen:*

Pflege und Betreuung: 47x, davon 355 Einzelfälle von Gefährlicher Pflege;

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM): 10x; Heimpersonalverordnung: 4x;

Heimmindestbauverordnung:3x; Hygiene:4x; Aufzeichnungs- /Aufbewahrungspflichten:5x  
Sonstiges:1x

Für den aktuellen Berichtszeitraum liegt eine signifikante Steigerung der festgestellten Mängel vor: Wurden im Berichtszeitraum 2007/2008 insgesamt 205 Mängel im Sinne des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes festgestellt, so sind es im aktuellen Zeitraum nun 382.

Grundsätzlich ist die deutliche Steigerung der festgestellten Mängel in der veränderten Strategie der Heimaufsicht zu suchen (siehe bereits oben). Da Häuser mit Qualitätsdefiziten im Sinne des Risiko-orientierten Vorgehens häufiger geprüft werden und Prüfungen in Einrichtungen mit bestehenden Verdachtsmomenten mit einem größerem Prüfteam erfolgen, steigt in der Folge die Anzahl der festgestellten Mängel.

Die 355 Fälle von Gefährlicher Pflege gliedern sich in Anlehnung an den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse (Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PflWoqG) sowie in Kombination mit dem Pflegemodell von Krohwinkel (vgl. Krohwinkel 1993) nach folgendem Schema:

- 112x Für eine sichere Umgebung sorgen (Ziffer 1)
- 90x Sich bewegen können (Ziffer 2)
- 49x Essen und Trinken können (Ziffer 3)
- 47x Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können (Ziffer 4)
- 33x Ausscheiden können (Ziffer 5)
- 19x Sich pflegen können (Ziffer 6)
- 4x Existenzielle Erfahrungen (Ziffer 7)
- 1x Soziale Bereiche des Lebens sichern können (Ziffer 8)

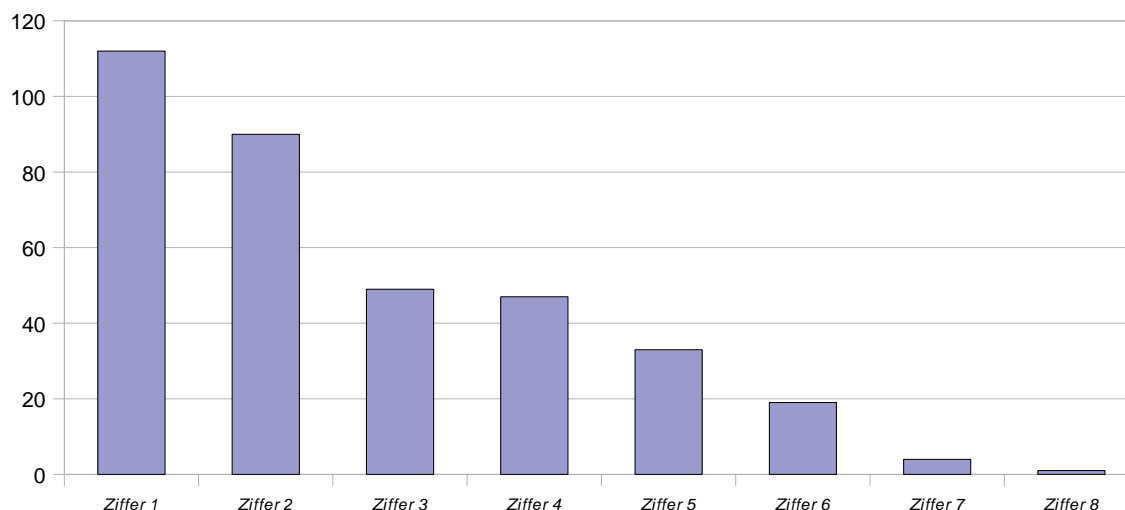


Abbildung 15: Gefährliche Pflege aufgliedert in 8 Themenbereiche

## 2.1.6 Personalsituation in der stationären Altenhilfe

### 2.1.6.1 Fachkraftquote

Die Fachkraftquote konnte im Berichtszeitraum von den meisten Einrichtungen eingehalten werden. Insgesamt gab es nur vier diesbezügliche Mängelsachverhalte, d.h. in diesen Fällen lag nachweislich über einen längeren Zeitraum hinweg eine Unterschreitung der Fachkraftquote vor, welche ein Einschreiten der Heimaufsicht notwendig werden ließ.

Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die Einrichtungen in der Regel zwar den gesetzlichen Mindeststandard von 50% einhalten können, die Quoten sich jedoch zunehmend nach unten bewegen. Konnten eine Reihe von Einrichtungen noch vor einigen Jahren Fachkraftquoten von 55 bis zum Teil 60% vorweisen, orientieren sich die Werte nun verstärkt an der 50-53%-Grenze, Tendenz fallend.

#### 2.1.6.2 Leitungswechsel in den Einrichtungen

Besonders auffällig ist im aktuellen Berichtszeitraum die deutliche Zunahme von Leitungswechseln.

Lagen für die Jahre 2007/2008 noch 34 Wechsel von Einrichtungsleitern (19x) und Pflegedienstleitungen (15x) vor, so hat sich diese Zahl für 2009/2010 nun **mehr als verdoppelt**. Insgesamt gab es in 45 Fällen einen Wechsel der Stelle der Pflegedienstleitung und in 25 Fällen wurde die Position der Einrichtungsleitung neu besetzt, wobei in einigen Fällen auch mehrere Wechsel in einer einzelnen Einrichtung vorlagen.

Als Ursache kommen hierfür mehrere Aspekte in Frage:

Die zunehmende Belastung durch gestiegene Anforderungen (Multimorbidität der Bewohnerinnen und Bewohner, Zunahme von Prüfungen, Qualitätsansprüche der Träger, etc.) bei geringer Bezahlung und immer wieder fest zu stellenden fehlende Führungskompetenzen.

### 2.1.7 Qualitätsentwicklung

Folgende Felder stellen einen Ausschnitt der Prüfthemen der Heimaufsicht bzw. der Themen der Versorgung und Betreuung durch die Einrichtungen dar. Da die pflegerische Versorgung sämtliche Bereiche des menschlichen Lebens umfassen kann, wird im Folgenden nur der Ist-Stand bzw. die Entwicklung einiger ausgewählter Aspekte vorgestellt. Den Themen liegt dabei keine spezielle Systematik zu Grunde, sie sind erfahrungsgemäß immer wiederkehrende Bestandteile der Arbeit der Heimaufsicht.

#### 2.1.7.1 Umgang mit körperlichen Pflege Themen

Verbesserungen hinsichtlich der Ergebnisqualität ließen sich im Berichtszeitraum (sowie im Rückblick seit 2002 und im Verhältnis zum letzten Qualitätsbericht) in den „körperlichen“ Themenbereichen feststellen. Themen wie z.B. Ernährung- und Flüssigkeitsversorgung, Umgang mit Sturz, Wundmanagement, Inkontinenzversorgung (hier: Reduzierung der Versorgungsmittels Urogenitalkatheter und die Verwendung „geschlossener“ Inkontinenzprodukte) und das Dekubitusmanagement zeigen eine deutliche Verbesserung auf. In vielen Einrichtungen ist diesbezüglich von einer adäquaten Versorgung auszugehen. Die Basisversorgung ist in der Regel sichergestellt, in einigen Fällen durchaus auf einem fachlich wünschenswerten Niveau.

Immer wieder werden jedoch auch grundlegende Defizite festgestellt (Umgang mit Wunden, Inkontinenz, Ernährung, etc.).

#### 2.1.7.2 Umgang mit seelischen/geistigen Pflege Themen

Unter dem Stichwort Lebensqualität sind seelische und geistige Themenfelder immer wieder Inhalt der Prüfungen der Heimaufsicht. Hier zeigen sich nach wie vor die größten Herausforderungen für die Einrichtungen. Während körperliche Aspekte in der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner häufig sichergestellt sind, ist die humane und aktivierende Pflege in diesen Bereichen noch weit hinter ihrem fachlichen Ansprüchen zurück. Bereits die Planung adäquater Maßnahmen oder die Formulierung bedürfnisorientierter Ziele im Bereich der seelischen oder geistigen Förderung

und Versorgung stellt für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Überforderung dar (z.B. durch Unwissenheit, Ängste, fachliche Defizite in Wort, Schrift, Begründung, etc.). Daher wird der Bereich der seelischen und geistigen Versorgung weiterhin als hochgradig problematisch angesehen. Vor allem der Umgang mit hochkomplexen Krankheitsbildern (z.B. Demenz, Depression), bringt viele bestehende Einrichtungskonzepte schnell an ihre Grenzen (z.B. Umgang mit Essensverweigerung, Schlaflosigkeit, „Unruhe“, etc.).

#### 2.1.7.3 Gewalt in der Pflege

Immer wieder werden der Heimaufsicht Fälle von zum Teil schwerer Gewalt gegen Pflegebedürftige bekannt. Sie werden oftmals von Einrichtungen selbst angezeigt oder während der Prüfung festgestellt. Diesbezüglich ist leider keine erkennbare Besserung eingetreten, da die Anzahl an entsprechenden Meldungen und Feststellungen konstant bleibt. Darüber hinaus ist von einer Dunkelziffer auszugehen, da Gewalt gegen Pflegebedürftige viele Facetten haben kann (verbale und körperliche Gewalt, Unterlassung, Drohung, Isolierung etc.).

Festgestellte Hämatome, vor allem an bestimmten Stellen an den Armen, welche Rückschlüsse auf unsachgemäße Mobilisationsmaßnahmen ermöglichen, lassen auf Überforderung, ungenügende Rahmenbedingungen (strukturelle Gewalt) in Form von schlechter Personalbesetzung, ungenügender Organisation und Einsatz von Hilfsmittel, fehlender Supervision etc., aber auch auf fehlende persönliche Bewältigungsstrategien, schließen.

#### 2.1.7.4 Biografiearbeit

Biografiearbeit ist und bleibt weiterhin eine grundlegende Herausforderung für die Pflege und Betreuung. Während in einigen Einrichtungen Ansätze gelungener Biografiearbeit erkennbar sind, zeigen sich häufig diesbezügliche Defizite im Prozess der Pflege und Betreuung. Im Gesamten ist im letzten Berichtszeitraum bezüglich Biografiearbeit nur wenig positive Entwicklung erkennbar gewesen.

#### 2.1.7.5 Versorgung in der Nacht

Auch während der 10 durchgeführten Nachtprüfungen wurde eine Reihe von Versorgungsdefiziten festgestellt (u.A. Umgang mit Ausscheidungen, Unterstützung beim Aufsuchen der Toilette, Wartezeiten nach Betätigung der Rufanlage, Umgang mit Medikamenten, hohe Vergabedosen von Psychopharmaka). Von einer Besserung in der Nachtversorgung kann ebenfalls nicht gesprochen werden.

In der Besetzung des Nachtdienstes zeigt sich die besondere Schwierigkeit der personellen Rahmenbedingungen der stationären Altenhilfe. Immer wieder muss die Anzahl des eingesetzten Personals in Frage gestellt werden.

Beispiel: Eine Versorgung von z.B. 110 Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Pflegebedarf wiederum in über 60% der Fälle den Pflegestufen II und III zuzuordnen ist, soll durch zwei anwesende Pflegekräfte sichergestellt werden. Eine individuelle Lebensqualität ist so nur schwerlich zu gewährleisten. Das Beispiel stellt keinen Regelfall dar, tritt aber dennoch auf. Es fehlt nach wie vor an einer gesetzlichen Regelung (Personalschlüssel für die Nacht).

Im Sommer 2011 soll eine überarbeitete Ausführungsverordnung in Kraft treten, welche die noch gültige Heimpersonalverordnung ablösen wird. Eine entsprechende Regelung kann hier integriert werden. Das Kreisverwaltungsreferat hat sich beim Bayerischen Sozialministerium intensiv für die Aufnahme einer Regelung für den Nachtdienst eingesetzt; zum aktuellen Stand ist jedoch nicht von einer Berücksichtigung der Position des KVR auszugehen.

So wird auch mit der neuen Ausführungsverordnung bedauerlicherweise kaum ein Handlungsspiel-

raum für die Heimaufsicht bestehen, für die Nacht einen höheren Pflegeschlüssel einzufordern. Hinzu kommt, dass nach der geltenden Rechtslage eine Erhöhung der Pflegekräfte für den Nachtdienst zu einer Reduzierung des Personalschlüssels am Tage führen würde.

#### 2.1.7.6 Soziale Betreuung/Beschäftigung

Eine positive Entwicklung hat, im Rückblick der letzten Jahre, das Thema soziale Betreuung erfahren. Der Kreativität sind diesbezüglich keine Grenzen gesetzt und so finden sich während der Prüfungen immer wieder positive Beispiele und Aktivitäten in den Wochenprogrammen der Einrichtungen. Gerade die so genannten Assistenzkräfte sowie das Förderprogramm der Heiminternen Tagesbetreuung („HiT“) leisten hier wertvolle Arbeit.

Dennoch sind die Themen soziale Deprivation und Vereinsamung immer wieder festzustellende Phänomene oder Problemfelder, welche eben auch im Bereich der sozialen Betreuung Versorgungsdefizite aufzeigen. Die Haltung der Pflegenden und die Philosophie der Einrichtung, z.B. im Umgang mit Pflegephänomenen wie der Immobilität, sind letztlich entscheidend für die diesbezügliche Qualitätsentwicklung.

#### 2.1.7.7 Risikomanagement und Qualitätssicherung

Die zunehmende Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflege fördert auch eine Verbesserung im Bereich des Risikomanagements und der Evaluation des Pflegeprozesses (z.B. Durchführung von Pflegevisiten, Qualitätszirkel, etc.). Dies bezieht sich zwar häufig ausschließlich auf die bereits beschriebenen „körperlichen“ Bereiche, nichts desto trotz nehmen professionelle Handlungsstrategien deutlich zu.

#### 2.1.7.8 Medikamentenmanagement

Die formalen Anforderungen des PflWoqG sind im Bereich Medikamentenmanagement in der Regel erfüllt. Jedoch fehlt häufig eine professionelle Wirkungsreflektion der eingesetzten Medikamente genauso wie der interdisziplinäre Austausch zwischen verschiedenen Professionen.

#### 2.1.7.9 Leben in „Beschützenden Bereichen“

Der Mittelwert der Unterbringungsbeschlüsse, d.h. die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, die mittels Beschluss des Betreuungsgerichts in einem geschlossenen Bereich leben, lag zum Zeitpunkt des letzten Qualitätsberichts bei ca. 10%. Für das Jahr 2010 wurde ein Wert von ca. 11 Prozentpunkten festgehalten.

Aufgrund der starken Zunahme von dementiellen Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen in den letzten Jahren und des zu erwartenden Trends, dass die Anzahl der Erkrankungen im Jahr 2010 von 1,2 Millionen auf 2,5 Millionen im Jahr 2050 ansteigen wird (vgl. Rothgang 2010), ist von einer weiteren Zunahme der Anzahl geschlossener Unterbringungen auszugehen.

Inwieweit zukünftig mit den bestehenden Personalschlüsseln eine adäquate Versorgung gewährleistet werden kann, ohne in einen zunehmenden Verwehrcharakter geriatrischer Akuteinrichtungen zu verfallen, muss weiterhin stark bezweifelt werden.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass eine Reihe bestehender Einrichtungen zunehmend ungeeignet für die sich verändernde Bewohnerstruktur sein wird. Der Charakter des Pflegeheimbaus der zweiten und dritten Generation stellt nach wie vor in vielen Einrichtungen die bauliche Grundstruktur dar (z.B. lange Gänge, krankenhaushähnliche Strukturen), welcher eine fachlich adäquate

Versorgung strukturell unterwandern kann. Insgesamt werden auch bei Neubauten die Erkenntnisse der demetenfreundlichen Architektur nach wie vor zu wenig aufgegriffen (vgl. Marquart/Schmieg 2007).

## 2.1.8 Besondere Problemfelder FeM und Psychopharmaka

Leben ist Bewegung – Bewegung ist Leben. Gemäß diesem Leitspruch prüft das Kreisverwaltungsreferat seit Beginn seiner Prüftätigkeit im Jahre 2002 diverse Aspekte rund um die Bereiche der Mobilität und Bewegung. Sie sind essentieller Bestandteil einer humanen und aktivierenden Pflege und sie müssen unter Achtung der Menschenwürde erbracht werden.

In diesem Zusammenhang hat sich die Heimaufsicht in den letzten Jahren intensiv mit den wichtigen Themenfeldern Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) und Umgang mit Psychopharmaka auseinandergesetzt. In den nächsten beiden Kapiteln erfolgt deshalb eine Vorstellung der Erkenntnisse und Strategien zu diesen beiden höchst sensiblen Themen.

### 2.1.8.1 Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM)

FeM stehen leider seit vielen Jahren auf der Tagesordnung der Altenpflege, sie gehören zu den schwersten Eingriffen in die Menschenrechte (vgl. Klie 2009). Seit der Übernahme des Vollzugs des Heimgesetzes (2002) bzw. Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (2008) bildet daher das Thema FeM einen Prüfungsschwerpunkt der Heimaufsicht.

Bereits im letzten Qualitätsbericht aus dem Jahre 2009 konnten ausführliche Erkenntnisse zum Thema FeM vorgestellt werden. Folgende Ergebnisse stellen eine entsprechende Vertiefung der gemachten Erfahrungen dar und zeigen die aktuelle Strategie der Heimaufsicht im Umgang mit FeM auf.

#### Die Anzahl der FeM sinkt

Im Jahr 2008 lag der Mittelwert der Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern, die von der Anwendung körpernaher Maßnahmen mit bewegungseinschränkendem und freiheitsentziehendem Charakter (Bettseitenteile, Bauchgurte, Handfesseln, Vorsatztische, etc.) betroffen waren bei 19%. Im Jahr 2009 lag ein Mittelwert von 18% vor, im Jahr 2010 sank der Wert weiterhin auf 15%. Im Jahr 2011 liegt, nach Auswertung der Prüfungen der ersten Monate, ein Wert von ca. 13-14% vor.

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies eine Reduktion von ca. 350 -400 mechanischen Maßnahmen in den letzten Jahren.

Folgende anonymisierte Übersichten konkretisieren die einleitend dargestellten statistische Erhebungen der Heimaufsicht für 50 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in München für die Jahre 2009 und 2010. Die Erhebung erfolgt in Anlehnung an das Münchner Empfehlungspapier zum Umgang mit FeM (Fall A: Einverständnis und somit bewegungseinschränkend / Fall B: Beschluss und somit freiheitsentziehend / Ausnahmefall: hohe Immobilität und somit freiheitsbeschränkend)

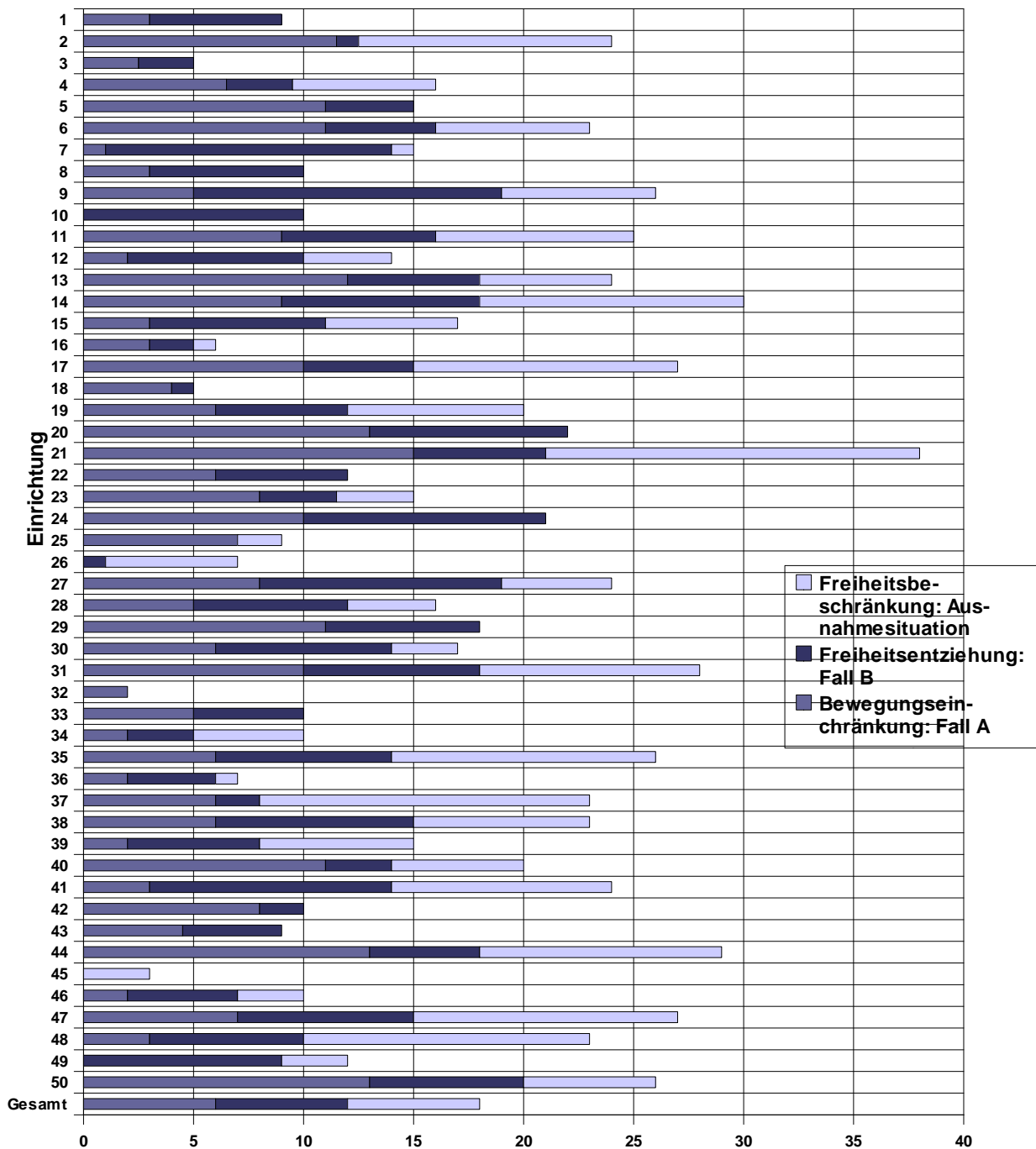


Abbildung 16: Maßnahmen mit bewegungseinschränkendem bzw. freiheitsentziehendem Charakter 2009



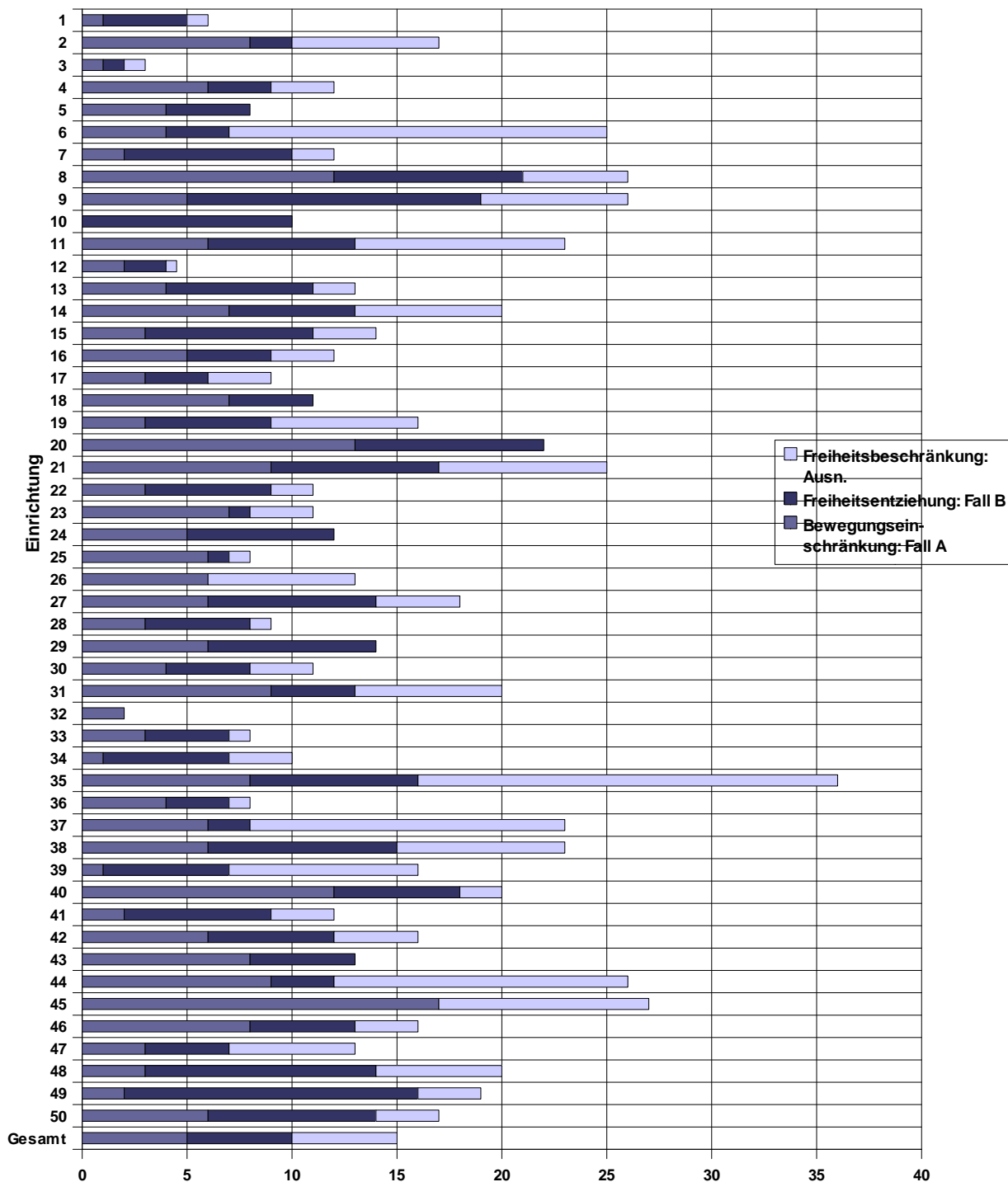


Abbildung 17: Maßnahmen mit bewegungseinschränkendem bzw. freiheitsentziehendem Charakter 2010

### **In München liegen weniger körpernahe FeM vor**

Ein Vergleich mit anderen Regionen innerhalb Deutschlands gestaltet sich aufgrund fehlender Erhebungen und Bezugsgrößen schwierig. Allein die Definition, welche Maßnahmen unter welchen Bereich von Freiheitsbeschränkung oder -entziehung subsumiert werden können, stößt in der Literatur und Fachwelt auf unterschiedliche Meinungen.

Gemäß den Erhebungen der Studie *Redufix* liegen in den Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland Werte von 26 - 42 % vor. Circa 5 – 10 % der Bewohnerinnen und Bewohner sind dabei von Gurtfixierungen betroffen (vgl. Klie 2009).

Meyer wies daraufhin, dass ca. 25% der Bewohnerinnen und Bewohner von mechanischen Maßnahmen betroffen sind. Dabei kamen bei ca. 10% der Bewohnerinnen und Bewohner ein Bauchgurt oder ein Stecktisch zur Anwendung (vgl. Meyer 2008).

Die Erhebungen mittels Fragebogen von Kohls zeigen einen Ist-Stand und eine Reduktion der FeM von 23,8 % (2008) auf 18,5% (2010) in Bayern auf (vgl. Kohls 2011).

**Insgesamt bleibt zum Thema FeM festzuhalten, dass in den Münchner Einrichtungen weniger körpernahe mechanische Maßnahmen zur Anwendung kommen, die eine bewegungseinschränkende oder freiheitsentziehende Wirkung haben können.**

### **Die LHM setzt auf eine weitere Reduktion der FeM**

Im Sinne einer menschenwürdigen Pflege wird eine weitere Reduktion verfolgt. Ohne motiviertes und kompetentes Führungspersonal kann die „Reduktionsphilosophie“ jedoch nicht weiter getragen werden, ohne eine begleitende Beratung durch die Heimaufsicht kann das Sicherheitsdenken und die „Regressangst“ nicht durchbrochen werden. Daher wurden bereits folgende weitere Schritte auf den Wege gebracht:

- Mit **Beschluss der Münchner Pflegekonferenz** vom April 2010 haben sich die Münchner Träger freiwillig verpflichtet, die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohnern, die von der Anwendung körpernaher Maßnahmen mit bewegungseinschränkendem und freiheitsentziehendem Charakter betroffen sind, in den nächsten Jahren auf einen Mittelwert von 18% im Jahr 2009 auf unter 10% zu reduzieren. Die Evaluierung der Zielerreichung erfolgt durch die Heimaufsicht.
- Die **Heimaufsicht** hat im Jahr 2010 ein **eigenes Beratungskonzept** entwickelt, welches ca. 3-5 Beratungstermine pro Einrichtung vorsieht. Die Teilnahme ist freiwillig. Dabei steht die Diskussion der Einzelfälle, in denen FeM zur Anwendung kommen, im Vordergrund. Darüber hinaus erfolgt eine intensive Auseinandersetzung mit Alternativen zu den FeM. Erste Evaluierungen haben gezeigt, dass in den Einrichtungen, in denen das Beratungskonzept exemplarisch durchgeführt wurde, die Quote der FeM deutlich gesenkt werden konnte. Deshalb soll das Beratungskonzept nun allen Einrichtungen angeboten werden, um den Zielwert der Münchner Pflegekonferenz in allen Münchner Einrichtungen zu erreichen.
- Die Münchner Altenpflegeschulen sowie die Katholische Stiftungsfachhochschule werden darüber hinaus noch in den Prozess eingebunden. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen den jeweiligen Ausbildungsstätten kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Ein erstes Treffen ist für Juli 2011 geplant.
- Eine stärkere Vernetzung zu diversen anderen Stellen ist in Vorbereitung. So muss die Schnittstelle zum Betreuungsgericht intensiviert werden. Erste Gespräche wurden bereits geführt. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten zur Umsetzung von speziellen Strategien wie z.B. „Der Werdenfelser Weg“ geprüft.

### 2.1.8.2 Verabreichung von Psychopharmaka mit beruhigender und sedierender Wirkung

Gemäß allgemein anerkannter Studien erhalten durchschnittlich über die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Altenhilfe Psychopharmaka (deutlich mehr als z.B. in der ambulanten Versorgung) (vgl. Stelzner 2001/Molter-Bock 2006).

In der Folge hatte die Heimaufsicht das Thema für die Jahre 2007/2008 zu einem Schwerpunkt erhoben und konnte im letzten Qualitätsbericht ausführliche Erfahrungen zum Thema Psychopharmaka vorstellen. So stieß die Heimaufsicht in 34 Fällen auf eine freiheitsentziehende Vergabe von Psychopharmaka ohne entsprechend vorhandene richterliche Legitimation. Aufbauend auf die Erkenntnisse des letzten Qualitätsberichtes wurde der Bereich der Psychopharmakagabe als erneuter Prüfschwerpunkt definiert.

Nachfolgend werden die von der Heimaufsicht zwischen dem 01.06. 2010 und 01.05. 2011 in 46 Einrichtungen der Altenhilfe und bei 5750 überprüften Bewohnerinnen und Bewohner erhobenen Zahlen vorgestellt. Diese bestätigen letztendlich die o.g. Studie; durchschnittlich wurden für den Erhebungszeitraum bei 51,48% der Bewohnerinnen und Bewohner (n = 5750) in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe in München Psychopharmaka verordnet, die eine beruhigende oder sedierende Wirkung bzw. Nebenwirkung aufweisen können.

### 2.1.8.3 Grundsätzliches zur Erhebung

- Hinsichtlich der Beurteilung eines adäquaten Einsatzes von Psychopharmaka bestehen eine Reihe von essentiellen Einflussfaktoren:
  - So gehen therapeutische und sedierende Wirkungen fließend in einander über.
  - Die Zuständigkeit der Verordnung von Medikamenten liegt bei den behandelnden Ärzten. Der Pflege obliegt im Zuge der Durchführungsverantwortung die Verabreichung der Medikamente und eine Beobachtung der entsprechenden Wirkung. Eine Anpassung der Medikation erfolgt über die Rückmeldungen der Pflegekräfte an die Ärzte.
  - Die Beurteilung, ob eine durchgeführte Psychopharmakatherapie angemessen ist, stellt hohe fachliche Anforderungen an die Pflege bzw. die zuständigen Prüfer (vgl. Wingefeld 2010).

Daher ist das Ziel der im Weiteren vorgestellten Werte und Erkenntnisse nicht die Beurteilung der ärztlichen Tätigkeit, sondern im Vordergrund steht eine deskriptive Darstellung des Ist-Standes der Verabreichung von Psychopharmaka in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe in München. Dabei können dennoch Aussagen über Sinn und Notwendigkeit bestimmter Verabreichungen oder Verordnungsstrategien gemacht werden.

- Der Fokus der Erhebung liegt auf Medikamenten, die eine beruhigende und sedierende Wirkung zur Folge haben können. Es wurden keine Medikamente erfasst, deren primärer Einsatz für Depressionen ausgelegt ist.
- Der Übergang zwischen z.B. krampf- oder angstlösender Wirkung hin zur sedierenden Wirkung ist fließend oder kann häufig in Kombination auftreten. Von daher sollte bei dem Einsatz von Psychopharmaka nicht automatisch von einer „Ruhigstellung“ gesprochen werden.
- Die Erhebung unterscheidet grundsätzlich zwischen fest angesetzten Psychopharmaka und Psychopharmaka für den Bedarfsfall. Die grundsätzlich wichtige Frage, wie oft, zu welchem Zeitpunkt, von wem, etc. welche Bedarfsmedikamente verabreicht wurden, kann durch vorliegende Erhebung noch nicht abschließend beantwortet werden.
- Gemäß der Erfahrungen der letzten Jahre sind im Bereich der Indikation immer wieder Defizite festzustellen. Daher legt die Erhebung den Fokus zunächst auf das Vorliegen einer eindeutigen Indikation für eine nachvollziehbare Gabe der Bedarfsmedikation.
- Die Erhebung berücksichtigt nicht, welche Bewohner bereits vor dem Einzug in die Einrichtung entsprechende Medikamente erhalten haben.
- Psychopharmaka sind nicht gleich Psychopharmaka. Die verordneten Medikamente werden den folgenden Wirkstoffklassen zugeordnet:
  - Niederpotente Psychopharmaka (NP)
  - Mittelpotente Psychopharmaka (MP)
  - Hochpotente Psychopharmaka (HP)

- Atypische Neuroleptika (AN)
  - Benzodiazepine (BD)
  - Hypnotika (Hyp) (Schlafmittel).
- (Eine genaue Übersicht befindet sich im Anhang als Anlage 1)*

- Zahlen über die Erhebung:

- Erhebungszeitraum: 01.06. 2010 bis 01.05. 2011
- Gesamtanzahl der erfassten Einrichtungen: 46
- Überprüfte Bewohnerinnen und Bewohner: 5750
- Pflegestufenverteilung der Bewohnerinnen und Bewohner (für 27 Einrichtungen erfasst):
  - \* Pflegestufe 0: 3,46%
  - \* Pflegestufe 1: 32,94%
  - \* Pflegestufe 2: 43,39%
  - \* Pflegestufe 3: 20,22%

Beachte: Zwischen den einzelnen Einrichtungen liegen vernachlässigbare Schwankungen in der Verteilung der Pflegestufen vor. Somit kann eine grundlegende Vergleichbarkeit vorausgesetzt werden.

- Durchschnittsalter der erfassten Bewohnerinnen und Bewohner: 84,57 (für 23 Einrichtungen erfasst)
- Geschlechterverteilung: 20,83 männlich / 79,17 % weiblich

- Die erfassten Psychopharmaka werden nach den drei folgenden Versorgungskonzepten unterschieden:

- Vollstationäre Versorgung (46x in der Erhebung)
- „Offene Geronto“ (9x in der Erhebung)
- Beschützender Bereiche (17x in der Erhebung)

#### 2.1.8.4 Ergebnisse der Erhebung

##### **Anteil der Bewohner mit Psychopharmaka**

**Durchschnittlich waren für den Erhebungszeitraum bei 51,48% der Bewohnerinnen und Bewohner (n = 5750) in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe in München Psychopharmaka, die eine beruhigende oder sedierende Wirkung bzw. Nebenwirkung aufweisen können, verordnet.**

Der Wert von 51,48% teilt sich gemäß der obigen Unterteilung wie folgt:

- 50,50% der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Einrichtungskonzepte erhalten entsprechende Psychopharmaka
- 61,41% der Bewohnerinnen und Bewohner die in den in den „Offenen gerontopsychiatrischen Bereichen“ leben, erhalten entsprechende Psychopharmaka
- 73,01% der Bewohnerinnen und Bewohner, die in den „Beschützenden Bereichen“ leben erhalten entsprechende Psychopharmaka.

Die einleitend vorgestellte These von Molter-Bock, dass über die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner Psychopharmaka erhalten, wird für die Einrichtungen innerhalb der LHM bestätigt. Somit liegt die Verordnungsquote in den Einrichtung der LHM, gemäß den erfassten Werten, in der Summe nicht im „auffälligen Bereich“.

Bei näherer Betrachtung kann jedoch nicht von einer angemessenen Versorgung ausgegangen werden. Folgende Kapitel konkretisieren die dabei gemachten problematischen Erfahrungen.

#### 2.1.8.4.1 Aufteilung der Verabreichung

Folgende Tabelle zeigt die Konkretisierung der Bedarfsgabe, in Anlehnung an die oben aufgeführte Dreiteilung der Versorgungsstruktur (vollstationär, offen, beschützend):

Versorgungsstruktur	Nur Festmedikation	Nur Bedarfsmedikation	Fest- und Bedarfsmedikation
<b>Vollstationär 50,50%</b>	22,75% (45,05%)	11,58% (22,93%)	16,56% (32,79%)
<b>Offene Geronto 61,41%</b>	32,40% (52,76%)	6,39% (10,41%)	22,62% (36,83%)
<b>Beschützend 73,01%</b>	38,27% (52,42%)	9,37% (12,83%)	25,36% (34,73%)

##### Erläuterungen:

1. Wert: Prozentualer Anteil der gesamten Anzahl der Bewohner die in Einrichtungen wohnen
2. Wert (in Klammer): Prozentualer Anteil des Gesamtwerts von Bewohnern die Psychopharmaka erhalten

#### 2.1.8.4.2 Gabezeiten der fest angesetzten Psychopharmaka

Folgende Übersicht zeigt die Verteilung der Vergabe der fest angesetzten Psychopharmaka, in Anlehnung an die einleitend gemachte Dreiteilung der Versorgungsstruktur (vollstationär, offen, beschützend).

Der abschließenden Interpretation wird hier der Hinweis vorweggenommen, dass sich als die **häufigste Vergabezeit der Psychopharmaka die Abends- bzw. Nachtstunden aufzeigen lassen**. Gerade diese Zeiten sind durch geringe Personalpräsenz und ein geringes Maß an Aktivitäten innerhalb der Einrichtung geprägt. Ein möglicher Zusammenhang zwischen „mangelndem Leben“ in der Einrichtung und erhöhter „chemischer Reaktion“ durch die Einrichtung oder der verordnenden Ärzte sollte daher dringend bedacht werden.

Berücksichtigt werden müssen jedoch grundsätzliche Phänomene wie z.B. das „Sundown-Syndrom“, d.h. die mit dem Tagesverlauf zunehmende Unruhe von Menschen mit dementiellen Veränderungen. Klar belegt ist jedoch, dass mit guten Betreuungskonzepten auf die entsprechenden Phänomene reagiert werden kann (Nachtcafé, etc.). **Diesbezüglich besteht innerhalb der Einrichtungen der LHM noch ein deutliches Qualitätsentwicklungspotential.**

Ob jedoch eine deutliche Qualitätssteigerung im Umgang mit Psychopharmaka mit den aktuell vorhandenen Personalschlüsseln und Einrichtungskonzepten erreicht werden kann, muss stark bezweifelt werden.

Versorgungsstruktur	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Summe aus Abends und Nachts
<b>vollstationär</b>	21,56%	10,15%	33,62%	34,68%	68,29%
<b>offene Geronto</b>	26,48%	11,72%	39,70%	22,10%	61,78%
<b>beschützend</b>	23,54%	15,73%	32,66%	28,07%	60,71%

#### 2.1.8.4.3 Übersicht über die jeweils verabreichten Medikamentenarten

##### Fest angesetzte Psychopharmaka

Versorgungsstruktur	NP	MP	HP	AT	BD	Hypnotika
<b>Vollstationär</b>	2,50%	8,17%	1,73%	17,08%	13,73%	6,68%

<b>Offene Geronto</b>	6,36%	17,98%	2,34%	27,26%	11,51%	6,11%
<b>Beschützend</b>	2,39%	15,92%	3,03%	40,35%	16,24%	7,71%

### Psychopharmaka im Bedarfsfall

Versorgungsstruktur	NP	MP	HP	AT	BD	Hypnotika
<b>Vollstationär</b>	1,78%	6,79%	1,04%	1,25%	15,96%	4,27%
<b>Offene Geronto</b>	1,47%	9,40%	0,46%	2,38%	13,68%	2,62%
<b>Beschützend</b>	4,69%	9,37%	1,07%	2,30%	22,47%	3,80%

#### Erläuterung:

Niederpotente Psychopharmaka (NP); Mittelpotente Psychopharmaka (MP); Hochpotente Psychopharmaka (HP); Atypische Neuroleptika (AN); Benzodiazepine (BD); Hypnotika (Hyp) (Schlafmittel).

#### 2.1.8.4.4 Indikationen der Bedarfsgabe von Psychopharmaka

Ein besonderes (Problem-)Feld bildet die Vergabe der Psychopharmaka im Bedarfsfall. Die Bedarfsgabe unterliegt dem Delegationsprinzip durch den Arzt und beinhaltet in der Folge hohe Anforderungen an die Durchführung (Erkennen der der Indikation entsprechenden Verhaltensweise, Überdenken von pflegerischen Alternativen, korrekte Vergabezeit etc.). Das Feld der Bedarfsgabe bildet einen Bereich mit dem höchsten **Fehler- und Missbrauchspotential**.

Für die Vergabe des richtigen Medikaments auf die dazugehörige Reaktion des Bewohners gibt es keinen „Lösungsstreifen“, der die konkrete Vergabe definiert. Eine gewisses Gespür für den pflegerischen Einzelfall, in Kombination mit einem gut funktionierendem interdisziplinären Austausch, ist unerlässlich. Um eine dem Bewohnerwohl entsprechende Vergabe gewährleisten zu können ist ein adäquates Bewusstsein über den Vergabezeitpunkt zu entwickeln. Unruhezustände, Ängste, Aggressivität, etc. sind in einander übergehende Reaktionen auf die Reize der Umwelt. Gerade hier wurden im Zuge der Erhebungen immer wieder Defizite festgestellt, z.B. wenn mehrere Bedarfsmedikamente angesetzt sind oder mehrere Reaktionen des Bewohners vorliegen. So zeigt folgende Übersicht die Häufigkeit der meist genannten Indikationen.

1)	Allgemeine Unruhe	Nächtliche Unruhe	Verbale Unruhe	Motorische / psychomotorische Unruhe	Starke Unruhe	Schlafstörung
<b>Vollstationär</b>	23,64%	2,01%	0,30%	3,70%	4,73%	20,35%
<b>Offene Geronto</b>	23,97%	0,00%	0,00%	5,27%	14,31%	15,26%
<b>Beschützend</b>	19,81%	2,92%	0,00%	8,42%	5,47%	17,31%

2)	Agitiertheit	Aggressivität	Angst	Krampfanfall	Keine Indikation	Sonstige
<b>Vollstationär</b>	0,99%	3,52%	12,11%	6,25%	2,25%	20,15%
<b>Offene Geronto</b>	5,63%	0,69%	12,18%	8,05%	4,18%	10,46%
<b>Beschützend</b>	4,55%	6,01%	8,02%	6,99%	0,99%	19,52%

Allein der Begriff der Unruhe wird im Zusammenhang mit der Bedarfsgabe von Psychopharmaka in der Praxis zergliedert in: „Allgemeine Unruhe“, „Nächtliche Unruhe“, „Verbale Unruhe“, „Motori-

sche/Psychomotorische Unruhe“, „Starke Unruhe“, „Schlafstörung“ und „Agitiertheit“. Darüber hinaus sind weitere typische Indikationen Aggressivität, Angst und Krampfanfälle.

Der Missbrauch (oder die Grenze der Versorgung der Altenhilfe) zeigt sich deutlich an der Kategorie „Sonstiges“, welche die restlichen vorgefundenen Indikationen umfasst. So wurden noch folgende, von Ärzten benannte, Indikationen vorgefunden (Einzelnennungen):

- Weglauftendenz
- Halluzinationen
- Schreien
- Grübeln
- Vor dem Duschen
- Vor Angehörigenbesuch
- Jammern
- Bettflüchtigkeit
- Massive Gegenwehr
- Ablehnung der Pflege
- Erregung
- Verwirrtheit
- Selbstgespräche
- Wenn Bewohner gegenüber Mitbewohnern laut wird

Den meisten der letztgenannten Indikationen muss ein humaner und aktiver pflegerischer Grundsatz unter Achtung der Menschenwürde abgesprochen werden. Freiheitsentziehende und ruhigstellende Intention finden sich bereits in der Indikation durch den Arzt.

#### 2.1.8.4.5 Doppelmedikation bei gleichen Indikationen

Folgende Übersicht zeigt den prozentualen Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, welche mehrere Psychopharmaka erhalten.

Versorgungsstruktur	2 oder mehrere feste Medikamente	2 oder mehrere Bedarfsmedikamente
Vollstationär	9,55%	3,30%
Offene Geronto	13,05%	0,82%
beschützend	23,88%	6,35%

#### 2.1.8.5 Verknüpfung der Themenfelder FeM und Psychopharmaka zu Indikatoren

##### 2.1.8.5.1 Darstellung von FeM und Psychopharmaka bezogen auf die Bewohnerinnen und Bewohner

Da die Verabreichung von Psychopharmaka und die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen einen massiven Einschnitt in die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner darstellt, wird im Weiteren eine erstmalige Verknüpfung beider Felder vorgenommen. Für 24 Einrichtungen wurde untersucht, wie viele Bewohnerinnen und Bewohner von beiden Themenfeldern betroffen sind. Folgende Ergebnisse liegen vor:

- In den 24 Einrichtungen waren durchschnittlich 12,21 % der dort lebenden Menschen von Maßnahmen mit bewegungseinschränkendem und freiheitsentziehendem Charakter betroffen.
- 45,52% der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten Psychopharmaka, welche freiheitsentziehend oder sedierend wirken können. Es kommen in diesen Fällen keine mechanischen/körpernahen Maßnahmen zur Anwendung.

- Bei **6,74%** der Bewohnerinnen und Bewohner kommen mechanische Maßnahmen zur Anwendung (Bettgitter, Bauchgurt, etc.) bei gleichzeitiger vorliegender zusätzlicher Verordnung von Psychopharmaka.
- 5,47% Bewohnerinnen und Bewohner sind „nur“ von mechanischen/körpernahen Maßnahmen betroffen.
- 42,27% der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten **keine** Psychopharmaka, welche eine freiheitsentziehende oder sedierende (Neben)Wirkung haben können, und sind **nicht** von mechanischen/körpernahen Maßnahmen betroffen.

### Beispielhafte Darstellung der Verknüpfung für das weitere Vorgehen:

Einrichtung	Gesamtwert Psychopharmaka (n=24) (Mittelwert 45,5%)	Gesamtwert FeM (n=24) (Mittelwert 12,2%)	Bewohner mit FeM und Psychopharmaka (n=24) (Mittelwert 6,74%)
Einrichtung 43	56,16	18,18	13,22
Einrichtung 35	47,42	17,24	6,03
Einrichtung 36	87,5	3,13	0

#### 2.1.8.5.2 Verknüpfung der Themenfelder Psychopharmaka und FeM bezogen auf die Einrichtungen

Nachfolgende anonymisierte Übersichten zeigen die Gesamtwerte der erfassten Psychopharmaka für 46 Einrichtungen sowie den während der letzten Prüfung erfassten „FeM-Gesamtwert“.

##### 1. Indikator Psychopharmaka:

Farblich markiert sind jeweils, ausgehend vom Mittelwert, die „Ausreißer noch unten“ (10% niedriger als der Mittelwert von ca. 52%: grün/hell) und die „Ausreißer nach oben“ (10% höher als der Mittelwert von 52%: rot/dunkel).

##### 2. Indikator FeM:

Farblich markiert sind jeweils, ausgehend vom Mittelwert, die „Ausreißer noch unten“ (5% niedriger als der Mittelwert von ca. 14%: grün/hell) und die „Ausreißer nach oben“ (5% höher als der Mittelwert von 14%: rot/dunkel).

##### 1. und 2.: Verknüpfung:

Die Verknüpfung erfolgt einerseits auf dem obig dargestellten „farbigen Weg“.

Andererseits wird zusätzlich eine Summe zwischen beiden Werten gebildet (dritte Spalte). Der dabei ermittelte Mittelwert liegt bei ca. 66%.



Farblich markiert sind jeweils, ausgehend vom Mittelwert, die „Ausreißer noch unten“ (15% niedri-

	Psychopharmaka	FEM	Summe
1	44,13%	14,00%	58,13%
2	58,67%	11,00%	69,67%
3	49,09%	20,00%	69,09%
4	51,28%	12,00%	63,28%
5	50,00%	19,00%	69,00%
6	53,50%	9,00%	62,50%
7	53,91%	6,00%	59,91%
8	37,50%	12,00%	49,50%
9	70,38%	16,00%	86,38%
10	61,70%	14,00%	75,70%
11	40,15%	11,00%	51,15%
12	43,67%	8,00%	51,67%
13	53,42%	4,00%	57,42%
14	63,64%	17,00%	80,64%
15	48,24%	10,00%	58,24%
16	41,54%	24,00%	65,54%
17	67,01%	11,00%	78,01%
18	54,70%	13,00%	67,70%
19	57,54%	18,00%	75,54%
20	53,58%	13,00%	66,58%
21	63,16%	0,00%	63,16%
22	53,90%	19,00%	72,90%
23	48,10%	11,00%	59,10%
24	57,29%	26,00%	83,29%
25	42,27%	7,00%	49,27%
26	45,79%	16,00%	61,79%
27	50,96%	22,00%	72,96%
28	60,83%	10,00%	70,83%
29	49,31%	19,00%	68,31%
30	56,64%	8,00%	64,64%
31	54,93%	17,00%	71,93%
32	40,48%	23,00%	63,48%
33	56,01%	11,00%	67,01%
34	44,81%	14,00%	58,81%
35	47,41%	26,00%	73,41%
36	87,50%	2,00%	89,50%
37	48,00%	13,00%	61,00%
38	45,83%	8,00%	53,83%
39	68,92%	26,00%	94,92%
40	42,19%	10,00%	52,19%
41	39,84%	12,00%	51,84%
42	54,05%	16,00%	70,05%
43	56,20%	24,00%	80,20%
44	52,66%	16,00%	68,66%
45	56,60%	23,00%	79,60%
46	38,46%	8,00%	46,46%
Mittelwert:	52,52%	14,11%	66,63%

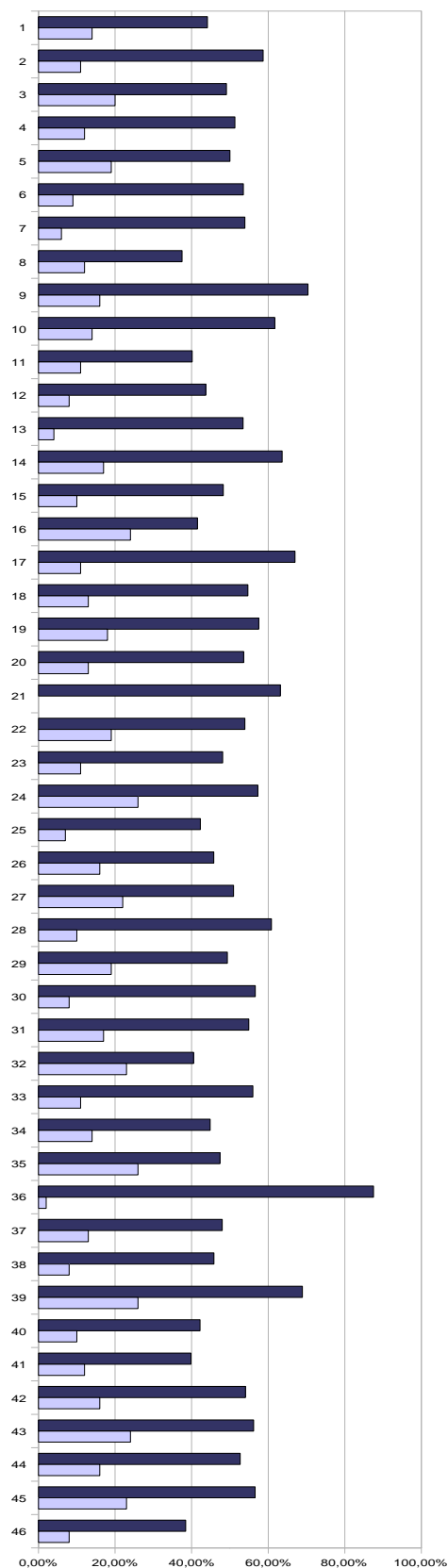


Abbildung 18: Verknüpfung Psychopharmaka und FeM

### 2.1.8.6 Umgang mit den gewonnenen Daten

Die Mittelwerte müssen zum aktuellen Zeitpunkt als „normal“ angesetzt werden. Zu gering ist die diesbezügliche empirische Datenlage in Deutschland. Darüber hinaus müssen, aufgrund der fehlenden empirischen Basis im Umgang mit Werten dieser Art, entsprechende Abweichungswerte zunächst durch das Kreisverwaltungsreferat definiert werden.

Die Ergebnisse werden zukünftig als Vergleichsgröße herangezogen. Liegen in einer Einrichtung deutlich erhöhte Werte jenseits der vorgestellten Mittelwerte vor, muss eine tiefergehende Analyse der Situation in der Einrichtung erfolgen, eventuell unter Einleitung ordnungsrechtlicher Schritte, um einen extremen Einschnitt in die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner vermeiden zu können. Gefährliche Pflege kann in diesen Fällen nicht ausgeschlossen werden. Sie muss jedoch über eine genaue Ursachenanalyse und Folgeprüfung eruiert oder ausgeschlossen werden. Eine rein über den festgestellten Wert durchzuführende Bewertung ist zu vermeiden.

Eine Beantwortung der Frage, inwieweit nun ein niedriger Wert für einen „guten“ Umgang mit Psychopharmaka und FeM steht, kann durch die Übersichten nicht hergestellt werden. Zu komplex ist das Wechselspiel zwischen therapeutischer Notwendigkeit, medizinischer Problemlage, pflegerischer Fachkompetenz, Schutzbedarf, etc.

Da jedoch nach wie vor keine validen Prüfinstrumentarien zur Einschätzung der pflegerischen Ergebnisqualität vorhanden sind, stellen die Übersichten und Verknüpfungen für das Kreisverwaltungsreferats, im Zuge des Risiko orientierten Vorgehens, ein Instrument zur „Gefahrenanalyse“ dar.

Letztlich handelt es sich bei der Erhebung in diesem Ausmaß um eine deutschlandweit einmalige Darstellung eines bis dato kaum beleuchteten Feldes. Die Erkenntnisse und Informationen wird das Kreisverwaltungsreferat über die entsprechenden Gremien und Foren einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich machen. Der daraus resultierende Diskurs kann in der Folge einen Beitrag dazu leisten, wie die Güte im Umgang mit Psychopharmaka und FeM zu bewerten ist.

### 2.1.8.6 Weitere Strategie

#### Informationskampagne

Das Kreisverwaltungsreferat wird im Laufe des Jahres 2011 noch eine ausführliche Informationskampagne zu der Thematik durchführen. Die entwickelten Erkenntnisse werden diversen Stellen mitgeteilt und zur weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt:

- Die Einrichtungen und Träger werden per Anschreiben über die erhobenen Daten informiert, dabei werden jeder Einrichtung die eigenen einrichtungsbezogenen Werte im Verhältnis zu den Mittelwerten zur Verfügung gestellt.
- Den Einrichtungen soll ein Informationsschreiben an die Hand gegeben werden, mit dem die Haus- und Fachärzte bezüglich der Thematik sensibilisiert werden können.
- Es werden Kontakte mit dem Betreuungsgericht bezüglich der Thematik Psychopharmaka als freiheitsentziehende Maßnahmen hergestellt.
- Die Landesärztekammer wird über die Erkenntnisse informiert, mit der Bitte um Weitergabe der Erkenntnisse an die niedergelassenen Haus- und Fachärzte.
- Die ärztliche Berufsaufsichtsbehörde wird über die Erkenntnisse informiert.
- Über die Betreuungsstelle der LHM ergeht an die Betreuerinnen und Betreuer ein informatives Anschreiben. Der Schwerpunkt liegt in der Aufklärung zum Thema FeM und Psychopharmaka, da Betreuer in den Entscheidungsprozess hinsichtlich der Anwendung von FeM eingebunden sind. Es muss nochmals deutlich darauf hingewiesen werden, dass bei der Verabreichung entsprechender Medikamente das Einverständnis der Betroffenen einzuholen ist. Kann der Betroffene seine Einwilligung nicht mehr abgeben, entscheidet der dafür ermächtigte Bevollmächtigte. Laut Aussagen der Betreuungsstelle des Sozialreferats und gemäß den Erfahrungen der Heimaufsicht sind die Bevollmächtigten nur selten mit eingebunden.
- Der Gesundheitsbeirat der LHM sowie die Münchner Pflegekonferenz werden entsprechend in

die Informationsarbeit eingebunden.

- Der Arbeitskreis der Münchner Pflegekonferenz hat im Jahr 2005 eine Empfehlung entwickelt, welche Überlegungen zur Senkung der Medikation mit potenziell sedierenden Psychopharmaka enthält (Auftrag wurde im Sozialausschuss vom 28.04.2004 festgelegt). Die entsprechenden Vorschläge zum Umgang mit der Medikation werden in der Praxis nur teilweise umgesetzt. Die Thematik muss daher nochmals im Zuge der Münchner Pflegekonferenz vertieft werden
- Das Bayerische Sozial- und Gesundheitsministerium soll je ein Informationsschreiben mit den entsprechenden Erkenntnissen erhalten.
- Die Pflegekassen bzw. deren zentrale Koordinationsstelle („ARGE Kulmbach“) werden entsprechend informiert werden.
- Sonstige Kooperationspartner und Interessierte erhalten per Newsletter die Erkenntnisse mitgeteilt.

### **Auswirkungen auf die Prüfungen**

Die Heimaufsicht wird das Thema „Bedarfsmedikation von Psychopharmaka“ als Prüfschwerpunkt vertiefen. Vor allem das Thema Vergabe des Medikaments, Vergabezeitpunkt in Kombination mit der Reaktion der Bewohnerinnen und Bewohner wird stärker beleuchtet werden müssen.

### **Studie zur Vertiefung/Fundierung sinnvoll**

Darüber hinaus ist eine Vertiefung der Thematik Psychopharmaka in Form einer professionell durchgeführten Studie, durch Begleitung einer externen Institution (z.B. Hochschule/Fachhochschule), in Erwägung zu ziehen. Die Erhebungen erhalten dadurch ein entsprechendes wissenschaftliches Fundament und können somit als Begründung für notwendig gewordene Maßnahmen verwendet werden. Letztlich wird die Aussagekraft der Daten gestärkt und ein weiterer Schritt in Richtung Transparenz vollzogen.

## **2.2 Qualitätsentwicklung in der stationären Behindertenhilfe/ Wohnungslosenhilfe**

### **2.2.1 Allgemeine Aussagen zur Gesamtqualität**

#### **• Grundsätzlich positive Gesamtqualität**

Die geringe Zahl der vorgefundenen Mängel resultierte aus der allgemein positiven Qualitätssituation der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe. Deutlich bessere Personalschlüssel sowie ein hohes Maß an Identifikation des Betreuungspersonals mit dem Aufgabengebiet prägen diesen Bereich, fördern eine besondere Haltung gegenüber der zu betreuenden Klientel und wirken sich entsprechend positiv auf die Gesamtqualität aus.

Die Leitgedanken „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ sowie „Eingliederung“ bzw. die Umsetzung dieser Leitgedanken sind in sämtlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe erkennbar, sie tragen zu einer durchaus gelungenen Gesamtqualität bei.

Die positive Gesamtqualität kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch immer wieder in Einzelfällen oder in einzelnen Einrichtungen zu einem Absinken des Qualitätsniveaus kommt.

Zu einigen Themenfeldern der stationären Versorgung muss ein kontinuierlicher „kritischer Blick“ aufrecht erhalten werden. Erstmals musste im Berichtszeitraum auch in einer Einrichtung der Behindertenhilfe ein Aufnahmestopp vereinbart werden. Das Qualitätsniveau hat sich durch eine angemessenen Reaktion des Trägers sowie der Einrichtung wieder stabilisiert.

- **Nur wenige Mängel in der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe**

Im Bereich der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe wurden bei den 181 Prüfungen 9 Mängel im Sinne des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes festgestellt (2007/2008: 7 Mängel).

Die Mängel gliedern sich wie folgt:

- 5x Betreuungsprozess
- 2x Medikamentenmanagement
- 2x Spezielle Versorgung (z.B. Behandlungspflege)

In der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe liegt der Fokus der Versorgung auf pädagogischen Aspekten rund um die Felder der Inklusion, Eingliederung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Eine Definition von „Gefährlicher Pädagogik“ ist schwer festzulegen, entsprechende Indikatoren sind nicht vorhanden. Von daher können nicht alle kritischen Versorgungsmomente der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe ordnungsrechtlich als Mangel begründet oder definiert werden. In kritischen Fällen findet jedoch eine engmaschige Begleitung der Einrichtung durch die Heimaufsicht statt.

- **Problematisch: Messung von Qualität**

Die Messung von Qualität unterliegt auch im Bereich der stationären Behindertenhilfe/ Wohnungslosenhilfe deutlichen Einschränkungen. Objektive und vergleichbare Aussagen über die Gesamtqualität einer Einrichtung sind aufgrund fehlender Prüfverfahren und Prüfkriterien zu den Themen Teilhabe, Integration, Normalität nicht möglich. Dennoch können bestimmte Aussagen über die Qualität abgegeben werden, in Anlehnung an die Prüfthemen sowie in Kombination mit den Erfahrungen der letzten Jahre.

Aufgrund der Heterogenität der Versorgungslandschaft ist eine Basisstruktur zur Erhebung bestimmter Merkmale nicht vorhanden. Prüfinstrumente, wie z.B. der Vergleich der Anzahl freiheitsentziehender Maßnahmen (wie sie derzeit für den Bereich der stationären Altenhilfe zur Anwendung kommen) sind für den Bereich der stationären Behindertenhilfe daher nicht anwendbar.

- **Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM)**

Insgesamt herrscht in den Einrichtungen der Behindertenhilfe noch ein erhöhter Aufklärungsbedarf bezüglich der Thematik freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM). Die Grenzen zwischen Therapie, Schutz und Freiheitsentzug werden von Einrichtungsseite nicht immer klar unterschieden. Das KVR wird hier noch intensiver Beratung und Unterstützung anbieten.

Das Empfehlungspapier, das in der stationären Altenhilfe seit vielen Jahren eine allgemein anerkannte Expertise darstellt, hat in den Einrichtungen der Behindertenhilfe nur bedingt Anklang gefunden. Nicht alle Fallkonstellationen der Praxis waren angemessen durch das Papier gewürdigt und berücksichtigt. In der Folge hat das KVR im Jahr 2010, gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der stationären Behindertenhilfe, und weiterer Kooperationspartner (Betreuungstelle der LHM, Regierung von Oberbayern, Bezirk Oberbayern) eine Überarbeitung vorgenommen, um den besonderen Bedürfnissen und Gegebenheiten dieser Einrichtungen gerecht zu werden. Die überarbeitete Fassung wurde allen Einrichtungen übermittelt, das Thema wird im Zuge der Prüfungen des nächsten Berichtszeitraums weiter verfolgt werden.

- **Fachkraftquote**

Die Berechnung der Fachkraftquote gestaltet sich aufgrund der Heterogenität der Versorgungslandschaft der Behindertenhilfe schwierig, da für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe keine einheitlichen Personalschlüssel und teilweise keine ordnungsrechtlich nachvollziehbaren Personal-

vereinbarungen bestehen.

Jedoch sind nur selten auffällige Abweichungen oder Unregelmäßigkeiten festzustellen. Im Berichtszeitraum war nur in fünf Fällen eine auffällige Abweichungen von der Fachkraftquote feststellbar.

## 2.2.2 Besondere Themenfelder

### 2.2.2.1 Einrichtungen für ehemals Wohnungslose im Alter und/oder mit Behinderung

Das mit sämtlichen Trägern der Münchner Wohnungslosenhilfe und dem Bezirk Oberbayern erarbeitete und Anfang 2009 veröffentlichte Prüfkonzept für Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe eröffnete der Münchner Heimaufsicht eine neue Möglichkeit die Qualität in diesen Einrichtungen zu beurteilen.

Ein Abfragen der „harten“ Fakten (wie Dienstplangestaltung, Medikamentenmanagement, Dokumentation) ist auch hier von Nöten, doch soll der Prüferinnen und Prüfer dies im Zusammenhang mit dem vorliegenden Konzept, den strukturellen Bedingungen vor Ort und den unterschiedlichen Problemlagen des zu versorgenden Klientels sehen. Hauptsächlich leben in diesen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe chronisch alkoholkrank Menschen, Menschen mit einer chronischen Mehrfachbeeinträchtigung, Menschen mit Doppel-/Mehrfachdiagnosen und/oder psychisch kranke Menschen.

So unterschiedlich, wie die Probleme und Bedürfnisse sind, so vielfältig und flexibel müssen die Hilfestellungen und Beratungsangebote in den Einrichtungen sein. Dies bedeutet wiederum für die Prüferin bzw. dem Prüfer, dass auch seine Vorgehensweise vielfältig und flexibel sein muss, um die Qualität vor Ort feststellen zu können.

Während der Prüfungen der letzten zwei Jahre konnte festgestellt werden, dass vor allem die Pflegekräfte einen sehr hohen, herausfordernden Versorgungsaufwand aufgrund der oft schwerwiegenden Erkrankungen (z.B. Tumorerkrankungen) einzelner Klienten zu meistern haben. Es fallen eine Vielzahl pflegerisch sehr anspruchsvoller Handlungen an, deren angemessene Ausführung nur ausgebildetem Personal übertragen werden kann.

Nach Ansicht der Heimaufsicht müssen daher bei einigen Einrichtungen die personellen Strukturen verändert werden, um eine adäquate Versorgung auch zukünftig sichern zu können.

Grundsätzlich wird in allen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe auf die Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner großen Wert gelegt. In den letzten zwei Jahren erweiterten sogar einige Einrichtungen ihr Angebot. Die Angebote waren in Aufbau und Struktur einem Arbeitsprozess sehr ähnlich. Sie bieten dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine feste Struktur ihres Alltags und helfen bei einer Integration zurück in Arbeitsleben.

Auf besondere Aspekte der Versorgung muss durch die Heimaufsicht weiterhin geachtet werden (Umgang mit der Mitwirkung, Vertrauensarbeit, etc.), das **Gesamtqualitätsbild** der Münchner Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe gestaltet sich jedoch als durchweg **positiv**.

### 2.2.2.2 Einrichtungen der Sozialpsychiatrie/Menschen mit seelischer Behinderung

Im Jahr 2010 hat eine von der Münchner Heimaufsicht initiierte Arbeitsgruppe ihre Tätigkeit beendet, die Prüfkriterien für Einrichtungen der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe entwickelt hat.

Die seit Jahren bestehende „Lücke“ konnte somit geschlossen werden. An der Arbeitsgruppe waren Einrichtungen und Träger der genannten Bereiche beteiligt, genauso wie Vertreter des Bezirks

Oberbayern (zuständiger Kostenträger).

Das Prüfkonzept befindet sich aktuell in der Anwendungsphase, von daher können zum jetzigen Zeitpunkt nur allgemein gehaltene Qualitätsaussagen erfolgen. Darüber hinaus lassen im Bereich der Sozialpsychiatrie und Suchthilfe die unterschiedlichen Versorgungsangebote kein einheitliches Prüfverfahren zu. Verschiedenste Zielsetzungen bei den Einrichtungskonzeptionen und die vorherrschenden Doppeldiagnosen (z.B. Gehörlosigkeit mit einer psychischen Erkrankung, Epilepsie mit einer psychischen Erkrankung) fordern von der Prüferin/dem Prüfer spezifisches Fachwissen und große Flexibilität.

Die Ergebnisqualität ist aufgrund der psychischen Erkrankung und dem subjektiven Erleben des Einzelnen auch innerhalb einer Einrichtung sehr unterschiedlich. Hinzu kommt, dass einige Bewohnerinnen und Bewohner nicht freiwillig in der Einrichtung leben; gerade in letztgenannten Fällen muss die Prüferin/der Prüfer ein besonders Augenmerk auf die Beziehungsstruktur zwischen Bewohnerinnen/Bewohner und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter richten.

**Insgesamt** betrachtet ist eine **adäquate Versorgungsqualität** zu verzeichnen. Aufgrund der besonderen Krankheitsbilder sind immer wieder kritische Situationen vorhanden (z.B. Suizidgefahr); in der Regel wird diesen von Seiten der Einrichtung entsprechend reflektiert begegnet.

## 2.2.3 Schwerpunkte bei der Prüfung und Beratung

### 2.2.3.1 Überleitung aus/ins Krankenhaus

Immer wieder schilderten Menschen mit Behinderung, ihre Betreuer oder das Personal der Einrichtung der Münchner Heimaufsicht im letzten Berichtszeitraum ihre Erlebnisse mit Krankenhausaufenthalten, die teilweise hoch kritische Versorgungssituationen darstellten. Das Pflegepersonal der Krankenhäuser ist fachlich häufig nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung eingestellt, so dass es zu Unterversorgungen oder mangelnder Pflegeleistung mit gesundheitlichen Folgen kommen kann.

In der Folge trifft die Münchner Heimaufsicht bei ihren Prüfungen (auch im Beschwerdefall) immer wieder auf Situationen, in denen sie fachlich bewerten muss, ob es in der Einrichtung oder während eines Krankenhausaufenthalts zu Versorgungseinbrüchen kam und welche der beiden Institutionen für den Schaden an der Bewohnerin/am Bewohner verantwortlich ist.

Folgendes Beispiel zeigt die Problematik auf:

Die Heimaufsicht wurde während einer Prüfung auf einen Bewohner aufmerksam, der nach einem sehr belastenden Krankenhausaufenthalt ein tiefes Dekubitalgeschwür aufwies. Darüber hinaus war eine schwere und schmerzhaft entzündete Blasen- und Harntrakt gegeben. Der Bewohner zeigte beim in Kontakttreten durch das Personal der Einrichtung Abwehrverhalten, reagierte mit Schreien, Beschimpfungen, etc.

Nach der Begutachtung des Betreuungsprozesses, rückwirkend über mehrere Monate, Gespräche mit dem rechtlichen Betreuer, der Einrichtungsleitung und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kam die Heimaufsicht zu dem Ergebnis, dass kein Fehlverhalten von Seiten der Einrichtung gegeben war. Durch die Inkaufnahme eines zeitlichen, personellen, finanziellen Mehraufwand stellte die Einrichtung sogar über Wochen während der Essenszeiten eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter dem Krankenhaus zur Verfügung, der den Bewohner die Nahrungsaufnahme nach seinen Bedürfnissen ermöglichte.

Nach einer erneuten Überprüfung nach drei Monaten waren die erlittenen Dekubitalgeschwüre beim Bewohner abgeheilt und die Haut war vollständig intakt. Der Bewohner nahm die täglichen

Mobilisierungsangebote wieder an und zeigte sich auch in kognitiver Hinsicht deutlich verbessert. Er war aufgeschlossen und freundlich den Mitarbeiterinnen der Heimaufsicht gegenüber.

### *2.2.3.2 Pflegerische Leistungen/Behandlungspflege/Gesundheitlicher Hilfebedarf*

In diesem Feld werden immer wieder kritische Versorgungsmomente festgestellt und Qualitätsempfehlungen abgegeben.

In vielen Einrichtungen haben Tätigkeiten (Inkontinenzversorgung, Wundmanagement, etc.) einen nachrangigen Stellenwert gegenüber der „wertvolleren“ pädagogischen Arbeit („Wir machen hier keine Pflege“). Hier muss immer wieder Aufklärungs- und Beratungsarbeit durch die Heimaufsicht geleistet werden.

Hinzu kommt, dass es nicht für sämtliche Tätigkeiten klare rechtliche und fachlich verbindliche Vorgaben gibt. Für 2011 ist noch eine Veranstaltung mit den Einrichtungen geplant, um diesbezüglich praktikable und zukunftsfähige Lösungen zu entwickeln.

### *2.2.3.3 Älterwerden in den Einrichtungen der Behindertenhilfe*

Das Kreisverwaltungsreferat vertritt nach wie vor die Position, dass ein Umzug für Menschen mit Behinderung, deren Lebensmittelpunkt über viele Jahre in Einrichtungen der Eingliederungshilfe lag, in Einrichtungen der Altenhilfe vermieden werden muss.

2010 waren am Tag der jeweiligen Prüfung 251 Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe/Wohnungslosenhilfe über 60 Jahre, 287 zwischen 50 und 60 Jahren (Beachte: ca. 60% davon leben in Einrichtungen für ehemals Wohnungslose). So zeichnet sich zunehmend ein Bedarf an speziellen Versorgungsbereichen für älter werden Menschen mit Behinderung ab.

Erst ein Träger hat sich dazu entschieden, unter einem Dach jeweils eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe und eine Einrichtung der Behindertenhilfe zu betreiben.

Mit den Einrichtungen wird im Rahmen einer Veranstaltung die Thematik „Älter werden in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ erörtert und sinnvolle Lösungen angestrebt.

### *2.2.3.4 Sterben in Einrichtungen der Behindertenhilfe*

Das Thema „Sterben in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ erhält zunehmend eine stärkere Bedeutung. Die Heimaufsicht nahm an einigen ethischen Fallbesprechungen teil, in denen die Grenzen und Möglichkeiten der Sterbebegleitung in Einrichtungen der Behindertenhilfe eruiert wurden. In den vorgefundenen Fällen konnte den Einrichtungen ein sensibles und reflektiertes Vorgehen attestiert werden.

### 3. Der Bereich der „Sonstigen/Neuen Wohnformen“ im Zuständigkeitsbereich der Münchner Heimaufsicht

Im Folgenden wird in Bezug auf die „Sonstigen/Neuen Wohnformen“ die Terminologie des PflWoqG zu Grunde gelegt.

Es wird zwischen **ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Ältere und Pflegebedürftige** sowie **betreuten Wohngruppen für Menschen mit Behinderung** unterschieden.

Die Münchner Versorgungslandschaft ist mittlerweile geprägt durch eine Vielzahl von Konzepten und Wohnmodellen, die jedoch nicht umfassend durch die ordnungsrechtliche Kategorisierung des PflWoqG abgebildet werden können.

Daher werden seitens der Heimaufsicht immer wieder sinnvolle Einzelfalllösungen gesucht, die einerseits der Entwicklung der „Sonstigen/Neuen Wohnformen“ nicht im Wege stehen, andererseits den ordnungsrechtlichen Schutzgedanken nicht unterwandern.

#### 3.1 Ambulant betreute Wohngemeinschaften der Altenhilfe

##### 3.1.1 Abgrenzung vom stationären Einrichtungstyp

Nach Art. 2 Abs. 3 PflWoqG sind ambulant betreute Wohngemeinschaften Wohnformen, die dem Zweck dienen, pflegebedürftigen Menschen das Leben in einem gemeinsamen Haushalt und die Inanspruchnahme externer Pflege- und Betreuungsleistungen gegen Entgelt zu ermöglichen.

Erfüllen diese Wohngemeinschaften die nachfolgend zusammengefasst dargestellten „Status-Voraussetzungen“ des Art. 2 Abs. 3 Nr.1- 5 PflWoqG, wie :

1. Gewährleistung der **Selbstbestimmung**,
2. **freie Wählbarkeit der Betreuungs- und Pflegedienste** sowie Art und Umfang der Leistungen,
3. **Gaststatus der Pflege- und Betreuungsdienste** (insbesondere **keine** Büroräume in oder in enger räumlicher Verbindung mit der Wohngemeinschaft),
4. **bauliche, organisatorische und wirtschaftliche Selbständigkeit** (insbesondere kein Bestandteil einer stationären Einrichtung und nicht mehr als zwei Wohngemeinschaften der gleichen Initiatoren in unmittelbarer Nähe),
5. maximal **12 pflege- oder betreuungsbedürftige Personen** in einer Wohngemeinschaft

so hat dies zur Folge, dass für sie lediglich die „reduzierten“ ordnungsrechtlichen Bestimmungen des Dritten Teils des Gesetzes greifen. Allerdings müssen diese Voraussetzungen kumulativ erfüllt werden, da sonst der Zweite Teil des Gesetzes und damit der gesamte ordnungsrechtliche Anforderungskatalog anzuwenden ist (Art. 2 Abs. 3 Satz 4 PflWoqG).

Vor allem Ziffer 1 („Selbstbestimmung“) ist das maßgebliche Kriterium bezüglich der Entscheidungsfindung durch die Heimaufsicht.

Ausschlaggebend für den reduzierten Anforderungskatalog ist in der Praxis deshalb vor allem, dass die Bewohnerinnen und Bewohner (oder bei Pflegebedürftigen eine adäquate Interessens-



vertretung) aufgrund einer „gelebten“ Selbstbestimmung zur Selbsthilfe und internen Qualitätssicherung tatsächlich in der Lage sind. Ist dies nicht der Fall, ist eine externe Qualitätssicherung durch die Aufsichtsbehörde notwendig (vgl. Burmeister/ Gaßner/ König/ Müller 2009). Der ordnungsrechtliche Schutzgedanke reduziert sich dabei in dem Maße, wie die Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner vorhanden sind, sich bei auftretenden Missständen selbst zu helfen.

**Entscheidend ist für die Heimaufsicht demnach, ob die Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund einer hinreichenden Selbstbestimmung selbst für die Qualitätssicherung sorgen können, oder ob mangels Selbstbestimmung die Heimaufsicht hierfür Sorge zu tragen hat.**

### 3.1.2 Anzahl und Konzepte

Zum Stand 31.12.2010 waren der Heimaufsicht in München 64, davon fünf geplante Projekte, sogenannter „Sonstiger/Neuer Wohnformen“ im Bereich der Altenhilfe bzw. Intensivpflege bekannt.

Hiervon wurden im Berichtszeitraum 43 Wohnformen auf deren Status hin überprüft. Die Statusüberprüfungen erfolgten in der Regel zunächst durch eine Vertrags- und Konzeptprüfung. Sind diese Verträge und Konzepte derart aussagekräftig, dass eine Anwendung des PflWoqG auszuschließen ist, so ist eine Vor- Ort- Begehung nicht notwendig. **Dem Gedanken der Privatheit des häuslichen Bereichs wird hier vollkommen Rechnung getragen.**

Bestehen aber Unklarheiten hinsichtlich der Vertragsbedingungen, der vertraglichen Umsetzung, der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner oder sind der Heimaufsicht Beschwerden bekannt, so erfolgt eine Prüfung der Gegebenheiten vor Ort.

Von den im Berichtszeitraum 43 geprüften Wohnformen sind 30 Wohnformen, mit ca. 170 Plätzen, als ambulant betreute Wohngemeinschaften im Sinne des PflWoqG zu bewerten.

Bei 19 weiteren Wohnformen ergab die Prüfung, dass diese nicht in den Anwendungsbereich des PflWoqG fallen, hier handelte es sich um betreutes oder selbständiges Wohnen. In einem Fall war festzustellen, dass es sich bei der Wohnform um eine betreute Wohngruppe für Menschen mit seelischer Behinderung handelte. Eine ambulante Wohnform wurde als stationäre Einrichtung i.S.d. PflWoqG bewertet.

Drei Wohnformen wurden bereits im letzten Berichtszeitraum als stationäre Einrichtungen eingestuft.

Bei fünf Wohnformen war festzustellen, dass diese nicht mehr existierten. Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft musste aufgrund der Insolvenz des Initiators schließen.

Drei Initiatoren bieten in fünf ambulant betreuten Wohngemeinschaften ein speziell auf an Demenz erkrankte Pflegebedürftige ausgelegtes Konzept an. Zur Verfügung stehen insgesamt 39 Plätze. Weitere 24 Plätze sind der Heimaufsicht bekannt, deren Eröffnung für 2011/ 2012 geplant sind.

Vier Initiatoren haben sich auf die Versorgung von Intensivpflegebedürftigen in insgesamt acht ambulanten Wohngemeinschaften spezialisiert. Insgesamt stehen ca. 30 dieser Plätze zur Verfügung.

Die restlichen ambulant betreuten Wohngemeinschaften verfolgen kein spezielles Versorgungskonzept. Dort leben Menschen mit sämtlichen „typischen“ altersbedingten Erkrankungen.

### 3.1.3 Prüfungen durch die Heimaufsicht

#### Grundsätzliches zu den Prüfungen

- **Unangemeldet versus angemeldet**

Die Prüfungen der sonstigen Wohnformen finden in der Regel unangemeldet statt. Da aber nicht in allen Wohnformen durchgängig eine Pflege- bzw. Betreuungskraft anwesend ist, hat es sich als sinnvoll erwiesen, einen Termin mit dem jeweiligen Initiatoren zu vereinbaren. Bei der ersten Prüfung mussten eine Vielzahl an organisatorischen Fragen geklärt werden, so dass ein adäquater Ansprechpartner vor Ort unabdingbar war. In diesen Fällen erfolgten angemeldete Prüfungen.

Anlass bezogene aufgrund von Beschwerden finden ohne Anmeldung statt, ebenso die jährlichen Routineprüfungen.

- **Heimaufsicht in Wohngemeinschaften**

Im Berichtszeitraum hatte sich anfänglich eine große Unsicherheit bei Initiatoren und Pflegediensten hinsichtlich der Zulässigkeit der Begehungen gezeigt. Oftmals wurde die Zutrittsberechtigung der Heimaufsicht, welche sich ohne Zustimmung der jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner auf die ausschließlich öffentlichen Bereiche bzw. die Gemeinschaftsflächen beschränkt, angezweifelt. Somit waren die ersten Monate der Zuständigkeit mit einem erhöhtem Aufwand verbunden, Initiatoren und andere Beteiligte über die rechtlichen Grundlagen und Anforderungen aufzuklären.

Der Besuch der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt, wenn diese bzw. deren rechtlichen Vertreterinnen und Vertreter zustimmen (so wird der Schutzgedanke des Art. 13 Grundgesetz gewahrt). Bei vielen der Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften liegt eine rechtliche Betreuung vor. Diese Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind für die Heimaufsicht am Prüfungstag nicht immer zu erreichen, so dass ein Besuch bzw. eine Prüfung bei den Betroffenen in deren Zimmern oftmals nicht möglich war.

- **Der Prüfansatz unterscheidet sich deutlich vom Vorgehen in stationären Einrichtungen**

Maßstab für die Kontrolle von ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist, neben der stets zu prüfenden aktiven Selbstorganisation und Selbstbestimmung, die Prüfung der Ergebnisqualität; entscheidend ist also, welche Leistung und welche Qualität bei der zu pflegenden bzw. zu betreuenden Person tatsächlich ankommt.

Die Qualitätsanforderungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften beziehen sich lediglich auf die Sicherstellung einer angemessenen Ergebnisqualität, vor allem in den Bereichen hauswirtschaftliche Versorgung, Körperpflege, Ernährung und Mobilisierung. Eine Überprüfung der Prozess- und Strukturqualität ist im Bereich der ambulanten Wohnformen nicht vorgesehen, da diese im Idealfall von der Wohngemeinschaft selbst definiert werden (Personalanwesenheit, Abläufe, etc.).

Die Prüfung erfolgt demnach primär über augenscheinliche Wahrnehmungen. Dennoch muss häufig auch auf bestimmte Aspekte der Dokumentation der Pflegedienste zurückgegriffen werden, da eine rein auf Beobachtung beruhende Einschätzung der Versorgung in vereinzelt Fällen bezüglich der Ergebnisqualität nur wenig Aussagekraft besitzt. Oftmals stehen Bewohner, Angehörige, Betreuer, etc. als Ansprechpartner eben nicht zur Verfügung, vor allem bei unangemeldeten Prüfungen. Insgesamt muss der Prüfansatz der Heimaufsicht in Hinblick auf die konkreten Aspekte der Ergebnisqualität noch weiter optimiert werden.

Anforderungen bezüglich des Personals und der baulichen Struktur sieht das PflWoqG für diese Wohnformen nicht vor, sie können sich aber aus anderen Rechtsvorschriften ergeben (z.B. Infekti-

onsschutzgesetz, Brandschutz).

- **Die strukturierte Prüfungsplanung beginnt erst**

Im Berichtszeitraum fanden bzgl. der 64 bekannten Wohnformen insgesamt 38 Prüfungen statt. Hinzu kamen 16 isolierte Beratungstermine, welche sich in der Regel auf Neueröffnungen bzw. die Vertragsgestaltung bezogen und vor Ort oder im KVR statt fanden.

Elf der Prüfungen waren anlassbezogen, da der Heimaufsicht Beschwerden bzw. Anfragen des örtlichen Kostenträgers bzgl. des Status vorlagen. In zwei dieser Fälle war die Wohnform der Heimaufsicht noch nicht bekannt, da die Initiatoren es unterlassen hatten, die Wohngemeinschaft gem. Art. 21 Abs. 1 PflWoqG anzuzeigen.

Insgesamt betrachtet waren aufgrund der anfänglichen Vielzahl von Sonderkonstellationen und -fragen aufwändige Fallbesprechungen, Vertragsprüfungen, Einholung von Rechtsgutachten, Absprachen mit anderen Stellen (Sozialministerium, Regierung von Oberbayern, Sozialreferat, Lokalbaukommission, Referat für Gesundheit und Umwelt etc.) und intensive Beratungen und Begleitungen einzelner Initiatoren bzw. Projekte notwendig.

Nach wie vor sind eine Reihe von besonderen Fragestellungen offen (z.B. welche Anforderungen sind für Intensivpflegepatienten in Wohngemeinschaften zu formulieren oder wie sieht eine gelungene Organisation des Gremiums der Selbstbestimmung aus). Sinnvoll erscheint eine diskursorientierte Lösungsstrategie, d.h. der kontinuierliche Austausch mit den weiteren zuständigen Stellen (Referat für Gesundheit und Umwelt, Sozialreferat, etc.) kann sinnvolle Lösungen erzeugen, da die Erfahrungen in Bezug auf effektive Prüfungen im Umgang mit den „Neuen/Sonstigen Wohnformen“ grundsätzlich noch zu gering sind. Hinsichtlich der Formulierung von Prüfstandards fanden mit dem Sozialreferat erste Gespräche statt. Konkrete Inhalte liegen jedoch noch nicht vor.

Organisatorisch hat die Heimaufsicht mit der Einrichtung einer Koordinatorenstelle reagiert. Eine Mitarbeiterin der Heimaufsicht ist Ansprechpartnerin für alle neu hinzugekommen Kooperationspartner bzw. koordiniert diverse besondere Fragestellungen, welche einer strukturierten Beantwortung zugeführt werden müssen.

### 3.1.4 Erste Qualitätsfeststellungen

Die Bewohnerinnen und Bewohner sind trotz der kaum oder meistens nur formal vorhandenen Mitbestimmungsgremien, wie weiter unten genauer beschrieben, in vielen Einrichtungen/Wohnformen grundsätzlich „gut“ versorgt. Einige Wohnformen stellen eine gelungene Alternative zur stationären Versorgung dar. Die vorhandene Lebensqualität wird in diesen Fällen durch ein deutlich positives Gesamtbild untermauert.

Nichts desto trotz wurden im Zuge der Prüfungen auch qualitative Defizite festgestellt, mitunter in menschenunwürdigem Ausmaß. So bleibt zunächst und als Ergebnis der ersten gemachten Erfahrungen festzuhalten, dass die Qualität in ambulant betreuten Wohngemeinschaften sehr stark projekt- und personenabhängig ist. So konnten im Berichtszeitraum einige „schwarze Schafe“ ausgemacht werden, bei denen das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner nicht an vorderster Stelle stand. Die Grenze bzw. die Nähe zur Versorgung im häuslichen oder privaten Bereich bietet auch für unseriöse Anbieter eine Reihe von Anreizen zu Etikettenschwindel, Manipulation und Betrug. Der Begriff der „Wohngemeinschaft“ vermittelt Nähe und Geborgenheit. Dies wurde in einigen Fällen nicht im erwünschten Maße vorgefunden.

Einer ambulanten Wohngemeinschaft wurde im Berichtszeitraum aufgrund brandschutzrechtlicher Mängel vorübergehend die Nutzung untersagt.

In drei der geprüften ambulant betreuten Wohngemeinschaften ergaben sich Mängel bzw. erhebliche Mängel im Bereich der Pflege. In einem Fall waren diese Mängel so gravierend, dass die Heimaufsicht zur Verbesserung der Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner vor Ort Anordnungen treffen musste (z.B. wurden die Bewohnerinnen und Bewohner kaum mobilisiert, freiheitsentziehende Maßnahmen wurden ohne Genehmigung angewendet, die Verpflegung wurde ohne Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner angerichtet). Aufgrund der strukturellen Abhängigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner war der stationäre Charakter der Wohnform deutlich vorhanden, mit der Folge der ordnungsrechtlichen Anwendung des stationären Schutzgedankens. Bis zur Behebung der Mängel darf keine Bewohnerin/kein Bewohner mehr in die Wohngemeinschaft aufgenommen werden. Die Heimaufsicht ist weiterhin eng begleitend/prüfend aktiv.

Zum besseren Verständnis sind im Folgenden einige der Feststellungen (hier: Gefährliche Pflege) beispielhaft benannt:

#### Fall 1: Umgang mit Wunden (Auszug aus dem Prüfbericht)

*„(...) entsprach der Umgang mit der Dekubitusprophylaxe und der Umgang mit einem bestehenden Dekubitalgeschwür bei einer Bewohnerin nicht dem allgemein anerkannten Stand pflegfachlicher Erkenntnisse.*

*Die Bewohnerin hatte ein Dekubitalgeschwür erlitten, das am xx.xx.2010 laut der Dokumentation des Pflegedienstes abgeheilt war. Am xx.xx.2010 wurde erneut eine offene Stelle am Steiß links festgestellt und dokumentiert.*

*Der Pflegedienst konnte nicht nachweisen, dass der Bewohnerin fachlich korrekte und notwendige Maßnahmen angeboten wurden, um den erneuten Schaden zu vermeiden. Auch eine entsprechende Beratung der Bewohnerin oder die Einleitung sonstiger Maßnahmen konnten während der Prüfung nicht nachvollzogen werden (...)*“.

#### Fall 2: Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner in „ihrer Wohnung“ (Auszug aus dem Prüfbericht)

*„(...) Während der Anwesenheit der Heimaufsicht wurde das Frühstück sowie das Mittagessen durch die anwesenden Pflegekräfte ohne Einbindung der Bewohnerinnen und des Bewohners zubereitet. Bewohner 1 wurde nicht gefragt, was er gerne frühstücken möchte. Man brachte ihm einen Marmeladentoast. Auf Nachfrage der Heimaufsicht beim Bewohner äußerte dieser, dass er viel lieber Käse frühstücken wolle.*

*Auch bezüglich des Mittagessens erfolgte keinerlei Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Pflegekraft äußerte hinsichtlich der fehlenden Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse, dass man Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Essen frage, ob es ihnen geschmeckt habe. Dies genüge ihr als Einbindung (...)*“.

#### Fall 3: Umgang mit Schmerzen (Auszug aus dem Prüfbericht)

*„(...) Anhand verschiedener Berichtseinträge war darüber hinaus ersichtlich, dass die Bewohnerin immer wieder Schmerzen hatte:*

- *„Pat. hatte sehr starke Schmerzen“*
- *„Pat. war heute sehr kalt, und sie hatte sehr starke Schmerzen“*
- *„Pat. hatte heute extreme Schmerzen, hatte laut geschrien“*
- *„... hatte heute Beine Schmerzen“*
- *„Pat. hat Schmerzen und ist laut“*

*Trotz dieser Feststellung, wurde weder eine systematische Schmerzerfassung durchgeführt, um*

die Wirksamkeit der Schmerzmedikation zu überprüfen, noch wurde Rücksprache mit dem Hausarzt gehalten bzw. sonstige pflegefachliche Interventionen eingeleitet, um die Schmerzen zu lindern.

Die ärztlichen Anordnungen zur Schmerztherapie wurden nicht vollständig korrekt umgesetzt. Angeordnete Medikamente (Metamizol) wurden nicht verabreicht, wogegen abgesetzte Medikamente (Tramadol) weiter verabreicht wurden (...).

### 3.1.5 Besondere Problemfelder und Herausforderungen

- **Hilfebedarf oftmals ähnlich dem in stationären Einrichtungen**

Oftmals stellt sich die Situation in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften vor Ort derart dar, dass sich diese Klientel nicht merklich von den Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen unterscheidet und der Schutzbedarf von Pflege- bzw. Betreuungsbedürftigen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften nicht grundsätzlich als reduziert zu bewerten ist.

Auch wird in der Regel eine 24-Stunden-Betreuung gewährleistet, da diese Personalpräsenz u.a. eine Qualitätsanforderung aus Sicht des Brandschutzes darstellt.

- **Wohngemeinschaften oftmals keine kostengünstige Alternative zum Heim**

Eine erste Feststellung der Heimaufsicht aus den Prüfungen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist, dass es in vielen Fällen den Bewohnerinnen/ Bewohnern nicht möglich ist, die Kosten aus eigenem Einkommen und Vermögen zu bestreiten, so dass von den Betroffenen neben bestehenden Ansprüchen aus der Pflege- und der Krankenversicherung auch Leistungen aus der Sozialhilfe bezogen werden.

Die Heimaufsicht konnte im Zusammenhang mit den zur Stuserhebung notwendigen Vertragsprüfungen feststellen, dass die ambulante Versorgung in Wohngemeinschaften oftmals deutlich höhere Kosten verursacht, als die Versorgung in stationären Einrichtungen. Diese Feststellungen wurden durch Aussagen anderer oberbayerischer Heimaufsichtsbehörden bestätigt. In einigen Landkreisen hat dies bereits dazu geführt, dass gemäß §13 Abs.1 SGB XII nach entsprechender Prüfung die Kostenübernahme aus Sozialhilfemitteln abgelehnt wurde und eine stationäre Unterbringung für zumutbar bzw. angemessen befunden wurde.

Die Mehrkosten entstehen u.a. dadurch, dass in diesen häuslichen Gemeinschaften vom ambulanten Pflegedienst für jede Bewohnerin und jeden Bewohner die Leistungen im Einzelnen mit dem Kostenträger abgerechnet und in der Regel nicht „gepoolt“ werden. So geschieht es demnach häufig, dass in einer Wohngemeinschaft mit acht Bewohnerinnen und Bewohnern z.B. die An- und Abfahrt, das Zubereiten von Mahlzeiten etc. jeweils acht mal mit dem Kostenträger verrechnet wird, de facto aber nur eine An- und Abfahrt notwendig ist bzw. nur einmal Mittagessen für alle Bewohnerinnen und Bewohner zubereitet wird.

Zusammenfassend wird deutlich, dass Regelungsmechanismen fehlen, welche die Leistungsanbieter vor Ort verbindlich dazu bringen, Synergien und Ressourcen zu nutzen.

Aufgrund der hier bestehenden Schnittstellen im Bereich Ordnungs- bzw. Leistungsrecht ist die Zusammenarbeit zwischen Sozialreferat und Heimaufsicht unverzichtbar. Empfehlenswert ist die Entwicklung eines praxistauglichen Prüflaufplans für die Münchner ambulant betreuten Wohngemeinschaften, welcher sowohl ordnungs- als auch leistungsrechtlich ineinander „greift“ und vorhandene Regelungslücken ausschließt. Die ersten diesbezüglichen Planungsgespräche wurden bereits geführt.

- **Selbstbestimmung ist aktuell nur selten durch ein Gremium gewährleistet**

Der Gesetzgeber hat in der Gesetzessystematik deutlich zum Ausdruck gebracht, dass es des umfassenden „Schutzes des Ordnungsrechtes“ dann nicht bedarf, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner noch derart selbstbestimmt agieren können, dass sie selbst für die interne Qualitätssicherung in der Wohngemeinschaft Sorge tragen können (s.o.).

Dem entsprechend besteht ein Schwerpunkt bei den Prüfungen und Beratungen durch die Heimaufsicht bei der Gewährleistung der Selbstbestimmung.

Diese ist gemäß den Vorstellungen des Bayerischen Sozialministeriums (u.a) auch dann gewährleistet, wenn ein Gremium besteht, welches die interne Qualitätssicherungsfunktion ausübt und die Angelegenheiten des täglichen Lebens regelt. In diesem Gremium sind im Optimalfall, wenn Bewohnerinnen und Bewohner ihre Angelegenheiten nicht mehr selbständig regeln können, Angehörige und/oder Betreuerinnen und Betreuer. Vermieter, Initiator, Pflege- und Betreuungsdienst haben kein Stimmrecht.

Wird bzw. kann seitens externer Personen (in der Regel Angehörige und/oder Betreuer) eine aktive interne Qualitätssicherung gewährleistet werden, so ist dies die entsprechende Rechtfertigung für eine Reduktion des ordnungsrechtlichen Schutzrahmens. Eine externe Qualitätssicherung durch die Aufsichtsbehörde ist dann nicht im entsprechenden Maße notwendig wie dies, trotz gleichem Bewohnerklientel, in stationären Einrichtungen gefordert ist.

Aktuell bestehen in ca. zwei Drittel der Wohngemeinschaften entsprechende Gremien bzw. diese sind dort noch im Aufbau, mit unterschiedlichen Aktivitäten und qualitätssichernden Funktionen. Zum jetzigen Zeitpunkt erfüllen nur die wenigsten der Gremien ihre originären Aufgaben. Oftmals zeichnete sich in den geprüften Wohnformen primär ein Bild struktureller Fremdbestimmung ab.

Dieser Sachverhalt ist u.a. darauf zurückzuführen, dass Angehörige und/oder gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer ihre pflege- und betreuungsbedürftigen Angehörigen häufig in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft „unterbringen“, ohne darüber informiert bzw. aufgeklärt worden zu sein, dass von ihrer Seite ein hohes Maß an Zeit und Engagement gefordert ist, damit die Initiatoren eine ambulant betreute Wohngemeinschaft überhaupt im originären Sinne ermöglichen können.

- **Gesetz und Realität sind schwer vereinbar**

Ein Bewohnergremium, wie es das Bayerische Sozialministerium als Möglichkeit zur Umsetzung einer ausreichenden Selbstbestimmung vorsieht, ist durchaus als Modell zur Schaffung von Selbstbestimmung denkbar, z.B. analog von Mietergemeinschaften oder Eigentümerversammlungen wie es in der Immobilienbranche üblich ist oder wie es bei Elterninitiativen zur Gründung von Kindergärten in freier Trägerschaft erfolgreich betrieben wird.

Doch häufig benötigen Betroffene „schnell“ einen Platz bzw. die Wohngemeinschaft lebt unter dem Zwang freie Plätze wieder neu zu besetzen, um Mietausfälle zu minimieren. Weiterhin sind Angehörige häufig nur bedingt bereit an einem Gremium der Selbstbestimmung mitzuwirken. Zusätzlich wird die Gremiumstätigkeit der Berufsbetreuer nicht adäquat refinanziert, so dass diese teilweise gar nicht zur Mitwirkung motiviert werden können. Hieraus entsteht ein „Problemkonglomerat“, das durch die momentan bestehenden Gremien oder Projekte kaum gelöst oder ausgeglichen werden kann.

Pflegedienste übernehmen in der Folge die Federführung der Nachbesetzung frei gewordener Plätze oder die Organisation allgemeiner hauswirtschaftlicher Felder, um das Leben in einem angemessenen Rahmen überhaupt sicher stellen zu können. Dabei konterkarieren sie durch ihre Ak-

tivitäten den Gedanken der Selbstbestimmung und schaffen strukturelle Abhängigkeiten, die durch die nicht funktionierenden oder fehlenden Gremien sogar noch verstärkt werden. Somit befinden sich diverse Wohnformen derzeit in einem Kreislauf der nicht entwickelbaren Selbstbestimmung und unterscheiden sich damit oftmals kaum von der Struktur stationärer Einrichtungen, abgesehen von der Größe und der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner.

Da es keine gesetzliche Verpflichtung gibt, dass Angehörige oder Betreuerinnen/Betreuer in einem bestimmten Rahmen die Umsetzung der Selbstbestimmung (z.B. im Falle erhöhter Pflegebedürftigkeit oder gar im Intensivpflegefall) alternativ auszufüllen haben, kann dies nur über den privatrechtlichen Wege geschehen.

Die Heimaufsicht empfiehlt den Initiatoren und Pflegediensten daher, nur diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner in eine Wohngemeinschaft aufzunehmen, bei denen entweder diese selber oder deren Vertreterinnen/Vertreter per Vertrag sich verpflichten, einen Mindestbeitrag zur Organisation der Wohnform bei zu tragen. In der Praxis wird diese Empfehlung noch zu selten angenommen, da sich die Anzahl der Bewerber um einen freien Platz stark reduzieren könnte. Nicht alle Betreuerinnen/Betreuer und Angehörige sind bereit, einen entsprechenden ehrenamtlichen Beitrag zu leisten.

Aber: Die gelebte Unterstützung und Qualitätssicherung durch Dritte (hier: Angehörige, Betreuer, ausgewählte Ehrenamtliche) stellt die Voraussetzung zur alternativen Versorgung dar.

Die Intention des Gesetzgebers und die Realität verlaufen noch nicht auf einer gemeinsamen Linie. Um diese Lücke schließen zu können, ist noch ein deutlicher Informations- und Aufklärungsbedarf vorhanden. Hierfür müssen Ehrenamtlichenvereine, Alten- und Servicezentren, Betreuungsvereine etc. stärker eingebunden werden, um motivierte Personen zur Mitarbeit in den Gremien gewinnen zu können und um diese über die Realität des Lebens, der Betreuung und letztlich Pflege in Wohngemeinschaften aufzuklären. Entsprechende Gespräche mit dem Sozialreferat sind geplant.

- **Folge: Wohngemeinschaften sind oftmals „Kleinstheime“**

Die aufgeführten Probleme haben zur Folge, dass viele der aktuell vorhandenen Wohnformen nur bedingt als Wohngemeinschaften im Sinne des PflWoqG gelten können. Faktisch liegen häufig Kleinsteinrichtungen vor, die einen starken stationären oder institutionalisierten Charakter aufweisen. Dabei sind die strukturellen Abhängigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner oftmals dermaßen ausgeprägt, dass schlichtweg nicht von einem „gemeinsamen Haushalt“ oder von einer Selbstbestimmung ausgegangen werden kann.

- **Lösung: Die aktuelle Strategie liegt im Prozess**

Da eine Reihe von Bewohnerinnen und Bewohner in den „Neuen/Sonstigen Wohnformen“ angemessen versorgt sind bzw. in einem würdevollem Rahmen mit einem hohen Maß an Lebensqualität leben, diese jedoch nur bedingt den ordnungsrechtlichen Anforderungen entsprechen, liegt die aktuelle Strategie der Heimaufsicht im Prozess der Begleitung.

Würde die Heimaufsicht „kategorisch“ die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen an stationäre Einrichtungen einfordern, würde dies oftmals das „Aus“ für einige Projekte bedeuten.

Deshalb setzt die Heimaufsicht im Umgang mit diesen Fällen weiterhin auf eine intensive Beratung.

Gerade im Hinblick auf die Umsetzung einer hinreichenden Selbstbestimmung benötigen die meisten Projekte noch intensive Unterstützung.

Wohnformen, in denen erhebliche Mängel festgestellt werden oder in denen Bewohnerinnen und Bewohner im gefährlichen Ausmaß ihrer Selbstbestimmung beraubt sind, werden weiterhin mit den vollen Möglichkeiten des ordnungsrechtlichen Eingriffs bedacht.

## 3.2 Betreute Wohngruppen für Menschen mit Behinderung

### 3.2.1 Abgrenzung vom stationären Einrichtungstyp

Die Betreuung in einer Wohngruppe der Behindertenhilfe soll neben der Unterstützung zur Bewältigung der individuellen behinderungsbedingten Probleme die größtmögliche Autonomie für den dort lebenden Menschen gewährleisten. Das PflWoqG beschreibt die Hauptziele einer Wohngruppe im Art. 2 Abs. 4 Satz 2 PflWoqG wie folgt und gibt somit folgende Punkte, die bei einer Statusfestlegung vorrangig zu prüfen sind, vor:

1. Förderung der Selbstständigkeit und Selbstverantwortung
2. Gewährung der Selbstbestimmung
3. Unterstützung der Eingliederung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Für Betreute Wohngruppen, die die entsprechenden Kriterien nicht oder nur teilweise erfüllen, gelten die selben ordnungsrechtlichen Vorgaben wie für eine stationäre Einrichtung.

Folgende Dinge müssen vor einer Entscheidungsfindung von der Heimaufsicht kritisch hinterfragt werden:

- Wohnverträge
- Einschätzung Hilfebedarf
- Leistungsvereinbarungen mit dem Kostenträger
- Konzeption der Einrichtung/Wohngruppe
- Prüfung der räumlichen Gegebenheiten vor Ort
- Prüfung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner durch das Führen von Bewohnergesprächen
- Dienstplangestaltung/Anwesenheit von Personal

Die Heimaufsicht ist bei festgestellter Zuständigkeit im Sinne des Art. 2 Abs. 4 PflWoqG angehalten, nur im anlassbezogenen Fall aktiv zu werden (Beschwerden).

### 3.2.2 Anzahl und Prüfungen

Nach derzeitigem Erkenntnisstand sind über 145 Wohnformen, die im erweiterten Sinne oben genannte Zielvorgaben erfüllen, innerhalb der LHM vorhanden.

Betreute Wohngruppen für Menschen mit einer seelischen Behinderung liegen nicht im Anwendungsbereich des Gesetzes („Therapeutischen Wohngemeinschaften: TWG“). Der Gesetzgeber hat keine ausreichende Legitimation gesehen, diese spezielle Wohnform ordnungsrechtlichen Wirkmechanismen zu unterwerfen (vgl. Burmeister/Gaßner/König/Müller 2009). Diesem Einrichtungstyp sind aktuell ca. 110 Wohnformen zu ordnen. Für ca. 50 dieser Wohnformen sind im aktuellen Berichtszeitraum entsprechende Einschätzungen vorgenommen worden. Die weiteren Wohnformen werden im nächsten Berichtszeitraum hinsichtlich der Statusabklärung überprüft.

Aktuell sind der Heimaufsicht 12 Wohnformen für Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder sonstiger Behinderung bekannt, die gemäß PflWoqG als Betreute Wohngruppe im Sinne des Art. 2 Abs. 4 eingestuft werden.

Darüber hinaus sind noch ca. 25 Wohnformen innerhalb der LHM aufzufinden, die den Einstufun-



gen des PflWoqG nicht zwingend zugeordnet werden können (z.B. bei besonderen Konzeptionen Wohnungslosenhilfe, Außenwohngruppen als Teil stationärer Einrichtungen). Der Schwerpunkt liegt hier auf einer begleitenden Beobachtung bzw. auf der Schaffung „pragmatischer“ Einzelfalllösungen, die der Versorgungsrealität gerecht werden und dennoch notwendige Schutzmechanismen berücksichtigen.

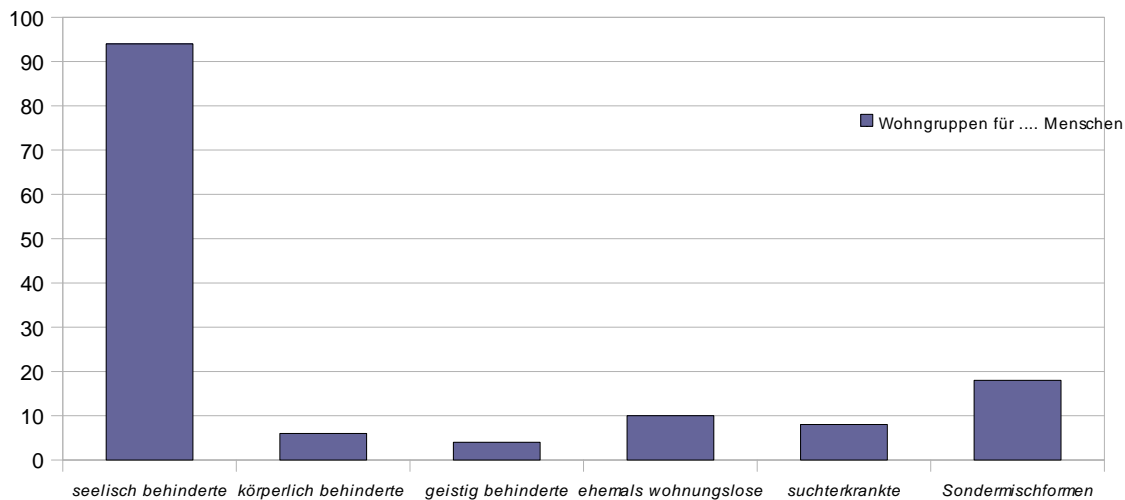


Abbildung 19: Wohngruppen der Behindertenhilfe

#### Das Qualitätsbild stellt sich grundsätzlich positiv dar

Im Berichtszeitraum ist nur eine Beschwerde aus dem Bereich der betreuten Wohngruppen für Menschen mit Behinderung bei der Heimaufsicht eingegangen. Es mussten keine ordnungsrechtlichen Maßnahmen ergriffen werden.

### 3.2.3 Erkenntnisse und Erfahrungen

In betreuten Wohngruppen der Behindertenhilfe leben kleine Gruppen hilfebedürftiger Menschen in überwiegend bereits bestehenden Wohnungen oder Einfamilienhäusern. Jede Bewohnerin, jeder Bewohner hat seinen eigenen Schlaf- und Wohnbereich. Das Gruppengeschehen findet in Gemeinschaftsräumen oder Wohnküchen statt. Eine Alltagsstruktur (z.B. durch gemeinsame Mahlzeiten, Putzdienste, Gemeinschaftsaktivitäten) zur Orientierung ist bei fast allen Wohngruppen, vor allem bei geistig behinderten Menschen, gegeben. In den Wohngruppen ist in der Regel kein Nachtdienst oder Nachtbereitschaft eingerichtet, worin ein Indiz für eine erhöhte Selbstständigkeit zu sehen ist. Die Tagesbetreuung beschränkt sich im Allgemeinen auf einige Stunden und die Bewohnerinnen und Bewohner gehen werktags einer Arbeit oder Beschäftigung nach. Die Bewohnerinnen/Bewohner müssen in der Lage sein, ihren Alltag zeitweise auch ohne Betreuung gestalten zu können.

Die Münchner Versorgungslandschaft bietet ein breitgefächertes Spektrum unterschiedlichster Wohngruppen an. Sie unterscheiden sich im Klientel, daraus resultierenden Versorgungsbedarf und in der Konzeptausrichtung.

Das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz beinhaltet an verschiedenen Stellen unklare Definitionen, die eine eindeutige Abgrenzung der Wohnformen erschweren. Eine Festlegung auf einen Wohnstatus ist daher mit einem hohem zeitlichen und personellen Aufwand verbunden.

Zur Verdeutlichung der oft schweren Festlegung auf einen Wohnstatus erfolgen einige Beispiele aus der Praxis:

**Fall 1:** In einer Wohngruppe leben 5 geistig behinderte Menschen mit 4 nicht behinderten Erwachsenen zusammen. Jeder Bewohner ist in der Wohngruppe ein eigenständiger Mieter seines Zimmers. Das pädagogische Personal der Wohngruppe ist von 06:00 Uhr – 22:00 Uhr vor Ort. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner außerhalb der Betreuungszeiten sind die dort lebenden nicht behinderten Erwachsenen, die als gleichberechtigte Mieterinnen und Mieter die behinderten Bewohnerinnen und Bewohner bei Bedarf unterstützen. Laut Pflege- und Wohnqualitätsgesetz müssen behinderten Menschen, die in einer Wohngruppe leben, in der Lage sein, ihre Interessen und Bedürfnisse mitzuteilen. Menschen mit geistiger Behinderung ist es oft nur schwer möglich, ihre Wünsche klar zu formulieren oder anderen gegenüber verständlich zu machen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht konnten sich jedoch vor Ort überzeugen, dass durch diese Form des Zusammenlebens ein Rahmen geschaffen wird, um den behinderten Menschen die Möglichkeit zu geben ihre Interessen und Bedürfnisse zu entwickeln, diese für andere verständlich darzustellen und sie somit umzusetzen.

**Fall 2:** In einem Einfamilienhaus können sich auf Dauer 12 psychisch erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner „beheimaten“. Die Betreuungsleistung, nur von Fachkräften ausgeführt, ist weit aus intensiver als bei allen bisher der Heimaufsicht bekannten therapeutischen Wohngemeinschaften. Nach fachlicher pädagogischer Einschätzung kommt die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner dem in einem Kleinstheim sehr nahe. Jedoch besteht keine persönliche direkte 24-Stunden-Betreuung. Nachts steht den Bewohnerinnen und Bewohner lediglich eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter per Telefonbereitschaft beratend in Notsituationen zur Seite. Ordnungsrechtlich ist die Einschätzung „Kleinstheim“ jedoch schwer begründbar, da die Einrichtung in allen Punkten den Vorgaben des PflWoqG für eine Betreute Wohngruppe entspricht. Ein abschließende Einwertung wird daher erst nach einer „Begleitphase“ erfolgen, um den tatsächlichen Schutzbedarf ermitteln zu können.

**Fall 3:** In einem sogenannten Wohnprojekt stehen für 24 Personen Einzelzimmer in Wohngemeinschaften (3 bis 4 Plätze pro Einheit) zur Verfügung. Zusätzlich gibt es für 18 Menschen eigene kleine Apartments in diesem Häuserkomplex. In den beiden Wohnformen gibt es keine deutliche Trennung zwischen Einzelwohnen und Wohngemeinschaften. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreuen beide Wohnformen gleichermaßen. Angebotene Gruppenaktivitäten wie z.B. Kochen, Ausflüge, Gesprächsrunden werden in beiden Betreuungsformen angeboten und auch angenommen.

Eine eindeutige Zuordnung zu einem Einrichtungstyp im Sinne des PflWoqG kann nur durch großzügige Auslegung erfolgen, da eine Reihe von Faktoren die Einwertung als stationäre Einrichtung nahe legen. Nach dem derzeitigen Erkenntnisstand sieht die Heimaufsicht das „Konstrukt“ als ambulante Wohnform an, bei der jede Wohngruppe und jedes Apartment als eigene Einheit zu sehen ist. Die Notwendigkeit eines ordnungsrechtlichen Schutzes ist für die Heimaufsicht aufgrund der Klientel, ihres Behinderungsbildes und des Versorgungskonstruktes momentan nicht gegeben. Eine anschließende Bewertung erfolgt erst nach einer „Begleitungsphase“.

## 4 Stellungnahmen innerstädtische Kooperationspartner

Zum Abschluss des Qualitätsberichtes der Jahre 2009/2010 sind die Stellungnahmen der innerstädtischen Kooperationspartner der Heimaufsicht aufgeführt.

### 4.1 Feststellungen durch das Referat für Gesundheit und Umwelt

Im Berichtszeitraum (01.01.09 bis 31.12.10) führte das Referat für Gesundheit und Umwelt, Abteilung Hygiene und Umweltmedizin (RGU-HU) für das Kreisverwaltungsreferat (FQA, KVR I/24) zum einen in Sachverständigenfunktion Medikamentenüberprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durch, zum anderen stand es den Mitarbeitern der Heimaufsicht beratend in infektionshygienischen Fragestellungen sowie für Fragen im Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln zur Verfügung.

Beschränkte personelle Kapazitäten, die Zunahme dringlicher, unaufschiebbarer Dienstaufgaben mit sofortigem Handlungsbedarf sowie die Durchführung einer umfangreichen Schwerpunktüberprüfung zum MRSA-Management in allen stationären Altenpflegeeinrichtungen im Stadtgebiet München führten zu einer weiteren Reduzierung der routinemäßigen, gemeinsamen Überprüfungen des RGU-HU mit der Heimaufsicht in Einrichtungen, die unter das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz fallen.

Seitens des RGU wurden im Berichtszeitraum 2009/2010 insgesamt 46 Überprüfungen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe durchgeführt. Dabei erfolgte in 12 Fällen auch die Kontrolle des Umgangs mit Medikamenten und Betäubungsmitteln in Sachverständigenfunktion für die Heimaufsicht (Altenpflegeeinrichtungen: 7 Überprüfungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe: 5 Überprüfungen).

Beanstandungen im Bereich der Altenpflegeeinrichtungen betrafen insbesondere die fehlende bewohnerbezogene Beschriftung der Medikamente sowie die unkorrekte Notierung von Anbruchsdaten, insbesondere bei liquiden Arzneimitteln.

Ebenfalls beanstandet werden musste, dass bei der Lagerung kühlpflichtiger Medikamente im Medikamentenkühlschrank sowohl in den Einrichtungen der Altenpflege als auch in denen der Behindertenhilfe nur im unzureichenden Maße die erforderlichen Maßnahmen der arbeitstäglichen Temperaturkontrollen und deren Dokumentation erfolgten. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die von den Herstellern vorgegebenen Lagerbedingungen nachweislich eingehalten werden.

Beanstandungen und ein damit einhergehender Beratungsbedarf der Altenpflegeeinrichtungen ergaben sich zudem hinsichtlich der erforderlichen Dokumentation im Umgang mit Betäubungsmitteln.

In den Einrichtungen der Behindertenhilfe betrafen - im Unterschied zu den Altenpflegeeinrichtungen - die Beanstandungen vorwiegend den Bereich der Bedarfsmedikamente. So wurden seitens der Hausärzte die Indikationen für die erforderliche Gabe eines Bedarfsmedikamentes oftmals nicht eindeutig angegeben. Zudem zeigte sich die Dokumentation bezüglich der Abgabe von Bedarfsmedikamenten teilweise unvollständig und nicht lückenlos nachvollziehbar.

Eine direkt vergleichende Beurteilung anhand der Ergebnisse der Vorjahre (2007/2008) ist aufgrund der wesentlich geringeren Anzahl der überprüften Einrichtungen nicht möglich.

Die erhobenen Überprüfungsergebnisse für Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe können den nachfolgenden Graphiken entnommen werden.“

Abbildung 20: Beanstandungen im Bereich der stationären Altenhilfe von Seiten des RGU 2009/2010

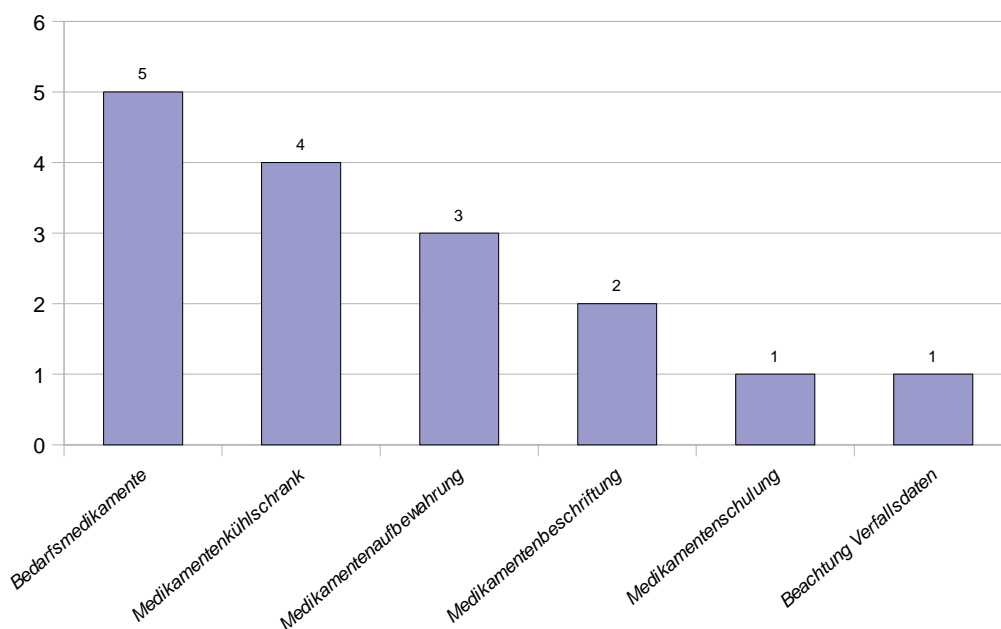
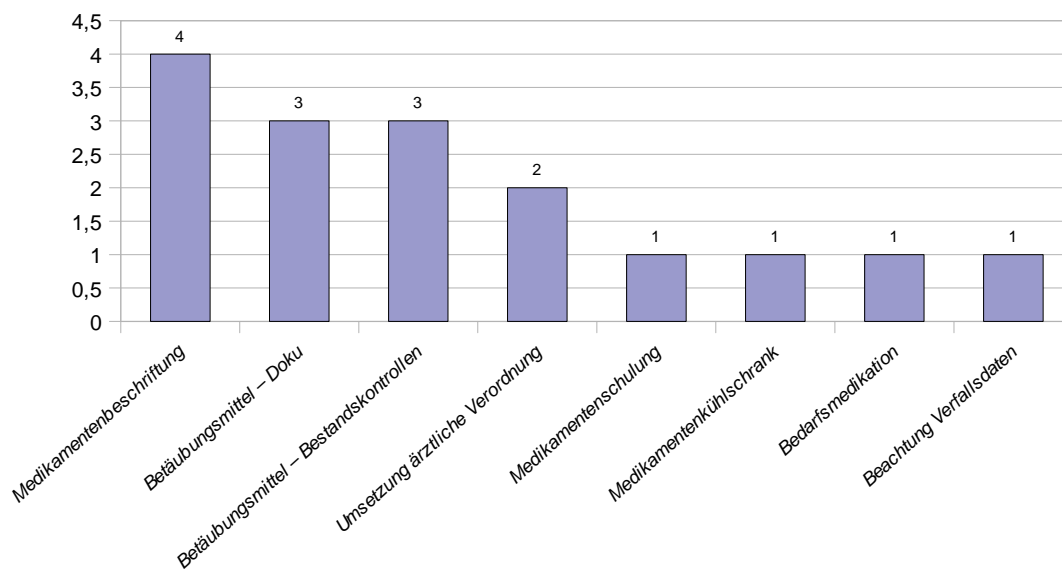


Abbildung 21: Beanstandungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe von Seiten des RGU 2009/2010

## 4.2 Stellungnahme des Sozialreferats

Frau Brigitte Meier, berufsmäßige Stadträtin und Referentin des Sozialreferats der LHM, schreibt in Bezug auf die Aktivitäten und Förderprogramme zur Qualitätsentwicklung in der Altenhilfe Folgendes:

Im Bereich der Gremienarbeit ist die Münchner Pflegekonferenz hervorzuheben, die unter Federführung des Sozialreferats stattfindet. Sie dient nicht nur dem fachlichen Austausch der Akteurinnen und Akteure, sondern auch der Festlegung gemeinsamer Positionen, wie zuletzt zur Personalsituation in der Pflege oder zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Damit werden fachliche Themen nicht nur mit den Verantwortlichen diskutiert, sondern auch gemeinsame Ziele zur Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege verabschiedet.

Das Forum Altenpflege, das seit 2011 durch das Sozialreferat organisiert wird, soll über den fachlichen Austausch und die gemeinsame Diskussion auch den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis verbessern.

Das Sozialreferat fördert im Zuständigkeitsbereich der FQA derzeit folgende Maßnahmen, Leistungen und Programme u.a. mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung und Vorhaltung einer entsprechenden pflegerischen Infrastruktur:

### Vollstationäre Pflege

**Pflegeüberleitung:** Die Fortführung des Programms „Pflegeüberleitung“ wurde nach der Evaluation durch die Katholische Stiftungsfachhochschule München am 10.05.2005 vom Stadtrat beschlossen. Ziel ist die Sicherstellung der pflegerischen Versorgungskontinuität u.a. bei Heimeinzug sowie die psychosoziale Begleitung und Entlastung der (neuen) Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehöriger sowie der beruflich Pflegenden.

**Heiminterne Tagesbetreuung:** Nach der Evaluation der Wirkung des Programms „Heiminterne Tagesbetreuung“ (HiT) durch das Institut für Praxisforschung und Projektberatung München wurde dessen Fortführung am 12.01.2006 vom Stadtrat beschlossen. Die HiT trägt über die Verbesserung der Versorgung von demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern zur Entlastung der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie der beruflich Pflegenden bei. Nachgewiesen wurden positive Effekte auf die Lebensqualität der Demenzkranken sowie die Senkung der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen und der Gabe von Psychopharmaka. Dieses Programm feierte 2010 sein 10-jähriges Bestehen.

Beide Programme werden mit Supervision, Coaching, Fachvorträgen und Workshops durch das Sozialreferat begleitet. Für beide Programme wurden gemeinsam mit den Mitarbeitenden entsprechende Konzepte erarbeitet und veröffentlicht.

**Personalentwicklungsmaßnahmen:** Personalentwicklungsmaßnahme „Demenz“: Die über den Zeitraum 2008 mit 2010 erfolgte Förderung beabsichtigt eine berufsgruppenübergreifende Sensibilisierung und Qualifizierung für den fachlich fundierten Umgang mit Demenzkranken (Stadtratsbeschluss vom 11.10.2007). Ein weiteres Ziel bestand darin, hauseigene Konzepte zu erstellen. Die Maßnahme endete mit einer Fachveranstaltung, bei der beispielhaft Ergebnisse einzelner Pflegeeinrichtungen präsentiert wurden. Förderungen erfolgen für die Gerontopsychiatrische Fortbildung der Pflegenden in vollstationären Pflegeeinrichtungen, für Gruppensupervisionen und Einzelprojekte.

**Investitionsförderung:** Mittel der Investitionsförderung gemäß Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) fließen weiterhin in Ersatzbauten, Modernisierung und Neubauten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, um durch den zeitgemäßen architektonischen Rahmen die Lebensqualität der Bewoh-

nerinnen und Bewohner ebenso wie die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden zu verbessern.

### **Alternative Versorgungsformen**

Ambulant betreute Wohngemeinschaften, ambulante Pflegedienste: Über die Kriterien und die individuelle Beratung im Rahmen der Anschubfinanzierung sowie mittels gemeinsamer Planungen im Sozialen Wohnungsbau für ambulant betreute Wohngemeinschaften (Stadtratsbeschlüsse vom 10.11.2005 und 24.03.2011) leistet das Sozialreferat einen Beitrag zur qualitätsgeleiteten Umsetzung neuer ambulant betreuter Wohngemeinschaften und innovativer Versorgungsformen. In ambulant betreuten Wohngemeinschaften erbringen ambulante Pflegedienste die individuelle Betreuung und Pflege von Pflegebedürftigen. Ambulante Pflegedienste erhalten Investitionsförderungen gemäß SGB XI, freiwillige Förderungen für Fort- und Weiterbildung sowie Pflegeergänzende Leistungen (Stadtratsbeschlüsse vom 06.07.2006 und 22.09.2009) und werden so in ihrer wichtigen Arbeit unterstützt.

## Anlage 1: Übersicht Psychopharmaka

Folgende Übersicht zeigt konkret die erfassten Psychopharmaka entsprechend der Wirkstoffgruppen.

Niederpotent	Mittelpotent	Hochpotent	Atypische	Benzodiazepine	Hypnotika/Sedativa
Atosil				Adumbran	Amsic
			Abilify	Alprazolam	Arbid
			Amisulid		
			Amisulprid		
			Anxut		
			Aripiprazol		
			Arminol		
		Benperidol	Bespar	Bromalich	Betadorm
		Bromperidol	Buspar	Bromazanil	Bikalm
			Buspiron	Bromazepam	
				Brotizolam	
Closin	Ciatyl		Clozapin	Cassadan	Chloralhydrat
Chlorprothixen	Clopixol			Chlordiazepoxid	Chloraldurat
				Clobazam	Clomethiazol
				Clonazepam	
				Clorazepat	
Dipiperon		Dapotum	Dogmatil	Dalmadorm	Diphenhydramin
Dominal		Decentan		Demetrin	(Distraneurin
				Diazepam	Dolestan
				(Diazep	
				Dormalon	
				Dormicum	
				Duranzil	
				Durazepam	
				Durazolam	
	Eunerpan		Elcrit	Eatan	Emesan
				Ergocalm	Espa-Dorm
	Harmosin			Halcion	
		Fluanxol		Faustan	
		Flupendura		Frisium	
		Flupentixol:		Fluni	
		Fluphenazin		Fluninoc	
		Fluspi		Flunitrazepam	
		Fluspirilen		Flurazepam	
		Glianimon		Gityl	
		Haldol			
		Haloper			
		Haloperidol			
		Imap	Intrasil	Imeson	Imovane
		Impromen	Invega		

Levomepromaz	Liebernal	Lyogen	Leponex	Laubeel	
Levium				Lendorm	
				Lendormin	
				Lexostad	
				Lexotanil	
				Librium	
				Lorazepam	
				Loretam	
				Lormetazepam	
Melleril	Melneurin		Meresa	Medazepam	
	Melperon			Meproxiham	
				Midazolam	
				Mirfudorm	
				Mogadan	
				Multum	
Neurocil			Neogama	Nitrazepam	
			Nipolept	Noctamid	
				Norkortal Tema	
				Normoc	
				Novanox	
Perazin		Perphenazin	Paliperidon	Planum	
Pipamperon		Pimozid		Praxiten	
Promethazin				Prazepam	
Proneurin				Pronervon	
Prothazin					
Prothipendyl					
		Orap	Olanza	Oxazepam	Optidorm
			Olanzapin		
			Quetiapin		
			Risocon	Radedorm	
			Rispecare	Radepur	
			Risperdal	Remestan	
			Risperidon	Rohypnol	
			Risperigamma	Rudotel	
				Rusedal	
			Seroquel	Sigacalm	Sediat
			Solian	Somagerol	Somnosan
			Sulp	Staurodorm	Sonata
			Sulpirid		Stilnox
			Sulpivert		
Taxilan		Tesoprel		Tafil	
Thioridazin				Tavor	
Truxal				Temazepam	
				Tranxilium	
				Triazolam	
				Uskan	



			Vertigoneogamma	Valium	Vivinox Sleep
				Xanax	Ximovan
	Zuclopenthixo		Zeldox		Zaleplon
			Ziprasidon		Zodurat
			Zotepin		Zodormdura
			Zyprexa		Zoldem
					Zolirin
					Zolpidem
					Zolpi
					Zolpinox
					Zopicalm
					Zopiclon

## Impressum

Herausgeber  
Landeshauptstadt München  
Kreisverwaltungsreferat  
Ruppertstraße 11  
80337 München

Titelgestaltung  
Erwin Sporer  
Team Konzeption – Grafik Projekt

Druck  
Direktorium Stadtkanzlei  
Juni 2011