

**Orientierungshilfe für die
Heimaufsichtsbehörden in
Baden-Württemberg für stationäre
Einrichtungen für volljährige Menschen
mit Pflege- und Unterstützungsbedarf
(Stand: Oktober 2017)**

VORBEMERKUNG

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gibt für die Arbeit der Heimaufsichtsbehörden und den mit ihnen zusammenarbeitenden Gesundheitsämtern mit den folgenden Ausführungen eine Orientierungshilfe, welche die Orientierungshilfe für die Heimaufsichtsbehörden vom August 2006 ersetzt. Sie gilt für Einrichtungen für volljährige Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf, nicht für Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Diese Orientierungshilfe ist immer vor dem zu betrachtenden Einzelfall zu besehen. Zu den einzelnen Kapiteln gelten die jeweils ergangenen Erlasse des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg.

INHALT

1. VERFAHREN	4
2. ANZEIGEVERFAHREN, ÄNDERUNGSANZEIGE	9
3. BAULICHE ANFORDERUNGEN	10
4. PERSONAL AUSSTATTUNG	11
5. PFLEGEDOKUMENTATION.....	17
6. HYGIENE	22
7. UMGANG MIT MEDIKAMENTEN, ARZNEIMITTELVERSORGUNG, MEDIZINISCHE VERSORGUNG	23
8. ALLGEMEINE BETREUUNG UND TAGESSTRUKTURIERUNG.....	28
9. FREIHEITSENTZIEHENDE/FREIHEITSBESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN	32
10. MITWIRKUNG.....	38
11. STERBEN IN WÜRDE	39
12. KULTURSENSIBLE PFLEGE	42

1. VERFAHREN

Gesetzliche Grundlagen aus Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG):

§ 8 Abs. 1 Nr. 3

§ 17

§§ 20-24

1.1 Datenerhebung vor der Durchführung der Prüfung

1.1.1 Die stationären Einrichtungen werden von den zuständigen Behörden durch wiederkehrende Prüfungen (Regelprüfungen) oder anlassbezogene Prüfungen (Anlassprüfungen) überwacht (§ 17 Abs. 1 Satz 1 WTPG). Die stationären Einrichtungen werden daraufhin überprüft, ob sie die Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung nach dem WTPG und der aufgrund des WTPG ergangenen oder nach § 30 WTPG weiter geltenden Rechtsverordnungen erfüllen. Der Träger, die Leitung und die Pflegedienstleitung haben den zuständigen Behörden die für die Durchführung des WTPG und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen oder weiter geltenden Rechtsverordnungen erforderlichen mündlichen und schriftlichen Auskünfte auf Verlangen unentgeltlich zu erteilen.

Zur effektiven Vorbereitung der Prüfung können **vorab** bestimmte Daten der stationären Einrichtung erhoben werden. Die Datenerhebung ist unter dem Gesichtspunkt einer ordnungsgemäßen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sehen. Die Heimaufsichtsbehörde erhebt hierbei Daten, die die Qualität der stationären Einrichtung betreffen. Diese beziehen sich vor allem auf die baulichen und personellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung.

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

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

1.1.3 Die Mitteilung von Personaldaten aller Bewohnerinnen und Bewohner (Name, Geschlecht, Alter) ist zur Vorbereitung einer Prüfung in der Regel nicht erforderlich. Im Einzelfall kann es aber notwendig sein, Daten von Bewohnerinnen und Bewohnern zu erheben, um der Heimaufsichtsbehörde ein konkretes und gezieltes Arbeiten zu ermöglichen.

1.1.4 Zur Beurteilung des erforderlichen Personalbedarfs teilt der Träger für die konkreten Wohnbereiche der stationären Einrichtung die Anzahl der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in den jeweiligen Pflegegraden nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) bzw. der nicht pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner und das eingesetzte Personal mit.

1.1.5 Die Heimaufsichtsbehörde kann sich vor der Prüfung die Dienstpläne der letzten drei Monate sowie den aktuellen Dienstplan vorlegen lassen. Die Vorlage von Dienstplänen dient der Feststellung, ob mit dem tatsächlichen und dem geplanten Personaleinsatz der Einrichtung eine ordnungsgemäße Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner möglich war bzw. ist.

1.2 Datenerhebung während der Prüfung

Der Träger ist verpflichtet, der zuständigen Behörde auf deren Anforderung hin, die erforderlichen Ablichtungen der Aufzeichnungen nach § 12 Abs. 1 WTPG unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben unentgeltlich zur Verfügung zu stellen (§ 17 Abs. 2 Satz 3 WTPG).

1.3 Prüfung

1.3.1 Die Prüfungen (Regelprüfungen und Anlassprüfungen) erfolgen grundsätzlich unangemeldet (§ 17 Abs. 1 Satz 2 WTPG).

1.3.2 Die Heimaufsichtsbehörde nimmt für jede stationäre Einrichtung in einem Kalenderjahr grundsätzlich mindestens eine Regelprüfung vor (§ 17 Abs. 6 Satz 1 WTPG).

1.3.3 Findet eine Prüfung ausnahmsweise angemeldet statt, so können die Träger die Landesverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die kommunalen Landesverbände und andere Vereinigungen von Trägern, denen sie angehören, in angemessener Weise hinzuziehen (§ 17 Abs. 10 WTPG).

1.3.4 Eine Begutachtung des Pflegezustandes der Bewohnerin oder des Bewohners ist grundsätzlich nur mit Zustimmung der Bewohnerin bzw. des Bewohners zulässig. Die Bewohnerin bzw. der Bewohner ist vorab über den Umfang der Begutachtung (insbesondere hinsichtlich der körperlichen Untersuchung) zu informieren. Bei vorhandener natürlicher Einsichtsfähigkeit ist die Einwilligung der Bewohnerin bzw. des Bewohners ausreichend, auch wenn für sie oder ihn eine Betreuerin oder ein Betreuer bzw. eine Bevollmächtigte oder ein Bevollmächtigter bestellt ist. In Grenzfällen sollte die Heimaufsichtsbehörde ihre Entscheidung schriftlich dokumentieren.

Fehlt die notwendige Einsichtsfähigkeit, ist grundsätzlich die Zustimmung der Betreuerin oder des Betreuers bzw. der Bevollmächtigten oder des Bevollmächtigten in die Begutachtung des Pflegezustands erforderlich. Sind diese Personen nicht erreichbar, kann eine Begutachtung des Pflegezustands nur ausnahmsweise vorgenommen werden, wenn dies aus ärztlicher und medizinisch-pflegerischer Sicht erforderlich scheint, z.B. bei Verdacht auf Dekubitus o.ä. In diesen Fällen kann von der mutmaßlichen Einwilligung der Bewohnerin oder des Bewohners bzw. der Betreuerin oder des Betreuers bzw. der Bevollmächtigten oder des Bevollmächtigten ausgegangen werden.

1.4 Prüfbericht

1.4.1 Der Prüfbericht enthält die tatsächlichen - negativen und positiven - Feststellungen der Heimaufsichtsbehörde, des Gesundheitsamts und der beteiligten Pflegefachkraft (bei externen Pflegefachkräften sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht aus dem örtlichen Einzugsbereichs der geprüften Einrichtung kommen) sowie eine zusammenfassende Auflistung der Beanstandungen und Mängel am Ende des Prüfberichts. Der Prüfbericht soll auch positive Veränderungen seit der letzten Begehung enthalten.

1.4.2 Der Prüfbericht spiegelt die durchgeführte Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Einrichtung wider.

1.4.2.1 Strukturqualität:

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

1.4.2.2 Prozessqualität:

- a) Maßnahmenplanung, Dokumentation, Durchführung der Pflege und Betreuung
- b) Qualitätssicherung
- c) freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Betreuung dementer Bewohnerinnen und Bewohner
- d) Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

1.4.2.3 Ergebnisqualität:

- a) Wie geht es den Bewohnerinnen und Bewohnern?
- b) Wie ist der Grad der Zielerreichung?
- c) Wie ist die Pflegequalität und die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner?

Die einheitlichen Prüfkriterien für die Heimaufsicht des Landes Baden-Württemberg (Prüfleitfaden) bauen als Prüf- und Arbeitshilfe auf den Hinweisen der Orientierungshilfe auf. Der Prüfbericht ist dementsprechend zu gestalten.

1.5 Festgestellte Mängel, Beratung und Anordnungen

1.5.1 Vor dem Erlass einer förmlichen Anordnung soll die Heimaufsichtsbehörde den Träger über die Beseitigung der Mängel beraten (§ 21 Abs. 1 Satz 1 WTPG).

1.5.2 Der Träger ist verpflichtet, festgestellte Mängel unverzüglich zu beseitigen. Die zuständige Behörde kann hierzu gegenüber dem Träger Anordnungen erlassen, die zur Beseitigung einer eingetretenen oder zur Abwendung einer drohenden Beeinträchtigung oder Gefährdung des Wohls der Bewohnerinnen und Bewohner oder zur Sicherung der Einhaltung der dem Träger gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Verpflichtungen erforderlich sind (§ 22 Abs. 1 WTPG). Die Beteiligungsrechte der Leistungsträger bei Anordnungen sind zu beachten (§ 22 Abs. 2 und 3 WTPG).

Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen die Heimaufsicht

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

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

Bei Gefahr im Verzug werden unverzüglich erforderliche Anordnungen mündlich getroffen. Sie sind danach unverzüglich schriftlich zu bestätigen.

1.5.4 Ist den Bewohnerinnen und Bewohnern aufgrund der festgestellten Mängel eine Fortsetzung der mit dem Träger abgeschlossenen Verträge nicht zuzumuten, soll die zuständige Behörde sie dabei unterstützen, eine angemessene anderweitige Unterkunft und Betreuung zu zumutbaren Bedingungen zu finden (§ 21 Abs. 2 WTPG).

2. ANZEIGEVERFAHREN, ÄNDERUNGSANZEIGE

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 11 i.V.m. § 10

2.1 Anzeigepflicht vor Aufnahme des Betriebs einer stationären Einrichtung

2.1.1 Wer den Betrieb einer stationären Einrichtung aufnehmen will, hat darzulegen, dass er die Anforderungen nach § 10 WTPG erfüllt. Zu diesem Zweck hat er seine Absicht spätestens drei Monate vor der vorgesehenen Inbetriebnahme der zuständigen Behörde anzuzeigen. Die Anzeige muss die in § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 WTPG genannten Angaben beinhalten.

2.1.2 Die zuständige Behörde kann weitere Angaben verlangen, soweit sie zur zweckgerichteten Aufgabenerfüllung erforderlich sind, insbesondere die Namen und die berufliche Ausbildung der Betreuungskräfte. Stehen die Leitung oder die Pflegedienstleitung zum Zeitpunkt der Anzeige noch nicht fest, ist die Mitteilung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens vor Aufnahme des Betriebs der stationären Einrichtung, nachzuholen.

2.2 Anzeigepflicht im laufenden Betrieb einer stationären Einrichtung

Gemäß § 11 Abs. 3 WTPG sind Änderungen, die Angaben nach § 11 Abs. 1 Satz 3 WTPG betreffen, der Heimaufsicht unverzüglich anzuzeigen. Hinsichtlich der Änderungen bei der vorgesehenen Zahl der Stellen der Beschäftigten (§ 11 Abs.1 Nr. 5 WTPG) in Vollzeitäquivalenten genügt es, wenn sie jeweils zum 15.04. und 15.10. mit Stand des jeweiligen Monatsersten mitgeteilt werden.

Unverzüglich und damit rechtzeitig bedeutet, dass die Anzeige ohne schuldhaftes (vorsätzliches oder fahrlässiges) Zögern erfolgt.

Bezüglich der Anzeigepflichten bei Betriebseinstellungen wird auf § 11 Abs. 3 Nr. 3 WTPG verwiesen.

3. BAULICHE ANFORDERUNGEN

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 1 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 4

§ 10 Abs. 2 Nrn. 2, 3, 8, 9

§ 29 Satz 1 Nr. 1

Landesheimbauverordnung (LHeimBauVO)

Ermessenslenkende Richtlinien zur Landesheimbauverordnung (ERL)

Die ERL liefern Maßstäbe und Entscheidungsmuster für die sachgemäße Ausübung des Verwaltungsermessens zur Umsetzung der LHeimBauVO.

4. PERSONAL AUSSTATTUNG

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 1 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 3, 8

§ 10

§ 29 Satz 1 Nr. 2

4.1 Landespersonalverordnung (LPersVO)

4.1.1 Der Einrichtungsleitung (EL) und der Pflegedienstleitung (PDL) muss für die Erfüllung ihrer Aufgaben ausreichend Zeit zur Verfügung stehen (§ 3 Abs. 2 Satz 1 und § 6 Abs. 3 Satz 1 LPersVO).

Leistungsmodelle, die in der LPersVO nicht explizit genannt sind, aber regelmäßig möglich sein sollten:

- Pflegedienstleitung in Teilzeit für eine stationäre Einrichtung (analog EL; § 6 Abs. 3 Satz 1 LPersVO muss gewährleistet sein; in der Regel keine Verteilung auf mehr als zwei Personen)
- Eine Pflegedienstleitung für mehrere stationäre Einrichtungen (analog EL; mit der Einschränkung 1 PDL für max. 2 Heime)

Eine Personalunion EL/PDL, die von einer Person für mehrere stationäre Einrichtungen wahrgenommen werden soll, ist generell nicht möglich.

4.1.2 In allen stationären Einrichtungen mit pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern ist der Einsatz einer Pflegefachkraft zu allen Tages- und Nachtzeiten erforderlich (§ 10 Abs. 3 Nr. 4 Halbsatz 3 WTPG).

Tagdienst, § 8 Abs. 2 LPersVO

Im Tagdienst müssen Pflegefachkräfte im Durchschnitt entsprechend dem Verhältnis von je einer Pflegefachkraft pro 30 Bewohnerinnen und Bewohner eingesetzt werden. Der Schlüssel 1:30 ist kein Schwellenwert. Er muss im Tagdienst im Durchschnitt bezogen auf die gesamte Einrichtung, nicht auf einzelne Wohnbereiche, eingehalten werden.

Nachtdienst, § 10 LPersVO

Für den Nachtdienst muss grundsätzlich mindestens pro 45 Bewohnerinnen und Bewohner je eine Beschäftigte oder Beschäftigter eingesetzt werden. Der Anteil der Pflegefachkräfte hiervon muss 50 Prozent betragen.

Sofern in einer stationären Einrichtung Bewohnerinnen und Bewohner mit richterlicher Genehmigung im Sinne von § 10 Abs. 2 LPersVO geschlossen untergebracht sind, ist die Personalbesetzung in der Nacht zu erhöhen. Für diese Bewohnerinnen und Bewohner ist der 1,5-fache Faktor anzuwenden. Als geschlossen gilt ein Bereich bereits, wenn er so mit Vorkehrungen versehen ist, dass eben diejenigen Personen, für die eine entsprechende richterliche Genehmigung für eine freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahme vorliegt, diesen Bereich nicht verlassen können. Eine geschlossene Unterbringung in diesem Sinne liegt dann vor, wenn diese Bewohnerinnen und Bewohner bspw. durch Trick-schlösser, Eingabecodes oder Demenzuhren mit richterlicher Genehmigung am Verlassen des Bereiches gehindert werden. Voraussetzung ist, dass der Bereich für den betreffenden Personenkreis auf diese Weise durchgehend 24 Stunden am Tag geschlossen ist; eine freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahme, die nur nachts stattfindet, stellt keine geschlossene Unterbringung dar. Eine geschlossene Unterbringung liegt auch dann nicht vor, wenn durch einen bestimmten Mechanismus das Auffinden oder Öffnen des Ausgangs nur verzögert wird. Eine Bewertung als bloße Verzögerung setzt aber voraus, dass es der individuell betroffenen Bewohnerin bzw. dem individuell betroffenen Bewohner unter Berücksichtigung ihrer bzw. seiner individuellen Einschränkungen tatsächlich auch möglich ist, den Bereich zu verlassen. Die bloß theoretische Möglichkeit des Verlassens des Bereiches genügt nicht, um eine geschlossene Unterbringung zu verneinen.

Sofern das Betreuungsgericht keine Notwendigkeit für eine Entscheidung sieht, und folglich keine richterliche Genehmigung für die Maßnahme vorliegt, findet § 10 Abs. 2 LPersVO keine Anwendung. Sollte die Heimaufsichtsbehörde allerdings zum Ergebnis kommen, dass für eine fachgerechte Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zusätzliches Personal in der Nacht einzusetzen ist, kann sie ihre Entscheidung – wie bei anderen atypischen Sonderfällen auch – direkt auf § 10 Abs. 3 Nr. 4 Satz 2, 1. Halbsatz WTPG stützen.

4.1.3a Ausreichende pflegerische Betreuung (quantitative Personalausstattung):

Bei der Prüfung, ob eine ausreichende pflegerische Betreuung und Versorgung gewährleistet ist (quantitative Berechnung) können Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler, Praktikantinnen und Praktikanten und Personen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr ableisten oder im Bundesfreiwilligendienst sind, mit einem Anteil von 20 Prozent ihres Beschäftigungsanteils in die quantitativ erforderliche Personalausstattung einbezogen werden. Eine volle Einbeziehung wäre nicht sachgerecht, da diese Beschäftigten der stationären Einrichtung in der Regel nicht ständig als Arbeitskraft zur Verfügung stehen.

Werden Praktikantinnen und Praktikanten ausnahmsweise mit einem Beschäftigungsanteil von z.B. 40 Prozent ihres Beschäftigungsanteils in die quantitativ erforderliche Personalausstattung eingerechnet, müssen sie in der qualitativen Personalausstattung in gleichem Umfang in die Zahl der Ist-Stellen in Pflege und Betreuung (Vollzeitäquivalente - VZÄ) eingerechnet werden (vgl. 4.1.3b). Bei Personen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr ableisten oder im Bundesfreiwilligendienst sind, ist eine Anrechnung mit mehr als 20 Prozent ihres Beschäftigungsanteils in die quantitative Personalausstattung unzulässig.

Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI sind bei der Prüfung, ob eine ausreichende pflegerische Betreuung und Versorgung gewährleistet ist, nicht zu berücksichtigen.

Soweit die Heimaufsichtsbehörde bei ihrer Prüfung keine Mängel feststellt, kann sie sich bei der Bestimmung der gem. § 10 Abs. 3 Nr. 3 WTPG erforderlichen quantitativen Personalausstattung grundsätzlich an den in der jeweiligen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zwischen der Einrichtung und den Leistungsträgern vereinbarten Personalschlüsseln **orientieren** (Vermutungsregelung). Stellt die Heimaufsichtsbehörde Mängel fest, die u.a. auf eine zu geringe Personalausstattung zurückzuführen sind, hat die Heimaufsichtsbehörde den notwendigen Personalbedarf eigenständig festzulegen. Die Beteiligungsrechte nach § 22 Abs. 2 und 3 WTPG sind zu beachten.

4.1.3b Qualitative Personalausstattung (Erfüllung der Pflegefachkraftquote): Die Pflegefachkraftquote wird wie folgt berechnet.

$$\frac{\text{Zahl der Ist-Stellen von Pflegefachkräften (VZÄ)}}{\text{Zahl der Ist-Stellen in Pflege und Betreuung (VZÄ)}} \times 100$$

Maßgeblich sind jeweils die tatsächlichen Beschäftigten (Ist-Stellen). Die Stellenanteile aller Teilzeitbeschäftigten sind zu einem Summenanteil an Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zu addieren.

Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler, Praktikantinnen und Praktikanten und Personen, die eine Freiwilliges Soziales Jahr ableisten oder im Bundesfreiwilligendienst sind, bleiben bei dieser Berechnung vollständig außen vor. Eine Ausnahme gilt für Schülerinnen und Schüler, die sich im dritten Ausbildungsjahr zur Pflegefachkraft nach § 7 Abs. 2 LPersVO oder Fachkraft nach § 7 Abs. 3 LPersVO befinden. Sie dürfen bei den entsprechenden Anteilen einer Pflegefachkraft oder Fachkraft höchstens mit einem Anteil von 0,2 Vollzeitäquivalenten bei der Pflegefachkraftquote berücksichtigt werden. Ein alleiniger Einsatz anstelle einer Fachkraft ist nicht möglich.

Sofern in einer Einrichtung zusätzliche Hilfskräfte eingesetzt werden, die über das leistungsrechtlich vereinbarte Personal hinausgehen, kann die Heimaufsichtsbehörde im Einzelfall eine Abweichung von der Pflegefachkraftquote zulassen, wenn der Einsatz dieser zusätzlichen Hilfskräfte zu einer besseren Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner führt und die Einrichtung dies gegenüber der Heimaufsichtsbehörde entsprechend darstellt. In diesem Fall kann eine befristete Ausnahme nach § 10 Abs. 3 Nr. 4 Satz 2 WTPG bewilligt werden.

Je weiter sich eine Einrichtung bei der Vereinbarung der Personalschlüssel vom oberen Korridorwert entfernt, umso kritischer hat die Heimaufsichtsbehörde zu prüfen, ob eine Abweichung von der Pflegefachkraftquote vertretbar ist.

4.1.4 Der Wechsel zwischen dem gesetzlichen Grundmodell (§ 8 LPersVO) und dem abweichenden Modell nach § 9 LPersVO bedarf keiner Mitteilung an die Heimaufsicht. Eine Unterschreitung der Fachkraftquote nach § 8 LPersVO bedeutet nicht automatisch, dass die Voraussetzungen der abweichenden Variante nach § 9 LPersVO erfüllt sind. Vielmehr ist für beide Modelle das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen zu prüfen.

4.1.5 Nach § 7 Abs. 1 Satz 1 LPersVO dürfen Pflege- und Betreuungsleistungen nur durch für diese Tätigkeiten befähigte Pflegefachkräfte und Fachkräfte oder unter fachlicher Anleitung und Kontrolle der Pflegefachkräfte oder Fachkräfte erbracht werden. Diese Vorschrift stellt klar, dass es bei der Erbringung pflegerischer und betreuender Tätigkeiten nicht genügt, dass eine hinreichende Anzahl von Fachkräften in der stationären Einrichtung beschäftigt wird. Die erforderliche Fachlichkeit muss vielmehr auch konkret in geeigneter Weise bei der Erbringung pflegerischer und betreuender Tätigkeiten einfließen. Die Pflegedienstleitung kann folglich nur zu dem Anteil, wie sie dienstplanmäßig für einen bestimmten Wohnbereich eingeteilt ist und dort unmittelbar in pflegerische und betreuende Tätigkeiten an Bewohnerinnen und Bewohnern eingebunden ist, in die Pflegefachkraftquote eingerechnet werden (qualitative Personalausstattung). Bei der Berechnung der quantitativen Personalausstattung ist die Person, die die Funktion der Pflegedienstleitung ausübt, vollständig einzuberechnen.

4.1.6 Binnendifferenzierte Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderungen und zusätzlichem Pflege- und Unterstützungsbedarf leben, fallen aufgrund ihrer versorgungsvertraglichen Behandlung nach dem SGB XI unter die Regelungen des Abschnitts 2 der Landespersonalverordnung (LPersVO). Da diese Einrichtungen in ihren Betreuungskonzeptionen aber nicht nur die pflegerischen, sondern gleichermaßen die pädagogischen und teilhabeorientierten Belange der dort zu versorgenden Menschen mit Behinderungen berücksichtigen und erfüllen müssen, sind diese regelmäßig als atypische Pflegeeinrichtungen anzusehen. Die Gewährleistung einer angemessenen Lebensqualität für die dort lebenden Menschen erfordert sowohl in fachlicher Hinsicht als auch in der Art des Personaleinsatzes besondere Berücksichtigung in den Betreuungskonzeptionen und im Betreuungsalltag.

Der Kommunalverband für Jugend und Soziales, der Landkreistag, der Städtetag, Vertreter der Leistungserbringer und das Ministerium für Soziales und Integration haben daher eine Empfehlung zur Handhabung von systembedingten Besonderheiten in binnendifferenzier-

ten Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgrund ihrer zusätzlichen versorgungsvertraglichen Behandlung als Pflegeeinrichtung erarbeitet, die im Anhang 2 angeschlossen ist.

Bei der Prüfung, ob in binnendifferenzierten Einrichtungen die heimrechtlichen Vorgaben im Hinblick auf die Fachlichkeit und Personalbesetzung erfüllt sind, ist Ziffer 2 („Systembedingte Besonderheiten – zur Umsetzung der ordnungsrechtlichen Vorgaben“) der Empfehlung zu beachten und es ist entsprechend zu verfahren. Die Entscheidung über eine Abweichung ist – wie bei anderen atypischen Sonderfällen auch – direkt aus § 10 Abs. 3 Nr. 4 Satz 2, 1. Halbsatz WTPG abzuleiten. Einer Anwendung der Erprobungsregelungen (§ 31 WTPG) bedarf es nicht.

4.1.7 Abweichend von § 7 Abs. 2 LPersVO gelten Personen, die über eine abgeschlossene Ausbildung zur Heilerziehungspflegerin oder zum Heilerziehungspfleger verfügen und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung als Pflegefachkraft tatsächlich und nachweislich eingesetzt waren, für diese konkrete Tätigkeit in der Einrichtung weiter als geeignet. Solange diese Personen eine solche Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Einrichtung ausüben, können sie folglich auch in die Pflegefachkraftquote nach § 8 Absatz 1 Satz 1 LPersVO eingerechnet werden. Dies gilt auch für den konkreten Einsatz im Tag- und Nachtdienst.

Diese Regelungen gelten nur soweit und solange diese Person weiter in der konkreten Aufgabe und der konkreten Einrichtung eingesetzt ist, also nicht bei einem Wechsel der Beschäftigung oder des Arbeitgebers (aufgabenbezogene Übergangsregelung, keine personenbezogene!).

Bei ruhenden Arbeitsverhältnissen ist entsprechend § 18 Abs. 4 LPersVO zu verfahren.

5. PFLEGEDOKUMENTATION

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 10 Abs. 2 Nrn. 6, 10

§ 12

5.1 Allgemeine Hinweise

Die Pflegedokumentation dient der Darstellung und Steuerung des individuellen Pflegeprozesses unter Beachtung der Fähigkeiten, Einschränkungen und Wünsche der einzelnen Bewohnerin oder des einzelnen Bewohners. Der Pflegeprozess umfasst alle allgemeinen Schritte zur Vorbereitung, Durchführung und Evaluation professioneller Pflege und Betreuung.

Die Pflegedokumentation ist somit Grundlage der professionellen Pflege und sichert den gleichen Informationsstand aller an der Pflege und Betreuung beteiligten Berufsgruppen in der Einrichtung. Die Pflegedokumentation sollte ein individuelles Bild der Bewohnerinnen und Bewohner wiedergeben.

Der jeweilige aktuelle Zustand der Bewohnerin oder des Bewohners muss in der Pflegedokumentation erkennbar sein.

Die Einrichtung entscheidet, welches Dokumentationssystem und welche -struktur sie verwendet. Innerhalb einer stationären Einrichtung ist grundsätzlich ein einheitliches Dokumentationssystem zu führen. Ausnahmen für spezielle Wohnbereiche/Fachabteilungen sind zulässig.

Das Dokumentationssystem muss zu folgenden fünf Bereichen Aussagen enthalten:

1. Stammdaten
2. Pflegeanamnese/Informationssammlung inkl. Erfassung pflegerelevanter Biografiedaten
3. Maßnahmenplanung
4. Pflegebericht
5. ggf. Leistungsnachweis (siehe 5.2.1 und 5.2.2)

Die nachfolgenden Ausführungen gelten gleichermaßen für die Pflegedokumentation in Papierform und in computergestützter Form:

- Die Eintragungen sind dokumentenecht vorzunehmen, d.h. es dürfen z.B. keine Bleistifte verwendet werden. Die Eintragungen in der Dokumentation sind eindeutig, präzise, vollständig, übersichtlich, sachlich und fachlich prägnant zu tätigen.
- Die Eintragungen sind von den Beschäftigten und ggf. externen Beteiligten mit Handzeichen oder ggf. Unterschrift und Datum zu versehen.
- Ärztliche Anordnungen/Verordnungen sollen grundsätzlich von der Ärztin oder vom Arzt abgezeichnet werden. Dies kann in der Pflegedokumentation direkt oder z.B. per Fax erfolgen. Stationäre Einrichtungen können allerdings Ärztinnen und Ärzte nicht zur Eintragung und Abzeichnung in der Pflegedokumentation zwingen. Einrichtung und Heimaufsichtsbehörde sollen in Fällen der Weigerung die Ärztin oder den Arzt zur Abzeichnung auffordern. Hilfsweise wird die Anordnung samt Dokumentationsverweigerung der Ärztin oder des Arztes von den Beschäftigten der Einrichtung dokumentiert.
- Für die computergestützte Pflegedokumentation gilt: Die Eintragungen müssen eindeutig und nachvollziehbar den jeweiligen Pflege-/Betreuungskräften zugeordnet werden können (z.B. über Passwort oder einfache elektronische Signatur).
- Vorgenommene Änderungen müssen lesbar bleiben, z.B. dürfen bei Dokumentation in Papierform keine Radierungen oder Löschungen mittels Korrekturflüssigkeit vorgenommen werden.
- Die Pflegedokumentation und archivierte Dokumentationsanteile müssen verschlossen und für Dritte unzugänglich aufbewahrt werden.
- Doppeldokumentationen sollten vermieden werden.

5.2 Anforderungen an die Pflegedokumentation

Die unter 5.2.1 und 5.2.2 genannten Informationen müssen in der eingesetzten Pflegedokumentation bei entsprechendem Bedarf auf dem aktuellen Stand erfasst bzw. vorhanden sein. Die Zuordnung von Informationen zu einzelnen Formblättern wird nachfolgend exemplarisch angegeben.

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

5.2.1 Die nachfolgenden Informationen müssen immer erfasst werden bzw. vorhanden sein.

a) Stammdaten

1. Angaben zur Person
2. Kranken- und Pflegekasse; Pflegegrad nach SGB XI
3. Datum des Einzugs/ggf. Umzugs innerhalb der Einrichtung; Zimmernummer; vorhandene Hilfsmittel
4. Relevante medizinische Diagnosen und Therapien inkl. ansteckender Krankheiten und Allergien; medizinische und therapeutische Versorgungssituation (Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten), ggf. Patientenverfügung; Informationen für Notfallsituationen; letzte Aufenthalte in externen Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen); ggf. freiheitsentziehende Maßnahmen inkl. Genehmigung.
5. Soziale Versorgungssituation (z.B. Bezugspersonen, Vollmachten, gegebenenfalls gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer bzw. bevollmächtigte Personen mit Aufgabenkreis inkl. Anschrift/Telefonnummer, ggf. Seelsorgerin oder Seelsorger).

b) Relevante biografische Daten

Angaben, soweit Bewohnerinnen und Bewohner, bevollmächtigte Personen, gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer dazu bereit und in der Lage sind, und diese für die Pflege und Betreuung relevant sind. Dazu können gehören: persönliche Geschichte, berufliche Tätigkeiten, Gewohnheiten, Interessen, soziale Beziehungen und Kontakte, spirituelle Orientierung, gewohnter Wohn- und Lebensbereich, Vorlieben und Abneigungen.

c) Informationssammlung

Pflegeanamnese/Informationssammlung entsprechend dem angewendeten Modell/der angewendeten Theorie zur Einschätzung des individuellen Hilfe- und Pflegebedarfs und der pflegerischen Risiken.

d) Maßnahmenplanung

Individuelle und handlungsleitende Maßnahmenplanung auf Grundlage des erkannten Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedarfs sowie der bestehenden und erkannten pflegerischen Risiken. Die Maßnahmenplanung enthält - je nach angewendetem Modell - Aussagen zu Ressourcen, Problemen oder Diagnosen, Zielen und abgeleiteten Maßnahmen sowie zu deren Evaluation.

Hinweis: Im Rahmen des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation geschieht die Ableitung von Maßnahmen ebenfalls auf der Basis von Zielsetzungen. Auf die Verschriftlichung der Ziele als Zwischenschritt wird allerdings verzichtet.

e) Pflegebericht

Aktuelle Ereignisse, Situationsveränderungen und Entwicklungen und die darauf folgenden pflegfachlichen Reaktionen und Handlungen, fachliche Einschätzungen und Beobachtungen, Abweichungen von der individuellen Maßnahmenplanung.

f) Durchführungsnachweis über Pflege- und Betreuungsleistungen nach SGB XI

Dokumentation der durchgeführten Pflegeleistungen und der erforderlichen Betreuungsleistungen, jeweils mit Handzeichen der durchführenden Person.

Kann der sogenannte „Immer-so-Beweis“ auf Basis von Verfahrensanleitungen und anderen organisatorischen Maßnahmen schlüssig geführt werden, kann auf eine regelhafte Abzeichnung von geplanten grundpflegerischen Leistungen und Betreuungsleistungen verzichtet werden. Ein Durchführungsnachweis für behandlungspflegerische Leistungen wird erstellt.

5.2.2 Die nachfolgenden Informationen/Daten müssen im Bedarfsfall erfasst werden bzw. vorhanden sein:

a) Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege

1. Behandlungspflegerische Maßnahmen müssen von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet bzw. verordnet werden. Die erbrachten Leistungen sind mit Datum und Handzeichen zu dokumentieren.
2. Medikamente: Bestandteile der Medikamentenverordnung sind: Ansetzdatum, Medikament, Applikationsform, Verabreichungszeiten sowie Angaben zur Dosierung, verordnende Ärztin oder verordnender Arzt mit Unterschrift/Handzeichen, ggf. Handzeichen der eintragenden Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters. Abgesetzte Medikamente müssen mit Absetzdatum und Unterschrift/Handzeichen der Ärztin oder des Arztes versehen sein (vgl. Ziff. 5.1).
3. Bestandteile der Bedarfsmedikamentenverordnung: Zusätzlich konkrete Indikationsangaben, Dosierung pro Abgabe, Höchstabgabemenge pro Abgabe in 24 Stunden, Dosierungsabstand.

b) Zusatzdokument Bewegungs- und Lagerungsprotokoll

Erfordert die pflegerische Situation bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner regelmäßige Positionsveränderungen mit personeller Hilfestellung, die nicht in Kombination mit weiteren pflegerischen Maßnahmen erfolgen, kann der Einsatz eines Zusatzdokumentes „Bewegungs- und Lagerungsprotokoll“ erforderlich sein. Die grundsätzliche Planung der Positionswechsel und der eingesetzten Hilfsmittel erfolgt in der individuellen Maßnahmenplanung. Die Bestätigung der Durchführung der Maßnahmen erfolgt auf dem Zusatzdokument

„Bewegungs- und Lagerungsprotokoll“ unter Angabe von Handzeichen, Uhrzeit, Positionierung im Bett/Rollstuhl etc. und der Möglichkeit den Fingertest zu erfassen. Ist der Einsatz des Zusatzdokuments erforderlich, ist es fortlaufend und lückenlos zu führen und zu archivieren.

c) Zusatzdokument Wunddokumentation

Liegt eine zu beobachtende Wunde bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner vor, kann der Einsatz eines Zusatzdokumentes „Wunddokumentation“ erforderlich sein.

d) Zusatzdokument Ein- und Ausführprotokoll

Erfordert es die pflegerische Situation bzw. liegt eine entsprechende ärztliche Ver-/ Anordnung vor, um die Einfuhr- und/oder Ausfuhrmenge zu ermitteln und zu bewerten, wird dies in der Maßnahmenplanung ggf. zeitlich begrenzt geplant. Die Dokumentation der Einfuhr und/oder Ausfuhr erfolgt dann auf dem Zusatzdokument „Ein- und Ausführprotokoll“ unter Angabe von Handzeichen, Uhrzeit, Trinkmenge, Getränk und ggf. Ausfuhrmenge. Ist der Einsatz des Zusatzdokuments erforderlich, ist es fortlaufend und lückenlos zu führen und zu archivieren.

e) Ernährungsprotokoll

Erfordert die pflegerische Situation eine dezidierte Ernährungserfassung und Bewertung für einen begrenzten Zeitraum, um aus den Erkenntnissen handlungsleitende Informationen zu erhalten, kann der Einsatz des Zusatzdokumentes „Ernährungsprotokoll“ erforderlich sein. Das Ernährungsprotokoll muss Angaben zur aufgenommenen Menge, Datum und Uhrzeit und das Handzeichen der Pflege-/Betreuungsperson enthalten. Ist der Einsatz des Zusatzdokuments erforderlich, ist es fortlaufend und lückenlos zu führen und zu archivieren.

f) Nachweis über freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Angaben über Art, Umfang und zeitliche Befristung der Maßnahmen sowie eine Kopie des richterlichen Beschlusses oder Nachweises über die Einwilligung der Bewohnerinnen und Bewohner. Art und Umfang der freiheitsentziehenden/freiheitsbeschränkenden Maßnahme muss in der Maßnahmenplanung entsprechend geplant sein.

g) Pflegeüberleitungsbogen

Im Falle einer Verlegung der Bewohnerin oder des Bewohners in eine andere Einrichtung/ins Krankenhaus müssen strukturiert Informationen weitergegeben werden. Dazu gehören: Stammdaten, relevante medizinische Diagnosen, ggf. Patientenverfügung, aktuelle Medikamenten- und Behandlungsverordnungen, mitgegebenes Eigentum und Hilfsmittel, Grund der Überleitung.

6. HYGIENE

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 10 Abs. 2 Nrn. 1, 5, 6, 11

Für alle hygienisch relevanten Funktionsbereiche der stationären Pflegeeinrichtung muss ein Hygieneplan vorhanden sein (z.B. Küche, Wäscherei, Abfallentsorgung). Dieser muss mindestens Angaben enthalten über

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

Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Pflegestandards und Verfahrensanweisungen festgelegt werden.

Die Desinfektionspläne müssen auf die in der Einrichtung tatsächlich verwendeten Produkte abgestimmt sein und genaue Angaben zu Anwendungsfall, Anwendungsweise, Konzentration, Einwirkungszeit und ggf. Standzeit der Mittel enthalten.

Die Desinfektionspläne müssen an allen Anwendungsorten (Schmutzraum, Handwaschbecken, Toilette) gut lesbar ausgehängt sein. Auf den Erlass des Sozialministeriums vom 11.12.2008, Az. 34-5031.3-11 zum Waschen von Arbeitskleidung wird verwiesen.

7. UMGANG MIT MEDIKAMENTEN, ARZNEIMITTELVERSORGUNG, MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 10 Abs. 2 Nrn. 5, 12

§ 12 Abs. 1 Nr. 5

7.1 Anforderungen an die ärztliche und gesundheitliche Betreuung

Eine stationäre Pflegeeinrichtung darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung zu einer angemessenen ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen. Welche Anforderungen insoweit zu stellen sind, hängt ebenso von der Größe und der Art der stationären Einrichtung ab (wie Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit und Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner) wie von regionalen Gegebenheiten (die Entfernung zur nächsten Ärztin oder zum nächsten Arzt bzw. Krankenhaus, allgemeine Arztdichte, Vorhandensein eines ärztlichen Notfalldienstes).

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben grundsätzlich freie Arztwahl. Ungeachtet dessen bedarf die ärztliche Grundversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner jedoch einer Koordination. Der Träger berücksichtigt in seinen konzeptionellen Überlegungen das von der jeweils fachspezifischen Ausrichtung der stationären Pflegeeinrichtung abhängige Erfordernis der differenzierten (fach-)ärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner (z.B. Sicherstellung von Kriseninterventionen, Hinzuziehung von beratenden Ärztinnen oder Ärzten mit entsprechenden Qualifikationen und Zahnärztinnen oder Zahnärzten).

7.2 Anordnung von Maßnahmen der Behandlungspflege

Die Maßnahmen der Behandlungspflege werden von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt schriftlich angeordnet und verantwortet. Die Ärztin oder der Arzt trägt einzeln die erforderlichen Maßnahmen, das Datum der Anordnung sowie ihre oder seine Unterschrift in die Pflegedokumentation der jeweiligen Bewohnerin bzw. des jeweiligen Bewohners ein. Sofern die Ärztin oder der Arzt die Anordnung der Maßnahme ausnahmsweise telefonisch erteilt, muss eine schriftliche Bestätigung der Ärztin oder des Arztes nachgereicht werden.

Verweigert die Ärztin oder der Arzt die Eintragung und Abzeichnung in der Pflegedokumentation wird die Anordnung samt Dokumentationsverweigerung der Ärztin oder des Arztes von den Pflegekräften der Einrichtung schriftlich dokumentiert.

Die Einrichtung bzw. der Träger hat sicherzustellen, dass die Durchführung der Maßnahmen der Behandlungspflege gewährleistet ist. Der Träger ist verantwortlich für die Auswahl und Qualifikation der Beschäftigten.

Zu prüfen ist, inwieweit dies erfolgt (z.B. durch ausschließlichen Einsatz ausreichend qualifizierter Pflegefachkräfte, regelmäßige Fortbildung der Pflegekräfte, Verwendung von Delegationsnachweisen wie Spritzenscheine, qualitätssichernde Maßnahmen etc.).

Um den Schutzzweck des WTPG zu erreichen, ist eine intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärztinnen oder Ärzten unter Beachtung der jeweiligen Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Fähigkeiten erforderlich. Die Verantwortungszuständigkeiten im Umgang mit Medikamenten, der Arzneimittelversorgung und der medizinischen Versorgung sind die Folgenden:

7.3 Verantwortungsbereiche

Die **Ärztin** oder der **Arzt** trägt die **Anordnungsverantwortung** für die

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

Die **Pflegekraft** trägt die Verantwortung für die Übernahme einer Aufgabe unter Berücksichtigung der eigenen Kompetenz und Fähigkeit (**Übernahmeverantwortung**).

Die **Pflegefachkraft** trägt die Verantwortung für die qualitativ richtige Durchführung der Maßnahme unter Beachtung der fachlichen Standards sowie unter Einbezug der eigenen Fortbildungsverpflichtungen (**Durchführungsverantwortung**).

Der **Träger** trägt die **Organisationsverantwortung** für die

- a) Zur-Verfügung-Stellung geeigneten Personals für die angeordnete Maßnahme

- b) Einhaltung der Qualität nach dem Stand allgemein anerkannter medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse
- c) regelmäßige Fortbildung des Personals

7.4 Beschaffung von Medikamenten

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben grundsätzlich freie Apothekenwahl. Die stationäre Pflegeeinrichtung kann im Auftrag der Bewohnerinnen und Bewohner die Beschaffung der Medikamente vornehmen.

Stationäre Einrichtungen können Vereinbarungen zur Verblisterung von Medikamenten mit ihrer Vertragsapotheke abschließen. Zur Aufbewahrung wird analog auf Ziffer 7.5 verwiesen.

7.5 Verordnung, Verabreichung und Aufbewahrung von Medikamenten

Jedes Arzneimittel muss individuell von der Ärztin oder vom Arzt verordnet werden. Es ist Eigentum der Bewohnerinnen und Bewohner. Mit deren Einverständnis kann es von der stationären Einrichtung aufbewahrt werden.

Arzneimittel müssen so aufbewahrt werden, dass sie in ihrer Qualität nicht gemindert werden und Fehler in der Ausgabe, Verwechslung oder Missbrauch ausgeschlossen werden.

Im Einzelnen bedeutet dies:

- a) vor Zugriff Unbefugter geschützte Aufbewahrung, z.B. in einem separat abschließbaren und dauernd verschlossenen Arzneimittelschrank bzw. in einem zugangsbeschränkten und bei Abwesenheit einer verantwortlichen Person dauernd verschlossenen Raum
- b) saubere und übersichtliche, bewohnerbezogene Lagerung
- c) alle Arzneimittel müssen bewohnerbezogen aufbewahrt werden; sie sind in der unbeschädigten mit dem Namen der Bewohnerin oder des Bewohners beschrifteten Originalpackung zusammen mit dem Beipackzettel aufzubewahren
- d) zu kühlende Arzneimittel in einem für Unbefugte unzugänglichen separaten Kühlschrank mit Thermometer
- e) Verfallsdaten müssen überwacht und regelmäßig kontrolliert werden
- f) Flüssige Medikamente müssen nach Anbruch mit dem Anbruchdatum versehen werden. Sie dürfen nur unmittelbar vor dem Verabreichen gerichtet werden. Es wird empfohlen, auch nicht flüssige Medikamente mit dem Anbruchdatum zu versehen, da nach

längerer Öffnungszeit (> 3 Monate) ein Wirkungsverlust möglich ist. Im Einzelfall sollte die beliefernde Apotheke gefragt werden.

- g) stationäre Pflegeeinrichtungen dürfen keinen allgemeinen Arzneimittelvorrat besitzen
- h) Zur weiteren Verwendung von Arznei- und Betäubungsmitteln wird auf den Erlass des Sozialministeriums vom 02.05.2016 (Az. 5032.4-020/9) verwiesen.

Betäubungsmittel müssen unter Verschluss aufbewahrt werden. Eine spezielle Dokumentation ist - abgesehen von den o.g. Ausführungen - nicht zwingend vorgeschrieben, wird aber empfohlen. Das Zerbrechen einer Ampulle sollte schriftlich festgehalten werden. Wird der Bestand nach Tod der Besitzerin oder des Besitzers mit Einverständnis der Erben durch eine Pflegefachkraft vernichtet, sollten zwei Zeugen anwesend sein und ein Protokoll gefertigt werden.

- i) Keine Einwendungen werden erhoben, wenn eine die stationäre Pflegeeinrichtung betreuende Ärztin oder ein betreuender Arzt Arzneimittel ihres oder seines Praxisbedarfs in der Einrichtung deponiert. Diese der Ärztin oder dem Arzt gehörenden und unter Verschluss aufzubewahrenden Arzneimittel dürfen nur auf ausdrückliche Verordnung der Ärztin oder des Arztes verabreicht werden. Die Lagerung der Arzneimittel erfolgt unter Verantwortung der Ärztin oder des Arztes. Über Eingang und Ausgang dieser Arzneimittel muss die Ärztin oder der Arzt ein Buch führen bzw. die Einrichtung muss dieses regelmäßig von der verantwortlichen Ärztin oder vom verantwortlichen Arzt gegenzeichnen lassen.
- j) Jeder Verabreichung eines Medikamentes muss eine entsprechende ärztliche Verordnung zugrunde liegen. Diese ist in der Pflegedokumentation zu dokumentieren und zum Schutz der Einrichtung vor haftungsrechtlichen Ansprüchen (z.B. fehlerhafte Übermittlung) von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt abzuzeichnen. Dies gilt auch für Bedarfsmedikation. Hier muss die Indikation von der verschreibenden Ärztin oder vom verschreibenden Arzt konkret benannt und Einzeldosis sowie Tageshöchstmenge festgelegt sein. Das Vorliegen der Voraussetzungen für Bedarfsmedikation ist regelmäßig von der Ärztin oder vom Arzt zu überprüfen. Notfallmäßige telefonische Anordnungen sind vom Pflegepersonal genau zu dokumentieren.
- k) Das Richten von Arzneimitteln gehört zur Behandlungspflege und ist von einer geeigneten Pflegekraft zu erledigen. Das Richten von Arzneimitteln gehört zu den medizinisch und hygienisch relevanten Tätigkeiten, die von den Pflegekräften ungestört wahrgenommen werden sollen. Wenn möglich, sollte hierfür ein separater medizinischer Arbeitsplatz eingerichtet sein.

- l) Erhalten Bewohnerinnen und Bewohner Medikamente mit sedierender Wirkung muss besonders sorgfältig dokumentiert werden, auch hinsichtlich der Vorkommnisse, die zur Verordnung des Medikaments geführt haben. Das Ziel und die Wirkung der Medikation sollte von der Ärztin oder vom Arzt schriftlich angegeben werden.
- m) Soweit die Bewohnerin oder der Bewohner gesundheitlich uneingeschränkt in der Lage dazu ist, können abgesetzte Medikamente in eigener Verantwortung bei ihr oder ihm verbleiben. Für die Einhaltung ggf. vorgeschriebener Lagerungsbedingungen und die Beachtung des Verfalldatums ist sie oder er selbst verantwortlich. Ist die Bewohnerin bzw. der Bewohner gesundheitlich nicht mehr in der Lage dazu, sollte sie oder er bzw. die Betreuerin oder der Betreuer die Pflegeeinrichtung mit der Lagerung und Verwaltung des abgesetzten Medikaments beauftragen.

8. ALLGEMEINE BETREUUNG UND TAGESSTRUKTURIERUNG

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 1 Abs. 1 Nrn. 2, 4

§ 10 Abs. 2 Nrn. 3, 5, 9

8.1 Ziel und Aufgabe von allgemeiner Betreuung und Tagesstrukturierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Allgemeine Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen sichert das individuelle Wohlbefinden, die Lebensqualität, Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung aller Bewohnerinnen und Bewohner. Für Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen wird durch allgemeine Betreuung die Teilhabe am sozialen Leben und der Gesellschaft ermöglicht.

Speziell in der Situation der Aufnahme in die stationäre Pflegeeinrichtung, bei der Arbeit mit Angehörigen und in besonderen Lebenslagen oder Krisen von Bewohnerinnen und Bewohnern, die während des Aufenthalts in einer stationären Pflegeeinrichtung auftreten, ist die allgemeine Betreuung von großer Bedeutung. Sie sollte fester Bestandteil der täglichen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohner sein. Mit einer konzeptionell festgelegten und geplanten allgemeinen Betreuung und Tagesstrukturierung soll verhindert werden, dass die im Einrichtungsbetrieb auftretenden Abhängigkeitsverhältnisse zur Fremdbestimmung und Unselbstständigkeit führen. Die Versorgung und allgemeine Betreuung in der stationären Einrichtung soll es den Bewohnerinnen und Bewohnern erleichtern, trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen nach ihren eigenen Vorstellungen zu leben. Es ist daher die Aufgabe der stationären Einrichtungen, im Spannungsverhältnis von Integration in den Einrichtungsbetrieb und selbstverständlichen Freiheitsrechten der Bewohnerinnen und Bewohner, die Möglichkeit zur freien Entfaltung der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern.

8.2 Bereiche von allgemeiner Betreuung und Tagesstrukturierung

8.2.1 Allgemeine Betreuung und Tagesstrukturierung dienen nicht nur der Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten und Ressourcen, sondern umfassen auch die Einbeziehung der Bewohnerinnen und Bewohner in die kulturelle und gesellschaftliche Umgebung der Pflegeeinrichtung.

Durch die Öffnung der Pflegeeinrichtungen in ihr Quartier und durch externen Besuch wird der Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner bereichert.

Unter Berücksichtigung der individuellen Interessen und Gewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner findet allgemeine Betreuung sowohl als Einzelbetreuung, als auch in Gruppen statt. Sie dient der Erhaltung von körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten sowie der Freizeitgestaltung. Sie unterstützt die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Bemühungen, mit den krankheits- und altersbedingten Einschränkungen zu leben und soll zu einer Selbstwertstärkung führen.

Denkbar sind Angebote in den Bereichen

- Musik (z.B. singen, Instrumente spielen, Musik hören und darüber sprechen)
- Bewegung (z.B. Gymnastik, Tanz, Spaziergänge, Ausflüge)
- alltagstypische Tätigkeiten (z.B. Tisch decken, kochen und backen, Wäsche zusammenlegen, handwerkliche Aufgaben, Gartenarbeit)
- kognitive Aktivität (z.B. Brett- und Kartenspiele, Kreuzworträtsel, vorlesen)
- kreatives Gestalten (z.B. malen, basteln, Handarbeit, töpfern)
- Feste, Veranstaltungen (z.B. Geburtstagsfeiern, Sommerfest, Weihnachtsfeier, Themenwochen, Besuch von Gottesdiensten, Konzerte, Sportveranstaltungen)
- Unterstützung im Behördenverkehr

8.2.2 Durchgeführt wird allgemeine Betreuung in der Regel durch Mitarbeitende des Sozialdienstes der Pflegeeinrichtung (falls vorhanden), wie z.B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI oder Seelsorgerinnen und Seelsorger, aber auch durch Pflegefachkräfte, Fachkräfte, Assistenzkräfte, ehrenamtlich oder bürgerschaftlich engagierte Menschen.

Allgemeine Betreuung sollte nicht isoliert als bestimmte Aufgabe oder Maßnahme betrachtet werden, sondern als essenzieller Bestandteil der Arbeit aller Mitarbeitenden einer Einrichtung.

Besonders für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz, egal ob mobil oder bettlägerig, ist die tägliche gezielte allgemeine Betreuung in den Wohnbereichen wesentliche Voraussetzung zum Erhalt von Lebensqualität. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Depressionen soll durch positive Motivierung und geeignete Themenwahl Interesse für die Aktivierungsangebote geweckt werden.

Die Bewohnerinnen und Bewohner entscheiden immer selbst, an welchen Aktivierungs- und Betreuungsangeboten sie teilnehmen möchten.

8.2.3 Die oben genannten konkreten Angebote der allgemeinen Betreuung und Tagesstrukturierung können ergänzt werden durch:

- die Schaffung einer ansprechenden Umgebung, z.B. mit Möbeln aus dem häuslichen Umfeld der Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise mit biografischen Bezügen, eine wohnliche Atmosphäre gestaltet mit Licht und Farbe, Orientierung durch z.B. Piktogramme, Kalender und Uhren
- ein strukturierter Tagesablauf, der biografieorientiert und zielgerichtet erfolgt und dadurch nicht nur Menschen mit Demenz Sicherheit und Orientierung bietet, z.B. durch Mahlzeiten zur gleichen Uhrzeit mit saisonalem Obst und Gemüse, feste tägliche/wöchentliche Termine, personelle Kontinuität durch Konzepte wie Bezugspflege oder Primary Nursing, Umsetzung von gewohnten und bekannten individuellen Ritualen wie z.B. Hände waschen vor dem Essen, vor dem Essen beten, eine Tasse warme Milch am Abend
(mehr zu Mahlzeiten und Ernährung findet sich im [Anhang 1](#): „Seniorengerechte Ernährung in stationären Pflegeeinrichtungen“)
- eine durchgängig aktivierende Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zur Erhaltung und Förderung ihrer Fähigkeiten und Ressourcen, wertschätzender Umgang und Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und Besucherinnen und Besuchern in der Pflegeeinrichtung

Bloße Beschäftigung, die darin besteht, jemandem etwas zu tun zu geben, wenn Zeit dazu ist, kann den Anspruch gezielter Förderung nicht erfüllen. Zielgruppenorientierte Maßnahmen müssen regelmäßig stattfinden und auf zuvor individuell festgelegte Ziele ausgerichtet sein.

8.3 Trennung von allgemeiner Betreuung, zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI und Pflege

Leistungen nach § 43b SGB XI stellen neben dem als Regelleistung zu erbringenden Betreuungsangebot ein **zusätzliches** Angebot für alle pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner dar. Bei den Berufsgruppen, die hauptsächlich an der allgemeinen Betreuung beteiligt sind (Betreuungskräfte und Pflegekräfte) werden Differenzierungen für die Übernahme von Leistungen vorgenommen:

Mitarbeitende aus der Pflege sind direkt an der allgemeinen Betreuung und Tagesstrukturierung beteiligt und dürfen diesbezüglich sämtliche Maßnahmen durchführen. Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI führen die zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch, dürfen jedoch, **regelmäßig oder strukturell vorgegeben, keine als Regelleistung zu erbringenden Maßnahmen der Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen.** Die unteren Heimaufsichtsbehörden prüfen, ob § 43b-Kräfte regelmäßig in grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden.

9. FREIHEITSENTZIEHENDE/FREIHEITSBESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 1 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 4

§ 10 Abs. 2 Nrn. 1, 2, 3, 6

§ 12 Abs. 1 Nr. 10

9.1 Vorliegen von freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

9.1.1 Die Freiheit einer Person kann nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Gesetzliche Grundlage für die hier relevanten freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (FEM) ist § 1906 BGB. § 1906 Abs. 1 und 2 BGB regeln die (freiheitsentziehende) Unterbringung sowie die Voraussetzungen einer ärztlichen (Zwangs-)Behandlung, § 1906 Abs. 4 BGB die sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen bzw. unterbringungsähnliche Maßnahmen. Es ist stets zu überprüfen, ob in der stationären Einrichtung oder in Teilen der Einrichtung (z. B. sog. „beschützende Bereiche“) FEM durchgeführt werden. Einschränkungen der Freiheit und Selbstbestimmung sind möglichst zu vermeiden, können aber im Einzelfall zum Wohl der betroffenen Person notwendig sein. Grundsätzlich ist der Schutz der Freiheit und das Selbstbestimmungsrecht einer jeden Bewohnerin und eines jeden Bewohners zu beachten, d.h. von einer neutralen Beobachterin oder einem neutralen Beobachter aus gesehen „unvernünftige“ Handlungen sind grundsätzlich zu respektieren. Andererseits gilt es, absehbare Risiken und Gefahren zu minimieren und durch präventive Maßnahmen die Betroffenen vor Schäden zu bewahren.

Zunehmend mehr Bewohnerinnen und Bewohner leiden an Verwirrheitszuständen. Besonders diesen Menschen, die Gefahren nicht mehr richtig abschätzen können, sollte dennoch ein Leben in Freiheit ermöglicht werden. Sie benötigen eine würdevolle Pflege und Betreuung, die sie annehmen können, ohne sie als Zwang oder Bevormundung zu empfinden. Sie benötigen außerdem Hilfe zum Zurechtfinden und eine tolerante und fürsorgliche Begegnung. Eine adäquate Milieugestaltung, bauliche und personelle Ausstattung sowie besondere Betreuungskonzepte und tagesstrukturierende Angebote für demenziell erkrankte Bewohner können die Notwendigkeit einer FEM in erheblichem Umfang reduzieren.

9.1.2 Eine FEM ist dann gegeben, wenn die Betroffene oder der Betroffene durch die Maßnahme am Verlassen ihres oder seines Aufenthaltsbereiches (z.B. Einrichtung, Wohnbereich, Zimmer, Bett, Stuhl) gehindert oder in sonstiger Weise in ihrer oder in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird.

Als FEM Maßnahmen sind z.B. denkbar:

- geschlossener Wohnbereich
- Fixiergurte (SeguFix o.ä.)
- Bettseitenteile
- Stecktisch/Therapietisch
- Möbel von denen Bewohnerinnen und Bewohner nicht selbst aufstehen können
- Abschließen des Zimmers, des Wohnbereichs, der Einrichtung
- Trickschlösser oder Zahlenkombinationen an Türen und Aufzügen
- Wegnahme von Bekleidung, Schuhen, Sehhilfe oder Fortbewegungsmitteln
- sedierende Medikamente, die mit dem Ziel gegeben werden, die Person ruhig zu stellen bzw. an der Fortbewegung, am Verlassen des Zimmers, des Wohnbereichs oder der Einrichtung zu hindern
- Sensortechnik, Ortungssysteme und Demenzuhren
- sonstige, teilweise nicht offensichtliche Maßnahmen, die eingesetzt werden, um die Person an der freien Wahl der Position des Körpers, der Fortbewegung, am Verlassen des Zimmers, des Wohnbereichs oder der Einrichtung zu hindern, z.B. Wegstellen von Gehhilfen, Androhen von Gewalt

Zur Frage der elektronischen Überwachung gibt es unterschiedliche Rechtsauffassungen. Dem Heim sollte geraten werden, sich mit dem jeweiligen Amtsgericht – Betreuungsgericht – in Verbindung zu setzen.

9.1.3 Eine FEM liegt **nicht** vor, wenn der betroffenen Person der natürliche Wille zur Ortsveränderung fehlt (z.B. die Person liegt im Koma oder ist nicht fortbewegungsfähig bei gleichzeitigem Unvermögen, irgendeinen Willen erkennen zu lassen).

9.2 Voraussetzungen von FEM

Eine FEM nach § 1906 Abs. 4 BGB ist unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

a) Einwilligung von einsichtsfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern

Für die Einwilligungserklärung genügt die natürliche Fähigkeit der betroffenen Person, die Tragweite der betreffenden Maßnahmen und die ihrer Erklärung zu erkennen. Allgemeine Geschäftsfähigkeit ist nicht erforderlich, die oder der Betroffene muss jedoch ihre oder seine Situation, die fraglichen Maßnahmen und deren Begründung begreifen können. Soweit Zweifel an der Einsichtsfähigkeit der betroffenen Person bestehen, sollte die Einsichtsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erklärungsabgabe ärztlich bestätigt werden. Die Einwilligung kann jederzeit formlos (auch durch schlüssiges Verhalten) widerrufen werden. Eine rechtswirksame Einwilligung kann nur durch Bewohnerinnen und Bewohner selbst erfolgen, nicht durch andere Personen (auch nicht durch die Ärztin, den Arzt oder durch Angehörige). Die Einwilligung darf nicht abstrakt, sondern muss anlassbezogen erklärt werden. Eine grundsätzliche Einwilligungserklärung in FEM im Vertrag der stationären Einrichtung ist nicht zulässig.

b) Einwilligung des Betreuers/des Bevollmächtigten mit betreuungsgerichtlicher Genehmigung

Liegt keine Einwilligung der betroffenen Person vor, muss, falls eine Betreuung mit Aufgabenkreis „Aufenthaltsbestimmung“ oder „ärztliche Behandlung bzw. Gesundheitsfürsorge“ angeordnet ist oder eine bevollmächtigte Person für diesen Bereich vorhanden ist, diese – nach Möglichkeit im Voraus – ansonsten unverzüglich über die Maßnahme informiert und ihre Zustimmung eingeholt werden. Erfolgt die FEM regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum, muss eine betreuungsgerichtliche Genehmigung eingeholt werden (§ 1906 Abs. 4 BGB).

Kurzfristige und damit nicht vom Amtsgericht - Betreuungsgericht - genehmigungspflichtige Maßnahmen sind nur solche, bei denen aufgrund ihres vorübergehenden Charakters bereits zu Beginn feststeht, dass sie innerhalb kurzer Zeit nicht mehr erforderlich sein werden. Bezüglich der zulässigen Dauer solcher Maßnahmen werden unterschiedliche Auffassungen vertreten, die von weniger als einem Tag bis zu drei Tagen gehen. Da der Gesetzgeber die Frist nicht definiert hat, ist auf die Schwere des Eingriffs im Einzelfall abzustellen. Je einschneidender die FEM, desto kürzer die Zeitdauer, innerhalb der die Maßnahme ohne Genehmigung zulässig ist. Es wird empfohlen, die Praxis des jeweils zuständigen Amtsgerichts – Betreuungsgerichts – zu erfragen und jedenfalls bei allen Maßnahmen, die

länger als bis zum Ende des Tages des Beginns der Maßnahme andauern, eine kritische Prüfung der weiteren Erforderlichkeit vorzunehmen.

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

c) Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)

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

Bewohnerinnen und Bewohnern, denen die natürliche Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit in der betreffenden Situation fehlt, und die trotz eingehender Kommunikation nicht von ihrer Entscheidung abzubringen sind, müssen notfalls mit Zwang gehindert werden, sich selbst oder andere akut zu gefährden. So muss z.B. eine verwirrte Person, die sich im Straßenverkehr nicht mehr zurechtfindet, davon abgehalten werden, die an einer verkehrsreichen Straße gelegene Einrichtung ohne Begleitung zu verlassen, wenn eine konkrete Unfallgefahr besteht. Mitarbeitende einer stationären Pflegeeinrichtung dürfen z.B. auch verwirrte Bewohnerinnen und Bewohner, die bei minus 10 Grad Außentemperatur nur mit Schlafanzug bekleidet auszugehen wünschen, am Verlassen der Einrichtung hindern.

9.3 Dokumentation

Vom Pflegepersonal ist jeder Fall von FEM zu dokumentieren. Die Dokumentation muss Grund, Art und Dauer der Maßnahme angeben. Sie muss die Beurteilung ihrer Rechtmäßigkeit und der Beachtung des Grundsatzes des Übermaßverbotes (Geeignetheit, Erforderlichkeit sowie Verhältnismäßigkeit der Maßnahme) ermöglichen. Es ist der Eingriff zu wählen, der am geringsten in die Rechtssphäre der Bewohnerinnen und Bewohner eingreift.

9.4 Alternativen zu FEM

Um Alternativen zur Fixierung aufzuzeigen, hat das Land Baden-Württemberg in den letzten Jahren bereits an den Modellprojekten „ReduFix“ und „PräFix“ mitgewirkt. Die ReduFix-Studie und die zugehörigen Unterlagen sind in nahezu allen Einrichtungen in Baden-Württemberg bekannt bzw. zugänglich.

Auch der „Werdenfelser Weg“ dient dazu, FEM zu vermeiden. In den Gerichtsbezirken, in denen aktiv vom Betreuungsgericht, der Einrichtung, der Heimaufsicht, der Betreuungsbehörde sowie dem MDK dafür gesorgt wird, dass FEM vermieden werden, hat sich die Zahl von FEM deutlich reduziert.

Der „Werdenfelser Weg“ ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des geltenden Betreuungs- und Verfahrensrechts. Dabei werden spezialisierte Verfahrenspflegerinnen oder Verfahrenspfleger für das gerichtliche Genehmigungsverfahren von FEM fachlich fortgebildet. Im gerichtlichen Auftrag überprüfen die Verfahrenspflegerinnen oder Verfahrenspfleger jeden Antrag individuell und besprechen gemeinsam mit den Pflegefachkräften in der Einrichtung und den Angehörigen alternative Überlegungen durch. Im Einzelfall werden auch Alternativen erprobt.

Bevor bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner eine FEM angewandt wird, muss die Pflegefachkraft – eventuell in einer Fallbesprechung unter Einbeziehung von Hausärztin oder Hausarzt, Angehörigen, Betreuerinnen oder Betreuern, Bevollmächtigten – prüfen, ob und beziehungsweise mit welcher alternativen Maßnahme die FEM vermieden werden kann. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Bspw. folgende Maßnahmen können die Autonomie der Pflegebedürftigen erhöhen und führen längerfristig zu mehr Sicherheit und einer Reduktion von FEM:

- Kraft- und Balancetraining
- Sensormatte, Alarmgeber
- Niederflurbett
- Neubewertung der Medikation
- geteilte Bettseitenteile

- Beschäftigungsangebote, individuelle Tagesstrukturierung (Biografiearbeit)
- Hüftprotektoren, Sturzhelme, festes Schuhwerk, Anti-Rutsch-Socken
- Einführung von Fallbesprechungen und Sammlung von hausinternen Alternativen zu FEM

Es obliegt der Einrichtung, welche Maßnahmen ergriffen werden.

10. MITWIRKUNG

Gesetzliche Grundlagen aus WTPG:

§ 1 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5, 6

§ 7 Abs. 1 Nrn. 1, 2

§ 9

§ 10 Abs. 2 Nrn. 2, 3

§ 29 S. 1 Nr. 3

Landesheimmitwirkungsverordnung, LHeimMitVO

In der Landesheimmitwirkungsverordnung sind neben den Aufgaben und Mitwirkungsrechten des Heimbeirats (Bewohnerbeirats) Vorgaben zur Wahl, Amtszeit und Vorsitz des Heimbeirats (Bewohnerbeirats) geregelt. Darüber hinaus sind Vorgaben zur Arbeitsweise des Heimbeirats (Bewohnerbeirats) enthalten (z. B. Ablauf von Sitzungen, Fassen von Entscheidungen, Erstellen eines Tätigkeitsberichts). Auch die Pflichten der Einrichtungsleitung bzw. des Heimträgers (Einrichtungsträgers) sind dort festgeschrieben.

Es ist anhand der Fragen im Prüfleitfaden zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Mitwirkung vorliegen und die formalen Bedingungen für eine ordnungsgemäße Wahl des Heimbeirats (Bewohnerbeirats) eingehalten wurden.

Die **Broschüre des Landesseniorenrats Baden-Württemberg**, verfügbar unter http://lslr-bw.de/fileadmin/Broschuere_Heim_15.10.F.pdf enthält dazu ergänzende Hinweise.

11. STERBEN IN WÜRDE

Gesetzliche Grundlage aus WTPG:

§ 1 Abs. 1 Nr. 8

§ 10 Abs. 3 Nr. 6

11.1 Ziele der Sterbebegleitung

Mit der letzten Lebensphase eines Menschen, dem Prozess des Sterbens, geht der einmalige persönliche Lebensweg eines Menschen zu Ende. Jeder Mensch stirbt seinen eigenen Tod.

Bei der Gestaltung der letzten Lebensphase und in der Zeit direkt nach dem Tod sollten die individuellen Wünsche des sterbenden Menschen berücksichtigt werden. Diese Lebensphase sollte so würdevoll und erträglich wie möglich für den sterbenden Menschen und seine Bezugspersonen gestaltet werden.

11.2 Pflege und Begleitung eines sterbenden Menschen

Bei einem bestimmten Krankheits- und Leidensgeschehen kann die Lebensphase vor dem Einsetzen des Sterbeprozesses von einer palliativen Behandlung und Pflege geprägt sein. Im eigentlichen Sterbeprozess fallen Maßnahmen der palliativen Pflege und einer das Sterben begleitenden Pflege zusammen.

Die Frage des Notwendigen orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen des sterbenden Menschen.

Einer Pflegeeinrichtung ist die individuell angemessene Begleitung im Sterbeprozess nur möglich, wenn sie die damit verbundenen Aspekte wie z.B. bestehende Wünsche, seelsorgerische Begleitung oder die Versorgung nach Eintritt des Todes bereits im Vorfeld mit den Pflegebedürftigen und, mit deren Einwilligung, mit den engen Bezugspersonen geklärt oder zu klären versucht hat. Dieses Wissen und Verständnis wird im Sterbeprozess fortlaufend abgeglichen, ggf. verändert und die konkrete Pflege und Begleitung entsprechend anpasst. Diese Vorgänge finden sich nachvollziehbar in der Pflegedokumentation und konkrete Maßnahmen sind dort beschrieben.

Neben einer einfühlsamen Pflege und Betreuung ist die gute Dokumentation der genannten Aspekte ein Indiz dafür, dass die Einrichtung in Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

sonen konsequent das Ziel verfolgt, den Pflegebedürftigen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

Empfehlenswert für die Begleitung sterbender Menschen ist die Kooperation der Pflegeeinrichtung mit im Umfeld aktiven Institutionen wie z.B. einem ambulanten Hospizdienst, einem Team für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV-Team), Kirchen/Glaubensgemeinschaften.

Weitere wichtige Aspekte in der Begleitung sterbender Menschen:

11.2.1 Schmerzen

Die Einrichtung sorgt dafür, dass die Schmerzsituation engmaschig beobachtet wird und steht mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt für eine adäquate Schmerztherapie in Kontakt.

11.2.2 Atmung

Die Einrichtung beobachtet ggf. auftretende Störungen der Atmung und steht mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt hierzu in Kontakt. Sie sorgt für eine individuell angemessene Lagerung und ggf. andere pflegerische Entlastungsmaßnahmen.

11.2.3 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Die Einrichtung sorgt für eine angepasste, an den individuellen Wünschen und Erfordernissen des sterbenden Menschen orientierte Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung. Weder Essen noch Trinken sollten aufgedrängt werden.

11.2.4 Körperpflege

Die Einrichtung sorgt dafür, dass Körperpflegemaßnahmen gemäß den individuellen Wünschen und Erfordernissen erfolgen. Dabei wird berücksichtigt, dass Prophylaxen in den Hintergrund treten.

11.3 Umgang mit dem Sterbeprozess und Kultur des Abschieds in der Einrichtung

11.3.1 Im Team

Im Rahmen des Sterbeprozesses wird die individuelle Pflege und Betreuung des sterbenden Menschen geplant und durchgeführt. Die in der Einrichtung zu beachtenden Grundsätze sollten in einer Verfahrensanleitung/Konzeption beschrieben sein. Die Pflege Sterben-

der ist möglichst ohne Zeitdruck durchzuführen. Raum für Selbstreflexion sollte gegeben werden, z.B. in Teambesprechungen oder Supervision.

11.3.2 Für andere Bewohnerinnen und Bewohner

Menschen im Sterbeprozess sollten nicht isoliert werden - außer dies ist von ihnen ausdrücklich erwünscht. Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sollten die Möglichkeit haben, persönlich Abschied zu nehmen. Abschiedsrituale (z.B. Kondolenzbuch, Kerzen und Foto der verstorbenen Menschen an geeigneten Orten) können die Trauerarbeit unterstützen.

11.3.3 Für Angehörige

Angehörigen sollte ausreichend Zeit gegeben werden, sich in Ruhe vom verstorbenen Menschen zu verabschieden. Seitens des Pflorgeteams kann den Angehörigen ein Gespräch zur Unterstützung der Trauerarbeit angeboten werden.

11.4 Kriterien einer individuellen, würdevollen Sterbebegleitung in einer stationären Pflegeeinrichtung:

- Die Pflegeeinrichtung ergründet und dokumentiert nach Möglichkeit im Vorfeld Einstellungen, Vorstellungen und Wünsche der Bewohnerin oder des Bewohners und seiner Bezugspersonen für den Sterbeprozess und einer damit verbundenen individuellen Begleitung.
- Die Grundsätze der Begleitung und Pflege sterbender Menschen sind in einer Verfahrensanweisung/Konzeption beschrieben.
- In der Pflegedokumentation ist eine enge Kommunikation mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt nachvollziehbar.
- In den Wohnbereichen sind Informationen über die örtlichen Kirchen und Glaubensgemeinschaften und deren Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie über ambulante Hospizgruppen, SAPV-Teams verfügbar; auf Wunsch wird ein Kontakt hergestellt.
- In der Einrichtung haben Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeitende und Angehörige die Möglichkeit des Abschiednehmens von Verstorbenen. Dies ist in einer einrichtungsspezifischen Abschiedskultur bzw. in einrichtungsspezifischen Abschiedsritualen hinterlegt.

12. KULTURSENSIBLE PFLEGE

Gesetzliche Grundlage aus WTPG:

§ 1 Abs. 1 Nr. 3

§ 10 Abs. 2 Nrn. 2, 3, 4

12.1 Bedeutung und Ziele kultursensibler Pflege

12.1.1 Der Träger ist verpflichtet, bei der Planung und Durchführung aller Leistungen die Individualität jeder Bewohnerin und jedes Bewohners zu respektieren. Die Identität der Person ist maßgeblich durch ihren kulturellen Hintergrund geprägt. Kultursensible Pflege und Unterstützung gehören zum Standard einer zeitgemäßen Leistungserbringung und berücksichtigen biografieorientiert die besonderen kulturspezifischen Lebensgewohnheiten von Bewohnerinnen und Bewohnern. Ältere Personen mit Migrationshintergrund stellen eine immer größer werdende Gruppe der Pflegebedürftigen in Deutschland dar. Dies erfordert nicht nur von der Leitungsebene ein Bekenntnis hin zu einer interkulturellen Öffnung, sondern bedeutet vielmehr einen über die Leitungsebene anzustoßenden langfristigen Lern- und Entwicklungsprozess der Beschäftigten auf allen Ebenen. Mit der Regelung in § 10 Abs. 2 Nummer 4 will das WTPG dem Anspruch gerecht werden, niemanden in der „Pflege- und Unterstützungsfrage“ zurückzulassen und dazu beitragen, dass interkulturelle Kompetenz bei Pflege- und sonstigen Unterstützungsleistungen eine Selbstverständlichkeit in stationären Einrichtungen wird.

12.1.2 Eine kultursensible Pflege ist im Grunde eine individuelle und biografieorientierte Pflege, welche die Lebensweisen und -geschichten von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Ausreichende Kenntnisse über verschiedene Lebensweisen, kulturelle Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie religiöse Umgangsformen und Gewohnheiten stellen im professionellen Pflegeverständnis und -handeln eine wesentliche Grundlage für Integration individueller und kultureller Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern dar.

Kultursensible Pflege bedeutet die Ausrichtung der Pflegepraxis an der in einen jeweils spezifischen kulturellen Kontext eingebundenen Individualität des Menschen. Sie zeichnet sich in hohem Maße aus durch:

- **interkulturelle Orientierung:** offene Einstellung der Mitarbeitenden in Bezug auf Kulturen, Weltanschauungen und Religionen
- **interkulturelle Öffnung:** Offenheit und Rücksichtnahme sowie Respekt der Pflegeeinrichtungen für ihre Bewohnerinnen und Bewohner sowie Öffnung der Pflegeeinrichtung in ihr Quartier und Besuch von außen
- **interkulturelle Kompetenz:** Sensibilität und Wissen der Mitarbeitenden über die kulturelle und religiöse Vielfalt in der Einrichtung.

12.2 Bedeutung der Sprache

Hervorzuheben ist auch die Bedeutung der Sprache für eine differenzierte Kommunikation zwischen Pflegeperson und Bewohnerin oder Bewohner. Mangelnde Deutschkenntnisse oder der Verlust der deutschen Sprache demenziell erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund stellen die Pflegeeinrichtungen vor besondere Herausforderungen. Hier ist ein hohes Maß an Bereitschaft der Pflegenden zur Verständigung und zur Vermeidung von Missverständnissen gefragt.

12.3 LSBTTIQ (lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell, transgender, intersexuell und queer) in stationären Pflegeeinrichtungen

Zu einer ganzheitlichen kultursensiblen Pflege gehören Achtung und Respekt der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer durch Kultur, Religion, Weltanschauung und sexuellen Identität begründeten Lebensweise sowie hinsichtlich ihrer geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Bedarfe.

Viele ältere Menschen haben in ihrem Leben Diskriminierung und Ablehnung auf Grund ihrer sexuellen und geschlechtlichen Identität erfahren und mussten ein Doppelleben führen. Im Alter verheimlichen viele Menschen ihre sexuelle Identität aus Angst vor weiterer Zurückweisung und Benachteiligung. Eine zunehmende Zahl von pflegebedürftigen Menschen lebt die sexuelle Orientierung und sexuelle Identität jedoch bewusst auch im höheren Alter aus. Von Seiten der Pflegeeinrichtungen muss allen mit Sensibilität und Empathie begegnet werden. Nur so können sie ihrem Anspruch an Humanität, Respekt und Wertschätzung sowie dem Schutz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner gerecht werden.

In der Biografiearbeit sollen Bewohnerinnen und Bewohnern auf die Möglichkeit hingewiesen werden, LSBTTIQ-Lebensweisen offen zu benennen. Werden Kontakte außerhalb der Einrichtung von Seiten des Bewohners oder der Bewohnerin gewünscht, sollte dies initiiert

und unterstützt werden, z.B. durch Besuchsdienste. Es besteht außerdem die Möglichkeit, sich von LSBTTIQ-Organisationen beraten und informieren zu lassen.

12.4 Kultursensible Pflege als Qualitätsmerkmal

Nachfolgend einige beispielhafte Kriterien aus denen die Heimaufsichten ableiten können, ob sich eine stationäre Pflegeeinrichtung Gedanken zur kultursensiblen Pflege macht:

- es werden Fort- und Weiterbildungen zum Thema angeboten (z.B. Weiterbildung zur Fachkraft für kultursensible Pflege, Weiterbildung zum Thema spezifische Pflege von Muslimen)
- es finden Fallbesprechungen statt
- es finden Qualitätszirkel zum Thema statt
- das Thema ist im Qualitätsmanagement-Handbuch der Einrichtung benannt
- es gibt Empfehlungen zum Thema
- in der Einrichtung, am besten in jedem Wohnbereich, liegen Informationen der örtlichen religiösen Einrichtungen und Ansprechpartner aus, es wird im Sinne der Vernetzung miteinander kooperiert → Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen zu allen religiösen und kulturellen Einrichtungen vor Ort
- es ist eine Beauftragte oder ein Beauftragter für Integration, Kultursensibilität oder kulturspezifische Pflege benannt, die oder der aktiv arbeitet
- es werden tagesstrukturierende und aktivierende Angebote speziell mit Blick auf die religiösen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner angeboten
- das Thema wird in Konzept und Leitbild der Pflegeeinrichtung beachtet
- bei der Einstellung neuer Mitarbeitender wird Rücksicht auf die aktuelle Bedarfslage der Bewohnerinnen und Bewohner genommen
- bei der Biografiearbeit wird der individuelle kulturelle Hintergrund beachtet und in der Maßnahmenplanung berücksichtigt.

ANHANG 1

Seniorengerechte Ernährung in stationären Pflegeeinrichtungen

1. Ausgewogene Ernährung

Die stationäre Pflegeeinrichtung hat dafür zu sorgen, dass ihre Bewohnerinnen und Bewohner eine ausgewogene Ernährung einschließlich notwendiger Sonderkost erhalten. Insbesondere pflegebedürftige und/oder demenzerkrankte Menschen sind vom Risiko einer Fehl- oder Mangelernährung bedroht. Diese können lange Zeit unbemerkt bleiben. Sie beeinflussen nicht nur die Lebensqualität in erheblichem Maße und die zur selbständigen Lebensführung notwendigen Ressourcen, sondern auch die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten. Die Bewertung des Ernährungszustands der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sowie das Erkennen von Fehl- und Mangelernährungszuständen fallen in den Aufgabenbereich von Pflegefachkräften und behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten. Erste Warnsignale können beispielsweise ungewollter Gewichtsverlust und Störungen des Appetits sein. Mögliche Risikofaktoren für Fehl- und Mangelernährung sind unter anderem:

- Einnahme appetitreduzierender Medikamente
- depressive Zustände
- Demenzerkrankungen, geistiger Abbau, psychosoziale Beeinträchtigungen
- körperliche Behinderungen (z.B. bei Hirngefäßerkrankungen oder beim Parkinson-Syndrom)
- Schwierigkeiten mit dem Kauen fester Speisen (hängen oft mit dem Zahn- oder Gebissstatus zusammen und erfordern zahnmedizinische Kontrolle bzw. Behandlung)
- Schluckstörungen (neurologisch oder internistisch bedingt, im Zusammenhang mit bestimmten Medikamenten oder im Spätstadium von Demenzen)
- Verlust der Fähigkeit, den Mund zu öffnen
- Obstipation

Ernährungsprobleme müssen gleichrangig mit anderen ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Aufgaben gesehen und dokumentiert werden. Probleme und Maßnahmen müssen in die individuelle Maßnahmenplanung der Bewohnerinnen und Bewohner mit aufgenommen werden. Regelmäßiges Wiegen und die Beobachtung des Gewichtsverlaufes über einen bestimmten Zeitraum sind einfache Kontrollmöglichkeiten, um zu prüfen, ob die Energiebilanz des älteren Menschen ausgeglichen ist. Eine beobachtete Reduktion des

Appetits der Bewohnerinnen und Bewohner muss von den Pflegefachkräften dokumentiert werden; außerdem müssen die Ursachen ermittelt werden (z.B. Nebenwirkungen von Medikamenten, Schluckstörungen, psychische Störungen, Obstipation, Schmerzen, Trauer) und wenn notwendig zusammen mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt behoben werden.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sollten ihr Verpflegungsangebot biographieorientiert ausrichten und auf die individuellen Vorlieben und Ernährungsgewohnheiten ihrer Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht nehmen und ihnen Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten bieten. Ältere Menschen haben zwar häufig einen geringeren Energiebedarf, jedoch einen unverändert hohen Nährstoffbedarf. Die Lebensmittelauswahl der stationären Pflegeeinrichtung muss dies berücksichtigen, auch weitere altersspezifische Besonderheiten wie z.B. eine ausreichende Calciumaufnahme durch Milch und Milchprodukte für die Knochenfestigkeit.

2. Mahlzeiten

Mahlzeiten sind im Hinblick auf die Sinneswahrnehmung, die Tagesstruktur und die kulturelle Identität von enormer Bedeutung für pflegebedürftige Menschen. Die täglichen Mahlzeiten sollten abwechslungsreich und vielseitig sein. Außerdem sollten sie ansprechend und appetitlich angerichtet werden. Es sollten mehrere – bis zu 5 Mahlzeiten pro Tag – angeboten werden. Diabetikerinnen und Diabetiker benötigen zusätzlich eine Spätmahlzeit. Diese sollte auch Bewohnerinnen und Bewohnern ohne Diabetes angeboten werden. Im Tagesablauf der Bewohnerinnen und Bewohner spielen die Mahlzeiten eine vielschichtige Rolle, deshalb ist Folgendes wichtig:

- regelmäßige, flexibel und individuell gestaltbare Essenszeiten
- Schaffung einer angenehmen Atmosphäre und Tischkultur
- ggf. gewohnte Tischnachbarinnen und Tischnachbarn
- Beachtung individueller Ernährungsgewohnheiten, Wahlmöglichkeiten bieten
- Aushang von übersichtlichen und gut lesbaren Speiseplänen, möglichst eine Woche im Voraus
- vielfältige Getränkeangebote und -auswahl
- Darreichungsform Getränke je nach Bedarf: flüssig oder eingedickt
- Darreichungsform Speisen je nach Bedarf: unbearbeitet, kleingeschnitten und mundgerecht oder püriert/ passiert
- keine Verwendung von kleinen, nur schwer zu öffnenden Portionspackungen

- große Aufmerksamkeit des betreuenden Personals (wenn erforderlich Motivierung, Anleitung, teilweise oder vollständige Hilfestellung bei der Nahrungszufuhr)
- Einplanen von ausreichend Zeit für das Anreichen der Mahlzeit oder des Getränks
- Anreichen von Speisen und Getränken im Sinne eines Angebots, keine Bevormundung
- nach dem Essen Angebot von Mundhygiene, auch bei Menschen mit Zahnprothesen

3. Trinken und Flüssigkeitsaufnahme

Das Durstempfinden kann im Alter verringert sein, ebenso die Konzentrationsfähigkeit der Nieren und es kann ein insgesamt geringerer Wassergehalt des Körpers vorliegen. Deshalb muss auf ein ausreichendes Angebot und die Zufuhr von Getränken geachtet werden. Das Pflegepersonal muss auch außerhalb der Mahlzeiten die Bewohnerinnen und Bewohner zum Trinken anregen und motivieren. Das alleinige Zurverfügungstellen von Getränken ist nicht ausreichend. Oftmals muss entsprechend dem Ausmaß einer Schluckstörung das Getränk eingedickt werden. Bei besonders gefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern kann ein Protokoll über die Flüssigkeitsaufnahme und die Rücksprache über weiterführende Maßnahmen mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erforderlich sein. Diese können auch die Anreicherung der Trinknahrung oder von Nahrungsergänzungspräparaten mit den nötigen Spurenelementen oder lebenswichtigen Nahrungsbestandteilen (Aminosäuren, Fettsäuren, Kohlehydrate) verordnen.

4. Ernährung per Sonde

Eine Ernährung per Sonde soll der Ausnahmefall sein; sie kommt nur dann in Betracht, wenn keine anderen Möglichkeiten der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme möglich sind. Sie erfolgt in Rücksprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und der Betreuerin oder dem Betreuer bzw. der Bevollmächtigten oder dem Bevollmächtigten. Patientenverfügungen sind zu beachten. Werden Bewohnerinnen und Bewohner per Sonde ernährt, müssen die Pflegefachkräfte besonders auf die Zufuhr von Nährstoffen und Flüssigkeit achten. Es besteht bei sondenernährten Bewohnerinnen und Bewohnern durch verringerten Speichelfluss die Gefahr einer Soorpilzinfektion sowie einer Parotitis, daher kommt der Mundhygiene mit Soor- und Parotitisprophylaxe eine besondere Bedeutung zu. Die Mundschleimhaut muss feucht gehalten und der Speichelfluss angeregt werden. Probleme und Maßnahmen in diesem Bereich müssen aus der Maßnahmenplanung ersichtlich werden und nachvollzogen werden können.

ANHANG 2

Der Kommunalverband für Jugend und Soziales, der Landkreistag, der Städtetag, Vertreter der Leistungserbringer und das Ministerium für Soziales und Integration

Empfehlung zur Handhabung von systembedingten Besonderheiten in binnendifferenzierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgrund ihrer zusätzlichen versorgungsvertraglichen Behandlung als Pflegeeinrichtung

1. Hintergrund

Im Bewusstsein der gemeinsamen Verantwortung für eine angemessene Versorgung von Menschen mit Behinderungen mit insbesondere behandlungspflegerischem Unterstützungsbedarf, die in binnendifferenzierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen und zur Vermeidung weiterer Kündigungen von Versorgungsverträgen, haben unter der Moderation der Liga der Freien Wohlfahrtspflege, Vertreter der kommunalen Verbände (Landkreistag, Städtetag und KVJS), Vertreter der Leistungserbringer von stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die binnendifferenzierte Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI betreiben, und Vertreter des Sozialministeriums, die aktuelle Situation beraten.

Ziel der Beratungen war es, die systembedingten Besonderheiten in binnendifferenzierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe herauszuarbeiten, um daraus eine Empfehlung an die Leistungsträger und Leistungserbringer zur Handhabung der Umsetzung der ordnungsrechtlichen Vorgaben und zu Vergütungsverhandlungen sowie gegebenenfalls Leistungsvereinbarungen auf der Grundlage von SGB XII in diesem besonderen Angebot auszusprechen.

2. Systembedingte Besonderheiten – zur Umsetzung der ordnungsrechtlichen Vorgaben

Vor dem Hintergrund der konzeptionellen Ausrichtung sind binnendifferenzierte Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen regelmäßig als atypische Pflegeeinrichtungen anzusehen.

Die heimrechtlichen Vorgaben legen in Pflegeeinrichtungen den Einsatz von Pflegefachkräften fest.

Mit Zustimmung der zuständigen Behörde kann im Interesse und nach den Bedürfnissen der Bewohner/innen in binnendifferenzierten Einrichtungen davon abgewichen werden. Von den Behörden der Heimaufsicht ist dabei jeweils zu prüfen, inwiefern pflegefachliche Aufgaben durch Heilerziehungspfleger/innen erbracht und dann entsprechenden Abweichungen von den heimrechtlichen Anforderungen zugestimmt werden.

Maßstab ist das Curriculum der Ausbildung zum Heilerziehungspfleger. Ggfs. ist eine Ausnahmeregelung für Tätigkeiten möglich, die sich im Curriculum wiederfinden.

Tätigkeiten der Behandlungspflege, die sich nicht im Curriculum wiederfinden, müssen, sofern planbar, von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Ausnahmen hiervon sind möglich, wenn es sich um ein aus einer Akutsituation heraus nicht planbares Eingreifen bei folgenden Tätigkeiten der Behandlungspflege handelt:

Wundversorgung (bei oberflächlichen Wunden einfacherer Art ohne fiebrigen Verlauf)

Katheterisierung der Harnblase

Sauerstoffgabe in palliativen Versorgungssituationen (ohne Beurteilung und Bewertung der palliativen Situation)

Absaugen der oberen Luftwege (Erfahrung muss vorhanden sein)

Voraussetzung ist der durch die Konzeption und den Personalmix erbrachte Nachweis, dass Bewohner/innen binnendifferenzierter Einrichtungen von der doppelten Fachleistung profitieren. Pflegeleistungen können nicht einfach durch Teilhabeleistungen ersetzt werden. Dies hat regelmäßig auch Auswirkungen auf die Fachkraftquote.

3. Systembedingte Besonderheiten – vergütungs- und leistungsrelevante Berücksichtigung

Die Bedarfssituation der Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf wird weder durch die Bedarfsbemessungsinstrumente der Eingliederungshilfe noch die der Pflege vollständig abgebildet.

Sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer sind sich darüber einig, dass die systembedingten Besonderheiten in binnendifferenzierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgrund ihrer zusätzlichen versorgungsvertraglichen und heimrechtlichen Behandlung als Pflegeeinrichtungen eine entsprechende Anerkennung in der Vergütungs- und ggfs. der Leistungsvereinbarung finden.

In Anerkennung, dass ein Mensch mit Behinderung bei entsprechendem Unterstützungsbedarf sowohl Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, als auch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, wurden nachfolgende Empfehlungen zur Handhabung zur Ermittlung sachgerechter und auskömmlicher Vergütungen und ggf. Leistungen verabredet, die in den individuellen Verhandlungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer handlungsleitend sein sollen.

1. Im Vorfeld der Verhandlungen sollen Anforderungen aus dem Ordnungsrecht (WTPG) und dem SGB XI (insbesondere Versorgungsvertrag einschließlich Vergütungsvereinbarung) abgeklärt sein. Die Abklärung bedarf nicht einer formalen Anordnung durch die Heimaufsichtsbehörde.

2. Leistungserbringer und Leistungsträger verhandeln einrichtungsindividuelle Leistungen und Entgelte für das binnendifferenzierte Leistungsangebot. Die Budgets werden in die Vergütung (Grund-, Maßnahmenpauschale und IK-Satz) integriert. 3

3. In den Verhandlungen werden die systembedingten Besonderheiten entsprechend berücksichtigt. Systembedingte Besonderheiten können insbesondere sein:

a. Personalanforderungen durch

- eine den erhöhten fachlichen Anforderungen entsprechende Fachkraftquote - eine verantwortliche Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung)
- Nachtwachen-Anforderungen aus SGB XI und Ordnungsrecht - Fachkräfte für Behandlungspflege - Qualifizierung des Personals (HEP zur Pflegefachkraft und Schulung der Pflegefachkräfte mit den Zielen der Eingliederungshilfe, Qualifizierung, Einführung und Evaluation von Expertenstandards) - hauswirtschaftliche Fachkräfte

b. Sachanforderungen durch - erforderliche Pflegeheimausstattung - erforderliche Dienst- und Schutzkleidung - besondere Sach- und Verwaltungskosten

c. Im Falle einer Budgetveränderung durch Herabstufung des Hilfebedarfs nach SGB XII eines Bewohners bei gleichzeitiger Erhöhung des Pflegegrades nach SGB XI kann ein vergütungsrechtlicher Ausgleich im Rahmen der einrichtungsindividuellen Verhandlung erfolgen.

4. Vereinbarungen für das weitere Vorgehen

Das Ergebnis des Auseinandersetzungsprozesses im Sinn einer Handlungsempfehlung wurde von den oben benannten Teilnehmern erarbeitet. Alle Beteiligten stehen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Umsetzung.

Es wird darüber hinaus empfohlen, das Modell Binnendifferenzierung nicht als Voraussetzung oder Bedingung mit anderen Planungsvorhaben der betroffenen Leistungserbringer zu verknüpfen.

Die vorgenannten Empfehlungen verstehen sich als vorläufig bis die Neuregelungen durch die aktuellen Gesetzgebungsverfahren BTHG und PSG III an der sogenannten Schnittstelle greifen.

Der für diese Empfehlungen verantwortlich zeichnende Arbeitskreis wird eine gemeinsame Bewertung des Standes der einrichtungsindividuellen Verhandlungen zur Umsetzung der systembedingten Besonderheiten in binnendifferenzierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe 4 im Frühjahr 2017 und eine Neubewertung der Schnittstelle in Bezug auf das BTHG und das PSG III im Herbst 2017 vornehmen.

Für die Kommunikation des Papiers wird verabredet, dass alle relevanten unteren Behörden, Strukturen und Träger die Empfehlung zur Handhabung erhalten und dafür Sorge tragen, dass die Handlungsempfehlung mitgetragen wird.

Donnerstag, der 26. Januar 2017