



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht.

Projektleitung:
Dr. Eckart Schnabel

Bearbeitung:
Dipl. Soz.-Geront. Martina Getta
M.A. Klaus Schmitz

Inhalt

	Vorbemerkung	7
I.	Rechtliche Rahmenbedingungen der Heimaufsicht	
1.1	Zur Lebenssituation von alten und behinderten Menschen in Heimen	9
1.2	Neuere Entwicklungen im Heimbereich	20
1.2.1	Weiterentwicklung des Heimrechts	23
1.2.2	Weiterentwicklung des SGB XI	27
1.2.3	Überblick über die Qualitätssicherungsdiskussion	31
1.2.3.1	Was ist „Qualität in der Pflege“?	31
1.2.3.2	Was ist Qualitätssicherung?	35
1.2.3.3	Fachliche und qualifikatorische Anforderungen an das Pflegepersonal	52
1.2.3.4	Aspekte der Pflege- und Personalbedarfssituation	59
II.	Praxis der Heimaufsicht	72
2.1	Hinweise und Empfehlungen für die tägliche Praxis der Heimaufsicht	72
2.2	Auftrag und Selbstverständnis der Heimaufsicht in der externen Qualitätssicherung	76
2.3	Heimgesetzliche und andere wichtige Grundlagen für die Durchführung der Heimaufsicht	85
2.4	Allgemeine Information und Beratung bestimmter Zielgruppen	98
2.5	Anzeigeverfahren bei Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Heimbetriebs	106
2.6	Überwachung der Heime	108
2.7	Umgang mit festgestellten Mängeln	126
2.8	Kooperation der Heimaufsicht mit anderen Akteuren externer Qualitätssicherung	133
	Literaturverzeichnis	138
	Stichwortverzeichnis	143
III.	Anhang	147
3.1.	Heimaufsichtsbehörden in Deutschland	147
3.1.1	Strukturen der Heimaufsicht	148
3.1.1.1	Organisation und Zuständigkeitsbereich der Heimaufsichts- behörden	148
3.1.1.2	Personalausstattung der Heimaufsichtsbehörden und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	154
3.1.1.3	Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht	159



3.1.1.4	Kooperation mit anderen Heimaufsichtsbehörden und Einrichtungen externer Qualitätssicherung	161
3.1.2	Tätigkeiten der Heimaufsicht	165
3.1.2.1	Organisation und Dokumentation der Prüfungen	165
3.1.2.2	Beratungstätigkeit	172
3.1.2.3	Ordnungsrechtliches Handeln	174
3.1.3	Veränderungsbedarf aus der Perspektive der Heimaufsicht	179
3.1.4	Fazit der schriftlichen Erhebung	184
3.2	Gesetzliche Vorschriften	187
	Heimgesetz	187
	HeimMindBauV	208
	HeimMitwirkungsV	217
	HeimPersV	229
	HeimsicherungsV	233
3.3	Materialien aus der Praxis der Heimaufsicht	241
3.3.1	Hinweise und Merkblätter für Heimbetreiber	243
3.3.2	Stammbblätter für stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe	243
3.3.3	Vorbereitung der Prüfung	243
3.3.4	Heimbegehungs-/Nachschaubögen	244

Weitere Infos zum Anhang:

I 3.3.1: Hinweise und Merkblätter für Heimbetreiber,
I 3.3.2: Stammbblätter für stationäre Einrichtungen,
I 3.3.3: Vorbereitung der Heimbegehung,
I 3.3.4: Heimbegehungs-/Nachschaubögen,
finden Sie als PDF-Download unter www.bmfsfj.de



Übersichts- und Tabellenverzeichnis

Übersicht 1.1:	Rangfolge der festgestellten Mängel bei Qualitätsprüfungen des MDK.....	16
Übersicht 1.2:	Wesentliche Änderungen des novellierten Heimgesetzes	25
Übersicht 1.3:	Wesentliche Änderungen des SGB XI durch das PQsG.....	28
Übersicht 1.4:	Dimensionen des Qualitätsbegriffs	34
Übersicht 1.5:	Defizite in der bundesdeutschen Qualitätssicherungsdiskussion.....	36
Übersicht 1.6:	Lernbereiche und Lernfelder in der Altenpflegeausbildung.....	57
Übersicht 1.7:	Schema der Ermittlung der Arbeitsstunden des Pflegepersonals nach PLAISIR	66
Übersicht 1.8:	Personalrichtwerte für stationäre Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern.....	69
Übersicht 2.1:	Verwendete Materialien für verschiedene Aufgabenschwerpunkte der Heimaufsicht	74
Übersicht 2.2:	Ebenen des Wissens um die Pflege und Begleitung	79
Übersicht 2.3:	Leitziele und ausgewählte Qualitätsindikatoren aus der Nutzerperspektive	81
Übersicht 2.4:	Formelle Zuständigkeiten der Heimaufsichtsbehörden ...	86
Übersicht 2.5:	Merkmale institutionalisierter Wohnformen für alte Menschen	88
Übersicht 2.6:	Abgrenzungskriterien des Betreuten Wohnens	90
Übersicht 2.7:	Besondere Regelungen für Einrichtungen, die teilweise unter das HeimG fallen.....	91
Übersicht 2.8:	Anforderungen an die Beschaffenheit von Wohn- und Pflegeplätzen nach HeimMindBauV.....	95
Übersicht 2.9:	Befreiungen von der HeimMindBauV.....	96
Übersicht 2.10:	Qualifikationsanforderungen je nach Tätigkeitsbereich...	97
Übersicht 2.11:	Befreiungen von der HeimPersV bzw. Gewährung einer Angleichungsfrist.....	98
Übersicht 2.12:	Relevante Rechtsvorschriften für Einrichtungen nach dem Heimgesetz.....	100
Übersicht 2.13:	Beratung nach § 4 HeimG von verschiedenen Zielgruppen	101
Übersicht 2.14:	Wesentliche Aufgaben, die im Rahmen einer Heimbegehung/-nachschaufallen	122
Übersicht 2.15:	Grundraster für die Gestaltung wiederkehrender Prüfungen (idealtypisch).....	124
Übersicht 2.16:	Erhebungsinstrumente für die Heimprüfungen.....	125
Übersicht 2.17:	Arbeitsgemeinschaften nach § 20 HeimG.....	134
Übersicht A.1:	Verwendete Materialien im Anhang.....	242



Tabelle 1.1:	Personal in vollstationären Einrichtungen.....	17
Tabelle A.1:	Rücklauf der schriftlichen Befragung der Heimaufsichtsbehörden in Deutschland.....	148
Tabelle A.2:	Regelungen zu den Heimaufsichtsbehörden in den Bundesländern	150
Tabelle A.3:	Einrichtungen in Zuständigkeit der Heimaufsichtsbehörden (gesamt).....	152
Tabelle A.4:	Einrichtungen in Zuständigkeit der Heimaufsichtsbehörden (differenziert nach Typ)	153
Tabelle A.5:	Personalausstattung und Arbeitsvolumen der Heimaufsichtsbehörden	155
Tabelle A.6:	Qualifikationen der Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden (Berufsgruppen).....	157
Tabelle A.7:	Berufserfahrung der Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden	158
Tabelle A.8:	Anteil geschulter Mitarbeiter/innen der Heimaufsichtsbehörden (Einarbeitung)	159
Tabelle A.9:	Art der Schulungen bei Einarbeitung	160
Tabelle A.10:	Teilnahme an Schulungen im Jahr 2002.....	161
Tabelle A.11:	Themen des fachlichen Austausches mit anderen Heimaufsichtsbehörden	162
Tabelle A.12:	Fachlicher Austausch mit weiteren Akteuren der externen Qualitätssicherung	163
Tabelle A.13:	Themen fachlichen Austausches der Heimaufsicht mit Akteuren externer Qualitätssicherung	164
Tabelle A.14:	Gemeinsame Prüfungen der Heimaufsicht mit anderen Institutionen	165
Tabelle A.15:	Wiederkehrende und anlassbezogene Prüfungen der Heimaufsicht im Jahr 2002.....	166
Tabelle A.16:	Dauer der Prüfungen	167
Tabelle A.17:	Heimprüfungen durch einzelne Mitarbeiter bzw. Teams ..	168
Tabelle A.18:	Bei Prüfterminen der Heimaufsicht beteiligte Personen der Einrichtung	169
Tabelle A.19:	Geprüfte Unterlagen bei Heimbegehungen	170
Tabelle A.20:	Art der Dokumentation von Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden	171
Tabelle A.21:	Beratungen nach § 4 HeimG	172
Tabelle A.22:	Beratung nach festgestellten Mängeln im Jahr 2002.....	174
Tabelle A.23:	Gründe für anlassbezogene Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden	175
Tabelle A.24:	Beanstandungen aufgrund von (anlassbezogenen) Prüfungen der Heimaufsicht.....	176
Tabelle A.25:	Festgestellte Mängel bei Prüfungen der Heimaufsicht.....	177
Tabelle A.26:	Ordnungsrechtliche Maßnahmen der Heimaufsichtsbehörden	178



Tabelle A.27:	Negative Statements der Heimaufsichtsbehörden zur Situation der Heime.....	180
Tabelle A.28:	Veränderungsbedarf in Heimen aus der Perspektive der Heimaufsichten.....	181
Tabelle A.29:	Positive Statements zur Situation der Heimaufsicht.....	182
Tabelle A.30:	Negative Statements zur Situation der Heimaufsicht.....	183
Tabelle A.31:	Veränderungsbedarf innerhalb der Heimaufsicht.....	184



Vorbemerkungen

Das vorliegende Handbuch ist das Produkt eines Forschungsauftrags des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Situation der Heimaufsicht in Deutschland. Es richtet sich vor allem an die Praxis, sprich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Heimaufsichtsbehörden. Für sie soll es eine nützliche Arbeitshilfe sein, speziell zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ohne jedoch den Anspruch einer allgemeingültigen Handlungsanleitung zu erheben. Vielmehr soll dieses Handbuch Anregungen für die tägliche Arbeit liefern und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, was aber die permanente, eigenverantwortliche Auseinandersetzung mit der Thematik voraussetzt. Insofern ist dieses Handbuch kein endgültiger Standard, sondern „work in progress“. Denn letztlich dient es dem übergeordneten Ziel, die Lebensqualität der Menschen in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe in den Mittelpunkt der Bemühungen zu rücken und permanent zu verbessern.

Der Hauptteil des Handbuchs gliedert sich in zwei Teile, wobei beide Teile einen eigenständigen Charakter haben, d. h. auch unabhängig voneinander gelesen werden können. In Teil I werden Rahmenbedingungen erörtert, die für die Heimaufsicht von Interesse sind. Im Besonderen dient es zur schnellen Orientierung über neuere Entwicklungen in der gerontologischen Forschung und den rechtlich-politischen Rahmenbedingungen und soll den aktuellen Stand knapp und präzise wiedergeben. Das erste Kapitel fasst dabei aus gerontologischer Sicht einige wichtige Fakten und Informationen zur Beschreibung der Situation von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in Deutschland zusammen. Kapitel 2 bietet dem Leser Antworten auf die Frage, was sich in neuerer Zeit durch die Gesetzgebung geändert hat und welches die wesentlichen Konzepte der Qualitätssicherung in der stationären Pflege sind.

In Teil II wird der theoretische Hintergrund und die Praxis der Heimaufsicht in systematischer Weise dargestellt, vor allem um „Anfängern“ einen systematischen Überblick über das Feld der Heimüberwachung zu verschaffen. Die Basis dafür bildeten Gespräche mit Praktikern und Verwaltungsfachleuten, teilnehmende Beobachtungen sowie eine Vielzahl von Dokumenten, die uns die Heimaufsichtsbehörden freundlicherweise zur Verfügung gestellt haben. Dabei werden Selbstverständnis und Arbeitsaufgaben der Heimaufsicht, Abläufe bei Prüfungen und Begehungen, Kooperation mit den Heimträgern sowie Erfahrungen und Probleme bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt.

Im Anhang findet sich ein empirischer Überblick über die aktuelle Situation der Heimaufsichtsbehörden in Deutschland auf der Grundlage einer schriftlichen Befragung aus dem Frühjahr 2003 zu Themen der inneren Organisation, den Tätigkeitsfeldern und den Ergebnissen der Heimaufsicht. Abschließend werden einige Materialien präsentiert, die als Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung des Instrumentariums der Heimaufsicht dienen sollen.



Wir hoffen, hiermit ein Handbuch vorzulegen, mit dem sich Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger einen schnellen Einblick in die Materie der Heimaufsicht verschaffen können und auch Praktikerinnen und Praktiker neue Anregungen für ihre wichtige Aufgabe erhalten.



I.

Rechtliche Rahmenbedingungen der Heimaufsicht

1.1 Zur Lebenssituation von alten und behinderten Menschen in Heimen

Von den historischen Anfängen als Verwahranstalt der Kranken- und Armenfürsorge hat sich das Heim mittlerweile zur gesellschaftspolitisch akzeptierten Alternative zum selbstständigen Wohnen im eigenen Haushalt entwickelt. Heute leisten die Heime einen bedeutenden Beitrag zur Versorgung Pflegebedürftiger, die nicht zu Hause versorgt werden können oder wollen. Allerdings stößt die Alternative „Leben im Heim“ bei Seniorinnen und Senioren, v. a. Pflegebedürftigen, zunehmend auf Skepsis. Untersuchungen zeigen, dass auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit der Wunsch nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit dominiert (Kohli/Künemund 1999, Brandenburg 1994). Ältere Menschen wählen ein Leben im Heim nur selten aus freien Stücken, sondern weitaus häufiger aufgrund schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen und fehlender Versorgungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld. Hinzu kommt, dass die öffentliche Debatte oft durch die massenmediale Berichterstattung über Pflege-skandale angeheizt wird, die das System der Heimversorgung zwar nicht grundsätzlich in Frage stellen, die aber die Besorgnisse der Seniorinnen und Senioren verstärken und die politisch Handelnden zu ständiger Wachsamkeit mahnen.

Derartige Pflegemissstände und -skandale sind als Teil einer viel breiter angelegten Diskussion um die Qualität deutscher Heime zu begreifen, die seit etlichen Jahren geführt wird. Zurzeit spielen sich strukturelle Veränderungen im Heimgeschehen ab, die vom demografischen Wandel und von allgemeinen gesundheits- und pflegepolitischen Entwicklungen geprägt sind. Diese Veränderungen, so abstrakt sie im Einzelfall klingen mögen, tangieren unmittelbar das alltägliche Leben im Heim, so dass mehr denn je die Frage nach den Bedingungen einer optimalen Pflege- und Lebensqualität in stationären Einrichtungen gestellt werden muss.

Um zu einem vorurteilsfreien Bild über die Situation in bundesdeutschen Alten- und Pflegeheimen zu kommen, bedarf es systematisch erhobener und repräsentativer Daten. Zwar existiert eine beachtliche Zahl empirischer Studien zur Situation von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, jedoch ist nur eine kleine Zahl davon wirklich repräsentativ, d. h. lässt Schlussfolgerungen für ganz Deutschland zu. Zu den repräsentativen Studien gehören zwei ältere Erhebungen aus den Jahren 1994 und 1998 (Schneekloth/Müller 1997, Schneekloth/Müller 2000); aktuellere Einblicke liefert

↑ z. B. eine Studie aus Nordrhein-Westfalen, gewonnen in 27 vollstationären Einrichtungen →

gen mit insgesamt 730 Bewohnerinnen und Bewohnern (Wingenfeld/Schnabel 2002). Amtliche Daten entstammen der Heimstatistik des BMFSFJ, vor allem aber der seit 1999 für Untersuchungen des Leistungsgeschehens im Rahmen der Pflegeversicherung, sind aber für vertiefende Studien der Vorgänge in den Heimen nur bedingt geeignet. Zukünftig wird auch die mit dem Jahr 2004 beginnende Pflicht des BMFSFJ zur Berichterstattung über die Situation der Heime und der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner weitere wichtige Informationen liefern.

Mittlerweile Allgemeingut ist das Faktum der demografischen Alterung der bundesdeutschen Gesellschaft, das auch die Hintergrundfolie für die Bewohnerstrukturen in Alten- und Behinderteneinrichtungen darstellt. Ursache dieser Alterung ist die stetige Steigerung der Lebenserwartung in Kombination mit einer stagnierenden Geburtenrate. Die neueste Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2003) illustriert eindrücklich, wie sich die Altersgewichtung der deutschen Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten verschiebt. So wird die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2050 bei den Männern 81,1 Jahre und bei den Frauen 86,6 Jahre betragen (mittlere Variante); die fernere Lebenserwartung der 60-Jährigen wird bei Männern mit 23,7 Jahren und bei Frauen mit 28,2 Jahren angegeben. Das bedeutet: Die Menschen werden dann im Schnitt etwa 5 Jahre länger leben als heute. Der Anteil der Seniorinnen und Senioren im Alter von mindestens 60 Jahren wird von heute 19,4 Mio. (entsprechend 23,6% der Gesamtbevölkerung) auf 28 Mio. bzw. 37% steigen. Die Zahl der Hochaltrigen (über 80 Jahre) wird sich in den nächsten 50 Jahren sogar verdreifachen: Während heute 3,2 Mio. Menschen hochaltrig sind (4% der Gesamtbevölkerung), werden es 2050 je nach Variante zwischen 9,1 und 9,9 Mio. Menschen sein, was einer Quote von 9% bzw. 13% der Gesamtbevölkerung entspricht.

Strukturwandel der Heime und der Bewohnerschaft

Wie sich der Strukturwandel der Heime aus sozialwissenschaftlicher Sicht darstellt, soll nachfolgend anhand einiger wesentlicher Charakteristika und Merkmale aufgezeigt werden.

→ Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen

Die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen nimmt beständig zu. Nach den Ergebnissen der Amtlichen Pflegestatistik¹ gab es Ende 2001 insgesamt 9.165 zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen (1999: 8.859), davon 8.331 mit vollstationärer Dauerpflege (1999: 8.073). Prognosen zufolge werden in Zukunft parallel zum Anwachsen der Altenbevölkerung auch mehr Seniorinnen und Senioren in Heimen versorgt werden (Deutscher Bundestag 2002). Generell ist dabei ein Trend zu kleineren Heimen

¹ Demgegenüber weist die Heimstatistik – methodenbedingt – höhere Zahlen aus: Für 1997 ca. 11.000 stationäre Altenpflegeeinrichtungen mit knapp 656.000 Pflegeplätzen, wovon die meisten (364.000) Pflegeheimplätze waren.



festzustellen, was seit langem von fachwissenschaftlicher Seite gefordert wird (Narten/Stolarz 1997) und zudem den Wünschen der Seniorinnen und Senioren nach überschaubaren Lebenszusammenhängen entspricht. Die durchschnittliche Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Heim lag 1994 bei 80, 1998 bei 75 Personen (Schneekloth/Müller 2000); nach den Zahlen der Pflegestatistik belief sich die durchschnittliche Zahl der Plätze im Jahr 1999 auf 65 und 2001 auf 66 pro Einrichtung. Auch wenn in der wissenschaftlichen Diskussion kleineren Einrichtungen der Vorzug gegeben wird, sagt die Größe der Einrichtungen allein noch nichts über die Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner aus. Unter Umständen können große Heime derart in bauliche Einheiten gegliedert sein, dass diese Einheiten konzeptionell und organisatorisch kleinen Heimen ähneln.

→ Soziodemografische Merkmale der Heimbewohnerschaft

Innerhalb der Gruppe der älteren Menschen stellen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner einen kleinen, aber besonderen Ausschnitt dar.² Die Heimbevölkerung unterscheidet sich von der Altenbevölkerung in Privathaushalten durch eine Reihe von Merkmalen (Klein et al. 1997); zu beachten ist allerdings, dass sich in Folge des sozialstrukturellen Wandels der Gesamtbevölkerung auch die sozialstrukturellen Merkmale der Heimbewohnerschaft zukünftig deutlich ändern werden.

- Mit zunehmendem Lebensalter steigt die sog. „Institutionalisierungsquote“, d. h. der Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bezogen auf die Gesamtbevölkerung, immer weiter an, und zwar bis zum 80. Lebensjahr moderat, danach rapide. Während von den 60–70-Jährigen nur 0,7% in Heimen leben, sind es bei den 80–90-Jährigen bereits 11,4% und bei den Über-90-Jährigen 36,1%.
- Das Durchschnittsalter der Heimbevölkerung ist wesentlich höher als das der Altenpopulation insgesamt, in der Folge weicht auch die Altersverteilung stark ab (zunehmend überproportionale Besetzung der höheren Altersklassen in Heimen). Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gehören demnach zu den Hochaltrigen: Nach der Infratest-Studie 1998 lag das Eintrittsalter im Durchschnitt bei 81 Jahren. Die Hauptgründe für den Umzug ins Heim sind: erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, fehlende häusliche Versorgungsmöglichkeiten allgemein – v. a. Nichtvorhandensein oder Ausfall pflegender Angehöriger, speziell nach Krankenhausaufenthalten. Erheblich seltener sind die „positiven“ Motive wie z. B. der Wunsch nach geeigneter Betreuung und sozialer Einbindung.
- Was die Verweildauer in den Heimen angeht, so hat offenbar bis zur Einführung der Pflegeversicherung ein Trend zur Verlängerung des Heimaufenthalts stattgefunden, der danach jedoch wieder zurück zu gehen scheint. Eine ältere Studie aus Baden-Württemberg belegt z. B., dass zwischen 1982 und 1992 die durchschnittliche Verweildauer von 20,2 auf 26,2 Monaten zugenommen hat (Messmer 1995). Im Jahr 1994

² Laut Pflegestatistik lebten im Jahr 2001 insgesamt ca. 582.000 Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege. Dies entspricht weniger als 3% der Altenpopulation (Über-60-Jährige) in Deutschland. Der Trend zeigt allerdings deutlich in Richtung auf eine vermehrte Inanspruchnahme der Heimpflege, vgl. Simon (2003).



betrug die durchschnittliche Verweildauer in pflegeorientierten Einrichtungen 36 Monate (BMFSFJ 2001), wobei mehr als 60% über ein Jahr im Heim blieben und nur 8% weniger als 6 Monate. Die erwähnte Studie aus NRW (Wingenfeld/Schnabel 2002), die auf einer Erhebung aus dem Jahr 2000 beruht, berichtet dagegen von einer durchschnittlichen Verweildauer von knapp 32 Monaten. In den beiden Studien von Schneekloth/Müller wird von einer durchschnittlichen *tatsächlichen* Aufenthaltsdauer von 52 Monaten für 1994 und 1998 berichtet.³

- Der Frauenüberschuss, begründet durch die Weltkriege des letzten Jahrhunderts, ist in den Heimen noch stärker ausgeprägt als in der Altenpopulation insgesamt. Während knapp 60% der Altenbevölkerung weiblichen Geschlechts sind, sind es in Heimen über 80%.
- „Alte Singles“ sind in Heimen deutlich häufiger anzutreffen als in Privathaushalten. 60% der alten Menschen sind verheiratet, aber nur 0,5% davon leben in Heimen. Dagegen sind etwa 30% der Altenbevölkerung verwitwet, aber schon 8% davon lebt in stationären Einrichtungen. Bei den ledigen alten Menschen, die insgesamt nur 4% ausmachen, beträgt die Institutionalisierungsquote schon über 15%.
- Auch die Bildungsstruktur unterscheidet sich, denn die Heimbevölkerung weist eine geringere Schulbildung auf als die Altenbevölkerung insgesamt. Dies liegt zum Teil auch am hohen Frauenanteil in den Heimen bzw. genauer: an der in diesen Kohorten geringeren Schulbildung der Frauen.
- Was die Konfession angeht, so sind Protestanten in Heimen überproportional vertreten.

→ **Gesundheitlicher Zustand, Pflege- und Hilfebedarf**

Es ist kaum überraschend, dass sich der Gesundheitszustand alter Menschen in Heimen deutlich schlechter darstellt als derjenige von Seniorinnen und Senioren in Privathaushalten, denn typischerweise zählen körperliche und psychische Beeinträchtigungen zu den häufigsten Gründen für den Umzug ins Heim.⁴ Daher weisen auch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Vergleich zu ihren Altersgenossen in Privathaushalten weitaus häufiger (chronische) körperliche und psychische Gebrechen auf, und sie sind überdurchschnittlich häufig von mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig betroffen (Multimorbidität). Zu einzelnen Krankheitsbildern bzw. Mehrfacherkrankungen liegen derzeit keine repräsentativen Daten vor. Belegt ist jedoch die überproportionale Prävalenz gerontopsychiatrischer Erkrankungen in Heimen. So ist nach der Infratest-Erhebung von 1998 davon auszugehen, dass knapp die Hälfte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner psychisch krank ist (1994: 47%, 1998: 50%). Allerdings ist hier eine enorme Variationsbreite je nach Einrichtung und

³ Die „tatsächliche Verweildauer“ beruht auf Angaben der zum Erhebungsstichtag befragten Heime bzw. Bewohnerinnen und Bewohner. Die „durchschnittliche Verweildauer“ berücksichtigt dagegen die (teilweise erhebliche) Fluktuation der Bewohnerschaft über einen größeren Zeitraum und liegt daher deutlich niedriger.

⁴ Danach folgen lückenhafte soziale Netzwerke und schlechte Wohnsituation in der Rangfolge der subjektiven Heimeintrittsgründe. Bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind es vor allem Stürze, Schlaganfälle, Gehbehinderungen und psychische Erkrankungen, die zum Umzug ins Heim führen (Klein 1997).



Region festzustellen. In 22% der Einrichtungen gibt es mehr als 80%, in 23% dagegen weniger als 30% psychisch Kranke. Einige Studien berichten ebenfalls über regional sehr stark abweichende Betroffenheit von psychischen Erkrankungen (Zimber et al. 1998).

Die Verteilung der Pflegestufen in vollstationären Einrichtungen zeigt, dass knapp ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner zu Pflegestufe 1, deutlich über 40% zu Pflegestufe 2 und knapp über ein Fünftel zu Pflegestufe 3 gehören. Der Vergleich der Daten von 1999 und 2001 lässt trendmäßig eine Erhöhung des Anteils der beiden unteren Pflegestufen und eine Absenkung der Pflegestufe 3 erkennen. Während 1999 30,8% in Pflegestufe 1 eingeordnet waren, waren es 2001 32,5%. Bei der Pflegestufe 2 stieg der Anteil von 43,4% im Jahr 1999 auf 44,5% im Jahr 2001. In Pflegestufe 3 kam es dagegen zu einem Rückgang von 22,4% im Jahr 1999 auf 21,2% im Jahr 2001. Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielschichtig und die These, dass die Bewohnerinnen und Bewohner weniger pflegebedürftig geworden seien, lässt sich bei näherer Betrachtung nicht halten (Simon 2003).

→ Leistungsgeschehen in Heimen

Was die tatsächlich erbrachten Leistungen in Pflegeheimen betrifft, so überwiegt nach der Infratest-Studie deutlich die Grundpflege, d. h. der Leistungskomplex der „Alltagsverrichtungen“: Nahrungsaufnahme, Hygiene und Mobilität. Dies macht 83% der Leistungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegestufen 0 bis 3 aus. Auf die medizinische Behandlungspflege entfallen 11% der Leistungen, psychosoziale Hilfen für verwirrte Bewohnerinnen und Bewohner schlagen mit 5% zu Buche.

Bei der Differenzierung des Pflege- und Betreuungsaufwands nach einzelnen Pflegestufen offenbaren sich jedoch in den einzelnen Pflegeeinrichtungen teilweise krasse Abweichungen. Auffällig ist dabei, dass besonders in den Pflegestufen 2 und 3 der tatsächliche Pflegeaufwand zum Teil deutlich hinter den zeitlichen Mindestvorgaben des § 15 SGB XI zurückbleibt. Auch wenn letztere an der Laienpflege im häuslichen Bereich ausgerichtet sind, so zeigt der Befund, dass die Zeitwerte der Begutachtungsrichtlinien nicht mit der Praxis professioneller Pflege in stationären Einrichtungen übereinstimmen.

Belegt wurde ferner, dass der zeitliche Umfang von Maßnahmen *jenseits* der Grund- und Behandlungspflege, also kommunikative und allgemeine soziale Betreuungsleistungen, viel zu gering bemessen ist. Bestätigt wurde dies im Übrigen durch eine Studie aus Nordrhein-Westfalen, die insgesamt zu dem Ergebnis kommt, dass eine ressourcenorientierte und aktivierende Pflege im Heimalltag kaum eine Rolle spielt (Wingefeld/Schnabel 2002).

→ Kosten des Heimaufenthalts

Die Gesamtentgelte umfassen in der Regel drei Bestandteile: Erstens die Kosten der Pflege, zweitens die sog. Hotelkosten (Unterkunft, Verpflegung) und drittens die



anteiligen Investitionskosten. Diese Investitionskosten werden von allen Einrichtungen erhoben, falls keine öffentliche Förderung besteht bzw. die betriebsnotwendigen Kosten nicht durch öffentliche Förderung vollständig abgedeckt werden können.⁵

Der Studie von Schneekloth/Müller zufolge betrug im Jahr 1998 die durchschnittliche Höhe der Entgelte, die den Bewohnerinnen und Bewohnern berechnet wurden, in den alten Bundesländern 4.261 DM (entsprechend 2.179 Euro), in den neuen Bundesländern 3.307 DM (bzw. 1.691 Euro). Dabei wachsen die Kosten deutlich mit der Pflegestufe an.

Die Amtliche Pflegestatistik 2001 weist aus, dass in der Pflegestufe 3 durchschnittlich 66 Euro pro Tag zu zahlen waren (1999: 128 DM bzw. 65 Euro), für Unterkunft und Verköstigung 19 Euro (1999: 36 DM bzw. 18 Euro). Monatlich summieren sich so ca. 2.550 Euro als „Grundvergütung“ (1999: 4.900 DM bzw. 2.505 Euro). Dazu kommen oft noch Zusatzleistungen und die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen.

Der Anteil der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger in Heimen ist seit Einführung der Pflegeversicherung zwar deutlich zurückgegangen, gemessen an der ursprünglichen Zielsetzung der Pflegeversicherung ist das Risiko der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit aber immer noch recht hoch. So zeigt der Vergleich der genannten Infratest-Studien, dass der Anteil Sozialhilfeempfänger⁶ im Westen (Osten) Deutschlands von 1994 mit 69% (88%) auf 44% (29%) zurückgegangen ist (Schneekloth/Müller 2000, S. 179). Differenziert man dabei nach Pflegestufen, so zeigt sich, dass der Anteil der Sozialhilfeabhängigkeit mit zunehmender Pflegebedürftigkeit ansteigt. Überdies ist nach Meinung von Expertinnen und Experten in Zukunft wieder mit einem verstärkten Abrutschen pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in die Sozialhilfe zu rechnen (BMFSFJ 2001).

→ Handlungsspielräume der Bewohnerinnen und Bewohner

Der Umzug ins Heim bedeutet für die Betroffenen in den meisten Fällen an sich schon eine schwere psychische Belastung. Für den kleineren Teil der Seniorinnen und Senioren, die den Umzug bewusst wollen und über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, verbleiben meist genügend Freiräume für ein selbstbestimmtes Leben. Der größere Teil, der auf Leistungen der sozialen Sicherungssysteme angewiesen ist, muss sich zumindest auf nicht unerhebliche Einschränkungen persönlicher Autonomie einstellen.

Eine Untersuchung aus dem Jahr 1994 (Schneekloth/Müller 1997) erweckt den Eindruck, dass in vielen Heimen zumindest die Möglichkeit für eigenständiges Gestalten des Alltags gegeben ist. Beispiele dafür sind die Gestaltung der Zimmer nach eigenen Wünschen bzw. mit eigenem Mobiliar, Bestimmung der Schlafens- und Weckzeiten,

⁵ In einigen Bundesländern übernimmt die öffentliche Hand diese Kosten bei denjenigen Pflegebedürftigen, die ansonsten in die Sozialhilfe abrutschen würden (sog. Pflegewohngeld). Es handelt sich um Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Saarland.

⁶ ohne „Pflegestufe 0“



Besuchsmöglichkeiten in der Nacht, Haltung von Haustieren etc. Allerdings ist die tatsächliche Inanspruchnahme der Handlungsspielräume von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern noch nicht systematisch untersucht worden. Bedenklich stimmt zudem, dass nicht einmal die Hälfte der Zimmer in Pflegeheimen Einzelzimmer sind (Schneekloth/Müller 2000).

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Hilfeleistungen von Angehörigen. Diese tragen nämlich nicht nur in der ambulanten Pflege die Hauptlast der Pflege, sondern sind auch in der stationären Pflege auf vielfältige Weise in bewohnerbezogene Abläufe involviert. Eine Befragung von 149 Heimen aus dem Jahr 1997 ergab, dass zahlreiche Angehörige sich auch im Heim engagieren (Schneekloth/Müller 1997). Beispiele dafür sind Einzelberatungen, Gestaltung der Zimmereinrichtung, Finanzregelungen, Informationsvermittlung bis hin zur Sterbebegleitung und Hilfe bei der Organisation von Festen, Ausflügen usw. Dabei gilt, je näher die Angehörigen am Heim wohnen, desto häufiger werden sie aktiv. Somit bleiben bestehende soziale Netze häufig auch weiterhin intakt und leisten wertvolle Unterstützung.

→ **Misstände in Pflegeheimen**

Presseberichte über massive Pflegemängel in der stationären Pflege sind besonders öffentlichkeitswirksam. Neben spektakulären Einzelfällen (z. B. eingewachsene Kompressen, nicht behandelte Dekubitalgeschwüre bis hin zu Todesfällen aufgrund massiver Gewaltanwendung) gibt es eine Vielzahl von weniger gravierenden, gleichwohl bedeutsamen Mängeln in der stationären Pflege. Was empirisches Wissen hierzu anbetrifft, gilt allerdings auch, dass bemerkenswert wenig gesicherte Erkenntnisse über die Versorgungssituation in den Einrichtungen vorliegen (Wingenfeld/Schnabel 2002). Zwar existieren eine Reihe von Studien und Berichten zu Pflegemängeln in Deutschland, allerdings ist keine davon wirklich repräsentativ. Derzeit lassen sich die Quellen in zwei Bereiche einteilen (Roth 2002): Zum ersten Bereich gehören offizielle Publikationen, etwa die Veröffentlichungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassenversicherung (MDK) oder vereinzelte Berichte der Landesregierungen (z. B. aus Bayern, Hamburg, Schleswig-Holstein). Zum zweiten gibt es eine Reihe von Studien zu speziellen Mängelproblematiken, z. B. Dekubiti oder Gewalt in der Pflege, allerdings mit relativ geringer Reichweite.

Die Qualitätsprüfungen des MDK geben eine ungefähre Vorstellung von Defiziten in bundesdeutschen Heimen. In Übersicht 1.1 sind die am häufigsten anzutreffenden Pflegemängel in stationären Einrichtungen zusammengestellt, basierend auf knapp 3.900 Prüfungen bis zum Jahr 1999.

In einer Studie der Heimaufsicht aus Bayern wurden bei 3.500 Prüfungen (zwischen Mai 1997 und September 2000) insgesamt 1.900 Beanstandungen festgestellt (Bayerische Staatsregierung 2001). Auch hier gehören im Wesentlichen organisatorische Unzulänglichkeiten (Pflegedokumentation, Dienstpläne etc.), Personalprobleme, bauliche Mängel und Pflege- und Hygienemängel dazu.



ÜBERSICHT 1.1: RANGFOLGE DER FESTGESTELLTEN MÄNGEL BEI QUALITÄTSPRÜFUNGEN DES MDK

- 1 Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation
- 2 Nichtumsetzung des Pflegekonzeptes
- 3 Defizite bei der Fortbildung
- 4 Passivierende Pflege
- 5 Defizite bei der Fachliteratur
- 6 Defizite bei der Dekubitusprophylaxe und –therapie
- 7 Defizite im Umgang mit Medikamenten
- 8 Defizite bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- 9 Mängel beim Pflegeleitbild
- 10 Mängel beim Pflegekonzept
- 11 Defizite bei der Inkontinenzversorgung
- 12 Dokumentation unvollständig oder unbrauchbar
- 13 Zu wenig Personal
- 14 Mängel bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen
- 15 Mangelnde Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft

Quelle: Bundestags-Drucksache 14/3592 vom 9.6.2000, S. 26.

Das Spektrum der Mängel ist sehr vielfältig. Mängel der Pflegedokumentationen sind z. B. nicht erfasste Biografien, Gewohnheiten oder Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner, keine Definition der Pflegeprobleme und Pflegeziele und anderes. Mängel beim Pflegeprozess betreffen z. B. passivierende Pflege und fehlende Intervention bei akuten Problemen. Diese Mängel können Ursache erheblicher negativer Auswirkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner sein, bis hin zur „gefährlichen Pflege“.

Zu diesem Dunkelfeld „gefährlicher Pflege“ liegen für Deutschland nur bruchstückhaft Daten vor. In einer Studie der Duisburger Heimaufsicht etwa wurde berichtet, dass 3,3% aller und 11,5% der ständig bettlägerigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Dekubiti bzw. Nekrosen aufwiesen (Martin/Behler 1999). Eine Befragung von 80 Pflegekräften in 9 Heimen ergab, dass fast 80% des Personals innerhalb der letzten 12 Monate eine in irgendeiner Form als gewalttätig einzustufende Handlung verübt haben (Görgen 2000). Ferner wurde in einer Aufsehen erregenden rechtsmedizinischen Studie aus Hamburg festgestellt, dass bei 11% von über 10.000 obduzierten Leichen Wundgeschwüre vorhanden waren (Heinemann et al. 2000). Auch im Bereich der Flüssigkeitsversorgung und Ernährung sind zum Teil schwerwiegende Defizite festgestellt worden.

→ Alternative Heimkonzepte

Zu den positiven Entwicklungen im Heimbereich zählen die Neuerungen im Heimbau und speziell den Heimwohnkonzepten, die zunehmend an die Stelle althergebrachter Heimkonzepte treten. Seit einigen Jahren nämlich finden vermehrt Wohn- →



konzepte der „Vierten Generation“ Anwendung. Im Gegensatz zu ihren Vorgängern⁷ orientieren sich diese Konzepte am Leitbild des „normalen Wohnens“ und bieten durch ihre räumliche und pflegerische Organisation vor allem für demenziell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner erheblich bessere Betreuungsmöglichkeiten als in den Heimkonzepten alter Prägung (Modell „Hausgemeinschaften“). Der Verbreitungsgrad der neuen Heime ist zwar zurzeit noch eher gering, allerdings lässt die Vielzahl von Modellprojekten und Initiativen einzelner Heimträger hoffen, dass der Trend weiter in Richtung auf ein „normales Wohnen im Heim“ zeigt. Für die Zukunft ist damit zu rechnen, dass immer mehr Übergangs- und Zwischenformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Platz greifen (Dementenversorgung, Betreutes Wohnen), so dass der Gegensatz „ambulant vs. stationär“ immer weniger der Realität entspricht (BMFSFJ 2002, S. 269).

Veränderte Anforderungen an das Heimpersonal

Der Arbeitsmarkt für Altenpflege weist eine beachtliche Dynamik auf. Parallel zur wachsenden Zahl der Einrichtungen hat sich auch die Zahl der in den Heimen Beschäftigten deutlich erhöht. Laut der mehrfach erwähnten Erhebung von Schneekloth/Müller gab es 1998 in deutschen Pflegeheimen insgesamt 351.000 Beschäftigte, davon waren ca. 208.000 vollzeitbeschäftigt, 113.000 übten eine Teilzeitbeschäftigung aus und 30.000 waren geringfügig beschäftigt. Demgegenüber weist die Amtliche Pflegestatistik – methodenbedingt – deutlich höhere Zahlen aus und lässt erstmals auch einen Zeitvergleich zu (Tabelle 1.1). Die Entwicklung zwischen 1999 und 2001 zeigt dabei als wichtigste Trends:

- einen deutlichen Anstieg des Personals insgesamt (+7,8 %),
- mehr Teilzeitbeschäftigung (besonders bei den „über 50 %-igen“ Teilzeitverhältnissen),
- mehr Personal im Bereich Pflege und Betreuung.

TABELLE 1.1: PERSONAL IN VOLLSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN

	Personal in Heimen insgesamt	davon: weiblich	Vollzeit	Teilzeit	Azubis, Praktikant, FSJ	Zivis	Pflege u. Betreuung	Hauswirtschaft	Verwaltung, Technik	Soziale Betreuung
1999	440.940	84%	48,0%	45,0%	4,3%	2,7%	65,1%	21,2%	10,3%	3,4%
2001	475.368	85%	46,0%	47,6%	4,0%	2,4%	66,3%	20,4%	9,8%	3,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt (Amtliche Pflegestatistik).

⁷ Die Entwicklung des Pflegeheimbaus nach dem 2. Weltkrieg lässt sich idealtypisch in vier Phasen einteilen. Die erste Generation, die bis in die 1960er Jahre vorherrschte, lässt sich unter dem Leitbild „Verwahranstalt“ zusammenfassen. Architektonisch war sie durch lang gestreckte, wenig gegliederte Baukörper mit einem großen Anteil an Mehrbettzimmern geprägt, meist ohne WC-Zuordnung zu den Zimmern. Die zweite Generation, in den 60er und 70er Jahren vorherrschend, orientierte sich am Leitbild des Krankenhauses, d. h. es wurde v. a. auf Hygiene und arbeitserleichternde SanitärAusstattung geachtet. Sie wirkten steril, Privatheit und Wohnlichkeit kamen deutlich zu kurz. Die dritte Generation ist gekennzeichnet durch höheren Einzimmer-Anteil, größere Zimmer und „dezentere“ Sanitärtechnik. Erstmals verschwimmt die Grenze zwischen Wohn- und Pflegeeinrichtung; vgl. dazu BMFSFJ (2001).



Was die Qualifikationen des Personals insgesamt betrifft, zeigen die Daten, dass pflegerische Berufsabschlüsse zusammen etwa die Hälfte ausmachen, 24 % gehören zu den „sonstigen Berufen“, 22 % haben keinen Berufsabschluss oder sind noch in Ausbildung, knapp 5 % verfügen über einen hauswirtschaftlichen Berufsabschluss.

Speziell für den zentralen Bereich Pflege und Betreuung zeigt sich, dass der Anteil der Altenpflegerinnen und -pfleger von 28 % (1999) auf 30 % (2001) leicht zugenommen hat, der Anteil der Krankenschwestern und -pfleger leicht von 16 % auf 15 % zurückging, und der Anteil der Kinderkrankenschwestern und -pfleger mit einem Anteil von nur 1 % gleich blieb. Altenpflege- und Krankenpflegehelferinnen und -helfer machen zusammen 11 % aus. Immerhin 18 % des Personals in diesem Bereich hat keinen Abschluss oder befindet sich noch in der Ausbildung (1999: 20 %).

Der Anstieg der Personalzahlen in Heimen darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die berufliche Situation von Pflegekräften nach wie vor problematisch ist. In der Diskussion wird immer wieder auf die hohe Personalfuktuation in Heimen, geringe Verweildauern von Pflegekräften im Beruf und starke körperliche und psychische Belastungen als Kennzeichen des Pflegealltags hingewiesen, die für den Personalmangel in der Pflege ursächlich seien (Zimber/Weyerer 1999). Dagegen ist allerdings einzuwenden, dass zumindest die ersten beiden Behauptungen (hohe Personalfuktuation, geringe Verweildauer) keineswegs empirisch untermauert sind.

Zweifelsfrei dagegen ist, dass Pflegekräfte schon durch die Art ihrer Tätigkeit starken Belastungen ausgesetzt sind. Zu diesen Belastungen gehört z. B. ein höheres Infektionsrisiko (aufgrund des Kontakts mit Pharmaka und hautreizenden Stoffen, aber auch Ausscheidungen von Pflegebedürftigen), ein hohes Risiko von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (durch Heben und Tragen schwerer Lasten), psychische Belastungen (aufgrund des Kontaktes mit Dementen und Sterbenden) und nicht zuletzt durch ein hohes Arbeitspensum, strenge Zeitvorschriften und häufig unregelmäßige Arbeitszeiten (Voges 2002). Dazu kommt, dass Pflegekräfte oft an mangelnder Anerkennung leiden, sowohl in allgemeiner (gesellschaftlicher) Hinsicht als auch bezogen auf fehlende Anerkennung durch Bewohnerinnen und Bewohner oder durch Angehörige.

Der oben skizzierte Strukturwandel der Heime hat Konsequenzen für das Personal, welche die beschriebene Situation noch verschärfen. Allein die von Hochaltrigkeit, chronischen Krankheiten und Multimorbidität geprägten Bewohnerstrukturen in Heimen führen dazu, dass die Belastungen für die Beschäftigten noch weiter zunehmen.

Im Unterschied zur Pflege in Krankenhäusern ist Pflege im Altenhilfebereich langfristig angelegt. Die stationäre Altenpflegeeinrichtung wird im Normalfall zum letzten Lebens- und Wohnort schwerstpflegebedürftiger alter Menschen. Das bedeutet, dass Pflegekräfte nicht nur bei den konkreten Alltagsverrichtungen helfen und Behandlungspflege durchführen, sondern auch verstärkt mit der vollständigen Gestaltung



des „Lebens und Sterbens“ der alten Menschen konfrontiert sind. Umfassende Betreuung ist die Herausforderung, der sich die Beschäftigten gegenüber sehen. Aus diesen Gründen sind „ganzheitliche“, mehrdimensionale Pflegekonzepte vonnöten, die über die „technischen“ Erfordernisse der Betreuung hinausgehen.⁸ Es stellt sich z. B. die Frage, wie ganzheitlich orientierte Pflege- und Betreuungskonzepte, insbesondere die (gesetzlich geforderte) aktivierende Pflege, ein höheres Gewicht im Heimalltag erfahren kann. Die Förderung und Wiedergewinnung von Handlungsressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner betrifft die gesamte „Philosophie“ einer Pflegeeinrichtung und muss sich auch in der konkreten Pflegeplanung und Pflegedokumentation niederschlagen.

Weiterhin ergeben sich erhöhte Qualifikationsanforderungen für das Personal, die ein vermehrtes theoretisches Wissen über die Fakten der Pflegebedürftigkeit, medizinische Hintergründe sowie Behandlungs- und Betreuungsmethoden betreffen. Medizinisch-pflegerische Kenntnisse zu Hochaltrigkeit, chronischen Erkrankungen und Multimorbidität werden in verstärktem Maße handlungsnotwendig. Speziell im Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen werden medizinische Kenntnisse gebraucht, aber auch vermehrtes Wissen über therapeutische Verfahren und Rehabilitation.

Doch nicht nur die fachlichen Kompetenzen sind gefragt, auch die Schlüsselqualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spielen eine immer größere Rolle. Dies betrifft zunächst allgemeine kommunikative Fähigkeiten, sowohl im Umgang mit den zu Betreuenden als auch mit den Kolleginnen und Kollegen; des Weiteren in methodischer Hinsicht, was Pflegemodelle und Pflegeorganisation angeht, und schließlich auch im persönlichen Bereich, speziell in Bezug auf individuelle Fähigkeiten zur Verarbeitung von Arbeitsbelastungen.

In diesem Rahmen wird zukünftig auch eine bessere Betreuung des Pflegepersonals selbst dringend erforderlich sein. Depression, Überforderung, Ausgelaugtsein etc. der Beschäftigten sind keine Zustände, von denen ausschließlich Angehörige von Pflegebedürftigen betroffen sind. Professionelle Kräfte brauchen ein „Ventil“, um ihre vielfältigen Belastungen besser verarbeiten zu können. Die Beschäftigten dürfen mit ihren Problemen wie körperlich-seelischer Erschöpfung, Ekel, Scham oder Folgeaktionen wie emotionaler Abwehr und (latenter oder manifester) Aggression nicht alleine gelassen werden.

Nicht nur das Pflegepersonal muss besser qualifiziert werden, auch das Leitungspersonal muss sich verstärkt um eine bessere Arbeitsorganisation der Einrichtung bemühen. Es gibt z. B. eindeutige Anzeichen dafür, dass vorhandenes Fachpersonal nicht qualifikationsgerecht eingesetzt wird. Die mehrfach genannte Studie im Auftrag des Landespflegeausschusses in Nordrhein-Westfalen (Wingenfeld/Schnabel 2002) kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass bei zunehmendem Schweregrad der Pflege-



⁸ Dazu mehr in Kapitel 1.2.3.3



bedürftigkeit und Einschränkung der Mobilität der Anteil an psychosozialer Betreuung zurückgeht. Gleich welche Qualifikation die Beschäftigten haben – Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft oder sonstige Hilfskraft: Für alle gilt gleichermaßen, dass der Anteil der Betreuungsleistungen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit abnimmt. Diese (negative) Entwicklung kann nicht den Beschäftigten allein angelastet werden. Der Einsatz gemäß vorhandener Qualifikationen ist eine der wichtigsten Aufgaben der Heim- bzw. Pflegedienstleitungen. Hierzu gehört auch eine prospektive Personalplanung.

Schließlich ist auch eine bessere Kooperation mit anderen Professionen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen wichtig, etwa mit Heilpädagoginnen und -pädagogen, Psychologinnen und Psychologen, Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzten oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Dies muss ebenfalls vom Leitungspersonal angestoßen werden.

Von diesen Faktoren wird es in Zukunft entscheidend abhängen, ob es gelingt, die Attraktivität der Pflegeberufe signifikant zu erhöhen und ihnen die gesellschaftliche Wertschätzung zuzugestehen, die sie verdienen.

1.2 Neuere Entwicklungen im Heimbereich

In der aktuellen Diskussion um die Zukunft des Sozialstaats stehen auch Fragen zur Pflegepolitik im Fokus öffentlicher Aufmerksamkeit. Neben der Debatte über die Zukunft der Pflegeversicherung⁹ spielt dabei die Diskussion um Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege¹⁰ eine herausragende Rolle. Seit der Einführung der Pflegeversicherung genießen Fragen der Qualität einen hohen Stellenwert, bedingt durch fachliche Anstrengungen zur Bestimmung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, aber auch durch öffentlich bekannt gewordene Pflegemängel oder gar Pflege-skandale.

Dabei stellt sich die Frage nach der *bedarfsgerechten Versorgung* in vollstationären Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund einer Reihe von Entwicklungen, zu denen u. a. folgende gehören (Wingefeld/Schnabel 2002):

■ Die Kriterien für die Bemessung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK haben sich oft als nicht adäquat erwiesen. Insbesondere ist ein „allgemeiner Betreuungsbedarf“, der nicht unter die verrichtungsbezogenen Kriterien des § 14 SGB XI fällt, häufig vorhanden, wird aber leistungsrechtlich nicht anerkannt.

⁹ Nachdem heute klar ist, dass die Pflegeversicherung ihre ursprünglichen Ziele nicht auf lange Sicht erreichen kann, wird heftig über die Reform debattiert. Kernpunkt ist dabei die Frage des intergenerativen Lastenausgleichs. So gut wie sicher ist allerdings, dass in Zukunft ein weitaus größerer Teil des Risikos, pflegebedürftig zu werden, privat abgesichert werden muss.

¹⁰ die selbst nur ein Ausschnitt aus der Qualitätsdiskussion im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt ist.



- Das neue Vergütungssystem (leistungsgerechte Vergütung statt Selbstkostendeckungsprinzip) stellte althergebrachte Finanzierungsregelungen und -gewohnheiten in Frage. Außerdem ist das Leistungsgeschehen in stationären Einrichtungen nicht hinreichend transparent, um diverse Vergütungsregelungen empirisch nachvollziehbar zu begründen (z. B. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege).
- Wie in Kapitel 1 dargestellt, wachsen aufgrund der veränderten Heimstrukturen die Qualifikationsanforderungen in der Altenpflege. Sichtbare Konsequenz ist das neue Altenpflegegesetz, das die Ausbildung in der Altenpflege neu regelt.¹¹ Die entsprechenden Verordnungen der Länder traten im August 2003 in Kraft.

Diese und weitere gesellschafts- und pflegepolitische Entwicklungen haben Auswirkungen auf die Rolle und das Selbstverständnis der Heimaufsicht. Ihr kommt als staatliches Kontroll- und Überwachungsorgan eine wichtige Funktion bei der Qualitätssicherung und -kontrolle in stationären Pflegeeinrichtungen zu. Durch die Überschneidungen von heimrechtlichen und sozialrechtlichen Normen ist sie dabei in der schwierigen Lage, im Ensemble der Akteure, die faktisch für die Qualitätssicherung verantwortlich sind, ihre Position inhaltlich zu bestimmen und auf sinnvolle Weise mit den übrigen Akteuren zu kooperieren.

Bevor die wichtigsten Themen und Probleme der Qualitätssicherung vorgestellt werden, sollen zunächst zwei wichtige Gesetzesnovellen genauer betrachtet werden, und zwar das 3. Änderungsgesetz zum Heimgesetz (BGBl. I, Nr. 57 vom 7.11.2001, S. 2950) und das „Pflege-Qualitätssicherungsgesetz“ (PQsG) (BGBl. I, Nr. 47 vom 9.9.2001, S. 2320). Diese beiden (Änderungs-) Gesetze sind aber nicht die einzigen, die Auswirkungen auf die Arbeit der Heimaufsicht haben. Viele Rechtsetzungen wirken *mittelbar* auf das Geschehen in den Heimen ein, etwa Hygienevorschriften, Brandschutzbestimmungen etc.

Seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung ist das SGB XI durch eine Reihe von Gesetzen geändert worden, von denen die wichtigsten nachfolgend kurz erläutert seien.

■ 1. SGB XI-ÄndG (BGBl. I vom 14. Juni 1996, S. 830)

Die erste größere Novellierung fand bereits mit der Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung (stationäre Pflege) im Jahr 1996 statt. Damit wurde u. a. die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Heimen – zunächst befristet – den Pflegekassen übertragen. Bis dato hatten die Pflegebedürftigen dies selbst zu bezahlen.

Weitere Änderungen betrafen Leistungen bei vorübergehenden Auslands- und Krankenhausaufenthalten, Regelungen zur häuslichen Pflege außerhalb des Haushalts der Pflegebedürftigen, Härtefallregelungen im ambulanten und stationären Bereich, Verfahren zur kassenbezogenen Anwendung des zulässigen Durchschnittsbetrages pro Pflegebedürftigem von 2.500 DM, Konkretisierungen zum Begriff der Pflegefachkraft, zur Abgrenzung von Pflege- und Behinderteneinrichtungen und zur Übergangsregelung nach Art. 49a PflegeVG.

¹¹ Nachdem es nach langwierigem parlamentarischem Gezerre am 24. Oktober 2002 vom Bundesverfassungsgericht für rechtens erklärt worden ist. Mehr zu den Inhalten in Kapitel 1.2.3.3



I 2. SGB XI-ÄndG (BGBl. I vom 29. Mai 1998, S.1188)

Dieses Gesetz brachte die Einbeziehung der Ausbildungsvergütung für Altenpflegerinnen und -pfleger in die Pflegesätze. Hintergrund war, dass bis dahin in manchen Bundesländern die Ausbildungsvergütung direkt über den Pflegesatz der Heime finanziert wurde, in den übrigen dagegen über ein Umlageverfahren, an dem vollstationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen beteiligt waren.

I 3. SGB XI-ÄndG (BGBl. I vom 5. Juni 1998, S.1229)

Mit dem 3. SGB XI-ÄndG wurden zwei Finanzierungsfragen geregelt. Die in § 1 des Art. 49a PflegeVG getroffene Übergangsregelung bezüglich der Leistungspauschalen bei vollstationärer Pflege wurde um 2 Jahre (bis 31.12.1999) verlängert. Grund hierfür war v. a. die Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen bei allen Pflegekassen.

Die zweite Änderung bezog sich auf die Lockerung der Regelung der Durchschnittsvorgabe, nach der eine Pflegekasse die festgesetzten Leistungsbeträge kürzen muss, wenn sonst ihre jährlichen Durchschnittsausgaben pro Pflegebedürftigem 30.000 DM überschreiten. Der einzelnen Pflegekasse wurde ein Überschreiten erlaubt, wenn innerhalb einer Kassenart auf Bundesebene der genannte Durchschnittsbetrag eingehalten wird.

I 4. SGB XI-ÄndG (BGBl. I vom 21. Juli 1999, S.1656)

Zum 1.8.1999 traten eine Reihe von Leistungsverbesserungen in Kraft, wozu im Einzelnen folgende Regelungen zählten:

- I Verbesserungen für Pflegepersonen (§ 13 Abs.6 SGB XI): Bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen oder -verpflichtungen wird das an die (private) Pflegeperson weitergeleitete Pflegegeld nicht mehr berücksichtigt.
- I Verbesserung für Pflegegeldbezieher (§ 37a Abs.2 SGB XI): Obligatorische Pflichteinsätze (viertel- oder halbjährlich) müssen nicht mehr von Pflegegeldbeziehern selbst finanziert werden, sondern von den Pflegekassen und Privaten Pflegeversicherern bzw. Beihilfefestsetzungsstellen.
- I Verbesserung für Hinterbliebene (§ 37a Abs.3 SGB XI): Hinterbliebene dürfen das Pflegegeld behalten, wenn es im Sterbemonat des Pflegebedürftigen zuviel gezahlt wurde.
- I Verbesserung bei der Verhinderungspflege (§ 39 Satz 4 SGB XI): Erweiterung der Möglichkeiten, in Fällen der Verhinderungspflege den Höchstbetrag von 2.800 DM auszuschöpfen.
- I Verbesserung bei teilstationärer Pflege (§ 41 SGB XI): Erhöhung der Leistungen in Pflegestufe 2 (maximal 1.800 DM statt vorher 1.500 DM; jetzt 921 Euro) und Pflegestufe 3 (maximal 2.800 DM statt vorher 2.100 DM; jetzt 1.432 Euro).
- I Verbesserung bei der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI): Bei Anspruchsberechtigten wurde die einschränkende Voraussetzung gestrichen, dass vorher 1 Jahr lang Pflege erbracht worden sein musste.



I „Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz“ (PfLEG) (BGBl. I, Nr.70 vom 20.12.2001, S.3728)

Dieses Gesetz brachte Verbesserungen für demenziell erkrankte Menschen speziell in der häuslichen Pflege. Seit langer Zeit wurde kritisiert, dass bei Demenzkranken Versorgungslücken herrschen, da bislang ein allgemeiner Betreuungsbedarf, der nicht unter die verrichtungsbezogenen Kriterien des § 14 fiel, nicht anerkannt wurde. Nunmehr wird pro Jahr ein Betrag von 460 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen gewährt. Im stationären Bereich dagegen hat der Gesetzgeber keinen Handlungsbedarf gesehen und dies damit begründet, dass dort besondere Aufwendungen für demenziell Erkrankte bereits jetzt im Rahmen der leistungsgerechten Vergütung in den Heimentgelten berücksichtigt werden können (Bundestags-Drucksache 14/7154).

Eine weitere Regelung betrifft die Pflicht der Krankenkassen zur Kostenerstattung der medizinischen Behandlungspflege, die ab 2005 auch auf die stationären Einrichtungen erweitert wird (§ 43b SGB XI).

1.2.1 Weiterentwicklung des Heimrechts

→ Was ist Heimrecht?

Heimrecht ist primär Ordnungsrecht. Es ist aber auch Qualitätssicherungsrecht und es dient dem Verbraucherschutz.¹² Die Schutzfunktionen beziehen sich auf den Heimvertrag (mit Ähnlichkeiten zum Mietrecht), auf die Betreuung und Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohner insgesamt, allgemein auf die Regelung der Lebensabläufe im Heim. Dazu kommt die Sicherstellung der Partizipation und Teilhabe, die in der Heimmitwirkungsverordnung geregelt ist. Seinen Ursprung hat das Heimgesetz allerdings in gewerberechtlichen Bestimmungen.¹³

Heimrecht weist allerdings zwei starke inhaltliche Verbindungen zum Sozialleistungsrecht auf. Der erste wichtige Berührungspunkt besteht in der Koordination zwischen den Leistungen des Heimträgers und den Sozialleistungen aufgrund der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe. Heute sind Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die alle Aufwendungen aus eigener Tasche bezahlen, nur noch dann häufiger anzutreffen, wenn sie nicht erheblich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Der zweite Berührungspunkt ergibt sich im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Leistungen im Heim, nämlich dann, wenn diese Leistungen gleichzeitig als Sozialleistungen (i. d. R. Pflegeleistungen) erbracht werden.

→ Warum wurde das Heimgesetz novelliert?

Im Jahr 1974 ist das Heimgesetz als „Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige“ verabschiedet worden. Seit Inkrafttreten im Jahr 1975 hat

¹² Vgl. 4. Altenbericht der Bundesregierung, BMFSFJ (2002), S. 342.

¹³ Nachdem im Jahr 1967 der § 38 der Gewerbeordnung geändert wurde, erließen alle (damaligen) Bundesländer Heimverordnungen, in denen Mindestanforderungen für gewerbliche Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime bezeichnet waren; vgl. Crößmann et al. (2002).



es zwei Novellierungen gegeben; erstmals 1990, dann 1996 bzw. 1997. Dabei handelte es sich jedoch um eher geringfügige Änderungen¹⁴. Eine wesentlich bedeutendere Änderung und Erweiterung erfuhr das Heimgesetz in der 14. Legislaturperiode des Bundestags, in Form des genannten 3. Änderungsgesetzes. Die Notwendigkeit für die Weiterentwicklung des Heimgesetzes ergab sich zum größten Teil aus den (in Kapitel 1 dargestellten) Veränderungen der Heimstrukturen. In der Gesetzesvorlage zur Novellierung¹⁵ werden im Wesentlichen vier konkrete Gründe für die Novellierung genannt, die sich zum einen auf die Schutzfunktion, zum anderen auf die Qualitätssicherungsfunktion der Heimaufsicht beziehen:

- **Schlechte Pflege:** Durch die Presse aufgegriffene Fälle von schlechter bzw. gefährlicher Pflege hatten den Druck erhöht, die Heimaufsicht zu intensivieren und insbesondere das Eingriffsinstrumentarium zu verbessern.
- **Heimverträge:** Die für Bewohnerinnen und Bewohner und Angehörige oft verwirrende Intransparenz der Heimverträge machte gesetzliche Klärungen notwendig.
- **Mitwirkung in Heimen:** U. a. bedingt durch den Strukturwandel der Heime haben sich in der Praxis zu wenig Heimbeiräte gebildet. Um dem entgegenzuwirken wurden Heimbeiräte für Außenstehende geöffnet.
- **Verzahnung der „Qualitätssicherungssysteme“ des Heimgesetzes und des SGB XI:** Seit Einführung der Pflegeversicherung existiert neben der Heimaufsicht eine zweite gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherungsinstanz. Da sich die Aufgabenstellungen teilweise überschneiden, mussten dringend die Rahmenbedingungen der Kooperation verbessert werden. So besteht nun eine Pflicht zur Kooperation zwischen Heimaufsicht, MDK, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern.

→ **Welches sind die wesentlichen Neuerungen des neuen Heimgesetzes?**

Im Vergleich zum „alten“ Heimgesetz enthält das „neue“, im Umfang deutlich gewachsene, ab dem 1.1.2002 gültige Heimgesetz vor allem in folgenden Schwerpunkten Neuerungen:

- **Konkretisierung des Heimbegriffs** (Abgrenzung zum Betreuten Wohnen),
- **Transparenz der Heimverträge,**
- **Weiterentwicklung der Heimmitwirkung,**
- **Verbesserung der Zusammenarbeit von Heimaufsicht, MDK, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern.**

Nicht zu vergessen, bringt das neue Heimgesetz auch zu Gunsten behinderter Menschen Konkretisierungen. So muss der Heimträger Qualitätssicherungsmaßnahmen dokumentieren, aus denen die für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe erstellten Förder- und Hilfepläne einschließlich deren Umsetzung ersichtlich werden.

¹⁴ Die Änderungen der Jahre 1996 und 1997: Einbeziehung der Kurzzeitpflege in den Schutzbereich des Heimgesetzes, Abschaffung des Erlaubnisvorbehaltes für privatgewerbliche Heime, Abstimmung von Regelungen des Heimgesetzes und des SGB XI.

¹⁵ Bundestags-Drucksache 14/5399, zu finden auf den Internetseiten des Bundestags (www.bundestag.de). →



Im Vergleich zum alten Heimgesetz sind Aufgabenspektrum und Eingriffsmöglichkeiten der Heimaufsicht in fast allen Hinsichten erheblich erweitert worden. Was sich im Einzelnen für die Heimaufsicht geändert hat, ist in der folgenden Übersicht aufgelistet:

ÜBERSICHT 1.2: WESENTLICHE ÄNDERUNGEN DES NOVELLIERTEN HEIMGESETZES

§ 1 (Anwendungsbereich): Der Geltungsbereich des Heimgesetzes (Heimbegriff) wurde erweitert: Neu hinzugekommen sind die Kurzzeit(pflege)heime und die stationären Hospize (Wegfall des Merkmals „nicht nur vorübergehende Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern“). U. a. Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften und Wohngruppen alter Menschen fallen jedoch in der Regel nicht unter das Heimgesetz.¹⁶

§ 2 (Zweck des Gesetzes): Im Vergleich zum alten Heimgesetz wurden die Zwecke deutlich präzisiert und erweitert. Neu genannt sind: die Sicherung der Würde der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, die Einhaltung der Pflichten des Trägers gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern, die Sicherung der Heimitwirkung, die Qualitätssicherung des Wohnens und der Betreuung, die Förderung der Beratung und die Kooperation der Heimaufsicht mit Trägern, Verbänden, Pflegekassen, MDK und Sozialhilfeträger.

§ 3 (Rechtsverordnungen): Ein neuer Abs.1 benennt die Verpflichtung der Heime zur angemessenen Leistungserbringung. Die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen wurde beibehalten, mit Ausnahme des Verzichts auf die Ermächtigungsnorm von Mindestanforderungen für Kurzzeitpflegeheime.

§§ 5 bis 9 (Heimverträge): Die Regelungen zum Heimvertrag sind erheblich erweitert und konkretisiert worden. So müssen alle Leistungen und Entgeltbestandteile detailliert im Heimvertrag festgehalten sein. Das Heimentgelt muss angemessen sein (früher: nicht in einem Missverhältnis zu den Leistungen stehen). Ferner muss der Träger nun den Heimvertrag ändern, wenn Veränderungen der Leistungen und Entgelte eintreten.

§ 10 HeimG (Heimitwirkung): Der Bereich der Mitwirkung wird auf das Gebiet der Qualität der Betreuung und die Beteiligung bei Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen LQV (zu den LQV siehe Kapitel 2.2). Neu ist ferner, dass die Heimaufsicht nunmehr verpflichtet ist, Bewohnerinnen und Bewohner und Heimbeiräte über Möglichkeiten und Aufgaben der Mitwirkung zu informieren, wobei sich diese Pflicht nach dem individuellen Beratungsbedarf richtet (Abs.2). Im neuen Abs.3 wird festgehalten, dass der Heimbeirat in jährlichen Sitzungen über seine Arbeit berichtet; Näheres dazu wird in der Heimitwirkungsverordnung geregelt. Abs.5 bringt eine entscheidende Neuerung, dass nunmehr auch „Externe“ in den Heimbeirat gewählt werden können. Dies ist eine Reaktion darauf, dass in der Praxis immer mehr Heime wegen zunehmender Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner keinen Heimbeirat mehr konstituieren konnten. Diese „Externen“ können Angehörige, Vertrauensleute (z. B. Seniorenbeiräte) oder von der Heimaufsicht vorgeschlagene Personen sein.

§ 11 HeimG (Anforderungen): Die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes sind deutlich gestiegen. Deshalb muss auch die Heimaufsicht mehr prüfen. Gegenüber den alten Regelungen sind neue Aspekte hinzugekommen, die sowohl allgemeine Bestimmungen (Schutz der Würde, Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner) als auch konkrete Erfordernisse (Pflegeplanungen, aktivierende Pflege, Förder- und Hilfepläne für behinderte Menschen, Qualitätsmanagement) betreffen. Aus diesem Katalog wird deutlich, wie schwierig und umfangreich der Auftrag der Heimaufsicht ist.

§ 12 HeimG (Anzeige): Die Anzeige des Heimbetriebs ist ebenfalls erweitert worden, d. h. der Betreiber muss nun detailliertere Angaben machen als früher, wenn er ein Heim eröffnen will. Zu den neuen Angaben gehört z. B. die Deklaration der Nutzungsart des Heims, der Anzahl der Räume und die vorgesehene Belegungsstruktur; weiterhin ist der berufliche Werdegang von Heimleitung und Pflegedienstleitung anzugeben (früher: nur Heimleitung) sowie die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; neu vorzulegen ist auch die allgemeine Leistungsbeschreibung und Konzeption des Heims sowie etwaige Vereinbarungen nach § 93 BSHG und § 39a SGB V. Nach § 12 Abs.3 sind ebenfalls anzuzeigen sämtliche Änderungen, die Angaben des Abs.1 betreffen.

¹⁶ Zu den verschiedenen Abgrenzungsproblematiken des Heimbegriffs sowie Einzelheiten aus der Rechtsprechung vgl. Crößmann et al. 2002.



§ 13 HeimG (Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht): Gegenüber dem alten Recht muss der Heimbetreiber nun eine ganze Reihe weiterer Unterlagen erstellen und aufbewahren, nämlich detaillierte Angaben über die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, Aufzeichnungen über die aufbewahrten und verabreichten Medikamente, Pflegepläne und Pflegeverläufe, Förder- und Hilfepläne bei Behinderten, Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung, Dokumente über freiheitsentziehende Maßnahmen sowie über die Verwaltung der Wertsachen der Bewohnerinnen und Bewohner.

§ 14 HeimG (Leistungen an Träger und Beschäftigte): Neben redaktionellen Änderungen sind einige Regelungen bezüglich der Zuwendungen von Bewohnerinnen und Bewohnern an den Heimträger geändert worden. In Abs.2 wird klargestellt, dass die Bewohnerin bzw. der Bewohner zur Stellung von Sicherheiten nicht nur eigene Barmittel einsetzen muss, sondern auch Bürgschaften vorlegen kann. Neu in Abs.3 ist die Verpflichtung des Heimträgers, Bewohnerinnen und Bewohnern die Verzinsung ihrer Zuwendungen durch jährliche Abrechnungen nachzuweisen. In Abs.4 wird der Träger verpflichtet, Einlagen der Bewohnerinnen und Bewohner getrennt für jeden Einzelnen anzulegen und darüber hinaus die Zinsen in voller Höhe zu erstatten, unabhängig davon, ob nur ein marktüblicher oder ein höherer Zinssatz erzielt worden ist. In Abs.8 schließlich wird festgelegt, dass neben Versicherungen der Pflegeversicherung nunmehr auch Sozialhilfebezieher nicht zur Bereitstellung von Sicherheiten verpflichtet werden dürfen.

§ 15 HeimG (Überwachung): Nunmehr ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jedes Heim mindestens 1x pro Jahr geprüft werden muss; in größeren zeitlichen Abständen nur, wenn es vom MDK oder anderen Sachverständigen zuvor geprüft wurde. Neu ist ferner, dass die Heimaufsicht den Heimbeirat bzw. Heimförsprecher befragen und den Pflegezustand eines Bewohners bzw. Bewohnerin (mit dessen Zustimmung) in Augenschein nehmen kann.

§ 16 HeimG (Mängelberatung): Während im § 11 des alten Heimgesetzes die allgemeine und die Mängelberatung zusammengefasst wurden, sind sie im neuen HeimG „auseinander gezogen“. Was die Mängelberatung betrifft, so ist neu, dass die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger beteiligt werden müssen, sofern die Abstellung der Mängel Auswirkungen auf Entgelte und Vergütungen haben kann. Neu ist vor allem auch die Verpflichtung der Heimaufsicht, einen neuen Heimplatz für solche Bewohnerinnen und Bewohner zu suchen, denen ein Verbleib in der (alten) Einrichtung nicht mehr zuzumuten ist.

§ 17 HeimG (Anordnungen): Die Änderungen gegenüber der alten Fassung beziehen sich auf die Konkretisierung der rechtlichen Handlungsmöglichkeiten von Heim- bzw. Kostenträgern im Falle von Anordnungen der Heimaufsicht.

§ 18 HeimG (Beschäftigungsverbot): Neu gegenüber dem alten Heimgesetz ist die Regelung, dass die Heimaufsicht eine kommissarische Leitung des Heims – auf Kosten des Trägers – einsetzen kann, wenn ein Beschäftigungsverbot gegen den Heimleiter ausgesprochen worden ist.

§ 19 HeimG (Untersagung): Die Gründe für eine Untersagung erstrecken sich nunmehr auf den erweiterten Kriterienkatalog der Anforderungen an den Heimbetrieb (nach § 11).

§ 20 HeimG (Zusammenarbeit, Arbeitsgemeinschaften): Angesichts des komplexen, übergreifenden Auftrags zur Qualitätssicherung sind Heimaufsicht, Pflegekassen, MDK und Sozialhilfeträger zur engen Zusammenarbeit verpflichtet. Dies beinhaltet insbesondere das gegenseitige Informieren, die Koordinierung von Prüftätigkeiten, die Entwicklung gemeinsamer Vorstellungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Behebung von Mängeln und den Datenaustausch (i. d. R. in anonymisierter Form). Dazu müssen (nach Landesrecht) Arbeitsgemeinschaften gebildet werden.

§ 21 HeimG (Ordnungswidrigkeiten): Gegenüber dem § 17 a. F. ist die Obergrenze für Bußgelder von 10.000 DM nach Abs.1 (bzw. 5.000 DM nach Abs.2) auf 25.000 Euro (bzw. 10.000 Euro nach Abs.2) erhöht worden.

§ 22 HeimG (Rechenschaftspflicht): Dieser neue Paragraph legt fest, dass die Heimaufsicht nun alle 2 Jahre einen Tätigkeitsbericht vorlegen und veröffentlichen muss. Ferner ist das BMFSFJ ab 2004 verpflichtet, alle 4 Jahre einen Bericht über die Situation in den Heimen vorzulegen, wobei die einzelnen Heimaufsichten (bei Bedarf) die erforderlichen Informationen liefern müssen.

§ 25a (Erprobungsregelungen): Auch dieser Paragraph ist neu und gibt der Heimaufsicht die Möglichkeit, bei der Erprobung innovativer Wohn- und Betreuungsformen (z. B. Hausgemeinschaften) von den strengen Vorschriften bezüglich der Heimmitwirkung sowie den baulichen und personellen Anforderungen abzuweichen.



→ **Novellierung der Verordnungen zum Heimgesetz**

Im Zuge der Heimgesetz-Novelle ist auch die Heimmitwirkungsverordnung novelliert worden (BGBl. I, Nr.53 vom 31. Juli 2002, S. 2890ff.); ihre neuen Regelungen gelten ab dem 1.8.2002. Damit sind vor allem die Rechte und Ansprüche des Heimbeirats wesentlich erweitert worden, so dass ihm nun ein umfassendes Mitwirkungsrecht eingeräumt wird. Zu den Neuerungen gehört z. B. die Einbeziehung Dritter in den Heimbeirat und die Beteiligung des Heimbeirats an den Vergütungsverhandlungen. Aber auch das Aufgabenspektrum und die qualifikatorischen Anforderungen an den Heimbeirat sind größer geworden; z. B. besteht nun ein Anspruch auf Schulung, ferner müssen Bewohnerversammlungen abgehalten werden und der Heimbeirat soll einen Tätigkeitsbericht über seine Amtsdauer anfertigen. Somit kommt der Heimaufsicht nunmehr auch die Aufgabe zu, die Erfüllung dieser Aufgaben in geeigneter Weise zu unterstützen, z. B. durch Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben.

Die Heimindestbauverordnung, welche die baulichen und räumlichen Mindestanforderungen für den Heimbetrieb festlegt, ist ebenso wie die Heimpersonalverordnung, die vorschreibt, über welche Qualifikationen Leitung und Personal in Heimen verfügen müssen, bislang noch nicht geändert worden. Zur HeimMindBauV liegt allerdings ein Änderungsentwurf vor, der aber zurzeit noch zwischen Bund und Ländern verhandelt wird. Weitere relevante Verordnungen sind bislang nicht novelliert worden.

1.2.2 Weiterentwicklung des SGB XI

Das „Pflege-Qualitätssicherungsgesetz“ (PQsG) aus dem Jahr 2001 stellt eine wesentliche gesetzgeberische Anstrengung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung dar. Die beiden übergeordneten Zielsetzungen des PQsG bestehen zum einen in der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, zum anderen in der Stärkung der Verbraucherrechte. Der Grundgedanke besteht darin, dass „Qualität nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen ‚hineingeprüft‘ werden kann, sondern von innen heraus – aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger entwickelt werden muss“.¹⁷ Insgesamt betrachtet hat das PQsG in fünf Schwerpunkten Änderungen zum bisherigen Recht gebracht:

1. Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger
2. Neustrukturierung der Qualitätssicherung
3. Verbesserte Verhandlungstransparenz
4. Ausweitung des Verbraucherschutzes und der Beratung
5. Bessere Verzahnung mit Heimgesetz und BSHG

¹⁷ So in der allgemeinen Begründung zum Gesetzentwurf des PQsG der Bundesregierung; vgl. BT-Drs. 14/5395 vom 23.2.2001.



Die wichtigsten, für die Heimaufsicht relevanten Neuerungen des PQsG sind in folgender Tabelle zusammengestellt und werden im Anschluss kurz erläutert:

ÜBERSICHT 1.3: WESENTLICHE ÄNDERUNGEN DES SGB XI DURCH DAS PQsG	
SGB XI	Inhalt der Änderung
§ 7	Einführung von „Leistungs- und Preisvergleichslisten“
§ 69	Ergänzung des Sicherstellungsauftrags durch Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
§ 71 Abs. 3	Konkretisierte Rahmenfrist für Pflegefachkräfte (tätig als Leitung einer Einrichtung)
§ 72	Zulassung zur Pflege nur noch (u. a.) mit internem Qualitätsmanagement
§ 75 Abs. 3	Einführung landesweiter Personalbedarfsermittlungsverfahren
§ 80 a	Neue „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ mit Pflegeheimen
§ 85	Änderung beim Pflegesatzverfahren
§ 87 a	Konkretisierungen bei der Berechnung der Heimentgelte
§ 92 a	Einführung von „Pflegeheimvergleichen“
§ 97 a	Zulassung unabhängiger Sachverständiger und Prüfstellen
§ 97 b	Verbesserter Datenaustausch zwischen Heimaufsicht und Sozialhilfeträger
§§ 112 bis 120	Qualitätssicherung, Sonstige Schutzrechte der Pflegebedürftigen

I Vergleichslisten (§ 7 SGB XI)

Neu ist, dass die Pflegekassen sog. „Leistungs- und Preisvergleichslisten“ der Pflegeeinrichtungen erstellen und den Pflegebedürftigen bekannt machen sollen. Darin sind mindestens die (neuen) Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) nach § 80a und die Vergütungsvereinbarung enthalten. Die Umsetzung dieser Regelung kann allerdings erst dann geschehen, wenn die LQV auch tatsächlich beschlossen sind (siehe unten). Derzeit entsprechen die von den Pflegekassen zur Verfügung gestellten Listen noch nicht den Anforderungen.

I Ergänzung des Sicherstellungsauftrags durch Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) (§ 69 SGB XI)

Bisher waren die Träger der Pflegeeinrichtung durch Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung in das Pflegeversicherungssystem eingebunden. Nunmehr wird auch der obligatorische Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangt (siehe § 80a).

I Rahmenfrist für Leitungskräfte (§ 71 SGB XI)

Leitungskräfte eines Heims oder eines Pflegedienstes müssen anerkannte Pflegefachkräfte sein, d. h. ausgebildete Krankenschwestern und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger sowie Altenpflegerinnen und -pfleger. Innerhalb der letzten 5 Jahre (Rahmenfrist) müssen sie mindestens 2 Jahre im erlernten Beruf tätig gewesen sein. Das PQsG hat klargestellt, dass die Rahmenfrist sich um Zeiten der Kindererziehung, einer Pfl egetätigkeit als Pflegeperson nach § 19 oder einem einschlägigen Studium verlängert.



I Qualitätsmanagement als Zulassungsbedingung (§ 72 SGB XI)

Pflegeeinrichtungen dürfen demnächst nur noch zugelassen werden, d.h. Versorgungsverträge erhalten, wenn sie sich (u. a.) verpflichten, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Eine entsprechende Regelung findet sich in § 11 Abs.2 Nr. 4 HeimG.

I Erweiterung der Regelungen in Rahmenverträgen (§ 75 SGB XI)

Erstmals werden Bestimmungen zur Personalausstattung in die Pflegesatzverhandlungen aufgenommen. Dabei müssen auch besondere Pflege- und Betreuungsbedarfe von geistig behinderten, psychisch kranken oder dementen Menschen berücksichtigt werden.¹⁸

I Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) (§ 80a SGB XI)

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen werden im neu eingefügten § 80a näher beschrieben. Sie sollen zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen, formuliert in § 69 SGB XI, wurde durch diese Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ergänzt. Versorgungsverträge dürfen nur noch mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die eine solche LQV vorweisen können. In den LQV sollen „1. Struktur und voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung, 2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume erwartet werden, sowie 3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter“ definiert werden (§ 80a Abs.2 Satz 2).

I Pflegevergütung in „gemischten Einrichtungen“ (§ 83 Abs.1 SGB XI)

Wenn Pflegeeinrichtungen neben Leistungen nach SGB XI auch andere Sozialleistungen im Sinne des SGB I (sog. gemischte Einrichtungen) erbringen, können Vorschriften zur Rechnungslegung und Buchführung einschließlich Kosten- und Leistungsrechnung auf den gesamten Betrieb ausgeweitet werden. Dazu muss jedoch zuerst eine entsprechende Verordnung erlassen werden.

I Einbeziehung des Heimbeirats in die Pflegesatzverhandlungen (§ 85 Abs.3 SGB XI)

Nunmehr wird der Heimbeirat an Pflegesatzverhandlungen in der Weise beteiligt, dass der Heimträger vor den Pflegesatzverhandlungen auch eine schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats bzw. Heimfürsprechers abzugeben hat, sofern Entgelterhöhungen beabsichtigt sind. Eine entsprechende Regelung findet sich in § 7 Abs.4 HeimG.

 ¹⁸ Näheres dazu in Kapitel 1.2.3.4



I Berechnung des Heimentgeltes (neuer § 87a SGB XI)

Das, was die Bewohnerinnen und Bewohner bezahlen müssen (Pfleagesätze, Entgelte für Unterkunft und Verköstigung, gesondert berechenbare Investitionskosten), muss auf Tagesbasis berechnet werden. Damit soll sichergestellt werden, dass die Zahlungspflicht mit dem Tag endet, an dem die Bewohnerin bzw. der Bewohner das Heim verlässt oder stirbt. Überzahlte Beträge sind vom Heim zu erstatten, Leerstände werden nicht doppelt berücksichtigt. Eine inhaltlich ähnliche Regelung findet sich in § 8 HeimG.

I Pflegeheimvergleich (neuer § 92a SGB XI)

Eine zukünftige Rechtsverordnung soll die Transparenz im Heimgeschehen durch einen institutionalisierten Pflegeheimvergleich verbessern. Er soll beim Abschluss der LQV, bei Vergütungsvereinbarungen und bei Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen Vergleiche ermöglichen und Vereinfachungen bei Vertrags- und Vergütungsverhandlungen bewirken.

I Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen (neuer § 97a SGB XI)

Durch diese Regelung treten neue Akteure der externen Qualitätssicherung auf den Plan. Neben Sachverständigen der Pflegekassen (Landesverbände) können nun auch „unabhängige Sachverständige und Prüfstellen“ Qualitätsprüfungen vornehmen. Sie sind auch an der Ausstellung der Leistungs- und Qualitätsnachweise beteiligt. Wer diese „Unabhängigen“ sind, ist derzeit noch nicht entschieden. Wesentlich für die Heimaufsicht: Zukünftig wird es also noch mehr Qualitätsprüfer geben.

I Austausch von Daten zwischen Heimaufsicht und Sozialhilfeträgern (neuer § 97b SGB XI, i.V.m. § 20 Abs.2 und 3 HeimG)

Speziell im Hinblick auf die neuen Regelungen zur Qualitätssicherung (siehe nächsten Punkt) dürfen die Heimaufsichten und Sozialhilfeträger nun personenbezogene Daten austauschen. Diese Regelung ist im Zusammenhang mit dem neuen § 20 Abs. 5 HeimG zu sehen, wonach lokale Arbeitsgruppen aus Heimaufsicht, Verbänden, Pflegekassen und Trägern gebildet werden sollen.

I Qualitätssicherung und Schutz der Pflegebedürftigen (neue §§ 112 bis 120 SGB XI)

Hier ist gleich ein ganzes Kapitel neu in das SGB XI eingefügt worden. Zugelassene Pflegeeinrichtungen müssen nun belegen, dass sie an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teilgenommen haben. Bei stationären Einrichtungen betrifft dies die allgemeinen Pflegeleistungen, die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung und die Zusatzleistungen. Die Pflegekassen können die Prüfung der Qualität verlangen und diesbezüglich den MDK oder die „neuen“ Sachverständigen entsenden.

Wesentlich für die Heimaufsicht ist, dass nun effiziente Formen der Kooperation mit MDK und unabhängigen Qualitätsprüfern dringend notwendig werden, um dem

↑ Gesetzesauftrag Genüge zu tun. Beispielsweise besteht nun nach § 112 Abs.4 SGB XI die →

Möglichkeit, dass auch der MDK bei festgestellten Qualitätsmängeln Beratungsleistungen erbringt – ähnlich wie die Heimaufsicht nach dem Heimgesetz. Weiterhin soll die Heimaufsicht an Prüfungen des MDK beteiligt werden (§ 114 Abs.2 Satz 4), ebenso ist der MDK befugt, an Prüfungen der Heimaufsicht teilzunehmen (§ 114 Abs.4). Dabei erstreckt sich die Prüfungsbefugnis des MDK nur auf die Vorschriften nach SGB XI. Die Ergebnisse der Prüfungen des MDK oder der Sachverständigen müssen der Heimaufsicht mitgeteilt werden (§ 115 Abs.1). Damit werden Absprachen und arbeitsteilige Prüfungen zwischen Heimaufsicht und MDK unumgänglich (§ 117 SGB XI).

Weiterhin ist nach § 118 SGB XI vorgesehen, dass die Bundesregierung eine Rechtsverordnung zur Konkretisierung der Beratungs- und Prüfvorschriften, insbesondere zum Verfahren der Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN) erlässt. Dazu hat es einen Entwurf des zuständigen Bundesministeriums (Pflege-Prüfverordnung) gegeben, der jedoch im Verlauf der Verhandlungen mit den Bundesländern und den Verbänden letztlich im Bundesrat gestoppt wurde. Derzeit wird ein neuer Anlauf unternommen¹⁹, der darauf hinaus läuft, die obligatorischen LQN nach § 113 SGB XI wieder abzuschaffen und durch „Testatprüfungen“ zu ersetzen. Eine endgültige Klärung des Sachverhaltes ist frühestens im Jahr 2005 zu erwarten.

Festzuhalten bleibt, dass zurzeit noch heftig um die Realisierung der gesetzgeberischen Vorgaben zur Qualitätssicherung und -kontrolle gerungen wird.²⁰ Die vielfältigen Überschneidungen der Prüfbefugnisse und -anforderungen zwischen Heimaufsicht und MDK zeigen außerdem, dass Heimrecht und Recht der Pflegeversicherung noch nicht optimal aufeinander abgestimmt sind. Somit kommt es in der jetzigen Situation entscheidend auf die Akteure in der Praxis an, trotz rechtlicher Unsicherheiten im Dienste der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an der Qualitätsentwicklung weiter zu arbeiten.

1.2.3 Überblick über die Qualitätssicherungsdiskussion

1.2.3.1 Was ist „Qualität in der Pflege“?

Nachdem nun schon häufig von Qualität und Qualitätssicherung die Rede war, soll der Fokus jetzt stärker auf die fachwissenschaftliche Diskussion gelenkt werden. Zunächst stellt sich die Frage, wie „Qualität“ angemessen konzeptualisiert werden kann. Rein formal lässt sich Qualität als „Gesamtheit der Eigenschaften und Merkmale einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter Ziele oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“ definieren (Deutsches Institut für Normung e.V., Qualitätsmanagementsysteme DIN ISO 9004 Teil 2). Damit wird deutlich, dass der Qualitätsbegriff prinzipiell auf alle Arten von Dienstleistungen angewendet werden kann.

¹⁹ Referentenentwurf zu einem 5. SGB XI-ÄndG vom 17.6.2003.

²⁰ So sind z. B. auch die Bestimmungen zu den LQV in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich weit fortgeschritten.



Man kann das, was Qualität ist, auch einfacher ausdrücken, nämlich als Übereinstimmung von einem Ist-Zustand und einem Soll-Zustand. Damit ist eine Leitvorstellung formuliert, die jeder Bewertung von Qualität zugrunde liegen sollte.

Der engere Begriff der Pflegequalität wird in der Fachliteratur auf unterschiedliche Weise definiert, wobei sich diese Definitionen überschneiden bzw. den ein oder anderen Aspekt hervorheben. Nach Donabedian (1966) ist Pflegequalität das Ausmaß, in dem tatsächliche Pflege mit festgelegten Kriterien für „gute Pflege“ übereinstimmt. Eine andere Definition nimmt zu dieser Aussage noch das Kriterium der Wirtschaftlichkeit hinzu (Williamson 1978). Neuerdings wird neben der Fachlichkeit auch der Verbrauchernutzen in den Qualitätsbegriff einbezogen. Qualität ist demnach „das Ausmaß, in dem Gesundheitsversorgungsleistungen erstens konsistent mit dem vorhandenen Wissen sind, und zweitens die Präferenzen der Verbraucher berücksichtigen“ (Cangialore 1997, zitiert in Geraerdt/Selbmann 2000).

In letzter Zeit setzt sich allerdings mehr und mehr der Gedanke durch, dass „Qualität in der Pflege“ mehr bedeutet als die reine *Pflegequalität*, womöglich nach dem alten Modell „satt, sauber, still“. Wie schon der formale Qualitätsbegriff nahe legt, geht es um die Gesamtheit der Leistungen, und diese betreffen die gesamte Lebenssituation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Mit anderen Worten, letztlich geht es um die „Lebensqualität“ von Menschen in Heimen. Wer sich aber dem Begriff Lebensqualität nähern will, sieht sich ähnlichen Definitions- und Operationalisierungsschwierigkeiten gegenüber.²¹ Lebensqualität ist ein „multidimensionaler“ Begriff, d. h. Lebensqualität wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren bestimmt. Unbe-zweifelbar ist jedoch, dass subjektive Faktoren wie „Würde“ und „Selbstbestimmung“ u. a. integraler Bestandteil von Lebensqualität sind – so wie dies auch im Heimgesetz bzw. SGB XI formuliert ist. Dennoch gibt es zurzeit keinen allgemeinen Konsens darüber, welche Faktoren den Begriff Lebensqualität vollständig abdecken.²²

Dazu kommt, dass zwischen der Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner, ihrer Lebensqualität und der Pflegequalität ambivalente, keineswegs eindeutige Beziehungen herrschen. Die Annahme, dass eine höhere Pflegequalität automatisch eine höhere Lebensqualität bedeutet, ist in dieser Form nicht richtig (Schnabel/Schönberg 2003). Dazu kommen verschiedene psychologische Faktoren, welche die Zufriedenheitsurteile von Personen systematisch verzerren können. So ist festgestellt worden, dass die Zufriedenheit bzw. die Erwartungen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern vor und nach Beginn einer Versorgungssituation teilweise deutlich voneinander abweichen. Zufriedenheit wird zudem häufig von kurz zurückliegenden Ereignissen determiniert, so dass Verzerrungen in längerfristiger Betrachtung auftreten. Auch formulieren Befragte in Heimen häufig weniger die Zufriedenheit über die Einrichtung als über ihr „gelebtes Leben“, so dass unter Umständen das „Falsche“ gemessen wird.

²¹ Nur ein Beispiel: Alle Jahre wird in den Medien kolportiert, in welchen Ländern dieser Erde die „Lebensqualität“ am höchsten sei (zurzeit wohl in Norwegen). Als Indikatoren werden dabei volkswirtschaftliche Produktivität, Bildungsgrad und Pro-Kopf-Einkommen verwendet. Jeder, der über Lebensqualität nachdenkt, wird aber schnell erkennen, dass zur Lebensqualität sicher einiges mehr gehört.

²² Zu einem Überblick über die Forschung zur Lebensqualität im Alter vgl. Motel-Klingebiel et al. (2002).



Ein spezielles Problem, dem in jüngster Zeit verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet wird, ist die Lebensqualität von Demenzkranken. Wenn man bei der Beurteilung der Lebensqualität Demenzkranker die gleichen Maßstäbe ansetzt wie bei gesunden Menschen, wird das Urteil schnell sehr negativ ausfallen. Wegen der besonderen Beeinträchtigungen von Wahrnehmungen, Erleben, Verhalten, Sprache und anderer höherer Gehirnfunktionen sind jedoch besondere Erfassungsinstrumente erforderlich. Bislang ist jedenfalls unklar, in welcher Weise die Lebensqualität von Dementen konzeptualisiert werden kann (BMFSFJ 2002, S. 78f.).

Jenseits dieser theoretischen Erwägungen zum Qualitätsbegriff ist die Differenzierung der Qualität in drei verschiedene **Qualitätsdimensionen** gebräuchlich, und zwar Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.²³

- „Strukturqualität“ bezieht sich allgemein auf die Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses. Für den Heimbereich ist damit insbesondere die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung gemeint.
- „Prozessqualität“ im Heim bezieht sich auf den ganzheitlichen Pflege- und Versorgungsablauf einschließlich der Unterkunft. Im Vordergrund stehen Pflegeanamnese und Pflegeplanung, Koordinierung und Ausführung der Leistungen sowie die Pflegedokumentation.
- „Ergebnisqualität“ ist die wichtigste Dimension des Qualitätsbegriffs und meint im Heimbereich den Grad der Zielerreichung des Pflege- und Versorgungsablaufs. Dies setzt voraus, dass Ziele vorher definiert wurden (Soll-Zustand) und mit dem tatsächlich erreichten Zustand (Ist-Zustand) unter Berücksichtigung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner verglichen werden.

Was die Indikatoren der einzelnen Dimensionen betrifft, finden die in der folgenden Übersicht genannten Beispiele immer wieder Anwendung und können als eine Art kleinster gemeinsamer Nenner aufgefasst werden. In welchem Verhältnis diese Dimensionen stehen bzw. wie weitere Faktoren auf sie einwirken, ist noch weitgehend unerforscht. Dazu kommt, dass mittelbar weitere Faktoren auf die Ergebnisqualität einwirken, beispielsweise die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals.

ÜBERSICHT 1.4: DIMENSIONEN DES QUALITÄTSBEGRIFFS	
Dimension	Beispiele / Indikatoren für den stationären Bereich
Strukturqualität	<ul style="list-style-type: none"> – Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft – Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung der Leitung und Mitarbeiter – Definition und Merkmale der Eignung der Pflegefachkraft – Räumliche bzw. bauliche Voraussetzungen – Beachtung hygienischer Standards usw.
Prozessqualität	<ul style="list-style-type: none"> – eine dem allgemeinen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende Pflegekonzeption – individuelle Pflegeplanung – geeignete, sachgerechte und kontinuierliche Pflegedokumentation – klientenorientierte Dienstplanung – Einbeziehung von Angehörigen – Erstellung und Angebot von Informationsmaterial usw.
Ergebnisqualität	<ul style="list-style-type: none"> – Regelmäßige Ergebnisprüfung. Dazu gehören: Rehabilitation, Reaktivierung, Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit, Bewältigung von Krisen, Teilhabe am sozialen Umfeld, Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner – Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner – Erörterung der Ergebnisse mit Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Angehörigen – Dokumentation der Ergebnisprüfung usw.

Quelle: Roth (2002)

Nachdem nun der Begriff der Qualität schon Probleme bereitet, ist die Messung der Qualität nicht minder schwierig. Dafür gibt es mehrere Gründe. Ein erster Grund besteht darin, dass Dienstleistungen in einem Akt („uno actu“) erbracht werden, an dem Produzent und Konsument der Dienstleistung gleichermaßen beteiligt sind. Daraus folgt, dass auch die Qualität der Dienstleistung durch Anbieter und Nachfrager gleichermaßen bestimmt wird. Damit hängt zusammen, dass ein Bewertungsproblem auftritt: Produzent und Konsument können über die Qualität unterschiedlicher Meinung sein. Ein zweiter Grund ist die asymmetrische Informationsverteilung. Der Nachfrager einer Pflegedienstleistung ist oftmals kein souveräner Konsument. Beeinträchtigt durch gesundheitliche Probleme verfügt er i. d. R. nicht über genügend Information, um sich ein hinreichendes Urteil über die am Markt erhältlichen Pflegedienstleistungen zu bilden. Dazu kommt, dass sich Qualität häufig erst im Nachhinein bestimmen lässt.

Neben diesen strukturellen, in der Natur der Dienstleistung begründeten Schwierigkeiten, bestehen gravierende Probleme in methodischer Hinsicht. Unklar ist z. B., in welcher Weise *Werte* wie Würde, Sicherheit, Privatheit, Autonomie operationalisiert werden können. Werte sind Konstrukte, mithin nicht der direkten Beobachtung und Messung zugänglich. Man kann sie nur indirekt, über Indikatoren messen. Das Problem dabei ist: Man muss die „richtigen“ Indikatoren finden. Wenn man es geschafft hat, diese „richtigen“ Indikatoren in ein Messinstrument einzubauen, dann ist das Messinstrument gültig oder „valide“, d. h. es misst, was es messen soll. In der empirischen Sozialforschung ist die Validität eines Messinstruments ein Gütekriterium,



neben der Reliabilität. Reliabilität eines Messinstruments heißt, dass die Messungen zuverlässig sein müssen, oder genauer: dass man bei verschiedenen Messungen die gleichen Ergebnisse erzielt. Über beide Kriterien gibt es eine sehr umfangreiche Forschungsliteratur. Um ein Messinstrument für einen bestimmten Zweck valide und reliabel zu machen, können unter Umständen Jahre intensiver Forschungsarbeit vergehen. Damit soll gesagt sein: Der Begriff „Instrument“ oder „Messinstrument“ garantiert noch lange nicht, dass es sich auch um ein *hochwertiges* Instrument handelt. Für den Bereich der Qualitätssicherung in der Pflege gilt eher das Gegenteil: Nur die wenigsten Instrumente sind auch tatsächlich auf der Basis von wissenschaftlich-methodischen Tests konzipiert und geprüft worden (Roth 2002).

Weiterhin ist zu beachten, dass individuelle und wissenschaftliche Beurteilungen von Qualität auseinander klaffen können. Zum Beispiel definieren Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Lebensqualität stärker über „weiche“ subjektive Faktoren (Wohlbefinden), während Pflegekräfte den „harten“ Faktor Gesundheit stärker gewichten (Sowarka 2000). Generell ist festzuhalten, dass die Berücksichtigung der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Bewertungen der verschiedenen Dimensionen des Pflege- und Betreuungsprozesses ein kundenorientiertes Qualitätsverständnis bedeutet und dem Pflegebedürftigen eine aktive Rolle innerhalb der Pflege einräumt. Daher kann auf sie bei der Bestimmung der Qualität nicht verzichtet werden. In Untersuchungen ist häufig festgestellt worden, dass für die Bewohnerinnen und Bewohner andere Kriterien im Vordergrund stehen als für professionelle Kräfte, wenn es um die Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität in Heimen geht.

1.2.3.2 Was ist Qualitätssicherung?

Was Qualitätssicherung erreichen soll, ergibt sich aus einer – entsprechend der komplexen Materie sehr „wissenschaftslastigen“ – Formulierung der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags. Demnach sind zentrale Ziele der Qualitätssicherung „ökonomische Effizienz und Sicherstellung von Qualität für die Betroffenen durch eine empirisch gesicherte Effektivität pflegerischer Maßnahmen (evidenzbasierte Pflege) sowie die Bereitstellung komplexer sektoren- und systemübergreifender Versorgungsstrukturen“ (Deutscher Bundestag 2002, S. 538).

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hat in Deutschland mittlerweile eine fast 30-jährige Geschichte (Dangel/Korporal 2000). Nach ersten Bemühungen in den 1980er Jahren, denen allerdings keine Nachhaltigkeit beschieden war, setzte die Diskussion um Qualitätssicherung verstärkt mit den gesetzgeberischen Maßnahmen der 1990er ein. Dies bezog sich zunächst auf das Gesundheitswesen. Mit der sog. 1. Stufe der Gesundheitsreform 1989 wurden Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern Pflicht (§§ 137 bis 139 SGB V), mit der 2. Stufe der Gesundheitsreform (Gesundheitsstrukturgesetz 1993) galt dies auch für die häusliche Krankenpflege (§ 132 SGB V). Mit Einführung der Pflegeversicherung setzte dann eine breite Debatte über Qualitätsfragen in der Pflege ein, deren Ende noch längst nicht in Sicht ist.



Der Stand der Qualitätssicherungsdiskussion hierzulande weist im internationalen Vergleich einen deutlichen Rückstand auf (Roth 2002). Dies gilt auch für den Bereich der Altenpflege (Schnabel/Schönberg 2003). Einer der Gründe dafür liegt darin, dass Theorie und Forschung zur Qualitätssicherung erst mit der Etablierung der Pflegewissenschaft in den 1990er Jahren begann. Dadurch fehlt der Qualitätssicherung weitgehend das wissenschaftliche Fundament. Typisch ist z. B. das ungeordnete Nebeneinander von internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, das Fehlen allgemein akzeptierter Kriterien und Standards zur Beurteilung von Qualität oder Qualitätsprogrammen und der unbefriedigende Entwicklungsstand bezüglich bundesweit operierender Netzwerke (Görres 2003). Gleichzeitig mangelt es an einer soliden quantitativ-empirischen Basis zur Beurteilung der Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen, es gibt zu wenig Validitäts- und Reliabilitätskontrollen der Instrumente und über die tatsächliche Verbreitung der Instrumente ist ebenfalls wenig bekannt²⁴.

ÜBERSICHT 1.5: DEFIZITE IN DER BUNDESDEUTSCHEN QUALITÄTSSICHERUNGSDISKUSSION

- Mangel an vergleichenden empirischen Studien, z. B. zum Leistungsgeschehen und Pflegeabläufen in Heimen.
- Diskussion ist zu sehr auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität beschränkt. Ergebnisqualität bisher kaum erforscht.
- Methodische Defizite: kaum Validitäts- und Reliabilitätskontrollen.
- Nebeneinander von internen und externen Qualitätssicherungsinstrumenten.
- Kein Konsens über Kriterien und Standards der Qualitätsbeurteilung.
- Mangelnde systematische Verschränkung von Qualitätsmanagement und pflegewissenschaftlichem Diskurs.

Die **gesetzlichen Grundlagen** der Qualitätssicherung sind oben bereits mehrfach angesprochen worden.²⁵ Seit der Einführung der Pflegeversicherung beruht Qualitätssicherung im Pflegebereich auf zwei unterschiedlichen Ansätzen. Der erste Ansatz ist der in § 80 SGB XI formulierte externe Prüfansatz der Qualitätssicherung und -entwicklung. Der zweite ist der Ansatz der Qualitätsrichtlinien, die auf Methodenpluralismus angelegt sind (§ 75 SGB XI). Die Aufgabe der Definition von Qualitätssicherung stellt sich danach insbesondere der Pflegewissenschaft, den Fachorganisationen und -verbänden sowie den angrenzenden Wissenschaftsdisziplinen.

²⁴ Eine erste umfassende Befragung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur Verbreitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde im Herbst 2003 von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund durchgeführt; ein Abschlussbericht wird demnächst veröffentlicht.

²⁵ Vgl. die Darstellung in Kapitel 1.2.1 und 1.2.2 (HeimG, PQsG). Auch das Heimgesetz ist im Prinzip *als solches* ein Gesetz zur Qualitätssicherung. Zu den Regelungen zur Qualitätssicherung gehören im weiteren Sinne auch Brandschutz- und Hygienevorschriften, Regelungen zu Arzneimitteln und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Klie 2000).



Nach § 75 SGB XI schließen die Vereinigungen der Leistungsanbieter und Kostenträger auf Länderebene Rahmenverträge, in denen Einzelheiten zu Inhalten der Pflegeleistungen, Entgeltabrechnungen, personeller Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, Zugangsberechtigung des MDK, Grundsätzen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und den regionalen Einzugsbereichen festgehalten sind.

Gemäß § 80 SGB XI sind Leistungsanbieter und Kostenträger verpflichtet, auf Bundesebene „Grundsätze und Maßstäbe über Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“ zu vereinbaren (§ 80 Abs.1 Satz 1). Die getroffenen Vereinbarungen sind für die Beteiligten unmittelbar verbindlich und beinhalten u. a. einige „geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung“ (Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden, Standards).²⁶ Darauf aufbauend hat der MDK ein Qualitätskonzept entwickelt, das in der Praxis häufig Anwendung findet und vergleichsweise gut entwickelt ist.²⁷ Im Laufe der Zeit sind die Instrumente (Items im Fragebogen) des MDK deutlich umfangreicher und differenzierter geworden und enthalten mittlerweile auch Aspekte der Ergebnisqualität.

Zum Begriff der Qualitätssicherung

Da dieses Handbuch sich in erster Linie an die Heimaufsicht richtet, ist es notwendig, zur begrifflichen Klärung und Abgrenzung des Gegenstandes „Qualitätssicherung“ einige theoretische Überlegungen voranzustellen. Denn die Beurteilung von Qualitätssicherungsmaßnahmen erfordert die Fähigkeit, die verschiedenen Begrifflichkeiten einordnen zu können, und es gilt: Nur wer die möglichen Antworten kennt, kann auch die richtigen Fragen stellen!

Eine Art Oberbegriff stellt die Unterscheidung zwischen **interner und externer Qualitätssicherung** dar. Damit wird darauf abgehoben, wer für die Qualitätsentwicklung verantwortlich ist. Prinzipiell können dies Personen der jeweiligen Einrichtung bzw. des Trägers selbst sein oder Akteure, die nicht zur Einrichtung gehören. Diese Unterscheidung sagt also nichts über die Inhalte aus. Interne Qualitätssicherung umfasst die entsprechenden Maßnahmen der Pflegeeinrichtung selbst. Externe Qualitätssicherung meint dagegen unterschiedliche Formen von Beratung und Kontrolle „von außen“. Externe Qualitätssicherung kann sowohl im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen als auch auf freiwilliger Basis erfolgen. Die wichtigsten externen Qualitätsprüfer hierzulande sind Heimaufsicht und MDK, denen gesetzliche Aufgaben zukommen. Auf freiwilliger Basis kann externe Qualitätsprüfung durch jede Art von (Beratungs-)Unternehmen, von Verbänden oder auch vom TÜV erfolgen.

²⁶ Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 7.3.1996; im Internet unter verschiedenen Quellen abrufbar, z. B. www.mds-ev.org/index2.html

²⁷ Vgl. MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege (www.mds-ev.org/index2.html).



Vom inhaltlichen Standpunkt her ist die Differenzierung im Grunde unerheblich, denn im Idealfall sollten interne und externe Qualitätssicherung zu den gleichen Ergebnissen kommen. Auch ist mit der Differenzierung nichts über die Wahl der Methoden und Instrumente gesagt.

In eine ähnliche Richtung zielt die Unterscheidung zwischen zentraler und dezentraler Qualitätssicherung. Zentrale Methoden „zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung der Leistungen anhand von Standards und Kriterien vorgibt.“ (vgl. Gemeinsame Grundsätze). Dezentrale Methoden heben darauf ab, dass die beruflichen Akteure (Heimleitung, Pflegepersonal etc.) die Standards und Kriterien selbst umsetzen und anpassen. Für beide Standpunkte gibt es Argumente und die Frage, welche Methode vorzuziehen sei, ist längst noch nicht beantwortet.

Was die **Kategorisierung von Instrumenten** der Qualitätssicherung angeht, so gilt auch hier, dass keine allgemein akzeptierte analytische Einteilung der zahlreichen Qualitätssicherungskonzepte und –instrumente existiert.²⁸ Qualitätssicherungsinstrumente können jedoch danach unterschieden werden, ob sie ein *Gesamtkonzept* bilden, das alle Bereiche der Einrichtung tangiert, oder ob es sich lediglich um einzelne Bausteine handelt, d. h. nur einzelne Aspekte eines umfassenden Qualitätsbegriffs aufgreifen. Dies offenbart sich z. B. darin, auf welchen Dimensionen der Schwerpunkt der Qualitätssicherungsmaßnahmen liegt. Nur Gesamtkonzepte können Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gleichermaßen abdecken, Bausteine dagegen nicht. Ein weiteres Merkmal von Gesamtkonzepten ist, dass Soll-Zustände mit Ist-Zuständen verglichen werden. Für beides müssen geeignete Verfahren zur Verfügung stehen oder selbst entwickelt werden.

Ein wichtiger Teil eines Gesamtkonzepts sind **Standards**. Standards dienen im Pflege Sektor dazu, Soll-Zustände zu definieren. Standards können sich auf – mehr oder minder grob definierte – Ziele, aber auch auf Verfahren beziehen. Sie stellen also kein Instrument an sich dar, sondern definieren Gütekriterien einer Leistung. Standards können durch die Einrichtung selbst entwickelt werden oder von externen Institutionen bzw. Gremien.

Ferner können Standards auf alle denkbaren Bereiche bezogen werden. Für stationäre Pflegeeinrichtungen sind z. B. Standards zu Pflege, Personal, Hauswirtschaft, Sozialer Betreuung, Hygiene, Verpflegung sowie baulich-räumliche Standards von Interesse. Demnach gibt es auch ganz unterschiedliche Quellen bzw. Urheber von Standards. Pflegestandards werden von Pflegeexpertinnen und -experten aus Wissenschaft und Praxis erstellt, baulich-räumliche Standards sind in der Heimmindestbauverordnung festgelegt usw.

Nach einer Definition von *Klie* (Klie/Lörcher 1995, 16) sind z. B. *Pflegestandards*

- allgemeine Aussagen über das akzeptierbare Niveau der Pflegeleistungen, deren messbare Elemente Kriterien genannt werden,
- vereinbarte Einzelmerkmale von Dienstleistungen,
- allgemeingültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren,
- ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt.

Wichtig ist festzuhalten, dass es im Prinzip zu allen Gesundheits- bzw. Pflegeproblemen alter Menschen, die in Heimen vorkommen, Pflegestandards gibt.

In der Literatur ist häufig auch die Rede von Expertenstandards (der Pflege). Diese sind Ausdruck „evidenzbasierter Pflege“, d. h. sie gründen auf Erkenntnissen, die durch empirische Studien und Experimente abgesichert sind. Expertenstandards definieren Hilfe- und Pflegeprobleme und differenzieren sie nach Bedarfslagen. In Deutschland besteht seit 1992 das „Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung“, das bisher zwei Expertenstandards vorgelegt hat, und zwar zur Dekubitusprophylaxe und zum Entlassungsmanagement in Krankenhäusern. Bis zum Jahr 2005 Jahre sind weitere Expertenstandards zu den Themen Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Inkontinenz geplant. Darüber hinaus gehen wichtige Impulse von der seit 1993 bestehenden Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) aus, die aus interdisziplinärer Perspektive grundlegende Fragen der Qualitätspolitik behandelt, die öffentliche Diskussion hierzu vorantreibt und Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung formuliert.

Alle Verfahren, welche die Verbesserung der Pflegequalität zum Ziel haben, sollten auf einem **Assessment**-Verfahren basieren. Zunächst heißt Assessment nichts weiter als „Beurteilung“. Im Bereich der Pflege meint es aber etwas sehr Spezifisches: nämlich die Beurteilung des Einzelfalls eines (pflegebedürftigen) Bewohners bzw. Bewohnerin und seines bzw. ihres Pflegebedarfs. Es geht also nicht vordergründig um die Qualität der „Institution Heim“ als Ganzes. Insofern kann beim Assessment auch nicht strikt zwischen „Qualitätssicherung“ und „Ermittlung des Pflegebedarfs“ getrennt werden. In der Praxis lässt sich ein Assessment-Verfahren in drei Ebenen unterteilen: Erstens Datenerhebung, zweitens Integration der Ergebnisse der Datenerhebung in den Pflege- bzw. Behandlungsplan und drittens Dokumentation und statistische Auswertung der Daten. Besonders in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie sind eine Reihe von Assessment-Verfahren geläufig.²⁹ Das prominenteste Assessment-Verfahren in der Altenpflege (RAI) wird weiter unten erläutert.

²⁹ Beispielsweise das geriatrische Basisassessment der AGAST (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment), das v. a. in geriatrischen Kliniken zum Nachweis des Therapieverlaufs und -erfolgs eingesetzt wird (Görres 2000).



Merksätze für die Heimaufsicht:

- Messung von Qualität ist möglich! Allerdings setzt dies voraus, dass alle Schritte des Leistungsprozesses transparent und somit der Messung zugänglich gemacht werden. Daher müssen „Soll-Zustände“ definiert werden. Dieser Soll-Zustand aber ist immer eine Konvention, er kann nicht ein für allemal festgelegt werden.
- Auch Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung lassen sich unter Qualitätsgesichtspunkten beurteilen. Die Anwendung eines bestimmten Verfahrens zur Qualitätssicherung sagt noch nichts über die tatsächliche Qualität aus. Es kommt nicht auf (wohlklingende) Namen an, sondern auf Nachprüfbarkeit.
- Zu fragen ist also: Verfügt die Einrichtung über ein Gesamtkonzept oder nur über einzelne Bausteine zur Qualitätssicherung? Einzelne Maßnahmen oder Bausteine reichen i. d. R. nicht aus, um alle Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) abzudecken. Weiter ist zu fragen: Ist das Gesamtkonzept klar definiert und v. a. nachprüfbar? Sind Ziele und Standards (Soll-Zustände) definiert? Wird der Ist-Zustand nachvollziehbar dokumentiert?

Konzepte und Instrumente der Qualitätssicherung

In der Praxis anzustreben sind umfassende Konzepte der Qualitätssicherung, die sämtliche Aspekte der Leistungserbringung in Heimen betreffen. Diese betreffen Personalstandards, Pflegestandards, baulich-räumliche Standards, Hygienestandards, Standards der sozialen Betreuung, Standards der Betreuung von Demenzkranken.

Zu den Konzepten mit umfassendem Anspruch gehören die verschiedenen Modelle des **Qualitätsmanagements**. Pflegeeinrichtungen sind mittlerweile gesetzlich verpflichtet, Qualitätsmanagement zu betreiben (§ 11 Abs.2 Nr.4 HeimG). Allgemein sind Verfahren des Qualitätsmanagements auf sämtliche Bereiche wirtschaftlicher Produktion und Dienstleistung anwendbar. Qualitätsmanagementsysteme haben ihren Ursprung in der Betriebswirtschaft, genauer: der betriebswirtschaftlichen Organisationswissenschaft. Beispiele für Konzepte des Qualitätsmanagements sind etwa das sog. ABNA-Konzept („Achievable Benefits Not Achieved“, frei übersetzt: Annäherung der aktuellen an die erreichbaren Ziele) von J. Williamson, der Qualitätsmanagement-Zyklus von E. Deming, das Total Quality Management (TQM), das Modell der European Foundation of Quality Management (EFQM) oder die DIN ISO-Modelle (Geraedts/Selbmann 2000).



Merksätze für die Heimaufsicht:

■ Wenn Pflegeeinrichtungen Qualitätsmanagement-Konzepte übernehmen, so ist dies zunächst zu begrüßen, muss aber auch kritisch hinterfragt werden. Dies soll nicht bedeuten, den Heimen grundsätzlich mit Misstrauen zu begegnen. Doch bisher haben Wissenschaftler noch zu jedem Konzept der Qualitätsmanagements in Heimen begründete Kritik vorbringen können. Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren sollten bekannt sein.

■ Der Begriff „Qualitätsmanagement“ suggeriert, dass mittels Management Qualität hergestellt werden kann. Dazu sind jedoch (mindestens) vier Voraussetzungen notwendig (Gebert/Kneubühler 2001, 299ff):

1. Wissen, was Qualität ist.
2. Wissen, welche Maßnahmen geeignet sind, um Qualität herzustellen.
3. Verfügen über (methodische, instrumentelle, personelle, finanzielle) Ressourcen zur Durchführung der Maßnahmen.
4. Nachweis der Wirksamkeit der Maßnahmen.

Im Folgenden werden einige gebräuchliche Konzepte des Qualitätsmanagements sowie einzelne Bausteine eines Qualitätssicherungskonzeptes vorgestellt, womit jedoch nur ein Ausschnitt des Gesamtspektrums abgedeckt ist. Zu den im Pflegebereich am häufigsten verwendeten Qualitätsmanagementsystemen gehören die Konzepte der DIN ISO 9000-Familie, das Modell der EFQM und das TQM. Daneben existieren eine Reihe von Adaptionen speziell für den Heimbereich (z. B. QAP), zu denen auch verschiedene Selbstbewertungsverfahren gehören. Weitere Verfahrensübersichten finden sich beispielsweise in den Publikationen von Kämmer (2001), Gebert/Kneubühler (2001) und Blonski (1998).

→ DIN ISO-Normen

DIN ISO bedeutet „Deutsches Institut für Normung“ und „International Organization for Standardization“. Die ISO wurde 1946 gegründet (Sitz in Genf), um weltweit gültige Normen anfangs für die Produktion, später auch für Handel, Kommunikation und Dienstleistungen einzuführen und um damit den internationalen Handel insgesamt zu fördern. Seit den 1980er Jahren werden mit den DIN-ISO 9000-Normen Qualität und Qualitätsmanagement beschrieben, im Bereich sozialer Dienstleistungen gibt es seit Anfang der 90er Jahre Normerweiterungen. Das ursprüngliche System der DIN ISO 9000³⁰ aus dem Jahr 1987 wurde 1994 erstmals erweitert und im Jahr 2000 erneut revidiert und weiterentwickelt. In seiner zurzeit gültigen Form beinhaltet das Konzept acht grundlegende Prinzipien (DIN-ISO 9001):

³⁰ Es handelt sich genauer gesagt um eine „Familie“ von vier Norm-Mengen, nämlich die Normen 9001 bis 9004. Die Norm 9000 ist lediglich ein Leitfaden zur Auswahl der Normen und der Qualitätssicherungsstufen.



1. Kundenorientierte Organisation: Der Kunde – nicht das Unternehmen – definiert, was Qualität ist.
2. Führung: Das Management gibt Zweck und Richtung der Organisation vor (Leadership).
3. Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Sie sollen auf allen Ebenen einbezogen werden.
4. Prozessorientierung: Denken und Arbeiten in Prozessen soll gewünschte Ergebnisse effizienter erreichen lassen.
5. Systemorientierter Managementansatz: Verknüpfte Aktivitäten müssen verstanden, gesteuert und in einem umfassenden Prozessnetzwerk integriert sein.
6. Ständige Verbesserung: Kontinuierliche Verbesserung als Ziel der Organisation.
7. Sachlicher Ansatz zur Entscheidungsfindung: Wirksame Entscheidungen beruhen auf Daten- und Informationsanalyse.
8. Lieferantenbeziehung zum gegenseitigen Nutzen: partnerschaftliche Beziehungen auf Basis von Vertrauen und Informationsaustausch.

Ein Unternehmen, das seine Qualität nach DIN-ISO verbessern will, muss sich einem umfangreichen Zertifizierungsprozess unterwerfen, wobei die Prüfung sich allerdings nur auf die Einhaltung des Qualitätsmanagements-Systems bezieht, nicht auf bestimmte Inhalte. DIN-ISO prüft nur Struktur- und Prozessqualität, nicht die Ergebnisqualität. Welche Konsequenzen dies im Pflegesektor haben kann, möge folgendes Beispiel illustrieren (Gebert/Kneubühler 2001): So ist es z. B. möglich, dass freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen anerkannt werden, wenn diese als Teile eines Prozesses dokumentiert werden, mit dem bestimmte Ziele (z. B. Unfallverhütung oder Nachtruhe) erreicht werden können.

Dennoch sei nicht in Abrede gestellt, dass die Übernahme von DIN-ISO Normen für Pflegeeinrichtungen positive Effekte haben kann. Sie zwingt nämlich die Einrichtungen, ihre Verfahrensabläufe umfassend auf den Prüfstand zu stellen. Zur Verbreitung der DIN-ISO Normen im interessierenden Feld geht eine Studie aus dem Jahr 2001 davon aus, dass zwischen 1995 und 2000 in Deutschland insgesamt 633 Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen nach DIN-ISO 9000 ff. zertifiziert wurden, davon 312 soziale Einrichtungen, inklusive einer nicht genau bekannten Zahl von Alten- und Pflegeheimen (Vespermann et al. 2001). Laut dieser Studie berichten die meisten der befragten Einrichtungen über positive Auswirkungen auf das Unternehmen als Folge der Einführung dieses Qualitätsmanagement-Systems.

→ Total Quality Management (TQM)

Der Name TQM tauchte erstmals Mitte der 1980er Jahre in der Diskussion auf und geht zurück auf den Total Quality-Control-Ansatz (TQC) des amerikanischen Betriebswirtschaftlers Feigenbaum aus dem Jahr 1961.

Durch TQM wird eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung angestrebt, in dem
↑ „umfassende Qualität“ (im Manager-Jargon „excellence“ oder „business excellence“ →

genannt) als übergeordnetes Unternehmensziel festgelegt und handlungsleitend wird. Es soll dabei nicht nur um Produkte bzw. Dienstleistungen selbst gehen, sondern eine Grundhaltung innerhalb der Organisation erzeugen, die alle anderen Organisationsziele und Strategien beeinflusst. Damit stellt TQM eine Art Oberbegriff für eine nicht weiter spezifizierte Menge von Instrumenten des Qualitätsmanagements dar, die auch aus anderen Sparten der Betriebswirtschaft übernommen werden kann (z. B. Marketing, Organisationslehre, Personalmanagement etc.).

Die Schwerpunkte von TQM liegen einerseits in der Kundenorientierung, wobei „externe“ und „interne“ Kunden unterschieden werden. Externe Kunden sind primär die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, interne Kunden sind die Mitarbeiter bzw. innere Abteilungen, etwa Küche oder Verwaltungsabteilung. Der zweite Schwerpunkt bezieht sich auf Prozesse, wobei das Ziel darin besteht, über Abteilungs- oder Hierarchiegrenzen hinweg Prozessabläufe zu optimieren.

Daraus wird deutlich, dass die Übernahme von TQM im Sektor der stationären Pflege eher eine gewisse Unternehmensphilosophie ausdrückt als eine konkrete Form der Qualitätssicherung. Über die Verbreitung von TQM im Pflegesektor ist nichts Genaues bekannt.

→ **Modell der EFQM**

Die EFQM (European Foundation for Quality Management) geht zurück auf die ökonomischen Interessen europäischer Spitzenunternehmen, die sich aus Sorge um ihre weltweite Konkurrenzfähigkeit zusammenschlossen. Seinen Ursprung hat das Modell der EFQM dabei im amerikanischen „Malcolm Baldrige National Award“, der Anfang der 90er Jahre zum „European Quality Award“ und letztlich zur Gründung der EFQM führte.

Grundlegend ist ein Verständnis von Qualitätsmanagement, das sich an den Säulen des TQM („Mitarbeiter, Prozesse, Ergebnisse“) orientiert. Es will durch Einbindung aller Mitarbeiter in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess bessere Ergebnisse erzielen.



Der Aufbau des Modells orientiert sich an 9 Kriterien, jeweils mit unterschiedlicher Gewichtung, wobei maximal 1.000 Punkte zu erreichen sind. Die Implementation des Modells dauert ca. 1 Jahr, für die Einrichtung fallen Kosten entweder für Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter oder Tagessätze externer Beratungsunternehmen an.

1. Führung	(100 Punkte)	6. Mitarbeiterzufriedenheit	(90 Punkte)
2. Grundsätze und Strategien	(80 Punkte)	7. Geschäftsergebnisse	(150 Punkte)
3. Mitarbeiterorientierung	(90 Punkte)	8. Kundenzufriedenheit	(200 Punkte)
4. Ressourcen	(90 Punkte)	9. Gesellschaftliche Verantwortung, Image	(60 Punkte)
5. Prozesse	(140 Punkte)		

Was die Brauchbarkeit des EFQM-Modells im Gesundheits- und Pflegesektor anbelangt, so sind gewisse Zweifel angebracht. Zur Übertragung des Modells auf einige Gesundheitseinrichtungen liegen Erfahrungsberichte vor, die allerdings nicht sehr aussagekräftig sind (Geraerds/Selbmann 2000). Eine Adaption des EFQM-Modells ist QAP ("Qualität als Prozess") der Firma Frey Akademie aus Zürich, das wiederum für den Altenheimsektor modifiziert wurde. Problematisch sind vor allem zwei Aspekte: Einerseits fehlen bislang aussagekräftige Tests auf Validität und Reliabilität des Verfahrens und zweitens ist die Übertragung der 9 Kriterien auf den Heimbereich fragwürdig. Insbesondere die Gewichtung der Kundenzufriedenheit, die zwar mit der höchsten Punktzahl zu Buche schlägt, insgesamt aber nur 20% der Gesamtbewertung ausmacht, ist zumindest als problematisch zu bewerten.

→ „SIESTA“

Bei diesem Modell handelt es sich um ein Verfahren, das speziell für den Bereich der Altenpflege entwickelt worden ist. SIESTA bedeutet „Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ und wurde entwickelt vom Institut für Soziologie an der Universität Kiel. Zwar hat SIESTA seinen Ursprung nicht in der allgemeinen Managementlehre, sondern basiert auf einem gerontologisch geprägten Verständnis des Alterns, gleichwohl greift SIESTA auf TQM zurück.

SIESTA erhebt explizit den Anspruch, Qualität aus dem Vergleich des Ist-Zustandes mit einem definierten Soll-Zustand herstellen zu können. Zur Feststellung des Ist-Zustandes werden vier Module (A-D) verwendet, die von den Mitarbeitern der Einrichtung zusammen mit externen Forschern bzw. Beratern bearbeitet werden.

- Die Module A und B beziehen sich auf bauliche und technische Merkmale der Einrichtung sowie deren Konzeption und Organisation (100 Seiten, ca. 1.300 Items).
- Modul C erfasst die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Arbeitssituation, z. B. Betriebsklima, Verantwortlichkeit der Tätigkeit, Arbeitszufriedenheit, Belastungsempfinden, Einstellungen zu pflegebedürftigen Menschen (17 Seiten).
- Modul D richtet sich an Bewohnerinnen und Bewohner und Angehörige und fragt nach der Beurteilung der Leistungen, der Zufriedenheit und subjektiven Lebensqualität.



Die Daten werden mit Hilfe einer speziellen Software ausgewertet und zu einem Bericht zusammengeführt, der anhand verschiedener Indikatoren die Stärken und Schwächen der Einrichtung darstellt (etwa in Form von Diagrammen). Anschließend muss der Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand verglichen werden. Dazu greift SIESTA auf Aspekte des TQM zurück und empfiehlt zur Umsetzung das weiter unten beschriebene KDA-Handbuch Wohnen. Was die Bewertung von SIESTA anbelangt, so kann gesagt werden, dass es durchaus hohen methodischen Ansprüchen genügt (Roth 2002). Es ist transparent, verwendet differenzierte Skalen und auch die Angehörigen werden in die Qualitätsprüfung mit einbezogen. Eine erste regionale Auswertung liegt aus Baden-Württemberg vor, wo 10 Einrichtungen mit dem Instrument analysiert wurden. Allerdings sind noch keine Tests auf Reliabilität und Validität veröffentlicht worden.

→ **SEA (Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe)**

Entwickelt wurde SEA von der britischen BETTAL Quality Consultancy in Zusammenarbeit mit dem IAO (Fraunhofer-Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation, Stuttgart) und der Firma Pilota – Mobiles Fortbildungsteam Altenhilfe. Inhaltliche Bezüge bestehen zum EFQM-Modell und zum wertorientierten Konzept der „Homes Are For Living In“, das 1989 vom britischen Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde.

Die Schwerpunkte des Ansatzes lassen sich in drei Gruppen mit insgesamt 12 Elementen unterteilen, denen wiederum 10 Fragen zugeordnet werden. Die erste Gruppe beschreibt Voraussetzungen für die Erstellung von Dienstleistungen (Elemente: Strategie der Einrichtung, Personalführung, Prozesse), die zweite Gruppe bezieht sich auf die Inhalte der Dienstleistungen (Elemente: Bewertung und Planung, bauliche Standards, Informationspolitik, Pflegepraxis, Therapieangebote, Unterstützung individueller Bedürfnisse, hauswirtschaftliche Leistungen), Gruppe 3 schließlich beschreibt die Ergebnisse der Dienstleistung (Elemente: Mitarbeiterzufriedenheit, Kundenzufriedenheit). Die Implementation von SEA ist in fünf Schritte untergliedert und dauert mindestens 1 Jahr; eine Zertifizierung ist dabei nicht vorgesehen.

Zur Bewertung lässt sich sagen, dass sich SEA vor allem als Einstiegsinstrument für Einrichtungen eignet, die sich bislang noch wenig mit Qualitätssicherung befasst haben, da das Konzept viele Gesichtspunkte nur allgemein und summarisch behandelt. In Baden-Württemberg wurde es unter Beteiligung des IAO in 8 Einrichtungen getestet.

→ **Qualitätssiegel, -zertifikate**

Zertifizierungen sind im Grunde genommen keine eigene Kategorie von Instrumenten, da die meisten der beschriebenen Qualitätsmanagement-Systeme auch Zertifizierungen vorsehen. So kann sich ein Pflegeheim in einem aufwändigen Zertifizierungsprozess Qualität nach DIN-ISO etc. bescheinigen lassen, wie oben ausführlich

↑ beschrieben. Zertifizierungen und Qualitätssiegel sind also im besten Fall Produkte →

eines erfolgreichen Qualitätsmanagements, die von einer externen Institution vergeben werden. Allerdings sind nicht alle Qualitätsmanagement-Verfahren mit Zertifizierungen verknüpft. Insgesamt gilt auch für die Menge der Qualitätssiegel und Zertifikate, dass keine umfassende empirische Evidenz zur Wirksamkeit vorliegt.

Im Pflegesektor kursieren mittlerweile neben den genuin betriebswirtschaftlichen auch eine Reihe von Zertifizierungsverfahren, die durch die Wohlfahrtsverbände (weiter)entwickelt wurden (z. B. Paritätischer Wohlfahrtsverband, AWO, Diakonie etc.). Einige Pflegeeinrichtungen lassen sich ein Qualitätssiegel auch vom TÜV nach Art des TQM verleihen. Erwähnung verdient auch das Qualitätssiegel der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen), das auf stationäre Pflegeeinrichtungen und Anlagen des Betreuten Wohnens angewendet werden kann. Das Konzept der BAGSO greift dabei zurück auf das erwähnte britische Modell „Homes Are for Living In“ und niederländische Konzepte (Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen) und stellt die Bewertung aus Sicht der Heimbewohnerschaft in den Vordergrund. Ein Sachverständigenbeirat aus Vertretern wichtiger Interessenverbände der Seniorinnen und Senioren soll dabei die kontinuierliche Überprüfung fachlicher Standards gewährleisten.

Hingewiesen sei auch auf das Verfahren der Akkreditierung, das besonders im anglo-amerikanischen Raum Verwendung findet. Akkreditierung lässt sich definieren als Qualitätssicherung mit Soll-Vorgaben (Standards), die sich inhaltlich auf zentrale Elemente des Tätigkeitsbereiches der zu beurteilenden Institution bezieht (Gebert/Kneubühler 2001). Die Beurteilung erfolgt durch eine Gruppe, deren Mitglieder über berufliche Erfahrung und/oder vertiefte Kenntnisse der Fachliteratur zu den genannten Elementen verfügen. Außerdem müssen Vertreter der beurteilten Institutionen über ein Mitentscheidungsrecht in der Ausgestaltung der Standards verfügen, wobei sich dieses Mitgestaltungsrecht über das Fachliche legitimiert.

→ **Qualitätshandbücher**

Fast ebenso bunt wie der Markt der Qualitätsplaketten und -siegel ist das Angebot an Qualitätshandbüchern unterschiedlichster Herkunft (Roth 2002). Sie dienen in erster Linie zur Feststellung des Ist-Zustandes. Es wäre völlig unmöglich, einen vollständigen Überblick über Qualitätshandbücher geben zu wollen, denn es gibt zu ihnen keine Standards und im Prinzip kann jede Pflegeeinrichtung ihr eigenes Qualitätshandbuch entwickeln.

Daher mag der Hinweis auf ein positives Beispiel, das „Qualitätshandbuch Wohnen im Heim“ des KDA, genügen. Dieses Handbuch ist sehr umfangreich, enthält ca. 7.000 Fragen und Stichworte und orientiert sich am Pflegemodell der „Aktivitäten und Existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) von Krohwinkel.³¹ Darin sind 13 Lebensbereiche genannt (von „Kommunizieren können“, „Sich bewegen können“, „Sich pfle-

gen können“ bis hin zu „Sich als Frau oder Mann fühlen können“), und zu jedem dieser Bereiche werden eine Vielzahl von Fragen formuliert, mit denen Beschäftigte ihr Handeln überprüfen und verbessern sollen. Erhoben werden die Items mittels einfacher ja/nein-Skalierung, was allerdings auch zum schnellen „Abhaken“ führen kann (z. B. unter Zeit- bzw. Erwartungsdruck). Dennoch ist festzuhalten, dass dieses Handbuch in vorbildhafter Weise pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Standards integriert und vielfältige Anregungen und Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar macht. Doch gilt auch hier, dass die Verwendung eines Qualitätshandbuchs zunächst nur den Willen der Einrichtung zum Ausdruck bringt, an der Qualität zu arbeiten. Die entscheidende Frage ist, wie weit der Umsetzungsprozess tatsächlich vorangeschritten ist.

→ Qualitätszirkel

Qualitätszirkel entstammen ebenfalls der Managementlehre. Sie haben ihren Ursprung in der japanischen Managementphilosophie (Kaizen: „langsame, nie endende Vervollkommnung in allen Bereichen des Lebens“) und lassen sich als Arbeitsgruppen mit besonderen Merkmalen begreifen. Sie werden hier unter der Rubrik Bausteine behandelt, weil sie in erster Linie die Prozessqualität der Einrichtung betreffen.

Eine umfassende Definition bezeichnet Qualitätszirkel als „auf Dauer angelegte Kleingruppen (Gesprächsgruppen), in denen eine begrenzte Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (5–10) i. d. R. einer Hierarchieebene mit einer gemeinsamen Erfahrungsbasis in regelmäßigen Abständen auf freiwilliger Basis zusammenkommen, um selbstgewählte Themen und Probleme des eigenen Arbeitsbereichs zu analysieren und unter Anleitung eines geschulten Moderators mit Hilfe spezieller Problem- und Kreativitätstechniken möglichst eigenverantwortlich Lösungsvorschläge zu erarbeiten und zu präsentieren, die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge zu initiieren und eine Ergebniskontrolle vorzunehmen, wobei die Gruppe als Bestandteil in den organisatorischen Rahmen eines QZ-Programms eingebunden ist und mit anderen Elementen der Organisation Kommunikationsbeziehungen unterhält“ (zitiert in Görres/Luckey 2003, S. 124).

Ziel von Qualitätszirkeln ist somit die Verbesserung der Arbeitsabläufe und das Erlernen von Problemlösungstechniken. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln ist freiwillig, Themen werden nicht „von oben“ vorgegeben. Qualitätszirkel können sich unterschiedlicher Methoden bedienen, ein gängiges Modell unterscheidet dabei sieben Schritte: Themenwahl, Formulierung von Werten, Festlegung von Standards und Kriterien, Erhebung von Daten für den Ist-Zustand, Qualitätsbeurteilung, Änderungen und Umsetzung und schließlich Ausführung des Änderungsplans.

Zur Verbreitung und Wirksamkeit im Altenpflegesektor gibt es bislang noch keine umfassenden Untersuchungen, es liegen lediglich Erfahrungsberichte vor, die zeigen, dass Qualitätszirkel eine Reihe von positiven Effekten (für Arbeitgeber- und Arbeitnehmerschaft) haben können. Diese treten aber meist erst dann zutage, wenn Qualitätszirkel genügend Zeit hatten, anfängliche Schwierigkeiten zu überwinden.



→ Weitere mitarbeiterbezogene Verfahren der Qualitätssicherung

Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind ein nicht zu vernachlässigender Bestandteil von Pflegequalität (Schönberg/Schnabel 1998). Dabei kann es sich z. B. um die Weiterbildung von einzelnen Beschäftigten zu „Qualitätsbeauftragten“ handeln. Generell gehören alle Weiterbildungsmaßnahmen für Leitungs- ebenso wie für Pflegepersonal zu den Maßnahmen, die zumindest die Strukturqualität der Einrichtung verbessern.

Mittelbar positiv auf die Qualität können auch spezielle Techniken zur Verbesserung der Arbeitssituation des Personals (Supervisionen, Mitarbeiterbefragungen etc.) beitragen.

→ Instrumente mit Einbeziehung der Bewohnerperspektive

Für eine „echte“ Qualitätssicherung sind Bewohnerbefragungen unabdingbar, da sie ein notwendiger Bestandteil der Erfassung von Ergebnisqualität sind (Roth 2002). Nur, wenn man die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner befragt, lässt sich herausfinden, ob die Bemühungen um eine bessere Lebensqualität auch wirklich „ankommen“. Wie oben beschrieben, sind Kundenbefragungen integraler Bestandteil von einigen Qualitätsmanagementverfahren. Der Wert von Bewohnerbefragungen ergibt sich aber nicht nur aus einer Marketing-Perspektive, sondern hat auch soziologische Wurzeln. Die Qualitätsbewertung der Bewohnerinnen und Bewohner hängt nämlich wesentlich mit ihren Erwartungen zusammen. Diese Erwartungen aber sind durch Biografien geprägt und von Individuum zu Individuum verschieden. Deswegen müssen diese Erwartungen erfragt werden.

Die konkrete Erhebung der Bewohnerperspektive ist allerdings mit nicht unerheblichen (methodischen) Schwierigkeiten behaftet (Gebert/Kneubühler 2001, Schnabel/Schönberg 2003), die an dieser Stelle nicht vertiefend dargestellt werden können. Eindringlich gewarnt werden muss vor dem Glauben, es reiche aus, Bewohnerinnen und Bewohnern einfach eine Menge von Qualitätsmerkmalen vorzulegen und sie zu bitten, ihre Meinung auf einer Skala von „sehr zufrieden“ bis „völlig unzufrieden“ anzucreuzen. In diesem Feld ist noch eine Menge methodischer Arbeit zu leisten.³²

Ein weiteres wichtiges Instrument zur Einbeziehung der Bewohnerperspektive ist das Beschwerdemanagement. Mittlerweile wird nämlich zunehmend von den Einrichtungen erkannt, dass die Kritik der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer

³² In diesem Zusammenhang lässt sich auch das Prüfkonzept des MDK als Qualitätssicherungsinstrument begreifen. Wie alle anderen Instrumente ist auch das MDK-Konzept nicht frei von Schwachpunkten. So wird ihm vorgeworfen, es prüfe trotz seines umfassenden Anspruchs lediglich Fragen, die für das SGB XI relevant sind und keineswegs der ganzen Realität des Heimbewohners entsprechen. Außerdem weist es an einigen Stellen methodische Mängel auf, beispielsweise in dem Teil, mit dem stichprobenartig Bewohner befragt werden sollen. Dazu kommt, dass Durchführung und Gestaltung der Prüfung weitgehend im Ermessen des jeweiligen MDK liegt, so dass die regionale Praxis deutlich voneinander abweichen kann (Gebert/Kneubühler 2001, S. 381).



Angehörigen ernst genommen werden muss und ein wesentlicher Prüfstein für die Verbesserung der Lebensqualität im Heim ist. Der professionelle Umgang mit den Beschwerden ist ein bedeutsamer Teil des Gesamtkonzepts der Einrichtung und kann nur unter Beteiligung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung implementiert werden.

Das Beschwerdemanagement ist ein geeignetes Instrument der internen Qualitätssicherung und erfordert die Entwicklung hausinterner Standards, die sich wiederum in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterteilen lassen (Böning 2003). Der Verbreitungsgrad professionellen Beschwerdemanagements dürfte zurzeit als eher gering einzustufen sein.

→ **Pflegedokumentation**

Die Pflegedokumentation ist kein genuines Qualitätssicherungsinstrument, kann aber – als schriftlicher Ausfluss des Pflegeprozesses – als bewohnerzentriertes Instrument der Qualitätssicherung aufgefasst werden. Die Wurzeln heutiger Pflegedokumentationen reichen zurück bis Mitte des 19. Jahrhunderts (zu den Schriften der berühmten Krankenschwester Florence Nightingale). Wie oben erwähnt, gehören Mängel in der Pflegedokumentation zu den häufigsten Beanstandungen bei externen Qualitätsprüfungen des und der Heimaufsicht.

In den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind Regelungen zu Pflegedokumentationen enthalten. Demnach sind Pflegedokumentationen sachgerecht und kontinuierlich zu führen und müssen mindestens folgende Teile bzw. Angaben enthalten: Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegebericht, Einsatz von Hilfsmitteln und durchgeführte Pflegeleistungen. Aus der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.

Pflegedokumentationen erfüllen also mehrere Funktionen. Intern sind sie Mittel zur Information und Kommunikation für alle am Pflegeprozess beteiligten Professionen. Nach außen machen sie Pflegequalität sichtbar und sind überdies in einzelnen Fällen auch rechtliche Beweismittel, die bei der Klärung von ordnungs- oder sogar strafrechtlichen Fragen zu Rate gezogen werden. Die Güte von Pflegedokumentationen (Nachvollziehbarkeit, Übersichtlichkeit, Aktualität, Vollständigkeit etc.) sagt also einiges über das Qualitätsverständnis der Pflegeeinrichtung aus.

→ **Pflegevisite**

In Anlehnung an die Krankenhausvisite (Krankenbesuch des Arztes) wird auch die Pflegevisite (auch Pflegefachgespräch genannt) als Qualitätsinstrument eingestuft (Schnebel/Schönberg 1998). Sie lässt sich als bewohnerzentriertes Planungs- und Bewertungsinstrument auffassen (Pick/Brüggemann 2003), das zur Abstimmung zwischen pflegerischen Leistungen und individuellen Bedürfnissen im Sinne des Pflegeprozesses dient.

↑ Im Rahmen einer Pflegevisite prüft die verantwortliche Pflegefachkraft eine ganze



Reihe von Merkmalen zur Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner und zum Stand des Pflegeprozesses. Zu letzteren gehören etwa solche Fragen, ob aktivierende Pflege stattfindet, ob Pflegeprobleme beseitigt wurden bzw. neu aufgetaucht sind, oder Hilfskräfte angemessen auf die Probleme der Bewohnerschaft reagieren etc.

Zwar empfiehlt der MDK die Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument, bisher hat es allerdings noch keine weiterführenden Studien zur Anwendung und Wirksamkeit von Pflegevisiten gegeben.

→ „RAI“ (Resident Assessment Instrument)

Als letztes hier angeführtes Instrument soll mit dem RAI ein in Fachkreisen sehr prominentes Verfahren erläutert werden, dessen Charakterisierung als Qualitätssicherungsinstrument nachträglich aus seinem ursprünglichen Zweck abgeleitet ist.³³ RAI ist ein in den USA entwickeltes standardisiertes Verfahren zur regelmäßigen Beurteilung des individuellen Pflegezustandes bzw. -bedarfs von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern.³⁴ Heute wird RAI in vielen Ländern verwendet, neben den anglo-amerikanischen Ländern z. B. in der Schweiz, Tschechien, Estland, Niederlande, Spanien und Skandinavien.

Im Grunde handelt es sich bei RAI um einen Oberbegriff für eine ganze Familie von Instrumenten; es gibt Versionen für den stationären Bereich, aber auch für die häusliche Pflege, für die Krankenhauspflege, für die Überleitung in die Psychiatrie, für die postakute Versorgung und für die Palliativpflege. RAI ist in einem interdisziplinären Kontext entwickelt worden, zu dem Pflegewissenschaft, Geriatrie und Organisations-theorie gehören. Das besondere am RAI ist, dass es – im Gegensatz zu vielen anderen Assessment-Instrumenten – nicht den Pflegeaufwand misst, sondern den Pflegebedarf. Dies ermöglicht die Erstellung eines Pflegeplans, der tatsächlich auf den individuellen Pflegebedarf abgestimmt ist.

Das RAI (Version 2.0) besteht aus zwei Teilen, dem „Minimum Data Set“ (MDS) und den sog. „Abklärungshilfen“ (Resident Assessment Protocols, RAP). Darüber hinaus werden in einem zusätzlichen Schritt sog. „Resource Utilization Groups“ (RUG) gebildet, die aber nicht zu RAI im engeren Sinne gehören.

Kernstück von RAI ist das MDS. Es dient zur Beurteilung der Klienten und Dokumentation der Daten und hält Angaben zu über 500 Merkmalen von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern fest. Das MDS wird von einem Mitglied des Pflegeteams im Zusammenspiel mit dem Patienten, dem Team, den Angehörigen sowie den Mitgliedern der weiteren Berufsgruppen ausgefüllt. Die Daten werden vierteljährlich erhoben, sowie nach einer signifikanten Statusveränderung.

³³ Darüber hinaus spielt RAI auch eine Rolle bei den Personalbemessungsverfahren, siehe Kapitel 1.2.3.4

³⁴ Anlass waren gravierende Qualitätsprobleme in Heimen und geriatrischen Einrichtungen, den konkreten Anstoß gab die HCFA (Health Care Financing Administration). 1987 wurde RAI durch ein Gesetz (Omnibus Reconciliation Act, kurz OBRA) flächendeckend eingeführt.



Insgesamt umfasst das MDS folgende Bereiche: Angaben zur Person, Kognitive Fähigkeiten (9 Items), Kommunikative Fähigkeiten (7 Items), Sehfähigkeit (3 Items), Stimmungslage und Verhalten (5 Items), Psychosoziales Wohlbefinden (3 Items), ADL bzw. körperliche Funktionen (9 Items), Kontinenz innerhalb der letzten 14 Tage (4 Items), Krankheitsdiagnosen (3 Items), Gesundheitszustand (5 Items), Ernährungsstatus (6 Items), Mund- und Zahnstatus (1 Item), Hautzustand (6 Items), Beschäftigungsmuster (5 Items), Medikation (4 Items), Spezielle Behandlungen (9 Items), Entlassungspotenzial und Gesamtzustand sowie Assessment-Info und „Patientenmix“.

Mit dem MDS alleine ist noch keine Qualitätsverbesserung zu erzielen, daher wurden die erwähnten Abklärungshilfen (RAP) entwickelt. In der Version RAI 2.0 gibt es 18 solcher RAPs für die häufigsten geriatrischen Problemkonstellationen:³⁵ Jede der Abklärungshilfen enthält wiederum vier Elemente:

- Allgemeine Informationen über den Problembereich und seine wahrscheinlichen Auswirkungen auf „durchschnittliche“ Heimbewohnerinnen und Heimbewohner,
- sog. „Alarmzeichen“, d. h. bestimmte (sinnvolle) Itemkombinationen, die auf Probleme und Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner schließen lassen,
- detaillierte Richtlinien über Faktoren, die Alarmzeichen verursachen, ob weitere Risiken zu befürchten sind, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten und ob weitere Informationen über die Bewohnerin bzw. den Bewohner von Arzt, Angehörigen, Pflegepersonal, Therapeuten oder anderen involvierten Berufsgruppen benötigt werden.
- sog. „Risikoerkennungstafeln“, eine Zusammenfassung von MDS-Merkmalen, welche die Anwendung der Abklärungshilfen dringend anraten.

Für jeden identifizierten Problembereich werden die entsprechenden RAPs durchgeführt. Sie geben Hinweise auf Wechselwirkungen zwischen den Problembereichen, auf den zu setzenden Fokus und auf evtl. zusätzlich zu erhebende Daten, die der genauen Abklärung dieses Problembereichs bedürfen. Sind die RAPs durchgeführt, steht die Basis für den individuellen Pflegeplan.

Eine Erweiterung des Kernmodells von RAI stellen die sog. RUG („Resource Utilization Groups“, vergleichbar den DRG, Diagnosis Related Groups) dar. Zu verstehen sind darunter Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit ähnlichem Pflege- bzw. Therapieaufwand. Mit einem statistischen Algorithmus werden solche (Bedarfs-) Gruppen gebildet, insgesamt sind dies 7 Gruppen und bis zu 44 Subgruppen.

Eine empirische Untersuchung in 40 Pflegeheimen (an 3.173 Bewohnerinnen und Bewohnern) möge diese RUGs illustrieren. So hatten 34% der Bewohnerinnen und Bewohner einen „Pflegebedarf aufgrund reduzierter körperlicher Leistungsfähig-

³⁵ Diese entsprechen fast völlig den im MDS erfassten Bereichen: 1) Verwirrtheit, 2) Kognitive Verluste/Demenz, 3) Sehfähigkeit, 4) Kommunikative Fähigkeiten, 5) Rehabilitationspotenzial in den ATL, 6) Urininkontinenz/Dauerkatheter, 7) Psychosoziales Wohlbefinden, 8) Stimmungslage, 9) Verhalten, 10) Aktivitäten und Beschäftigung, 11) Stürze, 12) Ernährungszustand, 13) Nahrungssonden, 14) Dehydration/Flüssigkeitsbilanz, 15) Mund-/Zahnpflege, 16) Druckgeschwüre/Dekubiti, 17) Psychopharmaka, 18) Freiheitsbeschränkende Maßnahmen.



keit“, 24% „rehabilitativen Pflegebedarf“, „Pflegebedarf aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen“ 14%, Bedarf an „komplexer klinischer Versorgung“ 13%, „speziellen Versorgungsbedarf“ 9%, „Pflegebedarf aufgrund von Verhaltensproblemen“ 3% und „umfassenden Pflegebedarf“ ebenfalls 3% (Garms-Homolová/Kuck 2003).

Was die Kritik von RAI angeht, so ist zunächst besonders positiv zu werten, dass Nachweise über die Wirksamkeit von RAI in allen drei Qualitätsdimensionen vorliegen. In amerikanischen Studien etwa wird ausführlich über Qualitätsverbesserungen in den dortigen Pflegeheimen referiert. Allerdings fehlt dabei die Referenzgruppe, da RAI in den USA flächendeckend eingeführt worden ist. Trotz der positiven Effekte darf deshalb auch RAI nicht überschätzt werden. So sind methodische Probleme im MDS erkannt worden (z. B. Gleichsetzung der Belange von kognitiv eingeschränkten mit kognitiv nicht eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern), und auch das zugrunde liegende Pflegeparadigma folgt eher einem Defizit-Modell und leistet somit einer „Medikalisierung“ der Heime Vorschub.

RAI ist von Beginn an auf kontinuierliche Verbesserung angelegt, allerdings stagniert in den USA zurzeit die Weiterentwicklung (Versionen 3.0 und 4.0). Schließlich sei auch auf ein grundsätzliches Problem hingewiesen: Die 1:1-Übernahme von Modellen aus anderen Staaten birgt immer auch die Gefahr, dass Anpassungsschwierigkeiten aufgrund verschiedener Strukturen der jeweiligen nationalen Gesundheits- und Pflege-sektoren auftreten. Zumindest ist fraglich, ob der derzeitige Qualifikationsstand deutscher Pflegekräfte ausreicht, RAI flächendeckend anzuwenden – umfassende Fortbildungen wären hierzu sicher notwendig.

1.2.3.3 Fachliche und qualifikatorische Anforderungen an das Pflegepersonal

Pflegewissenschaft und Pflegebegriff

Der Gesetzgeber hat bestimmt (§ 11 Abs.1 Nr.3 HeimG), dass die Pflege nach dem „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ zu erfolgen habe und hat somit die Definition von Pflege an die Fachwissenschaft überwiesen. Wer die Qualität in der Pflege beurteilen muss, benötigt somit auch ein Grundwissen über fachliche Standards der Pflege. Dies schließt die Kenntnis von Pflegebegriffen und -konzepten ein, die von Pflegefachkräften angewandt werden, um eine bedarfsgerechte Pflege der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sicherzustellen. Was die Einheitlichkeit der Fachstandards angeht, so ist die Entwicklung noch längst nicht abgeschlossen. Allerdings gilt, dass die Pflegewissenschaft in Deutschland im internationalen Vergleich deutlich hinterherhinkt, eine akademische Pflegewissenschaft gibt es in Deutschland erst seit Beginn der 1990er Jahre. Zurzeit bestehen ca. 50 pflegewissenschaftliche Studiengänge an Hochschulen,³⁶ vorwiegend Fachhochschulen – mit steigender Tendenz.

Die „Verspätung“ der deutschen Pflegewissenschaft führte dazu, dass Pflegekonzepte zunächst aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum importiert wurden. In den USA beispielsweise gehört die Pflegeforschung seit über 50 Jahren zu den gesundheitspolitisch relevanten Forschungsgebieten. Die Formulierung fundierter Pflegeatheorien setzte dabei ein mit dem Prozess der Loslösung von anderen Wissenschaften, speziell der Medizin, den Erziehungswissenschaften und anderen Disziplinen. In der Folge wurden eine Reihe von Pflegemodellen entwickelt, und in der Zeit von Mitte der 1960er bis Mitte der 1970er Jahre gab es einen regelrechten Boom entsprechender Modelle und Theorien.³⁷

Nach der Definition der American Nurses Association (ANA) von 1980 ist Pflege „die Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf gesundheitliche Probleme“. Diese Definition ist allerdings so unspezifisch, dass sie für viele Gesundheitsbereiche gleichermaßen zutrifft. Wie Pflege definiert wird, hängt letztlich mit dem zugrunde liegenden Pflegemodell bzw. Pflegeatheorie zusammen.

Allgemein als Begründerin der Pflegewissenschaft gilt Virginia Henderson. In Abkehr von der medizinischen Therapie lenkte ihr Pflegebegriff den Fokus auf den Menschen, der in der autonomen Ausübung seiner alltäglichen Lebensaktivitäten gefährdet oder eingeschränkt ist. Entsprechende Defizite drücken sich als Hilfebedarf (need) aus, wobei Pflege dann die Aufgabe hat, zur Wiedererlangung relativer Autonomie der Pflegebedürftigen beizutragen. In ihrem Sinne ist Pflege gekennzeichnet durch *komparatorische* Pflegehandlungen, was im Übrigen auch Eingang in die gesetzlichen Vorschriften zur Pflegebedürftigkeit gefunden hat.

Auf Henderson geht auch die Vorstellung von fundamentalen, von allen Menschen geteilten Bedürfnissen und Lebensaktivitäten zurück, die seitdem in der Pflegeatheorie bestimmend ist. Weiterentwickelt wurde dieser Ansatz von mehreren Pflegeatheoretikerinnen, z. B. von Nancy Roper mit ihrem Modell der 12 „Lebensaktivitäten“ (Roper/Logan/Tierney 1993), in den deutschsprachigen Raum von Liliane Juchli als ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) importiert sowie das bekannte Modell der AEDL (Aktivitäten und Existenzielle Erfahrungen des Lebens) nach Krohwinkel (1993).

Weite Verbreitung hat schließlich auch das Pflegemodell von Dorothea Orem erlangt, das als *Selbstpflegemodell* bekannt geworden ist (Orem 1971). „Selbstpflege“ bedeutet für sie die Gesamtheit der Aktivitäten des Für-Sich-Sorgens, die (heranwachsende ebenso wie reife) Menschen innerhalb eines zeitlichen Rahmens zu ihrem Vorteil und im Interesse der Lebenserhaltung, gesunder Funktionsweisen, kontinuierlicher persönlicher Entwicklung und des Wohlbefindens ausüben. Das Modell ist in seiner Systematik differenzierter als die bisher genannten und konzentriert kompensatorische Pflegehandlungen auf bestimmte Zeiträume, in denen die „Selbstpflegeteorderungen“ einer Person erfüllt und entsprechend den jeweiligen Umständen spezifiziert werden.

In der Fachliteratur wird häufig auch von „ganzheitlicher Pflege“ gesprochen. In den 1990ern von der Schweizer Ordensschwester Liliane Juchli im deutschsprachigen Raum propagiert, meint dieser Begriff zunächst die erwähnte Abgrenzung zur somatisch-mechanistischen Vorstellung von Krankheit in der Medizin. Es gibt aber nicht „die“ ganzheitliche Pflege. Den verschiedenen Modellen ganzheitlicher Pflege ist gemeinsam, dass der Mensch als „komplexes biopsychosoziales Wesen“ verstanden wird und sich in einem grundsätzlichen Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und Abhängigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme befindet. Daraus wird die Forderung abgeleitet, dass die nicht-biologischen Aspekte des Menschen genauso bedeutsam für die Pflege sind wie die biologischen.

Abzugrenzen von diesen theoretisch fundierten Pflegebegriffen sind eine Reihe weiterer Pflegebegriffe, die in der Praxis häufig vorkommen. Ein Beispiel ist die Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege. Diese sind keine „theoretischen“ Pflegebegriffe, sondern bezeichnen „nur“ bestimmte Verrichtungen. Grundpflege umfasst alle pflegerischen Tätigkeiten, die erforderlich sind, um die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zu befriedigen. Grundpflege heißt also nicht „grundlegende Pflege“. Was im Einzelnen dazu gehört, hat Eingang in die Begriffsdefinition des SGB XI gefunden (§ 14 SGB XI). Behandlungspflege bezeichnet demgegenüber pflegerische Tätigkeiten, die sich aus ärztlichen Anordnungen ergeben. Sie steht also in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Krankheitsbild einer Patientin bzw. eines Patienten. Beide Begriffe stammen aus der Krankenhauspflege, was im Übrigen auch die Ursache für die bekannten Probleme bei der sozialrechtlichen Einordnung ist.

Ferner gibt es bestimmte Pflegebegriffe, die sich auf sog. „Pflegesysteme“ beziehen, z. B. Funktionspflege, Bereichspflege oder Bezugspflege. Pflegesysteme bezeichnen die konkrete Arbeitsorganisation der pflegerischen Dienstleistungen im Betrieb. Je nach Organisationsform orientieren sich Pflegesysteme stärker an den Betriebsabläufen der Institution oder an den Bewohnerinnen und Bewohnern. In der Funktionspflege etwa geht es um strenge Arbeitsteilung, bei der einzelnen Pflegepersonen zwar die Verantwortung für ärztliche oder pflegerische Anordnungen übertragen wird, nicht jedoch die Gesamtverantwortung und Planungskompetenz für den Pflegeprozess. Bei der Bereichspflege (auch Gruppenpflege oder Zimmerpflege genannt) orientiert sich die Arbeitsorganisation an einzelnen Patientengruppen nach Zimmern oder abgrenzbaren Bereichen der jeweiligen Einrichtung, wobei die Pflegeperson die Gesamtverantwortung für ihren Pflegebereich übernimmt. Bei der Bezugspflege liegt ebenfalls die volle Verantwortung für die Pflege einer kleinen Gruppe bei einer Pflegeperson (Bezugsschwester bzw. -pfleger), die für einen bestimmten Zeitraum (24 Stunden) sämtliche Pflegeleistungen plant, koordiniert und während ihrer Dienstzeit auch ausführt.³⁸ Angedeutet sei an dieser Stelle nur, dass alle genannten Pflegesysteme ihre spezifischen Vor- und Nachteile aufweisen.



³⁸ Die Bezugspflege geht im Übrigen auf den oben genannten Selbstpflegeansatz von Orem zurück.



Altenpflegeausbildung

Für den oft behaupteten „Pflegetotstand“ in deutschen Pflegeheimen wird häufig die problematische Personalsituation als Hauptursache genannt. Folgerichtig steht die Ausbildung in der Altenpflege seit geraumer Zeit im Zentrum von Reformbemühungen³⁹ mit dem Ziel, die Attraktivität der Altenpflegeausbildung zu erhöhen. Der wichtigste Reformschritt der letzten Zeit ist das Altenpflegegesetz des Bundes (BGBl. I, Nr.44 vom 4.9.2003; S. 1691), das die bisherigen unterschiedlichen Ausbildungsregelungen der Länder ablöst und erstmals bundesweit gleiche Rahmenbedingungen schafft.⁴⁰ Die wesentlichen Regelungen des Altenpflegegesetzes sind folgende:

Ausbildungsziele und -inhalte: Die Ausbildungsinhalte verfolgen das Ziel einer umfassenden Befähigung zur Pflege alter Menschen mit Schwerpunkten in der Behandlungspflege und bei der sozialpflegerischen Betreuung. Der Schwerpunkt liegt auf dem praxisorientierten Teil der Ausbildung. Das schulische Lernen wird stärker auf konkretes berufliches Handeln ausgerichtet. Besonderer Wert wird auf selbstständiges und prozessorientiertes Lernen gelegt. Grundsätzlich vollzieht die neue Altenpflegeausbildung eine Abkehr von der Fächerorientierung hin zur „Lernfeldorientierung“⁴¹, indem die einzelnen Fächer durch Lernfelder ersetzt werden (4 Lernbereiche mit 14 Lernfeldern). Dies soll v. a. ermöglichen, neues pflegerisches Wissen (z. B. nationale Expertenstandards) rasch in das Ausbildungsprogramm zu integrieren.

Zugangsvoraussetzungen: Bedingung ist der Realschulabschluss oder ein gleichwertiger Abschluss oder eine zehnjährige Schulbildung als Erweiterung des Hauptschulabschlusses. Personen mit Hauptschulabschluss werden zugelassen, wenn sie eine anderweitige Berufsausbildung nachweisen oder einen Abschluss als Altenpflegehelferin bzw. Altenpflegehelfer oder Krankenpflegehelferin bzw. Krankenpflegehelfer nachweisen können.

Bewerbungen: Bewerbungen werden nicht mehr wie bisher an eine entsprechende Altenpflegeschule gerichtet, sondern direkt an den Träger der Einrichtung, der mit der Schülerin bzw. dem Schüler einen Ausbildungsvertrag abschließen muss.

Praxisanleitung der Altenpflegeschülerinnen und -schüler: Sofern eine Pflegeeinrichtung Ausbildungsbetrieb ist, muss eine Praxisanleiterin bzw. ein Praxisanleiter, die jeweils für die Anleitung der Schülerinnen und Schüler in der Einrichtung zuständig sind, in der Regel eine berufspädagogische Zusatzausbildung absolvieren.

³⁹ Deutschland kennt als einziges Land – neben Österreich – in Europa eine eigenständige Ausbildung für Altenpfleger/-innen.

⁴⁰ Bereits seit Mitte der 1990er Jahre wurde die Einführung einer bundeseinheitlichen Altenpflegeausbildung gefordert.

⁴¹ Lernfelder sind nach Festsetzung der Kultusministerkonferenz „durch Zielformulierung, Inhalte und Zielrichtwerte beschriebene thematische Einheiten, die an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufen orientiert sind.“ (KMK 2000, S. 14). Sie sind Bestandteil der Rahmenlehrpläne.



I Dauer der Ausbildung: Die Ausbildung beträgt nunmehr einheitlich 3 Jahre. Dies gilt auch für vom Arbeitsamt vermittelte Umschülerinnen bzw. Umschüler. Eine Teilzeitausbildung ist möglich.

I Umfang und Struktur der Ausbildung: Insgesamt umfasst die Ausbildung 2.100 Stunden Theorie und 2.500 Stunden Praxis. Die praktische Ausbildung muss in zwei Pflichtstationen (ambulant und stationär) absolviert werden.

I Ausbildungsvergütung: Die Schülerinnen bzw. Schüler haben einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung während der gesamten Ausbildungszeit.

I Abschluss: Die staatliche Prüfung umfasst einen schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil.

Die erwähnte Lernfeldorientierung wird deutlich in der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, in der der theoretische Unterricht in vier übergreifende Lernbereiche aufgeteilt wird. Wie diese Lernfelder in Curricula umgesetzt werden, ist Aufgabe der Bundesländer.⁴²

⁴² Entsprechende Rahmenpläne bzw. empfehlende Richtlinien werden auf Länderebene erarbeitet. Es sei noch darauf hingewiesen, dass das KDA ein „Modell konzentrischer Kreise“ vorschlägt, das insgesamt fünf Schwerpunkte aufweist: Theoriegeleitete Prozesssteuerung, Anwendung auf Lebensbereiche älterer Menschen und Angehöriger (strukturiert nach AEDL), Medizinische Diagnostik, Rechtliche Rahmenbedingungen und Berufliches Handeln bzw. Konfliktfelder; vgl. KDA (2002).



ÜBERSICHT 1.6: LERNBEREICHE UND LERNFELDER IN DER ALTENPFLEGEAUSBILDUNG

1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege	
1.1 der Altenpflege (→ 80 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Alter, Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit - Konzepte, Modelle und Theorien der Pflege - Handlungsrelevanz v. Pflegekonzepten und -modellen anhand konkreter Pflegesituationen - Pflegeforschung, Umsetzung von Forschungsergebnissen - Gesundheitsförderung, Prävention - Rehabilitation - Biografiearbeit - Pflegerelevante Grundlagen der Ethik
1.2 Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluierung der Pflege (→ 120 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmung und Beobachtung - Pflegeprozess - Pflegediagnostik - Planung, Durchführung, Evaluation der Pflege - Grenzen der Pflegeplanung - Pflegedokumentation, EDV
1.3 Personen- und situationsbezogene Pflege (→ 720 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegerelevante Grundlagen (Anatomie, Physiologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Psychologie, Arzneimittelkunde, Hygiene, Ernährungslehre) - Unterstützung bei der Selbstpflege - Mitwirkung bei geriatrischen u. gerontopsychiatrischen Rehabilitationskonzepten - Umgang mit Hilfsmitteln und Prothesen - Pflege alter Menschen mit eingeschränkter Funktion der Sinnesorgane - Pflege alter Menschen mit Behinderungen - Pflege alter Menschen mit akuten und chronischen Erkrankungen - Pflege infektiöser alter Menschen - Pflege multimorbider alter Menschen - Pflege alter Menschen mit chronischen Schmerzen - Pflege alter Menschen in existenziellen Krisensituationen - Pflege dementer und gerontopsychiatrisch veränderter alter Menschen - Pflege alter Menschen mit Suchterkrankungen - Pflege schwerstkranker alter Menschen - Pflege sterbender alter Menschen - Handeln in Notfällen, Erste Hilfe - Überleitungspflege, Case Management
1.4 Anleitung, Beratung, Gesprächsführung (→ 80 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation und Gesprächsführung - Beratung und Anleitung alter Menschen - Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen - Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegefachkräfte sind
1.5 Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie (→ 200 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung ärztlicher Verordnungen - Rechtliche Grundlagen - Rahmenbedingungen - Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten - Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Mitwirkung im therapeutischen Team - Mitwirkung an Rehabilitationsmaßnahmen
2. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung	
2.1 Berücksichtigung der Lebenswelten und sozialen Netzwerke (→ 120 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Altern als Veränderungsprozess - Demografische Entwicklungen - Ethniespezifische und interkulturelle Aspekte - Glaubens- und Lebensfragen - Alltag und Wohnen im Alter - Familienbeziehungen und soziale Netzwerke alter Menschen - Sexualität im Alter - Menschen mit Behinderung im Alter



2. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung	
2.2 Unterstützung bei der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung (→ 60 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Ernährung, Haushalt - Schaffung eines förderlichen und sicheren Wohnraums und Wohnumfelds - Wohnformen im Alter - Hilfsmittel und Wohnraumanpassung
2.3 Unterstützung bei der Tagesgestaltung und selbst organisierten Aktivitäten (→ 120 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Tagesstrukturierende Maßnahmen - Musische, kulturelle und handwerkliche Beschäftigungs- und Bildungsangebote - Feste und Veranstaltungsangebote - Medienangebote - Freiwilliges Engagement alter Menschen - Selbsthilfegruppen - Seniorenvertretungen, Seniorenbeiräte
3. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit	
1.3 Institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen Altenpflegerischen Handelns (→ 120 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Systeme der sozialen Sicherung - Träger, Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens - Vernetzung, Koordination und Kooperation im Gesundheits- und Sozialwesen - Pflegeüberleitung, Schnittstellenmanagement - Rechtliche Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit
3.2 Qualitätssicherung in der Altenhilfe (→ 40 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechtliche Grundlagen - Konzepte und Methoden der Qualitätsentwicklung - Fachaufsicht
4. Altenpflege als Beruf	
4.1 Berufliches Selbstverständnis (→ 60 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Geschichte der Pflegeberufe - Berufsgesetze der Pflegeberufe - Professionalisierung der Altenpflege, Berufsbild und Arbeitsfelder - Berufsverbände und Organisationen der Altenpflege - Teamarbeit und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen - Ethische Herausforderungen der Altenpflege - Reflexion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns
4.2 Lernen des Lernens (→ 40 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Lernen und Lerntechniken - Lernen mit neuen Informations- und Kommunikationstechnologien - Arbeitsmethodik - Zeitmanagement
4.3 Umgang mit Krisen und schwierigen Situationen (→ 80 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Berufstypische Konflikte und Befindlichkeiten - Spannungen in der Pflegebeziehung - Gewalt in der Pflege
4.4 Erhalt und Förderung der eigenen Gesundheit (→ 60 Stunden)	<ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Gesundheitsförderung - Arbeitsschutz - Stressprävention und -bewältigung - Kollegiale Beratung und Supervision
Freie Gestaltung des Unterrichts (→ 200 Stunden)	

Quelle: Altenpflege-, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, BGBl. I Nr. 81 vom 9. November 2002, S. 4418.



Der praktische Teil der Ausbildung umfasst ein Volumen von 2.500 Stunden:

1. Kennenlernen des Praxisfeldes unter Berücksichtigung institutioneller und rechtlicher Rahmenbedingungen und fachlicher Konzepte.
2. Mitarbeiten bei der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei ärztlicher Diagnostik und Therapie unter Anleitung.
3. Übernehmen selbstständiger Teilaufgaben entsprechend dem Ausbildungsstand in der umfassenden und geplanten Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei ärztlicher Diagnostik unter Aufsicht.
4. Übernehmen selbstständiger Projektaufgaben, z. B. bei der Tagesgestaltung oder bei der Gestaltung der häuslichen Pflegesituation.
5. Selbstständig planen, durchführen und reflektieren der Pflege alter Menschen einschließlich Beratung, Begleitung und Betreuung und mitwirken bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie unter Aufsicht.

Langfristig ist nach Meinung von Expertinnen und Experten die Vereinheitlichung der pflegerischen Ausbildungen (Altenpflege, Krankenpflege, Kinderkrankenpflege) anzustreben, was zurzeit jedoch noch innerhalb der Berufsverbände kontrovers diskutiert wird. Für die Integration der Ausbildungsordnungen spricht eine Reihe von Gründen:

- der bereits mehrfach beschriebene demografische Wandel des Alters (v. a. Demenzproblematik), der für die Pflegekräfte zunehmende Belastungen bedeutet,
- die in der Praxis wachsende Überschneidung von Tätigkeiten und Aufgaben der drei Bereiche Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege,
- die (inhaltlich begründete) Notwendigkeit des Abbaus von (hierarchischen) Unterschieden der drei Berufsgruppen,
- die vor dem Hintergrund der Europäischen Einheit wachsende Bedeutung international einheitlicher Ausbildungsabschlüsse,
- die Entwicklung der Pflegewissenschaft selbst, die sich nicht vorrangig mit altersspezifischen Fragestellungen auseinandersetzt.

Dazu kommt indirekt die Absicht, den empirisch nachgewiesenen Pflegemissständen entgegenzuwirken.

In diesem Zusammenhang ist auch ein Modellvorhaben des BMFSFJ zu sehen, bei dem ab Mitte 2004 verschiedene innovative Ausbildungsmodelle von Alten- und Krankenpflegesschulen im Verbund mit stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (auf der Grundlage von § 4 Abs.6 AltPflG und § 4 Abs.6 KrPflG) evaluiert werden.

1.2.3.4 Aspekte der Pflege- und Personalbedarfssituation

Schon seit längerem nimmt die Problematik der Pflege- und Personalbedarfsermittlung innerhalb der Qualitätsdiskussion einen breiten Raum ein. Das Problem der Verknüpfung von Pflegebedarf und Personalbedarf ist zurzeit noch weit von einer zufriedenstellenden Lösung entfernt. Im Widerstreit liegen dabei pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Forderungen auf der einen Seite und leistungs- bzw. vergütungs-



rechtliche Vorschriften zur Finanzierung der Heimpflege auf der anderen Seite. Die Frage nach dem „richtigen“ Personalbedarf in Pflegeheimen muss somit innerhalb mehrerer Grenzl意思en beantwortet werden: den gesetzlichen Rahmenbedingungen, der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der einzelnen Einrichtungen und den fachwissenschaftlich geforderten Standards.

Zum Verhältnis von „Pflegebedürftigkeit“, „Pflegebedarf“ und „Personalbedarf“

Bevor die Verfahren der Personalbemessung genauer betrachtet werden, erscheinen einige Hinweise auf die komplexen Zusammenhänge zwischen Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und Personalbedarf angebracht. So werden die Begriffe „Pflegebedarf“ und „Pflegebedürftigkeit“ häufig synonym verwendet, was aber falsch ist. Pflegebedürftigkeit bezeichnet einen individuellen Zustand eines Menschen, Pflegebedarf die aus diesem Zustand (und anderen Umständen) resultierende notwendige Pflege (Wingefeld 2000). Pflegebedürftigkeit ist also *im Idealfall* eindeutig messbar, quasi „objektiv“. Dagegen ist der Pflegebedarf kein Merkmal von Pflegebedürftigen, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, mithin verschieden je nach Wahl des Beurteilungsverfahrens (Assessment) und der Definition der Pflegeziele.

Pflegebedürftigkeit kennzeichnet den (defizitären) Zustand der Person und hängt ab von der sog. Selbstpflegefähigkeit (Fähigkeit, im Alltag für sich selbst sorgen zu können) und den noch vorhandenen „Ressourcen“, d. h. den körperlichen, kognitiven und mentalen Kompetenzen (Czekay 2000). Im Rahmen des Assessments erfordert die Förderung vorhandener Ressourcen die Orientierung an den Lebenswelten der Personen, d. h. es geht nicht nur um den momentanen Zustand des Pflegebedürftigen, sondern auch um seine im Lebenslauf erworbenen Gewohnheiten, Präferenzen und Problembewältigungsstrategien.

Der Pflegebedarf stellt demgegenüber eine eigenständige Größe dar. Schon von der medizinischen Seite her lässt sich zeigen, dass zwei Menschen mit den gleichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen sehr unterschiedlichen Pflegebedarf haben können, weil viele Krankheitsbilder je nach Schweregrad sehr unterschiedlichen Pflegebedarf nach sich ziehen können. Zum anderen ist es möglich, dass gleicher Pflegebedarf mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern bzw. Syndromen korrespondiert.

Die Bestimmung des Pflegebedarfs erfordert vor allem, dass Pflegeziele festgelegt werden, wobei die genannten personellen Ressourcen und Selbstpflegefähigkeiten berücksichtigt werden müssen. Die besondere Problematik der Altenpflege besteht darin, dass einerseits bestimmte Ziele (z. B. Selbstständigkeit) oft selbst bei bester Pflege nicht mehr erreicht bzw. langfristig gesichert werden können. Andererseits können „Zielkonflikte“ auftreten, etwa wenn das Ziel „Selbstbestimmung“ in Widerspruch zum Ziel „Selbstständigkeit“ gerät, weil z. B. einzelne Bewohnerinnen und Bewohner lieber umhert und umsorgt werden wollen als sich „aktivieren“ zu lassen.



Darüber hinaus sind zur Bestimmung des Pflegebedarfs Festlegungen über die einzusetzenden Pflegemethoden⁴³ zu treffen. Dies erfordert wiederum Qualitätskriterien bzw. Pflegestandards, die definieren, welche pflegerischen Leistungen auf der Grundlage des Pflegezustands erbracht werden sollen.

Wenn schon das Verhältnis von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf nicht eindeutig ist, so trifft dies erst recht auf das Verhältnis dieser Begriffe zum Personalbedarf zu.

- Bei der direkten Pflege besteht das grundlegende Problem darin, zu einer messbaren Größe der „erforderlichen Pflegezeit“ zu gelangen. Durchschnittswerte sind hierfür kaum geeignet, da der individuelle Pflegebedarf starken zeitlichen Schwankungen unterworfen sein kann, so etwa bei der Heimaufnahme, bei unregelmäßig auftretenden Situationen oder Krankheitsverläufen (z. B. Akuterkrankungen), oder auch durch erhöhten Interventionsbedarf im Nachtdienst. Besonders bei Demenzkranken kann der Pflegebedarf von Tag zu Tag oder sogar während eines Tages so stark variieren, dass eine „durchschnittliche Pflegezeit“ wenig Sinn macht.
- Dazu kommt, dass qualifikatorische Anforderungen, die sich durch die Struktur der Bewohnerschaft und die Arbeitsorganisation ergeben, im Rahmen der Personalbemessung gewichtet werden müssen. So spielt die Pflegeorganisation bzw. das verwendete Pflegesystem (Bezugspflege etc.) eine bedeutsame Rolle, da hiermit bestimmte Qualifikationsprofile der Pflegekräfte bzw. Pflegeteams verbunden sind. Auch geht eine starre Zuordnung von Qualifikationen zu bestimmten Pflegemaßnahmen fehl, da z. B. selbst scheinbar einfache Pflegeinterventionen im Bereich der Grundpflege häufig besser durch qualifiziertes Personal erbracht werden sollten.
- Doch nicht nur in Bezug auf die direkte Pflege sind eindeutige Zeitwerte unmöglich, dazu kommen auch eine Reihe von *mittelbar* bzw. indirekt bewohnerbezogenen Tätigkeiten, deren Zeitaufwand bestimmt werden muss. Dazu gehören z. B. der Aufwand für Pflegeplanung und Pflegedokumentation, Arbeitsbesprechungen und Übergaben, aber auch Arbeitszeiten für einrichtungsübergreifende Kommunikation (z. B. mit Krankenhäusern) sowie für Zeiten der Anleitung und Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Hilfskräfte. Ferner müssen im Sinne der geforderten Qualitätssicherung auch zeitliche Ressourcen für das Qualitätsmanagement, Fort- und Weiterbildungen oder Supervisionen vorgehalten werden.
- Des Weiteren sind Faktoren einzurechnen, die die spezifische Angebotsstruktur der Einrichtung berücksichtigen, etwa wenn spezielle Angebote für gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner gemacht werden oder personalintensive Betreuungskonzepte zur Anwendung kommen (z. B. Konzepte, die dem veränderten Tag-Nacht-Rhythmus der Bewohnerinnen und Bewohner entgegenkommen).
- Schließlich müssen auch arbeitsrechtliche und tarifrechtliche Bestimmungen, Urlaubsregelungen und valide Daten zu Ausfallzeiten des Personals bei der Personalbemessung angemessen berücksichtigt werden.

⁴³ Beispiele für solche Pflegemethoden sind etwa basale Stimulation, Biografiearbeit, therapeutische Einreibungen und anderes.



Die Auflistung zeigt, wie komplex das Unterfangen einer rationalen, transparenten Personalbemessung tatsächlich ist. Was als bedarfsgerechte Pflege einzustufen ist, kann letztlich nur auf der Basis eines Konsensprozesses unter Beteiligung aller relevanten Akteure und Professionen geklärt werden, wobei neben den rein fachlichen Kriterien auch gesellschaftliche Wertvorstellungen eine prägende Rolle spielen. Sie betreffen die Frage, was „wir“ bereit sind, den Pflegebedürftigen an Leistungen zu gewähren und zu finanzieren. Daher ist auch eine rationale Personalbemessung von diesen Voraussetzungen abhängig.

Verfahren zur Personalbedarfsbemessung

Personalbemessungsverfahren lassen sich als Instrumente zur Ermittlung des erforderlichen Personals einer Einrichtung definieren, und zwar sowohl in quantitativer, was die Anzahl des Personals betrifft, als auch in qualitativer Hinsicht, bezüglich der fachlichen *Qualifikationen* des Personals. Ihre handfeste Bedeutung erhalten Verfahren zur Personalbemessung auf Grund der Tatsache, dass sie in die Pflegesatzverhandlungen einfließen und für die Pflegeeinrichtungen letztlich „bares Geld“ bedeuten. Bisher sind die in der Praxis angewendeten Verfahren zur Personalbemessung der Bundesländer allerdings wenig transparent. So werden Personalanzahlzahlen benutzt, die sich an den Pflegestufen (bzw. Pflegeklassen) orientieren, jedoch empirisch kaum begründet sind. Die Orientierungswerte und Berechnungsformeln nach Einführung der Pflegeversicherung sind mehr oder weniger grobe Fortschreibungen von länderspezifischen Personalanzahlzahlen, die vor Einführung der Pflegeversicherung gültig waren (Gennrich/Bösel 2002). Solche Personalanzahlzahlen⁴⁴ werden aus fachlicher Perspektive u. a. deswegen kritisiert, weil sie sich nicht am individuellen Bedarf orientieren, sondern ihre Legitimation aus der betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung der Heimträger beziehen. Insbesondere können sie keine unterschiedlichen Personalbedarfe abbilden, die sich aus unterschiedlichen Bewohnerstrukturen der Heime ergeben. Speziell gerontopsychiatrisch veränderte Menschen erfordern einen höheren Arbeits- bzw. Personalaufwand, denen mit undifferenzierten Richtwerten nicht beizukommen ist.

Mittlerweile besteht aber ein fachlicher Konsens darüber, dass alle Verfahren zur Personalbemessung ihren Ausgangspunkt im individuellen Zustand der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nehmen sollten. Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass Bemessungsverfahren eine Reihe von Anforderungen erfüllen müssen, um eine intersubjektiv gültige Verknüpfung von Pflegebedarf und Personalbedarf beanspruchen zu können (Bartholomeyczik et al. 2002, Czekay 2000). Sie sollten insbesondere:

- den individuellen Hilfebedarf abbilden können,
- Qualitätskriterien definieren, aus denen sich der Arbeitsaufwand ableitet,
- den gesamten erforderlichen Arbeitsaufwand einschätzen können,
- Daten zu Durchschnittszeiten, Personalzahlen und -qualifikationen integrieren können,

⁴⁴ Beispiel: Ein Wert 1:2 bedeutet, dass eine Pflegekraft für jeweils zwei Pflegebedürftige eingestellt werden muss; siehe unten, Übersicht 1.8



- Art und Umfang der indirekt bewohnerbezogenen Arbeiten einschätzen können,
- Besonderheiten der Einrichtungen berücksichtigen können (Pflegeorganisation, Betreuungskonzepte etc.).

Derzeit gibt es noch kein Personalbemessungsverfahren, das allen genannten Anforderungen gerecht werden kann. Um einen Überblick über den Ist-Zustand der derzeit angewendeten Verfahren zur Personalbemessung zu gewinnen, hat das KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) entsprechende Untersuchungen angestellt (Genrich/Bösel 2002). Dabei hat sich gezeigt, dass sich in der bundesdeutschen Praxis die Verfahren zur Personalbemessung in Heimen grob in vier Kategorien einteilen lassen (Rückert 2000):

1. Im betriebswirtschaftlichen Ansatz wird das benötigte Pflegepersonal als Restgröße behandelt. Basis dafür sind die für die Finanzierung des Personals verbleibenden Mittel.
2. Das Pflegepersonal wird gemäß dem Pflegebedarf einer Pflegewohngruppe mit bestimmter Verteilung von Pflegestufen bestimmt (z. B. Baden-Württemberg, Niederlande). Diese „Bedarfsgruppen“ werden allerdings nicht auf der Grundlage des *individuellen* Pflegebedarfs ermittelt.
3. Es werden Personalanzahlzahlen nach der Klassifizierung der Pflegebedürftigen festgelegt. Dies ist die bisher überwiegende Praxis in den Bundesländern.
4. Die Personalbemessung erfolgt durch Pflegezeitmessung auf der Basis individueller Pflegepläne.

Die beiden erstgenannten Formen basieren nicht auf der „erforderlichen Pflege“ der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern mit diesen Verfahren werden vorgegebene Kosten auf einzelne Kostenträger verteilt. Das dritte Verfahren ist das bereits vor Einführung der Pflegeversicherung obligatorische und immer noch am häufigsten angewandte. Das derzeit am meisten diskutierte Verfahren der (anzustrebenden) vierten Kategorie ist PLAISIR und soll an dieser Stelle etwas ausführlicher vorgestellt werden.⁴⁵

PLAISIR ist ein Akronym und bedeutet „Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis en milieux des soins prolongés“, zu Deutsch „EDV-gestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege“. PLAISIR wurde von der kanadischen Firma EROS (Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé) unter der Leitung des Informatik-Professors Charles Tilquin, mit Beteiligung von Fachkraftgremien (hauptsächlich Krankenschwestern), entwickelt. Die erste Version von PLAISIR wurde 1983 fertiggestellt und seitdem mehrfach modifiziert. Was die internationale Verbreitung angeht, so wurde PLAISIR seit 1984 in der kanadischen Provinz Quebec flächen-

⁴⁵ Daneben gibt es eine Reihe weiterer Verfahren wie z. B. PERSYS, BASIS, oder auf internationaler Ebene BAK, CTMSP usw., die an dieser Stelle jedoch nicht weiter erörtert werden können; vgl. KDA (2000).



deckend angewendet, seit 1994 in einigen Kantonen der Schweiz und 1998 regional begrenzt in Italien. Seit 1999 wurde PLAISIR auch in Deutschland in einigen Bundesländern erprobt.⁴⁶

PLAISIR lässt sich allgemein charakterisieren als Verfahren zur Ermittlung des Pflegezeit- und Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Die Grundlage dazu bildet das „biopsychosoziale Profil“ der Bewohnerin bzw. des Bewohners und ein darauf aufbauender detaillierter Pflegeplan (Pflegeaktionen) für den Zeitraum von einer Woche. Daran schließt sich die Kalkulation des für die Pflege benötigten Zeitbedarfs an. Das Vorgehen lässt sich dabei in drei Phasen einteilen, und zwar Datenerhebung, Plausibilitätsprüfung und Datenauswertung.

1. Phase: Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt mittels eines 32-seitigen, standardisierten Erhebungsbogens (FRAN = Formulaire de relevé des actions nursing, zu Deutsch: Fragebogen zur Erfassung der erforderlichen Pflege). Dieser FRAN muss von speziell geschulten Pflegefachkräften (sog. Evaluierer) ausgefüllt werden, wobei es sich um Personal der Einrichtung selbst oder um externe Evaluierer handeln kann. Zum Ausfüllen des FRAN greift der Evaluierer auf eine Reihe von Materialien zurück: den Bewohnerakten, den Pflegeplänen und Pflegedokumentationen, sonstigen relevanten Dokumenten der Einrichtung und auf das PLAISIR-Handbuch mit Richtlinien und Leistungsbeschreibungen. Bei Bedarf werden auch Pflegebedürftige selbst oder Angehörige befragt.

Im ersten Teil des FRAN (Anamnese, 3 Seiten) werden persönliche Kenndaten, das Bewohnerprofil der erhaltenen Leistungen und sein biopsychosoziales Profil erhoben. Dazu gehören über 185 Bewohnermerkmale, inklusive 55 medizinische Diagnosen. Der zweite Teil des FRAN (29 Seiten) besteht aus den dort so bezeichneten „erforderlichen Pflegeaktionen“, gründend auf der Anamnese und einem detaillierten Pflegeplan im Zeitraum von 7 Tagen für jeweils 24 Stunden. Die Pflegeaktionen sind dabei aufgeteilt in 10 Bereiche: Atmung, Essen und Trinken, Ausscheiden, Sich Pflegen bzw. Kleiden, Sich Bewegen, Kommunikation, Medikamente, Intravenöse Therapie, Behandlungen und Diagnostische Maßnahmen. Diese Bereiche werden wiederum in die drei übergeordneten Bereiche Grundpflege (ATL), Kommunikation und zwischenmenschliche/erzieherische Pflege (Psychosoziale Betreuung) sowie Behandlungspflege (Mithilfe bei ärztlicher Therapie und Diagnostik) zusammengefasst.

Die erforderlichen Pflegeleistungen werden auf der Basis von Leistungsbeschreibungen und Richtlinien identifiziert, die aufgrund von Vereinbarungen zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und Pflegevertretern ausgehandelt wurden, mithin veränderbar sind. Diese von PLAISIR benutzten „Pflegestandards“ bestehen aus ca. 190 Leistungsbeschreibungen für einen „durchschnittlichen“ Heimbewohner bzw.

⁴⁶ In Deutschland bisher dreimal: zuerst in einer Pflegeeinrichtung der Caritas in Mannheim, später in 11 Einrichtungen der AWO (verteilt über 8 Bundesländer) und zuletzt in Bremen in 15 Einrichtungen der Bremer Heimstiftung.



Heimbewohnerin. Sie beschreiben ein Leistungspaket, auf das einzelne Pflegebedürftige grundsätzlich Anspruch haben. Durch die Datenerfassung wird geprüft, welche Abweichungen vom Regelfall begründet werden können.

2. Phase: Datenüberprüfung (Validierung)

Der zweite Schritt ist die Datenüberprüfung, auch Plausibilitätsprüfung oder Validierung genannt (in der PLAISIR-Sprache „Desk Review“). Dazu müssen zunächst die gesammelten Erhebungsbögen (FRAN) von ebenfalls speziell geschulten Pflegefachkräften in einem zweistufigen Verfahren bearbeitet werden. Der erste Schritt ist die Datenbereinigung, d. h. es wird geprüft, ob die Daten korrekt eingegeben wurden und den gültigen Vereinbarungen entsprechen. Im zweiten Schritt wird aus den bereinigten Ursprungsdaten mittels spezieller Software eine technische Datenvorlage erstellt (sog. IMPFRAN = Imprimé FRAN, zu Deutsch etwa: zusammengefasste Auswertung), welche die Grundlage für die dritte und entscheidende Phase darstellt. Die FRAN werden dabei jeweils pro Organisationseinheit (z. B. Stationsbereich, Wohneinheit, Abteilung) zusammengefasst.

3. Phase: Datenauswertung

In der letzten Phase wird eine Vielzahl von Einflussgrößen verrechnet, um die als erforderlich ermittelten Pflegeleistungen in Personalstellen umzurechnen. Die zentrale Maßeinheit für den Personalbedarf ist die Pflegezeit in Minuten. Sie errechnet sich aus den Zeitwerten der Richtwerte, d. h. jeder einzelnen Pflegeaktion liegt eine inhaltliche Beschreibung und ein Zeitwert zugrunde, der auf der Basis der Zustandsdaten der Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlich gewichtet werden kann.

Auf der Grundlage der Datenvorlagen werden im Rechenzentrum eine Reihe von Auswertungsschemata in Längsschnitt- oder Querschnittform produziert („statuarische outputs“), die sich auf einzelne Wohnbereiche einer Einrichtung, auf die Einrichtung insgesamt oder auf mehrere regional verteilte Einrichtungen beziehen können. Darunter fallen z. B. jeweils zusammengefasste Auswertungen des Bewohnerzustands, der erforderlichen Leistungen pro Bewohnerin und Bewohner und der pro Bewohnerin und Bewohner erforderlichen Personalressourcen.

Zur Ermittlung des benötigten Personals wird die vergütungsfähige Arbeitszeit in fünf Elemente unterteilt und nach einem speziellen Schema in Arbeitsstunden umgerechnet. Die Grundgrößen Nettopflegeminuten und Produktive Pflegeminuten ergeben sich aus dem PLAISIR-Verfahren selbst, die weiteren Rechnungsschritte werden zum Teil nach den gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen vorgenommen.⁴⁷ Aus den „Gearbeiteten Pflegestunden“ bzw. „Bezahlten Pflegestunden“ ergibt sich dann die Zahl der benötigten Vollzeitstellen.

ÜBERSICHT 1.7: SCHEMA DER ERMITTLUNG DER ARBEITSSTUNDEN DES PFLEGEPERSONALS NACH PLAISIR	
Bestandteile der vergütungsfähigen Arbeitszeit	Berechnungsschema der vergütungsfähigen Arbeitszeit
1.) Direkte Pflege 2.) Indirekte Pflege (= in Abwesenheit des Bewohners für ihn ausgeführte Pflege, Bereitstellung von Arzneimitteln) 3.) Nebenaktivitäten (= verbale und schriftliche bewohnerbezogene Kommunikation, Verwaltungs- und Instandhaltungsaktivitäten, Wegstrecken) 4.) Pausen 5.) Abwesenheiten	1.) NPM (Nettopflegeminuten) = Erforderliche Pflegestunden für direkte und indirekte Pflege 2.) PPM (Produktive Pflegeminuten) = NPM + erforderliche Nebenaktivitäten (24 Minuten pro Bewohner pro Tag) 3.) GPM (Gearbeitete Pflegeminuten) = PPM + Pausen 4.) BPM (Bezahlte Pflegeminuten) = GPM + Abwesenheiten + Urlaub

PLAISIR wird mittlerweile in einigen Bundesländern zur flächendeckenden Anwendung empfohlen (z. B. Schleswig-Holstein). Zwar wird aus der Pflegewissenschaft auch Kritik an dem Verfahren geäußert⁴⁸, dennoch überwiegen nach Ansicht der meisten Expertinnen und Experten die Vorzüge. Der wesentliche Vorteil der Methode besteht darin, dass auf nachprüfbarer Weise die im Einzelfall erforderliche Pflege ermittelt und in den dafür notwendigen Personalaufwand umgerechnet werden kann. Zudem ist PLAISIR international erprobt und bietet eine gute Grundlage für die interne Qualitätssicherung. Insgesamt gesehen geht von der Diskussion um PLAISIR eine durchweg positive Wirkung aus. Sie trägt dazu bei, dass rationale Verfahren zur Personalbedarfsbemessung, die nach wissenschaftlichen Kriterien geprüft sind, in Zukunft die einzige Alternative für eine bedarfsgerechte Versorgung sein werden. Eine für alle Seiten befriedigende Lösung wird allerdings noch geraume Zeit in Anspruch nehmen.

Gesetzliche Vorschriften zum Personalbedarf

→ Regelungen in der Heimpersonalverordnung (HeimPersV)

Unabhängig von den Vorschriften des SGB XI gelten die Regelungen der HeimPersV. Gegenüber den Rahmenverträgen sind die Festlegungen der HeimPersV weitaus allgemeiner und legen keine konkreten Zahlen, sondern nur Untergrenzen bezüglich der Fachkräfte fest. Wesentliche Vorschriften der HeimPersV sind folgende:

- **Bezüglich der Heimleitungen:** Sie müssen persönlich und fachlich geeignet sein. Fachliche Eignung wird unterstellt, wenn der bzw. die Betreffende a) eine Ausbildung als Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen, in einem kaufmännischen Beruf oder in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluss nachweisen kann und b) mindestens 2 Jahre in Leitungsfunktion in einem Heim (oder einer ähnlichen Einrichtung) hauptberuflich tätig war. Persönliche Eignung

⁴⁸ So etwa Bartholomeyczik et al. (2002). Den Autoren zufolge entstamme PLAISIR der Krankenhauspflege und müsse für die Langzeitpflege modifiziert werden, um einer Zentrierung auf medizinische Belange entgegen zu wirken. Weiterhin mangle es den von PLAISIR verwendeten „Pflegestandards“ zum Teil an pflegewissenschaftlicher Fundierung. Auch seien Teile der erfassten Daten nicht pflegerelevant, während andererseits pflegerelevante Merkmale nicht erhoben würden.



heißt im Wesentlichen, dass keine rechtskräftigen Verurteilungen in bestimmten Straftatbeständen vorliegen und keine Ordnungswidrigkeiten nach § 21 HeimG begangen worden sind.

- **Bezüglich der Pflegedienstleitungen:** Sie müssen ebenso wie die Heimleitung die erforderliche persönliche und fachliche Eignung besitzen. Die fachliche Eignung ist erfüllt, wenn ein staatlich anerkannter Ausbildungsabschluss zur Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen vorliegt und ebenfalls mindestens zweijährige Berufspraxis in einem Heim nachgewiesen werden kann.
- **Keine Fachkräfte sind:** Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer sowie vergleichbare Hilfskräfte.
- **Betreuungstätigkeiten** dürfen nur von Fachkräften oder unter „angemessener Beteiligung“ von Fachkräften ausgeführt werden. Hierbei ist eine **Fachkraftquote** von mindestens 50% vorgeschrieben: Bei mehr als 4 pflegebedürftigen Personen muss mindestens jeder zweite (weitere) Beschäftigte eine Fachkraft sein (§ 5 HeimPersV). Im Übrigen entscheiden die Bundesländer darüber, was Fachkräfte sind.
- Auch bei Nachtwachen muss mindestens eine Fachkraft anwesend sein.
- Abweichungen sind möglich, wenn „dies für eine fachgerechte Betreuung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erforderlich oder ausreichend ist“.
- Der Träger des Heims ist verpflichtet, den Beschäftigten Gelegenheit zu Fort- und Weiterbildungen zu geben, sofern sie sich auf 12 beispielhaft in § 8 HeimPersV definierte Inhalte beziehen.

→ **Regelungen im SGB XI**

§ 75 SGB XI schreibt vor, dass in den sog. Rahmenverträgen (zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern) auch länderspezifische Verfahren zur Personalbedarfsermittlung definiert werden. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen gelten unmittelbar die Festsetzungen in den landesweit abzuschließenden Rahmenverträgen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern und Sozialhilfeträgern. Demzufolge gibt es auch 16 verschiedene Rahmenverträge in Deutschland. Die wesentlichen Bestimmungen lauten dabei:

- Die Rahmenverträge legen „Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen“ (§ 75 Abs.2 Nr.3) fest.
- Als Teile der Verträge „sind entweder 1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder 2. landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren“ (§ 75 Abs.3 Satz 1).
- Weiterhin können die Personalrichtwerte als Bandbreiten vereinbart werden, müssen bei teil- oder vollstationärer aber mindestens „1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanhaltzahlen), sowie 2. im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal“ erfassen (§ 75 Abs.3 Satz 3).



Nach § 80a SGB XI sollen in den neuen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) Leistungs- und Qualitätsmerkmale festgelegt werden, wozu auch die notwendige „personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter“ (§ 80a Abs.2 Satz 2) gehört. Im Übrigen muss der Heimträger auf Verlangen (der Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung) in einem Personalabgleich nachweisen, dass er das als „notwendig anerkannte und vereinbarte Personal auch tatsächlich bereitstellt und bestimmungsgemäß einsetzt.“ (§ 80a Abs.5). Der Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ist erst ab dem Jahr 2004 zwingende Voraussetzung für den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung.

Abschließend sind in Übersicht 2.7 die derzeit in den Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen festgelegten Regelungen zum Personalbedarf dargestellt. Demnach haben bisher nur zwei Bundesländer (Baden-Württemberg und Niedersachsen) in den Landesrahmenverträgen selbst Personalrichtwerte festgelegt. In allen anderen Fällen stammen die genannten Werte aus entsprechenden Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarungen, die jedoch nicht frei zugänglich sind, weswegen auf Sekundärquellen zurückgegriffen werden musste.⁴⁹ Für die Bundesländer Sachsen und Thüringen liegen keine Richtwerte vor, d. h. hier wurden bislang noch keine verbindlichen Personalschlüssel vereinbart. Insgesamt wird dabei deutlich, dass die Regelungen in den einzelnen Ländern zum Teil stark voneinander abweichen, was kaum durch pflegewissenschaftliche Gründe erklärt werden kann. Insofern sind diese Richtwerte eher Fortschreibungen der Personalschlüssel aus der Vergangenheit und Ausdruck des Verhandlungsgeschicks der beteiligten Akteure.

⁴⁹ Es handelt sich dabei um eine ältere Übersicht des KDA und interne Zusammenstellungen der Kosten- bzw. Einrichtungsträger.



ÜBERSICHT 1.8: PERSONALRICHTWERTE FÜR STATIONÄRE PFLEGEINRICHTUNGEN IN DEN BUNDESLÄNDERN																			
Bundesland	Festlegungen zum Personalbedarf in der stationären Pflege im jeweiligen Rahmenvertrag																		
Baden-Württemberg	<p>Rahmenvertrag: Personalrichtwerte (ab 1.1.2003)</p> <table border="0"> <tr> <td>a) allgemein</td> <td></td> <td>b) Betreuung schwer Demenzkranker</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 3,96 bis 1 : 3,13</td> <td>1 : 2,38</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 2,83 bis 1 : 2,23</td> <td>1 : 1,70</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 2,08 bis 1 : 1,65</td> <td>1 : 1,25</td> </tr> <tr> <td>c) Hauswirtschaft und Technik:</td> <td colspan="2">unabhängig von den Pflegestufen bis zu 1 : 5,9</td> </tr> <tr> <td>d) Leitung und Verwaltung:</td> <td colspan="2">unabhängig von den Pflegestufen bis zu 1 : 30</td> </tr> </table>	a) allgemein		b) Betreuung schwer Demenzkranker	Pflegestufe I	1 : 3,96 bis 1 : 3,13	1 : 2,38	Pflegestufe II	1 : 2,83 bis 1 : 2,23	1 : 1,70	Pflegestufe III	1 : 2,08 bis 1 : 1,65	1 : 1,25	c) Hauswirtschaft und Technik:	unabhängig von den Pflegestufen bis zu 1 : 5,9		d) Leitung und Verwaltung:	unabhängig von den Pflegestufen bis zu 1 : 30	
a) allgemein		b) Betreuung schwer Demenzkranker																	
Pflegestufe I	1 : 3,96 bis 1 : 3,13	1 : 2,38																	
Pflegestufe II	1 : 2,83 bis 1 : 2,23	1 : 1,70																	
Pflegestufe III	1 : 2,08 bis 1 : 1,65	1 : 1,25																	
c) Hauswirtschaft und Technik:	unabhängig von den Pflegestufen bis zu 1 : 5,9																		
d) Leitung und Verwaltung:	unabhängig von den Pflegestufen bis zu 1 : 30																		
Bayern	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen: Stellenschlüssel für 1999:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Normalstation</td> <td>Beschützte Abteilung</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 8,8</td> <td>1 : 5,4</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 3,9</td> <td>1 : 2,7</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 2,5</td> <td>1 : 2,1</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 2,0</td> <td>1 : 1,9</td> </tr> <tr> <td>Personalschlüssel insg.</td> <td>1 : 2,56</td> <td>1 : 2,19</td> </tr> </table>		Normalstation	Beschützte Abteilung	Pflegestufe 0	1 : 8,8	1 : 5,4	Pflegestufe I	1 : 3,9	1 : 2,7	Pflegestufe II	1 : 2,5	1 : 2,1	Pflegestufe III	1 : 2,0	1 : 1,9	Personalschlüssel insg.	1 : 2,56	1 : 2,19
	Normalstation	Beschützte Abteilung																	
Pflegestufe 0	1 : 8,8	1 : 5,4																	
Pflegestufe I	1 : 3,9	1 : 2,7																	
Pflegestufe II	1 : 2,5	1 : 2,1																	
Pflegestufe III	1 : 2,0	1 : 1,9																	
Personalschlüssel insg.	1 : 2,56	1 : 2,19																	
Berlin	<p>Rahmenvertrag: (Stand 29.1.1998) Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 5% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen:</p> <table border="0"> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 7,74</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 4,64</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 2,73</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 2,11</td> </tr> </table>	Pflegestufe 0	1 : 7,74	Pflegestufe I	1 : 4,64	Pflegestufe II	1 : 2,73	Pflegestufe III	1 : 2,11										
Pflegestufe 0	1 : 7,74																		
Pflegestufe I	1 : 4,64																		
Pflegestufe II	1 : 2,73																		
Pflegestufe III	1 : 2,11																		
Brandenburg	<p>Rahmenvertrag: (Stand 1.5.1997) Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen:</p> <table border="0"> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 4,53</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 3,32</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 2,12</td> </tr> <tr> <td>Härtefälle</td> <td>1 : 1,80</td> </tr> </table>	Pflegestufe I	1 : 4,53	Pflegestufe II	1 : 3,32	Pflegestufe III	1 : 2,12	Härtefälle	1 : 1,80										
Pflegestufe I	1 : 4,53																		
Pflegestufe II	1 : 3,32																		
Pflegestufe III	1 : 2,12																		
Härtefälle	1 : 1,80																		
Bremen	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen:</p> <table border="0"> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 6,79</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 4,08</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 2,55</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 2,04</td> </tr> </table>	Pflegestufe 0	1 : 6,79	Pflegestufe I	1 : 4,08	Pflegestufe II	1 : 2,55	Pflegestufe III	1 : 2,04										
Pflegestufe 0	1 : 6,79																		
Pflegestufe I	1 : 4,08																		
Pflegestufe II	1 : 2,55																		
Pflegestufe III	1 : 2,04																		



Bundesland	Festlegungen zum Personalbedarf in der stationären Pflege im jeweiligen Rahmenvertrag																				
Hamburg	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarung: (Stand: 13.11.1997)</p> <table> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 13,04</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 4,30</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 2,53</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 1,79</td> </tr> </table>	Pflegestufe 0	1 : 13,04	Pflegestufe I	1 : 4,30	Pflegestufe II	1 : 2,53	Pflegestufe III	1 : 1,79												
Pflegestufe 0	1 : 13,04																				
Pflegestufe I	1 : 4,30																				
Pflegestufe II	1 : 2,53																				
Pflegestufe III	1 : 1,79																				
Hessen	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen:</p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Tagdienst</th> <th>Nachtdienst</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 9,2</td> <td>1 : 49</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 9,2</td> <td>1 : 49</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 4,6</td> <td>1 : 20</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 3,0</td> <td>1 : 16</td> </tr> <tr> <td>Härtefälle</td> <td>1 : 2,3</td> <td>1 : 12</td> </tr> </tbody> </table>		Tagdienst	Nachtdienst	Pflegestufe 0	1 : 9,2	1 : 49	Pflegestufe I	1 : 9,2	1 : 49	Pflegestufe II	1 : 4,6	1 : 20	Pflegestufe III	1 : 3,0	1 : 16	Härtefälle	1 : 2,3	1 : 12		
	Tagdienst	Nachtdienst																			
Pflegestufe 0	1 : 9,2	1 : 49																			
Pflegestufe I	1 : 9,2	1 : 49																			
Pflegestufe II	1 : 4,6	1 : 20																			
Pflegestufe III	1 : 3,0	1 : 16																			
Härtefälle	1 : 2,3	1 : 12																			
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen:</p> <table> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 11,0 bis 1 : 9,0</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 6,0 bis 1 : 5,0</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 4,0 bis 1 : 3,0</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 3,0 bis 1 : 2,0</td> </tr> </table>	Pflegestufe 0	1 : 11,0 bis 1 : 9,0	Pflegestufe I	1 : 6,0 bis 1 : 5,0	Pflegestufe II	1 : 4,0 bis 1 : 3,0	Pflegestufe III	1 : 3,0 bis 1 : 2,0												
Pflegestufe 0	1 : 11,0 bis 1 : 9,0																				
Pflegestufe I	1 : 6,0 bis 1 : 5,0																				
Pflegestufe II	1 : 4,0 bis 1 : 3,0																				
Pflegestufe III	1 : 3,0 bis 1 : 2,0																				
Niedersachsen	<p>Rahmenvertrag: (Stand : 1.9.1998)</p> <table> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 12,16 bis 1 : 14,5</td> <td>Leitung / Verwaltung</td> <td>1 : 27,2</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 3,65 bis 1 : 4,5</td> <td>Wirtschaftsdienst</td> <td>1 : 6,3</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 2,43 bis 1 : 3,0</td> <td>Technischer Dienst</td> <td>1 : 72,5</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 1,82 bis 1 : 2,2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Personalschlüssel</td> <td>insg. 1 : 2,75</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Pflegestufe 0	1 : 12,16 bis 1 : 14,5	Leitung / Verwaltung	1 : 27,2	Pflegestufe I	1 : 3,65 bis 1 : 4,5	Wirtschaftsdienst	1 : 6,3	Pflegestufe II	1 : 2,43 bis 1 : 3,0	Technischer Dienst	1 : 72,5	Pflegestufe III	1 : 1,82 bis 1 : 2,2			Personalschlüssel	insg. 1 : 2,75		
Pflegestufe 0	1 : 12,16 bis 1 : 14,5	Leitung / Verwaltung	1 : 27,2																		
Pflegestufe I	1 : 3,65 bis 1 : 4,5	Wirtschaftsdienst	1 : 6,3																		
Pflegestufe II	1 : 2,43 bis 1 : 3,0	Technischer Dienst	1 : 72,5																		
Pflegestufe III	1 : 1,82 bis 1 : 2,2																				
Personalschlüssel	insg. 1 : 2,75																				
NRW	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen: (Stand 8.10.1998)</p> <table> <tr> <td>Pflegestufe 0</td> <td>1 : 8,0</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe I</td> <td>1 : 4,0</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe II</td> <td>1 : 2,5</td> </tr> <tr> <td>Pflegestufe III</td> <td>1 : 1,8</td> </tr> </table>	Pflegestufe 0	1 : 8,0	Pflegestufe I	1 : 4,0	Pflegestufe II	1 : 2,5	Pflegestufe III	1 : 1,8												
Pflegestufe 0	1 : 8,0																				
Pflegestufe I	1 : 4,0																				
Pflegestufe II	1 : 2,5																				
Pflegestufe III	1 : 1,8																				



Bundesland	Festlegungen zum Personalbedarf in der stationären Pflege im jeweiligen Rahmenvertrag
Rheinland-Pfalz	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarung: Pfleigestufe 0 1 : 8,7 bis 8,3 Pfleigestufe I 1 : 4,3 bis 4,1 Pfleigestufe II 1 : 2,9 bis 2,7 Pfleigestufe III 1 : 1,9 bis 1,7</p>
Saarland	<p>Rahmenvertrag: Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarung: Mindest-Personalausstattung Pfleigestufe I 1 : 3,92 Pfleigestufe II 1 : 2,81 Pfleigestufe III 1 : 2,07</p>
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 20% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen: Pfleigestufe 0 1 : 11,0 bis 1 : 9,0 Pfleigestufe I 1 : 6,0 bis 1 : 5,0 Pfleigestufe II 1 : 4,0 bis 1 : 3,0 Pfleigestufe III 1 : 3,0 bis 1 : 2,0</p>
Sachsen	(Keine Vereinbarungen)
Sachsen-Anhalt	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 30% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarungen: Pfleigestufe 0 50% von Pflegestufe I Pfleigestufe I 1 : 5,2 Pfleigestufe II 1 : 2,65 Pfleigestufe III 1 : 1,7</p>
Schleswig-Holstein	<p>Rahmenvertrag: Keine Personalrichtwerte Der Anteil von durch geringfügig Beschäftigte erbrachte Pflegeleistungen soll 30% nicht übersteigen.</p> <p>Vergütungsvereinbarung: Personalanhaltswerte (Korridorwerte) Pfleigestufe 0 1 : 12,0 bis 1 : 9,0 Pfleigestufe 1 1 : 6,0 bis 1 : 4,05 Pfleigestufe 2 1 : 4,0 bis 1 : 3,05 Pfleigestufe 3 1 : 2,8 bis 1 : 2,28</p>
Thüringen	(Keine Vereinbarungen)

Quelle: KDA (2000); Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI; Schneekloth/Müller (2000), S. 152; interne Übersichten.



II.

Praxis der Heimaufsicht

2.1 Hinweise und Empfehlungen für die tägliche Praxis der Heimaufsicht

Die in diesem Kapitel zusammengestellten Hinweise und Empfehlungen für die tägliche Praxis wenden sich gezielt an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden. Wie bereits in den Vorbemerkungen zum Handbuch dargestellt, sind sie nicht als allgemeingültige Handlungsanweisungen zu verstehen. Vielmehr sollen sie eine Hilfe sein, sich einen Überblick über die theoretischen Hintergründe und über bewährte Wege der Aufgabenwahrnehmung zu verschaffen.

Für diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden, die neu in das Arbeitsfeld der Heimaufsicht einsteigen, bieten sich die vorliegenden Hinweise und Empfehlungen als eine erste grundlegende Orientierungshilfe an. Erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollen sie Anregung bieten, ihre bisherige Praxis zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Darüber hinaus sollen die Hinweise und Empfehlungen die fachübergreifende Diskussion zu Fragen der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung unterstützen und dazu beitragen, diesen Prozess weiter voranzutreiben.

Die Erarbeitung der vorliegenden Hinweise und Empfehlungen basiert auf einer mehrschichtigen Informationssammlung, die im Projektverlauf zum Teil parallel, zum Teil aufeinander aufbauend stattgefunden hat. So wurden, um einen ersten bundesweiten Überblick über die Organisation und Praxis der Heimaufsichtsbehörden zu erlangen, zunächst die für das Heimrecht zuständigen Referentinnen und Referenten der obersten Landesbehörden sowohl mündlich als auch schriftlich befragt. Auf der Grundlage dieses ersten Überblicks wurde eine schriftliche Befragung aller Heimaufsichtsbehörden in Deutschland konzipiert und durchgeführt, welche sich neben Fragen zur Struktur und Organisation sowie zu den Tätigkeiten und Ergebnissen der Heimaufsicht auch mit konkreten praxisrelevanten Fragen befasste.⁵⁰

Zudem wurden vorbereitend und ergänzend Literaturrecherchen und -auswertungen durchgeführt. Ziel dieser Literaturlauswertungen war es, einen Bezugsrahmen für die im Heimgesetz formulierten Ziele und Aufgaben und die entsprechende Aufgabenwahrnehmung durch die Heimaufsichtsbehörden zu schaffen. Von zentraler

Bedeutung war dabei die Berücksichtigung von Erkenntnissen zur „Lebenssituation von alten Menschen in Heimen“ sowie zum Thema „Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Heimversorgung“.⁵¹

Weitere Arbeitsschritte im Projektverlauf verfolgten das Ziel, den Einblick in die Praxis der Heimaufsicht zu vertiefen und damit die Basis für die Entwicklung von Hinweisen und Empfehlungen für die Praxis der Heimaufsicht zu fundieren. Eine nähere Betrachtung von schriftlichen Arbeitsmaterialien, welche von den Heimaufsichtsbehörden bei der Durchführung von Beratungen und Prüfungen eingesetzt werden, bildete dabei einen besonderen Schwerpunkt.

In diese Auswertungen wurde eine Vielzahl von Materialien einbezogen, die von verschiedenen Heimaufsichtsbehörden aus insgesamt zehn Bundesländern zur Verfügung gestellt wurden. Diese lassen sich im Wesentlichen den drei Aufgabenschwerpunkten Anzeigeverfahren, Beratung und Überwachung zuordnen (Übersicht 2.1).



⁵¹ Zum Stand der Literatur bezüglich der Hintergründe und Rahmenbedingungen der Heimaufsicht vgl. Teil I.



ÜBERSICHT 2.1: VERWENDETE MATERIALIEN FÜR VERSCHIEDENE AUFGABENSCHWERPUNKTE DER HEIMAUF SICHT	
Aufgabenbereich	Materialien
Anzeigeverfahren	Vordrucke zur Betriebsanzeige
	Vordrucke zur Einstellung des Heimbetriebs
	Vordrucke zur Anzeige von Veränderungen, die den Heimbetrieb betreffen
	Vordrucke zu Anzeigenbestätigung seitens der Heimaufsicht
Beratung	Allgemeine Informationen für Seniorinnen und Senioren zum Thema Heim
	Allgemeine Informationen über Heimaufsicht und Ansprechpartner
	Allgemeine Informationen für Interessenten, die beabsichtigen künftig ein Heim zu betreiben
	Merk- bzw. Informationsblätter zu verschiedenen Themen für Interessenten und Betreiber von Heimen (z. B. Merkblätter zum Anzeigeverfahren, zu rechtlichen Aspekten oder zu Aspekten der Pflege und Betreuung)
	Empfehlungen zu verschiedenen Themen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Heimen (z. B. zum Umgang mit der Pflegedokumentation)
	Broschüren zur Beratung und Unterstützung der Heimbeiräte
Überwachung	Stammbblätter zur Erfassung des Grunddatenbestandes eines Heims
	Checklisten über anzufordernde Unterlagen der zu kontrollierenden Heime
	Erhebungsbögen/Auskunftsbögen im Kontext der Heimprüfungen (schriftliche Erhebung im Vorfeld als Orientierungsgrundlage für die Begehungen)
	Vorbereitungsschecklisten für Begehungen
	„Leitlinien“, „Checklisten“, „Nachschaubögen“ oder Ähnliches für die Durchführung und Dokumentation der Begehungen
	Erhebungsbögen zur Risikoermittlung als Grundlage für die Auswahl von Bewohnerinnen und Bewohnern für die sog. „Inaugenscheinnahme“
	Fragenkataloge für die Befragungen des Heimbeirats/Heimfürsprechers
	Orientierungsgrundlagen für die Nacharbeiten von Begehungen
	Aufbaumuster für die Erstellung von Prüfungsberichten
	Dienstmitteilungen, z. B. zum Thema ‚Inaugenscheinnahme‘ der Bewohnerinnen und Bewohner bei den Prüfungen
	pflegetheoretisch abgeleitete Grundlagen für die Bewertung von Pflegequalität
	Grundlagen für die Berechnung der Mindestanzahl von Fachkräften
	Informationen über den Ablauf von Heimprüfungen
	Ankündigungsschreiben für angemeldete Heimprüfungen
	Formular für eine schriftliche Zielvereinbarung zwischen Heimaufsicht und Heim im Falle festgestellter Mängel

Weitere praxisrelevante Informationen stammen aus den Ergebnissen von Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgewählter Heimaufsichtsbehörden. In drei Bundesländern wurde jeweils ein Gruppengespräch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer einzelnen bzw. mehrerer Heimaufsichtsbehörden des jeweiligen Landes durchgeführt. Diese Gespräche sollten im Wesentlichen zur Klärung folgender Fragen beitragen:



- Wie gestaltet sich die Vorgehensweise bei den Prüfungen? Hat sich die Vorgehensweise in der Praxis bewährt? Welche Veränderungsbedarfe gibt es ggf.?
- Wie sind die „Instrumente“, die im Zuge der Durchführung der Prüfungen bzw. der Dokumentation der Prüfungsergebnisse eingesetzt werden, aufgebaut? Haben sich diese Instrumente in der Praxis bewährt? Welche Veränderungsbedarfe gibt es ggf.?
- Wie gestaltet sich die Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)? Hat sich die Kooperation in der Praxis bewährt? Welche Veränderungsbedarfe gibt es ggf.?
- Wie wird der „allgemeine“ Beratungsauftrag umgesetzt? Wie gestaltet sich die Beratung verschiedener Zielgruppen? Hat sich die Vorgehensweise in der Praxis bewährt? Welche Veränderungsbedarfe gibt es ggf.?
- Wie wird der Auftrag der Beratung im Falle festgestellter Mängel umgesetzt? Hat sich die Vorgehensweise in der Praxis bewährt? Welche Veränderungsbedarfe gibt es ggf.?

Als Vertiefung zu diesen Gesprächen wurde zudem exemplarisch eine dieser Heimaufsichtsbehörden bei einer Heimbegehung vor Ort begleitet (Teilnehmende Beobachtung). Die bei diesen Gesprächen und Beobachtungen gewonnenen Informationen konnten natürlich nicht verallgemeinert werden, sondern wurden im Zuge der Erarbeitung dieser Arbeitshilfe lediglich als zusätzliche Anregungen verstanden. So konnte mittels der gewonnenen Informationen ein praxisnaher Einblick gewonnen werden, mit welchen Anforderungen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht vor Ort konfrontiert sind. Damit lieferten diese Informationen schließlich auch zusätzliche Hinweise auf die Erfordernisse, denen eine Arbeitshilfe für die Heimaufsicht gerecht werden muss, um für die tägliche Praxis tauglich zu sein.

In Kapitel 2.1 und 2.2 wird zunächst ein kurzer Blick auf die Begriffe „Heimaufsicht“ und „Heimaufsichtsbehörde“ sowie auf den gesetzlichen Auftrag und das Selbstverständnis der Heimaufsicht im Kontext externer Qualitätssicherung gerichtet. Kapitel 2.3 gibt einen Überblick über allgemeine gesetzliche und andere wichtige Grundlagen, die für die Durchführung der Heimaufsicht von Bedeutung sind. In den nachfolgenden Kapiteln finden Leserinnen und Leser konkrete Hinweise und Empfehlungen für die tägliche Praxis der Heimaufsicht. Hierzu liefert Kapitel 2.4 zunächst Informationen zum Themengebiet der präventiven Beratung. Die Praxis bezüglich des Umgangs mit den Anzeigepflichten der Heimbetreiber wird in Kapitel 2.5 aufgegriffen. Thema in Kapitel 2.6 ist die Durchführung der Heimprüfungen. In Kapitel 2.7 wird schließlich auch der Frage nachgegangen, was die Heimaufsichtsbehörde bei festgestellten Mängeln tun kann. Darüber hinaus setzt sich Kapitel 2.8 mit den Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit von Heimaufsichtsbehörde und anderen Akteuren externer Qualitätssicherung auseinander.



2.2 Auftrag und Selbstverständnis der Heimaufsicht in der externen Qualitätssicherung

Nach § 23 HeimG bestimmen die Landesregierungen die für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Behörden.⁵² Im täglichen Sprachgebrauch werden diese Behörden und ihr behördlicher Auftrag als „Heimaufsichtsbehörden“ bzw. „Heimaufsicht“ bezeichnet. Bereits seit langer Zeit wird die Verwendung dieser Begriffe von einigen Akteuren der Fachöffentlichkeit kritisch betrachtet, da sie die Aufsicht über die Heime zu Lasten einer beratenden und kooperativen Aufgabenwahrnehmung in den Vordergrund rücken (Klie 1988, S. 63). Die Frage, inwieweit diese Begriffe geeignet sind, die Behörden und ihren Arbeitsauftrag in geeigneter Weise zu charakterisieren, stellt sich mit der Neufassung des Heimgesetzes und dem darin festgeschriebenen erhöhten Stellenwert der Beratung nunmehr noch deutlicher. Ob andere Begriffe die Behörden und ihren behördlichen Auftrag trefflicher bezeichnen könnten und damit einer kooperativen und beratenden Aufgabenwahrnehmung förderlich wären, soll an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden. Nichtsdestotrotz kann es den Leser dazu anregen, diese Begriffe und ihren Einsatz in der Praxis zu überdenken.

→ Zum Auftrag der Heimaufsicht

Das Heimgesetz (HeimG) ist ein Schutzgesetz für die Bewohnerinnen und Bewohner. Zugleich bietet es für die Träger der Heime verlässliche gesetzliche Rahmenbedingungen. Die Heimaufsichtsbehörden haben den gesetzlichen Auftrag, den Zweck und die dazu erlassenen Schutzbestimmungen des Heimgesetzes umzusetzen.

Zweck des Heimgesetzes ist es (§ 2 Abs. 1 HeimG):

1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen,
2. die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern,
3. die Einhaltung der dem Träger des Heims gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten zu sichern,
4. die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern,
5. eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern,
6. die Beratung in Heimangelegenheiten zu fördern sowie
7. die Zusammenarbeit der für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden mit den Trägern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe zu fördern.

Das den Heimaufsichtsbehörden zur Verfügung stehende Instrumentarium umfasst präventiv-beratende und kontrollierende Maßnahmen. Stellt die Heimaufsichts-

⁵² In den einzelnen Bundesländern finden sich recht unterschiedliche Regelungen der Zuständigkeiten für die Heimaufsicht. Zur Organisation und den Zuständigkeitsbereichen der Heimaufsichtsbehörden in Deutschland vgl. Anhang 3.1 S. 147 ff.



behörde im Rahmen ihrer Prüfungen Mängel fest, soll sie den Heimträger zunächst über die Möglichkeiten zur Abstellung der Mängel beraten, bevor sie einschneidende Maßnahmen ergreift, d. h. auf Instrumente der Eingriffsverwaltung zurückgreift.

Das Spektrum der Möglichkeiten heimgesetzlichen Handelns umfasst vier Bereiche:

1. Information und Beratung (§ 4 HeimG): und zwar a) der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Heimbeiräte und Heimfürsprecher über ihre Rechte und Pflichten, b) von Personen mit berechtigtem Interesse an Heimen sowie den Rechten und Pflichten der Träger und der Bewohnerinnen und Bewohner, c) von Personen und Trägern, die Heime errichten wollen oder bereits Heime betreiben.
2. Überwachung der Heime (§ 15 HeimG): Überprüfung, ob die Heime ihre Aufgaben und Verpflichtungen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern wahrnehmen. Hierbei nimmt die Heimaufsichtsbehörde ordnungsrechtliche Aufgaben wahr.
3. Beratung bei Mängeln (§ 16 HeimG): Der Kerngedanke lautet hierbei: Mängelberatung geht aufsichtsrechtlichen Maßnahmen vor!
4. Maßnahmen der Eingriffsverwaltung: Anordnungen (§ 17 HeimG), Beschäftigungsverbote (§ 18 HeimG), Untersagung des Heimbetriebs (§ 19 HeimG) sowie Geldbußen (§ 21 HeimG).

In ihrer Aufgabenwahrnehmung verstehen sich die Heimaufsichtsbehörden vorrangig als Ratgeber und Partner und nicht als eine ausschließliche „Überwachungs- und Kontrollbehörde“.

■ *Grundsatz der Heimaufsicht: → „Beratung vor Überwachung“*

Die Umsetzung dieses Grundsatzes erfordert von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsichtsbehörden die grundlegende Bereitschaft zur Initiierung und Begleitung von Verständigungsprozessen mit den Heimen. Eine große Herausforderung und Gratwanderung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden liegt in diesem Zusammenhang darin, das Vertrauen der Heime zu gewinnen, um ihnen auf einer kooperativen Grundlage beratend zur Seite stehen zu können, dabei aber die nötige professionelle Distanz nicht zu verlieren und notfalls auch ordnungsrechtlich einzugreifen.

Bis in die heutige Zeit werden die Heimaufsichtsbehörden allerdings vielfach sowohl von Leitungen als auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heime nicht als Kooperationspartner, sondern als ausschließliche Kontrollinstanz verstanden und ihr Erscheinen ist mit Ängsten und Unsicherheiten seitens der Heime verbunden.

■ *Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass der Prozess der Vertrauensbildung Zeit, Einsatzwillen und Sensibilität seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht braucht.*



→ Welche Qualität soll die Heimaufsicht sichern?

Dem gesetzlichen Auftrag der Heimaufsicht wohnt inne, dass sich die zuständigen Behörden intensiv an der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der stationären Alten- und Behindertenhilfe beteiligen.⁵³ Diese muss sich auf alle wichtigen Leistungsbereiche eines Heimes beziehen, denn das Wohlbefinden der in Heimen lebenden Menschen wird bekanntlich von der Qualität der Leistungen in unterschiedlichen Bereichen (z. B. Wohnen, Pflege, Heimverwaltung) beeinflusst.

Qualität wird dabei nicht allein durch die Berücksichtigung fachlicher Anforderungen bestimmt. Von ebenso großer Bedeutung ist die Berücksichtigung der Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner als Nutzerinnen und Nutzer der Heime. Eine qualitativ hochwertige Pflege, Begleitung und Versorgung in Heimen ist nur als ein **Aushandlungsprozess** zu verstehen. D. h., gute Pflege und Begleitung in Heimen muss heute den fachlichen Anforderungen ebenso genügen, wie den Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner. Somit ist die Qualität von Pflege und Begleitung nach dem heutigen Verständnis bestimmt durch die Sichtweise der Pflegekraft und die Sichtweise der Bewohnerin und des Bewohners. Dieser Aushandlungsprozess verläuft umso befriedigender und reibungsloser, je mehr Wissen alle Beteiligten – Heime und Bewohnerinnen und Bewohner – über die Sichtweise des Anderen und den Verhandlungsgegenstand haben (Schönberg 2002, S. 4).

Das Wissen der in der Betreuung und Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umfasst dabei unterschiedliche, gleichgewichtige und nur zu Zwecken der besseren Veranschaulichung zu trennende Ebenen:

ÜBERSICHT 2.2: EBENEN DES WISSENS UM DIE PFLEGE UND BEGLEITUNG	
1. Ebene:	
Das für ein Pflegeproblem sachlich richtige Handlungswissen	Pflegende benötigen fachliches, handwerkliches Wissen.
	Handlungswissen ist im besten Fall wissenschaftlich abgesichert.
2. Ebene	
Die Betrachtung und Bewertung der konkreten pflegerischen Situation	Pflegende sind – bedingt durch den Zusammenhang von Hochaltrigkeit, Multimorbidität und die Verknüpfung von somatischen und psychischen Problemlagen – in Einrichtungen der Altenhilfe häufig mit schwierigen, individuellen Situationen und Entscheidungen konfrontiert, was in der jeweiligen Situation angemessen, möglich und verantwortbar ist.
	Pflegende benötigen daher nicht nur fachliches, handwerkliches Wissen, sondern auch „verstehendes Wissen“ für die individuelle Situation des Einzelnen, um situationsangemessen zu handeln.
3. Ebene:	
Die Frage nach den Werten und der Haltung im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen	Bei Kunden- oder Bürgerorientierung (Nutzerorientierung) spielen Fragen der Berücksichtigung individueller Wünsche, von Compliance und Einwilligung und möglicherweise auch Verweigerung eine Rolle. Auf damit zusammenhängende ethische Fragen gibt es kein einfaches richtiges oder falsches Verhalten.
	Pflegende benötigen daher „ethische Leitlinien“, aus denen sich situationsangemessene Entscheidungen ableiten lassen.

Quelle: nach Entzian/ Klie (2000), Schnabel (2002).

Die Berücksichtigung der Nutzerperspektive ist angesichts des Wissens um die Gefahr einer Fremdbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen besonders wichtig:

„Die Gefahren einer Entmündigung von Bewohnern durch die Institution Pflegeheim sind ebenso wie die negativen Konsequenzen einer übermäßigen Hilfe längst bekannt und nahe liegend, nämlich der Verlust der Selbstständigkeit und damit Selbsterhaltung in allen Lebensbereichen, was auch zum vorzeitigen Ableben führen kann“ (Roth 2002, S. 24).

Exkurs: Die „totale Institution“

In Einrichtungen mit totalen Versorgungsstrukturen werden sämtliche Aktivitäten eines Menschen (bis in den intimsten Bereich hinein) von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern reguliert und beurteilt (z. B. feste Pflegezeiten, feste Essenszeiten, Wach- und Ruhezeiten, Toilettengänge). Es bleibt kaum Raum für individuelle Autonomie. Aus der Sichtweise der Bewohnerinnen und Bewohner lässt sich damit der Doppelcharakter der Institution Heim leicht erkennen: Einerseits bietet das Heim die erwünschte Sicherheit, den erwünschten Schutz, die Hoffnung auf Verbesserung des Gesundheitszustandes und die Vermeidung von Risiken. Andererseits fordert es die Unterordnung unter die Regelungen des Heimalltags, beschränkt die Möglichkeit zu sozialen Kontakten und individuellen Entfaltungsmöglichkeiten und übt letztlich eine starke soziale Kontrolle aus (Koch-Straube 1999).



Der Heimaufsicht kommt angesichts dessen ein sehr großer Stellenwert zu. Schließlich ist es Zweck des Heimgesetzes, „die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen“, sowie „die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern“ (§ 2 Abs. 1 HeimG) und damit die Unantastbarkeit der menschlichen Würde, wie sie in Artikel 1 des Grundgesetzes festgeschrieben ist, auch für im Heim lebende Menschen zu sichern. Für die Heimaufsichtsbehörden ergibt sich daraus der konkrete Auftrag, die Qualität der Versorgung im Heim einer umfassenden Prüfung und Bewertung zu unterziehen.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss sich die Prüfung und Beurteilung der Qualität der Versorgung durch die Heimaufsicht an ganzheitlichen, menschlichen Grundwerten ausrichten. Infolgedessen müssen die von der Heimaufsicht eingesetzten Instrumente zur Qualitätsmessung und –sicherung die Sichtweisen von Bewohnerinnen und Bewohnern unbedingt mit erfassen. Somit ist es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht wichtig zu wissen, welches aus der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen relevante Qualitätskriterien sind und was ihre Zufriedenheit beeinflusst. Die nachfolgend in Übersicht 2.3 beispielhaft dargestellten Leitziele und Qualitätsindikatoren, die aus den Grundsätzen der Menschenwürde abgeleitet sind, sollen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dabei helfen, die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner einzunehmen und sich aus deren Sicht ein Bild von der Qualität der „Lebenswelt Heim“ zu machen.



ÜBERSICHT 2.3: LEITZIELE UND AUSGEWÄHLTE QUALITÄTSINDIKATOREN AUS DER NUTZERPERSPEKTIVE	
Privatheit	Das Recht, allein, ungestört und unbeeinträchtigt zu sein sowie öffentlich unbehelligt Beziehungen zu anderen Menschen pflegen zu können, z. B.:
	– sich zurückziehen können, – eine eigene Nasszelle haben, – Sichtschutz bei pflegerischen Verrichtungen.
Würde	Die uneingeschränkte Anerkennung der Wertvorstellungen eines Menschen durch die Achtung seiner Einzigartigkeit und seiner persönlichen Bedürfnisse, z. B.:
	– angesprochen werden, wie gewünscht, – anziehen können, was man möchte, – freundlich betreut werden.
Unabhängigkeit	Ohne Rechtfertigungszwang gegenüber irgendeiner anderen Person zu denken und zu handeln, einschließlich des Rechts, ein abgewogenes Risiko einzugehen, z. B.:
	– sich kurzfristig vom Essen abmelden können, – Ermutigung und Unterstützung finden, selbst aktiv zu werden.
Entscheidungsfreiheit	Die Möglichkeit, unbeeinflusst und auf der Basis neutraler Möglichkeiten wählen zu können, z. B.:
	– eigene Möbel im Zimmer haben, – mitbestimmen, wann und wie oft geputzt wird, – den Zeitpunkt der Pflege bestimmen.
Sicherheit	Sicherstellung der körperlichen und geistigen Unversehrtheit sowie aller übrigen Bürgerrechte, z. B.:
	– sich auf sichere und fachlich korrekte Pflege und Medikamentenversorgung verlassen können, – bestmöglichen Schutz vor Stürzen erhalten, – frische und gut bekömmliche Speisen angeboten bekommen.
Selbstverwirklichung	Die Verwirklichung persönlicher Wünsche und Fähigkeiten in allen Bereichen des täglichen Lebens, z. B.:
	– die eigene Gestaltung des Zimmers übernehmen können, – Auswahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Freizeitangeboten haben.

Quelle: nach Harris/Klie/Ramin (1995); Faigle/Knäpple (1998).

Betrachtet man Pflege, Begleitung und Versorgung in Heimen als „Aushandlungsprozess“, bedarf es zudem insbesondere einer Verständigung über die Orientierungsgrundlagen für dieses Geschehen. Wir wissen, dass auf pflegerische Problemlagen mit unterschiedlichen Maßnahmen reagiert werden kann und in der Praxis auch reagiert wird. Für die Heimaufsicht sind daher transparente und abgestimmte Qualitätskriterien

als Grundlage für den Aushandlungsprozess der Pflege und Begleitung, und zur Beurteilung, inwieweit eine Versorgungssituation als bedarfsgerecht bezeichnet werden kann, von besonderer Bedeutung.

Dabei ist es wichtig zu wissen, dass sich Qualitätskriterien nicht nur aus dem fachlichen bzw. wissenschaftlichen Kenntnisstand ergeben, sondern auch aus gesellschafts- und sozialpolitischen Vorstellungen sowie aus den vorhandenen Ressourcen, →



die letztlich darüber entscheiden, wie eng oder wie weit sich die Pflege, Begleitung und Versorgung in Einrichtungen gestalten soll – zwischen ausreichender und optimaler Versorgung gibt es bekanntlich viele Möglichkeiten und Abstufungen. Von allen Beteiligten getragene und konsensuell abgestimmte Qualitätsstandards, also die Übereinkunft darüber, auf welchem, vor allem fachlichen Niveau die Pflege und Begleitung stattfinden soll, spielen somit bei den Bemühungen um Qualitätssicherung eine große Rolle.

■ *Dimensionen, die auf die Entwicklung von Qualitätskriterien Einfluss nehmen:*

- der fachliche bzw. wissenschaftliche Kenntnisstand,
- die gesellschafts- und sozialpolitischen Vorstellungen,
- die vorhandenen finanziellen Ressourcen.

Bereits mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und der damit verbundenen Forderung nach Qualitätssicherungsmaßnahmen, an denen sich auch die Heime zu beteiligen haben, hat die Entwicklung von Qualitätskriterien und –standards in der Altenhilfe eine besondere Aktualität gewonnen. Zu diesem Zeitpunkt waren allerdings nicht nur die Heime selbst, sondern auch die Akteure externer Qualitätssicherung sehr verunsichert oder gar überfordert, als sie sich mit der Forderung nach Maßnahmen zur Qualitätssicherung konfrontiert sahen. Ein Rückgriff auf wissenschaftlich abgesicherte bzw. fachpraktisch fundierte Erkenntnisse zum Thema Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung war zu diesem Zeitpunkt nur sehr begrenzt möglich. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern hat die wissenschaftliche und fachpraktische Diskussion zum Thema Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in Deutschland erst sehr verzögert eingesetzt. In den Heimen selbst nahm man daher vielerorts überwiegend Bezug auf das, was in den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung“ genannt war: Qualitätszirkel, Entwicklung von Pflegestandards etc.; häufig geschah dies jedoch, ohne über das entsprechende „Know-how“ zur Entwicklung sowie zur Implementation zu verfügen. Infolge dessen war die Rezeption und Bewertung in der Fachöffentlichkeit dementsprechend kritisch. So gab es viele Aspekte, die bemängelt wurden, wie z. B. „Reproduktion von Fachbuchwissen“, „begrenzte Gültigkeit“, „mangelnde Verbindlichkeit und Überprüfung“, „mangelnde wissenschaftliche Fundierung“.

Heute, zehn Jahre später, sprechen wir immer noch bzw. wieder über Entwicklung von Qualitätskriterien und -standards, allerdings steht die Diskussion nun unter veränderten Vorzeichen. So lässt sich die Weiterentwicklung von Pflegewissenschaften, Gerontologie und Versorgungsforschung deutlich erkennen, uns steht heute mehr Wissen über Pflegebedürftigkeit, über professionelle Pflege und Begleitung, über Hilfesysteme und auch über Qualitätssicherungsinstrumente zur Verfügung. Nicht zuletzt durch die Einführung von wenn auch begrenzten Marktmechanismen ergab sich zudem eine wesentlich stärkere Forderung nach Transparenz des Leistungsgeschehens in den Einrichtungen, die auch mit der Forderung der Sichtbarmachung und Begründung dessen verbunden ist, was gute, professionelle, qualitativ hochwertige Pflege und Begleitung eigentlich ausmacht. Des Weiteren hat sich die gesellschaftli-



che Position derjenigen Menschen verändert, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. So wird in der Diskussion um Kunden- und Bürgerorientierung im Pflege- und Gesundheitswesen nach Möglichkeiten gesucht, ihre Position zu stärken. Gängige gerontologische und pflegewissenschaftliche Konzepte sehen den pflegebedürftigen Menschen als Experten seines eigenen Lebens und eben nicht als Patient im eigentlichen Sinn des Wortes (lat. *patiens*: leidend, erdulnd) in einem Setting, in dem Pflegenden die Experten dafür sind, was richtig für die Patienten ist.

Letztere skizzierte Entwicklungen finden sich auch im neuen Heimgesetz und im Pflegequalitätssicherungs-Gesetz wieder: die Forderung nach mehr Transparenz, nach rationalen Grundlagen für die Pflegebedarfs- und Personalbemessung, nach Stärkung der Verbraucherrechte und nicht zuletzt nach Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, für die professionelle Standards der Pflege, Begleitung und Versorgung außerordentlich bedeutsam sind. Dabei gehen das Heimgesetz, das Pflegequalitätssicherungs-Gesetz und andere für die Heimversorgung maßgeblichen Gesetze implizit oder explizit von Qualitätsmaßstäben aus, die den „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ berücksichtigen. Ein Problem ist allerdings, dass es auch nach acht Jahren Pflegeversicherung an dem mangelt, was als „aktueller Stand der Wissenschaft“ und was als „bedarfsgerecht“ bezeichnet und gefordert wird, sowie auch an der entsprechenden Übersetzung, Rezeption und Implementation in die Praxis.

So ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt weder aus rechtlich-normativer Perspektive, noch aus der Perspektive der Pflegewissenschaften, der Gerontologie, der Versorgungsforschung oder der anderen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Verantwortlichen ein allgemein gültiger Konsens über Qualitätskriterien und Qualitätsstandards zum Themengebiet der pflegerischen Versorgung in Heimen auszumachen. Die gegenwärtige Situation ist eher dadurch charakterisiert, dass die verschiedenen an der Qualitätssicherung beteiligten Akteure (Heime, Medizinische Dienste der Krankenversicherung, Heimaufsichtsbehörden) eigene Anhaltspunkte bzw. Vorgaben für eine angemessene Pflege formuliert haben. Vor diesem Hintergrund ist der auf nationaler Ebene durch eine Konsensuskonferenz verabschiedete Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ als ein wichtiger Schritt zu werten. Dennoch sind viele Fragen zu den Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen transparenter und abgestimmter Qualitätskriterien derzeit noch offen.

I Grundproblem: fehlender Konsens über Qualitätskriterien und Qualitätsstandards !

Offener Diskussions- und Forschungsbedarf zu Fragen

- der Operationalisierung der mit der Standardentwicklung verbundenen Ziele (Qualität, Professionalisierung, Transparenz und Vergleichbarkeit von Leistungen),*
- der Identifizierung relevanter Versorgungsbereiche, -situationen und Pflegeinterventionen für die Standardentwicklung (z. B. Ernährungs- u. Flüssigkeitsversorgung, Begleitung demenziell erkrankter Menschen),*



- der Diskussion relevanter Kriterien bei der Standardentwicklung (fachliche Kriterien, Nutzerorientierung, Lebensqualität, Praxistauglichkeit etc.),
- nach geeigneten Verfahren zur Standardentwicklung und dem Prozess der Konsensbildung (Auf welche Weise soll der Standard entwickelt werden, wie vollzieht sich der Prozess der Konsensbildung, wer soll an der Entwicklung beteiligt werden?),
- im Hinblick auf die Implementation in die Praxis (Wie sollen Standards in die Einrichtung implementiert werden, welche organisatorischen, konzeptionellen, personellen und qualifikatorischen Voraussetzungen benötigt die Implementation in den Einrichtungen?),
- der Kosten (Mit welchem finanziellen und personellen Aufwand ist die Standardentwicklung verbunden und wer soll die Kosten tragen?),
- der sozialrechtlichen Einordnung (Ist eine hohe Kompatibilität im Kontext sozialrechtlicher Rahmenbedingungen möglich und gewünscht?).

→ **Zukünftige Aufgaben der Heimaufsicht im Kontext von Qualitätsentwicklung und -sicherung**

Folgt man dem Anliegen der gesetzlichen Entwicklungen, dann liegt eine der wesentlichen Aufgaben in der nahen Zukunft darin, Einvernehmen über Qualitätskriterien und -standards zu entwickeln. Nur eine Verständigung aller beteiligten Akteure kann in der Folge transparente und abgestimmte Kriterien mit sich bringen und damit sowohl als verlässlicher „Wegweiser“ für alle Heime als auch für alle an der Entwicklung und Sicherung der Qualität in der Pflege beteiligten externen Akteure eine sinnvolle Grundlage bilden, um den Prozess der Qualitätsentwicklung und -sicherung weiter voranzutreiben. „Das Ziel muss im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen in Form von qualitativ hochwertigen Lebensbedingungen beschrieben werden und darf sich nicht in erster Linie einem Kostendiktat beugen“ (Crößmann et al. 2002, S. 400).

Um den Prozess der Qualitätsentwicklung und -sicherung flächendeckend zu optimieren und aufeinander abzustimmen stellt sich für die Heimaufsicht die Aufgabe, sich an der Entwicklung konsensfähiger Qualitätskriterien und den dazu erforderlichen Abstimmungsprozessen zu beteiligen. Mit der Vorschrift zur Bildung einer Arbeitsgemeinschaft der Akteure externer Qualitätssicherung (§ 20 HeimG) ist die Notwendigkeit, Einvernehmen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Abstellung von Mängeln anzustreben, bereits im neuen Heimgesetz gesetzlich verankert, allerdings befindet sich die fachliche „Standortbestimmung“ der beteiligten Akteure gegenwärtig erst in den Anfängen.⁵⁴

⁵⁴ Zur Zusammenarbeit der Heimaufsichtsbehörden mit anderen Akteuren externer Qualitätssicherung vgl. Kapitel 2.8 sowie Anhang 3.1 S. 147 ff.



2.3 Heimgesetzliche und andere wichtige Grundlagen für die Durchführung der Heimaufsicht

Die wichtigste Rechtsgrundlage für die Durchführung der Heimaufsicht ist das am 1.1.1975 in Kraft getretene Heimgesetz (HeimG) in seiner Neufassung vom 5. November 2001 und die dazu gehörenden Verordnungen des Bundes:

- Heimsicherungsverordnung (HeimsicherungsV),
- Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV),
- Heimmitwirkungsverordnung (HeimmwV),
- Heimpersonalverordnung (HeimPersV).

→ Welche Aufgaben hat die Heimaufsicht nach dem Heimgesetz zu erfüllen?

Mit den im Heimgesetz formulierten Vorschriften ist den für die Umsetzung des Heimgesetzes zuständigen Heimaufsichtsbehörden ein umfangreicher Aufgabenkatalog und eine Vielzahl formeller Zuständigkeiten übertragen worden.

Die konkreten Aufgaben der Heimaufsichtsbehörden leiten sich direkt aus dem Heimgesetz ab. Im Wesentlichen sollen die Heimaufsichtsbehörden im Rahmen der Beratung und Überwachung darauf achten bzw. hinwirken, dass:

- die Heime ihre Leistungen „nach dem jeweils anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse“ erbringen und die in den Verordnungen des Bundes festgelegten Mindestanforderungen erfüllen (§ 3 HeimG),
- die Heime die personellen Mindestanforderungen erfüllen (HeimPersV),
- die Heime die baulichen Mindestanforderungen erfüllen (HeimMindBauV),
- zwischen Trägern und den Bewohnerinnen und Bewohnern Heimverträge abgeschlossen werden, diese den Vorschriften des Heimgesetzes entsprechen und dass die künftigen Bewohnerinnen und Bewohner vor Abschluss des Heimvertrages schriftlich über den Vertragsinhalt informiert werden (§§ 5 bis 8 HeimG),
- die Heimmitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt ist (§ 10 HeimG, HeimmwV),
- die Heime die festgelegten Anforderungen an den Betrieb eines Heims erfüllen (§ 11 HeimG),
- die Träger ihren Anzeigepflichten nachkommen (§ 12 HeimG),
- die Träger ihren Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten nachkommen (§ 13 HeimG),
- sich die Träger sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen keine Vermögensvorteile versprechen oder gewähren lassen (§ 14 HeimG, HeimsicherungsV),
- die Träger die ggf. im Rahmen der Überwachung festgestellten Mängel abstellen (§§ 16, 17, 18, 19 HeimG).



→ Wofür sind die Heimaufsichtsbehörden formell zuständig?

Für die Heimaufsichtsbehörden ist die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags mit einer Vielzahl von formellen Zuständigkeiten verbunden. Die Wichtigsten sind in Übersicht 2.4 festgehalten.

ÜBERSICHT 2.4: FORMELLE ZUSTÄNDIGKEITEN DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN	
Information und allgemeine Beratung von a) Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sowie Heimbeiräten bzw. Heimförsprechern, b) Personen mit „berechtigtem Interesse“ (z. B. Angehörige, Interessenvertretungen von Seniorinnen und Senioren) sowie c) Heimbetreibern bzw. potenziellen Investoren.	§ 4 HeimG
Bestellung eines Heimförsprechers, für die Zeit, in der kein Heimbeirat gebildet werden kann.	§ 10 Abs. 4 HeimG, § 25 HeimmwV
Entscheidung, inwieweit im Einzelfall von den Bestimmungen für die Bildung eines Heimbeirats abgewichen werden darf.	§ 11a HeimmwV
Entgegennahme und Auswertung von Anzeigen über die Inbetriebnahme einer Einrichtung, zu Änderungen die den Heimbetrieb betreffen oder zur Absicht, den Betrieb einer Einrichtung ganz oder teilweise einzustellen sowie die Entscheidung über Anträge zur Anzeige des Betriebs einer Einrichtung.	§§ 11, 12 HeimG
Entscheidung, inwieweit die in der HeimMindBauV festgelegten Anforderungen im Einzelfall unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der behinderten Menschen in Einrichtungen für behinderte Volljährige, insbesondere bezogen auf Art und Schwere der Behinderung sachgerecht sind und ggf. darüber, inwieweit einzelne Anforderungen entfallen oder durch andere zu ersetzen oder durch weitere zu ergänzen sind.	§ 29 HeimMindBauV
Einräumen von Angleichungsfristen zur Anpassung an die baulichen Mindestanforderungen.	§ 30 HeimMindBauV
Entscheidung über Anträge auf Befreiung von baulichen Mindestanforderungen.	§ 31 HeimMindBauV
Entscheidung über Anträge auf Befreiung von personellen Mindestanforderungen.	§ 11 HeimPersV
Entscheidung und ggf. Erteilung von Ausnahmegenehmigungen bezüglich des Verbots, Vermögensvorteile entgegenzunehmen, soweit der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner die Aufrechterhaltung der Verbote nicht erfordert.	§ 14 Abs. 6 HeimG
Durchführung von Überwachungsmaßnahmen.	§ 15 HeimG
Beratung der Träger, falls in einem Heim Mängel festgestellt worden sind bzw. falls nach einer Anzeige des Heimbetriebs vor der Betriebsaufnahme Mängel festgestellt worden sind.	§ 16 HeimG
Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Suche nach einer angemessenen anderweitigen Unterkunft, falls ihnen aufgrund festgestellter Mängel die Fortsetzung des Heimvertrags nicht mehr zuzumuten ist.	
Erlass von Anordnungen, falls festgestellte Mängel nicht abgestellt worden sind.	§ 17 HeimG
Erlass von Beschäftigungsverboten, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass die Leitung oder ein Beschäftigter oder ein sonstiger Mitarbeiter die für ihre Tätigkeit erforderliche Eignung nicht besitzen. Einsetzung einer kommissarischen Heimleitung, falls der Träger im Falle eines Beschäftigungsverbots keine neue Heimleitung installiert.	§ 18 HeimG
Untersagung des Heimbetriebs, wenn die Anforderungen an den Heimbetrieb nicht erfüllt sind und Anordnungen nicht ausreichen.	§ 19 HeimG
Vorsitz und Führung der Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft von Heimaufsichtsbehörde, Pflegekassen und deren Landesverbände, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung und der zuständigen Träger der Sozialhilfe, sofern nicht durch Landesrecht eine anderweitige Regelung gilt.	§ 20 Abs. 5 HeimG



ÜBERSICHT 2.4: FORMELLE ZUSTÄNDIGKEITEN DER HEIMAUFSICHTSBEHÖRDEN

Auskunfterteilung an das BMFSFJ im Zusammenhang mit der Erstellung eines regelmäßigen Berichtes zur Situation der Heime und ihrer Bewohnerinnen und Bewohner sowie Veröffentlichung eines eigenen Tätigkeitsberichtes im Turnus von 2 Jahren.	§ 22 HeimG
Entscheidung über die Befreiung des Heimbetreibers von gesetzlichen Verpflichtungen bei der Erprobung neuer Betreuungs- und Wohnformen.	§ 25a HeimG

→ Für welche Art von Heimen ist die Heimaufsicht zuständig?

Der konkrete Anwendungsbereich des Heimgesetzes wird in § 1 Abs. 1 bis 6 festgelegt. Danach kann unterschieden werden, auf welche Einrichtungen das Heimgesetz voll anwendbar, teilweise anwendbar und nicht anwendbar ist:

- | | |
|-------------------------------|--|
| (1) HeimG voll anwendbar | - Heime |
| (2) HeimG teilweise anwendbar | - Kurzzeitheime
- Stationäre Hospize
- Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen
- Rehabilitationseinrichtungen |
| 3) HeimG nicht anwendbar | - Krankenhäuser
- Internate der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke |

→ Was ist ein Heim?

Heime im Sinne des Heimgesetzes sind „Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden“ (§ 1 Abs. 1 HeimG). Laut Gesetzesbegründung der Bundesregierung⁵⁵ fällt eine Einrichtung dann unter das Heimgesetz, wenn sie neben der Unterkunft auch eine „heimmäßige“ Versorgung und Betreuung anbietet.

Über diese Definition hinaus wird im Heimgesetz keine weitere Differenzierung zwischen verschiedenen Arten von Heimen vorgenommen. Im Allgemeinen wird jedoch zwischen verschiedenen Heimtypen unterschieden. Grundsätzlich lassen sich die Heime der Altenhilfe von den Heimen der Behindertenhilfe abgrenzen. In Heimen der Behindertenhilfe leben Menschen mit Behinderungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Heime sind in der Regel jünger als die von Heimen der Altenhilfe,

 ⁵⁵ Vgl. Bundestags-Drucksache 14/5399.



und sie erhalten Leistungen zur Teilhabe, die auf ihre jeweilige Behinderung abgestellt sind. Nach § 11 Abs.1 Nr.2 haben sie insbesondere Anspruch auf sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung.

Die verschiedenen Heimtypen der Altenhilfe weisen in den letzten Jahren immer weniger Trennschärfe auf, hier hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Strukturwandel vollzogen.⁵⁶ Die Nachfrage nach Plätzen bezieht sich fast ausschließlich auf die Personengruppe der hochaltrigen, multimorbid körperlich und/oder psychisch, meist demenziell erkrankten Menschen. Trotz dieser Veränderungen sollen die Unterschiede der klassischen Heimtypen der Altenhilfe aufgezeigt werden. Die Unterscheidung hat für die Heimaufsicht praktische Bedeutung, da in der derzeit noch gültigen Heimmindestbauverordnung unterschiedliche Anforderungen für verschiedene Heimtypen festgelegt sind.

ÜBERSICHT 2.5: MERKMALE INSTITUTIONALISierter WOHNFORMEN FÜR ALTE MENSCHEN		
Wohnform	Kurzbeschreibung	Angebote, Hilfen
Altenwohnheim	Geschlossene, kleine Wohnungen im Heim, eigenständige Haushaltsführung	Versorgungssicherheit, Notrufanlage, Anspruch auf Pflegeplatz
Altenheim	Zimmer bzw. Kleinappartement im Heim, eigene Möbel, z. B. mit Nasszelle	Haushaltsführung wird abgenommen (Putzen u. Essensversorgung)
Pflegeheim	Einzel- oder Mehrbettzimmer, einzelne private Einrichtungsgegenstände	Umfassende pflegerische Versorgung (primär physisch)

Quelle: nach BMFSFJ (1998), S. 124, gekürzt.

→ Was ist „Betreutes Wohnen“?

Die Bezeichnung „Betreutes Wohnen“ ist gesetzlich nicht geschützt. Auch im Heimgesetz wurde auf eine Definition des „Betreuten Wohnens“ verzichtet, da es sich hierbei um sehr unterschiedliche Wohnformen handelt, die einer dynamischen Entwicklung unterliegen und dadurch einer klaren Definition schwer zugänglich sind.

Nach den Ausführungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Wohnen im Alter (BMFSFJ 1998) bezeichnet der Begriff „Betreutes Wohnen“ eigentlich gar keine Wohnform, sondern eine Konzeption der Altenhilfe, welche im Gegensatz zu den institutionalisierten Wohnformen für ältere Menschen die feste Verkopplung von Wohnangebot und Betreuungsangebot aufhebt. Angeboten wird selbstständiges Wohnen in einer vollständigen, abgeschlossenen und nach Möglichkeit barrierefreien Wohneinheit sowie ein bestimmtes Maß an Betreuung, zunächst räumlich unabhängig davon. „Betreutes Wohnen“ kann, muss aber nicht an eine



⁵⁶ Zum Überblick über die Lebenssituation von alten Menschen in Heimen vgl. Kapitel 1.1



besondere Wohnform, wie z. B. eine Altenwohnung, gebunden sein. „Betreutes Wohnen“ soll dem alten Menschen auch bei Abhängigkeit von Hilfe und Pflege ermöglichen, möglichst lange in seinem bisherigen Lebensbereich bleiben zu können. Je nach Art und Umfang der jeweiligen Hilfebedürftigkeit des alten Menschen soll die Betreuung flexibel angepasst werden können.

Versteht man „Betreutes Wohnen“ nicht als allgemeines Konzept, sondern als konkrete Wohnform, so wie sie häufig in Wohnanlagen unter dieser Bezeichnung angeboten werden, dann sind folgende Eigenschaften typisch (BMFSFJ 1998, 114ff):

- autonome Mieter bzw. Eigentümer selbstständiger, barrierefreier Wohnungen und Abschluss von Miet- oder Kaufverträgen oder
- bauliche Anlage von Wohneinheiten unterschiedlicher Größe mit (weitgehend) barrierefreier Erschließung und einem zumindest minimalen Angebot von Gemeinschaftseinrichtungen,
- in einem zusätzlichen Betreuungsvertrag abgesicherte Betreuungsleistungen, die aufgeteilt sind in einen Grundservice (pauschales Entgelt) und einen Wahlservice, der nach individueller Inanspruchnahme abgerechnet wird. Der Grundservice beinhaltet z. B. Notruf, haustechnischen Service, Nutzung von Gemeinschaftseinrichtungen. Zum Wahlservice zählen z. B. Reinigung der Wohnung, Wäschereinigung, Verpflegung, sonstige hauswirtschaftliche Hilfen und Pflege. Hier besteht auch Wahlfreiheit bezüglich des Leistungserbringers.

Zu den häufigsten Projekten des „Betreuten Wohnens“ zählen Wohnanlagen mit abgeteilten Wohnungen für ältere Menschen und einem bestimmten Maß an Gemeinschaftseinrichtungen. Die Betreuung wird intern oder extern organisiert. Die Projekte des „Betreuten Wohnens“ unterscheiden sich erheblich sowohl im Ausmaß der Betreuungs- und Serviceangebote als auch hinsichtlich von Merkmalen wie etwa Integration, Gemeinschaftsorientierung oder Anonymität.

→ Können Formen des „Betreuten Wohnens“ unter das Heimgesetz fallen?

Generell können auch Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ unter das Heimgesetz fallen. Die Anwendung des Heimgesetzes auf Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ ist dabei laut Gesetzesbegründung der Bundesregierung⁵⁷ entscheidend davon abhängig, inwieweit eine charakteristische Heimsituation geschaffen wird. Nur wenn eine „heimmäßige“ Betreuung und Versorgung vorgehalten wird und für den Bewohner eine Lebenssituation „wie im Heim“ geschaffen wird, ist eine Einrichtung des „Betreuten Wohnens“ als ein Heim im Sinne des Heimgesetzes anzusehen.

In der Praxis erfolgt die Abgrenzung der Heime vom „Betreuten Wohnen“ nach Kriterien, die für die Qualifikation einer Einrichtung als Heim entscheidend sind (§ 1 Abs. 1 HeimG) sowie über Auslegungsregeln (§ 1 Abs. 2 HeimG), wonach bestimmte Merkmale

↑ ⁵⁷ Vgl. Bundestags-Drucksache 14/5399.



für das Vorliegen eines Heimes im Sinne des Heimgesetzes sprechen. Auf die konkrete Bezeichnung einer Einrichtung kommt es dabei nicht an.

ÜBERSICHT 2.6: ABGRENZUNGSKRITERIEN DES BETREUTEN WOHNENS	
Heime i.S.d. HeimG	Formen des Betreuten Wohnens (außerhalb des Geltungsbereiches des HeimG)
<p>Heime stellen Unterkunft in Verbindung mit Leistungen der Betreuung und Pflege zur Verfügung. Sie nehmen Menschen auf und gliedern diese in das System Heim ein.</p>	<p>Diese Anlagen des Betreuten Wohnens stellen ihren Mietern neben der Unterkunft ggf. allgemeine Betreuungsleistungen zur Verfügung. Sie nehmen ihre Mieter nicht im Sinne einer Eingliederung in das System der Anlage auf.</p>
<p><i>Die Anwendung des Heimgesetzes ist begründet:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen <p><i>Für ein Heim in diesem Sinne spricht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn die Einrichtung baulich wie ein Heim ausgestattet ist (z. B. auch über Gemeinschaftsräume und Therapieräume verfügt), – wenn die Einrichtung Angebote macht, die ein Zusammenleben der Bewohnerinnen und Bewohner ermöglicht, wie z. B. Angebote der sozialen Betreuung oder der Tagesstrukturierung, – das Angebot einer „Rundumversorgung“ und die Situation, dass eine Einrichtung Gewähr dafür übernimmt, eine umfassende Versorgung des Bewohners auch unter Berücksichtigung seiner ggf. wechselnden Bedürfnisse zu leisten. 	<p><i>Die Anwendung des Heimgesetzes begründet sich nicht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – allein dadurch, dass der Vermieter sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, – durch eine vertragliche Verpflichtung der Mieter zur Annahme allgemeiner Betreuungsleistungen (z. B. Notrufdienste) von bestimmten Anbietern, wenn das Entgelt hierfür von untergeordneter Bedeutung ist (laut Gesetzesbegründung ist dieses Entgelt dann nicht mehr von untergeordneter Bedeutung, wenn die Betreuungspauschale für diese Art von Grundsicherung erheblich größer ist als 20 % der Miete inkl. Betriebskosten).

Die Entscheidung, ob die Kriterien des § 1 HeimG erfüllt sind, lässt sich demnach nur für die jeweils konkrete Einrichtung treffen. Bei der Entscheidung, ob eine Einrichtung des „Betreuten Wohnens“ unter das HeimG fällt, sollten auch die Interessenlagen der Nutzerinnen und Nutzer dieser Einrichtungen, als auch die der Anbieter berücksichtigt werden. Aus der Nutzer- und Anbieterperspektive sollte beachtet werden, dass

- diejenigen Senioren, die sich für eine Einrichtung des „Betreuten Wohnens“ entschieden haben, nicht in einem Heim leben möchten,
- das Schutzbedürfnis der Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ sich von dem der in Heimen lebenden Menschen unterscheidet,
- die Betreiber von Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ ihren Interessenten ein spezielles Konzept anbieten und nicht an die zahlreichen heimrechtlichen Vorschriften (z. B. bezüglich der baulichen und personellen Ausstattung) gebunden sein möchten.



→ Für welche Einrichtungen gelten besondere Regelungen?

Mit Ausnahmen einiger Rechtsvorschriften gilt das Heimgesetz auch für Einrichtungen, die der vorübergehenden Aufnahme Volljähriger dienen (Kurzzeitheime) und für stationäre Hospize (§ 1 Abs. 3 HeimG). Ebenso findet es Anwendung auf teilstationäre Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege (§ 1 Abs. 5 HeimG). Zudem ist das Gesetz teilweise auch auf Einrichtungen der Rehabilitation (§ 1 Abs. 6) anzuwenden.

ÜBERSICHT 2.7: BESONDERE REGELUNGEN FÜR EINRICHTUNGEN, DIE TEILWEISE UNTER DAS HEIMG FALLEN	
Kurzzeitheime	<p>Kurzzeitheime dienen einer vorübergehenden, d. h. zeitlich befristeten Aufnahme volljähriger hilfsbedürftiger Menschen.</p>
	<p>Im Sinne des Gesetzes gilt ein Zeitraum von bis zu drei Monaten als vorübergehend.</p> <p>Folgende Vorschriften finden keine Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> § 6 (Anpassungspflicht), § 7 (Erhöhung des Entgelts), § 10 (Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner), § 14 (Leistungen an Träger und Beschäftigte) Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7. <p>Mit der Maßgabe einen Heimfürsprecher zu bestellen findet § 10 dann Anwendung, wenn eine Einrichtung in der Regel mindestens 6 Personen aufnimmt.</p>
Stationäre Hospize	<p>Stationäre Hospize sind Einrichtungen, in denen palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden (vgl. § 39a SGB V).</p>
	<p>Folgende Vorschriften finden keine Anwendung, auch nicht bei einem länger als drei Monate dauernden Aufenthalt im Hospiz:</p> <ul style="list-style-type: none"> § 6 (Anpassungspflicht), § 7 (Erhöhung des Entgelts), § 10 (Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner), § 14 (Leistungen an Träger und Beschäftigten), Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7. <p>Mit der Maßgabe einen Heimfürsprecher zu bestellen findet § 10 dann Anwendung, wenn eine Einrichtung in der Regel mindestens 6 Personen aufnimmt.</p>
Tages- und Nachtpflege	<p>Tages- und Nachtpflege sind Einrichtungen, die alten Menschen entweder nur am Tage oder aber ausschließlich in den Abend- und Nachtstunden Betreuung und Pflege anbieten.</p>
	<p>Folgende Vorschriften finden keine Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> § 10 (Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner), § 14 (Leistungen an Träger und Beschäftigte) Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7. <p>Mit der Maßgabe einen Heimfürsprecher zu bestellen findet § 10 dann Anwendung, wenn eine Einrichtung in der Regel mindestens 6 Personen aufnimmt.</p>
Einrichtungen der Rehabilitation	<p>Einrichtungen der Rehabilitation führen Rehabilitationsmaßnahmen durch, z. B. die Werkstätten für behinderte Menschen.</p>
	<p>Das Gesetz findet nur in den Teilen der Einrichtung Anwendung, die die Voraussetzung nach § 1 Absatz 1 HeimG erfüllen.</p>



→ Welche Anforderungen muss ein Heimbetrieb erfüllen – worauf muss die Heimaufsicht achten?

Im Heimgesetz sind zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner Anforderungen an den Betrieb eines Heimes festgelegt. So darf ein Heim nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung sicherstellen, dass die „zentralen, für den Heimbetrieb essentiellen Anforderungen“ (Bundestags-Drucksache 14/5399, S. 26) erfüllt sind.

Die Anforderungen an den Betrieb eines Heims sind in § 11 HeimG festgelegt. Darin ist auch bestimmt, wer für die Erfüllung der jeweiligen Anforderungen verantwortlich ist. Zentrale Anforderungen werden an den Träger und die Leitung des Heims gestellt, d. h. Träger und Leitung des Heims sind für die Erfüllung dieser Anforderungen persönlich verantwortlich. Im Einzelnen betreffen diese Anforderungen (§ 11 Abs. 1 HeimG):

- Schutz der Würde sowie der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner,
- Wahrung und Förderung ihrer Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung unter Achtung ihrer Menschenwürde,
- Sicherstellung einer angemessenen Qualität der Betreuung, einschließlich einer Pflege nach dem „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ sowie der ärztlichen und gesundheitlichen Betreuung,
- Förderung der Eingliederung behinderter Menschen,
- Ermöglichung einer nach Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit angemessenen Lebensgestaltung,
- Erbringung hauswirtschaftlicher Versorgung und einer angemessenen Wohnqualität,
- Aufstellung von Pflegeplanungen für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner und Aufzeichnung der entsprechenden Umsetzung,
- Aufstellung von Förder- und Hilfeplänen für Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Aufzeichnung einer entsprechenden Umsetzung,
- Schutz vor Infektionen und Einhaltung der hygienischen Anforderungen,
- Ordnungsgemäßer Umgang mit Arzneimitteln und jährliche Beratung der in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln.

Der Träger eines Heims muss zudem folgende weitere Anforderungen und Verpflichtungen erfüllen (§ 11 Abs. 2):

- Zuverlässigkeit und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit,
- Sicherstellung einer ausreichenden Zahl und Eignung der Beschäftigten,
- Verlangen eines angemessenen Entgelts,
- Betreibung eines angemessenen Qualitätsmanagements.

↑ Darüber hinaus sind weitere als die bereits genannten Bestimmungen zu erfüllen, damit ein Heim betrieben werden darf (§ 11 Abs. 3). In Bezug auf das Wohnen, die Pfl- →

ge und die Begleitung im Heim kommt insbesondere den standardsetzenden personellen und baulichen Mindestanforderungen eine besondere Bedeutung zu.

Der Betrieb eines Heimes erfordert außerdem die:

- Einhaltung der Bestimmungen der Heimmindestbauverordnung (§ 3 HeimG, HeimMindBauV),
- Einhaltung der Bestimmungen der Heimpersonalverordnung (§ 3 HeimG, HeimPersV),
- Erbringung der vertraglichen Leistungen,
- Einhaltung der Bestimmungen der Heimsicherungsverordnung (§ 14 Abs. 7 HeimG, HeimSichV).

→ **Wie lassen sich die gesetzlichen Anforderungen charakterisieren, die ein Heim erfüllen muss?**

Laut Gesetzesbegründung der Bundesregierung müssen die Anforderungen an den Heimbetrieb „dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechen“ (Bundestags-Drucksache 14/5399, S. 20f.). Dies ist z. B. ausdrücklich in § 2 Abs. 1 Nr. 5 HeimG festgehalten. Die gesetzlich festgelegten Anforderungen stellen nach Ansicht von Heimrechtsexperten „Mindestanforderungen“ dar, die eine nicht zu unterschreitende Grenze zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen markieren. Daher dürfen die gesetzlichen Anforderungen auf keinen Fall unterboten werden.

Nach Crößmann et al. (2002, S. 143) entsprechen nämlich Mindestanforderungen:

- nicht den für die Betreuung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern durchschnittlichen fachlichen Anforderungen,
- einer untersten Grenze, bei der angenommen wird, dass es die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner beeinträchtigt oder gar schädigt und auch ihre Würde nicht angemessen schützt, wenn sie unterschritten würde.

→ **Kann die Heimaufsicht einer Abweichung von Anforderungen des HeimG zustimmen?**

Unter den Voraussetzungen des § 17 HeimG (Anordnungen) kann die zuständige Heimaufsichtsbehörde auch höhere Anforderungen anordnen. Aber auch durch eine Veränderung der „allgemein anerkannten fachlichen Erkenntnisse“ können sich höhere Anforderungen ergeben. Generelle Befreiungen von den Mindestanforderungen sind nicht möglich. Inwieweit Befreiungen oder die Gewährung von Angleichungsfristen im Einzelfall rechtlich möglich sind, ergibt sich aus den jeweiligen Verordnungen. Da die Anforderungen der Heimmindestbauverordnung und der Heimpersonalverordnung niedrig definiert sind, wird eine Zulassung von Ausnahmen von Heimrechtsexperten nur unter engen Voraussetzungen für möglich gehalten (Crößmann et al. 2002, S. 144).



→ Welche baulichen Anforderungen muss ein Heim erfüllen (HeimMindBauV)?

Zum Schutz der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verlangt das Heimgesetz bauliche Mindeststandards, diese sind in der HeimMindBauV geregelt. Die Mindestanforderungen orientieren sich an einer unteren Grenze und spiegeln nicht den aktuellen Stand der Wohnungsforschung wider. Teilweise liegen sie unterhalb der marktüblichen Standards der Einrichtungen. Um die HeimMindBauV an die geänderten rechtlichen und fachlichen Verhältnisse anzupassen, ist ihre Novellierung vorgesehen. Ein – unverbindlicher – erster Diskussionsentwurf liegt zwar bereits seit August 2001⁵⁸ vor, eine endgültige Entscheidung konnte allerdings nicht getroffen werden. Von den für das Heimrecht zuständigen Referentinnen und Referenten der Länder wurde nun eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit der Entwicklung von Eckpunkten für die Novellierung der Heimmindestbauverordnung befasst hat. Das Ergebnis wurde in einem Eckpunktepapier festgehalten.⁵⁹

Bezüglich der nachfolgenden Ausführungen ist daher zu beachten, dass diese sich allesamt noch auf die Heimmindestbauverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Mai 1983 beziehen.

In den Vorschriften der Heimmindestbauverordnung finden sich sowohl gemeinsame Vorschriften, die für alle Heime verbindlich sind, als auch besondere Vorschriften für die verschiedenen Heimtypen. Inhalte der HeimMindBauV sind insbesondere:

- Gemeinsame Vorschriften (§§ 1-13),
- Besondere Vorschriften für
 - Altenheime (§§ 14-18)
 - Altenwohnheime (§§ 19-22)
 - Pflegeheime (§§ 23-27),
- Einrichtungen mit Mischcharakter (§ 28),
- Einrichtungen für behinderte Volljährige (§ 29),
- Fristen zur Angleichung (§§ 30 und 31),
- Ordnungswidrigkeiten und Schlussbestimmungen (§§ 32-35).

In den gemeinsamen Vorschriften der HeimMindBauV sind allgemeine Bestimmungen zur baulichen Ausstattung festgelegt. Die *gemeinsamen Vorschriften* (§§ 1-13) beziehen sich auf:

- Erreichbarkeit von Wohn- und Pflegeplätzen durch einen allgemein zugänglichen Flur (§ 2) sowie durch entsprechende Beschaffenheit von Fluren und Treppen (§ 3),
- Vorhandensein von Aufzügen (§ 4),
- Beschaffenheit der Fußböden (§ 5),
- Ausstattung der Beleuchtung (§ 6),

⁵⁸ Der Diskussionsentwurf einer zweiten Änderungsverordnung über bauliche Mindestanforderungen für Heime gemäß § 1 Heimgesetz vom 6. August 2001 kann im Internet eingesehen werden: www.vincentz.net/download/heimmindestbauverordnung.pdf

⁵⁹ Das Eckpunktepapier der Arbeitsgruppe ist im Internet einzusehen: www.vdab.de/web/home.



- Vorhandensein von Rufanlagen (§ 7),
- Vorhandensein eines Fernsprechers (§ 8),
- Zugangsmöglichkeiten zu den Wohn-, Schlaf- und Sanitärräumen (§ 9),
- Ausstattung der sanitären Anlagen (§ 10),
- Vorhandensein von Wirtschaftsräumen (§ 11),
- Sicherstellung einer angepassten Temperatur durch geeignete Heizungen (§ 12),
- Beschaffenheit der Zugänge zum Gebäude (§ 13).

In den *besonderen* Bestimmungen sind die konkreten Anforderungen an die Beschaffenheit der Wohn- bzw. Pflegeplätze festgelegt, wie aus Übersicht 2.8 hervorgeht:

ÜBERSICHT 2.8: ANFORDERUNGEN AN DIE BESCHAFFENHEIT VON WOHN- UND PFLEGEPLÄTZEN NACH HEIMMINDBAUV	
Altenheime	<ul style="list-style-type: none"> – Wohnplätze müssen mindestens einen Wohnschlafraum mit einer Fläche von 12 qm für eine Person und 18 qm für zwei Personen umfassen, – Wohnplätze für mehr als zwei Personen bedürfen der Zustimmung der Heimaufsichtsbehörde.
Altenwohnheime	<ul style="list-style-type: none"> – Wohnplätze müssen mindestens einen Wohnschlafraum mit einer Fläche von 12 qm für eine Person und 18 qm für zwei Personen sowie eine Kochgelegenheit und einen Sanitärraum mit Waschtisch und WC umfassen, – Wohnplätze für mehr als zwei Personen bedürfen der Zustimmung der Heimaufsichtsbehörde.
Pflegeheime	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegeplätze müssen mindestens über einen Wohnschlafraum mit einer Fläche von 12 qm für eine Person, 18 qm für zwei Personen, 24 qm für drei Personen und 30 qm für vier Personen umfassen, – Wohnschlafräume für mehr als vier Personen sind unzulässig.

Über diese Anforderungen hinaus finden sich in der Verordnung für jeden Heimtyp konkrete Mindestanforderungen für die sanitären Anlagen sowie für die Gemeinschafts-, Funktions- und Therapieräume.

→ In welcher Form und in welchem Umfang ist die Heimmindestbauverordnung auf Einrichtungen für behinderte Volljährige anzuwenden?

In Einrichtungen für behinderte Volljährige sind bei der Anwendung der Heimmindestbauverordnung die besonderen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen (§ 29 HeimMindBauV). Daher setzt die Anwendung der Verordnung auf Einrichtungen der Behindertenhilfe voraus, dass die Heimaufsichtsbehörde im Einzelfall prüfen muss, ob die einzelnen Anforderungen der Verordnung unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der jeweiligen behinderten Menschen, die in der Einrichtung leben, insbesondere angesichts der Art und Schwere ihrer



Behinderung, sachgerecht ist. Im Ergebnis kann dies dazu führen, dass einzelne Anforderungen ganz wegfallen oder aber durch andere zu ersetzen bzw. zu ergänzen sind.

→ Unter welchen Voraussetzungen kann die Heimaufsicht dem Träger eine Befreiung von den baulichen Mindestanforderungen erteilen?

ÜBERSICHT 2.9: BEFREIUNGEN VON DER HEIMMINDBAUV	
Befreiung gemäß § 31 HeimMindBauV	Voraussetzung dafür ist, dass <ul style="list-style-type: none"> – dem Träger die Erfüllung der Anforderungen technisch nicht möglich oder aus wirtschaftlichen Gründen nicht zumutbar ist, – die Befreiung mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu vereinbaren ist, – die Befreiung bei der zuständigen Behörde beantragt worden ist.
Befreiung gemäß Erprobungsregelungen (§ 25a HeimG)	Voraussetzung dafür ist, dass <ul style="list-style-type: none"> – dies im Sinne der Erprobung neuer Betreuungs- und Wohnformen dringend geboten erscheint, – der Zweck des Heimgesetzes nicht gefährdet wird, – die Erprobung bei der zuständigen Behörde beantragt worden ist.

→ Welche personellen Mindestanforderungen muss ein Heim erfüllen (HeimPersV)?

Um einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner der Heime zu gewährleisten, wurden Anforderungen für die Eignung der Leitung und der Beschäftigten festgelegt. Diese sind in der Heimpersonalverordnung (HeimPersV) als personelle Mindestanforderungen formuliert.

Alle Beschäftigten müssen die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen ausgeübte Funktion und Tätigkeit besitzen. Zudem sind in der Heimpersonalverordnung je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Qualifikationsanforderungen festgelegt. Diese sind in der nachfolgenden Übersicht 2.10 dargestellt.



ÜBERSICHT 2.10: QUALIFIKATIONSANFORDERUNGEN JE NACH TÄTIGKEITSBEREICH

Heimleitung (§§ 2 und 3 HeimPersV)	<ul style="list-style-type: none"> – muss über einer Ausbildung (mit staatlichem Abschluss) zur Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen oder in einem kaufmännischen Beruf oder in einem Beruf in der öffentlichen Verwaltung verfügen und – muss die für die Tätigkeit als Heimleitung erforderlichen Fähigkeiten durch eine mindestens zweijährige Berufstätigkeit in einem Heim erworben haben, – muss aufgrund seiner Persönlichkeit, seiner Ausbildung und seinem beruflichen Werdegang Gewähr dafür bieten, dass das Heim entsprechend den Interessen und Bedürfnissen seiner Bewohner sachgerecht und wirtschaftlich geleitet wird.
Pflegedienstleitung (§§ 4, 3 und 2 HeimPersV)	<ul style="list-style-type: none"> – muss über eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen (mit staatlichem Abschluss) und – muss über einschlägige Berufserfahrung verfügen.
Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten (§§ 5, 6, 7 und 8 HeimPersV)	<ul style="list-style-type: none"> – Betreuende Tätigkeiten dürfen nur von Fachkräften oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften durchgeführt werden. Es muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier Pflegebedürftigen jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft im Sinne der HeimPersV sein. – Als Fachkräfte i.S. der HeimPersV gelten Beschäftigte, die über eine Berufsausbildung verfügen, welche die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktionen und Tätigkeiten vermittelt. Altenpflegehelferinnen und -helfer sowie Krankenpflegehelferinnen und -helfer sowie damit vergleichbare Hilfskräfte sind keine Fachkräfte im Sinne der HeimPersV. – In Heimen für volljährige Menschen mit Behinderungen sind bei der Festlegung der Mindestanforderungen nach den §§ 2 bis 6 zudem die Aufgaben der Betreuung, Förderung und Eingliederung behinderter Menschen und auch die besonderen Bedürfnisse, die sich vor allem aus Art und Schwere der Behinderung ergeben, zu berücksichtigen.

→ Unter welchen Voraussetzungen kann die Heimaufsicht dem Träger eine Befreiung von den personellen Mindestanforderungen erteilen?

Eine generelle Befreiung von den Anforderungen der Heimpersonalverordnung ist nicht möglich (§ 11 HeimPersV). Ob im individuellen Fall eine Befreiung oder die Gewährung einer Angleichungsfrist erlaubt werden kann, hat die Heimaufsichtsbehörde auf der Grundlage der Heimpersonalverordnung zu entscheiden.



ÜBERSICHT 2.11: BEFREIUNGEN VON DER HEIMPERSV BZW. GEWÄHRUNG EINER ANGLEICHUNGSFRIST

Befreiung gemäß § 11 HeimPersV	Voraussetzung dafür ist, dass <ul style="list-style-type: none"> - ein wichtiger Grund vorliegt, - die Befreiung mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner zu vereinbaren ist und - die Befreiung bei der zuständigen Behörde beantragt worden ist.
Befreiung gemäß Erprobungsregelungen (§ 25a HeimG)	Voraussetzung dafür ist, dass <ul style="list-style-type: none"> - dies im Sinne der Erprobung neuer Versorgungs- und Wohnformen als dringend geboten und - der Zweck des Heimgesetzes nicht gefährdet erscheint, - es sich um eine neue Versorgungs- oder Wohnform handelt, - eine aussagekräftige Konzeption vorliegt, - sich die Ausnahmen nur auf einzelne Anforderungen beziehen, - die Erprobung bei der zuständigen Behörde beantragt worden ist.

2.4 Allgemeine Information und Beratung bestimmter Zielgruppen

Eine wichtige Aufgabe der Heimaufsicht ist die allgemeine Beratung in Heimangelegenheiten (§ 4 HeimG). Mit der Stärkung der Beratung im novellierten Heimgesetz verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, auf kooperativem Wege zu einer Verbesserung und Sicherung der Qualität der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen beizutragen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht denjenigen Personen als qualifizierte Ratgeber und Partner zur Seite stehen, die auf eine Versorgung im Heim angewiesen sind oder die mit der Heimversorgung verantwortlich betraut sind bzw. auch denjenigen, die aus anderen wichtigen Gründen an einer Beratung interessiert sind. Die Heimaufsicht soll auf dem Wege der Beratung präventiv tätig werden, um die Entstehung von Mängeln zu verhindern und einem ordnungsrechtlichen Eingreifen vorzubeugen. Damit die zuständige Behörde bedarfsgerecht informieren und beraten kann, muss sie ständig über einen hohen und aktuellen Wissens- und Sachstand verfügen. Zudem muss sie hinsichtlich ihrer Beratung sehr flexibel sein, denn in der Praxis wird sie auf Ratsuchende treffen, die über sehr unterschiedliche Vorkenntnisse verfügen. Das Heimgesetz sieht keine bestimmte Form für die Beratung vor.

→ Welche gesetzlichen Grundlagen sind bei der Beratung zu beachten?

Der konkrete allgemeine Beratungsauftrag der Heimaufsicht ist in § 4 HeimG festgeschrieben. Information und Beratung gehören zu den Amtspflichten der Heimaufsichtsbehörden (Crößmann et al. 2002, S. 155).

! „Amtshaftung“ bedeutet:

- Information und Beratung, welche die zuständige Heimaufsichtsbehörde zu erfüllen hat, sind keine Verwaltungsakte, sondern Amtspflichten.
- Eine Verletzung dieser Amtspflichten kann zur Schadensersatzpflicht des Landes oder der Körperschaft führen, für die die zuständige Behörde tätig ist.



Die Rechte und Pflichten der zu Beratenden begründen sich nicht allein aus dem Heimgesetz und den dazu gehörenden Verordnungen, sondern hier ist eine Vielzahl weiterer Rechtsquellen von Bedeutung. Um den Ratsuchenden als kompetente Ansprechpartner in Rechtsfragen beratend zur Seite stehen zu können, müssen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht in einer komplexen Rechtsmaterie zurechtfinden. Da es gegenwärtig keine vollständige Übersicht über die gesetzlichen Regelungen gibt, die für den Aufbau und für den Betrieb von Altenheimen relevant sind, ist dies keine leichte Aufgabe für die Heimaufsicht. Insbesondere für landesweit geltende Regelungen besteht ein Informationsdefizit (Schönberg 2003, S.7).

Allgemein festhalten lässt sich dennoch, dass für den Bereich der Pflegeheime insbesondere das SGB XI, die Qualitätsvereinbarungen nach dem SGB XI und die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI von Bedeutung sind, ebenso auch die Regelungen im SGB XII, in den einzelnen Landespflegegesetzen oder Landesbauordnungen. In Betracht kommen darüber hinaus noch eine Vielzahl von weiteren Rechtsvorschriften unterschiedlicher Herkunft, die für die Altenhilfe und -pflege relevant sind und mit denen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht vertraut machen sollten.



ÜBERSICHT 2.12: RELEVANTE RECHTSVORSCHRIFTEN FÜR EINRICHTUNGEN NACH DEM HEIMGESETZ	
Staatsrecht, Allgemeines Verwaltungsrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Grundgesetz - Verwaltungsverfahrensgesetz - Verwaltungsgerichtsordnung
Haftungsrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Bürgerliches Gesetzbuch - Strafgesetzbuch - Strafprozessordnung - Zivilprozessordnung - Richtlinien zur Sterbebegleitung
Recht der psychisch und demenziell Kranken	<ul style="list-style-type: none"> - Grundgesetz - Bürgerliches Gesetzbuch - Gesetz über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit - Freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen
Gesundheitsschutz- recht	<ul style="list-style-type: none"> - Infektionsschutzgesetz - Arzneimittelgesetz - Apothekengesetz - Betäubungsmittelgesetz - Gesundheitsdienstgesetze der Länder - Gesundheitsdienstgesetz
Sozialrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialgesetzbuch Teil I - Sozialgesetzbuch Teil IV - Sozialgesetzbuch Teil V - Sozialgesetzbuch Teil VII - Sozialgesetzbuch Teil IX - Schwerbehindertenausweisverordnung - Sozialgesetzbuch Teil X - Sozialgesetzbuch Teil XI - Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung - Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - Bundesversorgungsgesetz - Wohngeldgesetz - Bundessozialhilfegesetz (ab 1.1.2005: Sozialgesetzbuch Teil XII) - Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung - Bürgerliches Gesetzbuch - Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen - Einkommenssteuergesetz
Arbeitsrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Bürgerliches Gesetzbuch - Bundesurlaubsgesetz - Kündigungsschutzgesetz - Betriebsverfassungsgesetz - Bundesangestellten Tarifvertrag – BAT – - Anlage 1b zum BAT - Sonderregelungen Sr 2 a Bat - Sonderregelungen Sr 2 b BAT/BAT-O
Arbeitsschutzrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsschutzgesetz - Mutterschutzgesetz - Arbeitszeitgesetz - Sozialgesetzbuch Teil VII - Unfallverhütungsvorschrift BGV C8
Berufsrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Altenpflegegesetz - Krankenpflegegesetz



ÜBERSICHT 2.12: RELEVANTE RECHTSVORSCHRIFTEN FÜR EINRICHTUNGEN NACH DEM HEIMGESETZ

Heimrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Heimgesetz - Heimmitwirkungsverordnung - Heimmindestbauverordnung - Heimpersonalverordnung - Heimsicherungsverordnung
Wohn- und Mietrecht	- Bürgerliches Gesetzbuch
Erbrecht	- Bürgerliches Gesetzbuch
Europarecht	- Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft

Quelle: nach Klie (2003).

→ Welche Zielgruppen können eine Beratung durch die Heimaufsicht in Anspruch nehmen?

Beratung durch die Heimaufsicht kann sowohl von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime als auch von den Heimbeiräten sowie den Heimfürsprechern, aber auch von Personen mit berechtigtem Interesse an Heimen in unterschiedlichem Umfang in Anspruch genommen werden. Auf Antrag sind zudem Personen und Träger zu beraten, die Heime errichten wollen oder bereits betreiben.

ÜBERSICHT 2.13: BERATUNG NACH § 4 HEIMG VON VERSCHIEDENEN ZIELGRUPPEN

Zielgruppen	Inhalte der Beratung
Heimbewohner/-innen sowie Vertreter/-innen der Heimbeiräte/Heimfürsprecher/-innen	<ul style="list-style-type: none"> - sind über ihre eigenen Rechte und Pflichten zu informieren, - diese Beratung kann Bezug nehmen auf den konkreten Fall und ein konkretes Heim. Auf diese konkrete Beratung hat nur diese Zielgruppe einen Anspruch, nicht dagegen Bewerberinnen und Bewerber um einen Heimplatz sowie für Angehörige.
Weitere Personen mit berechtigtem Interesse (z. B. Heimplatzbewerber/-innen, Angehörige, Seniorenbeiräte)	<ul style="list-style-type: none"> - sind allgemein über die Rechte und Pflichten der Träger oder Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen zu informieren und zu beraten, - diese allgemeinen Informationen können sich beziehen auf das Heimgesetz und seine Verordnungen, aber auch, ohne auf ein konkretes Heim Bezug zu nehmen, beispielsweise auf die Zulässigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen, - inwieweit ein berechtigtes Interesse an einer Beratung vorliegt, ergibt sich aus dem Schutzzweck des Heimgesetzes, ein gewisser Ermessensspielraum liegt in der Verantwortung der Heimaufsicht.
Personen bzw. Träger, welche die Schaffung von Heimen anstreben oder Heime betreiben	- sind auf Antrag sowohl bezüglich der Planung als auch des Betriebs von Heimen zu beraten.

Quelle: nach Crößmann et al. 2002, S. 156f.



→ Wo liegen die Grenzen der Beratung?

Der Inhalt der Beratung hat sich an der in § 2 HeimG festgelegten Zielsetzung des Gesetzes auszurichten. Damit ist der konkrete Umfang der Beratung durch die Heimaufsichtsbehörden immer auf Heimangelegenheiten begrenzt. Nach Crößmann et al. (2002, S. 55) lassen sich insbesondere folgende konkrete Begrenzungen des Beratungsauftrags nennen:

- Die Heimaufsicht hat nicht die Aufgabe zu prüfen, ob eine Heimaufnahme notwendig bzw. zweckmäßig ist. Sie ist keine Heimplatzvermittlungsstelle.
- Die Heimaufsicht ist nicht verpflichtet, ohne jeden Anlass einen ggf. bestehenden Beratungsbedarf zu ermitteln.
- Die Heimaufsicht ist nicht verpflichtet, bei der Durchsetzung von Ansprüchen (z. B. nach § 5 Abs.11) zu helfen.
- Die Heimaufsicht ist auch nicht berechtigt, die bei der Überwachung gewonnenen Informationen über konkrete Heime an Dritte weiter zu geben.

→ Die Beratungspraxis der Heimaufsicht

Präventive Beratung im Sinne des § 4 HeimG sollte immer als ein Prozess verstanden werden und sich im Dialog zwischen dem Ratsuchenden und dem Beratenden vollziehen. Das Ziel der Beratung kann entweder vom Ratsuchenden klar angegeben werden, möglich ist aber auch, dass es erst im Dialog konkretisiert werden muss. Im Zuge der Beratung sollten die Notwendigkeiten und Wege zur Zielerreichung miteinander erörtert werden. Einem intensiven Austausch von Erfahrungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Im Folgenden soll ein vertiefter Blick darauf gerichtet werden, wie sich die konkrete Beratungspraxis gestalten lässt und welche Erfahrungen aus der Praxis vorliegen.⁶⁰ Dabei wird der Blick nach einem allgemeinen Überblick schwerpunktmäßig auf die Beratung von Personen und Trägern gerichtet, welche die Schaffung von Heimen anstreben oder bereits Heime betreiben. Diesen Zielgruppen kommt eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung und Sicherung von Qualität in der Heimversorgung zu, sie tragen damit eine besonders große Verantwortung. Zwar ist es bekanntlich nicht alleine möglich, Qualität durch Beratung und Kontrolle von außen nach innen, in die Welt der Heime zu transportieren. Aber Beratung von außen kann dazu beitragen, den inneren Prozess der Qualitätsentwicklung in den Heimen anzustoßen bzw. immer wieder erneut anzuregen und kann im Sinne von „Wegbegleitung“ eine sehr wichtige Funktion einnehmen.

→ Wie kann die Heimaufsicht grundsätzlich bei der Beratung vorgehen?

Die Beschaffung von Informationen zu Fragen in Heimangelegenheiten ist für die Ratsuchenden häufig genug eine schwierige, zeitraubende und mühselige Aufgabe.

⁶⁰ Zur Beratungstätigkeit vgl. auch die in Anhang 3.1 S. 147 ff. dargestellten Ergebnisse der bundesweiten schriftlichen Befragung.



Durch individuelle Beratung und die Bereitstellung von (schriftlichen) Informationen können wichtige Voraussetzungen geschaffen werden, um die Qualität in den Heimen zu fördern. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht bieten sich verschiedene Möglichkeiten an, dem Beratungsauftrag in qualifizierter und umfassender Weise zu entsprechen. Möglichkeiten der Beratung sind dabei:

- persönliche, individuelle Beratungsgespräche,
- Bereitstellen von schriftlichem Informationsmaterial für verschiedene Zielgruppen,
- Förderung von Arbeitskreisen und Gesprächsgruppen,
- Förderung von Informationsveranstaltungen und Schulungen.

In der Praxis kommt nach den Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden je nach individuellem Bedarf des Ratsuchenden insbesondere persönlichen Gesprächen, entweder in den Räumlichkeiten der Heimaufsichtsbehörde (ggf. auch Telefongesprächen) oder aber bei Besuchen vor Ort (z. B. im Zuge einer Heimmachsau oder aber im Rahmen einer Besichtigung vorgesehener Gebäude für ein geplantes Heim), eine besondere Bedeutung zu.

Auch die Bereitstellung schriftlicher Materialien, wie z. B. Informations- und Merkblätter, kann eine wertvolle Hilfe für die Beratung verschiedener Zielgruppen darstellen. So können beispielsweise Broschüren oder Informationsschriften für Bewohnerinnen und Bewohner hilfreich sein, um diese über ihre Rechte und über ihre Mitwirkungsmöglichkeiten im Heim zu informieren. Für Heimplatzbewerberinnen und Heimplatzbewerber können auch Einrichtungsverzeichnisse oder themenspezifische Informationsbroschüren (z. B. Ratgeber zur Auswahl eines Heimplatzes, Ratgeber zu rechtlichen und finanziellen Fragen) nützlich sein, damit sie sich einen ersten Einblick in die Welt der Heime verschaffen können.

Darüber hinaus können allgemeine oder zielgruppenspezifische Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen der Heimversorgung (z. B. in Zusammenarbeit mit örtlichen Pflegeberatungsstellen, Kranken- und Pflegekassen, Einrichtungen der Altenhilfe) ein möglicher Weg der Beratung sein, der darüber hinaus auch zu einer offenen Diskussion der Situation der Heimversorgung und zu deren realistischer Einschätzung beiträgt. Sinnvoll erscheint auch die Durchführung von kompakten Schulungen, z. B. für Vertreterinnen und Vertreter der Heimbeiräte oder für Heimförsprecherinnen und Heimförsprecher (bzw. auch die Schulung entsprechender Multiplikatoren), um diesen die notwendige Information und Beratung zukommen zu lassen und damit zu einer effektiven Aufgabenwahrnehmung im Rahmen der Heimitwirkung beizutragen. Alle diese Möglichkeiten sollten jedoch niemals das persönliche Gespräch mit dem jeweils individuell Ratsuchenden ersetzen, sondern nur ergänzen.

- *Erfahrungsgemäß bewährt sich der „persönliche Kontakt“ zu den Ratsuchenden ganz besonders. Intensive Einzelberatungen ermöglichen es, individuelle Schwerpunkte zu setzen und diese vertieft zu betrachten.*



→ **Wie vorgehen bei der Beratung von Personen und Trägern, die anstreben ein Heim zu betreiben?**

Eine Beratung durch die Heimaufsichtsbehörde im Zuge der Schaffung neuer Heime gilt in Fachkreisen als besonders empfehlenswert. So können bereits zu sehr frühem Zeitpunkt kooperativ die Weichen für die zukünftige Qualität des Heimbetriebs gestellt und spätere Probleme vermieden werden. Dies ist gleichermaßen für den Träger, für die Bewohnerinnen und Bewohner und auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heime von großer Bedeutung.

Die Heimaufsichtsbehörde kann bei ihren Beratungsangeboten nicht generell davon ausgehen, dass die Interessenten, die beabsichtigen ein Heim zu betreiben, über umfangreiche heimrechtliche bzw. andere fachliche Vorkenntnisse verfügen. Insbesondere zukünftige private Heimbetreiber können oftmals nicht auf die bereits vorhandene Expertise von Trägern und Verbänden zurückgreifen und sind in besonderem Maße auf die Beratung durch die Heimaufsichtsbehörde angewiesen. In einem ersten persönlichen Gespräch mit dem Ratsuchenden sollte daher der Beratungsbedarf konkretisiert werden. Weitere vertiefte Gespräche bzw. auch Besuche vor Ort und die Weitergabe von schriftlichem Informationsmaterial sind je nach Bedarf unbedingt zu empfehlen. Dabei können neben der Vermittlung allgemeiner Informationen und Hinweisen zu gesetzlichen Grundlagen auch vertiefte Informationen zu verschiedenen (pflege)fachlichen Themen Inhalte der Beratung sein.

I *Mögliche Inhalte der Beratung von Interessenten, die beabsichtigen, ein Heim zu betreiben:*

- *die Ziele, Aufgaben und die Organisation der Heimaufsicht (z. B. Organigramme, Kontaktadressen, Sprechzeiten),*
- *der Anwendungsbereich und der Zweck, sowie wesentliche gesetzliche Grundlagen des Heimgesetzes,*
- *die konkreten Anforderungen, die nach dem HeimG an den Betrieb eines Heimes gestellt werden (§ 11 HeimG), sowie die in den Verordnungen des Bundes festgelegten Mindestanforderungen,*
- *die Erfordernisse und Wege einer Anzeige der geplanten Betriebsaufnahme (§ 12 HeimG),*
- *Hinweise zu weiteren gesetzlichen Grundlagen, als auch Ansprechpartnern, die im Zuge der Schaffung eines neuen Heims von Bedeutung sind (z. B. Bauamt, Gesundheitsamt, Landesverbände der Pflegekassen, örtliche Sozialleistungsträger etc.),*
- *ggf. weitere, vertiefte themenspezifische (ggf. auch schriftliche) Informationen (z. B. konkrete Empfehlungen zur Planung und zum Bau, Finanzierungsmöglichkeiten für den Heimbetrieb, Anforderungen an Wohn- und Betreuungskonzepte).*

→ **Wie vorgehen bei der Beratung von Personen und Trägern, die bereits ein Heim betreiben?**

Bei laufendem Heimbetrieb kann eine Beratung der Heimaufsichtsbehörde insbesondere dazu beitragen, die Leistungsangebote zu optimieren und den Prozess der Qualitätsentwicklung und -sicherung weiter zu fördern. Bei bereits eingetretenen schwierigen Situationen kann die Beratung eine wichtige Hilfe sein, um Konfliktpotenziale frühzeitig auszuräumen, so dass Mängel erst gar nicht entstehen. Ebenso erscheint die präventive Trägerberatung im Falle von Veränderungsvorhaben, wie etwa der Planung eines speziellen Pflegeschwerpunktes (z. B. spezielle Pflege von Menschen mit demenzieller Erkrankung oder mit apallischem Syndrom), besonders sinnvoll, um die Entwicklung einer angemessenen Qualität dieser neuen Schwerpunkte frühzeitig in Gang zu setzen.

Bei der Festlegung der Beratungsziele sollten die Ressourcen der Heime besondere Beachtung finden. Die vorhandenen Ressourcen (z. B. räumliche Struktur, personelle Ausstattung, konzeptionelle Rahmenbedingungen etc.) sollten in Erfahrung gebracht und bei der Definition von Nah- und Fernzielen zur weiteren Qualitätsentwicklung berücksichtigt werden. Nahziele sollten mit Blick auf die den Heimen zur Verfügung stehenden Ressourcen in überschaubar festgelegten Zeiträumen erreichbar sein.

1. Beratung auf konkrete Anfrage bzw. im Zuge der Durchführung der Überwachung

Im Zusammenhang konkreter, individueller Anfragen bzw. auch im Zuge der Durchführung der Heimprüfungen vor Ort können Beratungen zu verschiedenen Themen durchgeführt werden. In Form von Fachgesprächen mit der Heim- und Pflegedienstleitung oder auch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Leistungsbereiche des Heims können fachliche Fragen bzw. Probleme erörtert und Erfahrungen ausgetauscht werden. Neben der Vermittlung von Fachinformationen und der Hilfestellung bei der Lösung konkreter Probleme können diese Fachgespräche auch zu einer offenen Fachdiskussion in der Einrichtung beitragen und somit den Prozess der internen Qualitätsentwicklung unterstützen.

2. Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial

Die zur Verfügung gestellten Materialien können konkrete fachliche Empfehlungen z. B.

- zum Umfang und zur Ausgestaltung der Pflege und Betreuung in Heimen,
- zur Pflege und Betreuung von bestimmten Personengruppen wie z. B. demenziell erkrankte Menschen oder Menschen mit apallischem Syndrom,
- zur Personaleinsatzplanung und Dienstplangestaltung,
- zu den Anforderungen an die Pflegeplanung,
- zum Umgang mit der Pflegedokumentation,
- zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen,
- zur Verwaltung in Heimen,

beinhalten und den Heimen eine konkrete und verlässliche Orientierungshilfe für die praktische Arbeit geben.



Neben der Vermittlung von Fachinformationen sind auch Materialien hilfreich, die z. B. Hinweise geben zu

- weiteren relevanten Rechtsvorschriften und entsprechenden Beratungs- und Aufsichtsinstitutionen,
- weiteren Möglichkeiten der Informations- und Literaturbeschaffung (z. B. Hinweise auf Fachorganisationen, Fachzeitschriften, Internetadressen),
- Arbeitsgruppen, die sich mit Fragen in Heimangelegenheiten beschäftigen oder z. B. auch zu regionalen Fort- und Weiterbildungsinstituten.

3. Gesprächs- und Arbeitsgruppen

Auch im Rahmen von Arbeitsgruppen bzw. Gesprächs- und Arbeitskreisen wie z. B.

- Gesprächskreisen der Heimaufsicht mit der Heim- und Pflegedienstleitung sowie ggf. weiterer Personen einzelner Heime oder
- regionalen Arbeitsgruppen von Heimaufsicht, Heimbeiräten und Heimfürsprechern sowie Heim- und/oder Pflegedienstleitungen, ggf. auch unter Beteiligung weiterer Akteure wie z. B. Geschäftsführung, Träger- bzw. Verbandsvertreter, MDK kann die Heimaufsicht dem Informations- und Beratungsbedarf nachkommen. Bei einer Beteiligung weiterer externer Qualitätssicherungsakteure bietet sich zudem die Möglichkeit, Qualitätskriterien übergreifend zu diskutieren und die Perspektive der Heimaufsicht in den Abstimmungsprozess bezüglich der Maßstäbe für Qualitätsprüfungen umfassend einzubringen.
- *Die in der Anlage 3.3.1 dieser Arbeitshilfe zu findenden Informations- und Merkblätter sollen einen beispielhaften Einblick geben, wie die Beratung der Heimbetreiber in der Praxis durch schriftliche Materialien unterstützt werden kann. Zusammengestellt wurden themenspezifische Materialien, die sich nach den Erfahrungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsichtsbehörden in der bisherigen Praxis als sinnvoll, zweckmäßig und handhabbar erwiesen haben.*

2.5 Anzeigeverfahren bei Aufnahme, Änderung oder Einstellung des Heimbetriebs

Das Heimgesetz verpflichtet den Heimträger dazu, sowohl die Aufnahme als auch die Einstellung sowie auch alle wesentlichen Änderungen, die den Heimbetrieb betreffen, bei der zuständigen Heimaufsichtsbehörde anzuzeigen. Die Vorschrift der Anzeige nach § 12 HeimG soll die Voraussetzungen für den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner (§ 2 HeimG) sowie für die Beratung (§ 4 HeimG) und die Überwachung (§ 15 HeimG) durch die Heimaufsichtsbehörde schaffen. Die Anzeigepflicht soll gewährleisten, dass die zuständigen Heimaufsichtsbehörden die für ihre Aufgabenwahrnehmung notwendigen Informationen erhalten und damit ihre Aufgaben effektiv wahrnehmen können. Die Anzeigepflicht ist eine persönliche Pflicht des Heimträgers. Er muss jederzeit in der Lage sein, die Erfüllung dieser Pflichten nachzuweisen.



→ Welchen konkreten Anzeigepflichten muss der (angehende) Heimbetreiber nachkommen?

Die konkreten Anzeigepflichten ergeben sich aus § 12 HeimG. Dabei wird unterschieden nach der Aufnahme des Heimbetriebs, zwischenzeitlichen Nutzungsänderungen und der Einstellung des Heimbetriebs.

1. Aufnahme des Heimbetriebs:

Spätestens drei Monate vor der geplanten Aufnahme des Heimbetriebs muss der Träger darlegen, dass er die Anforderungen an den Heimbetrieb (§ 11 Abs. 1 bis 3 HeimG) erfüllt. Dafür muss er mindestens folgende Angaben machen:

- Zeitpunkt der Betriebsaufnahme,
- Name und Anschrift des Trägers und des Heims,
- Nutzungsart und Belegung der Wohnräume,
- Zahl der vorgesehenen Mitarbeiterstellen,
- Namen, berufliche Ausbildung und Werdegang der Heimleitung und Pflegedienstleitung sowie Namen und berufliche Ausbildung der Betreuungskräfte,
- Allgemeine Leistungsbeschreibung und Konzeption des Hauses,
- Versorgungsvertrag nach SGB XI,
- Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) nach SGB XI,
- Vereinbarungen nach BSHG,
- Finanzierung der Investitionskosten,
- Muster des Heimvertrags,
- Satzung oder Gesellschaftsvertrag des Trägers,
- Heimordnung (soweit vorhanden).

Die Heimaufsichtsbehörde kann weitere Angaben bzw. Unterlagen verlangen, insofern dies für eine zweckgerichtete Aufgabenerfüllung durch die zuständige Heimaufsichtsbehörde erforderlich ist.

2. Änderungen des Heimbetriebs:

Änderungen, die die Angaben des Heimträgers betreffen, sind der zuständigen Heimaufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen.

3. Einstellung des Heimbetriebs:

Auch eine beabsichtigte Einstellung des Heimbetriebs oder eine beabsichtigte wesentliche Änderung der Vertragsbedingungen sind der zuständigen Heimaufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. Gleichzeitig sind Angaben über die nachgewiesene Unterkunft und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner und über die geplante Abwicklung der Vertragsverhältnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zu machen.



→ Welche Wege haben sich im Umgang mit den Anzeigen in der Praxis bewährt?

In der täglichen Praxis stellt sich für die Heimaufsichtsbehörden die Frage nach dem praktischen Umgang mit den Anzeigepflichten der Heimbetreiber. Das Heimgesetz schreibt keine bestimmte Form für die Anzeigen vor. Allerdings ist die schriftliche Form nach Auffassung von Experten für das Heimrecht generell zu fordern und zu empfehlen (Crößmann et al. 2002, S. 289).

Die Entgegennahme von Anzeigen nach § 12 HeimG erfolgt in der Praxis gegenwärtig mehr oder weniger „standardisiert“. Im Wesentlichen lassen sich zwei Vorgehensweisen unterscheiden:

1. Die Anzeige selbst erfolgt schriftlich und formlos. Die Heimaufsichtsbehörde informiert im Vorfeld durch Merkblätter über die konkreten Anforderungen, die ein Heimbetrieb nach dem Heimgesetz zu erfüllen hat und über die Erfordernisse im Zuge des Anzeigeverfahrens.
2. Die Anzeige erfolgt mittels „standardisierter“ Formulare oder Vordrucke. Die zuständige Heimaufsichtsbehörde stellt diese sowie ggf. weiteres Informationsmaterial zur Verfügung. In der Praxis werden dafür Anzeigeformulare verwendet, meist unterschieden nach Alteinrichtungen und Behinderteneinrichtungen. Dazu gibt es einzelne Formulare, z. B. Raumnutzungsverzeichnisse, Vermögensübersichten, Angaben zur Person (des Trägers, der Heimleitung, der PDL), Personallisten usw.

Aus Gründen einer besseren Übersichtlichkeit und auch als Hilfe für die (angehenden) Heimbetreiber erscheint die Verwendung von Anzeigeformularen und ergänzenden Merkblättern (z. B. Erläuterungen zu den Anzeigerfordernissen und -verfahren, Listen über einzureichende weitere Formulare und Anlagen) besonders sinnvoll.

■ *Zur Dokumentation der Anzeigen ist grundsätzlich Folgendes zu empfehlen:*

- die gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen müssen klar und übersichtlich dargestellt sein,
- es muss klar und deutlich erkennbar sein, welche Unterlagen ein- bzw. nachgereicht werden müssen,
- die Grunddaten des (geplanten) Heims müssen schnell in ein ‚Stammblatt‘ übertragbar sein, dem alle wichtigen Informationen zu entnehmen sind.

2.6 Überwachung der Heime

Durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen (§ 15 HeimG) muss die Heimaufsichtsbehörde in Erfahrung bringen, ob die Heime die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes nach dem Heimgesetz erfüllen und ihre Aufgaben und Verpflichtungen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern wahrnehmen. Diese Prüfungen müssen grundsätzlich mindestens einmal jährlich durchgeführt werden.



Ein unerlässliches Instrument zur Überwachung ist die Heimbegehung. In Fachkreisen besteht seit längerem Konsens darüber, dass ohne eine Überprüfung der Heime vor Ort ein umfassender Schutz der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht zu gewährleisten ist. Bekanntlich werden die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in den Heimen insbesondere von den konkreten Verhältnissen der „Lebenswelt Heim“ beeinflusst. Diese lassen sich ohne eine Prüfung vor Ort (Heimbegehung/-nachschaue) kaum beurteilen. Der damit sehr umfassende Auftrag der Überwachung soll im Folgenden einer vertieften praxisorientierten Betrachtung unterzogen werden.

→ Welche Pflichten und Rechte hat die Heimaufsicht bei der Überwachung?

Um das Ziel der Überwachung sicher zu stellen, hat die Heimaufsichtsbehörde konkrete gesetzliche Pflichten zu erfüllen und ist gleichzeitig mit weit reichenden Rechten ausgestattet worden. Die Überwachungstätigkeit ist von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsichtsbehörde wahrzunehmen. Zudem darf die zuständige Heimaufsichtsbehörde weitere fach- und sachkundige Personen zu ihren Prüfungen hinzuziehen. Dies können beispielsweise Ärztinnen und Ärzte oder auch Pflegefachkräfte sein. Die hinzugezogenen Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet, sie dürfen personenbezogene Daten über die Bewohnerinnen und Bewohner der Heime nicht speichern und an Dritte übermitteln. Die konkreten Pflichten und Rechte der Heimaufsichtsbehörden sind in § 15 HeimG festgelegt, sie ergeben sich aus dem Gesetzeszweck und sind gleichzeitig auch durch diesen begrenzt.

So liegen Grenzen des Überwachungsrechts zum einen in § 2 Abs. 2 HeimG begründet, wonach die Selbstständigkeit der Träger in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben unberührt bleiben muss. Die Heimaufsichtsbehörde darf in erforderlichem Maße nur dann in die Selbstständigkeit des Trägers eingreifen, wenn dies zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner notwendig ist. Entsprechend darf die Heimaufsichtsbehörde weder eigene noch andere bestimmte konzeptionelle Vorstellungen mittels ihrer Überwachungstätigkeit durchsetzen. Schließlich wollte der Gesetzgeber mit dem Heimgesetz nicht in die Zielsetzung der Heime eingreifen und ihnen auch keine Vorschriften über die Ausgestaltung ihrer selbstgestellten Aufgaben machen. Die Pluralität der Träger soll mit dem Heimgesetz weder eingeschränkt noch uniformiert werden (Crößmann et al. 2002, S. 130).

Zum anderen setzt der **Grundsatz der Verhältnismäßigkeit** der Heimaufsichtsbehörde Grenzen. Bei der Überwachungstätigkeit muss die Heimaufsichtsbehörde diesen Grundsatz mit besonderer Sorgfalt beachten. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verlangt insbesondere, dass eine Maßnahme der Überwachung

- ! geeignet ist, um dem angestrebten Zweck näher zu kommen,
- ! erforderlich ist, weil weniger schwere Eingriffe keinen Erfolg bringen,
- ! angemessen ist im Verhältnis zwischen Schutzbedürfnis und Eingriffsfolgen.



→ Wie lassen sich Prüfungsumfang und -schwerpunkte konkretisieren (Prüfungsmaßstäbe)?

Der konkrete Prüfungsauftrag der Heimaufsichtsbehörden, der sich aus den Anforderungen an den Betrieb eines Heimes nach dem Heimgesetz ableitet, ist sehr umfassend. Er bezieht sich auf die Überprüfung der Qualität in allen Leistungsbereichen eines Heimes⁶¹.

! Qualitätssicherung betrifft alle Leistungsbereiche:

- Wohnen,
- Pflege,
- ärztliche und gesundheitliche Betreuung,
- soziale und therapeutische Betreuung,
- hauswirtschaftliche Versorgung,
- Organisation und Verwaltung,
- Nahtstellen der Versorgung (z. B. zur Krankenhausbehandlung).

Mit der Auflistung der Anforderungen an den Betrieb eines Heimes (§ 11 Abs. 1 bis 3) gibt das Heimgesetz zwar einige gezielte Hinweise zu den Rechten und Lebensbedingungen, die in jedem Fall zu beachten sind, es definiert jedoch keine Kriterien dahingehend, was unter einer angemessenen Qualität des Wohnens sowie der Pflege und Betreuung konkret zu verstehen ist. Richtet man einen Blick auf den gegenwärtigen Forschungsstand, dann wird schnell deutlich, dass sowohl eine angemessene Qualität des Wohnens als auch der Pflege und Betreuung für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen einen zentralen Stellenwert bei den Prüfungen einnehmen müssen.

Da es bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt keinen allgemeingültigen Konsens über Qualitätskriterien und -standards für die Versorgung in Heimen gibt, war und ist die Heimaufsicht aufgefordert, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben ergebenden Anforderungen für die Prüfungen in „Eigenregie“ zu operationalisieren. Eine Vielfalt unterschiedlichster Schwerpunktsetzungen und Vorgehensweisen bei den Prüfungen war und ist immer noch die Folge. Folgt man dem Anliegen der gesetzlichen Entwicklungen, dann liegt eine der wesentlichen Aufgaben in der nahen Zukunft darin, Einvernehmen über Qualitätskriterien und Qualitätsstandards zu entwickeln. Die nachfolgenden Ausführungen zur Qualität des Wohnens und der Betreuung sollen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsichtsbehörde eine Hilfe auf diesem Weg sein.

1. Qualität des Wohnens

Um sich in einem Heim wohl zu fühlen, ist bekanntlich die Qualität des Wohnens von besonderer Bedeutung. Nicht zuletzt ist dieses auch in dem Sprichwort „einen alten

 ⁶¹ Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 1.2.3



Baum verpflanzt man nicht“ ausgedrückt. Die Qualität des Wohnens bildet zudem nachweislich eine wesentliche Rahmenbedingung für eine qualitativ hochwertige Pflege und Begleitung. Um zu einer realistischen Einschätzung und Bewertung der Wohnsituation zu gelangen, müssen sowohl „objektive“ als auch „subjektiv erlebte“ Merkmale der Alten- und Pflegeheime einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Heime umfassen als „Umwelten“ schließlich beide Realitätsarten. Sie haben zum einen spezifische räumlich-materielle Merkmale, zum anderen werden sie aber auch von den dort lebenden Menschen und den dort arbeitenden Pflege- und Betreuungskräften, sowie auch von Besucherinnen und Besuchern tagtäglich in je individueller Weise wahrgenommen, erlebt und genutzt. Hervorzuheben ist, dass sich die Umweltbezüge der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen häufig auf die Gemeinschaftsräumlichkeiten des Heims (z. B. Aufenthaltsräume, Speiseräume) sowie auf das eigene Zimmer reduzieren. Sie sind damit in besonderem Maße von der räumlich-materiellen, aber auch von der sozialen Umgebung im Heim abhängig, und die Qualität der Wohnbedingungen spielt eine wesentliche Rolle für ihr Wohlbefinden.

Aus der Forschung weiß man, dass sich Heime als „Umwelten“ nach so genannten „objektivierbaren“ Merkmalen charakterisieren lassen. Beschreibungsmöglichkeiten bestehen beispielsweise im Hinblick auf Erreichbarkeit, Sicherheit, Anregungs- und Unterstützungsgehalt sowie auch im Hinblick auf Handlungsspielräume, Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten sowie Privatheit. So gehört beispielsweise die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit eines Heimes für den älteren Menschen zu den wichtigsten Merkmalen der Umwelt. Ob und wie er seine Heimumwelt nutzen kann, wird entscheidend dadurch beeinflusst. Ein „eigenes Reich“ zu haben ist für jeden Menschen von besonderer Bedeutung, private Räume ermöglichen Kontrolle und Privatheit („sich ins eigene Zimmer zurückziehen und die Tür hinter sich zu machen“). Handlungsspielräume beispielsweise auch bezüglich der Ausstattung zu haben, sind besonders wichtig, um sich geborgen im Sinne von „zu Hause“ zu fühlen. Für Bewohnerinnen und Bewohner mit starken Einbußen ihrer psychophysischen Kompetenzen sind zudem Umweltgegebenheiten mit einem hohen Unterstützungsgehalt für die persönliche Autonomie und für eine subjektiv befriedigende Gestaltung des Alltagslebens von besonderer Bedeutung. So kommt angesichts des hohen Anteils demenziell erkrankter Menschen in den Heimen der Altenhilfe insbesondere einer Kompensations- und Orientierungsfunktion der Umwelt eine bedeutsame Rolle zu.

2. Qualität der Pflege und Betreuung

Ebenso ist dem Forschungsstand zu entnehmen, dass für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner neben einer angemessenen pflegerischen Versorgung auch soziale bzw. (sozial)therapeutische Maßnahmen eine große Rolle spielen. Dabei gehört zu jedweder professionellen Pflege- und Betreuungsmaßnahme ein fundierter (pflege)fachlicher Rahmen, welcher insbesondere den vorzufindenden pflegerischen Problemlagen (vor allem auch den in den Heimen vielfach vorzufindenden gerontopsychiatrischen Problemlagen) sowie auch den individuellen Bedürfnissen der Be-



wohnerinnen und Bewohner ausreichend Platz einräumt. In diesem Zusammenhang sind insbesondere auch die Chancen für ein würdevolles Leben und damit einhergehend der Umgang mit freiheitsbeschränkenden und -entziehenden Maßnahmen äußerst kritisch zu prüfen.

Alle Maßnahmen der Pflege und Betreuung sind als systematisches Handeln zu verstehen und bedürfen der Orientierung an Leitbildern, Theorien und Konzepten. Aus (pflege)theoretischer Perspektive kommt den methodischen Grundlagen der Pflege und Betreuung eine große Bedeutung zu. Pflege und Betreuung darf sich nicht auf unsystematische Reaktionen einer (pflegerischen) Problemlage begrenzen, sondern Pflegehandlungen müssen auf systematisch erhobenen und nachvollziehbarem Wissen beruhen. Pflege ist dabei als ein Prozess zu verstehen, welcher sich auf ein Ziel hin orientiert. Der Pflegeprozess lässt sich als regelkreisförmiges Problemlösungsmodell im Sinne einer idealtypischen Struktur für die Realisierung einer gezielten, planvollen Pflege beschreiben.

In der Fachliteratur wird der Pflegeprozess häufig in vier Schritte unterteilt, hierzu gehören: das Assessment, die Planung der Maßnahmen, die Durchführung der Maßnahmen und die Evaluation. Grundlage für die Pflegeplanung ist die Sammlung von Informationen, die Erfassung von Problemen und Ressourcen (Assessment) und die sich daraus ableitende Festlegung von Pflegezielen. Anhand der Pflegeplanung werden die erforderlichen Maßnahmen im Voraus beschrieben und stellen den Maßstab für die durchzuführenden Maßnahmen dar. Dabei nimmt die Pflegedokumentation im Pflegeprozess eine wichtige Rolle ein. Anhand der Pflegedokumentation werden die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses festgehalten, d. h. die wesentliche Funktion der Pflegedokumentation ist es, die individuelle Pflegesituation darzustellen. Somit dient sie auch als Informationsgrundlage für alle an der Pflege Beteiligten und trägt damit zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bei. Für ein systematisches Pflegehandeln ist das Ergebnis des Pflegeprozesses anhand der festgelegten Pflegeziele regelmäßig zu überprüfen.

Des Weiteren hat das Pflegemanagement und das interne Qualitätsmanagement entscheidenden Einfluss auf die Qualitätsentwicklung. Sowohl eine geeignete Arbeitsablauforganisation (Anzahl von Fachkräften, Dienstplangestaltung, Versorgung in der Nacht) als auch interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie z. B. regelmäßige Teambesprechungen und Dienstübergaben, weiterhin die fachliche Überprüfung der geleisteten Pflegemaßnahmen, z. B. in Form von Pflegevisiten, aber auch die Durchführung von Qualitätszirkeln sind für die Erreichung bzw. Erhaltung einer angemessenen (Pflege-)Qualität notwendig. Den personellen Ressourcen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, sie sind sozusagen das „Kapital“ des Heims. Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder auch Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen daher einen großen Stellenwert ein.



! *Um Qualitätsverbesserungen in den Bereichen Wohnen, Pflege und Betreuung in den Heimen anzustoßen und zur Entwicklung und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung beizutragen, muss sich die Heimaufsicht an fachlich fundierten Qualitätskriterien orientieren. Diese müssen über eine Qualitätsbestimmung im Sinne einer „Mindestqualität“ hinausreichen.*

→ Wann muss die Heimaufsicht mit der Überwachung der Heime beginnen?

Mit der Anzeige der Betriebsaufnahme durch den Heimträger, spätestens jedoch drei Monate vor der geplanten Inbetriebnahme, beginnt die Pflicht zur Überwachung der Heime durch die Heimaufsichtsbehörde (§ 15 Abs. 6 HeimG). Bis zum Zeitpunkt des Einzugs der ersten Bewohnerinnen und Bewohner hat sich die Überprüfung der Heime durch die Heimaufsichtsbehörde lediglich auf die in der HeimMindBauV festgelegten baulichen Anforderungen und die im Zuge der Betriebsanzeige nach § 12 Abs. 1 HeimG einzureichenden Unterlagen zu beziehen.

→ Was muss die Heimaufsicht hinsichtlich Zeitpunkt und Häufigkeit der Prüfungen beachten?

Mit der Durchführung von wiederkehrenden oder anlassbezogenen Heimprüfungen nach § 15 HeimG nimmt die Heimaufsichtsbehörde ordnungsrechtliche Aufgaben wahr. Die Prüfungen kann sie jederzeit angemeldet oder unangemeldet durchführen. Bei Prüfungen zur Nachtzeit bedarf es jedoch einer besonderen Begründung (§ 15 Abs. 1 HeimG).

Was die Prüfungsintensität bzw. -häufigkeit anbetrifft, so gilt, dass die Heimaufsicht verpflichtet ist, jedes Heim mindestens einmal pro Jahr zu prüfen. Heime, in denen Mängel gefunden worden sind, sind entsprechend häufiger zu prüfen. Prüfungen in größeren Abständen sind im Ermessen der Heimaufsichtsbehörde nur möglich, falls ein Heim Qualitätsnachweise von unabhängigen Sachverständigen vorlegen kann oder bereits vom MDK überprüft wurde (§ 15 Abs. 4 HeimG).

→ Was ist bezogen auf Prüfungen zur Nachtzeit zu beachten?

Nur wenn das Prüfungsziel zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann, sind auch Prüfungen zur Nachtzeit zulässig. Dies ist beispielsweise immer dann der Fall, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Nachtdienst entgegen der vorgesehenen Dienstplangestaltung qualitativ und/oder quantitativ nicht ausreichend besetzt ist. Auch ausreichende Hinweise darauf, dass Bewohnerinnen und Bewohner in der Nacht in unzulässiger Weise in ihrer Freiheit beschränkt werden, z. B. durch dämpfende Medikamente oder Fixierung, rechtfertigen eine Prüfung zur Nachtzeit. Die Prüfungen sind auf diejenigen Maßnahmen zu beschränken, die erforderlich sind, um das sie rechtfertigende Überwachungsziel zu erreichen. Notwendige Prü-



fungen sollten so durchgeführt werden, dass keine unnötigen Belastungen für das Heimleben und die dort lebenden Menschen entstehen können (Cröbmann et al. 2002, S. 345).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das besondere Augenmerk dieser Prüfungen sich demnach immer auf ausgewählte Fragestellungen dahingehend bezieht, inwieweit eine fachgerechte Pflege und Betreuung auch in der Nacht gesichert ist – und damit auf die Überprüfung von konkreten nächtlichen Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufen.

■ *Beispielhafte Fragestellungen, die ggf. für eine Prüfung in der Nacht sprechen können:*

- *Ist ausreichend qualifiziertes Personal für die nächtliche Betreuung im Einsatz?*
- *Werden die Bewohnerinnen und Bewohner zu angemessener Zeit zu Bett gebracht bzw. geweckt?*
- *Werden notwendige Spätmahlzeiten gereicht und ist eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung gesichert?*
- *Werden die Bewohnerinnen und Bewohner bei Bedarf zur Toilette begleitet bzw. ist eine angemessene Versorgung bei Inkontinenz gesichert?*
- *Werden entsprechend des pflegerischen Bedarfs ausreichend Prophylaxen durchgeführt (z. B. Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe)?*
- *Ist die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Weglauftendenzen gesichert?*
- *Ist die Begleitung Sterbender sichergestellt?*
- *Werden in der Nacht in unzulässiger Weise sedierende Medikamente verabreicht?*
- *Erfolgen unzulässige Fixierungen?*

→ **Wer ist seitens der Heime gegenüber der Heimaufsicht gesetzlich zur Auskunft verpflichtet?**

Im Rahmen der Überwachungen hat die Heimaufsichtsbehörde das Recht, Auskünfte von den Heimen zu verlangen, die für die Durchführung des Heimgesetzes und seiner Verordnungen erforderlich sind (§ 15 Abs. 1 HeimG). Welche Auskünfte für die Wahrnehmung der Aufgaben nach dem Heimgesetz und seinen Rechtsverordnungen notwendig sind, hat die Heimaufsichtsbehörde zu entscheiden.

Die gesetzliche Auskunftspflicht der Heime bezieht sich darauf, Auskünfte in erforderlichem Umfang sowohl mündlich als auch schriftlich zu erteilen. Auskunftspflichtig sind unabhängig voneinander der Träger, die Heimleitung und die Pflegedienstleitung.

→ **Welche weiteren Eingriffsrechte hat die Heimaufsicht im Zuge ihrer Überwachungstätigkeit?**

Neben dem Einholen von Auskünften durch die gesetzlich dazu Verpflichteten stehen den von der Heimaufsichtsbehörde mit der Überwachung beauftragten Personen weitere Möglichkeiten zur Verfügung, um sich ein umfassendes Bild über den Heimbetrieb zu machen (§ 15 Abs. 2 HeimG). Um möglichst vielschichtige Informationen



über den Heimbetrieb zu sammeln sind sie beispielsweise auch befugt, die Beschäftigten der Heime zu befragen. Des Weiteren dürfen sie sich mit dem Heimbeirat oder dem Heimfürsprecher sowie auch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in Verbindung setzen. Die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen müssen vom Träger des Heims geduldet werden.

I Eingriffsrechte der mit der Überwachung beauftragten Personen:

- Betreten aller heimzugehörigen Grundstücke und Räume, wobei zur Verhütung dringender Gefahren auch die Privaträume der Bewohnerinnen und Bewohner betreten werden dürfen (§ 15 Abs. 3 HeimG),
- Durchführung von Prüfungen und Besichtigungen,
- Einsicht in die nach § 13 HeimG bereitzuhaltenden Unterlagen und Dokumente,
- Befragung der Beschäftigten,
- Befragung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner,
- Befragung des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers,
- Inaugenscheinnahme des Pflegezustands bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern.

→ Welche Auskünfte und Unterlagen darf die Heimaufsicht anfordern bzw. vor Ort einsehen – was ist zu beachten?

Der Träger eines Heims ist gesetzlich dazu verpflichtet, Aufzeichnungen über den Betrieb des Heims sowie über die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse zu machen. Diese Aufzeichnungen muss er nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung vornehmen. Aus den Aufzeichnungen muss der ordnungsgemäße Betrieb des Heims ersichtlich werden (§ 13 Abs. 1 HeimG). Seine Aufzeichnungen muss der Träger am Ort des Heims zur Prüfung bereithalten (§ 15 Abs. 1 Satz 6); für die Aufzeichnungen über die wirtschaftliche und finanzielle Lage des Heims gilt dies nur für angemeldete Prüfungen (§ 15 Abs. 1 Satz 7). Die Heimaufsicht hat die Befugnis, diese Aufzeichnungen vor Ort einzusehen (§ 15 Abs. 2 Nr. 3).

Die Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht nach § 13 HeimG erfordert detaillierte Angaben:

- I** zur wirtschaftlichen und finanziellen Lage des Heimes (z. B. Kontoauszüge, Buchungsbelege, Forderungsaufstellungen, Vergütungsvereinbarungen, Kalkulationsberechnungen, Kreditverträge, Gehaltslisten),
- I** zur Nutzungsart (z. B. Art der Heimplätze, Lage, Zahl, Größe und Belegung der Wohnräume),
- I** zu den Beschäftigten (z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Qualifikation, regelmäßige Arbeitszeit, ausgeübte Tätigkeit, Dauer des Beschäftigungsverhältnisses) und zur Arbeitseinsatzgestaltung, sowohl hinsichtlich geplanter als auch tatsächlicher Einsätze (z. B. abgelegte und aktuelle Dienstpläne),
- I** zu den einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern (z. B. Name, Vorname, Geschlecht, Betreuungs- und Pflegebedarf einschließlich Pflegestufe, sowie Angaben zur Tagesgestaltung),



- zum Umgang mit Arzneimitteln (z. B. Aufzeichnungen zum Erhalt, zur Aufbewahrung und zur Verabreichung von Arzneimitteln sowie die Dokumentation der regelmäßigen Überprüfung der Aufbewahrung und Haltbarkeit sowie der Unterweisung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im sachgerechten Umgang),
- zur Pflegeplanung und zum Pflegeverlauf bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern,
- zu Förder- und Hilfeplänen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Behinderungen,
- zu den Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung,
- zu freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen (z. B. Angaben über den für die Anordnung Verantwortlichen und über die Art und die Durchführung der Maßnahmen),
- zur Barbetrags- und Wertsachenverwaltung.

Die an § 13 Abs. 1 Nr. 1 bis 10 orientierte Aufzählung ist nicht abschließend. Die zuständige Heimaufsichtsbehörde hat das Recht weitere Aufzeichnungen zu verlangen und einzusehen, soweit diese erforderlich sind.

→ **Welche Räumlichkeiten darf die Heimaufsicht betreten (Betretungsrecht) – was ist zu beachten?**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden sind berechtigt, die für das Heim benutzten Grundstücke und Räume zu betreten (§ 15 Abs. 2 Nr. 1). Dazu gehören auch die Räumlichkeiten der Geschäftsstelle des Trägers sowie auch Räumlichkeiten, die ggf. außerhalb des Hauptbereichs des Heimes für den Heimbetrieb angemietet worden sind (z. B. als Lagerräume oder Gymnastikräume). Büros, Räume anderer Firmen oder externer Dienste, welche z. B. im Auftrage des Heims die Buchführung erledigen, gehören nicht dazu, sie unterliegen nicht der Duldungspflicht (Cröbmann et al. 2002, S. 348). Grundsätzlich darf die Heimaufsichtsbehörde auch Räumlichkeiten betreten, die einem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen, allerdings nur mit deren Zustimmung.

- *Für die Praxis der Heimaufsicht bedeutet dies, dass*
 - die Bewohnerinnen und Bewohner in jedem Fall vor dem Betreten ihres Zimmers um ihre Zustimmung gebeten werden müssen. Falls dies aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, muss die Zustimmung des gesetzlichen Betreuers mit dem Aufgabenkreis Aufenthaltsbestimmung eingeholt werden,
 - die Räume, die dem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen, ohne vorherige Einwilligung nur bei einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung bzw. mit vorliegender richterlicher Anordnung betreten werden dürfen.



→ **Wen darf die Heimaufsicht befragen – was ist zu beachten (Befragung von Dritten)?**

Die Heimaufsicht ist befugt, zur Wahrnehmung ihres Prüfauftrags sowohl mit den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern (inklusive Heimbeirat oder Heimfürsprecher) als auch mit Beschäftigten des Heims Gespräche zu führen.

1. Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern und dem Heimbeirat oder Heimfürsprecher

Die zuständige Heimaufsichtsbehörde hat das Recht, sich sowohl mit den Bewohnerinnen und Bewohnern als auch mit dem Heimbeirat oder dem Heimfürsprecher in Verbindung zu setzen (§ 15 Abs. 2 Nr. 4). Die Kontaktaufnahme muss durch den Träger geduldet werden, sie kann nicht durch ihn oder durch die Heimleitung beispielsweise unter Berufung auf das Hausrecht untersagt werden. Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie mit dem Heimbeirat oder dem Heimfürsprecher können der Heimaufsicht wertvolle Hinweise zum Wohlbefinden und zur Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner geben und sind bekanntlich eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Ergebnisqualität in den unterschiedlichen Leistungsbereichen. Für die Bewohnerinnen und Bewohner selbst bzw. auch für die Mitglieder des Heimbeirats oder für den Heimfürsprecher besteht allerdings keine Verpflichtung, der Heimaufsichtsbehörde Auskünfte zu erteilen.

2. Befragung der Beschäftigten

Um die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren, steht den Heimaufsichtsbehörden nach § 15 Abs. 2 Ziffer 6 auch das Recht zu, die Beschäftigten zu befragen. Der persönliche Kontakt zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern soll zu einem besseren Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen. Seitens des Trägers und der Heimleitung besteht für diese Maßnahme der Heimaufsicht Duldungspflicht, d. h. der Träger oder die Heimleitung darf den Beschäftigten nicht untersagen, der Heimaufsichtsbehörde Auskunft zu geben. Keine Duldungspflicht besteht für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst. Sie haben das Recht die Beantwortung von Fragen abzulehnen.

→ **Was darf die Heimaufsicht tun, um den Pflegezustand der Bewohnerinnen und Bewohner in Erfahrung zu bringen (Pflegekontrollen) – was ist dabei zu beachten?**

Die Heimaufsichtsbehörde ist nach § 15 Abs. 2 Ziffer 5 ausdrücklich berechtigt, Pflegekontrollen vorzunehmen. Während eine „unauffällige Inaugenscheinnahme“ auch durch Personen, die nicht Pflegefachkraft oder Mediziner sind, vorgenommen werden kann, darf eine darüber hinausgehende „Untersuchung“ (z. B. die Überprüfung der Versorgung bei vorliegendem Dekubitus) nur von einer Pflegefachkraft oder einem Arzt durchgeführt werden.



■ Für die Praxis der Heimaufsicht bedeutet dies, dass

- die vorherige Zustimmung der jeweiligen Bewohnerin oder des Bewohners unbedingt erforderlich ist. Falls eine Bewohnerin oder ein Bewohner eine solche Zustimmung aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst geben kann, muss im Vorfeld die Zustimmung des gesetzlichen Betreuers mit dem Aufgabenkreis Gesundheitsvorsorge eingeholt werden,
- der Eingriff in die Intimsphäre der Bewohnerin oder des Bewohners so gering wie möglich zu halten ist.

→ Welche Vorgehensweisen bei der Überwachung haben sich in der Praxis bewährt?

Die Praxis der Überwachung stellt sich nicht nur im Bundesvergleich, sondern auch von Heimaufsichtsbehörde zu Heimaufsichtsbehörde innerhalb einzelner Länder zum Teil recht unterschiedlich dar.⁶² Ein wesentlicher Unterschied besteht dahingehend, inwieweit die Durchführung der Prüfungen in den Händen einer einzelnen Person liegt, oder im Team erfolgt. Ein weiterer Unterschied liegt beispielsweise darin, dass sich einige Heimaufsichtsbehörden in der Regel vor der Prüfung bei den Einrichtungen anmelden, während andere Behörden eher unangemeldete Prüfungen präferieren.

■ Unterschiede in der Prüfungspraxis beziehen sich insbesondere auf:

- die Prüfungskommission,
- die Art der Prüfung (angemeldet versus unangemeldet),
- das Spektrum der Unterlagen des Heimbetriebs, die bei den Prüfungen eingesehen werden,
- die Art der Arbeitshilfen, die bei den Prüfungen eingesetzt werden (z. B. „Leitlinien“, „Checklisten“ o. ä.),
- die Art der Dokumentation der Prüfungen,
- die Zeitdauer, die für eine durchschnittliche Prüfung, inklusive Vor- und Nachbereitung benötigt wird.

→ Prüfung als „Einzelkämpfer“ oder im Team?

In Fachkreisen wird immer wieder der Hinweis laut, dass dem umfassenden Anforderungsspektrum der Heimaufsicht nur dann in qualitativ hochwertiger Weise entsprochen werden kann, wenn sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht ausreichende personelle Ressourcen zur Verfügung stehen. Nur durch eine ausreichende Anzahl entsprechend qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann den in den Heimen zu prüfenden Aufgabenschwerpunkten im Sinne des Heimgesetzes entsprochen werden.

⁶² Vgl. zur Prüfungspraxis auch die in Anhang 3.1 ff. dargestellten Ergebnisse der bundesweiten schriftlichen Befragung.



Eine vorausschauende behördliche Personalpolitik, die diesen Herausforderungen gewachsen sein will, muss deshalb bemüht sein, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Heimaufsicht zu gewinnen und einzusetzen, sowie deren Qualifizierung fortlaufend zu fördern.

■ *Nach vorliegenden Erfahrungen ist es nicht leicht, die komplexe Struktur eines Heims zu verstehen. Um die Ressourcen und die Qualitätsprobleme eines Heims angemessen einschätzen zu können, braucht die Heimaufsicht ein „ganzheitliches Wissen“. Erforderlich ist ein entsprechendes Qualifikationsprofil. Kenntnissen und Erfahrungen aus dem Bereich der Altenhilfe, speziell dem Pflege-/Qualitätsmanagement, kommt eine große Bedeutung zu.*

Demnach ist unbedingt zu empfehlen, bei der Durchführung der Prüfungen auf ein Team von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen zurückzugreifen. Aus fachlicher Sicht und aus der Perspektive der Praxis erscheinen folgende Berufsbilder besonders wichtig:

- Verwaltungsfachkräfte,
- Juristen,
- Betriebswirte,
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen,
- Pflegefachkräfte,
- Ärzte,
- Fachkräfte für Hauswirtschaft und/oder Ernährung,
- Fachkräfte für Hygiene.

In der Praxis lässt sich dies entweder durch multidisziplinäre Teams der Heimaufsichtsbehörde selbst oder auch durch die Hinzuziehung von externen Gutachtern anderer behördlicher Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Bauamt etc.) bzw. von Sachverständigen auf Honorarbasis realisieren.

→ Welche Argumente sprechen für angemeldete bzw. für unangemeldete Prüfungen?

Eine für die Heimaufsicht wesentliche Frage ist die Auseinandersetzung mit dem Für und Wider einer angemeldeten bzw. einer unangemeldeten Prüfung. Diese Frage wird in der Fachöffentlichkeit zum Teil kontrovers diskutiert. Während einige Vertreter in beiden Vorgehensweisen sowohl Vor- und Nachteile sehen, wenden sich andere Vertreter eher gegen eine Anmeldung von Prüfungen. Nur bei unangemeldeten Prüfungen vor Ort erhalte man einen „realitätsechten“ Eindruck über die wirkliche Situation eines Heims.

■ *Nach vorliegenden Erfahrungen werden die Heime für eine angemeldete Prüfung „auf den Kopf gestellt“. Der eigentliche Ist-Zustand lässt sich dadurch nicht direkt erschließen.*

↑ Andere Gründe sprechen dafür, dass auch angemeldete Prüfungen wichtig und notwendig sind, um umfassende und vertiefte Erkenntnisse über die Verhältnisse in →

einem Heim zu erhalten. Als Argumente *für* angemeldete Prüfungen werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsichtsbehörden genannt:

- Möglichkeit zu einer guten Partnerschaft mit den Einrichtungen,
- Möglichkeit zu einer kooperativen Umsetzung der Beratungsfunktion,
- Verfügbarkeit bestimmter Gesprächspartner,
- Möglichkeit für bestimmte Gesprächspartner, sich zu ihrer Situation zu äußern,
- Verfügbarkeit erforderlicher Unterlagen.

→ Welche konkreten Aufgaben fallen im Rahmen einer Heimbegehung/-nachschau an?

Rund um eine Heimbegehung fallen eine Vielzahl von Aufgaben an. Diese lassen sich unterscheiden in vorbereitende Arbeiten, in die Durchführung der Heimbegehung/-nachschau selbst und in notwendige Nachbereitungen. Einige besonders wichtig erscheinende Aspekte zu diesen Arbeitsschritten sollen im Folgenden dargestellt werden.

1. Vorbereitungen

Jeder Heimbegehung muss eine intensive Vorbereitung vorausgehen (Aktstudium, Gespräche mit an vorausgegangenen Heimprüfungen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsicht, Einholen schriftlicher Auskünfte etc.). Neben einer reibungslosen Organisation der Heimbegehung (z. B. Terminabsprachen, ggf. Anmeldung im Heim) dienen diese Vorbereitungen insbesondere dazu, sich ein Bild über das Heim, d. h. über dessen vorhandene Ressourcen und Probleme zu machen, und ggf. auch dazu, besondere Prüfungsschwerpunkte festzulegen.

2. Prüfung vor Ort

Für die Heimbegehung sollte die Heimaufsicht genügend Zeit einplanen. Es sollten grundsätzlich alle Wohnbereiche einer Einrichtung überprüft werden, da erfahrungsgemäß bei den einzelnen Wohnbereichen oftmals ein sehr unterschiedlicher Qualitätsstand festzustellen ist. Derart gründliche Prüfungen dauern erfahrungsgemäß einen Tag, bei größeren Einrichtungen zwei Tage.

Zweckmäßig erscheint eine Aufteilung der Prüfungsaspekte in Qualitätsmodule (z. B. „Wohnen“, „Pflege“, „Verwaltung“ etc.). Die Durchführung der Prüfung durch ein Team, welches sich hinsichtlich notwendiger fachlicher Qualifikationen bei der Überprüfung der „Qualitätsmodule“ ergänzt, ist unbedingt zu empfehlen.

Am Prüfungstag sollten in der Einrichtung „taggenaue“ Unterlagen eingefordert werden, die Auskunft über spezielle pflegerische Problemlagen der Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. Liste der Bewohnerinnen und Bewohner mit Dekubitus, Ernährungsdefiziten und anderen speziellen Problemlagen) geben und die Gefährdungspotenziale erkennen lassen. Diese Unterlagen sowie die Pflegedokumentation sind als Grundlage für die Auswahl von Bewohnerinnen und Bewohner für die Inaugen-



scheinnahme hilfreich. Für eine angemessene Beurteilung der Pflegequalität sollte die Heimaufsicht möglichst auf die Beurteilung durch Pflegefachkräfte oder Medizinerinnen und Mediziner zurückgreifen.

Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern und dem Heimbeirat bzw. dem Heimfürsprecher sollten die Auskünfte von Heim- und Pflegedienstleitung und ggf. auch von der Wohnbereichsleitung und weiteren Beschäftigten unbedingt ergänzen. Die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner ist ein wesentlicher Gradmesser für die Ergebnisqualität in den verschiedenen Leistungsbereichen.

Vor der Durchführung eines Abschlussgesprächs mit der Heim- und Pflegedienstleitung und ggf. dem Träger sollte eine Beratung des Teams der Heimaufsicht stattfinden. Über festgestellte Mängel und Lösungsvorschläge zu deren Beseitigung sollte Einvernehmen im Team hergestellt werden. Hilfreich erscheint dafür eine schriftliche Mängelliste.

In einem Abschlussgespräch mit der Heim- und Pflegedienstleitung und ggf. auch dem Träger sollte die Heimaufsicht ihre Mängelbeschreibung vorbringen und Lösungsvorschläge zur Änderung der Situation unterbreiten.

3. Nachbereitungen

Nach der Heimbegehung sollten ggf. noch ausstehende Auswertungen schriftlicher Unterlagen und persönlicher Dokumentationen und Beobachtungen sowie eine ggf. notwendige Erörterung der Ergebnisse im Team zeitnah abgeschlossen werden. Die Ergebnisse und die sich daraus ergebenden Handlungserfordernisse – sowohl auf Seiten der Heime als auch auf Seiten der Heimaufsicht – sollten klar und übersichtlich dokumentiert werden. Die Weiterleitung eines schriftlichen Protokolls an den Heimträger ist unbedingt zu empfehlen.

Da insgesamt nicht von einem einheitlichen Ablauf der Prüfungen ausgegangen werden kann, soll im Folgenden zunächst „idealtypisch“ und zusammenfassend aufgezeigt werden, welche Aufgaben im Rahmen der Vorbereitung, der Durchführung und der Nachbereitung einer Heimbegehung (Heimnachscha) anfallen können. Die Darstellung in Übersicht 2.14 beschränkt sich dabei auf eine Auflistung möglicher Aufgaben. Sie bildet keinen konkreten Prüfungsablauf ab, wie er sich unter Berücksichtigung aller genannten Punkte und in genau dieser Abfolge in der Praxis finden ließe.



ÜBERSICHT 2.14: WESENTLICHE AUFGABEN, DIE IM RAHMEN EINER HEIMBEGEHUNG/ NACHSCHAU ANFALLEN

I VORBEREITUNGEN

Terminabsprachen mit allen an der Prüfung Beteiligten (z.B. mit dem Prüfungsteam, externen Gutachtern)

Terminmitteilung an das Heim und ggf. an den Träger (→ nur bei einer angekündigten Prüfung)

Anforderung von Unterlagen (z. B. Personallisten, Dienstpläne), ggf. auch Einholen schriftlicher Auskünfte anhand eines Fragebogens

Sichtung und Auswertung bereits vorliegender Unterlagen wie z.B. Grunddaten aus der Betriebsanzeige, Protokoll der letzten Begehung, ggf. auch bereits eingegangener weiterer Unterlagen und Fragebögen

Ggf. Rücksprachen mit weiteren Akteuren externer Qualitätssicherung (z.B. MDK) und/oder mit anderen Institutionen (z.B. Betreuungsbehörde)

Konkrete Vorbereitung auf die Begehung: z.B. Abstimmen der Inhalte sowie des Ablaufs der Nachschau mit dem Prüfungsteam, ggf. Festlegen eines Schwerpunkt-Themas, Sammlung konkreter offener Fragen

II DURCHFÜHRUNG DER HEIMNACHSCHAU

1. Vorgespräch

Vorstellung der Prüfkollegen und allgemeine Angaben zum Prüfungshintergrund

Nachfragen zu den zugesandten Unterlagen, ggf. zu dem im Vorfeld erbetenen ausgefüllten Fragebogen

Einforderung weiterer Unterlagen/Auskünfte (z. B. taggenaue Daten zur Belegung, zu pflegerischen Problemlagen und zur personellen Besetzung)

Erläuterung des vorgesehenen Prüfungsablaufs

2. Rundgang durch das Heim – die Wohnbereiche

Besichtigung baulicher Gegebenheiten und der Ausstattung (z. B. zentrale Versorgungs- und Aufenthaltsbereiche, Wohnbereiche, Dienstzimmer, ggf. Bewohnerzimmer)

Einsichtnahme in Akten (z. B. Heimverträge, Barbetragverwaltung, Arbeitsverträge, wirtschaftliche/finanzielle Unterlagen, Personallisten)

Hygienekontrolle und Kontrolle der medizinischen Versorgung (Überprüfung der Medikamentenversorgung, der medizinischen Geräte, der Funktions- und Geräteräume, der sanitären Anlagen)

Überprüfung der Arbeitsorganisation der Einrichtung/Wohnbereiche (Anwesenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am Besichtigungstag, Überprüfung von Dienstplänen)

Überprüfung des Umgangs mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (Art und Umfang durchgeführter Maßnahmen, Prüfung vorliegender Genehmigungen)

Überprüfung der Pflegequalität (Sichtung und Beurteilung von Pflegeplanung und -dokumentation sowie Vorbereitung und Durchführung von Pflegekontrollen)

Gespräche mit dem Heimbeirat bzw. dem Heimfürsprecher

Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern, ggf. auch mit gesetzlichen Betreuern bzw. Angehörigen

Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ggf. auch mit der Mitarbeitervertretung

3. Beratung des Prüfungsteams

Schilderung und Diskussion der wesentlichen Prüfergebnisse

Verständigung darüber, wie mit den Prüfungsergebnissen umgegangen werden soll

4. Abschlussgespräch

Erörterung der im Rahmen der Nachschau gewonnenen positiven, als auch negativen Erkenntnisse und Eindrücke

Bei festgestellten Mängeln Erörterung von Möglichkeiten und Zeiträumen für die Beseitigung (Mängelberatung)



III NACHBEREITUNG

Weitere Auswertung der Unterlagen, ggf. Diskussion im Team über weitere, erforderliche Schritte

Schreiben eines Nachschauberichts (Ist-Zustand und ggf. festgestellte Mängel sowie Anregungen und Fristsetzung zu deren Beseitigung), ggf. unter Einbeziehung der Berichte von externen, nicht der Heimaufsicht zugehörigen Gutachtern

Weiterleiten des Nachschauberichts an den Träger sowie ggf. an weitere relevante Stellen (z.B. Kostenträger, Fachaufsicht der Heimaufsichtsbehörde, MDK)

Nachkontrolle (ggf. vor Ort), inwieweit Mängel beseitigt wurden

Bei Nichtbeseitigung von Mängeln Einleitung ggf. weiterer Maßnahmen (z.B. Anordnungen)

→ Wie lässt sich der Prüfungsvorgang einer wiederkehrenden Prüfung konkret gestalten?

Der eigentliche Prüfungsvorgang variiert von Heimaufsichtsbehörde zu Heimaufsichtsbehörde. In den meisten Heimaufsichtsbehörden scheint die Prüfung aber im Wesentlichen immer nach dem gleichen Grundmuster abzulaufen. Von einigen Heimaufsichtsbehörden ist bekannt, dass sie ihre fortlaufenden Prüfungen nach einer allgemeinen Bestandsaufnahme im Rahmen eines ersten Besuchs schwerpunktmäßig auf bestimmte Themen beziehen. Wesentliche Unterschiede hinsichtlich der konkreten Abläufe bestehen vor allem dahingehend, inwieweit und auf welchem Wege als Vorbereitung auf die eigentliche Nachschau vor Ort schriftliche Informationen von den Heimen eingeholt werden und auch dahingehend, wie sich die Aufgaben auf die der Heimaufsichtsbehörde zur Verfügung stehenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ggf. unter Hinzuziehung von Fachkräften anderer Behörden/Ämter oder aber externer Sachverständiger, verteilen lassen. Ohne auf alle Variationen im Detail einzugehen, bietet sich nachfolgendes Schema als ein Grundraster für die Planung und die Gestaltung der Prüfungsabläufe an.



ÜBERSICHT 2.15: GRUNDRASTER FÜR DIE GESTALTUNG WIEDERKEHRENDER PRÜFUNGEN (IDEALTYPISCH)		
I ANFORDERUNG VON INFORMATIONEN IM VORFELD		
Bei einer angemeldeten Prüfung	Bei einer unangemeldeten Prüfung	
ggf. Vorabfragebogen und/oder Anforderung von Unterlagen im Zuge der schriftlichen Vorankündigung der Prüfung	ggf. Vorabfragebogen und/oder Anforderung von Unterlagen zum Stichtag ohne Bekanntgabe des Prüfungstermins	
II SICHTUNG UND AUSWERTUNG VORLIEGENDER UNTERLAGEN		
III NACHSCHAU VOR ORT		
Vorgespräch mit der Heim- und Pflegedienstleitung und ggf. dem Träger		
Gespräch mit dem Heimbeirat		
Rundgang durch das Heim/über die Wohnbereiche (im Zuge dessen Besichtigungen und Einsichtnahmen in Unterlagen, sowie Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Bewohnerinnen und Bewohnern)		
Prüfung durch Verwaltungsfachkraft der Heimaufsicht, z.B. Prüfung Bau/Ausstattung Prüfung der Verwaltung (z.B. Heimverträge, Barbetragverwaltung)	Prüfung durch Pflegefachkraft der Heimaufsicht, z.B. Prüfung von Pflegeplanung und Dokumentation Vorbereitung und Durchführung von Pflegekontrollen	Prüfung durch Mediziner (externer Gutachter), z.B. Überprüfung der Medikamente Überprüfung medizinischer Geräte Überprüfung der Hygiene in Funktions- und Geräteräumen sowie sanitären Anlagen
IV BERATUNG DES PRÜFUNGSTEAMS		
V ABSCHLUSSGESPRÄCH		
VI SCHRIFTLICHER NACHSCHAUBERICHT und Mängelbericht an den Träger		

→ Welche „Instrumente“ können bei den Prüfungen eine Hilfe sein?

Die Sammlung der für die Prüfungen relevanten Informationen kann mittels verschiedener Erhebungsinstrumente unterstützt werden. Folgende Instrumente scheinen sich in der Praxis bewährt zu haben (Übersicht 2.16):



ÜBERSICHT 2.16: ERHEBUNGSINSTRUMENTE FÜR DIE HEIMPRÜFUNGEN	
Art der Instrumente	Einsatzformen
Erhebungsbögen, die i. d. R. einer ersten Bestandsaufnahme bzw. auch zur Aktualisierung der Grunddaten dienen.	Diese Erhebungsbögen werden den Heimen i. d. R. einige Wochen vor der (ersten) Begehung zugesandt mit der Bitte, diese auszufüllen und vor der (ersten) Begehung zurückzusenden. Im Rahmen des Vorgesprächs bei der Heimbegehung werden die auf dem Wege der Selbstauskunft der Heime gewonnenen Daten, ggf. ergänzt durch in Anlagen beigefügte Unterlagen, besprochen, ggf. werden Nachfragen gestellt oder Ergänzungen vorgenommen.
Erhebungsbögen zur jährlichen Abfrage, welche jährlich überarbeitet werden und jedes Jahr andere Schwerpunkte vertieft abfragen.	Diese Erhebungsbögen werden den Heimen einmal jährlich zu einem festen Termin zugesandt mit der Bitte, diese stichtagbezogen auszufüllen. Die auf dem Wege der Selbstauskunft der Heime gewonnenen schriftlichen Informationen, ggf. ergänzt durch in Anlagen beigefügte Unterlagen, dienen dann als Grundlage für die jährlich stattfindenden unangemeldeten Prüfungen.
Erhebungsbögen, die als strukturierte Leitlinie für die Heimbegehungen dienen. („Begehungsbogen“)	Diese Erhebungsbögen dienen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsichtsbehörde als umfassende Orientierung für die Prüfungen. Anhand der Bögen führen sie die im Rahmen der Vorbereitungen und die bei der Durchführung auf verschiedenem Wege gewonnenen Informationen zusammen und dokumentieren die Ergebnisse.
Erhebungsbögen, die eher den Charakter eines groben Leitfadens für die Heimbegehung haben.	Diese Bögen dienen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eher als eine grobe Gedankenstütze. Bei diesen Bögen sind wichtige Aspekte für die Durchführung der Prüfung lediglich aufgelistet.

Als Arbeitshilfe für die Durchführung der Prüfungen ist der Einsatz derartiger Erhebungsbögen grundsätzlich zu empfehlen. Die Verwendung verbessert die Vergleichbarkeit der Prüfungsergebnisse und bietet den für die Prüfung verantwortlichen Personen eine Orientierung und zugleich die Sicherheit, bei der Prüfung nichts zu vergessen. Bezüglich des Umgangs mit derartigen „Instrumenten“ wird in Fachkreisen allerdings immer wieder betont, dass diese nicht als ein starres Schema für die Überwachung, sondern vielmehr im Sinne eines „Leitfadens“ bzw. einer „Orientierungshilfe“ genutzt werden sollten. Auch sollten solche Instrumente als „in ständiger Entwicklung“ verstanden werden.

Als Argumente, die für den Einsatz derartiger Erhebungsinstrumente in der Praxis sprechen, wird von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsicht beispielsweise genannt, dass

- diese ein wichtiges „Gerüst“ seien, an dem man sich inhaltlich „entlanghangeln“ könne,
- diese im Sinne eines „Einkaufszettels“ eine nützliche Leitlinie („nichts vergessen“) seien,
- diese in gewissem Maße zur „Standardisierung“ der Prüfungen beitragen und damit die Vergleichbarkeit der Prüfungsergebnisse verbessern,
- diese „gewisse Standardisierung“ der Prüfung auch den Heimen mehr Sicherheit bieten würde,
- diese auch nach außen hin ein Qualitätsmerkmal seien; sie seien „Indiz“ dafür, dass der Prüfung eine Struktur zugrunde liegt.



■ In Anlage 3.3 dieser Arbeitshilfe werden Hinweise zum Inhalt und zur Gestaltung des Prüfungsinstrumentariums gegeben. Zudem werden eine Reihe von Materialien für die Vorbereitung, die Durchführung und die Dokumentation von Heimprüfungen als Beispiele für Gestaltungsmöglichkeiten vorgestellt. Damit wird nicht das Ziel verfolgt, ein einheitliches und allgemeingültiges Instrumentarium vorzustellen, dass von allen Heimaufsichtsbehörden einfach übernommen werden kann. Vielmehr sollen die Beispiele allen neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine erste grundlegende Orientierungshilfe für den Einstieg in das Arbeitsfeld der Heimaufsicht bieten. Zum anderen sollen sie Anregungen zur eigenständigen Weiterentwicklung des Prüfungsinstrumentariums geben.

2.7 Umgang mit festgestellten Mängeln

→ Was sind Mängel? Wie werden sie festgestellt?

Der Begriff des Mangels ist im Heimgesetz nicht eindeutig definiert. Im weitesten Sinne verweisen Mängel auf alles, was nicht den Anforderungen des Heimgesetzes entspricht. Ob im Einzelfall ein Mangel vorliegt, richtet sich nach dem Schutzzweck des Heimgesetzes, der in § 2 HeimG beschrieben ist. Dieser Schutzzweck umfasst, wie bereits ausgeführt, unbestimmte bzw. weitläufige Rechtsbegriffe wie Menschenwürde, Selbstständigkeit oder Selbstbestimmung, aber auch Heimmitwirkung, angemessene Qualität des Wohnens und der Betreuung. Dementsprechend vielfältig können auch die festgestellten Mängel sein. Konkrete Beispiele sind neben Pflegemängeln im engeren Sinne die unzureichende Zahl und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ein schlechtes Wohnumfeld, unzureichende Essensversorgung oder die Überbelegung von Zimmern. Bei der Feststellung eines Mangels liegt die Beweislast bei der Behörde, Vermutungen dazu reichen nicht aus.

Die Heimaufsicht muss also bei der Feststellung von Mängeln eine Vielzahl von Sachverhalten bewerten. Sie stellt zunächst fest, ob die Anforderungen nach § 11 HeimG an den Heimbetrieb erfüllt sind. Dort sind wesentliche Aspekte des § 2 HeimG noch einmal genannt, aber auch weitere Erfordernisse angesprochen (z. B. angemessene Lebensgestaltung, Pflegeplanung und -dokumentation, Dokumentation von Förder- und Hilfeplänen bei Einrichtungen der Behindertenhilfe etc.). Selbstverständlich muss auch geprüft werden, ob die Regelungen der Verordnungen zum Heimgesetz (HeimPersV, HeimMindBauV, HeimSicherungsV, im Prinzip auch Pflegebuchführungsverordnung) eingehalten werden.

Hauptquelle für die Aufdeckung von Mängeln sind die Prüfungen der Heimaufsicht im Rahmen der Heimbegehungen und -besichtigungen. Auf der Grundlage der Daten des Begehungsbogens werden in der Regel Nachschauberichte erstellt, wobei es dabei vor allem darauf ankommt, dass Mängel klar definiert sind und eine einheitliche Nomenklatur verwendet wird. Auslöser für Mängelfeststellungen können anlassbezogene Prüfungen sein, die durch Beschwerden seitens der Angehörigen, häufig auch durch Hinweise der Amtsgerichte (v. a. bei Problemen im Rahmen gesetzlicher Betreuung und freiheitsentziehender Maßnahmen) angestoßen werden. Bisweilen



wenden sich auch Beschäftigte der Heime an die Heimaufsicht, wenn sie die Zustände an ihrem Arbeitsplatz als unzumutbar empfinden. Im Rahmen der unten zu erörternden Kooperation müssen auch vom MDK festgestellte Mängel der Heimaufsicht bekannt gemacht werden (und umgekehrt).

Bezogen auf die konkrete Bewertung der Pflegequalität herrscht vielfach große Unsicherheit in der Praxis, wobei vor allem die Identifizierung von Pflegemängeln Schwierigkeiten bereitet. Während der MDK in seiner Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI von einer Orientierung an so genannten Qualitätsstufenschemata abrät und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fordert, dass festgestellte Qualitätsmängel und Defizite „klar und unmissverständlich beschrieben werden“ (MDS 2000, S. 113), ist von einer Heimaufsichtsbehörde bekannt, dass sie sich bezogen auf die Definition von Mängeln am Qualitätsstufenschema nach Kämmer⁶³ orientiert. Nach den Grundsätzen des Heimgesetzes ist bei der Prüfung von Mindeststandards, sprich von unbedingt zu erbringenden Leistungen auszugehen. Bezogen auf das Modell nach Kämmer wäre dies die „Routinepflege“ bzw. die „angemessene Pflege“.

In der Praxis haben viele Heimaufsichtsbehörden eigene Verfahrensweisen zur Abstufung von Pflegemängeln entwickelt. Häufig sind Defizite in Ansätzen erkennbar, die an sich noch kein ordnungsrechtliches Einschreiten erfordern, die aber bei Nichtbehebung zu schwerwiegenden Mängeln führen können.⁶⁴ In solchen Fällen sollten den Einrichtungen Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden, um frühzeitig Qualitätsverbesserungen in Gang zu setzen.

■ *Was die Feststellung von Pflegemängeln betrifft, so ist diesbezüglich oft zu hören, dass die Heimaufsicht nur eine Art von „Mindestqualität“ zu prüfen habe, sich also vorrangig auf die schwerwiegenden Defizite und Missstände konzentrieren sollte. Dagegen muss nachdrücklich betont werden, dass der Gesetzesinhalt dem eindeutig entgegensteht. Vielmehr besteht der Prüfauftrag in einem ganz umfassenden Sinne, der jedwede Art von fachlich begründeter Qualität beinhaltet.*

In der Praxis zeigt sich, dass der umfassende Prüfauftrag der Heimaufsicht oft nicht in ausreichendem Maße eingelöst werden kann. So werden bei regelmäßigen Prüfungen häufig einzelne Aspekte der Qualität der Heimversorgung nur schwerpunktmäßig abgearbeitet. Manche Teilbereiche, wie z. B. die Überprüfung der „Lebensqualität“ oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen, werden kaum systematisch untersucht, da hier entweder Expertenwissen betriebswirtschaftlicher Art benötigt wird, über das die Heimaufsicht nur in seltenen Fällen verfügt, oder einfach zu wenig Personal und Zeit vorhanden ist. Mit anderen Worten: Nur bei ausreichenden personellen Ressourcen und der damit verbundenen Anerkennung der Tätigkeit der Heimaufsicht lässt sich der vom Gesetzgeber geforderte Prüfauftrag tatsächlich verwirklichen.

⁶³ Gemeint ist das Stufenschema „Gefährliche Pflege“ (Stufe 0), „Routinepflege“ (Stufe 1), „Angemessene Pflege“ (Stufe 2) und „Optimale Pflege“ (Stufe 3); vgl. Kämmer (1994).

⁶⁴ Ein Beispiel ist etwa, wenn für Bewohnerinnen und Bewohner, die laut Pflegedokumentation von Mangelernährung betroffen sind, keine Personenwaage zur Verfügung steht.



→ Beratung bei Mängeln (§ 16 HeimG)

Wie bereits häufiger angemerkt, ist durch die Novellierung des Heimgesetzes der Grundsatz „Beratung vor Überwachung“ durch ein zweiteiliges Beratungskonzept konkretisiert worden (allgemeine Beratung und Mängelberatung). Hat die Heimaufsichtsbehörde im Zuge ihrer Prüfungsmaßnahmen Mängel festgestellt, so soll sie den Träger zunächst über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel beraten, bevor schärfere Maßnahmen ergriffen werden, d. h. Anordnungen zur Mängelbeseitigung, Beschäftigungsverbote für einzelne Beschäftigte, Untersagungen des gesamten Betriebs sowie Verhängung von Bußgeldern bei Ordnungswidrigkeiten. Damit wird dem Träger bzw. der Heimleitung genügend Spielraum eingeräumt, ordnungsrechtliche Maßnahmen abzuwenden. Auf eine vorherige Beratung kann nur dann verzichtet werden, wenn ein sofortiges Eingreifen zum Schutz der Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner notwendig ist.

Soweit die Abstellung von Mängeln finanzielle Auswirkungen hat, müssen die Sozialhilfeträger, Pflegekassen (bei Hospizen auch die Krankenkassen) und sonstige Sozialversicherungsträger hinzugezogen werden. Dabei sollte die Heimaufsicht ein einvernehmliches Ergebnis unter den Beteiligten anstreben. Für die Beteiligung der Kostenträger reicht in der Regel eine Anhörung aus.

Die Beratung sollte die vorgefundenen Mängel aufzeigen und dem Träger praxisrelevante Empfehlungen dahingehend geben, auf welchem Weg und mit welchen Mitteln die Mängel ggf. abgestellt werden können. Die alleinige Darlegung der Mängel ohne Hinweise zur Behebung reicht in der Regel nicht aus. Aus der Erfahrung der Praxis sind sowohl schriftliche Hinweise im Rahmen von Protokollen an die Träger als auch insbesondere Fachgespräche zu empfehlen, die im Zuge der Heimnachschaun „niederschwellig“ stattfinden können. Zu diesen Gesprächen können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörde auch die entsprechenden verantwortlichen Fachkräfte hinzuziehen und Anforderungen und Möglichkeiten der Verbesserung im Diskurs erörtern (z. B. Dienstplangestaltung etc.).

| *Wie die Erfahrung zeigt, ist es sehr wichtig, die Einrichtungen „dort abzuholen, wo sie stehen“, d. h. die Heimaufsicht sollte ein Verständnis für die aktuelle Situation des Heimes entwickeln und ein vertrauensvolles Verhältnis mit der Einrichtung erarbeiten. Daraus resultiert nicht zuletzt Akzeptanz und Bereitschaft zur Kooperation bei den Einrichtungen und Trägern, die bisher der Heimaufsicht noch überwiegend reserviert gegenüberstehen.*

Der Beratungsauftrag bei Mängeln bezieht sich im Übrigen auch auf den Bewohner bzw. die Bewohnerin, nämlich dann, wenn ein berechtigter Anspruch auf Kündigung des Heimvertrags besteht. In diesem Falle ist der Träger verpflichtet, dem Bewohner bzw. der Bewohnerin eine andere angemessene Unterkunft und Betreuung zu verschaffen. Dieser Anspruch besteht im Prinzip auch gegen die Heimaufsichtsbehörde, sofern der Träger seiner Pflicht nicht in ausreichendem Maße nachkommt. Sollte dies also der Fall sein, muss die Behörde den Bewohner bzw. der Bewohnerin diesbezüg-



lich beraten. Allerdings schließt der Anspruch auf Beratung keine Erfolgsgarantie im Einzelfall ein. Aus dem Heimgesetz ergibt sich, dass ein Mangel für den Bewohner dann unzumutbar ist, wenn er nicht unmittelbar abgestellt werden kann und die Fortdauer und Hinnahme des Mangels unter Berücksichtigung aller gegenseitigen Interessen vom Bewohner bzw. der Bewohnerin nicht toleriert werden kann.

In der Praxis wird indes nicht zu verhindern sein, dass sich einige Einrichtungen als „beratungsresistent“ erweisen. Die Gründe sind nach den Erfahrungen der befragten Heimaufsichtsbehörden vor allem in den Persönlichkeiten der Heimleitung zu suchen. In diesem Fall kann die Heimaufsicht nichts anderes tun, als ihre Eingriffsrechte wahrzunehmen und gleichwohl den Willen und die Motivation zur Kooperation nicht zu verlieren.

→ Anordnungen der Heimaufsicht (§ 17 HeimG)

Formalrechtlich handelt es sich bei Anordnungen der Heimaufsicht um Verwaltungsakte, ebenso wie bei Beschäftigungsverboten und Untersagungen. Anordnungen werden dann verhängt, wenn zuvor festgestellte Mängel nicht beseitigt wurden. Aus der Gesetzesvorschrift des § 17 HeimG ergeben sich folgende konkrete Voraussetzungen für Anordnungen:

- Es muss ein Mangel festgestellt worden sein.
- Der Mangel muss das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner bereits beeinträchtigt oder gefährdet haben.
- Der Mangel wurde – trotz Beratung – nicht abgestellt.
- Die Anordnung muss zur Behebung des Mangels erforderlich sein (Angemessenheit der Mittel).

Die Heimaufsicht muss die festgestellten Mängel detailliert beschreiben, wobei besonders die Art der Beeinträchtigung des „Wohls“ der Bewohnerinnen und Bewohner geklärt werden muss. Wenn Mängel von anderen Institutionen (MDK oder Pflegekassen) festgestellt wurden, muss die Heimaufsicht im Einzelfall entscheiden, ob sie eine Prüfung vor Ort durchführt. In jedem Fall sollte sie sich vorher mit den genannten Institutionen über die Mängel verständigen.

Adressat einer Anordnung kann nur der Heimträger, nicht etwa die Heimleitung sein. Anordnungen dürfen sich nur auf das Abstellen des Mangels oder die Unangemessenheit von Entgelten beziehen. Dagegen kann die Behörde *nicht* ihre Ansichten und Wünsche über eine aus ihrer Sicht bessere Betriebsform und Arbeitsorganisation anordnen; dies könnte allenfalls im Wege der Beratung angesprochen werden.

Formal bedürfen Anordnungen der Schriftform und müssen eine angemessene Frist zur Beseitigung der Mängel einräumen. In der Praxis spielt bei Anordnungen auch die Art der verwaltungsinternen Organisation der durchführenden Heimaufsicht eine Rolle. Zum Teil werden Anordnungen von den Juristen der entsprechenden Rechtsabteilungen formuliert, zum Teil auch von „Nicht-Juristen“ der Abteilung Heimaufsicht. →



Welche Lösung in der Verwaltung bevorzugt wird, hängt vom Einzelfall ab, wobei hier die Vertrautheit und Erfahrung mit dem Heimrecht maßgeblich sein sollte.

Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde können auch finanzielle Konsequenzen für die Einrichtungen haben. Nach § 117 Abs.6 SGB XI können Mehrkosten, die aus Anordnungen folgen und vergütungsfähig sind, von den Pflegeeinrichtungen in künftigen Pflegesatzverhandlungen entsprechend geltend gemacht werden.

→ **Beschäftigungsverbote (§ 18 HeimG)**

Beschäftigungsverbote stellen einen starken Eingriff in die Personalhoheit des Trägers dar. Die Begründung dafür liegt wiederum im Schutz der Interessen und der Menschenwürde der Heimbewohner. Es handelt sich dabei außerdem um einen einklagbaren Anspruch. In der Praxis kommen Beschäftigungsverbote bislang nur äußerst selten vor⁶⁵, was vor allem auf die Wirkung erfolgreicher Beratungen zurückzuführen ist, teilweise auch auf das Bestreben, gravierende juristische Streitigkeiten zu vermeiden.

Beschäftigungsverbote kommen dann in Betracht, wenn das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner oder ihre finanziellen Verhältnisse durch Beschäftigte der Einrichtung gefährdet sind. Voraussetzung für ein Beschäftigungsverbot sind Tatsachen (Handlungen, Unterlassungen, Eigenschaften), die die Annahme rechtfertigen, dass die erforderliche Eignung für die ausgeübte Tätigkeit nicht vorhanden ist; „Eignung“ bedeutet dabei fachliche Qualifikation und persönliche Zuverlässigkeit im Sinne der Heimpersonalverordnung. Die Eignung ist dabei immer nach den jeweils ausgeübten Tätigkeiten im Arbeitszusammenhang der Einrichtung zu beurteilen. Ursachen für ein Fehlverhalten können etwa mangelndes Pflichtbewußtsein und berufliche Unerfahrenheit der betreffenden Personen sein.⁶⁶

Adressat des Beschäftigungsverbots ist nicht der unmittelbar Beschäftigte, sondern der Träger der Einrichtung, d. h. der Einrichtung wird untersagt, die betreffende Person in der jetzigen Funktion weiterzubeschäftigen. Wird das Beschäftigungsverbot nicht befolgt, kann dies zur Untersagung des Heimbetriebs führen. Betroffene von Beschäftigungsverboten können Heimleitung, Beschäftigte und sonstige Mitarbeiter sein. Nichtbetroffene Personen sind solche ohne vertragliche Bindung an den Heimträger (z. B. Logopäden, Masseur etc.).

Das Beschäftigungsverbot führt auch nicht in jedem Fall zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Soweit es die Arbeitsabläufe zulassen, kann der bzw. die Betroffene auch in anderer Funktion in der Einrichtung eingesetzt werden und dort wertvolle Arbeit leisten. Beschäftigungsverbote sind auch keine Berufsverbote in einem umfassenden Sinne. Generell gilt, dass arbeitsrechtliche Verhältnisse vom Beschäftigungs-

⁶⁵ Vgl. Anhang 3.1

⁶⁶ Als Beispiel für das Vorliegen der Voraussetzungen eines Beschäftigungsverbotes möge der Fall eines Heimleiters dienen, der Bewohner einsperrt, um Personalkosten zu sparen.



verbot nicht unmittelbar tangiert werden. Gegen Kündigungen des Arbeitgebers aufgrund des Beschäftigungsverbots kann der bzw. die Betroffene die Arbeitsgerichte einschalten.

Wenn die Heimleitung von einem Beschäftigungsverbot betroffen ist, kann die Heimaufsichtsbehörde zur Sicherstellung des Heimbetriebs eine kommissarische Leitung einsetzen. Die Einsetzung einer solchen kommissarischen Leitung ist an mehrere Bedingungen geknüpft:

- Die Möglichkeit zur Überwachung nach § 15 HeimG ist nicht gegeben.
- Mängelberatungen nach § 16 HeimG sind nicht möglich bzw. nicht erfolgversprechend.
- Anordnungen nach § 17 HeimG reichen nicht aus.
- Die Voraussetzungen für die Untersagung des Heimbetriebs nach § 19 HeimG liegen vor.

Diese durch die Novellierung des Heimgesetzes geschaffene Möglichkeit der Heimaufsicht, kommissarische Leitungen einzusetzen, dürfte in der Umsetzung jedoch erhebliche praktische und rechtliche Probleme aufwerfen. Außerdem ist davon auszugehen, dass die Heimträger ein großes Interesse daran haben, von sich aus eine neue Heimleitung zu suchen, da andernfalls an ihrer Zuverlässigkeit gezweifelt werden müsste. Insofern ist zu hoffen, dass von diesem Instrument nur selten Gebrauch gemacht werden muss.

→ Untersagungen (§ 19 HeimG)

Untersagungen sind das schärfste Instrument der Heimaufsicht, offensichtlichen Missständen in Heimen wirksam zu begegnen. Ebenso wie Beschäftigungsverbote werden Untersagungen in der Praxis nur sehr selten ausgesprochen, da sie die Heimaufsichtsbehörde vor eine hohe rechtliche und organisatorische Hürde stellen. So besteht im Falle einer Untersagung keine Verpflichtung des Trägers, die Bewohnerinnen und Bewohner anderweitig unterzubringen. Aus diesem Grund wurde vom Gesetzgeber der Heimaufsicht auch die oben genannte Möglichkeit der kommissarischen Heimleitung (§ 18 Abs.2 HeimG) gegeben bzw. die Pflicht auferlegt, im Falle gravierender Mängel die Bewohner bei etwaigen Umzügen zu unterstützen (§ 16 Abs.3 HeimG). Da Untersagungen ferner belastende Verwaltungsakte sind, haben Widersprüche und Anfechtungsklagen aufschiebende Wirkung. Nur bei extremer Gefährdung der Gesundheit oder des Eigentums der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner können Untersagungen sofort vollstreckt werden.

Zu dem damit verbundenen hohen organisatorischen Aufwand kommt, dass der Heimwechsel für die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner eine starke psychische und physische Belastung darstellt, so dass im Einzelfall sehr sorgfältig abgewogen werden muss, ob die Heimschließung tatsächlich die bessere Alternative darstellt. Ein weiteres Problem taucht auf, wenn der Träger der Untersagung nicht nachkommt. In solchen Fällen müsste das Heim zwangsweise geschlossen werden, mit entsprechenden juristischen Folgeproblemen. All dies führt in der Praxis dazu, dass zum Mittel der Untersagung nur in seltenen Fällen gegriffen wird.



§ 19 HeimG beinhaltet eine Muss-Vorschrift und eine Kann-Vorschrift. Untersagungen *müssen* ausgesprochen werden, wenn eindeutig nachgewiesen werden kann, dass die Anforderungen an den Heimbetrieb gemäß § 11 HeimG nicht (mehr) erfüllt sind. Dabei spielt es keine Rolle, ob ein Verschulden vorliegt oder nicht. Untersagungen *können* ausgesprochen werden, wenn die Anzeige nach § 12 HeimG nicht oder nicht vollständig erstattet wurde, wenn Anordnungen nicht fristgemäß befolgt wurden, wenn Beschäftigte trotz Beschäftigungsverbot weiterbeschäftigt wurden oder wenn gravierende Verstöße gegen die Heimsicherungsverordnung vorliegen. Zwingend notwendig ist, dass Anordnungen alleine nicht ausreichen, die Vorschriften des § 11 HeimG durchzusetzen.

Untersagungen können nicht nur für laufende Betriebe ausgesprochen werden, sondern auch für die *Inbetriebnahme* eines Heimes. In solchen Fällen sind auch *vorläufige* Untersagungen möglich, wenn der Untersagungsgrund prinzipiell beseitigt werden kann.

Wie die Gespräche mit Heimaufsichtsbehörden weiterhin gezeigt haben, gibt es in der Praxis mitunter Schwierigkeiten, Untersagungen der Heimaufsicht und Kündigungen von Versorgungsverträgen durch die Pflegekassen miteinander zu vereinbaren. Prinzipiell steht nach § 74 Abs. 2 Satz 3 den Pflegekassen die Möglichkeit zu, Versorgungsverträge mit der Begründung zu kündigen, dass die Heimaufsicht den Heimbetrieb untersagt hat.

→ Geldbußen bei Ordnungswidrigkeiten (§ 21 HeimG)

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass die Heimaufsichtsbehörden die Möglichkeit haben, Bußgelder in Folge von Ordnungswidrigkeiten zu verhängen. Der Erfahrung nach erweisen sich Geldbußen in der Praxis meist als wirksamer Anreiz für Einrichtungen, Mängel abzustellen. Für Ordnungswidrigkeiten gelten im Prinzip die Regelungen nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten.

Ordnungswidrigkeiten nach dem Heimgesetz sind in zwei Klassen eingeteilt. Für diese beiden Klassen sind Bußgelder mit jeweils unterschiedlichen Höchstgrenzen⁶⁷ bzw. Verjährungsfristen festgelegt.

- Mit bis zu 25.000 Euro können Fälle geahndet werden, in denen die Anzeige nicht (nicht richtig oder nicht rechtzeitig) erstattet, oder der Heimbetrieb trotz Untersagung nicht eingestellt wurde oder bei gravierenden Verstößen gegen die Heimsicherungsverordnung.
- Mit bis zu 10.000 Euro sind Verstöße gegen die HeimMindBauV, HeimPersV oder HeimmitwirkungsV zu sanktionieren, weiterhin die unterlassene Anzeige der Einstellung des Heimbetriebs oder minder schwere Verstöße gegen die HeimsicherungsV. Auch wenn Einrichtungen die Prüfungstätigkeit der Heimaufsicht im Rah-

⁶⁷ Die Höchstgrenzen sind im Zuge der Novellierung des Heimgesetzes heraufgesetzt worden (vgl. Kapitel 1.2.1); im Übrigen können die Höchstgrenzen auch in einzelnen Fällen überschritten werden.



men des § 15 HeimG behindern (d. h. geforderte Auskünfte nicht erteilen, die Heimaufsicht am Betreten des Grundstücks hindern etc.) oder Anordnungen und Beschäftigungsverbote ignorieren, sind Bußgelder in der genannten Höhe fällig.

Auslegungsbedürftig sind bei der Verhängung von Geldbußen die Begriffe des Vorsatzes und der Fahrlässigkeit. Was Vorsatz ist, regelt weder das Heimgesetz noch das Gesetz über Ordnungswidrigkeiten. Im Allgemeinen wird darunter der bewusste und gewollte Verstoß gegen eine der genannten Bestimmungen verstanden. Fahrlässigkeit kann vorliegen, wenn Träger, Leitung oder Beschäftigte sich nicht gründlich über die geltenden Bestimmungen informiert haben.

Im Rahmen des Bußgeldverfahrens hat die Heimaufsicht die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsanwaltschaft im Strafverfahren. Sie hat daher auch die Möglichkeit, bei Verdacht auf einen Verstoß gegen das Heimgesetz *Durchsuchungen* nach richterlichem Beschluss zu erwirken. Zuständig für den Erlass eines Bußgeldbescheides sind die Verwaltungsbehörden, die nach Heimgesetz dazu bestimmt werden, d. h. die von den Ländern dazu bestimmten Behörden, sofern in landesrechtlichen Verordnungen nach § 23 HeimG dazu nichts anderes festgelegt ist.

2.8 Kooperation der Heimaufsicht mit anderen Akteuren externer Qualitätssicherung

→ Worin besteht der Auftrag zur Zusammenarbeit?

Aus dem Heimgesetz geht unzweifelhaft hervor, dass eine Verpflichtung der Heimaufsicht zur Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Rahmen der Qualitätssicherung besteht. Dies betrifft in erster Linie die Kooperation zwischen Heimaufsicht und MDK, d. h. den Qualitätssicherungsinstanzen im engeren Sinne, sowie Pflegekassen und Sozialhilfeträgern als Kostenträgern. Ferner arbeiten die genannten Institutionen vertrauensvoll mit den Organisationen und Verbänden der Wohlfahrtspflege, den kommunalen Trägern, den Verbänden der professionellen Pflege, den Interessenvertretungen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie den Betreuungsbehörden zusammen.

Ziele der Zusammenarbeit sind der Schutz der Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner, die Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung sowie die Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung. Letzteres ist durch die Novellierung des Heimgesetzes neu aufgenommen worden, wodurch explizit darauf hingewiesen wird, dass auch die Heimüberwachung unter Qualitätsgesichtspunkten bewertet werden kann.

Zur Erfüllung der genannten Ziele schreibt das Heimgesetz die Bildung von Arbeitsgemeinschaften verbindlich vor (§ 20 Abs.5 HeimG). Eine komplementäre Vorschrift im Sozialrecht findet sich im § 117 SGB XI. Übersicht 2.17 zeigt die wesentlichen Bestimmungen des Heimgesetzes.



ÜBERSICHT 2.17: ARBEITSGEMEINSCHAFTEN NACH § 20 HEIMG MITGLIEDER DER AG	
Mitglieder der AG	<ul style="list-style-type: none"> – Heimaufsichtsbehörden – Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen – MDK – Sozialhilfeträger
Ziele der AG	<ul style="list-style-type: none"> – Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner – Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in Heimen – Sicherung einer angemessenen Qualität der Heimüberwachung
Rechte und Pflichten der AG	<ul style="list-style-type: none"> – Gegenseitige Information – Koordination der Prüftätigkeit – Anstreben von Einvernehmen über Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur Beseitigung von Mängeln – Austausch der für die Zusammenarbeit erforderlichen Daten, einschließlich der Überwachungsergebnisse (personenbezogene Daten nur in anonymisierter Form)
Kooperationspartner der AG	<ul style="list-style-type: none"> – Verbände der freien Wohlfahrtspflege – Kommunale und sonstige Träger (einschl. Betreuungsbehörden) – Verbände der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner – Verbände der Pflegeberufe – Arbeitsgemeinschaft nach BSHG

Das Kooperationserfordernis bezieht sich demzufolge auf eine praktische und eine inhaltliche Ebene. Themen auf der praktisch-organisatorischen Ebene sind vor allem die zeitliche Abstimmung von Prüfterminen und der Datenaustausch (inklusive Datenschutz). Generell ist gefordert, Doppel- bzw. Mehrfachprüfungen zu vermeiden. In Fällen der Übermittlung von personenbezogenen Daten zwischen Heimaufsicht, MDK und Pflegekassen muss die Heimaufsicht die Bewohnerinnen und Bewohner über die Datenweitergabe informieren. Auf der inhaltlichen Ebene steht vor allem der fachliche Konsens im Vordergrund. Der Kernpunkt dabei ist die gemeinsame Entwicklung und Übernahme von Kriterien für die Qualitäts- und Mängelfeststellung. Insbesondere hier bieten sich auch Ansatzpunkte für eine überregionale Kooperation.

Konkrete Vorschriften zur Organisationsstruktur der Arbeitsgemeinschaften sind landesrechtlichen Regelungen vorbehalten, jedoch sollte die Heimaufsichtsbehörde aufgrund ihrer „neutralen“ Position den Vorsitz in der Arbeitsgemeinschaft übernehmen. Sie sollte prinzipiell darauf hinwirken, dass ein informeller Austausch zwischen externer und interner Qualitätssicherung zustande kommt, auch wenn dies nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist.

↑ **I** Die Kooperation hat überdies in der Praxis einen Nebeneffekt, der nicht zu unterschätzen ist. Ein einheitliches Auftreten gegenüber den Pflegeeinrichtungen wird auch von den Leistungsanbietern als Qualität der Heimaufsicht wahrgenommen. So lassen sich beispielsweise Irritationen vermeiden, wenn Träger mit Einrichtungen in unterschiedlichen Regionen bemerken, dass die Praxis der Heimaufsicht von Ort zu Ort abweicht. →

→ Wie funktioniert die Kooperation in der Praxis?

Die Freiheit, die den Akteuren bei der konkreten Ausgestaltung der Kooperation zugestanden wird, führt naturgemäß dazu, dass diese in der Praxis unterschiedlich weit entwickelt ist. So überlässt es das Heimgesetz auch der Landesgesetzgebung, die Verfahrensvorschriften für die Arbeitsgemeinschaften festzulegen.

Zur präzisen Beurteilung der Qualität der Kooperation fehlt zwar bisher eine repräsentative Grundlage, jedoch sind gleichermaßen positive und negative Beispiele vorhanden. So sind aus den Expertengesprächen Fälle bekannt, in denen die Zusammenarbeit mit dem MDK überwiegend als gleichberechtigt und konstruktiv beschrieben wird. Ein Beispiel dafür ist die Teilnahme der Heimaufsicht an Qualitätsprüfungen des MDK nach § 112 SGB XI. Bei diesen gemeinsamen Prüfungen wird zwar nach den MDK-Richtlinien zur Qualitätsprüfung geprüft, die Heimaufsicht hat aber die Möglichkeit, eigene ordnungsrechtliche Entscheidungen zu treffen. Ein weiteres Beispiel ist die gute Zusammenarbeit bei der Überprüfung von Musterheimverträgen. Auch der alltägliche, individuelle (telefonische) Kontakt zwischen Heimaufsicht und MDK wird oft als problemlos bezeichnet.

Nichtsdestotrotz tauchen in der Praxis Probleme auf, die sich in folgenden Aspekten zusammenfassen lassen:

- Es treten Vorbehalte resultierend aus unterschiedlichem Selbstverständnis von Heimaufsicht und MDK auf. Mitarbeiter der Heimaufsicht fühlen sich häufig dem MDK gegenüber „fachlich unterlegen“.
- Es werden keine gemeinsamen Prüfungen durchgeführt.
- Die Prüfschemata von Heimaufsicht und MDK sind nicht harmonisiert („Zwei Welten“).
- Es besteht kein Konsens über gemeinsame Qualitäts- bzw. Mängelkriterien.
- Die Pflegekassen werden von der Heimaufsicht mitunter als „Störfaktor“ wahrgenommen.
- Auch in der „Außenwirkung“ treten Spannungen auf, etwa im Verhältnis der Heimaufsicht zu den Verbänden der Heimträger (z. B. wenn diese die Einrichtungen vor der Heimaufsicht „schützen“ wollen).

Eine wesentliche Ursache für die genannten Probleme wird in den unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen gesehen, d. h. es bestehe ein latenter „Konflikt“ zwischen Heimgesetz (Ordnungsrecht) und Sozialgesetzbuch (Leistungsrecht). Dies habe zur Folge, dass die Akteure unterschiedliche Interessen verfolgen. Für die Kostenträger stehe im Vordergrund zu prüfen, ob die finanzierten Leistungen auch tatsächlich erbracht werden, während die Heimaufsicht den umfassenderen Prüfauftrag verfolge.

Von Seiten der Pflegekassen wird oft behauptet, dass zwischen MDK und den Einrichtungen ein Verhältnis der Gleichrangigkeit bestehe, während zwischen Heimaufsicht und den Einrichtungen ein Verhältnis der Über- bzw. Unterordnung herrsche. Vertreter der Heimaufsicht dagegen kritisieren häufig, der MDK verfüge zwar oft über mehr Fachwissen bezüglich Fragen der Pflegequalität, verhalte sich gegenüber der Heim-



aufsicht mitunter aber auch etwas herablassend. Derartige Vorbehalte führen oft dazu, dass keine gemeinsamen Prüfungen stattfinden. Ein wesentliches Problem ist somit, dass die externen Qualitätssicherer unterschiedliche Sichtweisen vertreten, „unterschiedliche Sprachen sprechen“. Am deutlichsten wird dies in der Uneinigkeit darüber, wie die Qualitätskriterien im Einzelnen zu definieren seien. Oft ist es so, dass Heimaufsicht und MDK nach je eigenen Schemata prüfen. Aus den Fallstudien dagegen wurde deutlich, dass Standards in diesem Bereich dringend gewünscht werden. Einige Vertreter der Heimaufsicht äußern sogar den Wunsch, neben den verschiedenen Verordnungen zum Heimrecht möge es auch eine „Heimmindestpflegeverordnung“ geben.

Problematisch ist weiterhin das Verhältnis der Heimaufsichtsbehörden zu den Kostenträgern, v.a. den Pflegekassen. Laut § 117 Abs.2 SGB XI obliegt den Pflegekassen die Definition der Qualität. Dieser Passus ist allerdings problematisch, da die Pflegekassen keineswegs die alleinige Definitionsmacht über den Stand der „fachlich-anerkannten Erkenntnisse“ haben können. Bei einigen Heimaufsichtsbehörden gibt es durchaus starke Vorbehalte gegenüber den Pflegekassen; man möchte sie am liebsten „umgehen“ und auf direktem Wege mit dem MDK agieren.

→ Wie lässt sich die Kooperation verbessern?

Zu dieser Frage lässt sich keine allgemeingültige Antwort formulieren, da es kein Standard-Modell einer optimalen Zusammenarbeit gibt. Hier hängt vieles von der Motivation und der Bereitschaft zum persönlichen Engagement der beteiligten Akteure ab. Im Hinblick darauf lassen sich zwei allgemeine Empfehlungen geben.

- (1) Der Heimaufsicht muss bewusst sein, dass sie im Kooperationsprozess eine führende Rolle einnehmen sollte. Dies funktioniert allerdings nur unter der Voraussetzung, wenn es ihr einerseits gelingt, die dafür notwendige Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen und sie andererseits mit den dafür notwendigen personellen und fachlichen Ressourcen ausgestattet ist. Nur auf dieser Basis sind Lösungen möglich, bei denen sich die Kräfte der einzelnen Akteure gegenseitig ergänzen.
- (2) Die beteiligten Akteure müssen eine gemeinsame Sichtweise entwickeln. Dabei sollte weder der MDK noch die Heimaufsicht die Definitionsmacht über das, was Qualitätssicherung konkret bedeutet, beanspruchen. Für die Heimaufsicht besteht eine der Hauptaufgaben darin, die Kooperation auf mehreren Ebenen fortlaufend zu verbessern bzw. zu institutionalisieren. Dies beinhaltet mehrere Gesichtspunkte:

■ Kooperation der Heimaufsichtsbehörden untereinander: Dabei sind zum einen regionale Verbände wichtig, zum anderen auch der überregionale Austausch, beispielsweise über Internet. Hier bietet sich ein Forum, über individuelle, sich aus der Praxis ergebende Fragen zu diskutieren und sich rasch über aktuelle Neuigkeiten bezüglich Fachfragen zu Qualitätssicherung, Rechtsprechung etc. in Kenntnis zu setzen.



- Kooperation der Heimaufsicht mit den lokalen Pflegeeinrichtungen: Diese sind als Ausdruck der Kooperation von externer und interner Qualitätssicherung verstärkt anzustreben. Wie Beispiele aus der Praxis zeigen, können lokale Heimleiterrunden dazu beitragen, Vorbehalte abzubauen und Qualitätsfragen „ohne Druck“ anzusprechen. Bei Bedarf können auch weitere Organisationen (z. B. Betreuungsvereine) beteiligt werden.
- Landesweite Kooperation der Heimaufsicht: Beispiele hierfür finden sich in Hessen oder Rheinland-Pfalz. In Hessen etwa arbeiten staatliche Heimaufsicht und Träger unter Federführung des Landesamtes für Versorgung und Soziales (Abt. VII des Regierungspräsidiums Gießen) zusammen.
- Kooperation mit wissenschaftlichen Institutionen: Schließlich kann auch die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten, Fachhochschulen oder Universitäten wichtige Anstöße von außen geben. Ein Beispiel aus Hamburg zeigt, dass Praxisprojekte mit Fachhochschulen wesentlich zur Förderung eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen der Heimaufsicht und den Einrichtungen beitragen können.

Sicher wird es weitere Beispiele zukunftsfähiger Ansätze geben. Sie sollten den Heimaufsichtsbehörden Mut machen, ihren gesetzlichen Auftrag auszufüllen und ihren Beitrag zu einer vertrauensvollen Kooperation zu leisten. Auch wenn allgemein anerkannte Qualitätsstandards zurzeit noch eine Vision sind, müssen sich *alle* beteiligten Akteure ihrer Verantwortung bewusst sein und ihre Energien im Dienste der Menschen in den Heimen bündeln.



Literaturverzeichnis

- BARTHOLOMEYCZYK, S., ABT-ZEGELIN, A., HUNSTEIN, D. (2002): KANN PLAISIR HALTEN WAS ES VERSPRICHT?
IN: ALTENHEIM, Jg.41, H.4, S.20–25.
- BAYERISCHE STAATSREGIERUNG (2001): ANTWORT DER BAYERISCHEN STAATSREGIERUNG AUF DIE INTERPELLATION
„MENSCHENWÜRDIGE PFLEGE IN BAYERN SICHERSTELLEN“, UNVERÖFF. MS.
- BLONSKI, H. (1998): SERVICE-MANAGEMENT IN DER PFLEGE, HAGEN.
- BMFSFJ (HG.) (2002): VIERTER BERICHT ZUR LAGE DER ÄLTEREN GENERATION, BERLIN: EIGENVERLAG.
- BMFSFJ (HG.) (2001): DRITTER BERICHT ZUR LAGE DER ÄLTEREN GENERATION, BERLIN: EIGENVERLAG.
- BMFSFJ (HG.) (1998): ZWEITER ALTENBERICHT: WOHNEN IM ALTER, BONN: EIGENVERLAG.
- BÖNING, A. (2003): DIE WICHTIGSTEN REGELN MÜSSEN ALLE KENNEN, IN: ALTENHEIM, Jg.42, H.4, S.38–40.
- BRANDENBURG, H. (2002): DAS RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT: AUSGEWÄHLTE EMPIRISCHE BEFUNDE UND
KONSEQUENZEN FÜR DIE PFLLEGEWISSENSCHAFTLICHE DISKUSSION IN DEUTSCHLAND, IN: PFLEGE, Jg.7,
S.95–102.
- BRANDENBURG, H. (1994): SOZIOLOGIE DES HEIMS, IN: KRUSE, A., WAHL, H.-W. (HG.): ALTERN UND WOHNEN
IM HEIM, BERN U. A.: HUBER, S.67–81.
- BRIELER, M. (1999): DER BLICK HINTER DIE KULISSEN. ABLAUF UND ERGEBNISSE VON QUALITÄTSPRÜFUNGEN NACH
DEM HEIMGESETZ, IN: HEIM UND PFLEGE, Nr.7, S.304–306.
- BUTZ, B., BUTZ, M. (2002): HEIMRECHT. VORSCHRIFTEN, MUSTER, FRAGEN UND ANTWORTEN (CD-ROM),
STARNBERG: SCHULZ.
- CRÖSSMANN, G., IFFLAND, S., MANGELS, R. (2002): TASCHENKOMMENTAR HEIMGESETZ, 5.AUFLAGE,
HANNOVER: VINCENTZ.
- CRÖSSMANN, G. (2001): HAUSGEMEINSCHAFTEN AUS SICHT DER HEIMAUF SICHT, IN: PRO ALTER, H.4, S.16–19.
- CRÖSSMANN, G. (1991): DURCHFÜHRUNG DES HEIMGESETZES, IN: ALTENHEIM, Jg.30, H.4, S.198–202.
- CZEKAY, S. (2000): ANFORDERUNGEN AN EINE BEDARFSGERECHTE PERSONALBEMESSUNG IN DER ALTENPFLEGE.
ARBEITSERGEBNISSE EINER EXPERTENRUNDE. HERAUSGEBER: DEUTSCHE ANGESTELLTEN-GEWERK-
SCHAFT, ÖTV.
- DANGEL, B., KORPORAL, J. (2000): KONZEPT UND RELEVANZ DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER SOZIALEN PFLEGE-
VERSICHERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE PROFESSIONALISIERUNG DER PFLEGE, IN: SOZIALER FORT-
SCHRITT, Jg.50, Nr.10, S.246–253.
- DEUTSCHER BUNDESTAG (HG.) (2002): ENQUETE-KOMMISSION DEMOGRAPHISCHER WANDEL. HERAUSFORDERUNGEN
UNSERER ÄLTER WERDENDEN GESELLSCHAFT AN DEN EINZELNEN UND DIE POLITIK, BERLIN.
- DONABEDIAN, A. (1966): EVALUATING THE QUALITY OF MEDICAL CARE, IN: MILBANK MEMORIAL FUND QUARTERLY,
S.166–206.
- ENTZIAN, H., KLIE, T. (2000): DER ALLGEMEIN ANERKANNTE STAND PFLERGERISCHER ERKENNTNIS. DISKUSSIONS-
BEITRAG ZUR STANDORTBESTIMMUNG DER QUALITÄT PROFESSIONELLER PFLEGE. IN ENTZIAN, H.,
GIERCKE, K.-I., KLIE, T., SCHMIDT, R. (HG.): SOZIALE GERONTOLOGIE: FORSCHUNG UND PRAXISENTWICK-
LUNG IM PFLEGEWESSEN UND IN DER ALTENARBEIT, FRANKFURT A.M.: MABUSE, S.141–154.



- FAIGLE, B., KNÄPPE, A. (1998): QUALITÄT AUS SICHT DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN, IN: ALTENHEIM, JG.37, H.5, S.8–12.
- GARMS-HOMOLOVÁ, V., GILGEN, R. (HG.) (2000): RAI 2.0 RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT. BEURTEILUNG, DOKUMENTATION UND PFLEGEPLANUNG IN DER LANGZEITPFLEGE UND GERIATRISCHEN REHABILITATION, BERN: HUBER.
- GARMS-HOMOLOVÁ, V., KUCK, J. (2003): DER PFLEGEBEDARF ENTSCHIEDET, IN: ALTENHEIM, JG.42, H.5, S.20–25.
- GEBERT, A., KNEUBÜHLER, H.-U. (2001): QUALITÄTSBEURTEILUNG UND EVALUATION DER QUALITÄTSSICHERUNG IN PFLEGEHEIMEN. PLÄDOYER FÜR EIN GEMEINSAMES LERNEN, BERN U. A.: HUBER.
- GENNRICH, R., BÖSEL S. (2002): QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ERFASSUNG DES ERFORDERLICHEN PFLEGEZEIT- UND PERSONALBEDARFS IN DEUTSCHEN ALTENPFLEGEHEIMEN. ERPROBUNG DES VERFAHRENS PLAISIR IN 11 EINRICHTUNGEN DER ARBEITERWOHLFAHRT, BMFSFJ-SCHRIFTENREIHE Bd.225, STUTTGART: KOHLHAMMER.
- GERAEDTS, M., SELBMANN, H.-K. (2000): KONZEPTE DES PFLEGEMANAGEMENTS, IN: RENNEN-ALTHOFF, B., SCHAEFFER, D. (HG.): HANDBUCH PFLEGEWISSENSCHAFT, WEINHEIM / MÜNCHEN: JUVENTA, S.707–723.
- GÖRGEN, T. (2000): BELASTUNGEN, KONFLIKTE UND GEWALT IN STATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN – ERGEBNISSE EINER BEFRAGUNG VON PFLEGEKRÄFTEN. VORTRAG ZUR DGGG-JAHRESTAGUNG 2000 AM 19.9.2000 IN NÜRNBERG.
- GÖRRES, S. (2003): QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER ALTENPFLEGE, IN: INFORMATIONSDIENST ALTERSFRAGEN, JG.30, H.4, S.6–9.
- GÖRRES, S., LUCKEY, K. (2003): QUALITÄTSZIRKEL ALS INSTRUMENT DER QUALITÄTSSICHERUNG, IN: SCHNABEL, E., SCHÖNBERG, F. (HG.): QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER, MÜNSTER: LIT-VERLAG, S.121–141.
- GÖRRES, S. (2000): QUALITÄTSSICHERUNG UND EVALUATION, IN: WAHL, H.-W., TESCH-RÖMER, C. (HG.): ANGEWANDTE GERONTOLOGIE IN SCHLÜSSELBEGRIFFEN, STUTTGART: KOHLHAMMER, S.68–73.
- GÖRRES, S. (1996): QUALITÄTSSICHERUNG UND STANDARDISIERTE VERFAHREN – EINE KRITISCHE AUSEINANDERSETZUNG, IN: PFLEGE, JG.9, H.4, S.300–306.
- GOFFMAN, E. (1972): ASYLE, FRANKFURT A.M.: SUHRKAMP.
- HARRIS, R., KLIE, T., RAMIN, E. (1995): HEIME ZUM LEBEN. WEGE ZUR BEWOHNERORIENTIERTEN QUALITÄTSSICHERUNG, HANNOVER: VINCENTZ.
- HEINEMANN, A., LOCKEMANN, U., MATSCHKE, J., TSOKOS, M., PÜSCHEL, K. (2000): DEKUBITUS IM UMFELD DER STERBEPHASE: EPIDEMIOLOGISCHE, MEDIZINRECHTLICHE UND ETHISCHE ASPEKTE, IN: DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, JG.125, H.3, S.45–51.
- KÄMMER, K. ET AL. (2001): QUALITÄTSVERFAHREN IM ÜBERBLICK, HANNOVER: VINCENTZ.
- KÄMMER, K. (1994): PFLEGEMANAGEMENT IN ALTENHEIMEN, HANNOVER: SCHLÜTERSCHER VERLAGSANSTALT.
- KARDORFF, E. VON (2002): PERSONALBEMESSUNGSSYSTEME IN DER ALTENHILFE IM KONTEXT, IN: KARDORFF, E. VON, KONDRATOWITZ, H.-J. VON (HG.): PERSONALBEMESSUNG IN DER ALTENHILFE, REGENSBURG: TRANSFER, S. 3–16.
- KLEIN, B. (2003): ZUKUNFT DER HEIMAUF SICHT – WIE MUSS EINE ZUKUNFTSFÄHIGE FORTBILDUNG FÜR DIE HEIMAUF SICHT GESTALTET WERDEN? STUTTGART: IAO (FRAUNHOFER INSTITUT ARBEITSWIRTSCHAFT UND ORGANISATION).
- KLEIN, T. ET AL. (1997): ALTENHEIMBEWOHNER IN DEUTSCHLAND: SOZIALSTRUKTURELLE CHARAKTERISTIKA UND DIE WAHL DES HEIMS, IN: ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE, JG.30, S.54–67.
- KLIE, T. (2003): RECHT DER ALTENHILFE. DIE WICHTIGSTEN GESETZE UND VORSCHRIFTEN, 5. ÜBERARBEITETE AUFLAGE, HANNOVER: VINCENTZ.
- KLIE, T. (2002): QUALITÄTSSICHERUNG IN NOT, IN: FORUM SOZIALSTATION, JG.26, NR.117, S.34–38.
- KLIE, T. (2000): QUALITÄTSSICHERUNG IM STREIT, IN: ALTENHEIM, JG.39, H.6, S.16–21.



- KLIE, T. (1998): AUSGESTALTUNG DES ANWENDUNGSBEREICHES DES HEIMGESETZES –KONSEQUENZEN UND PERSPEKTIVEN FÜR DIE PRAXIS. IN DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (HG.): BETREUTES WOHNEN UND WOHNEN IM HEIM. RECHTLICHE ASPEKTE. EXPERTISENBAND 5 ZUM ZWEITEN ALTENBERICHT DER BUNDESREGIERUNG. FRANKFURT A.M./NEW YORK: CAMPUS, S.11–63.
- KLIE, T., LÖRCHER, U. (1995): QUALITÄTSSICHERUNG IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN ALTENPFLEGE, FREIBURG: EVANG. FH.
- KLIE, T. (1988): HEIMAUF SICHT. PRAXIS, PROBLEME, PERSPEKTIVEN. EINE RECHTSTATSÄCHLICHE UNTERSUCHUNG ZUR AUFGABENWAHRNEHMUNG DER HEIMAUF SICHT NACH DEM HEIMGESETZ, HANNOVER: VINCENTZ.
- KMK (SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND) (2000): HANDREICHUNGEN FÜR DIE ERARBEITUNG VON RAHMENLEHRPLÄNEN DER KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) FÜR DEN BERUFSBEZOGENEN UNTERRICHT IN DER BERUFSSCHULE UND IHRE ABSTIMMUNG MIT DEN AUSBILDUNGSORDNUNGEN DES BUNDES FÜR ANERKANNTE AUSBILDUNGSBERUFE, FASSUNG VOM 15.9.2000, BONN.
- KOCH-STRAUBE, U. (1999): FREMDE WELT PFLEGEHEIM, IN: SCHMIDT, R., ENTZIAN, H., GIERCKE, K.-I., TH. KLIE, T. (HG.): DIE VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER ALTER MENSCHEN IN DER KOMMUNE, FRANKFURT A.M.: MABUSE, S.255–260.
- KOHL, M., KÜNEMUND, H. (HG.) (1999): DIE ZWEITE LEBENSHÄLFTE – GESELLSCHAFTLICHE LAGE UND PARTIZIPATION. ERGEBNISSE DES ALTERSSURVEYS Bd.1, BERLIN: FU.
- KROHWINKEL, M. (1993): DER PFLEGEPROZESS AM BEISPIEL VON APOPLEXIEKRANKEN. EINE STUDIE ZUR ERFASSUNG UND ENTWICKLUNG GANZHEITLICH-REHABILITIERENDER PROZESSPFLEGE, BMG-SCHRIFTENREIHE Bd.16, BADEN-BADEN: NOMOS.
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (KDA) (HG.) (2002): BUNDESEINHEITLICHE ALTENPFLEGEAUSBILDUNG. MATERIALIEN FÜR DIE UMSETZUNG DER STUNDENTAFEL, KÖLN: KDA.
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE KDA (HG.) (2000): ERFORDERLICHE PFLEGEZEIT UND PERSONALBEDARF IN VOLLSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN. THEMA Bd. 159, KÖLN: KDA.
- MARTIN, U., BEHLER, R. (1999): DUISBURGER MODELL – INTENSIVIERTE HEIMAUF SICHT DES GESUNDHEITSSAMTES IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM SOZIALAMT, IN: DAS GESUNDHEITSWESEN, Jg.61, S.337–339.
- MDS E.V. (2000). MDK-ANLEITUNG ZUR PRÜFUNG DER QUALITÄT NACH § 80 SGB XI IN DER STATIONÄREN PFLEGE, ESSEN.
- MESSMER, P. (1995): DIE INANSPRUCHNAHME STATIONÄRER PFLEGE IM ZEITVERGLEICH, IN: MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALORDNUNG BADEN-WÜRTTEMBERG (HG.): TRENDS IN DER INANSPRUCHNAHME STATIONÄRER PFLEGE. UNTERSUCHUNGEN ZUR ENTWICKLUNG DER AUFNAHMEWAHRSCHEINLICHKEIT, DES EINTRITTSALTERS, DER VERWEILDauer UND DES KAPAZITÄTSBEDARFS IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE, STUTTGART, S.23–40.
- MOERS, M., SCHAEFFER, D. (2000): PFLEGETHEORIEN, IN: RENNEN-ALTHOFF, B., SCHAEFFER, D. (HG.): HANDBUCH PFLEGEWISSENSCHAFT, WEINHEIM / MÜNCHEN: JUVENTA, S.35–66.
- MOTEL-KLINGEBIEL, A., KONTRATOWITZ, H.-J., TESCH-RÖMER, C. (HG.) (2002): LEBENSQUALITÄT IM ALTER. GENERATIONSBEZIEHUNGEN UND ÖFFENTLICHE SERVICESYSTEME IM SOZIALEN WANDEL, OPLADEN: LESKE+BUDRICH.
- NARTEN, R., STOLARZ, H. (1997): NEUE WOHNMODELLE FÜR DAS ALTER. DOKUMENTATION DES EXPERTENWORKSHOPS AM 11. UND 12.6.1997 IN BONN-OBERKASSEN, STUTTGART: KOHLHAMMER.
- OREM, D. (1971): NURSING: CONCEPTS OF PRACTICE, SCARBOROUGH: MCGRAW-HILL.
- PICK, P., BRÜGGEMANN, J. (2003): QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSPRÜFUNG AUS SICHT DES MDK, IN: SCHNABEL, E., SCHÖNBERG (HG.): QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER, MÜNSTER: LIT-VERLAG, S.191–212.



- ROPER, N., LOGAN, W., TIERNEY, A. (1993): DIE ELEMENTE DER KRANKENPFLEGE, BASEL: RECOM.
- ROTH, G. (2002): QUALITÄT IN PFLEGEHEIMEN. EXPERTISE IM AUFTRAG DES BMFSFJ, DORTMUND: FFG.
- ROTH, G. (2001): QUALITÄTSMÄNGEL UND REGULINGSDEFIZITE DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER AMBULANTEN PFLEGE, SCHRIFTENREIHE DES BMFSFJ Bd.226, STUTTGART: KOHLHAMMER.
- RÜCKERT, W. (2000): ZEITBEDARF UND PERSONALBEMESSUNG IN DER PFLEGE, IN: KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (KDA) (HG.): PFLEGEZEIT, PERSONALBEMESSUNG UND FACHKRAFTANTEIL IN VOLLSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN. DOKUMENTATION EINER KDA-FACHTAGUNG, KÖLN: KDA, S.12–23.
- SCHNABEL, E., SCHÖNBERG, F. (2003): QUALITÄTSSICHERUNG UND NUTZERPERSPEKTIVE, IN: DIES. (HG.): QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER VERSORGUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER, MÜNSTER: LIT-VERLAG, S.168–190.
- SCHNABEL, E. (2002): WORKSHOP „PFLEGE- UND VERSORGUNGSSTANDARDS“ – ZIELE, ENTWICKLUNG, PERSPEKTIVEN. UNVERÖFFENTLICHTE DOKUMENTATION EINES WORKSHOPS IM AUFTRAG DES BMFSFJ, DORTMUND: FFG.
- SCHNABEL, E., SCHÖNBERG, F. (1998): STANDARDS UND INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN ALTENHILFE, DORTMUND (UNVERÖFF. FORSCHUNGSBERICHT).
- SCHNEEKLOTH, U., MÜLLER, U. (2000): WIRKUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG, BMG-SCHRIFTENREIHE Bd.127, BADEN-BADEN: NOMOS.
- SCHNEEKLOTH, U., MÜLLER, U. (1997): HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN HEIMEN, BMFSFJ-SCHRIFTENREIHE Bd. 147.2, STUTTGART: KOHLHAMMER.
- SCHÖNBERG, F. (2003): ENTBÜROKRATISIERUNGSPOTENZIALE IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN DER ALTENPFLEGE. UNVERÖFFENTLICHTE KURZEXPERTISE IM AUFTRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, DORTMUND: FFG.
- SCHÖNBERG, F. (2002): ENTWICKLUNG VERBRAUCHERORIENTIERTER QUALITÄTSKRITERIEN FÜR DIE PFLEGE. UNVERÖFFENTLICHTER PROJEKTBERICHT IM AUFTRAG DER VERBRAUCHERZENTRALE NORDRHEIN-WESTFALEN DÜSSELDORF. QUALITÄTASPEKTE STATIONÄREER PFLEGE, DORTMUND: FFG.
- SCHRADER, U. (2000): PFLEGEDOKUMENTATION UND INFORMATIONSSYSTEME, IN: RENNEN-ALTHOFF, B., SCHAEFFER, D. (HG.): HANDBUCH PFLEGEWISSENSCHAFT, WEINHEIM / MÜNCHEN: JUVENTA, S.725–744.
- SIMON, M. (2003): DIE AUSGABEN- UND LEISTUNGSENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG IN DEN JAHREN 1997 BIS 2001, IN: SOZIALER FORTSCHRITT, Jg.51, H.9, S.221–230.
- SOWARKA, D. (2000): MERKMALE DER LEBENSQUALITÄT IN PFLEGE-EINRICHTUNGEN, IN: ENTZIAN, H., GIERCKE, K.I., KLIE, T., SCHMIDT, R. (HG.): SOZIALE GERONTOLOGIE: FORSCHUNGEN UND PRAXISENTWICKLUNG IM PFLEGEWESEN UND IN DER ALTENARBEIT, FRANKFURT A.M.: MABUSE, S.69–82.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2003): DIE BEVÖLKERUNG DEUTSCHLANDS. 10. KOORDINIERTER BEVÖLKERUNGSVORAUSBERECHNUNG, BONN.
- VESPERMANN, S., THIELSCH, S., KARG, H. (2001): „EIN ERFOLGREICHER QUALITÄTS-SPRUNG“. ERGEBNISSE EINER BEFRAGUNG ZERTIFIZIERTER ALTEN- UND PFLEGEHEIME NACH DIN EN ISO 9000FF., IN: ALTENHEIM, Jg.40, H.11, S.14–19.
- VOGES, W. (2002): PFLEGE ALTER MENSCHEN ALS BERUF, OPLADEN: WESTDEUTSCHER VERLAG.
- WACKER, E. ET AL. (1998): LEBEN IM HEIM. ANGEBOTSSTRUKTUREN UND CHANCEN SELBSTSTÄNDIGER LEBENSFÜHRUNG IN WOHN-EINRICHTUNGEN DER BEHINDERTENHILFE.
- WILLIAMSON, J. (1978): ASSESSING AND IMPROVING HEALTH CARE OUTCOMES – THE HEALTH ACCOUNTING APPROACH TO QUALITY ASSURANCE, CAMBRIDGE: BALINGER.
- WINGENFELD, K., SCHNABEL, E. (2002): PFLEGEBEDARF UND LEISTUNGSSTRUKTUR IN VOLLSTATIONÄREN PFLEGE-EINRICHTUNGEN. EINE UNTERSUCHUNG IM AUFTRAG DES LANDESPFLEGEAUSSCHUSSES NORDRHEIN-WESTFALEN, DÜSSELDORF.



- WINGENFELD, K. (2000): PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT, PFLEGEBEDARF UND PFLEGERISCHE LEISTUNGEN, IN: RENNEN-ALTHOFF, B., SCHAEFFER, D. (HG.): HANDBUCH PFLEGEWISSENSCHAFT, WEINHEIM / MÜNCHEN: JUVENTA, S.339-361.
- ZIMBER, A., WEYERER, S. (HG.) (1999): ARBEITSBELASTUNG IN DER ALTENPFLEGE, GÖTTINGEN: VERLAG FÜR ANGEWANDTE PSYCHOLOGIE.
- ZIMBER, A., SCHÄUFELE, M., WEYERER, S. (1998): ALTEN- UND PFLEGEHEIME IM WANDEL: ALLTAGSEINSCHRÄNKUNGEN UND VERHALTENS-AUFFÄLLIGKEITEN DER BEWOHNER NEHMEN ZU, IN: DAS GESUNDHEITSWESEN, Jg.60, S.239-246.



Stichwortverzeichnis

1. SGB XI-ÄndG 21
2. SGB XI-ÄndG 22
3. HeimG-ÄndG 11, 13
3. SGB XI-ÄndG 22
4. SGB XI-ÄndG 22

A

AEDL 46, 53
Akkreditierung 46
Aktivierende Pflege 13, 19, 23, 50
Altenpflegeausbildung 55, 57f.
Altenpflegegesetz 21, 35
Anforderungen an den Heimbetrieb 26, 54, 86, 93, 107
Anordnungen 26, 54, 77, 86, 93
Anzeige des Heimbetriebs 25, 86
Arbeitsgemeinschaften nach § 20 HeimG 26, 133f.
Assessment 37, 39, 50f., 60, 112
ATL 53f., 64

B

Beanstandungen 15, 49
Behandlungspflege 13, 21, 23, 29f., 54f.
Bereichspflege 54
Beschäftigungsverbote 77
Betreutes Wohnen 17, 25
Bewohnerbefragungen 48
Bezugspflege 54, 61

D

Dekubitus 16, 39, 117, 120

E

Ergebnisqualität 33f., 36ff., 40, 42, 48, 117, 121
Erprobungsregelungen 26
Expertenstandards 39, 55



F

Fachkraftquote 67
Förder- und Hilfepläne 24ff.
Freiheitsentziehende Maßnahmen 26, 42, 100
Funktionspflege 54

G

Grundpflege 13, 29, 54, 61, 64

H

Hausgemeinschaften 17, 26
Heimaufsicht 37, 40, 41, 25ff., 72f., 75ff.
 Aufgaben 49, 84
 Auftrag 25, 76
 Eingriffsrechte 114f.
 Überwachung 7, 21, 26, 85, 102, 109, 113, 115, 118
Heimbeirat 25ff., 29, 74, 86, 115, 117, 122
Heimbewohnerinnen und Heimbewohner
 Gesundheitszustand 11f., 51
 Handlungsspielräume 14f., 111
 Pflegestufen 13f., 29
 Soziodemografische Merkmale 11
 Verweildauer 11f., 18
Heime
 Anzahl 10
 Begriff 24f.
 Erbrachte Leistungen 69ff.
 gemischte Einrichtungen 29
 Heimkonzepte 16f.
 Strukturwandel 10, 18, 24, 88
Heimentgelt 23, 25, 30
Heimkosten 13f.
Heimleitung 25, 38, 66, 86, 97, 107, 114, 117
HeimMindBauV 27
Heimmitwirkung 23ff.
HeimmitwV 85f., 95f.
Heimpersonal
 Anzahl 62
 Arbeitsbelastungen 19
 Qualifikation 16, 18, 20f., 27, 29, 52, 62, 97, 119
HeimPersV 67, 85, 93, 96ff.
Heimrecht 23, 31, 101
Heimverträge 24f., 85
Homes are for living in 45f.
Hospize 25, 87, 91



K

Kurzzeitheime 87, 91

L

LQN 31

LQV 25, 28ff., 68, 107

M

Mängelberatung 26, 77, 122, 128, 131

MDK 15f., 20, 24ff., 30f., 37, 50, 127, 129, 133ff.

O

Ordnungswidrigkeiten 26, 67, 94

P

Personalanhaltszahlen 62f., 67

Personalbedarf 59ff., 62, 64ff., 69ff.

Personalbemessung 60ff., 83

Personalbemessungsverfahren 62f.

Personalplanung 20

Personalrichtwerte 67ff.

PfLEG 23

Pflege, ganzheitliche 23

Pflegeanamnese 33, 49

Pflegebedarf 39, 50ff.

Pflegebedürftigkeit, Begriff 60

Pflegebegriff 52ff.

Pflegedokumentation 15f., 34, 57, 61, 105, 112, 120

Pflegeheimvergleich 28, 30

Pflegemängel 15, 20

Pflegemissstände 9

Pflegemodelle 19, 53

Pflegeplanung 19, 25, 33f., 49, 57, 61, 105, 112, 122, 124, 126

Pflegeprozess 16, 49f., 54, 57

Pflegesatzverhandlungen 29

Pflegestatistik 10f., 14, 17

Pflegesystem 54

Pflegevisite 49f.

PLAISIR 63ff.

PQsG 21, 27f.

Prozessqualität 34, 36, 42, 47

Prüfungen 66, 73ff., 77, 108ff., 113ff., 118ff.



Q

Qualität 78

Messung 34, 40

Qualität in der Pflege 31f.

Lebensqualität 7, 9, 11, 32f., 35, 44, 48f.

Messung 80

Pflegequalität 20, 27, 32, 37, 39, 48f.

Würde 32

Qualitätsbeauftragte 37

Qualitätshandbücher 46

Qualitätsmanagement 25, 28f., 36, 40f., 42f., 45f.

Beschwerdemanagement 48

DIN ISO Normen 41

EFQM 40f., 43ff.

Qualitätszirkel 37, 47

SEA 45

SIESTA 44f.

TQM 44f.

Zertifikate 45f.

Qualitätssicherung 25f., 28, 46, 48f., 58

Expertenstandards 39, 56

interne/externe 24f., 28ff., 36ff., 43f., 46, 49

Standards 34, 36ff., 45ff., 49, 52, 56

zentrale/dezentrale 18, 35, 38, 46

R

Rahmenverträge 29, 37, 49

RAI 39, 50ff.

S

Selbstpflege 57, 60

Strukturqualität 33, 48

T

Totale Institution 79

U

Untersagungen 128f., 131f.

V

Vergütung 21, 23, 59, 69ff.

Verhinderungspflege 22

W

↑ Würde 25, 34, 76, 80f., 92f.



III.

ANHANG

3.1 Heimaufsichtsbehörden in Deutschland

Über die faktische Organisation, die Arbeitsweisen und die Probleme der Heimaufsicht in Deutschland ist nur wenig empirisches Material vorhanden.⁶⁸ Aus diesem Grund bestand ein Teil des Untersuchungsauftrags zu diesem Handbuch darin, mittels einer schriftlichen Befragung Näheres zur Heimaufsicht in Deutschland in Erfahrung zu bringen. Die Studie hat vorrangig explorativen Charakter und stellt eine Momentaufnahme im derzeitigen Anpassungsprozess der Heimaufsichtsbehörden aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen dar.

Die postalische Befragung fand im Zeitraum April bis Juni 2003 statt. Die Grundgesamtheit bildeten dabei sämtliche (durchführenden) Heimaufsichtsbehörden in Deutschland, insgesamt sind dies 321 Behörden. Ergänzt wurde die schriftliche Erhebung durch eine Expertenbefragung der für die Heimaufsicht zuständigen Referentinnen und Referenten aus den Länderministerien sowie drei vertiefende Fallstudien ausgewählter Heimaufsichtsbehörden.

Die Gesamtheit der Heimaufsichtsbehörden ist zunächst dadurch gekennzeichnet, dass sie regional höchst unterschiedlich strukturiert ist. Je nach Größe und Verwaltungsgliederung der Bundesländer reicht die Zahl der Heimaufsichtsbehörden von 96 in Bayern bis einer im Saarland. Wie Tabelle A.1 zeigt, beträgt der Rücklauf insgesamt 22%, was in Anbetracht der Schwierigkeiten bei der Datenerhebung⁶⁹ als ausreichend betrachtet werden kann. Je nach Bundesland ergeben sich dabei stark variierende Rücklaufquoten:

- Keine Teilnahme an der Befragung in vier Bundesländern (Berlin, Bremen, Brandenburg, Saarland).
- Geringer Rücklauf in fünf Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, NRW und Schleswig-Holstein).
- Fast vollständiger Rücklauf in zwei Bundesländern (Hamburg, Sachsen).
- Vollständiger Rücklauf in drei Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Thüringen, Sachsen-Anhalt).

⁶⁸ Dazu gehören eine Studie des Fraunhofer Instituts für Arbeitsorganisation (Klein 2003) und eine Studie aus Schleswig-Holstein (1997).

⁶⁹ So wurde den Heimaufsichtsbehörden vom Deutschen Städtetag und vom Deutschen Landkreistag ausdrücklich empfohlen, sich NICHT an der Befragung zu beteiligen.



TABELLE A.1: RÜCKLAUF DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN IN DEUTSCHLAND

	Heimaufsichtsbehörden insgesamt	Rücklauf (absolut)	Rücklaufquote
GESAMT	321	72	22 %
Baden-Württemberg	44	4	9 %
Bayern	96	20	21 %
Berlin	1	–	–
Brandenburg	1	–	–
Bremen	2	–	–
Hamburg	7	6	86 %
Hessen	8	4	50 %
Mecklenburg-Vorpommern	18	5	28 %
Niedersachsen	62	6	10 %
NRW	54	13	24 %
Rheinland-Pfalz	4	4	100 %
Saarland	1	–	–
Sachsen	3	2	67 %
Sachsen-Anhalt	2	2	100 %
Schleswig-Holstein	15	3	20 %
Thüringen	3	3	100 %

Die Ergebnisse der Befragung werden auf der Ebene der Bundesländer dargestellt. Bei der Interpretation im Hinblick auf die Repräsentativität ist allerdings zu beachten, dass bei den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Hamburg eine hohe Validität unterstellt werden kann, während die Ergebnisse in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, NRW und Schleswig-Holstein stets unter dem Vorbehalt der niedrigen Beteiligung bewertet werden müssen.⁷⁰

3.1.1 Strukturen der Heimaufsicht

3.1.1.1 Organisation und Zuständigkeitsbereich der Heimaufsichtsbehörden

Nach § 23 Abs.1 HeimG bestimmen die Länder die für die Durchführung der Heimaufsicht zuständigen Behörden. Dementsprechend finden sich je nach Bundesland unterschiedliche Regelungen. Auf der obersten Ebene richten sich Zuständigkeiten nach den unterschiedlichen Ressortzuschnitten der Landesministerien. Auf der kommunalen Ebene prägt die jeweilige „Verwaltungstradition“, d. h., die unterschiedlichen Typen von Kommunalverfassungen und die gewachsenen Strukturen in einzelnen Verwaltungen, den „Ort“ der Heimaufsicht.

⁷⁰ Außerdem ergibt sich in diesen Bundesländern ein Auswahleffekt dadurch, dass die Behörden entgegen der Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände an der Befragung teilgenommen haben.



Es sollte davon auszugehen sein, dass die jeweilige länderspezifische Ausgestaltung der Heimaufsichtsverwaltung keinen Einfluss auf die Qualität der Heimaufsicht ausübt.⁷¹ Die derzeitigen Vorschriften zur Einordnung der Heimaufsichtsbehörden in die Verwaltungshierarchie der Bundesländer sind in Tabelle A.2 dargestellt. Überblickt man die entsprechenden Regelungen, lassen sich bezüglich der Durchführung der Heimaufsicht generell zwei unterschiedliche Organisationsmodelle unterscheiden, und zwar „Ländermodelle“ auf der einen Seite und „kommunale Modelle“ auf der anderen Seite:

- Die durchführende Heimaufsicht ist direkt bei der obersten Landesbehörde (Ministerium) angesiedelt. Dies trifft auf das Saarland bzw. Bremen zu.
- Die Heimaufsicht wird einer Landesoberbehörde untergeordnet, vorwiegend den Landesversorgungsämtern, wobei deren Dienststellen die Durchführung der Heimaufsicht obliegt. Dies trifft auf die Bundesländer Hessen, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu.
- In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg sind die Bezirksämter durchführende Behörden, wobei in Berlin demnächst das Landesamt für Gesundheit und Soziales zuständig ist.
- Ebenfalls durch Landesbehörden, allerdings auf der Ebene der Regierungspräsidien ist die Heimaufsicht in Sachsen organisiert.
- Insgesamt sechs Bundesländer ordnen die Durchführung der Heimaufsicht den Kommunen (Kreisen, kreisfreien Städten) zu. Dies gilt für Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, NRW und Schleswig-Holstein. In Niedersachsen besteht die Besonderheit, dass daneben die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe der Aufsicht einer Landesbehörde (Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben) unterliegen.

⁷¹ So heißt es in einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage zur Situation der Pflegeversicherung: „Die Wirksamkeit der Heimaufsicht hängt nicht maßgeblich von ihrer Organisationsform ab.“ (Bundestags-Drucksache 14/3592, S.26).



TABELLE A.2: REGELUNGEN ZU DEN HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN IN DEN BUNDESLÄNDERN		
Bundesland	Zuständige Durchführungsbehörden	Rechtsquellen
Baden-Württemberg	– Landratsämter, in den Stadtkreisen die Gemeinden als untere Verwaltungsbehörden	VO vom 15.4.1975 (GVBl. S. 285)
Bayern	– Kreisverwaltungsbehörden (Landratsämter, kreisfreie Städte)	VO vom 3.12.2001 (GVBl. 25/2001)
Berlin	– Bezirksämter (seit 1.1.2001) – übergeordnet: Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg geplant: Landesamt für Gesundheit und Soziales	Gesetz über die Zuständigkeiten in der Allgemeinen Berliner Verwaltung (Allgemeines Zuständigkeitsgesetz – AZG)
Brandenburg	– Landesamt für Soziales und Versorgung, Abt. Landesversorgungsamt (Überörtlicher Träger der Sozialhilfe)	Gesetz zur Ausführung des BSHG (Ag-BSHG), § 2b Abs.2 (GVBl. I vom 18.9.2000)
Bremen	– Bremen: Senator für Jugend und Soziales – Bremerhaven: Magistrat (teilweise)	Bekanntmachung vom 2.4.1985, Amtsbl. Nr. 35, S. 295
Hamburg	– Bezirksämter	Anordnung zur Durchführung des Heimgesetzes vom 17.6.1997 (Amtl. Anz., S. 1665f.)
Hessen	– Landesamt für Versorgung und Soziales – Ämter für Versorgung und Soziales	VO vom 29.8.1997 (GVBl. I, S. 291)
Mecklenburg-Vorpommern	– Landkreise, kreisfreie Städte, Hansestädte	VO vom 17.12.1992 (GVBl. 1993, S. 23)
Niedersachsen	– Landkreise und kreisfreie Städte bei Einrichtungen für alte Menschen und pflegebedürftige Volljährige – Bezirksregierungen bei o.g. Einrichtungen in Trägerschaft der Landkreise, der kreisfreien Städte und großen selbstständigen Städte – Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben bei Einrichtungen für behinderte Volljährige und gemischte Einrichtungen	Beschluss der Landesregierung vom 11.10.1994 (Nds. MBl., S. 1344) im Anschluss an § 2 Nr. 4 der Allgemeinen ZuständigkeitsVO für die Gemeinden und Landkreise zur Ausführung von Bundesrecht (Allg. Zust.VO-Kom) vom 19.12.1990 (Nds. GVBl., S. 521), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 20.10.1994 (Nds. GVBl., S. 452)
Nordrhein-Westfalen	– Kreise und kreisfreie Städte	VO vom 16.9.1975 (GVBl. S. 548), geändert durch VO vom 18.5.1982 (GVBl. S. 250), geändert durch Art. 22 des 2. Modernisierungsgesetzes NRW vom 9.5.2000 (GVBl. Nr.31, S. 462)
Rheinland-Pfalz	– Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV); inkl. ausführende Dienststellen	VO vom 1.3.1989 (GVBl. S. 66), geändert durch Landesgesetz zur Reform und Neuorganisation der Landesverwaltung vom 12.10.1999 (GVBl. 1999, Nr. 20, S. 325)
Saarland	– Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung	VO vom 21.1.1975 (Amtsblatt 1975, Nr. 10, S. 273)
Sachsen	– Regierungspräsidien	VO vom 5.12.1991 (GVBl. Nr. 31, S. 394)
Sachsen-Anhalt	– Landesamt für Versorgung und Soziales – nachgeordnet: zwei Versorgungsämter	Erlass des Ministeriums für Arbeit und Soziales vom 5.3.1991 (Aktenzeichen 32.1)



Bundesland	Zuständige Durchführungsbehörden	Rechtsquellen
Schleswig-Holstein	<ul style="list-style-type: none"> – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz für Heime der Fachkliniken nach dem Fachklinikgesetz – Für andere Heime: Landräte und Bürgermeister der kreisfreien Städte als Kreisordnungsbehörden 	VO vom 14.5.1991 (GVBl. Schl.-H., S. 269), geändert durch VO vom 17.1.1996 (GVBl. Schl.-H., S. 91)
Thüringen	<ul style="list-style-type: none"> – Landesamt für Soziales und Familie – Versorgungsämter (Erfurt, Gera, Suhl) 	Thüringer Verordnung über Zuständigkeiten der Versorgungsverwaltung und der Hauptfürsorgestelle vom 20.1.1998 (GVBl. 1998, Nr. 2 vom 16.2.1998)

(Stand: 2002)

→ Welchen Abteilungen sind die Heimaufsichtsbehörden in den Kommunen zugeordnet?

Soweit die Durchführungsbehörden der Heimaufsicht der kommunalen Ebene zugeordnet sind, können sie entweder der Sozialverwaltung, der Gesundheitsverwaltung⁷² oder dem Ordnungswesen einschließlich Gewerbeaufsicht (gemäß ihres historischen Ursprungs) zugeordnet sein. Die Befragung zeigt, dass Heimaufsichtsbehörden am häufigsten innerhalb der Sozialverwaltung (Sozialamt, Besondere Soziale Dienste etc.) angesiedelt sind; dies trifft für etwa 45% der (kommunalen) Behörden zu. Zum Gesundheitsamt gehören 19% der Heimaufsichten, während 14% dem Ordnungsamt und 6% der Gewerbeaufsicht zugeordnet sind. Bezüglich der weiteren Aufgaben der Abteilungen, denen die Heimaufsicht angehört, herrscht eine große, kaum verallgemeinerbare Vielfalt.

→ Für wie viele Einrichtungen sind die Heimaufsichten zuständig?

Der Arbeitsaufwand für die Heimaufsicht wird wesentlich durch die Zahl der zu betreuenden Einrichtungen determiniert. Nach dem Heimgesetz ist vorgesehen, dass sämtliche Einrichtungen mindestens einmal im Jahr geprüft werden müssen (§ 15 Abs.4 HeimG). Diese neu aufgenommene Festlegung der Prüfintervalle ist eine Reaktion darauf, dass in der Vergangenheit stark unterschiedliche regionale Prüfhäufigkeiten festzustellen waren.⁷³

Einen ersten Eindruck vom „Arbeitspensum“ der Heimaufsichten liefert Tabelle A.3, in der ein Überblick der Gesamtzahl der Einrichtungen und Plätze, für die die Heimaufsichten zuständig sind, dargestellt ist.

⁷² In einigen Fällen ergeben sich Überschneidungen, wenn Sozial- und Gesundheitsverwaltung zusammen eine Abteilung bilden.

⁷³ In Brandenburg beispielsweise sind im Jahr 2000 von 453 Heimen nur 127 kontrolliert worden (Crößmann et al. 2002, S. 351).



TABELLE A.3: EINRICHTUNGEN IN ZUSTÄNDIGKEIT DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN (GESAMT)									
	Anzahl Einrichtungen pro Heimaufsicht					Anzahl Plätze pro Heimaufsicht			
	N	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung
GESAMT	72	74,4	6	487	93,4	4512,9	397	23098	5162,3
Baden-Württemberg	4	45,8	32	67	15,7	2771,7	1690	5025	1566,2
Bayern	20	27,6	6	116	23,7	1898,6	397	12618	2622,2
Hamburg	6	42,0	23	94	26,9	3225,3	830	8395	2755,7
Hessen	4	142,0	112	197	37,9	8015,2	1836	13227	4790,8
Mecklenburg-Vorpommern	5	25,2	8	49	16,0	1226,2	515	1808	496,6
Niedersachsen	6	93,7	8	487	192,8	5312,6	529	23098	9945,57
NRW	13	58,8	16	220	51,8	3777,9	1913	9163	2190,7
Rheinland Pfalz	4	158,8	83	247	85,0	12015,8	5625	19701	6580,8
Sachsen	2	272,0	182	362	127,3	14426,5	11895	16958	3580,1
Sachsen-Anhalt	2	321,0	256	386	91,9	15221,5	13301	17142	2716,0
Schleswig-Holstein	3	42,7	16	67	25,6	2400,7	1344	3044	922,3
Thüringen	3	133,7	98	165	33,7	7361,3	5022	9570	2276,8

Demnach sind die Heimaufsichten im Durchschnitt für 74 Einrichtungen mit durchschnittlich 4.512 Plätzen zuständig, was einer (hypothetischen) Größe der Einrichtungen von im Schnitt 61 Plätzen entspricht. Dabei sind offenbar Unterschiede zwischen den Bundesländern sehr stark ausgeprägt. Während die (beiden) Heimaufsichten in Sachsen-Anhalt im Schnitt jeweils 321 Einrichtungen mit über 15.200 Plätzen beaufsichtigen müssen, sind es in Mecklenburg-Vorpommern lediglich 25 Einrichtungen knapp mit 1.220 Plätzen, für die eine Heimaufsicht jeweils zuständig ist.

Das Gesamtspektrum der Einrichtungen teilt sich auf in Alten- und Behinderteneinrichtungen, Kurzzeitpflege-, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen sowie Hospize. Tabelle A.4 zeigt diese Differenzierungen im Detail. Die wesentlichen Informationen sind dabei:

- Die höchsten durchschnittlichen Zahlen von Alteneinrichtungen pro Heimaufsicht finden sich in Sachsen-Anhalt (141), Sachsen (134) und Rheinland Pfalz (100); die niedrigsten in Mecklenburg-Vorpommern (10), Bayern (15) und Niedersachsen (15).
- Die meisten Behinderteneinrichtungen pro Heimaufsicht finden sich in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Hessen. Niedersachsen nimmt hier eine Sonderstellung ein, da wie erwähnt sämtliche Behinderteneinrichtungen des Landes zentral vom Landesamt für Zentrale Soziale Dienste überwacht werden.



- Die höchsten Anteile von Kurzzeitpflegeeinrichtungen pro Heimaufsicht finden sich in Sachsen (46) und Sachsen-Anhalt (28). Weit dahinter folgen Hessen (10) und Rheinland-Pfalz (9), während in den restlichen Bundesländern nur maximal drei derartige Einrichtungen pro Heimaufsicht betreut werden.
- Bei den Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen ergibt sich ein ähnliches Bild. Hier liegen Sachsen (30) Thüringen (17) und Sachsen-Anhalt (14) vorn, die anderen Bundesländer haben deutlich weniger solcher Einrichtungen zu überwachen.
- Die Zahl der stationären Hospize schließlich ist insgesamt sehr niedrig, im Schnitt hat jede Heimaufsichtsbehörde nur eine derartige Einrichtung zu kontrollieren.

TABELLE A.4: EINRICHTUNGEN IN ZUSTÄNDIGKEIT DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN
(DIFFERENZIERT NACH TYP)

	Alten- und Pflegeeinrichtungen				Behinderteneinrichtungen				Kurzzeitpflegeeinrichtungen				Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen				Hospize			
	Gesamt ¹	Mittelwert ²	Min.	Max.	Gesamt ¹	Mittelwert ²	Min.	Max.	Gesamt ¹	Mittelwert ²	Min.	Max.	Gesamt ¹	Mittelwert ²	Min.	Max.	Gesamt ¹	Mittelwert ²	Min.	Max.
GESAMT (72)	2572	36	3	172	2207	33	1	487	265	7	1	75	289	5	1	46	25	1	1	4
Baden-Württemberg (4)	122	31	20	53	48	12	8	20	5	2	1	3	7	2	1	4	1	1	1	1
Bayern (20)	303	15	5	61	202	10	1	48	16	2	1	5	27	3	1	8	3	1	1	1
Hamburg (6)	118	20	7	48	116	19	11	42	3	2	1	2	13	2	1	3	2	1	1	1
Hessen (4)	298	75	54	94	227	57	34	82	19	10	8	11	25	6	1	13	1	1	1	1
Mecklenb.-Vorpommern (5)	52	10	3	18	58	12	3	35	3	2	1	2	12	2	1	4	1	1	1	1
Niedersachsen (6)	75	15	8	22	487	487	487	487	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NRW (13)	364	28	10	68	311	24	3	133	30	3	1	7	51	4	1	11	8	2	1	4
Rheinland Pfalz (4)	398	100	54	166	186	47	22	75	34	9	4	14	14	4	2	5	3	1	1	1
Sachsen (2)	268	134	96	172	123	62	54	69	91	46	16	75	60	30	14	46	2	2	2	2
Sachsen-Anhalt (2)	281	141	125	156	275	138	73	202	55	28	16	39	28	14	10	18	3	2	1	2
Schleswig-Holstein (3)	91	30	11	50	34	11	4	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Thüringen (3)	202	67	40	90	140	47	38	59	8	3	1	5	51	17	15	21	-	-	-	-

¹ Gesamtzahl der durch die Befragung erfassten Einrichtungen

² Mittelwert pro Heimaufsichtsbehörde im jeweiligen Bundesland

→ Welche Einrichtungen fallen nicht unter die Heimaufsicht?

Einrichtungen, die nicht unter § 1 Abs.1 HeimG fallen, sind z. B. Anlagen des Betreuten Wohnens, aber auch Wohngemeinschaften und Wohngruppen alter Menschen und Menschen mit Behinderungen (Crößmann et al. 2002, 45). Weiterhin sind Krankenhäuser und auch kirchliche Heime für Ordens- und Schwesterngemeinschaften keine Heime im Sinne des HeimG. Rehabilitationseinrichtungen fallen nur dann unter das



Heimrecht, wenn sie dem Zweck gem. § 1 Abs.1 HeimG entsprechen. Auf Kurzzeitpflegeeinrichtungen und stationäre Hospize findet ein Teil der Regelungen des Heimgesetzes keine Anwendung (§ 1 Abs.3 HeimG).

Ca. 40% der Heimaufsichten gaben an, dass es stationäre Einrichtungen gibt, die nicht unter ihren Einflussbereich fallen. Genauere Angaben dazu wurden jedoch nicht gemacht.

3.1.1.2 Personalausstattung der Heimaufsichtsbehörden und Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

→ Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Arbeitsvolumen

Angesichts des vielfältigen Aufgabenspektrums der Heimaufsicht stellt sich die Frage, welche personellen Ressourcen hierzu zur Verfügung stehen. Dabei müssen allerdings eine Reihe von Differenzierungen gemacht werden, um sinnvolle Vergleiche anstellen zu können. Dies soll hier in vier Schritten erfolgen. Ausgehend von der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (1. Schritt) werden die Gesamtarbeitsstunden berechnet (2. Schritt) und unter Einbeziehung der Wochenarbeitszeit auf Vollzeitäquivalente (3. Schritt) umgerechnet. Dabei wird berücksichtigt, dass der Anteil an Arbeitsstunden für Aufgaben der Heimaufsicht deutlich geringer sein kann, daher werden „Vollzeitäquivalente für Aufgaben der Heimaufsicht“ berechnet. Um möglichst unverzerrte Daten zu erhalten, muss die jeweilige Anzahl der zu betreuenden Einrichtungen eingerechnet werden (4. Schritt). Tabelle A.5 zeigt die verschiedenen Berechnungskonzepte im Ganzen auf.



TABELLE A.5: PERSONALAUSSTATTUNG UND ARBEITSVOLUMEN DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN															
Land	N	Anzahl Mitarbeiter		Gesamtarbeitsstunden		Gesamtarbeitsstunden f. Heimaufsicht		VZÄ Mitarbeiter gesamt		VZÄ Mitarbeiter Heimaufsicht		VZÄ gesamt pro 100 Einrichtungen		VZÄ Heimaufsicht pro 100 Einr.	
		Mittelwert ¹	STD ²	Mittelwert ¹	STD ²	Mittelwert ¹	STD ²	Mittelwert ¹	STD ²	Mittelwert ¹	STD ²	Mittelwert ¹	STD ²	Mittelwert ¹	STD ²
GESAMT	72	3,76	4,23	96,8	78,6	59,0	71,1	2,5	2,1	1,53	1,85	6,48	5,74	3,17	2,11
Baden-Württemberg	4	2,25	1,26	77,9	32,7	56,4	25,0	2,0	0,9	1,46	0,65	4,62	1,81	3,23	0,88
Bayern	20	2,25	2,00	65,4	44,1	27,8	15,1	1,7	1,2	0,72	0,39	8,24	6,17	3,41	1,63
Hamburg	6	1,33	0,82	35,9	26,2	28,5	9,4	0,9	0,7	0,74	0,24	2,20	0,36	1,98	0,49
Hessen	4	8,00	2,16	251,9	48,1	72,2	144,4	6,5	1,3	1,88	3,75	4,81	1,67	1,67	3,35
Mecklenburg-Vorpommern	5	2,00	2,24	80,0	89,44	37,6	15,5	2,1	2,3	0,98	0,40	9,81	8,14	4,65	1,68
Niedersachsen	6	5,00	7,87	64,4	31,4	21,6	17,9	1,7	0,8	0,56	0,47	13,70	10,32	4,07	4,15
NRW	13	2,77	2,17	93,1	59,0	76,1	60,8	2,4	1,5	1,98	1,58	4,53	1,51	3,44	1,28
Rheinland Pfalz	4	5,25	1,89	188,3	66,9	150,0	94,8	4,9	1,7	3,89	2,46	3,42	0,99	2,40	1,24
Sachsen	2	3,50	0,71	130,0	42,4	127,5	46,0	3,4	1,1	3,31	1,19	1,50	1,11	1,48	1,13
Sachsen-Anhalt	2	15,67	8,08	432,0	2,8	(430)	-	11,2	0,1	11,17	-	3,64	1,01	4,36	-
Schleswig-Holstein	3	2,33	1,15	62,5	24,5	39,3	3,5	1,6	0,6	1,02	0,09	6,44	6,93	3,54	3,01
Thüringen	3	6,50	1,73	286,7	30,6	262,3	17,2	7,5	0,8	6,81	0,45	5,73	1,01	5,29	1,17

¹Mittelwert pro Heimaufsichtsbehörde im jeweiligen Bundesland

²Standardabweichung

1. Schritt: Anzahl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Spalte 1)

Die allgemeine personelle Ausstattung der Heimaufsichten variiert sehr stark. Im Schnitt sind die Behörden mit drei bis vier Mitarbeitern ausgestattet, wobei die Spannweite aber von einem bis 21 Mitarbeitern reicht. Nach Bundesländern differenziert finden sich die höchsten durchschnittlichen Mitarbeiterzahlen in Sachsen-Anhalt (16), Hessen (8), Thüringen (7), Rheinland-Pfalz (5) und Niedersachsen (5). Die wenigsten Mitarbeiter pro Behörde sind in den Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern tätig.

2. Schritt: Gesamtarbeitsstunden (Spalten 2 und 3)

Da nicht jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter eine Vollzeitstelle besitzt, müssen die Gesamtarbeitsstunden addiert werden, um eine bessere Vergleichbarkeit der Personalressourcen herzustellen. Zählt man die wöchentliche Arbeitszeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht zusammen, so ergeben sich im Schnitt 97 Stunden. Die Spannweite reicht dabei von 36 bis 432 Stunden. Die höch-



sten (mittleren) Stundenzahlen finden sich in Sachsen-Anhalt (432), Thüringen (287) und Hessen (252); die niedrigsten in Hamburg (36), Niedersachsen (64) und Bayern (65).

In der Gesamtarbeitszeit sind auch Arbeitsstunden enthalten, die für andere Aufgaben als solche der Heimaufsicht verwendet werden. Die durchschnittliche (Wochen-) Arbeitszeit für Aufgaben der Heimaufsicht beträgt im Schnitt 59 Stunden. Die höchsten Stundenzahlen finden sich in Sachsen-Anhalt (430) und Thüringen (262).

3. Schritt: Vollzeitäquivalente (Spalten 4 und 5)

Die Umrechnung der Arbeitsstunden auf Vollzeitäquivalente zeigt, dass die Heimaufsichten im Schnitt mit 2,5 Vollzeitstellen ausgestattet sind. Sachsen-Anhalt liegt hier an der Spitze mit 11,2 Vollzeitstellen, dahinter folgen Thüringen (7,5) und Hessen (6,5); am unteren Ende befindet sich wiederum Hamburg (0,9). Rechnet man die Vollzeitäquivalente auf die Arbeitszeit für Aufgaben der Heimaufsicht um, ergibt sich ein entsprechendes Bild.

4. Schritt: Vollzeitäquivalente bezogen auf die Zahl der Einrichtungen (Spalten 6 und 7)
Aussagekraft erhalten diese Berechnungen der Arbeitsvolumina aber erst dadurch, wenn man sie auf die Zahl der zu prüfenden Einrichtungen bezieht. Dabei zeigt sich, dass sich die Relationen deutlich verschieben. Betrachtet man die hypothetische Größe „Vollzeitäquivalente pro 100 Einrichtungen“, so ergibt sich ein Bundesdurchschnitt von 6,5. Deutlich über dem Durchschnitt liegen nun Niedersachsen (13,7), Mecklenburg-Vorpommern (9,8) und Bayern (8,2). Am unteren Ende rangieren Sachsen (1,5), Hamburg (2,2), Rheinland-Pfalz (3,4) und Sachsen-Anhalt (3,6).

Bei der Rechengröße „Vollzeitäquivalente für Heimaufsichtsaufgaben pro 100 Einrichtungen“ (Bundesdurchschnitt 3,2) liegen am oberen Ende die Bundesländer Thüringen (5,3), Mecklenburg-Vorpommern (4,7) und Niedersachsen (4,1). Am unteren Ende rangieren Sachsen (1,5), Hessen (1,7) und Hamburg (2,0).

Bei diesen Vergleichen der Personalressourcen müsste allerdings noch die unterschiedliche Größe der Einrichtungen berücksichtigt werden, was aber aufgrund der teilweise lückenhaften Datenbasis nicht angebracht erscheint.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass, gemessen an Vollzeitäquivalenten bezogen auf die Zahl der Einrichtungen, die personelle Ausstattung der Heimaufsichten in den Bundesländern Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern recht gut zu sein scheint. Allerdings ist hier die Datenbasis sehr dünn und die entsprechenden Heimaufsichten haben auch im Durchschnitt eine eher kleine Zahl von Einrichtungen zu betreuen (Tabellen A.3 und A.4). Vor allem Heimaufsichten mit großem Einzugsbereich weisen eine deutlich schlechtere Personalausstattung auf. Vor dem Hintergrund der neuen Berichtspflicht der Heimaufsichtsbehörden (§ 22 HeimG) sind hier genauere Ergebnisse zu erwarten.



→ Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Mit 58% ist der größte Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Angehörigen der Verwaltungsberufe (Beamte, Verwaltungswirtinnen und -wirte, Verwaltungsangestellte etc.) zusammengesetzt. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter machen 17% aus, Pflegefachkräfte nur 14%. Unterschiede nach Bundesländern offenbart Tabelle A.6. Wegen der teilweise geringen Fallzahlen ist bei der Interpretation allerdings wiederum Vorsicht geboten. Der Tendenz nach verfügen Thüringen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Hessen über signifikant überdurchschnittliche „Pflegefachkraftquoten“ im Bereich der Heimaufsicht.

TABELLE A.6: QUALIFIKATIONEN DER MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN (BERUFSGRUPPEN)

	Anzahl erfasster Mitarbeiter	Verwaltungsberufe	Sozialarbeiter/-pädagogen	Pflegefachkräfte	Ärzte	Sonstige Berufe
GESAMT (72)	242	141 (58%)	41 (17%)	34 (14%)	4 (2%)	22 (9%)
Baden-Württemberg (4)	9	7 (78%)	1 (11%)	1 (11%)	–	–
Bayern (20)	37	24 (65%)	6 (16%)	3 (8%)	2 (5%)	2 (5%)
Hamburg (6)	9	5 (56%)	1 (11%)	–	1 (11%)	2 (22%)
Hessen (4)	32	16 (50%)	5 (16%)	8 (25%)	–	3 (9%)
Meckl.-Vorpommern (5)	10	4 (40%)	1 (10%)	2 (20%)	–	3 (30%)
Niedersachsen (6)	30	24 (80%)	6 (20%)	–	–	–
NRW (13)	36	23 (64%)	6 (17%)	4 (11%)	–	3 (8%)
Rheinland-Pfalz (4)	21	13 (62%)	8 (38%)	–	–	–
Sachsen (2)	7	5 (71%)	–	2 (29%)	–	–
Sachsen-Anhalt (2)	22	7 (32%)	5 (23%)	4 (18%)	–	6 (27%)
Schleswig-Holstein (3)	7	4 (57%)	–	2 (29%)	1 (14%)	–
Thüringen (3)	22	9 (41%)	2 (9%)	8 (36%)	–	3 (14%)

→ Dauer der Tätigkeit

§ 23 Abs.2 HeimG legt fest, dass mit der Durchführung der Heimaufsicht „Personen betraut werden [sollen], die sich hierfür nach ihrer Persönlichkeit eignen und in der Regel entweder eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhalten haben oder besondere berufliche Erfahrung besitzen.“ Tabelle A.7 zeigt, dass der überwiegende



Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (44%) bereits seit mehr als fünf Jahren mit Fragen der Heimaufsicht befasst ist. Andererseits haben 37% weniger als zwei Jahre Berufserfahrung im Umgang mit Pflegeeinrichtungen.⁷⁴

TABELLE A.7: BERUFSERFAHRUNG DER MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN

	Gesamtzahl erfasster Mitarbeiter ¹	davon: < 1 Jahr	1 – 2 Jahre	3 – 5 Jahre	über 5 Jahre
GESAMT (72)	251	40 (16%)	52 (21%)	49 (20%)	110 (44%)
Baden-Württemberg (4)	9	–	4 (44%)	2 (22%)	3 (33%)
Bayern (20)	44	20 (45%)	8 (18%)	7 (16%)	9 (20%)
Hamburg (6)	8	1 (13%)	1 (13%)	3 (38%)	3 (38%)
Hessen (4)	36	4 (11%)	8 (22%)	8 (22%)	16 (44%)
Meckl.-Vorpommern (5)	4	–	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)
Niedersachsen (6)	34	3 (9%)	8 (24%)	3 (9%)	20 (59%)
NRW (13)	37	5 (14%)	11 (30%)	9 (24%)	12 (32%)
Rheinland-Pfalz (4)	21	1 (5%)	3 (14%)	5 (24%)	12 (57%)
Sachsen (2)	7	1 (14%)	1 (14%)	2 (29%)	3 (43%)
Sachsen-Anhalt (2)	22	3 (14%)	3 (14%)	3 (14%)	13 (59%)
Schleswig-Holstein (3)	7	–	2 (29%)	1 (14%)	4 (57%)
Thüringen (3)	22	2 (9%)	2 (9%)	4 (18%)	14 (64%)

¹ Abweichungen zu Tab. A.6 beruhen auf unterschiedlichen Häufigkeiten von „keine Angaben“.

Bundesländer mit überwiegend berufserfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind offenbar Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen; vergleichsweise wenig Berufspraxis haben dagegen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bayern.

⁷⁴ Dies steht in Einklang mit den Daten der Studie des Fraunhofer-Instituts in Baden-Württemberg, nach der 40% der Mitarbeiter weniger als zwei Jahre Berufspraxis im Feld der Heimaufsicht haben. Die Autoren werten dies als nicht ausreichend im Hinblick auf die gesetzliche Forderung nach Berufserfahrung laut § 23 HeimG; vgl. Klein (2003).



3.1.1.3 Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht

→ Spezielle Schulung bei der Einarbeitung

Von den insgesamt erfassten 251 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geben 76 (=30%) an, eine spezielle Schulung bei der Einarbeitung in ihr neues Tätigkeitsfeld erhalten zu haben. Im Hinblick auf die Komplexität der Aufgabe erscheint dies unzureichend. Der Blick auf die einzelnen Bundesländer (Tabelle A.8) zeigt zudem, dass im Schnitt deutlich weniger als ein Drittel „geschulte“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind. In Sachsen beträgt die „Schulungsquote“ 100%, in Schleswig-Holstein dagegen 0% – was aufgrund des dort geringen Rücklaufs aber nicht verallgemeinert werden sollte.

TABELLE A.8: ANTEIL GESCHULTER MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER DER HEIMAUFSICHTSBEHÖRDEN (EINARBEITUNG)

	Gesamtzahl erfasster Mitarbeiter	davon: mit spezieller Schulung	
		Anzahl	Anteil (%)
GESAMT (72)	251	76	30%
Baden-Württemberg (4)	9	3	33%
Bayern (20)	45	15	33%
Hamburg (6)	9	1	11%
Hessen (4)	32	5	16%
Meckl.-Vorpommern (5)	10	1	10%
Niedersachsen (6)	30	7	23%
NRW (13)	36	10	28%
Rheinland-Pfalz (4)	21	5	24%
Sachsen (2)	7	3	43%
Sachsen-Anhalt (2)	22	22	100%
Schleswig-Holstein (3)	7	0	–
Thüringen (3)	22	4	18%

Diese Daten lassen sich weiterhin danach differenzieren, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an einer internen oder externen Schulung oder an beidem teilgenommen haben.



TABELLE A.9: ART DER SCHULUNGEN BEI EINARBEITUNG				
	Keine Schulung	nur extern	nur intern	extern und intern
GESAMT (72)	36 (50 %)	14 (19%)	10 (14%)	10 (14%)
Baden-Württemberg (4)	2 (50%)	2 (50%)	–	–
Bayern (20)	4 (20%)	6 (30%)	5 (25%)	3 (15%)
Hamburg (6)	5 (83%)	–	–	1 (17%)
Hessen (4)	1 (25%)	–	3 (75%)	–
Meckl.-Vorpommern (5)	3 (60%)	1 (20%)	–	1 (20%)
Niedersachsen (6)	4 (67%)	1 (17%)	1 (25%)	–
NRW (13)	8 (62%)	3 (23%)	–	2 (15%)
Rheinland-Pfalz (4)	3 (75%)	–	–	1 (25%)
Sachsen (2)	1 (50%)	1 (50%)	–	–
Sachsen-Anhalt (2)	–	–	–	2 (100%)
Schleswig-Holstein (3)	3 (100%)	–	–	–
Thüringen (3)	2 (67%)	–	1 (50%)	–

Tabelle A.9 zeigt, dass in knapp 19% der Behörden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine ausschließlich externe Schulung absolviert haben, in 14% der Fälle eine ausschließlich interne und in 13% sowohl externe wie interne Schulungen. Nach den vorliegenden Daten ist ein relativ hoher Anteil von Behörden *ohne* Schulung in Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und NRW zu verzeichnen; dagegen sind in Sachsen-Anhalt, Hamburg und Hessen nur in geringem Maße keine Schulungen angeboten worden.

→ Teilnahme an Schulungen im Jahr 2002

Weiterhin haben im Jahr 2002 knapp zwei Drittel (64%) der Behörden Fort- und Weiterbildungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten, wovon etwas über die Hälfte der Mitarbeiter Gebrauch gemacht hat. Die höchsten Anteile finden sich in Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, die geringsten dagegen in Sachsen, Bayern und Schleswig-Holstein.



TABELLE A.10: TEILNAHME AN SCHULUNGEN IM JAHR 2002

	Anzahl der erfassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht	davon: Teilnehmer an Fort- und Weiterbildungen	Anteil in %
GESAMT (72)	250	138	55%
Baden-Württemberg (4)	9	5	56%
Bayern (20)	45	9	20%
Hamburg (6)	9	5	56%
Hessen (4)	32	9	28%
Meckl.-Vorpommern (5)	10	5	50%
Niedersachsen (6)	30	25	83%
NRW (13)	36	25	69%
Rheinland-Pfalz (4)	21	17	81%
Sachsen (2)	7	1	14%
Sachsen-Anhalt (2)	22	22	100%
Schleswig-Holstein (3)	7	2	29%
Thüringen (3)	22	13	59%

3.1.1.4 Kooperation mit anderen Heimaufsichtsbehörden und Einrichtungen externer Qualitätssicherung

Ein zentraler Aspekt der Qualitätsprüfung ist die Kooperation der Akteure der externen Qualitätssicherung, sprich Heimaufsicht, MDK und externe Sachverständige. Kooperationserfordernisse der Heimaufsicht ergeben sich insbesondere aus den §§ 2 und 20 HeimG sowie § 117 SGB XI. Nach § 2 Abs.1 Nr.7 HeimG gehört es zu den wesentlichen Zwecken des Gesetzes, „die Zusammenarbeit der für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden mit den Trägern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe zu fördern.“

Durch den neu eingefügten § 23 Abs.3 HeimG wird explizit darauf hingewiesen, dass die jeweilige Landesregierung sicherstellen muss, dass „die Aufgabenwahrnehmung durch die zuständigen Behörden nicht durch Interessenkollisionen gefährdet oder beeinträchtigt wird.“ Derartige Interessenkollisionen liegen z. B. vor, wenn Mitglieder der Heimaufsicht zugleich Funktionen eines Heimträgers wahrnehmen oder ehrenamtlich in Organen oder Gremien des Heimträgers vertreten sind. Die schriftliche Befragung gibt jedoch keinen Aufschluss darüber, wie häufig solche Interessenkonflikte auftreten.

→ Fachlicher Austausch mit anderen Heimaufsichtsbehörden

Fast alle befragten Heimaufsichten geben an, mit anderen Heimaufsichtsbehörden in Kontakt zu stehen. Verneinungen diesbezüglich gab es nur in Baden-Württemberg (1), Bayern (2) und Niedersachsen (1).



Die Rangfolge der inhaltlichen Schwerpunkte des Austausches (Tabelle A.11) zeigt, dass rechtliche Fragen den weitaus größten Raum einnehmen. Insbesondere die Veränderungen, die sich für die Heimaufsicht durch das novellierte Heimrecht ergeben, werden thematisiert. An zweiter Stelle stehen Informations- und Erfahrungsaustausch. Dahinter folgen Fragen zum Personal bzw. den Personalquoten, zu Organisation und Heimleitung. Am wenigsten genannt werden Fragen zur Pflege und Betreuung. Die Prioritäten des fachlichen Austauschs unter den Heimaufsichtsbehörden sind somit weniger auf die Qualität der Heimversorgung ausgerichtet, vielmehr steht zurzeit der rechtlich-organisatorische Themenkomplex im Vordergrund.

TABELLE A.11: THEMEN DES FACHLICHEN AUSTAUSCHES MIT ANDEREN HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN

	Fachlicher Austausch m. and. HA-Behörden	Organisation/ Heimleitung	Heim- personalfragen	Rechtliche Inhalte	Kooperations- fragen	Info-/ Erfahrungsaustausch	Pflege-/ Betreuungsfragen	Sonstige Fragen
GESAMT (72)	66 (93%)	21%	24%	83%	21%	36%	15%	28%
Baden- Württemberg (4)	3 (75%)	25%	25%	100%	–	25%	25%	50%
Bayern (20)	16 (89%)	15%	15%	55%	25%	60%	–	10%
Hamburg (6)	6 (100%)	33%	16%	67%	–	–	33%	50%
Hessen (4)	4 (100%)	–	–	100%	–	–	25%	50%
Meckl.- Vorpommern (5)	5 (83%)	40%	40%	60%	40%	60%	–	20%
Niedersachsen (6)	5 (100%)	16%	16%	83%	–	16%	–	16%
NRW (13)	13 (100%)	23%	23%	100%	15%	15%	15%	38%
Rheinland-Pfalz (4)	4 (100%)	–	50%	100%	75%	25%	–	50%
Sachsen (2)	2 (100%)	50%	–	100%	–	50%	50%	–
Sachsen-Anhalt (2)	2 (100%)	–	–	50%	–	–	–	–
Schlesw.- Holstein (3)	3 (100%)	–	33%	67%	67%	33%	33%	33%
Thüringen (3)	3 (100%)	67%	67%	67%	–	67%	67%	–



→ Fachlicher Austausch mit anderen Akteuren der externen Qualitätssicherung

Der weit überwiegende Teil der Behörden (79%) stand in Kontakt zu anderen Akteuren der externen Qualitätssicherung in Form von entsprechenden Arbeitssitzungen (Tabelle A.12). Auffällig ist allerdings, dass vor allem in Niedersachsen, aber auch NRW und Mecklenburg-Vorpommern vergleichsweise wenige Behörden über derartige Kontakte berichteten.

TABELLE A.12: FACHLICHER AUSTAUSCH MIT WEITEREN AKTEUREN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

	Haben weitere Arbeitstreffen mit anderen Akteuren der externen Qualitätssicherung stattgefunden?		mit MDK/ Pflegekassen		mit Sozialhilfeträger		mit sonstigen Akteuren	
	ja	nein	regelmäßig	unregelmäßig	regelmäßig	unregelmäßig	regelmäßig	unregelmäßig
GESAMT (72)	79%	21%	41%	25%	36%	19%	16%	7%
Baden-Württemberg (4)	100%	–	25%	50%	25%	50%	–	75%
Bayern (20)	85%	5%	65%	10%	55%	15%	30%	–
Hamburg (6)	83%	17%	17%	67%	33%	33%	17%	17%
Hessen (4)	100%	–	100%	–	75%	–	–	–
Meckl.-Vorpommern (5)	60%	40%	–	40%	20%	20%	20%	40%
Niedersachsen (6)	17%	83%	–	–	17%	–	–	–
NRW (13)	46%	38%	15%	31%	8%	15%	23%	23%
Rheinland-Pfalz (4)	100%	–	75%	25%	75%	25%	50%	–
Sachsen (2)	100%	–	50%	50%	50%	–	50%	–
Sachsen-Anhalt (2)	100%	–	50%	50%	–	100%	–	–
Schlesw.-Holstein (3)	100%	–	67%	–	67%	33%	–	–
Thüringen (3)	100%	–	67%	33%	–	–	–	–

Schlüsselt man die Kooperationen weiter auf, so zeigt sich, dass in 66 % der Fälle weitere Arbeitssitzungen mit dem MDK und/oder Pflegekassen stattgefunden haben, davon zum überwiegenden Teil in regelmäßigen Abständen. Mit Sozialhilfeträgern fanden in 55 % der Fälle Treffen statt und mit sonstigen Trägern in knapp einem Viertel der Fälle. Zu diesen „Sonstigen“ gehören z. B. regionale Arbeitskreise, unabhängige Beratungsstellen, Trägerverbände etc. Der Überblick über die einzelnen Bundesländer zeigt, dass in einigen von ihnen sicher noch Spielraum für die Erhöhung des Anteils regelmäßiger Treffen gegeben ist.

Was die Inhalte der Kooperationen mit externen Qualitätssicherern angeht, so spielen erwartungsgemäß dieselben Themenbereiche eine Rolle wie bei den Kooperationen mit anderen Heimaufsichtsbehörden. Die Gewichtung der Themenfelder (Tabelle A.13) zeigt, dass konkrete Kooperationsfragen (Absprachen gemeinsamer Prüfungen etc.) und der Informationsaustausch deutlich stärker im Zentrum stehen als rechtliche Fragen. →



Zwar muss auch hier bei der Bewertung dieser Informationen vorsichtig vorgegangen werden, doch macht es den Anschein, dass der Anteil der Behörden, die konkret mit weiteren Akteuren über Qualitätsfragen der Versorgung sprechen, noch ausbaufähig ist.

TABELLE A.13: THEMEN FACHLICHEN AUSTAUSCHES DER HEIMAUF SICHT MIT ANDEREN AKTEUREN EXTERNER QUALITÄTSSICHERUNG

	Organi- sation, Heim- leitung	Heim- personal- fragen	Recht- liche Inhalte	Koopera- tions- fragen	Info-/ Erfah- rungsaus- tausch	Pflege-/ Betreu- ungs- fragen	Sonstige Fragen
GESAMT (72)	17%	10%	23%	37%	39%	14%	18%
Baden- Württemberg (4)	–	25%	50%	25%	50%	–	50%
Bayern (19)	30%	10%	25%	50%	55%	5%	30%
Hamburg (6)	50%	17%	33%	50%	17%	17%	–
Hessen (4)	50%	–	50%	–	75%	–	50%
Meckl.- Vorpommern (5)	–	20%	20%	40%	20%	–	–
NRW (13)	–	–	23%	23%	15%	31%	54%
Rheinland-Pfalz (4)	25%	25%	–	100%	–	25%	25%
Sachsen (2)	–	–	50%	–	50%	50%	–
Sachsen-Anhalt (2)	–	–	50%	100%	100%	–	50%
Schlesw.- Holstein (3)	–	–	–	67%	100%	–	–
Thüringen (3)	–	33%	–	–	67%	67%	33%

→ Gemeinsame Prüfungen der Heimaufsicht mit anderen Akteuren der externen Qualitätssicherung

Die Befragung zeigt weiterhin, dass drei Viertel der Heimaufsichtsbehörden im Jahr 2002 zusammen mit anderen Akteuren Prüfungen durchgeführt haben. Am häufigsten war dies der MDK bzw. die Pflegekassen (66% der Heimaufsichtsbehörden), wesentlich seltener der Sozialhilfeträger (29%) und sonstige Akteure (25%). Zu diesen „sonstigen Akteuren“ gehören z. B. Gewerbeaufsichtsamt, Bauaufsichts- oder Bauordnungsamt, Gesundheitsamt, Feuerwehr etc.

Der Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass sämtliche befragten Behörden in Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen gemeinsame Prüfungen durchgeführt haben. Weiterhin lässt die Datenlage vermuten, dass vor allem in Hamburg vergleichsweise wenig gemeinsame Prüfungen mit anderen Akteuren stattgefunden haben.⁷⁵

⁷⁵ Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass zur genauen Zahl der gemeinsamen Prüfungen keine Informationen vorliegen.



Was die zeitlichen Abstände anbelangt, so werden gemeinsame Prüfungen in der Regel sporadisch ausgeführt; lediglich in Sachsen-Anhalt und Thüringen finden arbeitsteilige Prüfungen mit dem MDK *regelmäßig* statt.

TABELLE A.14: GEMEINSAME PRÜFUNGEN DER HEIMAUF SICHT MIT ANDEREN INSTITUTIONEN

	Gemeinsame Prüfungen mit anderen Akteuren der externen Qualitätssicherung		mit MDK/ Pflegekassen		mit Sozialhilfeträger		mit sonstigen Akteuren	
	ja	nein	regelmäßig	unregelmäßig	regelmäßig	unregelmäßig	regelmäßig	unregelmäßig
GESAMT (72)	77%	20%	18%	48%	7%	22%	4%	21%
Baden-Württemberg (4)	50%	50%	–	50%	–	25%	–	25%
Bayern (20)	90%	–	30%	50%	20%	25%	5%	5%
Hamburg (6)	33%	67%	–	17%	–	16%	–	–
Hessen (4)	100%	–	–	75%	–	25%	–	100%
Meckl.-Vorpommern (5)	80%	20%	–	60%	–	20%	–	–
Niedersachsen (6)	50%	50%	–	33%	–	–	17%	–
NRW (13)	69%	31%	8%	46%	–	–	8%	46%
Rheinland-Pfalz (4)	100%	–	–	100%	–	50%	–	25%
Sachsen (2)	100%	–	–	100%	50%	–	–	100%
Sachsen-Anhalt (2)	100%	–	100%	–	–	100%	–	100%
Schlesw.-Holstein (3)	100%	–	33%	67%	–	100%	–	33%
Thüringen (3)	100%	–	100%	–	–	–	–	–

(Anmerkung: fehlende Prozente = keine Angabe)

3.1.2 Tätigkeiten der Heimaufsicht

3.1.2.1 Organisation und Dokumentation der Prüfungen

→ Wiederkehrende und anlassbezogene Prüfungen

Von den erfassten knapp 5.400 Einrichtungen wurden im Jahr 2002 nach Angaben der Befragten insgesamt 57% einer wiederkehrenden und 28% einer anlassbezogenen Prüfung unterzogen. Demzufolge sind nicht, wie gesetzlich vorgeschrieben, alle Heime geprüft worden. Allerdings ist die genaue „Prüfquote“ (Anteil aller geprüften Einrichtungen) nicht exakt zu ermitteln, da in ein und derselben Einrichtung sowohl wiederkehrende als auch anlassbezogene Prüfungen stattgefunden haben können.

In der Regel finden wiederkehrende Prüfungen deutlich häufiger statt als anlassbezogene Prüfungen; Ausnahmen hiervon bilden Hamburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-



Anhalt. Bei den wiederkehrenden Prüfungen weisen die Bundesländer Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg den höchsten Anteil bezogen auf die Gesamtzahl der Einrichtungen auf.

Interpretiert man die Summe aus wiederkehrenden und anlassbezogenen Prüfungen als Indikator für die Gesamtzahl der geprüften Einrichtungen, so weisen vor allem die Bundesländer Sachsen (53%), Rheinland-Pfalz (66%), aber auch Bayern (78%) und Sachsen-Anhalt (80%) relativ geringe Quoten auf.

TABELLE A.15: WIEDERKEHRENDE UND ANLASSBEZOGENE PRÜFUNGEN DER HEIMAUF SICHT IM JAHR 2002

	Anzahl erfasster Einrichtungen	Wiederkehrende Prüfungen		davon: unangemeldet		Anlassbezogene Prüfungen		davon: unangemeldet	
		Anzahl	bezogen auf Zahl der Einrichtungen	Anzahl	bezogen auf wiederkehr. Prüf.	Anzahl	bezogen auf Zahl d. Einrichtungen	Anzahl	bezogen auf anlassbez. Prüf.
GESAMT (72)	5.385	3.055	57%	811	27%	1.509	28%	985	65%
Baden-Württemberg (4)	183	150	82%	41	27%	31	17%	25	81%
Bayern (20)	551	356	65%	134	38%	72	13%	50	69%
Hamburg (6)	252	57	23%	10	18%	180	71%	83	46%
Hessen (4)	570	395	69%	61	15%	206	36%	94	46%
Meckl.-Vorpommern (5)	126	82	65%	25	30%	12	10%	8	67%
Niedersachsen (6)	562	484	86%	10	2%	96	17%	95	99%
NRW (13)	764	454	59%	25	6%	274	36%	176	64%
Rheinland-Pfalz (4)	635	228	36%	55	24%	193	30%	128	66%
Sachsen (2)	544	252	46%	113	45%	39	7%	39	100%
Sachsen-Anhalt (2)	642	213	33%	138	65%	301	47%	206	68%
Schlesw.-Holstein (3)	128	108	84%	108	100%	35	27%	35	100%
Thüringen (3)	401	276	69%	91	33%	70	17%	46	65%

Im Interesse aussagekräftiger Prüfergebnisse wird häufig gefordert, Prüfungstermine den Einrichtungen *nicht* im Vorhinein anzukündigen. Im Rahmen der Befragung zeigt sich, dass bei den wiederkehrenden Prüfungen nur 27% der Behörden die Termine nicht bekanntgaben, bei den anlassbezogenen Prüfungen waren es immerhin zwei Drittel. Einzig in Schleswig-Holstein führen die (befragten) Heimaufsichtsbehörden sowohl die wiederkehrenden als auch die anlassbezogenen Prüfungen unangemeldet durch. Auffällig niedrige Quoten bei den unangemeldeten wiederkehrenden Prüfungen weisen die Bundesländer Niedersachsen, NRW, aber auch Hessen und Hamburg auf. Bei den anlassbezogenen Prüfungen sind Hamburg und Hessen die Länder mit unterdurchschnittlichen Anteilen unangemeldeter Prüfungen.



→ Dauer der Prüfungen

Es liegt auf der Hand, dass der weit reichende Auftrag der Heimaufsicht dazu führt, dass Heimprüfungen in der Praxis sehr lange dauern können. Die vorliegenden Daten zeigen, dass der Zeitaufwand einer durchschnittlichen Prüfung, inklusive Vor- und Nachbereitung, sehr stark variiert, und zwar von 3 bis 100 Stunden. Der Durchschnitt liegt bei etwa 25 Stunden (Tabelle A.16).

Die Differenzierung nach Bundesländern zeigt einen überdurchschnittlich hohen Zeitaufwand in Hamburg, Thüringen, NRW und Bayern; relativ wenig Zeit benötigen die Heimaufsichten in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hessen und Sachsen. Allerdings sind in beiden Gruppen die Abweichungen je nach Behörde teilweise beträchtlich.

Über die Gründe für diese Abweichungen können auf der Basis der Befragung nur Vermutungen angestellt werden. Sicher spielt die Größe der betreffenden Einrichtungen sowie die Gründlichkeit der Prüfung oder die Berufserfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Rolle. Genauer hierzu ließe sich allerdings erst aus einer umfassenderen Untersuchung ableiten.

TABELLE A.16: DAUER DER PRÜFUNGEN

	Dauer der Prüfungen (in Stunden)			
	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung
GESAMT (69)	24,8	3	100	14,77
Baden-Württemberg (4)	24,5	15	42	11,96
Bayern (18)	27,2	9	63	14,44
Hamburg (6)	31,2	10	100	34,76
Hessen (4)	18,5	16	24	3,79
Meckl.-Vorpommern (3)	24,3	20	28	4,04
Niedersachsen (6)	15,2	3	30	10,80
NRW (13)	27,8	10	50	13,45
Rheinland-Pfalz (4)	25,5	24	30	3,00
Sachsen (2)	17,5	15	20	3,53
Sachsen-Anhalt (2)	26,0	25	27	1,00
Schleswig-Holstein (3)	13,7	10	16	3,21
Thüringen (3)	28,5	19,5	40	10,48

→ Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht führen die Prüfungen durch?

In der Regel wird die Prüfung von einem Team durchgeführt. Dies entspricht der Komplexität der Prüfaufgabe und den Forderungen der Fachwissenschaft. In knapp einem Viertel (27%) der Fälle aber ist lediglich ein einzelner Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin mit der Prüfung betraut, was angesichts der zu bewältigenden Aufgabe eindeutig zu wenig ist. In knapp der Hälfte der Fälle werden Prüfungen von Teams unter Einbindung von Pflegefachkräften durchgeführt.



Der Blick auf die einzelnen Bundesländer (Tabelle A.17) zeigt, dass Teamprüfungen in Baden-Württemberg, Bayern, Schleswig-Holstein und Niedersachsen die Regel sind. Ein Verbesserungsbedarf in dieser Hinsicht besteht v.a. in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen, aber auch in Hamburg und Rheinland-Pfalz.

TABELLE A.17: HEIMPRÜFUNGEN DURCH EINZELNE MITARBEITER BZW. TEAMS

	Wer führt die wiederkehrenden Prüfungen durch (%)		
	einzelne/r Mitarbeiter/in	Team von Mitarbeiter/innen	Team von Mitarbeiter/innen und Fachkräften
GESAMT (72)	27%	24%	49%
Baden-Württemberg (4)	–	–	100%
Bayern (19)	5%	21%	74%
Hamburg (6)	50%	17%	33%
Hessen (4)	–	100%	–
Meckl.-Vorpommern (5)	100%	–	–
Niedersachsen (6)	17%	17%	66%
NRW (13)	23%	31%	46%
Rheinland-Pfalz (4)	50%	–	50%
Sachsen (2)	–	50%	–
Sachsen-Anhalt (2)	100%	–	–
Schleswig-Holstein (3)	–	33%	67%
Thüringen (3)	67%	33%	–

→ Wer ist seitens der Einrichtung bei der Prüfung anwesend?

Heimleitung und Pflegedienstleitung sind naturgemäß die ersten Ansprechpartner bei den Prüfterminen. Tabelle A.19 zeigt, dass in fast zwei Drittel der Fälle auch Vertreter des Trägers anwesend sind. Der Soziale Dienst des Heims wird nur in knapp einem Viertel der Begehungen zu Rate gezogen, in sieben von 12 Bundesländern überhaupt nicht. Kontakte zum Heimbeirat bzw. Heimfürsprecher besteht in der Hälfte der Prüfungen. Auch dies ist ein deutlicher Hinweis auf einen zukünftigen Nachholbedarf.



TABELLE A.18: BEI PRÜFTERMINEN DER HEIMAUF SICHT BETEILIGTE PERSONEN DER EINRICHTUNG

	Träger	Heimleitung	Pflegedienstleitung	Sozialer Dienst	Heimbeirat/-fürsprecher	Sonstige Personen
GESAMT (72)	63%	98%	97%	26%	50%	27%
Baden-Württemberg (4)	75%	100%	100%	–	50%	50%
Bayern (20)	45%	90%	90%	25%	50%	25%
Hamburg (6)	100%	100%	100%	–	33%	33%
Hessen (4)	100%	100%	100%	75%	75%	25%
Meckl.-Vorpommern (5)	40%	100%	100%	60%	40%	20%
Niedersachsen (6)	33%	83%	67%	–	67%	17%
NRW (13)	92%	100%	100%	46%	62%	31%
Rheinland-Pfalz (4)	75%	100%	100%	25%	50%	50%
Sachsen (2)	50%	100%	100%	–	50%	–
Sachsen-Anhalt (2)	–	100%	100%	–	50%	–
Schleswig-Holstein (3)	–	100%	100%	–	–	–
Thüringen (3)	67%	100%	100%	–	–	33%

→ Welche Unterlagen werden im Einzelnen geprüft?

Aus den Vorschriften des Heimrechts und sonstiger Verordnungen ergibt sich die Berechtigung der Heimaufsicht, eine Vielzahl von Unterlagen des Heims einzusehen und zu kontrollieren. Die schriftliche Befragung⁷⁶ zeigt hierzu Folgendes (Tabelle A.19):

- In nahezu allen Fällen wurden Pflegeplanungen und Pflegedokumentationen geprüft. Personalakten und -listen wurden in 83% der Fälle kontrolliert, Dienstpläne der Einrichtungen in drei Viertel aller Fälle.
- Deutlich weniger oft wurden Bewohnerlisten (46%), Heimverträge (44%) oder Dokumente über die Wertsachenverwahrung der Bewohnerinnen und Bewohner (41%) in Augenschein genommen. Ein Drittel der Behörden hat Speisepläne bzw. Ernährungsunterlagen überprüft.
- Zu den eher selten geprüften Dokumenten gehören Unterlagen über die baulich-räumliche Konzeption der Einrichtungen (26%), Dokumente bezüglich der freiheitsentziehenden Maßnahmen und Hygieneunterlagen (22%).
- Kaum geprüft wurden Wirtschafts- und Finanzpläne (16%), Förder- und Hilfepläne bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Behinderteneinrichtungen (14%) und Dokumente über die Medikamentenversorgung (13%). Nur 11% der Behörden gaben an, die Pflegeleitbilder zu prüfen.



⁷⁶ Die Angaben hierzu wurden offen abgefragt und nachträglich kategorisiert.



TABELLE A.19: GEPRÜFTE UNTERLAGEN BEI HEIMBEGEHUNGEN
(ANGABEN IN %)

	Pflegepläne/ -dokumentation	Personakakten/ -listen	Dienstpläne	Bewohnerlisten	Heimverträge	Wertsachen- verwahrung	Ernährung	Raumkonzept	Sonst. Unterl. z. Qualitätssicherung	Freiheitsentz. Maßnahmen	Hygiene- unterlagen	Wirtschafts-/ Finanzplan	Förder- und Hilfepläne	Medikament- nachweise	Pflegeleitbild	Handzeichen- listen
GESAMT (72)	93	83	76	46	44	41	33	26	24	22	22	16	14	13	11	8
Baden-Württemberg (4)	100	100	100	75	-	25	-	-	25	25	-	-	-	-	-	-
Bayern (20)	90	95	85	45	40	50	40	25	20	40	20	30	25	10	30	20
Hamburg (6)	67	67	67	33	50	17	67	50	17	-	83	17	-	-	17	-
Hessen (4)	75	25	25	25	50	75	25	75	-	-	-	-	-	-	-	-
Meckl.-Vorpommern (5)	100	100	80	60	20	20	20	20	20	-	-	-	20	20	-	-
Niedersachsen (6)	83	33	50	33	50	33	33	33	17	-	17	-	-	17	-	-
NRW (13)	100	77	77	38	54	54	31	23	23	8	8	31	8	23	-	8
Rheinland-Pfalz (4)	100	100	100	50	25	25	25	-	50	50	-	25	-	50	-	-
Sachsen (2)	100	100	-	-	50	-	50	50	50	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt (2)	100	100	100	100	100	100	-	-	67	50	50	-	50	-	-	-
Schleswig-Holstein (3)	100	100	67	67	67	33	33	-	33	33	33	-	-	-	-	33
Thüringen (3)	100	100	100	33	33	-	33	33	-	33	67	-	33	-	33	-

Insgesamt ergibt sich so der Eindruck, dass längst nicht alle von den Einrichtungen vorzulegenden Unterlagen auch tatsächlich kontrolliert werden.

→ Dokumentation der Prüfungen

Mit Ausnahme von zwei Fällen verwenden alle Heimaufsichten Leitfäden, Checklisten und Nachschaubögen zur Dokumentation ihrer Prüfungstätigkeit. Dabei werden überwiegend individuelle, selbst ausgearbeitete Checklisten und Begehungsbögen verwendet (63% der Behörden), "vorgefertigte" Checklisten benutzen knapp die Hälfte der Behörden. Im Anschluss an die Begehungen werden Protokolle bzw. mehr oder weniger umfangreiche schriftliche Berichte angefertigt.



TABELLE A.20: ART DER DOKUMENTATION VON PRÜFUNGEN DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN			
	Individuelle, selbst erarbeitete Leitfäden, Checklisten o.ä.	Leitfäden, Checklisten o.ä. mit Beteiligung anderer Heimaufsichten bzw. übergeordneter Behörden	Sonstige Leitfäden, Checklisten o.ä.
GESAMT (72)	46 (63%)	34 (47%)	8 (11%)
Baden-Württemberg (4)	4 (100%)	2 (50%)	1 (25%)
Bayern (20)	11 (55%)	10 (50%)	2 (10%)
Hamburg (6)	1 (17%)	5 (83%)	1 (17%)
Hessen (4)	4 (100%)	-	-
Meckl.-Vorpommern (5)	3 (60%)	4 (80%)	1 (20%)
Niedersachsen (6)	4 (67%)	-	1 (17%)
NRW (13)	11 (85%)	4 (31%)	2 (15%)
Rheinland-Pfalz (4)	2 (50%)	2 (50%)	-
Sachsen (2)	2 (100%)	-	-
Sachsen-Anhalt (2)	1 (50%)	2 (100%)	-
Schleswig-Holstein (3)	1 (33%)	3 (100%)	-
Thüringen (3)	2 (67%)	2 (67%)	-

Was die Frage der Bewertung der Prüfungsdokumente angeht, so lässt sich aus der schriftlichen Befragung relativ wenig Konkretes ableiten. Da dies eine zentrale Frage von Interesse ist, wurden die Heimaufsichtsbehörden nachträglich gebeten, entsprechende Vorlagen, die bei Prüfungen tatsächlich verwendet werden, zur Verfügung zu stellen. Dabei zeigt sich, dass die Qualität der Materialien sehr unterschiedlich einzuschätzen ist und eine Standardisierung sicher hilfreich wäre. Näheres hierzu ist in Teil II bzw. im Anhang dieses Handbuchs nachzulesen.



3.1.2.2 Beratungstätigkeit

Ein wichtiger Auftrag der Heimaufsicht im Sinne einer „partnerschaftlichen“ und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Heimen ist die Beratung. Wie im Hauptteil dieses Buches ausführlich dargestellt, gibt es zwei unterschiedliche Formen: zum einen die „allgemeine“ Beratung nach § 4 HeimG, mit der sich die Heimaufsicht als Partner der Klienten und Interessengruppen etablieren soll, zum anderen die „Mängelberatung“ nach § 16 HeimG, die den Einrichtungen die Gelegenheit geben soll, sich bei festgestellten Mängeln umfassend über Verbesserungsmöglichkeiten zu informieren.

→ Beratung von Zielgruppen

Die Daten der Befragung zeigen, dass die Heimaufsichtsbehörden ihrem Beratungsauftrag große Bedeutung beimessen. Nur wenige haben im letzten Jahr keine Beratungen angeboten. Dabei werden gleichermaßen die Zielgruppen der Bewohner und Heimbeiräte, die Gruppe der Angehörigen und „Externen“ (z. B. Seniorenbeiräte) und die Gruppe der potenziellen Heimbetreiber angesprochen. Zwischen den Bundesländern gibt es dabei offenbar keine nennenswerten Unterschiede.

TABELLE A.21: BERATUNGEN NACH § 4 HEIMG

	Wurden Beratungen durchgeführt?	Folgende Zielgruppen wurden beraten...		
	ja	Bewohner, Heimbeiräte...	Angehörige, Seniorenbeiräte...	potenzielle Heimbetreiber
GESAMT (72)	69 (96%)	66 (92%)	64 (89%)	65 (90%)
Baden-Württemberg (6)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)
Bayern (20)	17 (85%)	15 (75%)	15 (75%)	16 (80%)
Hamburg (6)	6 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	6 (100%)
Hessen (4)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)
Meckl.-Vorpommern (5)	5 (100%)	4 (80%)	5 (100%)	5 (100%)
Niedersachsen (6)	6 (100%)	6 (100%)	4 (67%)	5 (83%)
NRW (13)	1 (100%)	13 (100%)	12 (92%)	11 (85%)
Rheinland-Pfalz (4)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)
Sachsen (2)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)



	Wurden Beratungen durchgeführt?	Folgende Zielgruppen wurden beraten...		
	ja	Bewohner, Heimbeiräte...	Angehörige, Seniorenbeiräte...	potenzielle Heimbetreiber
Sachsen-Anhalt (2)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
Schleswig-Holstein (3)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)
Thüringen (3)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)

Was die Qualität der Beratung im Einzelnen betrifft, liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor. Schriftliche Informationen zur Beratung nach § 4 HeimG halten 45 der befragten Heimaufsichten (62%) bereit, wobei es sich meist um offizielle Broschüren handelt. Nur in wenigen Fällen stellen Behörden eigens erstelltes Info-Material zur Verfügung, sieht man einmal von den Übersichten bzw. Listen der Heime in der Region ab.

Je nach Zielgruppe zeigen sich unterschiedliche inhaltliche Beratungsbedarfe. So betreffen die häufigsten Beratungsthemen für *Heimbewohnerinnen und -bewohner* Fragen der Heimmitwirkung (43 Nennungen), danach folgen Fragen zu Heimverträgen, Heimentgelten und Kosten sowie Pflichten des Trägers (jeweils 14 Nennungen).

Die häufigsten Beratungsthemen für *Heimplatzbewerberinnen und -bewerber, Angehörige, Seniorenbeiräte* etc. sind dagegen Entgelt- und Kostenfragen (24 Nennungen), Beschwerden (20 Nennungen) und Heimvertragsangelegenheiten (17 Nennungen) und Fragen bezüglich der Pflegeleistungen (14 Nennungen). Außerdem wird häufig die Suche nach geeigneten Heimplätzen besprochen.

Der Tendenz nach zeigt sich, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen deutlich häufiger an Fragen der Mitwirkung im Heim und auch der Verpflegung interessiert sind, als ihre Angehörigen. Für letztere stehen offenbar Kostenfragen und (tatsächliche oder vermutete) Beschwerden stärker im Vordergrund. Welche Motive hinter diesen Unterschieden stehen, muss offen bleiben. Denkbar sind sowohl die verstärkte Sorge der Angehörigen für ihre Eltern, aber auch eher eigennützige Motive oder ein „schlechtes Gewissen“, seine Eltern nicht selbst versorgen zu können oder zu wollen.

Die häufigsten Themen für potenzielle Heimplatzbetreiber sind eindeutig Fragen im Zusammenhang mit der Heimmindestbauverordnung (44 Nennungen), Voraussetzungen für den Heimbetrieb (18 Nennungen) und Informationen zu den örtlichen Bedarfsplanungen.



→ Beratungen bei Mängeln

Bei festgestellten Mängeln ist die Heimaufsicht verpflichtet, die Einrichtungen im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten zu beraten. Wie erwähnt, sind laut Erhebung im Jahr 2002 bei einer Gesamtzahl von 5.358 erfassten Einrichtungen insgesamt 2.558 Mängel (48%) festgestellt worden. Im Vergleich dazu liegt die Anzahl der Mängelberatungen höher, d. h. demzufolge sind einzelne Einrichtungen mehrfach bzw. zu mehreren Terminen beraten worden. Exakte Angaben darüber, *wie oft* einzelne Heime geprüft und beraten wurden, können allerdings nicht gemacht werden.

TABELLE A.22: BERATUNG NACH FESTGESTELLTEN MÄNGELN IM JAHR 2002

	Anzahl Einrichtungen	Durchgeführte Prüfungen (wiederkehrende + anlassbezogene)	Anzahl Mängelberatungen
GESAMT (72)	5.358	4.564	2.847
Baden-Württemberg (4)	183	181	285
Bayern (19)	551	397	190
Hamburg (6)	252	210	229
Hessen (4)	570	601	461
Meckl.-Vorpommern (5)	126	67	62
Niedersachsen (6)	562	563	432
NRW (13)	764	712	712
Rheinland-Pfalz (4)	635	421	211
Sachsen (2)	544	291	110
Sachsen-Anhalt (2)	642	514	75
Schleswig-Holstein (3)	128	143	80
Thüringen (3)	401	346	(keine Angabe)

Sofern man die Anzahl der durchgeführten Prüfungen als Maßstab heranzieht, werden Mängelberatungen überdurchschnittlich häufig in Baden-Württemberg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt.

Auffällig dagegen ist die vergleichsweise sehr geringe Zahl der Mängelberatungen in Sachsen-Anhalt. Auch in Sachsen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Bayern fanden offenbar eher wenige Mängelberatungen statt.

3.1.2.3 Ordnungsrechtliches Handeln

→ Anlässe für Prüfungen und festgestellte Mängel

Nachdem die Prüfungen von der quantitativen Seite betrachtet wurden, sollen nun die festgestellten Mängel von der inhaltlichen Seite thematisiert werden. Die Rangfolge der häufigsten Gründe für die Durchführung anlassbezogener Prüfungen geht aus Tabelle A.23 hervor, wobei die Vielzahl der einzelnen Nennungen nachträglich kategorisiert



wurde.⁷⁷ Demnach beziehen sich die häufigsten Ursachen anlassbezogener Prüfungen auf (vermutete oder tatsächliche) Pflegemängel (39% der Fälle) und Personalmängel (32%). Deutlich seltener waren Mängel in der sozialen Betreuung der Heimbewohnerinnen und -bewohner, bauliche Mängel oder Hygienemängel Prüfungsanlass.

Die Differenzierung nach Bundesländern lässt angesichts der Datenlage wiederum keine abschließenden Beurteilungen zu. Tendenziell ergibt sich der Eindruck, dass

- Pflegemängel überdurchschnittlich häufig in Rheinland-Pfalz und NRW,
- Personalmängel überdurchschnittlich häufig in Sachsen und Baden-Württemberg,
- Mängel in der sozialen Betreuung überdurchschnittlich häufig in Sachsen und Rheinland-Pfalz

zu Prüfungen geführt haben, was allerdings auch mit der Frage des jeweiligen Prüfungsschwerpunktes zusammenhängen mag.

TABELLE A.23: GRÜNDE FÜR ANLASSBEZOGENE PRÜFUNGEN DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN

	Gründe für anlassbezogene Prüfungen: MÄNGEL bei ...									
	Pflege	Personal	Sozialer Betreuung	Gebäuden, Räumen	Hygiene	Organisation	Rechtlichen Fragen	Ernährung	Dokumentation	Medikamenten
GESAMT (72)	28 (39)	23 (32)	10 (14)	8 (11)	7 (10)	6 (8)	5 (7)	3 (4)	3 (4)	2 (3)
Baden-Württemberg (4)	2 (50)	3 (75)	1 (25)	1 (25)	0 (-)	1 (25)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Bayern (20)	6 (30)	4 (20)	2 (10)	2 (10)	3 (15)	2 (10)	2 (10)	1 (5)	3 (15)	1 (5)
Hamburg (6)	3 (50)	2 (33)	1 (17)	1 (17)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1	0 (-)	0 (-)
Hessen (4)	(konnte inhaltlich nicht eindeutig zugeordnet werden)									
Meckl.-Vorpommern (5)	1 (20)	1 (20)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (20)	1 (20)	0 (-)	0 (-)	1 (20)
Niedersachsen (6)	2 (33)	3 (50)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (17)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
NRW (13)	9 (69)	5 (38)	2 (15)	0 (-)	2 (15)	0 (-)	1 (8)	1	0 (-)	0 (-)
Rheinland-Pfalz (4)	3 (75)	2 (50)	2 (50)	0 (-)	1 (25)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Sachsen (2)	0 (-)	2 (100)	2 (100)	1 (50)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Sachsen-Anhalt (2)	1 (50)	1 (50)	0 (-)	1 (50)	0 (-)	1 (50)	1 (50)	0 (-)	0 (-)	0 (-)

⁷⁷ Anlassbezogene Prüfungen können z. B. aufgrund von Beschwerden der Bewohner oder Angehörigen, aber auch der Pflegekräfte von Einrichtungen, sonstigen Personen oder des MDK eingeleitet werden. Quantitative Informationen aufgrund der Befragung sind hierzu nicht verfügbar.



	Gründe für anlassbezogene Prüfungen: MÄNGEL bei ...									
	Pflege	Personal	Sozialer Betreuung	Gebäuden, Räumen	Hygiene	Organisation	Rechtlichen Fragen	Ernährung	Dokumentation	Medikamenten
Thüringen (3)	1 (33)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (33)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Baden-Württemberg (4)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	0 (-)

(Prozentangaben in Klammern)

→ Beanstandungen bei Prüfungen der Heimaufsicht

Die Prüfungen führten in fast allen Fällen auch zu Beanstandungen, wie Tabelle A.24 zeigt. Im Schnitt kam es dabei in knapp der Hälfte (48%) aller Einrichtungen zu Beanstandungen aufgrund von Mängeln. Deutlich höhere Anteile finden sich in Niedersachsen (74% der Einrichtungen), Schleswig-Holstein (73%) und Hamburg (70%). Dagegen ist der Anteil der Einrichtungen mit Mängeln in Bayern (16%), Sachsen (21%) und auch Rheinland-Pfalz (34%) recht niedrig.

TABELLE A.24: BEANSTANDUNGEN AUFGRUND VON (ANLASSBEZOGENEN) PRÜFUNGEN DER HEIMAUF SICHT

	Führten Prüfungen zu Beanstandungen?		Einrichtungen...		
	ja	(Anteil)	Gesamt	mit Mängeln	(Anteil)
GESAMT (72)	67	93%	5.358	2.558	48%
Baden-Württemberg (4)	4	100%	183	83	45%
Bayern (20)	19	95%	551	86	16%
Hamburg (6)	5	83%	252	176	70%
Hessen (4)	4	100%	570	323	57%
Meckl.-Vorpommern (5)	4	80%	126	49	39%
Niedersachsen (6)	5	83%	562	414	74%
NRW (13)	12	92%	764	484	63%
Rheinland-Pfalz (4)	4	100%	635	215	34%
Sachsen (2)	2	100%	544	115	21%
Sachsen-Anhalt (2)	2	100%	642	281	44%
Schleswig-Holstein (3)	3	100%	128	93	73%
Thüringen (3)	3	100%	401	239	60%

Die Beanstandungen bezogen sich dabei am häufigsten auf das Personal (69% der Fälle), auf die Organisation der Einrichtung (54%) und die Pflegedokumentation (51%).

Zusätzlich wurde nach den *fünf häufigsten festgestellten Mängeln* bei Prüfungen *insgesamt* gefragt, also wiederkehrenden und anlassbezogenen zusammengefasst. Das Ergebnis ist in Tabelle A.25 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass der am häufigsten genannte



Mangel die Pflegedokumentation (von 74% der Behörden genannt) betrifft. Danach folgen Personaldefizite (64%), womit meist zu wenig Pflegekräfte, die nicht erfüllte Fachkraftquote oder mangelhafte Nachtdienstbesetzung gemeint sind. Defizite in der Organisation der Einrichtungen, vor allem Führungsprobleme, Dienstplangestaltung und interne Kommunikation betreffend, haben 54% der Behörden angeführt. Deutlich seltener wurden Hygienemängel (38%), bauliche Mängel (36 %) und Pflege(qualitäts)mängel (31%) genannt. Rechtliche Unregelmäßigkeiten, vor allem bei den Heimverträgen (Entgeltregelungen), nannte knapp jede dritte Behörde, danach folgen Probleme in der Medikamentenversorgung (26%), schlechte soziale Betreuung (z. B. unwürdiger Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Vernachlässigung) und schließlich defizitäre Ernährung bzw. Flüssigkeitsversorgung (13%).

TABELLE A.25: FESTGESTELLTE MÄNGEL BEI PRÜFUNGEN DER HEIMAUF SICHT

Heimaufsichten	Die fünf am häufigsten festgestellten Mängel betrafen den Bereich...									
	Pflege	Personal	Soziale Betreuung	Gebäude, Räume	Hygiene	Organisation	Rechtliche Fragen	Ernährung	Dokumentation	Medikamente
GESAMT (72)	22 (31)	46 (64)	15 (21)	26 (36)	27 (38)	39 (54)	20 (28)	9 (13)	53 (74)	19 (26)
Baden-Württemberg (4)	1 (25)	3 (75)	1 (25)	1 (25)	3 (75)	2 (50)	0 (-)	1 (25)	4 (100)	1 (25)
Bayern (20)	3 (15)	13 (65)	3 (15)	10 (50)	13 (65)	8 (40)	3 (15)	2 (10)	12 (60)	6 (30)
Hamburg (6)	1 (17)	2 (33)	1 (17)	0 (-)	2 (33)	1 (17)	2 (33)	2 (33)	4 (67)	0 (-)
Hessen (4)	3 (75)	3 (75)	2 (50)	0 (-)	0 (-)	2 (50)	1 (25)	0 (-)	4 (100)	1 (25)
Meckl.-Vorpommern (5)	0 (-)	3 (60)	0 (-)	2 (40)	0 (-)	3 (60)	3 (60)	0 (-)	2 (40)	3 (60)
Niedersachsen (6)	2 (33)	3 (50)	2 (33)	3 (50)	1 (17)	5 (83)	3 (50)	1 (17)	5 (83)	0 (-)
NRW (13)	8 (62)	8 (62)	3 (23)	2 (15)	5 (38)	7 (54)	5 (38)	2 (15)	10 (77)	3 (23)
Rheinland-Pfalz (4)	2 (50)	3 (75)	2 (50)	3 (75)	1 (25)	4 (100)	0 (-)	1 (25)	3 (75)	3 (75)
Sachsen (2)	0 (-)	1 (50)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	1 (50)	0 (-)	0 (-)	1 (50)	0 (-)
Sachsen-Anhalt (2)	0 (-)	1 (50)	0 (-)	2 (100)	1 (50)	2 (100)	2 (100)	0 (-)	2 (100)	1 (50)
Schleswig-Holstein (3)	2 (67)	3 (100)	0 (-)	1 (33)	1 (33)	1 (33)	1 (33)	0 (-)	3 (100)	0 (-)
Thüringen (3)	0 (-)	3 (100)	1 (33)	2 (67)	0 (-)	3 (100)	0 (-)	0 (-)	3 (100)	1 (-)

(Prozentangaben in Klammern)

Der Eindruck, der sich hieraus ergibt, lässt sich so formulieren, dass offenbar Mängel überwiegen, die primär in der Zuständigkeit der Einrichtungsleitung liegen, also etwa die Ausgestaltung des Pflegedokumentationssystems, Arbeits- und Ablauforganisation und Personalfragen. Zumindest in quantitativer Sichtweise überwiegt dieser Mängelbereich deutlich die Probleme in der direkten Pflege und Betreuung oder den medizinischen und hygienischen Standards.⁷⁸

→ Anordnungen, Beschäftigungsverbote und Untersagungen

Aufgrund der Unvollständigkeit des Rücklaufs kann auch hier nur ein lückenhaftes Bild der ordnungsrechtlichen Eingriffe der Heimaufsichtsbehörden gezeichnet werden. Dazu kommt, dass ein nicht unerheblicher Teil der Behörden keine Angaben zu dieser Frage gemacht hat.

Die Ergebnisse (Tabelle A.26) lassen vermuten, dass tendenziell überdurchschnittlich viele Anordnungen in Hamburg (eine Behörde mit 40 Anordnungen!), NRW, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein erlassen wurden. Auffällig ist weiter, dass Beschäftigungsverbote und Untersagungen im Vergleich zu Anordnungen sehr selten zur Anwendung kommen. Dies deutet darauf hin, dass die betroffenen Heimträger angesichts der drohenden Sanktionen in der Regel doch einlenken und die beanstandeten Mängel abzustellen gewillt sind.

Insgesamt haben die 50 antwortenden Heimaufsichtsbehörden im Jahr 2002 nur 17 Untersagungen und sechs Beschäftigungsverbote veranlasst. Die meisten Beschäftigungsverbote der auskunftgebenden Behörden wurden wiederum in Hamburg ausgesprochen. Untersagungen wurden vergleichsweise am häufigsten in Hessen verhängt, wobei die Unterschiede nach Bundesländern jedoch sehr gering sind.

TABELLE A.26: ORDNUNGSRECHTLICHE MASSNAHMEN DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN

	Anordnungen				Beschäftigungsverbote				Untersagungen			
	Gesamt	Mittelwert	Min.	Max.	Gesamt	Mittelwert	Min.	Max.	Gesamt	Mittelwert	Min.	Max.
GESAMT (50)	225	4,3	0	40	6	0	0	1	17	0,5	0	5
Baden-Württemberg (3)	11	4	0	10	0	0	0	0	1	1	1	1
Bayern (9)	26	3	0	13	0	0	0	0	3	1	0	3
Hamburg (5)	45	9	0	40	4	1	0	3	1	0	0	1
Hessen (4)	7	2	0	3	0	0	0	0	5	2	0	5

⁷⁸ Es kann allerdings auch nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass dieser Befund mit der spezifischen Sichtweise und Qualifikation der Mitarbeiter der Heimaufsicht zusammenhängt. Dazu kommt, dass aufgrund der offenen Abfrage gewisse Ungenauigkeiten nicht zu vermeiden sind. Hier wären weitere Untersuchungen anzuschließen.



	Anordnungen				Beschäftigungsverbote				Untersagungen			
	Gesamt	Mittelwert	Min.	Max.	Gesamt	Mittelwert	Min.	Max.	Gesamt	Mittelwert	Min.	Max.
Meckl.-Vorpommern (3)	5	2	0	4	0	0	0	0	1	0	0	1
Niedersachsen (3)	5	3	0	6	0	0	0	0	1	0	0	1
NRW (11)	65	6	0	25	0	0	0	0	1	0	0	1
Rheinland-Pfalz (3)	15	5	4	7	1	0	0	1	2	1	0	1
Sachsen (2)	6	3	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt (2)	12	6	5	7	0	0	0	0	1	1	0	1
Schleswig-Holstein (3)	19	6	1	15	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen (2)	6	3	0	6	1	0	0	1	1	0	0	1

3.1.3 Veränderungsbedarf aus der Perspektive der Heimaufsicht

Wie beurteilen die Heimaufsichtsbehörden die Situation der Heime allgemein und vor allem ihre eigene gegenwärtige Situation? Was sollte sich ihrer Meinung nach ändern? Um zu diesen Fragen ein Meinungsspektrum zu gewinnen, wurde dies in offener Form abgefragt. Da keine Antwortvorgaben gemacht wurden, ergibt sich erwartungsgemäß ein sehr differenziertes Bild. Eine Unterscheidung nach Bundesländern ist aus methodischen Gründen allerdings unzulässig.⁷⁹

→ Einschätzung der Situation in den Heimen

Was die Einschätzung der aktuellen Heimsituation betrifft, lassen sich die Statements in positive und negative Wertungen unterteilen. Die positiven Urteile waren wenig differenziert; insgesamt haben 21 Heimaufsichten allgemeine Statements gemacht in dem Sinne wie „Die Heimsituation ist im Großen und Ganzen gut“ oder Ähnliches – allerdings ohne genauere Hinweise. Jeweils nur eine Heimaufsicht gab an, dass das Personal in den Heimen sehr bemüht und die Fachkraftquote erfüllt sei.

Die Anzahl der negativen Statements ist dagegen deutlich höher. Relativiert wird dies ein wenig durch die Zahl der allgemein positiven Beurteilungen und durch die Tatsache, dass es Aufgabe der Heimaufsicht ist, Mängel zu erkennen, somit den Blick auf die eher „dunklen“ Seiten der Heimlandschaft zu richten. Die Rangliste der häufigsten Kritikpunkte ist Tabelle A.27 zu entnehmen.

⁷⁹ Zum einen deswegen, weil die Kategorisierung einzelner Aussagen schwierig ist, zum anderen, weil geringe Häufigkeiten einzelner Kategorien keine sinnvollen Vergleiche nach Bundesländern mehr zulassen.



TABELLE A.27: NEGATIVE STATEMENTS DER HEIMAUF SICHTSBEHÖRDEN ZUR SITUATION DER HEIME (N=72)	
	Anzahl Nennungen
Personalmangel	22
Mangelnde Qualifikation der Mitarbeiter	13
schlechte wirtschaftliche/finanzielle Situation der Heime	13
Fachkraftquote wird nicht erfüllt	10
Defizite in der Pflege	10
Überlastung der Beschäftigten	8
Bauliche Mängel	7
Gesteigerte allgemeine Anforderungen	6
Schlechte Arbeitsmarktsituation	5
Defizite bei der Dementenversorgung	3
Hohe Anforderungen an Dokumentation	3
Schwierigere Pflegefälle nehmen zu (höhere Pflegestufen)	3
Pflege- und Betreuungsangebote nicht flexibel	2
Anforderungen der HeimmitwV nicht einhaltbar, da Alter der Bewohner zu hoch	2
Zu wenig Pflegeplätze vorhanden	2
Unwürdiger Umgang mit Heimbewohnern	2
Probleme mit Heim- und Pflegedienstleitung	2

Dabei dominiert ganz eindeutig die nach Ansicht der Behörden mangelhafte Personalsituation der Heime. So beklagten 22 Behörden allgemein den Personalmangel in den Heimen, 10 wiesen explizit auf nicht eingehaltene Fachkraftquoten hin, 13 monierten die mangelnde Qualifikation der Pflegekräfte, 8 sprachen von einer zu hohen Arbeitsbelastung, 6 von gestiegenen allgemeinen Anforderungen.

Danach folgen Probleme rund um die Pflege, so etwa „Defizite in der Pflege“ (10 Nennungen), ungenügende Versorgung von Demenzkranken (3 Nennungen) oder zu wenig Pflege und Betreuungsangebote (2 Nennungen).

Insgesamt weniger ins Gewicht fallen nach Ansicht der Behörden bauliche Mängel (7 Nennungen), oder auch Fragen der Heimmitwirkung (2 Nennungen). Immerhin 13 Behörden (=18%) meinten, dass die Heime sich generell in einer schlechten wirtschaftlichen bzw. finanziellen Lage befänden.

Was den Veränderungsbedarf bezüglich der Heime angeht, so folgt die Bewertung der Behörden grundsätzlich den festgestellten Mängeln (siehe voriger Abschnitt). Tabelle A.28 zeigt Folgendes:

↑ **K**onsequenterweise wird am meisten Bedarf beim Personal gesehen. Vierzehn Behörden waren der Ansicht, dass der Personalbestand der Heime deutlich erhöht werden müsse, 13 forderten mehr Fortbildungen für das Heimpersonal, sechs einen verbindlichen Personalschlüssel, fünf eine bessere Grundausbildung. →

- Weiterhin wichtig erscheint den Behörden die Konzeption der Einrichtung und die Qualität der Betreuung. Bessere Heimkonzepte fordern 13 Behörden. Speziell die soziale Betreuung sehen 12 Behörden als verbesserungswürdig an, in drei Fällen wird mehr aktivierende Pflege gefordert. Bessere Pflegedokumentationen werden in 8 Fällen, professionellere Pflegeplanungen in vier Fällen genannt.
- Neben einer Reihe von Einzelaspekten fällt schließlich noch auf, dass sechs Behörden bessere Finanzierungsbedingungen für die Heime fordern.

TABELLE A.28: VERÄNDERUNGSBEDARF IN HEIMEN AUS DER PERSPEKTIVE DER HEIMAUF SICHTEN (N=72)

	Anzahl Nennungen
Personalbestand erhöhen	14
Mehr Fortbildungen	13
Spezifischere Heimkonzepte (z.B. Dementenversorgung, Behindertenförderung)	13
Verbesserung der sozialen Betreuung	12
Pflegedokumentationen verbessern	8
Einführung eines verbindlichen Personalschlüssels	6
Mehr/bessere Ausbildungen	5
Pflegeplanung professioneller gestalten	4
Weniger Bürokratie	3
Aktivierende Pflege	3
Gesellschaftliche Aufwertung der Pflegearbeit	3
Finanzielle Situation (Refinanzierungsmöglichkeiten) verbessern	3
Mehr Geld von den Pflegekassen in Pflegesatzverhandlungen	3
Hausgemeinschaften fördern	2
Mehr Pflegeplätze	2
Kleinere Einheiten/Heime	1
Mitwirkung der Heimbewohner fördern	1
Mehr Pflegevisiten	1
Mehr Selbstverantwortung der Pflegekräfte	1
Einrichtung von Besuchsdiensten	1
Hilfebedarfgruppen schematisieren	1
Bessere Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium	1
HeimMindBauV novellieren	1
Qualitätsmanagement aufbauen	1
Umsetzung des Leitbildes in die Praxis	1
Entschärfung der Qualifikationspflicht in Betreuung und Pflege	1
Angehörige stärker einbeziehen	1
Mehr Beteiligung von Behinderten	1



→ Einschätzung der Situation der Heimaufsicht

Auch hier ist eine Polarisierung der Aussagen zwischen positiven und negativen Statements zu beobachten. Was das Positive angeht, so äußerten insgesamt 14 Heimaufsichten (19%), generell keine Probleme zu haben. Fünf Behörden gaben an, gerade ihren Personalbestand erhöht zu haben, zwei hielten ihren Personalbestand für ausreichend. Drei Behörden betonten besonders, dass die Arbeit im Team zur Erhöhung der Arbeitsmotivation führe.

TABELLE A.29: POSITIVE STATEMENTS ZUR SITUATION DER HEIMAUF SICHT (N=72)

	Anzahl Nennungen
Generell keine Probleme	14
Personal der Heimaufsicht gerade aufgestockt	5
Personalbestand ausreichend	2
Team arbeitet motiviert	3
Gute Zusammenarbeit mit Dachverband	1
Gute Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt	1
Gute Zusammenarbeit mit Betreuungsstelle	1
Umzug der Heimaufsicht (bessere Abstimmung möglich)	1

Ebenso wie bei der Heimsituation sind die kritischen Statements bezüglich der Situation der Heimaufsicht zahlreicher und differenzierter (Tabelle A.30).

Der häufigste Kritikpunkt ist die mangelnde Personalausstattung (20 Nennungen = 28%).⁸⁰ Fünf Behörden gaben an, dass es zu wenig Fachkräfte in der Heimaufsicht gäbe, wobei die Vermutung nahe liegt, dass damit wohl in erster Linie Fachkräfte zur Beurteilung der Pflegequalität gemeint sind. Mit den gestiegenen Anforderungen durch die novellierten Gesetze fühlen sich fünf Behörden überfordert, zwei fühlen sich insgesamt überlastet. Einige klagen darüber hinaus über mangelnde Akzeptanz innerhalb der Verwaltung (4 Nennungen), und in zwei Behörden wird explizit eine schlechte Einarbeitung bemängelt.

TABELLE A.30: NEGATIVE STATEMENTS ZUR SITUATION DER HEIMAUF SICHT (N=72)	
	Anzahl Nennungen
Personalmangel	20
Gesetzliche Anforderungen (zu) hoch, neues Heimrecht bringt mehr Belastung	6
Fachkraftmangel bei der Heimaufsicht	5
Wenig Akzeptanz der Heimaufsicht im Amt	4
Zu geringes Zeitvolumen	4
Fortbildungsbudget aus Geldmangel reduziert	4
Schlechte Einarbeitung neuer Mitarbeiter	2
Überlastung der Heimaufsicht	2
Mangel durch finanzielle Defizite	2
Probleme durch geplante Umstrukturierung	2
Mangelnde Trennschärfe versch. Rechtsgebiete	2
Interessenkollisionen innerhalb der eigenen Behörde	1
Heimaufsicht täuscht eine effektive Kontrolle vor, die nie bestand und (noch) nicht besteht	1
Teilweise Probleme bei Terminabsprachen mit Fachkräften anderer Ämter	1
Bewertete Mängel sind oft nur Produkt subjektiver Auffassungen	1
Unterschiedliche Gehälter der Mitarbeiter	1
Probleme durch unterschiedliche Handlungsweisen in unterschiedlichen Kommunen	1
Probleme durch den Wegfall der Erlaubnispflicht für Heime	1

Die Antworten zum Veränderungsbedarf (Tabelle A.31) zeigen, dass die Anzahl und Qualifikation des Personals an erster Stelle der Wünsche steht, was nach den bisher präsentierten Informationen nicht mehr überrascht. Dabei rangieren Fort- und Weiterbildungen, inklusive einer besseren Einarbeitung deutlich an erster Position (17 Nennungen). Sieben Behörden forderten mehr Personal, jeweils fünf eine weitere Pflegefachkraft bzw. Vollzeitstellen, drei eine weitere Verwaltungsfachkraft.

TABELLE A.31: VERÄNDERUNGSBEDARF INNERHALB DER HEIMAUF SICHT (N=72)	
	Anzahl Nennungen
Mehr Schulungen und Fortbildungen, bessere Einarbeitung	17
Personalaufstockung notwendig	7
Ausstattung mit Pflegefachkraft	5
Mehr Dienstzeit, volle Planstellen	5
Einführung von Handlungsleitfäden, Durchführungsbestimmungen	4
Vereinheitlichung und Qualitätssicherung der Prüfungen und Beratungen bundesweit	4
Ausstattung mit Verwaltungsfachkraft	3



	Anzahl Nennungen
Bessere, einheitliche Bezahlung	3
Schaffung multiprofessioneller Teams (Pflege, Verwaltung, Ärzte, Juristen)	3
Bessere Zusammenarbeit mit Leistungserbringern bei Mängeln	2
Umdenken in der Gesellschaft, um bessere Rahmenbedingungen zu schaffen	2
Höheres Budget für die Heimaufsicht	1
Rechtliche Abgleichung zwischen HeimG, SGB XI und BSHG	1
Stetige Präsenz in den Einrichtungen	1
Verbesserte Terminabsprachen mit anderen Institutionen	1
Bessere Einbindung der Ärzte und Hygieniker aus dem Gesundheitsamt in die Kontrolle	1
Heimgesetznovellierung (bzgl. mehr fachkundigem Personal)	1
Höhere Anerkennung der Arbeit	1
Professionalisierung der Heimaufsicht	1
Unbestimmte Rechtsbegriffe im Heimrecht müssen vom Ministerium definiert werden	1
Fokussierung der Arbeit der Heimaufsicht auf das Wesentliche	1
Bessere Literaturlausstattung	1

Neben einer ganzen Reihe von Einzelaspekten, die sich nur schwer unter ein gemeinsames begriffliches Dach fassen lassen, sticht noch die Forderung nach „Standardisierung“ der Prüfungen heraus. So geben vier Behörden an, dass verbindliche Handlungsleitfäden bzw. Durchführungsbestimmungen hilfreich wären; ebenfalls vier Behörden würden bundeseinheitliche Standards für Qualitätsprüfungen begrüßen.

Eher selten werden dagegen externe Kooperationserfordernisse genannt, z. B. was die bessere Zusammenarbeit mit den Einrichtungen bei Mängeln oder Terminabsprachen mit anderen Institutionen betrifft.

3.1.4 Fazit der schriftlichen Erhebung

Die dargestellte Erhebung ist als explorative Untersuchung zur Situation der Heimaufsicht in Deutschland konzipiert worden. Sie gibt erste Hinweise auf einige Fragestellungen, die durch spätere Untersuchungen mit einer größeren Datenbasis beantwortet werden müssen. Dies betrifft vor allem die beiden Leitfragen, wie das Qualitätsgeschehen in deutschen Heimen transparenter gemacht werden kann und ob die Heimaufsicht ihrem gesetzlich definierten Auftrag tatsächlich gerecht wird.

Als Ergebnis der Befragung lässt sich – bei aller gebotenen Vorsicht – vorläufig festhalten, dass es zumindest zweifelhaft erscheint, ob die Heimaufsichtsbehörden gegenwärtig ihrem umfassenden Prüfungsauftrag gerecht werden können. Diese Zweifel ergeben sich aus mehreren Aspekten:

- ↑ **I** Die Personalausstattung ist in vielen Behörden (noch) nicht ausreichend. Der gesetzliche Auftrag zur Überprüfung der Mindestqualität wird zwar im Großen und Ganzen erfüllt, →

allerdings zeigt sich, dass längst nicht alle Einrichtungen in der erforderlichen Regelmäßigkeit geprüft werden.⁸¹

- Angesichts des an mehreren Stellen zutage tretenden Personalmangels der Heimaufsichtsbehörden ist auch die in einigen Fällen viel zu knapp bemessene Dauer der Heimprüfungen kritisierbar. Da andererseits auch Unterschiede in der Effizienz der Prüfungen denkbar sind, müssten die Ursachen für die stark schwankenden Prüfdauern weiter untersucht werden.
- Die Heimaufsicht prüft offenbar in erster Linie die Struktur- und Prozessqualität. Ergebnisqualität, z. B. in Form von Bewohnerbefragungen, bildet trotz der Begutachtung des Zustandes einzelner Bewohner nur in Ausnahmefällen einen Prüfungsschwerpunkt. Auch der Heimbeirat wird selten systematisch in das Prüfungsgeschehen integriert.
- Ein weiteres Problemfeld ist der dringende Schulungsbedarf des Personals der Heimaufsicht. Bisher ist der Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die für ihr neues Aufgabenfeld geschult worden sind, mit 30% sehr gering. Verstärkte Bemühungen um Fortbildungen erscheinen dringend angeraten.
- Was die Vereinheitlichung der Prüfungsdokumentationen angeht, so ergibt sich ein Bedarf weniger aus der Befragung als aus der Sichtung der (im folgenden Teil des Anhangs auszugsweise dargestellten) in der Praxis verwendeten Dokumentationsunterlagen.
- Die Komplexität des gesetzlichen Prüfauftrags macht schließlich die Kooperation von Heimaufsicht, MDK und anderen beteiligten Akteuren unumgänglich. Die hier in Ansätzen sichtbar werdenden Defizite bedürfen dringend weiterer Bearbeitung. Dabei sollte auch der fachlich-inhaltliche Austausch der (durchführenden) Heimaufsichtsbehörden länderübergreifend institutionalisiert und ausgebaut werden.⁸²

Die Befragung lässt insgesamt den Schluss zu, dass die staatliche Heimaufsicht sich derzeit am Beginn einer neuen Etappe befindet, in der ihre Rolle zwar gesetzlich vorgezeichnet ist, die Umsetzung in die Praxis aber noch deutliche Schwierigkeiten bereitet. Die Heimaufsicht ist in ihrer jetzigen Ausstattung in vielen Fällen nicht in der Lage, Qualität in Heimen *umfassend* zu prüfen. Dagegen kann mit einiger Berechtigung eingewendet werden, dass der Auftrag der Heimaufsicht lediglich darin besteht, eine gewisse „Mindestqualität“ zu garantieren und nur in dringenden Fällen ordnungsrechtlich einzugreifen, da ein umfassender Anspruch sie überfordern würde. Dies widerspricht jedoch dem neuen Selbstverständnis der Heimaufsicht als „Part-

⁸¹ Angemerkt sei, dass in der Befragung der Länderreferenten die Hälfte von diesen die Personalausstattung der Heimaufsicht als ausreichend bewertet hat. Einige halten eine verbesserte finanzielle Ausstattung für notwendig und nur ein kleiner Teil hält die Personalausstattung für unzureichend.

⁸² Vgl. Kapitel 2.7



ner der Heime”, und dazu gehört vor allem, die Heime durch fachliche Kompetenz zu überzeugen. Das bedeutet, die Heimaufsicht muss auf dem aktuellen Stand der Qualitätssicherungsdiskussion sein, neue Erkenntnisse der Forschung müssen schnell aufgenommen und in die tägliche Praxis umgesetzt werden können. Damit wird nicht zuletzt die notwendige Kooperation mit dem MDK bzw. anderen institutionellen Qualitätsprüfern wesentlich erleichtert. Dazu gehört im Übrigen auch, personelle Kontinuität in den Heimaufsichtsbehörden herzustellen, was ein längerfristiges Lernen überhaupt erst möglich macht.

Letztendlich ist die Heimaufsicht nur ein – wenn auch besonderer – Teil in einem Ensemble von Akteuren, die alle gemeinsam für eine bessere Lebensqualität in den Heimen sorgen müssen. Dabei kommt es nicht darauf an, dass eine Instanz alles prüft, sondern vielmehr, dass die Kommunikation zwischen den Akteuren stimmt und sie die „gleiche Sprache sprechen“. Wenn dies gelingt, erscheint es durchaus wahrscheinlich, dass die Neuausrichtung der Heimaufsicht zum „Partner der Heime“ tatsächlich Gestalt annimmt.



3.2 Gesetzliche Vorschriften

Heimgesetz

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) ¹Dieses Gesetz gilt für Heime. ²Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.
- (2) ¹Die Tatsache, dass ein Vermieter von Wohnraum durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, begründet allein nicht die Anwendung dieses Gesetzes. ²Dies gilt auch dann, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen und das Entgelt hierfür im Verhältnis zur Miete von untergeordneter Bedeutung ist. ³Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen.
- (3) ¹Auf Heime oder Teile von Heimen im Sinne des Absatzes 1, die der vorübergehenden Aufnahme Volljähriger dienen (Kurzzeitheime), sowie auf stationäre Hospize finden die §§ 6, 7, 10 und 14 Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7 keine Anwendung. ²Nehmen die Heime nach Satz 1 in der Regel mindestens sechs Personen auf, findet § 10 mit der Maßgabe Anwendung, dass ein Heimfürsprecher zu bestellen ist.
- (4) Als vorübergehend im Sinne dieses Gesetzes ist ein Zeitraum von bis zu drei Monaten anzusehen.
- (5) ¹Dieses Gesetz gilt auch für Einrichtungen der Tages- und der Nachtpflege mit Ausnahme der §§ 10 und 14 Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7. ²Nimmt die Einrichtung in der Regel mindestens sechs Personen auf, findet § 10 mit der Maßgabe Anwendung, dass ein Heimfürsprecher zu bestellen ist.
- (6) ¹Dieses Gesetz gilt nicht für Tageseinrichtungen und Krankenhäuser im Sinne des § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. ²In Einrichtungen zur Rehabilitation gilt dieses Gesetz für die Teile, die die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen. ³Dieses Gesetz gilt nicht für Internate der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke.



§ 2 Zweck des Gesetzes

- (1) Zweck des Gesetzes ist es,
 1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen,
 2. die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern,
 3. die Einhaltung der dem Träger des Heims (Träger) gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten zu sichern,
 4. die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern,
 5. eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern,
 6. die Beratung in Heimangelegenheiten zu fördern sowie
 7. die Zusammenarbeit der für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden mit den Trägern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe zu fördern.
- (2) Die Selbstständigkeit der Träger der Heime in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben bleibt unberührt.

§ 3 Leistungen des Heims, Rechtsverordnungen

- (1) Die Heime sind verpflichtet, ihre Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen.
- (2) Zur Durchführung des § 2 kann das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, dem Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Regelungen (Mindestanforderungen) erlassen
 1. für die Räume, insbesondere die Wohn-, Aufenthalts-, Therapie- und Wirtschaftsräume sowie die Verkehrsflächen, sanitären Anlagen und die technischen Einrichtungen,
 2. für die Eignung der Leitung des Heims (Leitung) und der Beschäftigten.

§ 4 Beratung

Die zuständigen Behörden informieren und beraten

1. die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Heimbeiräte und Heimfürsprecher über ihre Rechte und Pflichten,



2. Personen, die ein berechtigtes Interesse haben, über Heime im Sinne des § 1 und über die Rechte und Pflichten der Träger und der Bewohnerinnen und Bewohner solcher Heime und
3. auf Antrag Personen und Träger, die die Schaffung von Heimen im Sinne des § 1 anstreben oder derartige Heime betreiben, bei der Planung und dem Betrieb der Heime.

§ 5 Heimvertrag

- (1) ¹Zwischen dem Träger und der künftigen Bewohnerin oder dem künftigen Bewohner ist ein Heimvertrag abzuschließen. ²Der Inhalt des Heimvertrags ist der Bewohnerin oder dem Bewohner unter Beifügung einer Ausfertigung des Vertrags schriftlich zu bestätigen.
- (2) Der Träger hat die künftigen Bewohnerinnen und Bewohner vor Abschluss des Heimvertrags schriftlich über den Vertragsinhalt zu informieren und sie auf die Möglichkeiten späterer Leistungs- und Entgeltveränderungen hinzuweisen.
- (3) ¹Im Heimvertrag sind die Rechte und Pflichten des Trägers und der Bewohnerin oder des Bewohners, insbesondere die Leistungen des Trägers und das von der Bewohnerin oder dem Bewohner insgesamt zu entrichtende Heimentgelt, zu regeln. ²Der Heimvertrag muss eine allgemeine Leistungsbeschreibung des Heims, insbesondere der Ausstattung, enthalten. ³Im Heimvertrag müssen die Leistungen des Trägers, insbesondere Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der auf die Unterkunft, Verpflegung und Betreuung entfallenden Entgelte angegeben werden. ⁴Außerdem müssen die weiteren Leistungen im Einzelnen gesondert beschrieben und die jeweiligen Entgeltbestandteile hierfür gesondert angegeben werden.
- (4) Wird die Bewohnerin oder der Bewohner nur vorübergehend aufgenommen, so umfasst die Leistungspflicht des Trägers alle Betreuungsmaßnahmen, die während des Aufenthalts erforderlich sind.
- (5) ¹In Verträgen mit Personen, die Leistungen nach den §§ 41, 42 und 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen (Leistungsempfänger der Pflegeversicherung), müssen Art, Inhalt und Umfang der in Absatz 3 genannten Leistungen sowie die jeweiligen Entgelte den im Siebten und Achten Kapitel oder den aufgrund des Siebten und Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Regelungen (Regelungen der Pflegeversicherung) entsprechen sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) gesondert ausgewiesen werden. ²Entsprechen Art, Inhalt oder Umfang der Leistungen oder Entgelte nicht den Regelungen der Pflegeversicherung, haben sowohl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung als auch der Träger einen Anspruch auf entsprechende Anpassung des Vertrags.



- (6) ¹In Verträgen mit Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt wird, müssen Art, Inhalt und Umfang der in Absatz 3 genannten Leistungen sowie die jeweiligen Entgelte den aufgrund des Abschnitts 7 des Bundessozialhilfegesetzes getroffenen Vereinbarungen entsprechen. ²Absatz 5 Satz 2 findet entsprechende Anwendung.
- (7) ¹Das Entgelt sowie die Entgeltbestandteile müssen im Verhältnis zu den Leistungen angemessen sein. ²Sie sind für alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Heims nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. ³Eine Differenzierung ist zulässig, soweit eine öffentliche Förderung von betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nur für einen Teil eines Heims erfolgt ist. ⁴Eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig. Abweichend von Satz 4 ist eine Differenzierung der Entgelte insofern zulässig, als Vergütungsvereinbarungen nach dem Abschnitt 7 des Bundessozialhilfegesetzes über Investitionsbeträge oder gesondert berechnete Investitionskosten getroffen worden sind.
- (8) ¹Im Heimvertrag ist für Zeiten der Abwesenheit der Bewohnerin oder des Bewohners eine Regelung vorzusehen, ob und in welchem Umfang eine Erstattung ersparter Aufwendungen erfolgt. ²Die Absätze 5 und 6 finden Anwendung.
- (9) Werden Leistungen unmittelbar zu Lasten eines gesetzlichen Leistungsträgers erbracht, ist die Bewohnerin oder der Bewohner unverzüglich schriftlich unter Mitteilung des Kostenanteils hierauf hinzuweisen.
- (10) ¹Der Träger hat die künftige Bewohnerin oder den künftigen Bewohner bei Abschluss des Heimvertrags schriftlich auf sein Recht hinzuweisen, sich beim Träger, bei der zuständigen Behörde oder der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 Abs. 5 beraten zu lassen sowie sich über Mängel bei der Erbringung der im Heimvertrag vorgesehenen Leistungen zu beschweren. ²Zugleich hat er die entsprechenden Anschriften mitzuteilen.
- (11) ¹Erbringt der Träger die vertraglichen Leistungen ganz oder teilweise nicht oder weisen sie nicht unerhebliche Mängel auf, kann die Bewohnerin oder der Bewohner unbeschadet weitergehender zivilrechtlicher Ansprüche bis zu sechs Monate rückwirkend eine angemessene Kürzung des vereinbarten Heimentgelts verlangen. ²Dies gilt nicht, soweit nach § 115 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wegen desselben Sachverhaltes ein Kürzungsbetrag vereinbart oder festgesetzt worden ist. ³Bei Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt wird, steht der Kürzungsbetrag bis zur Höhe der erbrachten Leistungen vorrangig dem Sozialhilfeträger zu. ⁴Versicherten der Pflegeversicherung steht der Kürzungsbetrag bis zur Höhe ihres Eigenentgelts am Heimentgelt zu; ein überschießender Betrag ist an die Pflegekasse auszuzahlen.



- (12) War die Bewohnerin oder der Bewohner zu dem Zeitpunkt der Aufnahme in ein Heim geschäftsunfähig, so gilt der von ihr oder ihm geschlossene Heimvertrag in Ansehung einer bereits bewirkten Leistung und deren Gegenleistung, soweit diese in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen, als wirksam.

§ 6 Anpassungspflicht

- (1) ¹Der Träger hat seine Leistungen, soweit ihm dies möglich ist, einem erhöhten oder verringerten Betreuungsbedarf der Bewohnerin oder des Bewohners anzupassen und die hierzu erforderlichen Änderungen des Heimvertrags anzubieten. ²Sowohl der Träger als auch die Bewohnerin oder der Bewohner können die erforderlichen Änderungen des Heimvertrags verlangen. ³Im Heimvertrag kann vereinbart werden, dass der Träger das Entgelt durch einseitige Erklärung in angemessenem Umfang entsprechend den angepassten Leistungen zu senken verpflichtet ist und erhöhen darf.
- (2) ¹Der Träger hat die Änderungen der Art, des Inhalts und des Umfangs der Leistungen sowie gegebenenfalls der Vergütung darzustellen. ²§ 5 Abs. 3 Satz 3 und 4 findet entsprechende Anwendung.
- (3) Auf die Absätze 1 und 2 finden § 5 Abs. 5 bis 7 und § 7 Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 entsprechende Anwendung.

§ 7 Erhöhung des Entgelts

- (1) ¹Der Träger kann eine Erhöhung des Entgelts verlangen, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlage verändert und sowohl die Erhöhung als auch das erhöhte Entgelt angemessen sind. ²Entgelterhöhungen aufgrund von Investitionsaufwendungen des Heims sind nur zulässig, soweit sie nach der Art des Heims betriebsnotwendig sind und nicht durch öffentliche Förderung gedeckt werden.
- (2) ¹Die Erhöhung des Entgelts bedarf außerdem der Zustimmung der Bewohnerin oder des Bewohners. ²In dem Heimvertrag kann vereinbart werden, dass der Träger berechtigt ist, bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 das Entgelt durch einseitige Erklärung zu erhöhen.
- (3) ¹Die Erhöhung des Entgelts wird nur wirksam, wenn sie vom Träger der Bewohnerin oder dem Bewohner gegenüber spätestens vier Wochen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden soll, schriftlich geltend gemacht wurde und die Begründung anhand der Leistungsbeschreibung und der Entgeltbestandteile des Heimvertrags unter Angabe des Umlagemaßstabs die Positionen beschreibt, für die sich nach Abschluss des Heimvertrags Kostensteigerungen ergeben. ²Die Begründung muss die vorgesehenen Änderungen darstellen und sowohl die bisherigen Entgeltbestandteile als auch die vorgesehenen neuen Entgeltbestandteile enthalten. ³§ 5 Abs. 3 und 5 bis 9 gilt entsprechend. ⁴Die Bewohnerin oder



der Bewohner sowie der Heimbeirat müssen Gelegenheit erhalten, die Angaben des Trägers durch Einsichtnahme in die Kalkulationsunterlagen zu überprüfen.

- (4) ¹Bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung wird eine Erhöhung des Entgelts außerdem nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Regelungen der Pflegeversicherung entspricht. ²Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. ³Der Träger ist verpflichtet, Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder den Heimfürsprecher rechtzeitig vor der Aufnahme von Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen anzuhören und ihnen unter Vorlage nachvollziehbarer Unterlagen die wirtschaftliche Notwendigkeit und Angemessenheit der geplanten Erhöhung zu erläutern. ⁴Außerdem ist der Träger verpflichtet, Vertreterinnen und Vertretern des Heimbeirats oder dem Heimfürsprecher Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. ⁵Diese Stellungnahme gehört zu den Unterlagen, die der Träger rechtzeitig vor Beginn der Verhandlungen den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien vorzulegen hat. ⁶Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimfürsprecher sollen auf Verlangen vom Träger zu den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen hinzugezogen werden. ⁷Sie sind über den Inhalt der Verhandlungen, soweit ihnen im Rahmen der Verhandlungen Betriebsgeheimnisse bekannt geworden sind, zur Verschwiegenheit verpflichtet. Absatz 3 findet Anwendung.
- (5) ¹Bei Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt wird, wird eine Erhöhung des Entgelts nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Vereinbarungen nach Abschnitt 7 des Bundessozialhilfegesetzes entspricht. ²Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimfürsprecher sollen auf Verlangen vom Träger an den Verhandlungen über Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen hinzugezogen werden. ³Im Übrigen findet Absatz 4 entsprechende Anwendung.
- (6) Eine Kündigung des Heimvertrags zum Zwecke der Erhöhung des Entgelts ist ausgeschlossen.

§ 8 Vertragsdauer

- (1) Der Heimvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen, soweit nicht im Einzelfall eine befristete Aufnahme der Bewohnerin oder des Bewohners beabsichtigt ist oder eine vorübergehende Aufnahme nach § 1 Abs. 3 vereinbart wird.
- (2) ¹Die Bewohnerin oder der Bewohner kann den Heimvertrag spätestens am dritten Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf desselben Monats schriftlich kündigen. ²Bei einer Erhöhung des Entgelts ist eine Kündigung abweichend von Satz 1 jederzeit für den Zeitpunkt möglich, an dem die Erhöhung wirksam werden soll. ³Der Heimvertrag kann aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer



Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Bewohnerin oder dem Bewohner die Fortsetzung des Heimvertrags bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zuzumuten ist. ⁴Hat in den Fällen des Satzes 3 der Träger den Kündigungsgrund zu vertreten, hat er der Bewohnerin oder dem Bewohner eine angemessene anderweitige Unterkunft und Betreuung zu zumutbaren Bedingungen nachzuweisen und ist zum Ersatz der Umzugskosten in angemessenem Umfang verpflichtet. ⁵Im Falle des Satzes 3 kann die Bewohnerin oder der Bewohner den Nachweis einer angemessenen anderweitigen Unterkunft und Betreuung auch dann verlangen, wenn sie oder er noch nicht gekündigt hat. ⁶§ 115 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

- (3) Der Träger kann den Heimvertrag nur aus wichtigem Grund kündigen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
1. der Betrieb des Heims eingestellt, wesentlich eingeschränkt oder in seiner Art verändert wird und die Fortsetzung des Heimvertrags für den Träger eine unzumutbare Härte bedeuten würde,
 2. der Gesundheitszustand der Bewohnerin oder des Bewohners sich so verändert hat, dass ihre oder seine fachgerechte Betreuung in dem Heim nicht mehr möglich ist,
 3. die Bewohnerin ihre oder der Bewohner seine vertraglichen Pflichten schuldhaft so gröblich verletzt, dass dem Träger die Fortsetzung des Vertrags nicht mehr zugemutet werden kann, oder
 4. die Bewohnerin oder der Bewohner
 - a) für zwei aufeinander folgende Termine mit der Entrichtung des Entgelts oder eines Teils des Entgelts, der das Entgelt für einen Monat übersteigt, im Verzug ist oder
 - b) in einem Zeitraum, der sich über mehr als zwei Termine erstreckt, mit der Entrichtung des Entgelts in Höhe eines Betrags in Verzug gekommen ist, der das Entgelt für zwei Monate erreicht.
- (4) ¹In den Fällen des Absatzes 3 Nr. 4 ist die Kündigung ausgeschlossen, wenn der Träger vorher befriedigt wird. ²Sie wird unwirksam, wenn bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Eintritt der Rechtshängigkeit des Räumungsanspruchs hinsichtlich des fälligen Entgelts der Träger befriedigt wird oder eine öffentliche Stelle sich zur Befriedigung verpflichtet.
- (5) Die Kündigung durch den Träger bedarf der schriftlichen Form; sie ist zu begründen.
- (6) ¹In den Fällen des Absatzes 3 Nr. 2 bis 4 kann der Träger den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. ²In den Übrigen Fällen des Absatzes 3 ist die Kündigung spätestens am dritten Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf des nächsten Monats zulässig.



- (7) ¹Hat der Träger nach Absatz 3 Nr. 1 und 2 gekündigt, so hat er der Bewohnerin oder dem Bewohner eine angemessene anderweitige Unterkunft und Betreuung zu zumutbaren Bedingungen nachzuweisen. ²In den Fällen des Absatzes 3 Nr. 1 hat der Träger die Kosten des Umzugs in angemessenem Umfang zu tragen.
- (8) ¹Mit dem Tod der Bewohnerin oder des Bewohners endet das Vertragsverhältnis. ²Vereinbarungen über eine Fortgeltung des Vertrags hinsichtlich der Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten sind zulässig, soweit ein Zeitraum von zwei Wochen nach dem Sterbetag nicht überschritten wird. ³In diesen Fällen ermäßigt sich das Entgelt um den Wert der von dem Träger ersparten Aufwendungen. ⁴Bestimmungen des Heimvertrags über die Behandlung des im Heim befindlichen Nachlasses sowie dessen Verwahrung durch den Träger bleiben wirksam.
- (9) ¹Wenn die Bewohnerin oder der Bewohner nur vorübergehend aufgenommen wird, kann der Heimvertrag von beiden Vertragsparteien nur aus wichtigem Grund gekündigt werden. ²Die Absätze 2 bis 8 sind mit Ausnahme des Absatzes 3 Satz 2 Nr. 2 und 3 und des Absatzes 8 Satz 1 nicht anzuwenden. ³Die Kündigung ist ohne Einhaltung einer Frist zulässig. ⁴Sie bedarf der schriftlichen Form und ist zu begründen.
- (10) ¹War die Bewohnerin oder der Bewohner bei Abschluss des Heimvertrages geschäftsunfähig, so kann der Träger eines Heimes das Heimverhältnis nur aus wichtigem Grund für gelöst erklären. ²Absatz 3 Satz 2, Absätze 4, 5, 6, 7, 8 Satz 1 und Absatz 9 Satz 1 bis 3 finden insoweit entsprechende Anwendung.

§ 9 Abweichende Vereinbarungen

Vereinbarungen, die zum Nachteil der Bewohnerin oder des Bewohners von den §§ 5 bis 8 abweichen, sind unwirksam.

§ 10 Mitwirkung der Bewohner

- (1) ¹Die Bewohnerinnen und Bewohner wirken durch einen Heimbeirat in Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung mit. ²Die Mitwirkung bezieht sich auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und auf die Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 4 und 5. ³Sie ist auf die Verwaltung sowie die Geschäfts- und Wirtschaftsführung des Heims zu erstrecken, wenn Leistungen im Sinne des § 14 Abs. 2 Nr. 3 erbracht worden sind. ⁴Der Heimbeirat kann bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens hinzuziehen. ⁵Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.



- (2) Die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden fördern die Unterrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner und der Mitglieder von Heimbeiräten über die Wahl und die Befugnisse sowie die Möglichkeiten des Heimbeirats, die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs zur Geltung zu bringen.
- (3) ¹Der Heimbeirat soll mindestens einmal im Jahr die Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Versammlung einladen, zu der jede Bewohnerin oder jeder Bewohner eine Vertrauensperson beiziehen kann. ²Näheres kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 5 geregelt werden.
- (4) ¹Für die Zeit, in der ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann, werden seine Aufgaben durch einen Heimfürsprecher wahrgenommen. ¹Seine Tätigkeit ist unentgeltlich und ehrenamtlich. ²Der Heimfürsprecher wird im Benehmen mit der Heimleitung von der zuständigen Behörde bestellt. ³Die Bewohnerinnen und Bewohner des Heims oder deren gesetzliche Vertreter können der zuständigen Behörde Vorschläge zur Auswahl des Heimfürsprechers unterbreiten. ⁴Die zuständige Behörde kann von der Bestellung eines Heimfürsprechers absehen, wenn die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner auf andere Weise gewährleistet ist.
- (5) ¹Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erlässt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Regelungen über die Wahl des Heimbeirats und die Bestellung des Heimfürsprechers sowie über Art, Umfang und Form ihrer Mitwirkung. ²In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, dass auch Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, von der zuständigen Behörde vorgeschlagene Personen sowie Mitglieder der örtlichen Seniorenvertretungen und Mitglieder von örtlichen Behindertenorganisationen in angemessenem Umfang in den Heimbeirat gewählt werden können.

§ 11 Anforderungen an den Betrieb des Heims

- (1) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung
1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen schützen,
 2. die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner wahren und fördern, insbesondere bei behinderten Menschen die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung sowie bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,
 3. eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten



- Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,
4. die Eingliederung behinderter Menschen fördern,
 5. den Bewohnerinnen und Bewohnern eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen und die erforderlichen Hilfen gewähren,
 6. die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen,
 7. sicherstellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,
 8. gewährleisten, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,
 9. einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen gewährleisten und sicherstellen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden, und
 10. sicherstellen, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.
- (2) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger
1. die notwendige Zuverlässigkeit, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb des Heims, besitzt,
 2. sicherstellt, dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht,
 3. angemessene Entgelte verlangt und
 4. ein Qualitätsmanagement betreibt.
- (3) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn
1. die Einhaltung der in den Rechtsverordnungen nach § 3 enthaltenen Regelungen gewährleistet ist,
 2. die vertraglichen Leistungen erbracht werden und
 3. die Einhaltung der nach § 14 Abs. 7 erlassenen Vorschriften gewährleistet ist.
- (4) Bestehen Zweifel daran, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heims erfüllt sind, ist die zuständige Behörde berechtigt und verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen zur Aufklärung zu ergreifen.

§ 12 Anzeige

- (1) ¹Wer den Betrieb eines Heims aufnehmen will, hat darzulegen, dass er die Anforderungen nach § 11 Abs. 1 bis 3 erfüllt. ²Zu diesem Zweck hat er seine Absicht spätestens drei Monate vor der vorgesehenen Inbetriebnahme der zuständigen



Behörde anzuzeigen. ³Die Anzeige muss insbesondere folgende weitere Angaben enthalten:

1. den vorgesehenen Zeitpunkt der Betriebsaufnahme,
2. die Namen und die Anschriften des Trägers und des Heims,
3. die Nutzungsart des Heims und der Räume sowie deren Lage, Zahl und Größe und die vorgesehene Belegung der Wohnräume,
4. die vorgesehene Zahl der Mitarbeiterstellen,
5. den Namen, die berufliche Ausbildung und den Werdegang der Heimleitung und bei Pflegeheimen auch der Pflegedienstleitung sowie die Namen und die berufliche Ausbildung der Betreuungskräfte,
6. die allgemeine Leistungsbeschreibung sowie die Konzeption des Heims,
7. einen Versorgungsvertrag nach § 72 sowie eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder die Erklärung, ob ein solcher Versorgungsvertrag oder eine solche Leistungs- und Qualitätsvereinbarung angestrebt werden,
8. die Vereinbarungen nach § 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes oder die Erklärung, ob solche Vereinbarungen angestrebt werden,
9. die Einzelvereinbarungen aufgrund § 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder die Erklärung, ob solche Vereinbarungen angestrebt werden,
10. die Unterlagen zur Finanzierung der Investitionskosten,
11. ein Muster der Heimverträge sowie sonstiger verwendeter Verträge,
12. die Satzung oder einen Gesellschaftsvertrag des Trägers sowie
13. die Heimordnung, soweit eine solche vorhanden ist.

(2) ¹Die zuständige Behörde kann weitere Angaben verlangen, soweit sie zur zweckgerichteten Aufgabenerfüllung erforderlich sind. ²Stehen die Leitung, die Pflegedienstleitung oder die Betreuungskräfte zum Zeitpunkt der Anzeige noch nicht fest, ist die Mitteilung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens vor Aufnahme des Heimbetriebs, nachzuholen.

(3) Der zuständigen Behörde sind unverzüglich Änderungen anzuzeigen, die Angaben gemäß Absatz 1 betreffen.

(4) ¹Wer den Betrieb eines Heims ganz oder teilweise einzustellen oder wer die Vertragsbedingungen wesentlich zu ändern beabsichtigt, hat dies unverzüglich der zuständigen Behörde gemäß Satz 2 anzuzeigen. ²Mit der Anzeige sind Angaben über die nachgewiesene Unterkunft und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner und die geplante ordnungsgemäße Abwicklung der Vertragsverhältnisse mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu verbinden.

§ 13 Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht

(1) ¹Der Träger hat nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass sich aus



ihnen der ordnungsgemäße Betrieb des Heims ergibt.² Insbesondere muss ersichtlich werden:

1. die wirtschaftliche und finanzielle Lage des Heims,
2. die Nutzungsart, die Lage, die Zahl und die Größe der Räume sowie die Belegung der Wohnräume,
3. der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, die Anschrift und die Ausbildung der Beschäftigten, deren regelmäßige Arbeitszeit, die von ihnen in dem Heim ausgeübte Tätigkeit und die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses sowie die Dienstpläne,
4. der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, das Geschlecht, der Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner sowie bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern die Pflegestufe,
5. der Erhalt, die Aufbewahrung und die Verabreichung von Arzneimitteln einschließlich der pharmazeutischen Überprüfung der Arzneimittelvorräte und der Unterweisung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln,
6. die Pflegeplanungen und die Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner,
7. für Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe Förder- und Hilfepläne einschließlich deren Umsetzung,
8. die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung,
9. die freiheitsbeschränkenden und die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie der Angabe des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen,
10. die für die Bewohnerinnen und Bewohner verwalteten Gelder oder Wertgegenstände.

³Betreibt der Träger mehr als ein Heim, sind für jedes Heim gesonderte Aufzeichnungen zu machen. ⁴Dem Träger bleibt es vorbehalten, seine wirtschaftliche und finanzielle Situation durch Vorlage der im Rahmen der Pflegebuchführungsverordnung geforderten Bilanz sowie der Gewinn- und Verlustrechnung nachzuweisen. ⁵Aufzeichnungen, die für andere Stellen als die zuständige Behörde angelegt worden sind, können zur Erfüllung der Anforderungen des Satzes 1 verwendet werden.

- (2) ¹Der Träger hat die Aufzeichnungen nach Absatz 1 sowie die sonstigen Unterlagen und Belege über den Betrieb eines Heims fünf Jahre aufzubewahren. ²Danach sind sie zu löschen. ³Die Aufzeichnungen nach Absatz 1 sind, soweit sie personenbezogene Daten enthalten, so aufzubewahren, dass nur Berechtigte Zugang haben.
- (3) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Art und Umfang der in den Absätzen 1 und 2 genannten Pflichten und das einzuhaltende Verfahren näher fest.



- (4) Weitergehende Pflichten des Trägers eines Heims nach anderen Vorschriften oder auf Grund von Pflegesatzvereinbarungen oder Vereinbarungen nach § 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes bleiben unberührt.

§ 14 Leistungen an Träger und Beschäftigte

- (1) Dem Träger ist es untersagt, sich von oder zugunsten von Bewohnerinnen und Bewohnern oder den Bewerberinnen und Bewerbern um einen Heimplatz Geld- oder geldwerte Leistungen über das nach § 5 vereinbarte Entgelt hinaus versprechen oder gewähren zu lassen.
- (2) ¹Dies gilt nicht, wenn
1. andere als die in § 5 aufgeführten Leistungen des Trägers abgegolten werden,
 2. geringwertige Aufmerksamkeiten versprochen oder gewährt werden,
 3. Leistungen im Hinblick auf die Überlassung eines Heimplatzes zum Bau, zum Erwerb, zur Instandsetzung, zur Ausstattung oder zum Betrieb des Heims versprochen oder gewährt werden,
 4. Sicherheiten für die Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Heimvertrag geleistet werden und diese Leistungen das Doppelte des auf einen Monat entfallenden Entgelts nicht übersteigen. ²Auf Verlangen der Bewohnerin oder des Bewohners können diese Sicherheiten auch durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bürgschaft eines Kreditinstituts oder einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft geleistet werden.
- (3) ¹Leistungen im Sinne des Absatzes 2 Nr. 3 sind zurückzugewähren, soweit sie nicht mit dem Entgelt verrechnet worden sind. ²Sie sind vom Zeitpunkt ihrer Gewährung an mit mindestens 4 vom Hundert für das Jahr zu verzinsen, soweit der Vorteil der Kapitalnutzung bei der Bemessung des Entgelts nicht berücksichtigt worden ist. ³Die Verzinsung oder der Vorteil der Kapitalnutzung bei der Bemessung des Entgelts sind der Bewohnerin oder dem Bewohner gegenüber durch jährliche Abrechnungen nachzuweisen. ⁴Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Leistungen, die von oder zugunsten von Bewerberinnen und Bewerbern erbracht worden sind.
- (4) ¹Ist nach Absatz 2 Nr. 4 als Sicherheit eine Geldsumme bereitzustellen, so ist die Bewohnerin oder der Bewohner zu drei gleichen monatlichen Teilleistungen berechtigt. ²Die erste Teilleistung ist zu Beginn des Vertragsverhältnisses fällig. ³Der Träger hat die Geldsumme von seinem Vermögen getrennt für jede Bewohnerin und jeden Bewohner einzeln bei einer öffentlichen Sparkasse oder einer Bank zu dem für Spareinlagen mit dreimonatiger Kündigungsfrist marktüblichen Zinssatz anzulegen. ⁴Die Zinsen stehen, auch soweit ein höherer Zinssatz erzielt wird, der Bewohnerin oder dem Bewohner zu und erhöhen die Sicherheit. ⁵Abweichende Vereinbarungen zum Nachteil der Bewohnerin oder des Bewohners sind unzulässig.



- (5) ¹Der Leitung, den Beschäftigten oder sonstigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Heims ist es untersagt, sich von oder zugunsten von Bewohnerinnen und Bewohnern neben der vom Träger erbrachten Vergütung Geld- oder geldwerte Leistungen für die Erfüllung der Pflichten aus dem Heimvertrag versprechen oder gewähren zu lassen. ²Dies gilt nicht, soweit es sich um geringwertige Aufmerksamkeiten handelt.
- (6) Die zuständige Behörde kann in Einzelfällen Ausnahmen von den Verboten der Absätze 1 und 5 zulassen, soweit der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner die Aufrechterhaltung der Verbote nicht erfordert und die Leistungen noch nicht versprochen oder gewährt worden sind.
- (7) ¹Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung Vorschriften über die Pflichten des Trägers im Falle der Entgegennahme von Leistungen im Sinne des Absatzes 2 Nr. 3 erlassen, insbesondere über die Pflichten
1. ausreichende Sicherheiten für die Erfüllung der Rückzahlungsansprüche zu erbringen,
 2. die erhaltenen Vermögenswerte getrennt zu verwalten,
 3. dem Leistenden vor Abschluss des Vertrags die für die Beurteilung des Vertrags erforderlichen Angaben, insbesondere über die Sicherung der Rückzahlungsansprüche in schriftlicher Form auszuhändigen.
- ²In der Rechtsverordnung kann ferner die Befugnis des Trägers zur Entgegennahme und Verwendung der Leistungen im Sinne des Absatzes 2 Nr. 3 beschränkt werden sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der Rückzahlungspflicht näher geregelt werden. ³Außerdem kann in der Rechtsverordnung der Träger verpflichtet werden, die Einhaltung seiner Pflichten nach Absatz 3 und der nach den Sätzen 1 und 2 erlassenen Vorschriften auf seine Kosten regelmäßig sowie aus besonderem Anlass prüfen zu lassen und den Prüfungsbericht der zuständigen Behörde vorzulegen, soweit es zu einer wirksamen Überwachung erforderlich ist; hierbei können die Einzelheiten der Prüfung, insbesondere deren Anlass, Zeitpunkt und Häufigkeit, die Auswahl, Bestellung und Abberufung der Prüfer, deren Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeit, der Inhalt des Prüfungsberichts, die Verpflichtungen des Trägers gegenüber dem Prüfer sowie das Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Prüfer und dem Träger geregelt werden.
- (8) Absatz 2 Nr. 4 gilt nicht für Versicherte der Pflegeversicherung und für Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt wird.



§ 15 Überwachung

(1) ¹Die Heime werden von den zuständigen Behörden durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen überwacht. ²Die Prüfungen können jederzeit angemeldet oder unangemeldet erfolgen. ³Prüfungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Überwachungsziel zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. ⁴Die Heime werden daraufhin überprüft, ob sie die Anforderungen an den Betrieb eines Heims nach diesem Gesetz erfüllen. ⁵Der Träger, die Leitung und die Pflegedienstleitung haben den zuständigen Behörden die für die Durchführung dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen mündlichen und schriftlichen Auskünfte auf Verlangen und unentgeltlich zu erteilen. ⁶Die Aufzeichnungen nach § 13 Abs. 1 hat der Träger am Ort des Heims zur Prüfung vorzuhalten. ⁷Für die Unterlagen nach § 13 Abs. 1 Nr. 1 gilt dies nur für angemeldete Prüfungen.

(2) ¹Die von der zuständigen Behörde mit der Überwachung des Heims beauftragten Personen sind befugt,

1. die für das Heim genutzten Grundstücke und Räume zu betreten; soweit diese einem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen, nur mit deren Zustimmung,
2. Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen,
3. Einsicht in die Aufzeichnungen nach § 13 des Auskunftspflichtigen im jeweiligen Heim zu nehmen,
4. sich mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie dem Heimbeirat oder dem Heimfürsprecher in Verbindung zu setzen,
5. bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern mit deren Zustimmung den Pflegezustand in Augenschein zu nehmen,
6. die Beschäftigten zu befragen.

²Der Träger hat diese Maßnahmen zu dulden. ³Es steht der zuständigen Behörde frei, zu ihren Prüfungen weitere fach- und sachkundige Personen hinzuzuziehen. ⁴Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. ⁵Sie dürfen personenbezogene Daten über Bewohnerinnen und Bewohner nicht speichern und an Dritte übermitteln.

(3) ¹Zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung können Grundstücke und Räume, die einem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen oder Wohnzwecken des Auskunftspflichtigen dienen, jederzeit betreten werden. ²Der Auskunftspflichtige und die Bewohnerinnen und Bewohner haben die Maßnahmen nach Satz 1 zu dulden. ³Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(4) ¹Die zuständige Behörde nimmt für jedes Heim im Jahr grundsätzlich mindestens eine Prüfung vor. ²Sie kann Prüfungen in größeren Abständen als nach Satz 1 vornehmen, soweit ein Heim durch den Medizinischen Dienst der Krankenversiche-



rung geprüft worden ist oder ihr durch geeignete Nachweise unabhängiger Sachverständiger Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heims erfüllt sind. ³Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

- (5) Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung.
- (6) Die Überwachung beginnt mit der Anzeige nach § 12 Abs. 1, spätestens jedoch drei Monate vor der vorgesehenen Inbetriebnahme des Heims.
- (7) Maßnahmen nach den Absätzen 1, 2, 4 und 6 sind auch zur Feststellung zulässig, ob eine Einrichtung ein Heim im Sinne von § 1 ist.
- (8) ¹Die Träger können die Landesverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die kommunalen Spitzenverbände und andere Vereinigungen von Trägern, denen sie angehören, unbeschadet der Zulässigkeit unangemeldeter Prüfungen, in angemessener Weise bei Prüfungen hinzuziehen. ²Die zuständige Behörde soll diese Verbände über den Zeitpunkt von angemeldeten Prüfungen unterrichten.
- (9) Der Auskunftspflichtige kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde.

§ 16 Beratung bei Mängeln

- (1) ¹Sind in einem Heim Mängel festgestellt worden, so soll die zuständige Behörde zunächst den Träger über die Möglichkeiten zur Abstellung der Mängel beraten. ²Das Gleiche gilt, wenn nach einer Anzeige gemäß § 12 vor der Aufnahme des Heimbetriebs Mängel festgestellt werden.
- (2) ¹An einer Beratung nach Absatz 1 soll der Träger der Sozialhilfe, mit dem Vereinbarungen nach § 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes bestehen, beteiligt werden. ²Er ist zu beteiligen, wenn die Abstellung der Mängel Auswirkungen auf Entgelte oder Vergütungen haben kann. ³Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger, sofern mit ihnen oder ihren Landesverbänden Vereinbarungen nach den §§ 72, 75 oder 85 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder § 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.
- (3) Ist den Bewohnerinnen und den Bewohnern aufgrund der festgestellten Mängel eine Fortsetzung des Heimvertrags nicht zuzumuten, soll die zuständige Behörde sie dabei unterstützen, eine angemessene anderweitige Unterkunft und Betreuung zu zumutbaren Bedingungen zu finden.



§ 17 Anordnungen

- (1) ¹Werden festgestellte Mängel nicht abgestellt, so können gegenüber den Trägern Anordnungen erlassen werden, die zur Beseitigung einer eingetretenen oder Abwendung einer drohenden Beeinträchtigung oder Gefährdung des Wohls der Bewohnerinnen und Bewohner, zur Sicherung der Einhaltung der dem Träger gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten oder zur Vermeidung einer Unangemessenheit zwischen dem Entgelt und der Leistung des Heims erforderlich sind. ²Das Gleiche gilt, wenn Mängel nach einer Anzeige gemäß § 12 vor Aufnahme des Heimbetriebs festgestellt werden.
- (2) ¹Anordnungen sind so weit wie möglich in Übereinstimmung mit Vereinbarungen nach § 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes auszugestalten. ²Wenn Anordnungen eine Erhöhung der Vergütung nach § 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes zur Folge haben können, ist über sie Einvernehmen mit dem Träger der Sozialhilfe, mit dem Vereinbarungen nach diesen Vorschriften bestehen, anzustreben. ³Gegen Anordnungen nach Satz 2 kann neben dem Heimträger auch der Träger der Sozialhilfe Widerspruch einlegen und Anfechtungsklage erheben. ⁴§ 15 Abs. 5 gilt entsprechend.
- (3) ¹Wenn Anordnungen gegenüber zugelassenen Pflegeheimen eine Erhöhung der nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch vereinbarten oder festgesetzten Entgelte zur Folge haben können, ist Einvernehmen mit den betroffenen Pflegesatzparteien anzustreben. ²Für Anordnungen nach Satz 1 gilt für die Pflegesatzparteien Absatz 2 Satz 3 und 4 entsprechend.

§ 18 Beschäftigungsverbot, kommissarische Heimleitung

- (1) Dem Träger kann die weitere Beschäftigung der Leitung, eines Beschäftigten oder einer sonstigen Mitarbeiterin oder eines sonstigen Mitarbeiters ganz oder für bestimmte Funktionen oder Tätigkeiten untersagt werden, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass sie die für ihre Tätigkeit erforderliche Eignung nicht besitzen.
- (2) ¹Hat die zuständige Behörde ein Beschäftigungsverbot nach Absatz 1 ausgesprochen und der Träger keine neue geeignete Leitung eingesetzt, so kann die zuständige Behörde, um den Heimbetrieb aufrechtzuerhalten, auf Kosten des Trägers eine kommissarische Leitung für eine begrenzte Zeit einsetzen, wenn ihre Befugnisse nach den §§ 15 bis 17 nicht ausreichen und die Voraussetzungen für die Untersagung des Heimbetriebs vorliegen. ²Ihre Tätigkeit endet, wenn der Träger mit Zustimmung der zuständigen Behörde eine geeignete Heimleitung bestimmt; spätestens jedoch nach einem Jahr. ³Die kommissarische Leitung übernimmt die Rechte und Pflichten der bisherigen Leitung.



§ 19 Untersagung

- (1) Der Betrieb eines Heims ist zu untersagen, wenn die Anforderungen des § 11 nicht erfüllt sind und Anordnungen nicht ausreichen.
- (2) Der Betrieb kann untersagt werden, wenn der Träger des Heims
 1. die Anzeige nach § 12 unterlassen oder unvollständige Angaben gemacht hat,
 2. Anordnungen nach § 17 Abs. 1 nicht innerhalb der gesetzten Frist befolgt,
 3. Personen entgegen einem nach § 18 ergangenen Verbot beschäftigt,
 4. gegen § 14 Abs. 1, 3 oder Abs. 4 oder eine nach § 14 Abs. 7 erlassene Rechtsverordnung verstößt.
- (3) ¹Vor Aufnahme des Heimbetriebs ist eine Untersagung nur zulässig, wenn neben einem Untersagungsgrund nach Absatz 1 oder Absatz 2 die Anzeigepflicht nach § 12 Abs. 1 Satz 1 besteht. ²Kann der Untersagungsgrund beseitigt werden, ist nur eine vorläufige Untersagung der Betriebsaufnahme zulässig. ³Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine vorläufige Untersagung haben keine aufschiebende Wirkung. ⁴Die vorläufige Untersagung wird mit der schriftlichen Erklärung der zuständigen Behörde unwirksam, dass die Voraussetzungen für die Untersagung entfallen sind.

§ 20 Zusammenarbeit, Arbeitsgemeinschaften

- (1) ¹Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in den Heimen sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung sind die für die Ausführung nach diesem Gesetz zuständigen Behörden und die Pflegekassen, deren Landesverbände, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die zuständigen Träger der Sozialhilfe verpflichtet, eng zusammenzuarbeiten. ²Im Rahmen der engen Zusammenarbeit sollen die in Satz 1 genannten Beteiligten sich gegenseitig informieren, ihre Prüftätigkeit koordinieren sowie Einvernehmen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Abstellung von Mängeln anstreben.
- (2) ¹Sie sind berechtigt und verpflichtet, die für ihre Zusammenarbeit erforderlichen Angaben einschließlich der bei der Überwachung gewonnenen Erkenntnisse untereinander auszutauschen. ²Personenbezogene Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren.
- (3) ¹Abweichend von Absatz 2 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten in nicht anonymisierter Form an die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übermittelt werden, soweit dies für Zwecke nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erforderlich ist. ²Die übermittelten Daten dürfen von den Empfängern nicht zu anderen Zwecken verarbeitet oder genutzt werden. ³Sie



sind spätestens nach Ablauf von zwei Jahren zu löschen. ⁴Die Frist beginnt mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Daten gespeichert worden sind. ⁵Die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner kann verlangen, über die nach Satz 1 übermittelten Daten unterrichtet zu werden.

- (4) Ist die nach dem Heimgesetz zuständige Behörde der Auffassung, dass ein Vertrag oder eine Vereinbarung mit unmittelbarer Wirkung für ein zugelassenes Pflegeheim geltendem Recht widerspricht, teilt sie dies der nach Bundes- oder Landesrecht zuständigen Aufsichtsbehörde mit.
- (5) ¹Zur Durchführung des Absatzes 1 werden Arbeitsgemeinschaften gebildet. ²Den Vorsitz und die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft führt die nach diesem Gesetz zuständige Behörde, falls nichts Abweichendes durch Landesrecht bestimmt ist. ³Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit entstehenden Kosten selbst. ⁴Das Nähere ist durch Landesrecht zu regeln.
- (6) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 5 arbeiten mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, den kommunalen Trägern und den sonstigen Trägern sowie deren Vereinigungen, den Verbänden der Bewohnerinnen und Bewohner und den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Betreuungsbehörden vertrauensvoll zusammen.
- (7) Besteht im Bereich der zuständigen Behörde eine Arbeitsgemeinschaft im Sinne von § 95 des Bundessozialhilfegesetzes, so sind im Rahmen dieser Arbeitsgemeinschaft auch Fragen der bedarfsgerechten Planung zur Erhaltung und Schaffung der in § 1 genannten Heime in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zu beraten.

§ 21 Ordnungswidrigkeiten

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig
 1. entgegen § 12 Abs. 1 Satz 2 eine Anzeige nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig erstattet,
 2. ein Heim betreibt, obwohl ihm dies durch vollziehbare Verfügung nach § 19 Abs. 1 oder 2 untersagt worden ist,
 3. entgegen § 14 Abs. 1 sich Geld- oder geldwerte Leistungen versprechen oder gewähren lässt oder einer nach § 14 Abs. 7 erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit diese für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist.
- (2) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder fahrlässig
 1. einer Rechtsverordnung nach § 3 oder § 10 Abs. 5 zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist,



2. entgegen § 12 Abs. 4 Satz 1 eine Anzeige nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig erstattet,
 3. entgegen § 14 Abs. 5 Satz 1 sich Geld- oder geldwerte Leistungen versprechen oder gewähren lässt,
 4. entgegen § 15 Abs. 1 Satz 5 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 15 Abs. 2 Satz 2 oder Abs. 3 Satz 2 eine Maßnahme nicht duldet oder
 5. einer vollziehbaren Anordnung nach § 17 Abs. 1 oder § 18 zuwiderhandelt.
- (3) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro, in den Fällen des Absatzes 2 mit einer Geldbuße bis zu zehntausend Euro geahndet werden.

§ 22 Berichte

- (1) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes alle vier Jahre, erstmals im Jahre 2004, über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner.
- (2) ¹Die zuständigen Behörden sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Ersuchen Auskunft über die Tatsachen zu erteilen, deren Kenntnis für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlich ist. ²Daten der Bewohnerinnen und Bewohner dürfen nur in anonymisierter Form übermittelt werden.
- (3) ¹Die zuständigen Behörden sind verpflichtet, alle zwei Jahre einen Tätigkeitsbericht zu erstellen. ²Dieser Bericht ist zu veröffentlichen.

§ 23 Zuständigkeit und Durchführung des Gesetzes

- (1) Die Landesregierungen bestimmen die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden.
- (2) Mit der Durchführung dieses Gesetzes sollen Personen betraut werden, die sich hierfür nach ihrer Persönlichkeit eignen und in der Regel entweder eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhalten haben oder besondere berufliche Erfahrung besitzen.
- (3) Die Landesregierungen haben sicherzustellen, dass die Aufgabenwahrnehmung durch die zuständigen Behörden nicht durch Interessenkollisionen gefährdet oder beeinträchtigt wird.



§ 24 Anwendbarkeit der Gewerbeordnung

Auf die den Vorschriften dieses Gesetzes unterliegenden Heime, die gewerblich betrieben werden, finden die Vorschriften der Gewerbeordnung Anwendung, soweit nicht dieses Gesetz besondere Bestimmungen enthält.

§ 25 Fortgeltung von Rechtsverordnungen

Rechtsverordnungen, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des § 38 Satz 1 Nr. 10 und Sätze 2 bis 4 der Gewerbeordnung erlassen worden sind, gelten bis zu ihrer Aufhebung durch die Rechtsverordnungen nach den §§ 3 und 13 fort, soweit sie nicht den Vorschriften dieses Gesetzes widersprechen.

§ 25a Erprobungsregelungen

- (1) Die zuständige Behörde kann ausnahmsweise auf Antrag den Träger von den Anforderungen des § 10, wenn die Mitwirkung in anderer Weise gesichert ist oder die Konzeption sie nicht erforderlich macht, oder von den Anforderungen der nach § 3 Abs. 2 erlassenen Rechtsverordnungen teilweise befreien, wenn dies im Sinne der Erprobung neuer Betreuungs- oder Wohnformen dringend geboten erscheint und hierdurch der Zweck des Gesetzes nach § 2 Abs. 1 nicht gefährdet wird.
- (2) ¹Die Entscheidung der zuständigen Behörde ergeht durch förmlichen Bescheid und ist auf höchstens vier Jahre zu befristen. ²Die Rechte zur Überwachung nach den §§ 15, 17, 18 und 19 bleiben durch die Ausnahmegenehmigung unberührt.

§ 26 Übergangsvorschriften

- (1) Rechte und Pflichten aufgrund von Heimverträgen, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen worden sind, richten sich vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes an nach dem neuen Recht.
- (2) Eine schriftliche Anpassung der vor Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossenen Heimverträge an die Vorschriften dieses Gesetzes muss erst erfolgen, sobald sich Leistungen oder Entgelt aufgrund des § 6 oder § 7 verändern, spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.
- (3) Ansprüche der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Rechtsnachfolger aus Heimverträgen wegen fehlender Wirksamkeit von Entgelterhöhungen nach § 4c des Heimgesetzes in der vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung können gegen den Träger nur innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes geltend gemacht werden.



HeimMindBauV

1. Teil: Gemeinsame Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

Einrichtungen im Sinne des § 1 Abs. 1 des Heimgesetzes, die in der Regel mindestens sechs Personen aufnehmen, dürfen nur betrieben werden, wenn sie die Mindestanforderungen der §§ 2 bis 29 erfüllen, soweit nicht nach den §§ 30 und 31 etwas anderes bestimmt wird.

§ 2 Wohn- und Pflegeplätze

Wohnplätze (§§ 14, 19) und Pflegeplätze (§ 23) müssen unmittelbar von einem Flur erreichbar sein, der den Heimbewohnern, dem Personal und den Besuchern allgemein zugänglich ist.

§ 3 Flure und Treppen

- (1) Flure, die von Heimbewohnern benutzt werden, dürfen innerhalb eines Geschosses keine oder nur solche Stufen haben, die zusammen mit einer geeigneten Rampe angeordnet sind.
- (2) In Pflegeheimen und Pflegeabteilungen müssen die Flure zu den Pflegeplätzen so bemessen sein, dass auf ihnen bettlägerige Bewohner transportiert werden können.
- (3) Flure und Treppen sind an beiden Seiten mit festen Handläufen zu versehen.

§ 4 Aufzüge

¹In Einrichtungen, in denen bei regelmäßiger Benutzung durch die Bewohner mehr als eine Geschosshöhe zu überwinden ist oder in denen Rollstuhlbenutzer in nicht stufenlos zugänglichen Geschossen untergebracht sind, muss mindestens ein Aufzug vorhanden sein. ²Art, Größe und Ausstattung des Aufzugs müssen den Bedürfnissen der Bewohner entsprechen.

§ 5 Fußböden

Fußbodenbeläge der von Heimbewohnern benutzten Räume und Verkehrsflächen müssen rutschfest sein.

§ 6 Beleuchtung

- ↑ (1) Die Lichtschalter müssen ohne Schwierigkeit zu bedienen sein.



- (2) In Treppenträumen und Fluren muss bei Dunkelheit die Nachtbeleuchtung in Betrieb sein.
- (3) ¹In Wohn-, Schlaf- und Gemeinschaftsräumen müssen Anschlüsse zum Betrieb von Leselampen vorhanden sein. ²In Schlafräumen müssen diese Anschlüsse den Betten zugeordnet sein.

§ 7 Rufanlage

Räume, in denen Pflegebedürftige untergebracht sind, müssen mit einer Rufanlage ausgestattet sein, die von jedem Bett aus bedient werden kann.

§ 8 Fernsprecher

In den Einrichtungen muss in jedem Gebäude mindestens ein Fernsprecher vorhanden sein, über den die Bewohner erreichbar sind und der von nicht bettlägerigen Bewohnern ohne Mithören Dritter benutzt werden kann.

§ 9 Zugänge

- (1) Wohn-, Schlaf- und Sanitärräume müssen im Notfall von außen zugänglich sein.
- (2) In Pflegeheimen und Pflegeabteilungen müssen die Türen zu den Pflegeplätzen so breit sein, dass durch sie bettlägerige Bewohner transportiert werden können.

§ 10 Sanitäre Anlagen

- (1) Badewannen und Duschen in Gemeinschaftsanlagen müssen bei ihrer Benutzung einen Sichtschutz haben.
- (2) Bei Badewannen muss ein sicheres Ein- und Aussteigen möglich sein.
- (3) Badewannen, Duschen und Spülaborte müssen mit Haltegriffen versehen sein.
- (4) In Einrichtungen mit Rollstuhlbenutzern müssen für diese Personen geeignete sanitäre Anlagen in ausreichender Zahl vorhanden sein.

§ 11 Wirtschaftsräume

Wirtschaftsräume müssen in der erforderlichen Zahl und Größe vorhanden sein, soweit die Versorgung nicht durch Betriebe außerhalb des Heimes sichergestellt ist.



§ 12 Heizung

Durch geeignete Heizanlagen ist für alle Räume, Treppenträume, Flure und sanitäre Anlagen eine den Bedürfnissen der Heimbewohner angepasste Temperatur sicherzustellen.

2. Teil: Besondere Vorschriften

1. Abschnitt: Altenheime und gleichartige Einrichtungen

§ 13 Gebäudezugänge

¹Die Eingangsebene der von den Bewohnern benutzten Gebäude einer Einrichtung soll von der öffentlichen Verkehrsfläche stufenlos erreichbar sein. ²Der Zugang muss beleuchtbar sein.

§ 14 Wohnplätze

- (1) ¹Wohnplätze für eine Person müssen mindestens einen Wohnschlafraum mit einer Wohnfläche von 12 qm, Wohnplätze für zwei Personen einen solchen mit einer Wohnfläche von 18 qm umfassen. ²Wohnplätze für mehr als zwei Personen sind nur ausnahmsweise mit Zustimmung der zuständigen Behörde, Wohnplätze für mehr als vier Personen sind nicht zulässig. ³Für die dritte oder vierte Person muss die zusätzliche Wohnfläche wenigstens je 6 qm betragen.
- (2) ¹Für die Berechnung der Wohnflächen nach Absatz 1 gelten § 42 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz, § 43 und § 44 Abs. 1 der Zweiten Berechnungsverordnung entsprechend. ²Wintergärten und ähnliche nach allen Seiten geschlossene Räume (§ 44 Abs. 1 Nr. 2) werden nicht angerechnet.
- (3) ¹Wohnplätze für bis zu zwei Personen müssen über einen Waschtisch mit Kalt- und Warmwasseranschluss verfügen. ²Bei Wohnplätzen für mehr als zwei Personen muss ein zweiter Waschtisch mit Kalt- und Warmwasseranschluss vorhanden sein.

§ 15 Funktions- und Zubehörräume

- (1) In jeder Einrichtung müssen mindestens vorhanden sein:
 1. ausreichende Kochgelegenheiten für die Bewohner,
 2. ein Abstellraum für die Sachen der Bewohner,
 3. in Einrichtungen mit Mehrbettzimmern ein Einzelzimmer im Sinne des § 14 zur vorübergehenden Nutzung durch Bewohner,
 4. ein Leichenraum, wenn nicht eine kurzfristige Überführung der Leichen sichergestellt ist.



- (2) Besteht die Einrichtung aus mehreren Gebäuden, müssen die Anforderungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 3 in jedem Gebäude erfüllt werden.

§ 16 Gemeinschaftsräume

- (1) ¹Die Einrichtung muss mindestens einen Gemeinschaftsraum von 20 qm Nutzfläche haben. ²In Einrichtungen mit mehr als 20 Bewohnern muss eine Nutzfläche von mindestens 1 qm je Bewohner zur Verfügung stehen.
- (2) ¹Bei der Berechnung der Fläche nach Absatz 1 können Speiseräume, in Ausnahmefällen auch andere geeignete Räume und Flure, insbesondere Wohnflure, angerechnet werden. ²Treppen, sonstige Verkehrsflächen, Loggien und Balkone werden nicht berücksichtigt.

§ 17 Therapieräume

¹In jeder Einrichtung muss ein Raum für Bewegungstherapie oder Gymnastik vorhanden sein, wenn nicht geeignete Gymnastik- und Therapieräume in zumutbarer Entfernung außerhalb der Einrichtung von den Heimbewohnern regelmäßig benutzt werden können. ²Gemeinschaftsräume nach § 16 können dafür verwendet werden.

§ 18 Sanitäre Anlagen

- (1) Für jeweils bis zu acht Bewohner muss im gleichen Geschoss mindestens ein Spülabort mit Handwaschbecken vorhanden sein.
- (2) Für jeweils bis zu 20 Bewohner muss im gleichen Gebäude mindestens eine Badewanne oder eine Dusche zur Verfügung stehen.
- (3) In den Gemeinschaftsbädern der Pflegeabteilungen sind die Badewannen an den Längsseiten und an einer Stirnseite freistehend aufzustellen.

2. Abschnitt: Altenwohnheime und gleichartige Einrichtungen

§ 19 Wohnplätze

- (1) ¹Wohnplätze für eine Person müssen mindestens einen Wohnschlafraum mit einer Wohnfläche von 12 qm, ferner eine Küche, eine Kochnische oder einen Kochschrank umfassen und über einen Sanitärraum mit Waschtisch mit Kalt- und Warmwasseranschluss und Spülklosett verfügen. ²Bei Wohnplätzen für zwei Personen muss die Wohnfläche des Wohnschlafraumes oder getrennter Wohn- und Schlafräume mindestens 18 qm betragen.



- (2) Für Wohnplätze mit mehr als zwei Personen gilt § 14 Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 3 Satz 2 entsprechend.
- (3) Bei der Berechnung der Wohnflächen nach Absatz 1 gilt § 14 Abs. 2 entsprechend.

§ 20 Gemeinschaftsräume

- (1) § 16 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass je Heimbewohner Gemeinschaftsraum von mindestens 0,75 qm Nutzfläche zur Verfügung stehen muss.
- (2) Sind in zumutbarer Entfernung außerhalb der Einrichtung geeignete Räume zur Gestaltung des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens vorhanden, die den Bewohnern der Einrichtung regelmäßig zur Verfügung stehen, können sie auf die Gemeinschaftsräume angerechnet werden.

§ 21 Funktions- und Zuherräume

In jeder Einrichtung müssen mindestens vorhanden sein:

1. ein Abstellraum für die Sachen der Heimbewohner,
2. besondere Wasch- und Trockenräume zur Benutzung durch die Heimbewohner.

§ 22 Sanitäre Anlagen

Für jeweils bis zu 20 Bewohner muss im gleichen Gebäude mindestens eine Badewanne oder eine Dusche zur Verfügung stehen.

3. Abschnitt: Pflegeheime für Volljährige und gleichartige Einrichtungen

§ 23 Pflegeplätze

- (1) ¹Pflegeplätze müssen mindestens einen Wohnschlafraum mit einer Wohnfläche von 12 qm für einen Bewohner, 18 qm für zwei, 24 qm für drei und 30 qm für vier Bewohner umfassen. ²Wohnschlafräume für mehr als vier Bewohner sind nicht zulässig.
- (2) Bei der Berechnung der Wohnflächen nach Absatz 1 gilt § 14 Abs. 2 entsprechend.

§ 24 Funktions- und Zuherräume

- (1) Funktions- und Zuherräume müssen in ausreichender Zahl vorhanden und den Besonderheiten der Pflegebedürftigkeit angepasst sein.
- (2) ¹§ 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 4, Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 Nr. 3 gilt entsprechend.
²Außerdem müssen Schmutzräume und Fäkalienspülen in erforderlicher Zahl vorhanden sein.



§ 25 Gemeinschaftsräume

¹§ 20 Abs. 1 gilt entsprechend. ²Die Nutzflächen müssen jedoch so angelegt sein, dass auch Bettlägerige an Veranstaltungen und Zusammenkünften teilnehmen können.

§ 26 Therapieräume

§ 17 gilt entsprechend.

§ 27 Sanitäre Anlagen

- (1) Für jeweils bis zu vier Bewohner müssen in unmittelbarer Nähe des Wohnschlafraumes ein Waschtisch mit Kalt- und Warmwasseranschluss und für jeweils bis zu acht Bewohner ein Spülabort vorhanden sein.
- (2) Für jeweils bis zu 20 Bewohner müssen im gleichen Gebäude mindestens eine Badewanne und eine Dusche zur Verfügung stehen.
- (3) Ist dauernd bettlägerigen Bewohnern die Benutzung sanitärer Anlagen nur in der Geschosebene ihres Wohnschlafraumes möglich, so muss die nach Absatz 2 geforderte Anzahl an Badewannen und Duschen in dem jeweiligen Geschoss vorgehalten werden.
- (4) § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

4. Abschnitt: Einrichtungen mit Mischcharakter

§ 28 Einrichtungen mit Mischcharakter

Sind Teile einer Einrichtung mehreren Einrichtungsarten im Sinne des § 1 Abs. 1 des Heimgesetzes zuzuordnen, so sind auf diese Teile die Anforderungen der Verordnung für die ihnen jeweils entsprechende Einrichtungsart anzuwenden.

3. Teil: Einrichtungen für behinderte Volljährige

§ 29 Einrichtungen für behinderte Volljährige

- (1) ¹In Einrichtungen für behinderte Volljährige sind bei der Anwendung der Verordnung die besonderen Bedürfnisse der Bewohner, die sich insbesondere aus Art und Schwere der Behinderungen ergeben, zu berücksichtigen. ²Von Anforderungen der Verordnung kann insoweit abgewichen werden.
- (2) Als gleichartige Einrichtungen im Sinne des ersten und zweiten Abschnitts des zweiten Teils der Verordnung gelten auch Einrichtungen für behinderte Volljährige.



4. Teil: Fristen und Befreiungen

§ 30 Fristen zur Angleichung

- (1) ¹Erfüllen Einrichtungen, die bei Inkrafttreten dieser Verordnung im Betrieb, im Bau oder im baureifen Planungsstadium sind, die Mindestanforderungen der §§ 2 bis 29 nicht, so hat die zuständige Behörde zur Angleichung an die einzelnen Anforderungen angemessene Fristen einzuräumen. ²Die Frist für die Angleichung darf zehn Jahre vom Inkrafttreten der Verordnung an nicht überschreiten. ³Sie kann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes verlängert werden.
- (2) ¹Für andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen kann die zuständige Behörde auf Antrag angemessene Fristen zur Erfüllung einzelner Anforderungen nach dieser Verordnung einräumen. ²Die Fristen dürfen fünf Jahre vom Zeitpunkt der Anzeige nach § 7 des Heimgesetzes an nicht überschreiten. ³Sie können in besonders begründeten Ausnahmefällen verlängert werden.

§ 31 Befreiungen

- (1) Ist dem Träger einer Einrichtung die Erfüllung der in den §§ 2 bis 29 genannten Anforderungen technisch nicht möglich oder aus wirtschaftlichen Gründen nicht zumutbar, kann die zuständige Behörde auf Antrag ganz oder teilweise Befreiungen erteilen, wenn die Befreiung mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohner vereinbar ist.
- (2) Der Träger einer Einrichtung ist vom Zeitpunkt der Antragstellung bis zur Entscheidung über den Antrag für die beantragten Tatbestände von der Verpflichtung zur Angleichung vorläufig befreit.

5. Teil: Ordnungswidrigkeiten und Schlussbestimmungen

§ 32 Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 17 Abs. 2 Nr. 1 des Heimgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 1 eine Einrichtung betreibt, in der

1. die Mindestanforderungen an die Wohnplätze nach § 2, § 14 Abs. 1 oder 3 oder § 19 Abs. 1 oder 2 oder die Mindestanforderungen an die Pflegeplätze nach den §§ 2 oder 23 Abs. 1 nicht erfüllt sind,
2. Rufanlagen nach § 7 oder Fernsprecher nach § 8 nicht vorhanden sind,
3. die Wohn-, Schlaf- oder Sanitärräume entgegen § 9 Abs. 1 im Notfall nicht von außen zugänglich sind,
4. die Funktions- und Zubehörräume oder sanitären Anlagen nach § 15 Abs. 1 Nr. 2 oder 4, § 18 Abs. 1 oder 2, § 21, § 22, § 24 Abs. 1 oder § 27 Abs. 1 bis 3 nicht vorhanden sind,



5. die Gemeinschaftsräume nach § 16 Abs. 1, § 20 Abs. 1 oder § 25 Satz 1 nicht vorhanden sind,
6. die Therapieräume nach § 17 oder § 26 nicht vorhanden sind.

§ 33 Nichtanwendung von Vorschriften

Mit Inkrafttreten der Verordnung sind folgende Vorschriften, soweit sie Vorschriften über Mindestanforderungen für die Räume, Verkehrsflächen und sanitäre Anlagen enthalten, auf die Einrichtungen nach § 1 nicht mehr anzuwenden:

1. die Verordnung des Wirtschaftsministeriums des Landes Baden-Württemberg über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 25. Februar 1970 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg, S. 98),
2. die Verordnung des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –), vom 23. August 1968 (Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt, S. 319),
3. die Verordnung des Senats von Berlin über Mindestanforderungen und Überwachungsmaßnahmen gegenüber gewerblichen Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige vom 3. Oktober 1967 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, S. 1457),
4. die Verordnung des Senators für Wirtschaft und Außenhandel der Freien Hansestadt Bremen über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 30. April 1968 (Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen, S. 95),
5. die Verordnung des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung) vom 29. Oktober 1968 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt, S. 248),
6. die Verordnung des Hessischen Ministers für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 7. Oktober 1969 (Gesetz- und Verordnungsblatt I für das Land Hessen, S. 195),
7. die Verordnung des Niedersächsischen Ministers für Wirtschaft und Verkehr über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 3. Oktober 1968 (Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt, S. 129),
8. die Verordnung des Landes Nordrhein-Westfalen über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 25. Februar 1969 (Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes Nordrhein-Westfalen, S. 142),
9. die Verordnung des Landes Rheinland-Pfalz über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 25. Juli 1969 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz, S. 150),



10. die Verordnung des Landes Saarland über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 1. April 1969 (Amtsblatt des Saarlandes, S. 197) und
11. die Verordnung des Ministers für Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein über den gewerbsmäßigen Betrieb von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen (Heimverordnung – HeimVO –) vom 22. April 1969 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein, S. 89).



HeimMitwirkungsV

1. Teil: Heimbeirat und Heimfürsprecher

1. Abschnitt: Bildung und Zusammensetzung von Heimbeiräten

§ 1 Allgemeines

- (1) ¹Die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Heimen nach § 1 des Gesetzes erfolgt durch Heimbeiräte. ²Ihre Mitglieder werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Heime gewählt.
- (2) ¹Die Mitwirkung bezieht sich auf die Angelegenheiten des Heimbetriebes, auf die Maßnahmen bei der Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung und auf die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie auf die Vergütungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 4 des Gesetzes sowie auf die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 5 des Gesetzes. ²Die Mitwirkung erstreckt sich auch auf die Verwaltung sowie die Geschäfts- und Wirtschaftsführung des Heims, wenn Leistungen im Sinne des § 14 Abs. 2 Nr. 3 des Gesetzes erbracht worden sind.
- (3) Für Teile des Heims können eigene Heimbeiräte gebildet werden, wenn dadurch die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner besser gewährleistet wird.
- (4) ¹In den Heimen kann ein Angehörigen- oder Betreuerbeirat gebildet werden. ²Ebenso kann ein Beirat, der sich aus Angehörigen, Betreuern und Vertretern von Behinderten- und Seniorenorganisationen zusammensetzt, eingerichtet werden. ³Der Heimbeirat und der Heimfürsprecher können sich vom Beirat nach den Sätzen 1 und 2 bei ihrer Arbeit beraten und unterstützen lassen.

§ 2 Aufgaben der Träger

- (1) ¹Die Träger des Heims (Träger) haben auf die Bildung von Heimbeiräten hinzuwirken. ²Ihre Selbstständigkeit bei der Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben wird durch die Bildung von Heimbeiräten nicht berührt. ³Die Träger haben die Bewohnerinnen und Bewohner über ihre Rechte und die Möglichkeiten eines partnerschaftlichen Zusammenwirkens im Heimbeirat aufzuklären.
- (2) ¹Heimbeiräten sind diejenigen Kenntnisse zum Heimgesetz und seinen Verordnungen zu vermitteln, die für ihre Tätigkeit erforderlich sind. ²Die hierdurch entstehenden angemessenen Kosten übernimmt der Träger.

§ 3 Wahlberechtigung und Wählbarkeit

- (1) Wahlberechtigt sind alle Personen, die am Wahltag im Heim wohnen.



- (2) Wählbar sind die Bewohnerinnen und Bewohner des Heims, deren Angehörige, sonstige Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, Mitglieder von örtlichen Seniorenvertretungen und von örtlichen Behindertenorganisationen sowie von der zuständigen Behörde vorgeschlagene Personen.
- (3) ¹Nicht wählbar ist, wer bei dem Heimträger, bei den Kostenträgern oder bei der zuständigen Behörde gegen Entgelt beschäftigt ist oder als Mitglied des Vorstandes, des Aufsichtsrates oder eines gleichartigen Organs des Trägers tätig ist. ²Nicht wählbar ist ebenfalls, wer bei einem anderen Heimträger oder einem Verband von Heimträgern eine Leitungsfunktion innehat.

§ 4 Zahl der Heimbeiratsmitglieder

- (1) Der Heimbeirat besteht in Heimen mit in der Regel
- | | |
|---|---------------------|
| bis 50 Bewohnerinnen und Bewohnern aus | drei Mitgliedern, |
| 51 bis 150 Bewohnerinnen und Bewohnern aus | fünf Mitgliedern, |
| 151 bis 250 Bewohnerinnen und Bewohnern aus | sieben Mitgliedern, |
| über 250 Bewohnerinnen und Bewohnern aus | neun Mitgliedern. |
- (2) Die Zahl der gewählten Personen, die nicht im Heim wohnen, darf in Heimen mit in der Regel
- | | |
|---|----------------------------|
| bis 50 Bewohnerinnen und Bewohnern | höchstens ein Mitglied, |
| 51 bis 150 Bewohnerinnen und Bewohnern | höchstens zwei Mitglieder, |
| 151 bis 250 Bewohnerinnen und Bewohnern | höchstens drei Mitglieder, |
| über 250 Bewohnerinnen und Bewohnern | höchstens vier Mitglieder |
- betragen.

§ 5 Wahlverfahren

- (1) Der Heimbeirat wird in gleicher, geheimer und unmittelbarer Wahl gewählt.
- (2) ¹Zur Wahl des Heimbeirates können die Wahlberechtigten Wahlvorschläge machen. ²Sie können auch nach § 3 wählbare Personen, die nicht im Heim wohnen, vorschlagen. ³Außerdem haben die Angehörigen und die zuständige Behörde ein Vorschlagsrecht für Personen, die nicht im Heim wohnen. ⁴Jeder Wahlvorschlag ist von mindestens drei Wahlberechtigten zu unterstützen.
- (3) ¹Jede Wahlberechtigte oder jeder Wahlberechtigte hat so viele Stimmen wie Heimbeiratsmitglieder zu wählen sind. ²Sie oder er kann für jede Bewerberin oder jeden Bewerber nur eine Stimme abgeben. ³Gewählt sind die Bewerberinnen und Bewerber, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen. ⁴Bei Stimmgleichheit zwischen Bewerberinnen oder Bewerbern, die im Heim wohnen, und Bewerberinnen oder Bewerbern, die nicht im Heim wohnen, ist die Bewerberin bzw. der Bewerber gewählt, die oder der im Heim wohnt.



⁵Im Übrigen entscheidet das Los. ⁶§ 4 Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 6 Bestellung des Wahlausschusses

- (1) Spätestens acht Wochen vor Ablauf der Amtszeit bestellt der Heimbeirat drei Wahlberechtigte als Wahlausschuss und eine oder einen von ihnen als Vorsitzende oder als Vorsitzenden.
- (2) ¹Besteht kein Heimbeirat oder besteht sechs Wochen vor Ablauf der Amtszeit des Heimbeirates kein Wahlausschuss, so hat die Leitung des Heims den Wahlausschuss zu bestellen. ²Soweit hierfür Wahlberechtigte nicht in der erforderlichen Zahl zur Verfügung stehen, hat die Leitung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Heims zu Mitgliedern des Wahlausschusses zu bestellen.

§ 7 Vorbereitung und Durchführung der Wahl

- (1) ¹Der Wahlausschuss bestimmt Ort und Zeit der Wahl und informiert die Bewohnerinnen und Bewohner und die zuständige Behörde über die bevorstehende Wahl. ²Der Wahltermin ist mindestens vier Wochen vor der Wahl bekannt zu geben. ³Der Wahlausschuss holt die Wahlvorschläge und die Zustimmungserklärung der vorgeschlagenen Personen zur Annahme der Wahl ein. ⁴Der Wahlausschuss stellt eine Liste der Wahlvorschläge auf und gibt diese Liste sowie den Gang der Wahl bekannt.
- (2) ¹Der Wahlausschuss hat die Wahlhandlung zu überwachen, die Stimmen auszu zählen und das Wahlergebnis in einer Niederschrift festzustellen. ²Das Ergebnis der Wahl hat er in dem Heim durch Aushang und durch schriftliche Mitteilung an alle Bewohnerinnen und Bewohner bekannt zu machen. ³Der Wahlausschuss informiert die Heimbeiratsbewerberinnen und Heimbeiratsbewerber, die nicht im Heim wohnen, über das Ergebnis der Wahl.
- (3) Bei der Vorbereitung und Durchführung der Wahl sollen die besonderen Gegebenheiten in den einzelnen Heimen, vor allem Zusammensetzung der Wahlberechtigten, Art, Größe, Zielsetzung und Ausstattung berücksichtigt werden.
- (4) Der Wahlausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit.

§ 7a Wahlversammlung

- (1) ¹In Heimen mit in der Regel bis zu 50 Bewohnerinnen und Bewohnern kann der Heimbeirat auf einer Wahlversammlung gewählt werden. ²Der Wahlausschuss entscheidet, ob ein vereinfachtes Wahlverfahren durchgeführt wird. ³Bewohnerinnen und Bewohner, die an der Wahlversammlung nicht teilnehmen, ist innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stimmabgabe zu geben. ⁴Die Stimmen dürfen erst nach Ablauf der Frist ausgezählt werden.



- (2) Der Wahlausschuss hat mindestens 14 Tage vorher zur Wahlversammlung einzuladen.
- (3) In der Wahlversammlung können noch Wahlvorschläge gemacht werden.
- (4) ¹Die Leitung des Heims kann an der Wahlversammlung teilnehmen. ²Der Wahlausschuss kann die Heimleitung durch Beschluss von der Wahlversammlung ausschließen.

§ 8 Mithilfe der Leitung

Die Leitung des Heims hat die Vorbereitung und Durchführung der Wahl in dem erforderlichen Maße personell und sächlich zu unterstützen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 9 Wahlschutz und Wahlkosten

- (1) Die Wahl des Heimbeirates darf nicht behindert oder durch Zufügung oder Androhung von Nachteilen oder Gewährung oder Versprechen von Vorteilen beeinflusst werden.
- (2) Die erforderlichen Kosten der Wahl übernimmt der Träger.

§ 10 Wahlanfechtung

- (1) ¹Mindestens drei Wahlberechtigte können binnen einer Frist von zwei Wochen, vom Tage der Bekanntmachung des Wahlergebnisses an gerechnet, die Wahl bei der zuständigen Behörde anfechten, wenn gegen wesentliche Vorschriften über das Wahlrecht, die Wählbarkeit oder das Wahlverfahren verstoßen worden und eine Berichtigung nicht erfolgt ist. ²Eine Anfechtung ist ausgeschlossen, wenn durch den Verstoß das Wahlergebnis nicht geändert oder beeinflusst werden konnte.
- (2) Über die Anfechtung entscheidet die zuständige Behörde.

§ 11 Mitteilung an die zuständige Behörde

- (1) ¹Der Träger hat die zuständige Behörde innerhalb von vier Wochen nach Ablauf des in § 12 genannten Zeitraumes oder bis spätestens sechs Monate nach Betriebsaufnahme über die Bildung eines Heimbeirates zu unterrichten. ²Ist ein Heimbeirat nicht gebildet worden, so hat dies der Träger der zuständigen Behörde unter Angabe der Gründe unverzüglich mitzuteilen. ³In diesen Fällen hat die zuständige Behörde in enger Zusammenarbeit mit Träger und Leitung des Heims in geeigneter Weise auf die Bildung eines Heimbeirates hinzuwirken, sofern nicht die besondere personelle Struktur der Bewohnerschaft der Bildung eines Heimbeirates entgegensteht.



- (2) ¹Absatz 1 gilt entsprechend, wenn der Heimbeirat vor Ablauf der regelmäßigen Amtszeit nach § 13 neu zu wählen ist. ²Die Frist zur Mitteilung beginnt mit dem Eintritt der die Neuwahl begründenden Tatsachen.

§ 11a Abweichende Bestimmung für die Bildung des Heimbeirates

- (1) ¹Die zuständige Behörde kann in Einzelfällen Abweichungen von der Zahl der Mitglieder des Heimbeirates nach § 4 und den Fristen und der Zahl der Wahlberechtigten nach § 6 zulassen, wenn dadurch die Bildung eines Heimbeirates ermöglicht wird. ²Abweichungen von § 4 dürfen die Funktionsfähigkeit des Heimbeirates nicht beeinträchtigen.
- (2) Auf Antrag des Wahlausschusses kann in Ausnahmefällen die zuständige Behörde die Wahlversammlung nach § 7a auch für Heime mit in der Regel mehr als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern zulassen.

2. Abschnitt: Amtszeit des Heimbeirates

§ 12 Amtszeit

- (1) ¹Die regelmäßige Amtszeit des Heimbeirates beträgt zwei Jahre. ²Die Amtszeit beginnt mit dem Tage der Wahl oder, wenn zu diesem Zeitpunkt noch ein Heimbeirat besteht, mit dem Ablauf seiner Amtszeit.
- (2) In Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen beträgt die Amtszeit vier Jahre.

§ 13 Neuwahl des Heimbeirates

Der Heimbeirat ist neu zu wählen, wenn die Gesamtzahl der Mitglieder um mehr als die Hälfte der vorgeschriebenen Zahl gesunken ist oder der Heimbeirat mit Mehrheit der Mitglieder seinen Rücktritt beschlossen hat.

§ 14 Erlöschen der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft im Heimbeirat erlischt durch

1. Ablauf der Amtszeit,
2. Niederlegung des Amtes,
3. Ausscheiden aus dem Heim,
4. Verlust der Wählbarkeit,
5. Feststellung der zuständigen Behörde auf Antrag von zwei Drittel der Mitglieder des Heimbeirates, dass das Heimbeiratsmitglied seinen Pflichten nicht mehr nachkommt oder nicht mehr nachkommen kann.



§ 15 Nachrücken von Ersatzmitgliedern

¹Scheidet ein Mitglied aus dem Heimbeirat aus, so rückt die nicht gewählte Person mit der höchsten Stimmenzahl als Ersatzmitglied nach. ²§ 4 Abs. 2 findet Anwendung. ³Das Gleiche gilt, wenn ein Mitglied des Heimbeirates zeitweilig verhindert ist.

3. Abschnitt: Geschäftsführung des Heimbeirates

§ 16 Vorsitz

- (1) ¹Der Heimbeirat wählt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Vorsitz und dessen Stellvertretung. ²Eine Bewohnerin oder ein Bewohner soll den Vorsitz innehaben.
- (2) Die oder der Vorsitzende vertritt den Heimbeirat im Rahmen der von diesem gefassten Beschlüsse, soweit der Heimbeirat im Einzelfall keine andere Vertretung bestimmt.

§ 17 Sitzungen des Heimbeirats

- (1) Unbeschadet einer Wahlanfechtung beruft der Wahlausschuss den Heimbeirat binnen zwei Wochen nach Bekanntmachung des Wahlergebnisses zu einer konstituierenden Sitzung ein.
- (2) ¹Die oder der Vorsitzende des Heimbeirates beraumt die Sitzungen an, setzt die Tagesordnung fest und leitet die Verhandlung. ²Sie oder er hat die Mitglieder des Heimbeirates und nachrichtlich die Ersatzmitglieder zu der Sitzung mit einer Frist von sieben Tagen unter Mitteilung der Tagesordnung einzuladen.
- (3) Auf Antrag eines Viertels der Mitglieder des Heimbeirates oder der Leitung des Heims hat die oder der Vorsitzende eine Sitzung anzuberaumen und den Gegenstand, dessen Beratung beantragt ist, auf die Tagesordnung zu setzen.
- (4) ¹Die Leitung des Heims ist vom Zeitpunkt der Heimbeiratssitzung rechtzeitig zu verständigen. ²An Sitzungen, zu denen die Leitung ausdrücklich eingeladen wird, hat sie teilzunehmen.
- (5) ¹Der Heimbeirat kann beschließen, zur Wahrnehmung seiner Aufgaben fach- und sachkundige Personen hinzuzuziehen. ²Der Heimbeirat kann ebenso beschließen, dass Bewohnerinnen und Bewohner oder fach- und sachkundige Personen oder dritte Personen an einer Sitzung oder an Teilen der Sitzung teilnehmen können. ³Der Träger trägt die Auslagen in angemessenem Umfang für die zugezogenen fach- und sachkundigen Personen sowie der dritten Personen. ⁴Sie enthalten keine Vergütung.

- ↑ (6) Der Heimbeirat kann sich jederzeit an die zuständige Behörde wenden.



- (7) ¹Der Heimbeirat kann Arbeitsgruppen bilden. ²Das weitere Verfahren regelt der Heimbeirat.

§ 18 Beschlüsse des Heimbeirats

- (1) ¹Die Beschlüsse des Heimbeirates werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder gefasst. ²Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden.
- (2) Der Heimbeirat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

§ 19 Sitzungsniederschrift

¹Über jede Verhandlung des Heimbeirates ist eine Niederschrift aufzunehmen, die mindestens die Sitzungsteilnehmer, den Wortlaut der Beschlüsse und die Stimmenmehrheit, mit der sie gefasst sind, enthält. ²Die Niederschrift ist von der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden und einem weiteren Mitglied zu unterzeichnen.

§ 20 Bewohnerversammlung und Tätigkeitsbericht des Heimbeirats

¹Der Heimbeirat soll mindestens einmal im Amtsjahr eine Bewohnerversammlung abhalten. ²Teilbewohnerversammlungen sind zulässig. ³Der Heimbeirat hat in der Bewohnerversammlung einen Tätigkeitsbericht zu erstatten, der auch möglichst schriftlich an alle Bewohnerinnen und Bewohner zu verteilen ist. ⁴Die Bewohnerinnen und Bewohner können zum Tätigkeitsbericht Stellung nehmen. ⁵Die Bewohnerinnen und Bewohner sind berechtigt, zur Bewohnerversammlung Personen ihres Vertrauens hinzuzuziehen. ⁶Auf Verlangen des Heimbeirates hat die Leitung des Heims an der Bewohnerversammlung teilzunehmen. ⁷Der Heimbeirat kann die Leitung von der Bewohnerversammlung insgesamt oder von einzelnen Tagesordnungspunkten ausschließen.

§ 21 Kosten und Sachaufwand des Heimbeirats

- (1) Der Träger gewährt dem Heimbeirat die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Hilfen und stellt insbesondere die Räumlichkeiten zur Verfügung.
- (2) Dem Heimbeirat sind in dem Heim geeignete Möglichkeiten für Mitteilungen zu eröffnen, insbesondere sind schriftliche Mitteilungen an alle Bewohnerinnen und Bewohner zu gewährleisten sowie Plätze für Bekanntmachungen zur Verfügung zu stellen.
- (3) Die durch die Tätigkeit des Heimbeirates entstehenden angemessenen Kosten trägt der Träger.



4. Abschnitt: Stellung der Heimbeiratsmitglieder

§ 22 Ehrenamtliche Tätigkeit

Die Mitglieder des Heimbeirates führen ihr Amt unentgeltlich und ehrenamtlich aus.

§ 23 Benachteiligungs- und Begünstigungsverbot

- (1) Die Mitglieder des Heimbeirates dürfen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nicht behindert und wegen ihrer Tätigkeit nicht benachteiligt oder begünstigt werden.
- (2) Eine Bewohnerin oder ein Bewohner darf aufgrund der Tätigkeit eines Angehörigen oder einer Vertrauensperson im Heimbeirat nicht benachteiligt oder begünstigt werden.

§ 24 Verschwiegenheitspflicht

- (1) ¹Die Mitglieder und Ersatzmitglieder des Heimbeirates haben über die ihnen bei Ausübung des Amtes bekannt gewordenen Angelegenheiten oder Tatsachen Stillschweigen zu bewahren. ²Dies gilt nicht gegenüber den übrigen Mitgliedern des Heimbeirates. ³Satz 1 gilt für die nach § 17 Abs. 5 teilnehmenden Personen entsprechend.
- (2) Die Pflicht zur Verschwiegenheit besteht nicht für Angelegenheiten oder Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner vertraulichen Behandlung bedürfen.

5. Abschnitt: Heimfürsprecher

§ 25 Bestellung des Heimfürsprechers

- (1) ¹Die zuständige Behörde hat unverzüglich einen Heimfürsprecher zu bestellen, sobald die Voraussetzungen für seine Bestellung nach § 10 Abs. 4 des Gesetzes gegeben sind. ²In Heimen mit mehr als 70 Plätzen können zwei Heimfürsprecher, in Heimen mit mehr als 150 Plätzen drei Heimfürsprecher eingesetzt werden. ³Sind mehrere Heimfürsprecher eingesetzt, stimmen sie ihre Tätigkeit untereinander ab und legen fest, welcher Heimfürsprecher die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner gegenüber der Heimleitung und außerhalb des Heimes vertritt.
- (2) ¹Die regelmäßige Amtszeit des Heimfürsprechers beträgt zwei Jahre. ²Eine Wiederbestellung ist zulässig.
- (3) ¹Zum Heimfürsprecher kann nur bestellt werden, wer nach seiner Persönlichkeit, seinen Fähigkeiten und den sonstigen Umständen des Einzelfalls zur Ausübung



dieses Amtes geeignet ist. ²Er muss von der zuständigen Behörde und dem Träger, von den Kostenträgern und den Verbänden der Heimträger unabhängig sein.

³Die Bestellung bedarf der Zustimmung des Bestellten.

- (4) ¹Die Bestellung ist dem Heimfürsprecher und dem Träger schriftlich mitzuteilen. ²Der Träger hat die Bewohnerinnen und Bewohner in geeigneter Weise von der Bestellung zu unterrichten.
- (5) § 1 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 26 Aufhebung der Bestellung des Heimfürsprechers

- (1) Die zuständige Behörde hat die Bestellung aufzuheben, wenn
1. der Heimfürsprecher die Voraussetzungen für das Amt nicht mehr erfüllt,
 2. der Heimfürsprecher gegen seine Amtspflichten verstößt,
 3. der Heimfürsprecher sein Amt niederlegt oder
 4. ein Heimbeirat gebildet worden ist.
- (2) Die zuständige Behörde kann die Bestellung aufheben, wenn eine gedeihliche Zusammenarbeit zwischen dem Heimfürsprecher und den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht mehr möglich ist.
- (3) § 25 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 27 Beendigung der Tätigkeit

Die Tätigkeit des Heimfürsprechers endet mit

1. Ablauf seiner Amtszeit,
2. Aufhebung seiner Bestellung durch die zuständige Behörde nach § 26.

§ 28 Stellung und Amtsführung des Heimfürsprechers

- (1) Für die Stellung und Amtsführung des Heimfürsprechers gelten die §§ 20, 21 Abs. 1 und 2 sowie §§ 23 und 24 entsprechend.
- (2) Der Heimträger hat den Heimfürsprecher bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.
- (3) Die durch die Tätigkeit des Heimfürsprechers entstehenden erforderlichen Kosten werden von dem Träger übernommen.
- (4) Der Heimträger hat dem Heimfürsprecher zur Ausübung seines Amtes Zutritt zum Heim zu gewähren und ihm zu ermöglichen, sich mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in Verbindung zu setzen.



§ 28a Ersatzgremium

¹Von der Bestellung eines Heimfürsprechers nach § 10 Abs. 4 Satz 5 des Gesetzes kann die zuständige Behörde absehen, wenn ein Ersatzgremium besteht, das die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner auf andere Weise gewährleisten und die Aufgaben des Heimbeirates übernehmen kann. ²Für das Ersatzgremium gelten die §§ 20 bis 24 und die §§ 29 bis 32 entsprechend.

2. Teil: Mitwirkung der Heimbeirates und des Heimfürsprechers

§ 29 Aufgaben des Heimbeirates

Der Heimbeirat hat folgende Aufgaben:

1. Maßnahmen des Heimbetriebes, die den Bewohnerinnen oder Bewohnern des Heims dienen, bei der Leitung oder dem Träger zu beantragen,
2. Anregungen und Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern entgegenzunehmen und erforderlichenfalls durch Verhandlungen mit der Leitung oder in besonderen Fällen mit dem Träger auf ihre Erledigung hinzuwirken,
3. die Eingliederung der Bewohnerinnen und Bewohner in dem Heim zu fördern,
4. bei Entscheidungen in Angelegenheiten nach den §§ 30, 31 mitzuwirken,
5. vor Ablauf der Amtszeit einen Wahlausschuss zu bestellen (§ 6),
6. eine Bewohnerversammlung durchzuführen und den Bewohnerinnen und Bewohnern einen Tätigkeitsbericht zu erstatten (§ 20),
7. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen Qualität der Betreuung,
8. Mitwirkung nach § 7 Abs. 4 des Gesetzes an den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie an den Vergütungsvereinbarungen und nach § 7 Abs. 5 des Gesetzes an den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen.

§ 30 Mitwirkung bei Entscheidungen

Der Heimbeirat wirkt bei Entscheidungen der Leitung oder des Trägers in folgenden Angelegenheiten mit:

1. Aufstellung oder Änderung der Musterverträge für Bewohnerinnen und Bewohner und der Heimordnung,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen,
3. Änderung der Entgelte des Heims,
4. Planung oder Durchführung von Veranstaltungen,
5. Alltags- und Freizeitgestaltung,
6. Unterkunft, Betreuung und Verpflegung,
7. Erweiterung, Einschränkung oder Einstellung des Heimbetriebes,
8. Zusammenschluss mit einem anderen Heim,
9. Änderung der Art und des Zweckes des Heims oder seiner Teile,
10. umfassende bauliche Veränderungen oder Instandsetzungen des Heims,



11. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen Qualität der Betreuung,
12. Mitwirkung nach § 7 Abs. 4 des Gesetzes an den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie an den Vergütungsvereinbarungen und nach § 7 Abs. 5 des Gesetzes an den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen.

§ 31 Mitwirkung bei Leistung von Finanzierungsbeiträgen

- (1) ¹Wenn von einer Bewohnerin oder einem Bewohner oder von Dritten zu ihren oder seinen Gunsten Finanzierungsbeiträge an den Träger geleistet worden sind, wirkt der Heimbeirat auch bei der Aufstellung der Haushalts- oder Wirtschaftspläne mit. ²Der Heimträger hat zu diesem Zweck dem Heimbeirat die erforderlichen Informationen zu geben. ³Erfolgt bei einem Heimträger, der mehrere Heime betreibt, eine zentrale Wirtschafts- und Rechnungsführung, so hat der Heimträger dem Heimbeirat am Ort des Heims die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die das Heim betreffen. ⁴Der Träger hat insbesondere anhand der in Satz 1 genannten Pläne über die wirtschaftliche Lage des Heims schriftlich zu berichten. ⁵Der Heimbeirat kann hierbei auch Auskünfte über die Vermögens- und Ertragslage des Heims und, sofern vom Träger ein Jahresabschluss aufgestellt worden ist, Einsicht in den Jahresabschluss verlangen.
- (2) Finanzierungsbeiträge im Sinne des Absatzes 1 sind alle Leistungen, die über das für die Unterbringung vereinbarte laufende Entgelt hinaus zum Bau, zum Erwerb, zur Instandsetzung, zur Ausstattung oder zum Betrieb des Heims erbracht worden sind.
- (3) Die Mitwirkung des Heimbeirates entfällt, wenn alle Ansprüche, die gegenüber dem Träger durch die Leistung von Finanzierungsbeiträgen begründet worden sind, durch Verrechnung, Rückzahlung oder in sonstiger Weise erloschen sind.

§ 32 Form und Durchführung der Mitwirkung

- (1) Die Mitwirkung des Heimbeirates soll von dem Bemühen um gegenseitiges Vertrauen und Verständnis zwischen Bewohnerschaft, Leitung und Träger bestimmt sein.
- (2) ¹Zur Erfüllung seiner Aufgaben ist der Heimbeirat durch die Leitung oder durch den Träger ausreichend und rechtzeitig zu informieren und nach Möglichkeit auch fachlich zu beraten. ²Der Heimbeirat hat auch ein Mitwirkungs- und Informationsrecht, wenn ein Heimträger zentral für mehrere Heime oder ein Zentralverband für seine Mitglieder Maßnahmen und Entscheidungen im Sinne der §§ 29 und 30 der Verordnung trifft. ³Dem Heimbeirat sind am Ort des Heims die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die das Heim betreffen.



- (3) ¹Entscheidungen in Angelegenheiten nach den §§ 30, 31 hat die Leitung oder der Träger mit dem Heimbeirat vor ihrer Durchführung rechtzeitig und mit dem Ziel einer Verständigung zu erörtern. ²Anregungen des Heimbeirates sind in die Überlegungen bei der Vorbereitung der Entscheidungen einzubeziehen.
- (4) ¹Anträge oder Beschwerden des Heimbeirates sind von der Leitung oder vom Träger in angemessener Frist, längstens binnen sechs Wochen, zu beantworten. ²Der Träger hat die Antwort zu begründen, wenn er das Anliegen des Heimbeirates bei seiner Entscheidung nicht berücksichtigt hat.

§ 33 Mitwirkung des Heimfürsprechers

Die §§ 29 bis 32 gelten für die Mitwirkung des Heimfürsprechers entsprechend.

3. Teil: Ordnungswidrigkeiten und Schlussvorschriften

§ 34 Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 21 Abs. 2 Nr. 1 des Heimgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 6 Abs. 2 einen Wahlausschuss nicht bestellt oder entgegen § 8 die für die Vorbereitung oder Durchführung der Wahl erforderliche personelle oder sächliche Unterstützung nicht gewährt,
2. entgegen § 9 Abs. 1 die Wahl des Heimbeirates behindert oder beeinflusst,
3. entgegen § 11 Abs. 1 Satz 1 oder Abs. 2 eine Mitteilung unterlässt,
4. entgegen § 23 Abs. 1, auch in Verbindung mit § 28 Abs. 1, ein Mitglied des Heimbeirates oder den Heimfürsprecher bei der Erfüllung seiner Aufgaben behindert oder wegen seiner Tätigkeit benachteiligt oder begünstigt,
5. entgegen § 23 Abs. 2, auch in Verbindung mit § 28 Abs. 1, eine Bewohnerin oder einen Bewohner benachteiligt oder begünstigt,
6. entgegen § 31 Abs. 1 Satz 2 eine Information nicht, nicht richtig oder nicht vollständig gibt,
7. entgegen § 31 Abs. 1 Satz 3 eine Unterlage nicht, nicht richtig oder nicht vollständig vorlegt oder eine Auskunft nicht, nicht richtig oder nicht vollständig erteilt oder
8. entgegen § 32 Abs. 3 Satz 1 Entscheidungen vor ihrer Durchführung nicht rechtzeitig erörtert.

§ 35 Übergangsvorschrift

Heimbeiräte, die vor Inkrafttreten der Verordnung gewählt worden sind, müssen nicht neu gewählt werden.



HeimPersV

§ 1 Mindestanforderungen

Der Träger eines Heims im Sinne des § 1 Abs. 1 des Heimgesetzes darf nur Personen beschäftigen, die die Mindestanforderungen der §§ 2 bis 7 erfüllen, soweit nicht in den §§ 10 und 11 etwas anderes bestimmt ist.

§ 2 Eignung des Heimleiters

- (1) ¹Wer ein Heim leitet, muss hierzu persönlich und fachlich geeignet sein. ²Er muss nach seiner Persönlichkeit, seiner Ausbildung und seinem beruflichen Werdegang die Gewähr dafür bieten, dass das jeweilige Heim entsprechend den Interessen und Bedürfnissen seiner Bewohner sachgerecht und wirtschaftlich geleitet wird.
- (2) ¹Als Heimleiter ist fachlich geeignet, wer
 1. eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen oder in einem kaufmännischen Beruf oder in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluss nachweisen kann und
 2. durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder in einer vergleichbaren Einrichtung die weiteren für die Leitung des Heims erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat.²Die Wahrnehmung geeigneter Weiterbildungsangebote ist zu berücksichtigen.
- (3) Wird das Heim von mehreren Personen geleitet, so muss jede dieser Personen die Anforderungen des Absatzes 1 erfüllen.

§ 3 Persönliche Ausschlussgründe

- (1) In der Person des Heimleiters dürfen keine Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass er für die Leitung eines Heims ungeeignet ist. Ungeeignet ist insbesondere,
 1. wer
 - a) wegen eines Verbrechens oder wegen einer Straftat gegen das Leben, die sexuelle Selbstbestimmung oder die persönliche Freiheit, wegen vorsätzlicher Körperverletzung, wegen Erpressung, Urkundenfälschung, Untreue, Diebstahls, Unterschlagung, Betrugs oder Hehlerei oder wegen einer gemeingefährlichen Straftat oder einer Konkursstraftat zu einer Freiheitsstrafe oder Ersatzfreiheitsstrafe von mindestens drei Monaten, sofern die Tilgung im Zentralregister noch nicht erledigt ist,
 - b) in den letzten fünf Jahren, längstens jedoch bis zum Eintritt der Tilgungsreife der Eintragung der Verurteilung im Zentralregister, wegen einer Straftat nach den §§ 29 bis 30b des Betäubungsmittelgesetzes oder wegen einer sonstigen



Straftat, die befürchten lässt, dass er die Vorschriften des Heimgesetzes oder eine auf Grund dieses Gesetzes erlassene Rechtsverordnung nicht beachten wird, rechtskräftig verurteilt worden ist,

2. derjenige, gegen den wegen einer Ordnungswidrigkeit nach § 17 des Heimgesetzes mehr als zweimal eine Geldbuße rechtskräftig festgesetzt worden ist, soweit nicht fünf Jahre seit Rechtskraft des letzten Bußgeldbescheids vergangen sind.

(2) ¹Absatz 1 Satz 2 gilt nicht für Straftaten und Ordnungswidrigkeiten, die vor Inkrafttreten der Verordnung begangen worden sind. ²Absatz 1 Satz 1 bleibt unberührt.

§ 4 Eignung der Beschäftigten

(1) Beschäftigte in Heimen müssen die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen ausgeübte Funktion und Tätigkeit besitzen.

(2) ¹Als Leiter des Pflegedienstes ist geeignet, wer eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen mit staatlich anerkanntem Abschluss nachweisen kann. ²§ 2 Abs. 2 Nr. 2, § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 gelten entsprechend.

§ 5 Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten

(1) ¹Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. ²Hierbei muss mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. ³In Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnern muss auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein.

(2) Von den Anforderungen des Absatzes 1 kann mit Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden, wenn dies für eine fachgerechte Betreuung der Heimbewohner erforderlich oder ausreichend ist.

(3) Pflegebedürftig im Sinne der Verordnung ist, wer für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Pflege nicht nur vorübergehend bedarf.

§ 6 Fachkräfte

¹Fachkräfte im Sinne dieser Verordnung müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt.

²Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer, Krankenpflegerhelferinnen und Krankenpflegehelfer sowie vergleichbare Hilfskräfte sind keine Fachkräfte im Sinne

↑ der Verordnung.



§ 7 Heime für behinderte Volljährige

In Heimen für behinderte Volljährige sind bei der Festlegung der Mindestanforderungen nach den §§ 2 bis 6 auch die Aufgaben bei der Betreuung, Förderung und Eingliederung behinderter Menschen und die besonderen Bedürfnisse der Bewohner, die sich insbesondere aus Art und Schwere der Behinderung ergeben, zu berücksichtigen.

§ 8 Fort- und Weiterbildung

- (1) ¹Der Träger des Heims ist verpflichtet, dem Leiter des Heims und den Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an Veranstaltungen berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung zu geben. ²Mehrjährig Beschäftigten, die die Anforderungen des § 6 nicht erfüllen, ist Gelegenheit zur Nachqualifizierung zu geben.
- (2) Die Verpflichtung nach Absatz 1 besteht nur, wenn sich die Veranstaltungen insbesondere auf folgende Funktionen und Tätigkeitsfelder erstrecken:
 1. Heimleitung,
 2. Wohnbereichs- und Pflegedienstleistung sowie entsprechende Leitungsaufgaben,
 3. Rehabilitation und Eingliederung sowie Förderung und Betreuung Behinderter,
 4. Förderung selbstständiger und selbstverantworteter Lebensgestaltung,
 5. aktivierende Betreuung und Pflege,
 6. Pflegekonzepte, Pflegeplanung und Pflegedokumentation,
 7. Arbeit mit verwirrten Bewohnern,
 8. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie mit Einrichtungen und Diensten des Sozial- und Gesundheitswesens,
 9. Praxisanleitung,
 10. Sterbebegleitung,
 11. rechtliche Grundlagen der fachlichen Arbeit,
 12. konzeptionelle Weiterentwicklung der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe für Behinderte.

§ 9 Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 17 Abs. 2 Nr. 1 des Heimgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 1 in Verbindung mit § 2 Abs. 2 Nr. 1 oder § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe a und b oder
2. entgegen § 1 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Satz 1 oder § 4 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe a und b Personen beschäftigt oder
3. entgegen § 1 in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Satz 1 betreuende Tätigkeiten nicht durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrnehmen lässt, die die Mindestanforderungen nach § 6 erfüllen.



§ 10 Übergangsregelungen

- (1) ¹Sind bei Inkrafttreten dieser Verordnung die in § 2 Abs. 2 Nr. 2, §§ 4 bis 7 genannten Mindestanforderungen nicht erfüllt, so kann die zuständige Behörde auf Antrag des Heimträgers angemessene Fristen zur Angleichung an die einzelnen Anforderungen einräumen. ²Die Fristen dürfen fünf Jahre vom Inkrafttreten der Verordnung an nicht überschreiten. ³Der Träger ist bis zur Entscheidung über den Antrag von der Verpflichtung zur Angleichung vorläufig befreit.
- (2) ¹Werden am 1. Oktober 1998 die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Satz 2 nicht erfüllt, kann die zuständige Behörde auf Antrag des Heimträgers eine angemessene Frist zur Angleichung, längstens bis zum 30. September 2000, einräumen. ²Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.
- (3) ¹Wer ein Heim bei Inkrafttreten dieser Verordnung leitet, ohne die Anforderungen des § 2 Abs. 2 Nr. 1 zu erfüllen, kann das Heim bis zum Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten der Verordnung weiterhin leiten. ²Nach diesem Zeitpunkt kann er nur dann Heimleiter sein, wenn er bis dahin nachweisbar an einer Bildungsmaßnahme, die wesentliche Kenntnisse und Fähigkeiten für die Leitung eines Heims vermittelt, erfolgreich teilgenommen hat. ³Eine entsprechende Bildungsmaßnahme vor Inkrafttreten dieser Verordnung ist zu berücksichtigen.
- (4) Absatz 2 gilt nicht für Heimleiter, die ein Heim bei Inkrafttreten dieser Verordnung seit mindestens fünf Jahren ununterbrochen leiten.

§ 11 Befreiungen

- (1) Die zuständige Behörde kann dem Träger eines Heims aus wichtigem Grund Befreiung von den in den § 2 Abs. 2 Nr. 1, § 4 Abs. 1 und Abs. 2 in Verbindung mit § 2 Abs. 2 Nr. 1 genannten Mindestanforderungen erteilen, wenn die Befreiung mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohner vereinbar ist.
- (2) Die Befreiung kann sich auf einzelne Anforderungen erstrecken und neben der Verpflichtung zur Angleichung an andere Anforderungen ausgesprochen werden.
- (3) Die Befreiung wird auf Antrag des Trägers erteilt. Der Träger ist bis zur Entscheidung über den Antrag von der Verpflichtung zur Angleichung vorläufig befreit.



HeimsicherungsV

Erster Teil: Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) ¹Diese Verordnung regelt die Pflichten des Trägers einer Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 des Gesetzes, der Geld oder geldwerte Leistungen zum Zwecke der Unterbringung eines Bewohners oder Bewerbers entgegennimmt (§ 14 Abs. 3 des Gesetzes). ²Sie gilt auch für Leistungen, die bereits vor Aufnahme des Betriebes einer Einrichtung entgegengenommen werden.
- (2) Als Leistungen zum Zwecke der Unterbringung im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gelten Leistungen, die über das laufende Entgelt hinaus zum Bau, zum Erwerb, zur Instandsetzung, zur Ausstattung oder zum Betrieb einer Einrichtung gewährt werden.

§ 2 Begriff des Trägers

¹Träger im Sinne dieser Verordnung sind natürliche oder juristische Personen, die eine Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 des Gesetzes betreiben oder die Aufnahme des Betriebes vorbereiten. ²Träger ist auch der Empfänger von Leistungen im Sinne des § 1, der in einer Einrichtung, für die diese Leistungen verwendet werden sollen, lediglich das Belegungsrecht ausübt.

§ 3 Verpflichtung anderer Personen

Ermächtigt der Träger andere Personen zur Entgegennahme oder Verwendung der Leistungen, so hat er sicherzustellen, dass auch diese Personen die ihm nach dieser Verordnung obliegenden Pflichten erfüllen.

§ 4 Zwingende Vorschriften

Die Pflichten des Trägers nach dieser Verordnung einschließlich der Pflichten nach § 3 können vertraglich weder ausgeschlossen noch beschränkt werden.

Zweiter Teil: Pflichten des Trägers

§ 5 Anzeige- und Informationspflicht

- (1) Lässt sich der Träger einer Einrichtung Leistungen im Sinne des § 1 versprechen oder nimmt er solche Leistungen entgegen, so hat er dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen.



- (2) Der Träger einer Einrichtung hat den Vertragspartner rechtzeitig und schriftlich vor Abschluss eines Vertrages über Leistungen im Sinne des § 1 über die sich aus diesem Vertrag ergebenden Rechte und Pflichten, insbesondere über die Sicherung der Rückzahlungsansprüche, zu informieren.

§ 6 Verwendungszweck

- (1) ¹Der Träger darf Leistungen im Sinne des § 1 nur zur Vorbereitung und Durchführung der von den Vertragsparteien bestimmten Maßnahmen verwenden. ²Diese Maßnahmen müssen sich auf Einrichtungen beziehen, in denen der Leistende oder derjenige, zu dessen Gunsten die Leistung erbracht wird, untergebracht ist oder untergebracht werden soll.
- (2) Der Träger darf Leistungen im Sinne des § 1 erst verwenden, wenn die Finanzierung der Maßnahme, für die sie gewährt werden, gesichert und in einem Finanzierungsplan ausgewiesen ist.

§ 7 Beschränkungen

- (1) Leistungen im Sinne des § 1 dürfen von dem Träger einer Einrichtung nur bis zu einer Höhe von insgesamt 30 vom Hundert der im Finanzierungsplan ausgewiesenen Kosten der Maßnahmen entgegengenommen werden.
- (2) Die Entgegennahme von Leistungen im Sinne des § 1 ist unzulässig, wenn die Eigenleistungen des Trägers 20 vom Hundert der im Finanzierungsplan ausgewiesenen Kosten der Maßnahmen nicht erreichen.
- (3) ¹Die Kosten der Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 sind zu ermitteln
1. in den Fällen des Baues von Einrichtungen in entsprechender Anwendung der Vorschriften der §§ 5 bis 10 der Zweiten Berechnungsverordnung /* in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 1975 (BGBl. I S. 569), geändert durch die Verordnung vom 18. Mai 1977 (BGBl. I S. 750), */
 2. in den Fällen der Instandsetzung von Einrichtungen in entsprechender Anwendung der §§ 7 bis 10 der Zweiten Berechnungsverordnung,
 3. in den Fällen des Erwerbs und der Ausstattung von Einrichtungen aus der von dem Träger zu entrichtenden Vergütung.
- ²Für die Ermittlung der Eigenleistungen findet § 15 der Zweiten Berechnungsverordnung entsprechend Anwendung.
- (4) Die zuständige Behörde kann Ausnahmen von Absatz 2 zulassen, wenn der Träger unmittelbar und ausschließlich steuerbegünstigte Zwecke im Sinne der §§ 51 bis 68 der Abgabenordnung vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 613), /* zuletzt geändert durch Gesetz vom 28. Februar 1978 (BGBl. I S. 333), */ verfolgt.



§ 8 Getrennte Verwaltung

- (1) ¹Der Träger hat die ihm gewährten Leistungen im Sinne des § 1 bis zu ihrer bestimmungsmäßigen Verwendung getrennt von seinem Vermögen durch die Einrichtung eines Sonderkontos für Rechnung der einzelnen Bewerber oder Bewohner bei einem Kreditinstitut zu verwalten. ²Hierbei sind Name und Anschrift des Bewerbers oder des Bewohners anzugeben. ³Das Kreditinstitut muss eine Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb nach dem Gesetz über das Kreditwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Mai 1976 (BGBl. I S. 1121), /* geändert durch Artikel 72 des Einführungsgesetzes zur Abgabenordnung vom 14. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3341), */ besitzen.
- (2) ¹Der Träger hat das Kreditinstitut zu verpflichten, den Bewohner oder Bewerber unverzüglich zu benachrichtigen, wenn die Einlage von dritter Seite gepfändet oder das Konkursverfahren oder das Vergleichsverfahren zur Abwendung des Konkurses über das Vermögen des Trägers eröffnet wird. ²Er hat das Kreditinstitut ferner zu verpflichten, dem Bewohner oder Bewerber jederzeit Auskunft über den Stand seines Kontos zu erteilen.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für alle vom Träger an den Bewerber oder Bewohner entrichteten Zinsen.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn Bürgschaften nach § 12 Abs. 2 geleistet worden sind.

§ 9 Leistungen zum Betrieb

Die Vorschriften des § 6 Abs. 2 sowie der §§ 7 und 8 gelten nicht für Leistungen im Sinne des § 1, die zum Betrieb der Einrichtung gewährt werden.

§ 10 Verrechnung, Rückzahlung

- (1) Sollen Leistungen im Sinne des § 1 einschließlich ihrer Zinsen mit dem Entgelt im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes verrechnet werden, so sind Art, Umfang und Zeitpunkt der Verrechnung in dem Heimvertrag festzulegen.
- (2) ¹Soweit Leistungen nicht verrechnet werden, sind sie innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des Heimvertrages zurückzuzahlen. ²Zinsen sind jährlich auszuführen oder nach Satz 1 mit Zinseszinsen zurückzuzahlen.
- (3) Wird ein freiwerdender oder freigewordener Heimplatz neu belegt, so sind die Leistungen des bisherigen Bewohners ohne Einhaltung der Frist nach Absatz 2 unverzüglich in dem Umfang zurückzuzahlen, in dem der nachfolgende Bewohner für die Belegung des Heimplatzes eine Leistung im Sinne des § 1 erbracht hat.



§ 11 Sicherheitsleistungen

- (1) ¹Der Träger einer Einrichtung hat bei Entgegennahme von Leistungen im Sinne des § 1 etwaige Ansprüche auf Rückzahlung nach § 14 Abs. 3 des Gesetzes zu sichern. ²Sicherheiten sind so zu leisten, dass die Gefahr eines nicht unerheblichen finanziellen Ausfalles für den Bewohner oder den Bewerber, insbesondere infolge Zahlungsunfähigkeit des Trägers, ausgeschlossen wird. ³Sie können insbesondere durch die in § 12 genannten Formen geleistet werden.
- (2) Sicherheitsleistungen können in mehreren Formen nebeneinander oder durch mehrere Leistungen derselben Form gewährt werden.
- (3) Bei Entgeltvorauszahlung entfällt die Pflicht zur Sicherheitsleistung, wenn die Summe der Leistungen im Sinne des § 1 im Einzelfall das Zweifache des monatlich vorgesehenen Entgeltes im Sinne des § 14 Abs. 1 des Gesetzes nicht übersteigt.
- (4) Der Träger hat bei Entgegennahme von Leistungen im Sinne des § 1 dem Bewohner oder dem Bewerber die zur unmittelbaren Inanspruchnahme der Sicherheit erforderlichen Urkunden auszuhändigen.
- (5) Die Sicherheit ist in dem Umfang aufrechtzuerhalten, in dem Leistungen im Sinne des § 1 nicht verrechnet oder nicht zurückgezahlt worden sind.

§ 12 Formen der Sicherheit

- (1) ¹Die Sicherheit kann durch die Bestellung eines Grundpfandrechtes geleistet werden. ²Dabei darf eine Beleihungsgrenze von 60 vom Hundert des Verkehrswertes in der Regel nicht überschritten werden.
- (2) Die Sicherheit kann durch Bürgschaft geleistet werden. Als Bürgen kommen nur in Betracht:
 1. Juristische Personen des öffentlichen Rechts und Träger öffentlich-rechtlichen Sondervermögens mit Sitz im Geltungsbereich dieser Verordnung,
 2. Bundes- und Landesverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Sinne des § 10 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes,
 3. Kreditinstitute im Sinne des § 8 Abs. 1,
 4. Versicherungsunternehmen, die eine Erlaubnis zum Betrieb der Bürgschaftsversicherung nach dem/* Gesetz über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7631-1 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Ersten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3139), */besitzen.



- (3) ¹Die Sicherheit kann zusätzlich durch Abschluss von Versicherungen geleistet werden, soweit sie der Abgeltung von etwaigen Schadensersatzansprüchen dienen, die durch vorsätzliche, unerlaubte Handlungen des Trägers oder der in § 3 genannten Personen gegen die von ihnen entgegengenommenen Vermögenswerte entstehen. ²Als Versicherungsunternehmen sind nur solche geeignet, die
1. eine Erlaubnis zum Betrieb der Vertrauensschadensversicherung nach dem Gesetz über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen besitzen und
 2. nach ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen dem Zweck dieser Verordnung gerecht werden, insbesondere den Bewohner oder den Bewerber aus dem Versicherungsvertrag auch in den Fällen des Konkurs- und des Vergleichsverfahrens des Trägers unmittelbar berechtigten.

§ 13 Versicherungspflicht

- (1) ¹Einrichtungen, die mit Leistungen im Sinne des § 1 gebaut, erworben, instand gesetzt, ausgestattet oder betrieben werden, sind bei einem im Bundesgebiet zum Geschäftsbetrieb befugten öffentlichen oder privaten Versicherungsunternehmen in Form einer gleitenden Neuwertversicherung gegen Feuer-, Sturm- und Leitungswasserschäden zu versichern. ²In gleicher Weise ist für das Inventar der Einrichtung, das der Sicherung von Leistungen im Sinne des § 1 dient, eine Versicherung gegen Feuer, Einbruchdiebstahl und Leitungswasserschäden abzuschließen.
- (2) Die Bestellung eines Grundpfandrechtes nach § 12 Abs. 1 ist nur ausreichend, wenn das haftende Grundstück in der in Absatz 1 Satz 1 genannten Form versichert ist.

§ 14 Auskunftspflicht

¹Werden Leistungen im Sinne des § 1 mit dem Entgelt verrechnet, kann der Bewohner einmal jährlich von dem Träger Auskunft über seinen Kontostand verlangen. ²Bei Vorliegen eines besonderen Grundes ist die Auskunft jederzeit zu erteilen.

§ 15 Rechnungslegung

- (1) Der Träger hat bei Beendigung des Heimvertrages mit einem Bewohner diesem oder dessen Rechtsnachfolger Rechnung zu legen über
1. die Verrechnung der von ihm empfangenen Leistungen im Sinne des § 1,
 2. die Höhe der zu entrichtenden Zinsen,
 3. den noch zurückzuzahlenden Betrag.
- (2) Der Träger hat dem Bewohner ferner Rechnung zu legen, wenn die Leistungen des Bewohners durch Verrechnung oder in sonstiger Weise vor Beendigung des Heimvertrages voll zurückgezahlt werden.



Dritter Teil: Prüfung der Einhaltung der Pflichten

§ 16 Prüfung

- (1) Der Träger hat die Einhaltung der in den §§ 5 bis 15 genannten Pflichten für jedes Kalenderjahr, spätestens bis zum 30. September des folgenden Jahres, durch einen geeigneten Prüfer prüfen zu lassen.
- (2) Die zuständige Behörde kann aus besonderem Anlass eine außerordentliche Prüfung anordnen.
- (3) ¹Der Träger hat dem Prüfer Einsicht in die Bücher, Aufzeichnungen und Unterlagen zu gewähren. ²Er hat ihm alle Aufklärungen und Nachweise zur Durchführung einer ordnungsgemäßen Prüfung zu geben.
- (4) Die Kosten der Prüfung übernimmt der Träger.

§ 17 Aufzeichnungspflicht

¹Der Träger hat vom Zeitpunkt der Entgegennahme der Leistungen im Sinne des § 1 prüfungsfähige Aufzeichnungen zu machen sowie Unterlagen und Belege zu sammeln. ²Aus den Aufzeichnungen und Unterlagen müssen ersichtlich sein

1. Art und Höhe der Leistungen der einzelnen Bewohner oder Bewerber,
2. die Erfüllung der Anzeige- und Informationspflicht nach § 5,
3. der Verwendungszweck der Leistungen nach § 6,
4. das Verhältnis der Leistungen im Sinne des § 1 und der Eigenleistungen des Trägers zu den Gesamtkosten der Maßnahmen nach § 7,
5. die getrennte Verwaltung der Leistungen nach § 8,
6. Art, Umfang und Zeitpunkt der Verrechnung der Leistungen nach § 10 Abs. 1,
7. die Rückzahlungen der Leistungen nach § 10 Abs. 2,
8. geleistete Sicherheiten nach § 11,
9. der Abschluss von Versicherungen nach § 13,
10. die Rechnungslegung nach § 15.

§ 18 Prüfer

- (1) Geeignete Prüfer im Sinne des § 16 Abs. 1 Satz 1 sind:
 1. Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Wirtschaftsprüfungs- und Buchprüfungsgesellschaften,
 2. Prüfungsverbände, zu deren gesetzlichem oder satzungsmäßigem Zweck die regelmäßige und außerordentliche Prüfung ihrer Mitglieder gehört, sofern
 - a) von ihren gesetzlichen Vertretern mindestens einer Wirtschaftsprüfer ist,



- b) sie die Voraussetzungen des § 63b Abs. 5 des Gesetzes betreffend die Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4125-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 29. Juli 1976 (BGBl. I S. 2034), erfüllen oder
- c) sie sich für ihre Prüfungstätigkeit selbstständiger Wirtschaftsprüfer oder vereidigter Buchprüfer oder einer Wirtschaftsprüfungs- oder Buchprüfungsgesellschaft bedienen,
3. sonstige Personen, die öffentlich bestellt oder zugelassen worden sind und auf Grund ihrer Vorbildung und Erfahrung in der Lage sind, eine ordnungsgemäße Prüfung durchzuführen.
- (2) Ungeeignet als Prüfer sind Personen, bei denen die Besorgnis der Befangenheit besteht.
- (3) ¹Der Prüfer ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. ²Er darf insbesondere nicht unbefugt Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse verwerten, die ihm bei der Prüfung bekannt geworden sind.
- (4) Der Prüfer hat bei Verletzung seiner Pflicht nach Absatz 3 den hieraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

§ 19 Prüfungsbericht

- (1) ¹Das Ergebnis der Prüfung ist unverzüglich nach ihrer Durchführung in einem Prüfungsbericht festzuhalten. ²Dieser Bericht muss den Vermerk enthalten, ob und gegebenenfalls in welcher Form der Träger gegen die ihm obliegenden Pflichten nach den §§ 5 bis 15 verstoßen hat.
- (2) Ergeben sich bei der Prüfung, insbesondere bei Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen, Meinungsverschiedenheiten zwischen Prüfer und Träger, so ist dies im Prüfungsbericht unter Angabe der Gründe zu vermerken.
- (3) Der Prüfer hat den Prüfungsbericht unverzüglich nach seiner Erstellung der zuständigen Behörde zuzuleiten.

¹Der Träger hat Bewohner oder Bewerber, die Leistungen im Sinne des § 1 gewährt haben, von der Durchführung der Prüfung zu unterrichten. ²Der Prüfungsbericht kann von ihnen und von einem Vertreter des Heimbeirates eingesehen werden.



Vierter Teil: Ordnungswidrigkeiten und Schlussvorschriften

§ 20 Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 17 Abs. 1 Nr. 3 des Heimgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. einer Vorschrift des § 5 Abs. 1 oder 2 über die Anzeige- und Informationspflicht zuwiderhandelt,
2. Leistungen entgegen § 6 Abs. 1 nicht für den bestimmten Zweck oder entgegen § 6 Abs. 2 verwendet,
3. der Vorschrift des § 8 Abs. 1 über die Einrichtung eines Sonderkontos zuwiderhandelt,
4. entgegen § 11 Abs. 1 Sicherheit nicht leistet oder entgegen § 11 Abs. 5 die Sicherheit nicht aufrechterhält,
5. entgegen § 15 nicht, nicht richtig oder nicht vollständig Rechnung legt,
6. einer Vorschrift des § 16 Abs. 1 oder 3 über die Prüfung zuwiderhandelt,
7. entgegen § 17 Aufzeichnungen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht oder Unterlagen oder Belege nicht sammelt,
8. entgegen § 19 Abs. 3 den Prüfungsbericht nicht zuleitet.

§ 21 Übergangsvorschriften und Befreiungen

- (1) Die Vorschriften der Verordnung finden keine Anwendung auf Leistungen im Sinne des § 1, die vor Inkrafttreten der Verordnung versprochen oder erbracht worden sind.
- (2) ¹Die zuständige Behörde kann den Träger einer Einrichtung von den in § 10 Abs. 2 und § 11 der Verordnung festgelegten Pflichten ganz oder teilweise befreien, wenn deren Erfüllung eine im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung bereits bestehende Einrichtung in ihrem wirtschaftlichen Bestand gefährdet.
²Die Befreiung von den Pflichten nach § 11 kann nur befristet erteilt werden.



3.3 Materialien aus der Praxis der Heimaufsicht

Wie die Fülle der uns von den Heimaufsichtsbehörden im Rahmen unserer schriftlichen Befragung (siehe Anhang 3.1) freundlicherweise zugesandten Materialien zeigt, ist die Praxis der Dokumentation der Tätigkeit der Heimaufsicht sehr vielgestaltig und lässt sich auf keinen einheitlichen Nenner bringen. Deshalb haben wir uns entschieden, einige aus unserer Sicht wichtige Hinweise zu Inhalt und Gestaltung der Überwachungs- und Prüfungsdokumentation zu geben mit dem Ziel, den Heimaufsichtsbehörden Anregungen zur Weiterentwicklung ihres Instrumentariums und praktische Beispiele für Gestaltungsmöglichkeiten zu liefern.

Die Auswahl der Dokumente ist subjektiv und beruht auf einer vergleichenden Durchsicht des Materials anhand einzelner formaler und inhaltlicher Kriterien. Es wird nicht der Anspruch erhoben, ein umfassendes Standard-Instrumentarium vorzustellen, das von allen anderen Behörden einfach übernommen werden könnte. Vielmehr sollen die präsentierten Dokumente als positive Beispiele zur eigenständigen Weiterentwicklung und Verbesserung dienen. Dabei ist das Ziel, die einzelnen Komponenten der Dokumentation so aufeinander aufzubauen, dass insgesamt ein aussagekräftiges Bild über die Qualität des Versorgungsgeschehens in den einzelnen Heimen entsteht. Ferner sollte bedacht werden, dass eine Vereinheitlichung des Instrumentariums nicht nur der Heimaufsichtsbehörde ihre Aufgabe erleichtert, sondern auch von Heimträgern als Qualitätsmerkmal der Heimaufsicht wahrgenommen wird.

Ganz allgemein sollte das Instrumentarium der Heimaufsicht folgenden Ansprüchen genügen:

- Es sollte aus verschiedenen Komponenten bzw. Modulen aufgebaut sein.
- Die verschiedenen Teile bzw. Module sollen ein einheitliches System bilden.
- Es sollte klar strukturiert und übersichtlich sein, insbesondere eine schnelle Mängelfeststellung ermöglichen.
- Es sollte ständig aktualisiert und weiterentwickelt werden.
- Es sollte eine gute Grundlage für die Beratung der Einrichtungen darstellen.
- Es sollte für Sekundäranalysen geeignet sein, insbesondere zur regionalen bzw. flächendeckenden Erfassung von Qualitätsmängeln.

Die ausgewählten Dokumente sind in vier Sparten eingeteilt, und zwar: Hinweise und Empfehlungen für Heimbetreiber, Stammblätter für einzelne Einrichtungen, Materialien zur Prüfungsvorbereitung sowie Nachschau- und Begehungsbögen. Welche Dokumente dies im Einzelnen sind, geht aus Übersicht A.1 hervor.



Angemerkt sei, dass wir keine Dokumente zum Anzeigeverfahren ausgewählt haben. In der Praxis wird meist nach Alteneinrichtungen und Behinderteneinrichtungen geschieden, wobei eine Reihe einzelner Formulare verwendet werden, z.B. Raumnutzungsverzeichnisse, Vermögensübersichten, Angaben zur Person (des Trägers, der Heimleitung, der PDL), Personallisten usw. Zur Dokumentation des Anzeigeverfahrens ist auf Folgendes hinzuweisen⁸³:

- Die gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen sollten klar und übersichtlich dargestellt sein.
- Es muss klar und deutlich erkennbar sein, welche Unterlagen ein- bzw. nachgereicht werden müssen.
- Die Grunddaten der Einrichtung müssen schnell in das Stammbblatt der Einrichtung übertragbar sein.

ÜBERSICHT A.1: VERWENDETE MATERIALIEN IM ANHANG

3.1 Hinweise und Merkblätter für Heimbetreiber	Quelle:
1 Empfehlungen zum Umgang mit der Pflegedokumentation, Heimaufsicht München	Heimaufsicht München (Landeshauptstadt)
2 Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Heimaufsicht München (Landeshauptstadt)
3 Anforderungsempfehlungen an Wohn- und Betreuungskonzepte für alte Menschen mit Demenz	Heimaufsichtsbehörden Rheinland-Pfalz
4 Merkblatt zur Delegation ärztlicher Leistungen auf das Pflegepersonal in Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Kurzzeitpflege	Heimaufsichtsbehörden Rheinland-Pfalz
5 Hinweise zur Pflege und Betreuung von Bewohnern mit apallischem Syndrom in vollstationären Pflegeeinrichtungen	Heimaufsichtsbehörden Rheinland-Pfalz
3.2 Stammbblätter für stationäre Einrichtungen	
6 Stammbblatt des Bayerischen Staatsministeriums	STMAS Bayern
7 Muster Stammbblatt (Auszug)	Heimaufsicht Landratsamt Hof
3.3 Vorbereitung der Prüfung	
8 Checkliste für anzufordernde Unterlagen der zu kontrollierenden Heime der Behinderten- und Altenhilfe	Heimaufsicht München (Landeshauptstadt)
9 Auskunftsbögen für Träger	Heimaufsicht Koblenz
3.4 Heimbegehungs-/ Nachschaubögen	
10 Prüfbogen Heimaufsicht	Heimaufsichtsbehörden Sachsen-Anhalt
11 Heimbesichtigungsbogen	Heimaufsicht Bayreuth (Landratsamt)



⁸³ Vgl. hierzu Kapitel 2.5



3.3.1 Hinweise und Merkblätter für Heimbetreiber

Hinweise und Empfehlungen für die Träger können sehr unterschiedliche Themenbereiche abdecken, entsprechend der Vielgestaltigkeit der Versorgungsabläufe in den Heimen. Wegen ihrer besonderen praktischen Relevanz haben wir Hinweise zur Pflegedokumentation und zu freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgewählt, außerdem weitere Merkblätter im Hinblick auf an Demenz erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner, für die spezielle Gruppe der Apalliker (Wachkomapatienten) sowie Hinweise zur Delegation ärztlicher Leistungen auf das Pflegepersonal. Dies ist allerdings nur eine kleine Auswahl möglicher Themen. Generell sollte die Heimaufsicht möglichst viele fachrelevante Informationen für Heimträger erarbeiten und bereit halten. Weitere Bereiche wären etwa Hinweise zu Qualitätssicherung und -management, Hygienevorschriften, Umgang mit Arzneimitteln, Verwaltung des Heimbetriebs etc., um nur einiges zu nennen.

3.3.2 Stammbblätter für stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe

Das Stammbblatt ist gewissermaßen der Kernbestandteil des Dokumentationssystems der Heimaufsicht, weil darin die Angaben aus der Heimanzeige und den Überwachungs- und Prüfprotokollen zusammengeführt werden. Aus dem Stammbblatt sollte jederzeit der aktuelle Zustand der Versorgungsqualität einer Einrichtung erkennbar sein. Alle anderen Dokumente, insbesondere die Nachschaubögen, sollten so gestaltet sein, dass sie leicht in das Stammbblatt integriert werden können; besonders die Ergebnisse der anlassbezogenen Prüfungen müssen schnell eingespeist werden können. Fast schon selbstverständlich ist die Empfehlung, das Dokumentationssystem auf EDV-Basis einzurichten bzw. darauf hin zu arbeiten. Als praktische Beispiele haben wir das Stammbblatt-Formular des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung ausgewählt sowie einen Auszug des Stammbblattes von der Heimaufsicht des Landratsamtes Hof. An letzterem gefällt z.B., dass auf einen Blick ersichtlich wird, wann Prüfungen stattgefunden haben und welche Mängel festgestellt wurden.

3.3.3 Vorbereitung der Prüfung

Die Überprüfung der Einrichtungen vor Ort erfordert sorgfältige und umfangreiche Vorarbeiten. Als Gedankenstütze sollten bei der Begehung Checklisten benutzt werden. Eine derartige Checkliste ist eine Handlungsanweisung für die Prüfer, kein Erhebungsbogen. Häufig werden auch im Vorfeld Auskunftsbögen an die Einrichtungen verschickt, um die Begehung möglichst Zeit sparend zu gestalten. Als Beispiele haben wir eine Checkliste der Heimaufsicht der Landeshauptstadt München und einen Auskunftsbogen für Träger der Heimaufsicht Koblenz ausgewählt. Letzterer fällt besonders durch seine gute optische Gestaltung auf.



3.3.4 Heimbegehungs-/Nachschaubögen

Nachschau- bzw. Begehungsbögen sind das zentrale Instrument zur Feststellung von Mängeln, entsprechend viel Sorgfalt sollte auf ihre Gestaltung verwendet werden. Da sie keinem Standard unterliegen, werden sie auf der Grundlage praktischer Erfahrungen ständig weiterentwickelt. Häufig werden, z.B. in Bayern, Muster übergeordneter Behörden verwendet bzw. modifiziert. Bezüglich der Entwicklung des Instrumentariums können folgende allgemeine Empfehlungen gegeben werden:

- Das Instrumentarium muss flexibel, d.h. für jeden Prüfungsschwerpunkt verwendbar und geeignet sein.
- Dazu sollte der Erhebungsbogen in einzelne Module eingeteilt werden.
- Auf jedem Modul-Bogen sollten die festgestellten Qualitätsmängel eindeutig und klar erkennbar sein.
- Es sollte ein einheitlicher Bogen für alle Arten von Einrichtungen entwickelt werden, wobei je nach Einrichtungstyp speziell angepasste Module verwendet werden sollten, insbesondere für Einrichtungen der Behindertenhilfe und Einrichtungen, für die das HeimG nur teilweise gilt.⁸⁴

Zur Anregung sind die Nachschaubögen aus Bayreuth und Sachsen-Anhalt abgebildet. Der Nachschaubogen aus Bayreuth ist eine Modifikation des Musters des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Positiv hervorzuheben ist besonders der Aspekt, dass zu jedem erhobenen Merkmal sofort erkennbar ist, ob ein Mangel vorhanden ist oder nicht. Dadurch wird ein schneller Überblick und eine mögliche empirische Auswertung wesentlich erleichtert. Als zweites Beispiel haben wir den Nachschaubogen aus Sachsen-Anhalt ausgewählt, an dem ebenfalls die Übersichtlichkeit sowie der modulare Aufbau positiv auffällt.

 ⁸⁴ Vgl. hierzu Kapitel 2.3



Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
Internet: www.bmfsfj.de

Projektleitung:
Dr. Eckart Schnabel

Bearbeitung:
Dipl. Soz.-Geront. Martina Getta
M.A. Klaus Schmitz

Stand:
Winter 2004

Gestaltung:
KIWI GmbH, Osnabrück

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der
Bundesregierung; es wird kostenlos abgegeben und ist
nicht zum Verkauf bestimmt.

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50*
Fax: 0 18 88/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 7–19 Uhr

* nur Anrufe aus dem Festnetz, 9–18 Uhr 4,6 Cent,
sonst 2,5 Cent pro angefangene Minute