

**Dr. med. Thomas Hilbert**  
Abteilungsleiter

Zimmer 0.018/0.019

Telefon 0421 361 - 6189  
Telefax 0421 361 - 16739Thomas.Hilbert@  
Gesundheitsamt.Bremen.deDatum und Zeichen  
Ihres Schreibens:Unser Zeichen:  
Dr. Hi/  
(bitte bei Antwort angeben)

Bremen, 20.01.2009

## Heimbegehungen durch das Gesundheitsamt Bremen – Bericht für die Deputation für Arbeit und Gesundheit am 12.02.2009

### 1. Vorbemerkung

Das Gesundheitsamt Bremen führt in großem Umfang Begehungen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, der Behindertenhilfe, in Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke und in Tagespflegeeinrichtungen durch.

Der hier vorgelegte Bericht soll dazu einen Überblick bieten, Entwicklungen darstellen und zur Diskussion stellen und mögliche Optionen aufzeigen. Eingeflossen sind Informationen und Daten aller beteiligten Fachbereiche des Gesundheitsamtes und der Heimaufsicht.

### 2. Rechtlicher Rahmen und Hintergrund

Bei den Heimbegehungen durch Gesundheitsämter verbinden sich originäre, eigene Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Aufgaben der Heimaufsicht (im Referat 52 der Senatorischen Behörde), für die das Gesundheitsamt die Rolle einer fachlichen Beratung übernimmt.

Rechtsgrundlagen für Heimbegehungen in eigener Zuständigkeit finden sich in den §§ 16 und 25 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen und in § 36 Infektionsschutzgesetz.

Zusammenarbeit mit und Fachberatung für die Heimaufsicht sind im Heimgesetz geregelt (besonders in den §§ 11, 15 und 16). Das gilt auch für das künftige, nach der Föderalismusreform von 2006 notwendig gewordene Bremische Heim-



gesetz, für das inzwischen Eckpunkte vorliegen und das sich im Beratungsprozess befindet.

Für das Gesundheitsamt von Bedeutung ist ferner die Verordnung über die Aufbewahrung und Verabreichung von Arzneimitteln in Alten- und Pflegeheimen.

Eine Bremer Besonderheit ist die direkte Beteiligung des Gesundheitsamtes an der Arbeitsgemeinschaft mit Heimaufsicht, Pflegekassen, Sozialhilfeträger und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach § 20 Heimgesetz. Mit Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft haben sich Informationsfluss und Abstimmung beispielsweise über Planungen von Einrichtungsträgern, zu Begehungen und Kommunikation über „auffällig“ gewordene Einrichtungen deutlich verbessert.

An den Heimbegehungen sind mit unterschiedlicher Fachlichkeit und unterschiedlichen Prüfaufgaben drei Arbeitsbereiche des Gesundheitsamtes beteiligt: das Referat 30 (Infektionsepidemiologie, Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene), der Sozialmedizinische Dienst für Erwachsene und das Referat 50 (Steuerungsstelle Psychiatrie).

Bei den Begehungen sind grundsätzlich zu unterscheiden angemeldete Begehungen, unangemeldete Begehungen und anlassbezogene Überprüfungen, die sowohl angemeldet wie unangemeldet stattfinden und denen meist Beschwerden zugrunde liegen.

Die angemeldeten Begehungen nach § 15 Heimgesetz werden in aller Regel von den Mitarbeitern der Heimaufsicht geplant, und an ihnen beteiligen sich Referat 30, der Sozialmedizinische Dienst für Erwachsene und bei Einrichtungen für Psychisch Kranke auch die Steuerungsstelle Psychiatrie. Die Begehungen werden durch einen mehrseitigen Erhebungsbogen vorbereitet, der 2001 gemeinsam von Gesundheitsamt und Heimaufsicht entwickelt wurde (siehe Anlage). Bei unangemeldeten Begehungen, die seit 2007 verstärkt durchgeführt werden, wird je nach Einrichtungstyp oder Beschwerde fallbezogen entschieden, wer sich aus dem Gesundheitsamt beteiligt. Gleiches gilt für anlassbezogene Überprüfungen.

Bei besonderen Anlässen und Problemen werden gemeinsame Begehungen mit den Kollegen des MDK verabredet und organisiert.

Wegen der eigenständigen Aufgabenwahrnehmung in der Überwachung der Infektionshygiene von Einrichtungen führt das Referat 30 zahlreiche Begehungen durch, die unabhängig sind von der Besuchsplanung der Heimaufsicht.



Neben den eigentlichen Begehungen führen alle Arbeitsbereiche des Gesundheitsamtes Beratungen von Einrichtungen durch, die entweder telefonisch oder schriftlich erfolgen oder zu einem Besuch in der Einrichtung führen.

Die Beteiligung des Gesundheitsamtes an Begehungen im Rahmen der Heimaufsicht wurde in den vergangenen beiden Jahren aus mehreren Gründen zunehmend angefordert.

1. Die letzte Novellierung des Heimgesetzes im Jahr 2001 erhob jährliche Begehungen durch die Heimaufsichtsbehörden „grundsätzlich“ zur Pflicht, die in Bremen seit 2007 nach Verstärkung der Heimaufsicht nun schrittweise umgesetzt wird.
2. Seit 2001 sind Tagespflegeeinrichtungen in den Geltungsbereich des Heimgesetzes aufgenommen worden.
3. Die Anzahl der Altenpflegeeinrichtungen und damit auch die Platzzahl steigen kontinuierlich, während es bei heimstationären Einrichtungen für Behinderte und für chronisch psychisch Kranke im Laufe der letzten Jahre nur geringe Schwankungen bei Platzzahl und Zahl der Einrichtungen gegeben hat (Tabelle 1)

**Tabelle 1:** Entwicklung von Einrichtungszahlen und Platzzahlen (Stadt Bremen) <sup>1)</sup>

<b>Altenhilfe</b>						
	<b>2008</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2003</b>	<b>1996</b>	<b>1992</b>
Zahl der stationären Alteneinrichtungen	79	75	75	69	56	56
Zahl der vollstationären Pflegeplätze <sup>2)</sup>	5.200	5.105	5.040	4.503	3.318	3.077
<b>Einrichtungen für Behinderte</b>						
	<b>2008</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2003</b>	<b>1995</b>	<b>1992</b>
Zahl der Einrichtungen	60	60	62	60	k. A.	k. A.
Plätze (Wohnheime, Außenwohnungen, Wohntraining)	878	879	898	889	840	k. A.

(1) Statistisches Landesamt Bremen (2008), Senator f. Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2008)

(2) eigene Schätzung für das Jahr 2008



Bei den Alteneinrichtungen ist aus Gründen der Vergleichbarkeit nur die Platzzahl in der stationären Dauerpflege aufgeführt.

Die Einrichtungen für Behinderte haben häufig zwei oder mehrere Standorte. Dadurch erhöht sich die Zahl der zu begehenden Wohneinheiten auf 82 (2008). Hinzukommen 13 Einrichtungen für Psychisch Kranke (2008). Folgt man diesen Zahlen, wären auf der Grundlage des Heimgesetzes im Prinzip 174 (!) Einrichtungen im Kalenderjahr zu begehenden.

### **3. Inhaltliche Aspekte der Begehungen durch das GA**

Alle Begehungen – ob mit oder ohne Heimaufsicht – verfolgen das Ziel der Qualitätsbeobachtung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in den heimstationären Einrichtungen.

Zwischen den Prüfungen der Heimaufsicht und des Gesundheitsamtes und den Qualitätsprüfungen durch den MDK nach § 112 (in Verbindung mit § 114) SGB XI gibt es zwei entscheidende Unterschiede:

1. Während Heimaufsicht und Gesundheitsamt Begehungen in eigener Zuständigkeit planen und durchführen, werden die Kolleginnen und Kollegen des MDK im Auftrag der Verbände der Pflegekassen tätig. Für gemeinsam organisierte Begehungen ist daher eine Absprache mit den Verbänden der Pflegekassen erforderlich (und im Übrigen auch sinnvoll). Bei den bisherigen gemeinsamen Überprüfungen sind in der Regel Hinweise auf Mängel oder gravierende Beschwerden vorausgegangen.
2. Die Qualitätsprüfungen des MDK sind durch stichprobenartige und gründliche (pflegefachliche) Untersuchung und Befragung von Heimbewohnern auf die Ergebnisqualität fokussiert, decken aber auch Struktur- und Prozessqualität ab. Heimaufsicht und Gesundheitsamt prüfen überwiegend Struktur- und Prozessqualität der Einrichtungen, erfassen aber auch Aspekte der Ergebnisqualität. Die persönliche Untersuchung von Heimbewohnern kommt vor, wenn ein Anlass dazu besteht und die erforderliche Zustimmung vorliegt. Daher gibt es Schnittmengen. Weil inzwischen der Austausch von Prüfberichten vereinbart ist und auch oft praktiziert wird, können Begehungstermine aufeinander abgestimmt und die Belastung der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter reduziert werden.



Prüfungsschwerpunkte des Gesundheitsamtes sind:

1. Die Hygiene in Einrichtungen, was bauliche und organisatorische Voraussetzungen, hygienisches Arbeiten mit und bei den Bewohnern, Einsatz von Geräten, Umgang mit infektiösen Erkrankungen, Reinigungszustand und noch viele weitere Aspekte umfasst. Dazu hat das Referat 30 ausführliche Hygienestandards entwickelt, die zwischen Einrichtungen mit medizinisch – pflegerischer Versorgung und Einrichtungen familiären Charakters ohne medizinisch – pflegerische Versorgung unterscheiden. Diese Standards werden regelmäßig aktualisiert und dem Stand der Wissenschaft angepasst, zuletzt im Dezember 2008; sie stützen sich beispielsweise auf Richtlinien des Robert-Koch-Instituts und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) oder anderer Fachgesellschaften.

Aussagen zur Ergebnisqualität sind eingeschränkt möglich, weil beispielsweise die Reinigungsleistung bei Begehungen unmittelbar sichtbar wird.

2. Die Prüfung der Aufbewahrung und Verabreichung von Medikamenten ist eine teils organisatorisch – technische (Kühlschränke, abschließbare Schränke, separate Aufbewahrung von Betäubungsmitteln), teils bewohnerbezogene und stichprobenartige Prüfung, bei der die vorhandenen Medikamente mit den schriftlichen Verordnungen in der Dokumentation und beides mit dem Verteilungssystem (meist wöchentlich befüllte Dosetts) abgeglichen werden.
3. Stichprobenartige Prüfung der gesamten Dokumentation und einzelner Schwerpunkte der pflegerischen Versorgung wie Qualität der Ernährungspläne bei PEG – Sondenträgern, Dokumentation von Gewichtsverläufen, Methoden der Einschätzung des Decubitusrisikos und des Sturzrisikos von Bewohnern, Vollständigkeit und Aktualität von Pflegeplanungen und biographischen Anamnesen. Wesentlich ist dabei immer die Frage, ob Beobachtungen der Pflegenden und dokumentierte gesundheitliche oder andere Probleme zu nachvollziehbaren und plausiblen, dokumentierten Maßnahmen geführt haben. Auch hier sind manchmal Aussagen zur Ergebnisqualität möglich.
4. Weitere Qualitätsaspekte der heimstationären Versorgung, die regelmäßig gemeinsam mit der Heimaufsicht angesprochen werden, sind Tagesstruktur, Aktivitäten, psychosoziale Betreuung, Essenversorgung, vorhandene pflegerische oder pädagogische Standards, Personalausstattung etc.



Methodisch beginnen die zumeist mehrstündigen (manchmal auch mehrtägigen) Begehungen mit einem ausführlichen Eingangsgespräch, bei dem gemeinsam der ausgefüllte Erhebungsbogen besprochen und kommentiert, manchmal auch ergänzt und korrigiert wird. Bei unangemeldeten Begehungen, zu denen logischerweise kein vorab ausgefüllter Erhebungsbogen vorliegt, werden im Eingangsgespräch die notwendigen Grundinformationen abgefragt. Gesprächsteilnehmer von Seiten der Einrichtungen sind regelmäßig die Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Hauswirtschaftsleitungen, Mitglieder des Heimbeirats und bei Bedarf weitere Mitarbeiter.

Die eigentliche Begehung schließt sich an. In der Regel prüfen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht und des Gesundheitsamtes getrennt mit Ansprechpartnern der Einrichtung ihre fachlichen Schwerpunkte und protokollieren Beobachtungen und Mängel. Die Ergebnisse der arbeitsteiligen Prüfungen werden in einem abschließenden gemeinsamen Auswertungsgespräch dargestellt und bewertet. Mängel werden sofort angesprochen und sich daraus ableitende Forderungen oder Empfehlungen unmittelbar mitgeteilt, damit die Einrichtungen möglichst zeitnah und schon vor Eingang der schriftlichen Begehungsberichte die notwendigen Maßnahmen initiieren können.

Es ist das Ziel des Gesundheitsamtes, bei Begehungen kontrollierende und beratende Aspekte konstruktiv miteinander zu verbinden und sich auf Verbesserungsvorschläge oder Veränderungsbedarf mit den Mitarbeitern der Einrichtungen möglichst einvernehmlich zu verständigen. Dazu gehört auch positives Feedback, wenn Qualitätsverbesserungen im Vergleich zu vorherigen Begehungen sichtbar geworden sind.

#### **4. Quantitative Angaben zu Begehungen durch das Gesundheitsamt**

Die drei beteiligten Fachbereiche des Gesundheitsamtes führen Begehungen in unterschiedlicher Frequenz durch. Ausschlaggebend dafür sind fachliche Gesichtspunkte, Einrichtungstyp und Vorerfahrungen mit der Einrichtung oder ihrem Träger; nicht jeder Fachbereich muss bei jeder Begehung vertreten sein. Ferner spielen auch personelle Ressourcen eine Rolle.

Die Vorstellung, Mitarbeiter des Gesundheitsamtes könnten jedes Jahr 174 Einrichtungen besuchen, wäre allerdings deutlich unrealistisch. Entscheidend ist vielmehr die Frage, nach welchen Kriterien Prioritäten gesetzt werden (siehe unter 7.).



Tabelle 2 gibt einen Überblick über alle Begehungen durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes in den vergangenen drei Jahren. Die Gesamtzahl ist nicht identisch mit der Zahl der begangenen Einrichtungen, weil je nach Einrichtung und Prüfumfang auch gemeinsam begangen wird, Statistiken jedoch in allen drei Fachbereichen geführt werden.

**Tabelle 2: Anzahl** der Begehungen durch das Gesundheitsamt 2006 - 2008

	2008	2007	2006
Referat 30 (einschließlich Beratungsbesuche)	85	88	70
Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene	23	14	22
Steuerungsstelle Psychiatrie (ohne Zusatztermine)	10	10	10
<b>Alle Begehungen des GA</b>	<b>118</b>	<b>112</b>	<b>102</b>

Differenziert man die Begehungen nach Einrichtungstypen (Tabelle 3), zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt der Prüfungen in Altenpflegeheimen – ein zu erwartender Befund, der auch der Schwerpunktsetzung des Gesundheitsamtes entspricht.

**Tabelle 3: Typ** der begangenen Einrichtungen 2006 – 2008

	2008	2007	2006
Einrichtungen der Altenhilfe	84	74	79
Einrichtungen für Behinderte	24	28	13
Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke	10	10	10
<b>Alle Begehungen</b>	<b>118</b>	<b>112</b>	<b>102</b>

Die verstärkte Durchführung unangemeldeter Begehungen, die 2007 von der Heimaufsicht gewünscht, im Gesundheitsamt aber nicht unumstritten war, hat sich inzwischen als durchaus sinnvolle Maßnahme erwiesen. Die Akzeptanz unter den Trägern ist deutlich höher, als von uns erwartet. Eine Längsschnittauswertung gibt es nicht, weil 2006 und 2007 nur wenige unangemeldete Überprüfungen stattfanden. Im Jahr 2008 hat das Gesundheitsamt 19 unangemeldete Begehungen durchgeführt oder sich daran beteiligt, davon entfielen 10 auf den Sozialmedizinischen Dienst für Erwachsene. Weitere unangemeldete Begehungen führt die Heimaufsicht durch. Beschwerden geben häufig Anlass zu unangemeldeten Begehungen.



## 5. Ergebnisse der Heimbegehungen

### 5.1 Mängel und Empfehlungen

Bei der Mehrzahl der Begehungen werden Mängel festgestellt, die unterschiedlich gravierend sind und abgestellt werden müssen, oder Beobachtungen gemacht, die zu Empfehlungen führen. Erfreulicherweise handelt es sich zumeist nicht um so schwerwiegende Mängel, dass daraus ein hohes Gefährdungspotential im Sinne gefährlicher Pflege für die Bewohner der Einrichtung folgen würde. Mängel und Beobachtungen werden während der Begehung sofort thematisiert und sind Bestandteil der zusammenfassenden Protokolle der Heimaufsicht und der eigenen Protokolle des Referates 30, die die Einrichtungen in Verbindung mit Auflagen und Fristsetzungen erhalten. Auswertung und Gewichtung der vorgefundenen Mängel sind nicht einfach, da es sich um unterschiedlich zu bewertende Problembereiche handelt. Die folgende Tabelle 4 stützt sich vor allem auf Daten des Referates 30; sie beschreibt den von uns eingeschätzten Schweregrad der vorgefundenen Mängel.

**Tabelle 4:** Gewichtung der Mängel bei Begehungen in **Alteneinrichtungen** <sup>3)</sup>

	2008	2007	2006	alle	%
keine Mängel	11	7	1	19	14,1%
geringfügige Mängel	56	26	31	113	83,7%
gravierende Mängel	1	0	2	3	2,2%
alle Begehungen	<b>68</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>135</b>	<b>100,0%</b>

In Tabelle 5 finden sich einige häufiger vorkommende Auffälligkeiten, Mängel und Probleme. Auch hier liegen Daten des Referates 30 zugrunde, ergänzt durch Daten des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene. Wir beschränken uns auf die Begehungen des Jahres 2008. Die Übersicht macht deutlich, dass in erster Linie Probleme in der Arbeitsorganisation die Ursache beobachteter Mängel und Fehler sind. An zweiter Stelle stehen baulich- strukturelle Probleme, beispielsweise zu wenige oder fehlende Funktionsräume. In der Regel

(3) 2008 einschließlich Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene (15) Die Zahl der aufgenommenen Alteneinrichtungen weicht von Tabelle 3 ab, weil hier Besuche von Einrichtungen nach Beschwerden und im Rahmen von Beratung nicht eingerechnet werden.





findet sich eine Kombination aus strukturellen, organisatorischen und fachlichen Defiziten.

**Tabelle 5:** Festgestellte Mängel während der Begehungen von Altenpflegeeinrichtungen im Jahr 2008 (N = 53 + 15)

Mängelbereiche	Häufigkeit in % in Einrichtungen
Hygieneplan (fehlerhaft oder nicht vorhanden)	56,6%
Ausstattung der Handwaschbecken (Händedesinfektionsmittel, Flüssigseifenspender, Einmalhandtücher)	56,6%
Medizinische Geräte (Absauggeräte, Sauerstoffgeräte, Vernebler, Nadelwechsel am Insulinpen)	47,2%
Sterilgut (Lagerung und Verfalldatum)	47,0%
Allgemeine Hygiene (Sauberkeit, Lüftung, usw.)	37,7%
Bauliche Hygiene (Fehlende Ausstattung, Schimmel, Naturholz, defekte Ausstattung usw.)	34,0%
Desinfektion (Fehlerhafte Ausführung, falsche Mittel, kein Mittel vorhanden)	30,2%
Mischlagerung (keine Trennung zwischen reinen und unreinen Materialien)	26,5%
Medikamentenlagerung (Medikamentenbecher, Wochendosetts, usw.)	15,1%
Harnableitung (Kathetermaterial, Katheterbeutel)	13,2%
Fehler beim Stellen der Medikamente und der Arzneimittelvergabe	26,7%
Gravierende Dokumentationsmängel	13,3%
andere organisatorische Mängel	13,3%

Andere Problembereiche, die sich einer quantitativen Darstellung entziehen, sind beispielsweise Defizite in der Tagesstruktur der Bewohner, falsche pflegerische oder pädagogische Interventionen, umständlich anmutende Arbeitsabläufe, unnötige doppelte oder mehrfache und dadurch fehleranfällige Dokumentation von Beobachtungen und Arbeitsabläufen, nicht mehr aktuelle, an den bekannten und publizierten Expertenstandards angepasste Pflegestandards.

Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes versuchen, soweit möglich beratend und empfehlend auf Probleme der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter zu reagieren. Das Referat 30 führt dazu auch Beratungen und Fortbildungen in den stationären Einrichtungen durch: In den Jahren 2006 bis 2008 wurden beispielsweise 23



Fortbildungen zur Katheterversorgung und 10 Veranstaltungen zu MRSA angeboten.

Weitere Empfehlungen beziehen sich auf Fragen zur Dokumentation, auf die Arzneimittellagerung, auf Impfungen und den Impfstatus der Bewohner, auf räumliche Umstellungen, auf Arbeitsabläufe, auf das Management pflegerischer Aufgaben, auf den Umgang mit medizinischen Problemen, auf den Arbeitsschutz von Mitarbeitern. Empfehlungen oder fachliche Vorgaben werden häufig und unbürokratisch mit den Kollegen des MDK diskutiert und abgesprochen, was sich im Sinne einheitlichen Vorgehens bestens bewährt hat.

## 5.2 Daten zur Bewohnerstruktur und Versorgung

Aus den Heimbegehungen ergeben sich Erkenntnisse über die Einrichtungen und ihre Bewohner, die im Zeitvergleich von Interesse sind und zu Interventionen führen können. Grundlage sind die Erhebungsbögen und die Gespräche mit den Mitarbeitern der Einrichtungen. Die Übersichtstabellen dieses Abschnitts zeigen beispielhaft einige relevante Befunde. Die Stichprobengröße (= Zahl der erfassten Bewohnerinnen und Bewohner) variiert in den Auswertungszeiträumen.

Der Anteil männlicher Heimbewohner hat leicht zugenommen. In den Jahren 2001 bis 2003 lag er unter 20%, seit 2005 knapp über 20%, und 2008 betrug er 28%. Diese Entwicklung war zu erwarten. In vielen Einrichtungen müsste in der Personalplanung die Gewinnung männlicher Mitarbeiter in der Pflege vorangetrieben werden.

Nach wie vor gering ist der Anteil von Heimbewohnern mit Migrationshintergrund. Er liegt zur Zeit bei 2%.

Der Anteil dementer Bewohner ist insgesamt hoch, liegt aber unterhalb gängiger Annahmen und Schätzungen. Auffallend ist jedoch der offensichtlich steigende Anteil schwerer dementieller Syndrome. Weitergehende Aussagen sind unmöglich, weil in den Erhebungsbögen nicht nach Altersgruppen und Geschlecht der dementen Bewohner unterschieden wird.

**Tabelle 6:** Anteil dementer Bewohner in Einrichtungen der Altenhilfe

Jahr	Bewohner	leichtere Demen- zen oder zeitwei- se oder leicht Verwirrte	schwere Demen- zen/ hochgradig Verwirrte	beide
1999/2000	1.156	18,4%	20,9%	39,4%
2001/2002	1.532	28,9%	20,7%	49,6%
2003	1.763	26,0%	24,3%	50,3%
2004	2.774	26,1%	24,0%	50,1%
2005	651	25,5%	27,4%	52,9%
2008	2.119	18,7%	32,0%	50,7%

Ein weiterer wichtiger Befund ist die Versorgung von Heimbewohnern mit Sonden zur künstlichen Ernährung (PEG – Sonden) und die Verwendung künstlicher Harnableitungssysteme, entweder als Blasenverweilkatheter (DK) oder als suprapubische Fistel (SPF) (Tabelle 7). Während sich beim Anteil der Bewohner, die mit PEG – Sonden versorgt sind, keine wesentlichen Änderungen darstellen, scheint die Verwendung künstlicher Harnableitungssysteme tendenziell rückläufig. Das wäre eine günstige Entwicklung, die weiter zu beobachten und zu unterstützen sein wird.

**Tabelle 7:** Versorgung mit PEG – Sonden, DK's und SPF

Jahr	Bewohner	PEG - Sonden in % der Bewohner	DK in % der Bewohner	SPF in % der Bewohner	künstl. Harnablei- tung insge- samt
1999/2000	1.156	4,0%	13,0%	3,4%	16,3%
2001/2002	1.532	4,6%	9,9%	3,1%	13,0%
2003	1.763	4,6%	11,6%	3,3%	14,9%
2004 <sup>4)</sup>	2.774	6,2%	10,2%	3,6%	13,8%
2005	651	8,5%	7,4%	5,5%	12,9%
2008	2.119	6,1%	7,2%	3,7%	10,9%

In Tabelle 8 finden sich Aussagen zur Häufigkeit von Druckgeschwüren (Dekubitus). Sie gehören zu den schweren pflegerischen Problemen und sind eine große fachliche Herausforderung für Mitarbeiter in der Pflege, die gute Kenntnisse

(4) die umfassende Erhebung des Gesundheitsamtes zu PEG – Sonden in der stationären Altenpflege in Bremen im Jahr 2004 (Becker, W., Hilbert, Th., Gesundheitswesen 2004; 66: 806-811) ergab einen höheren Anteil von 7,8 % (N = 4.300). Die Befragung wird 2009 wiederholt.



in der Wundversorgung und Geduld erfordern. Trotz regelmäßiger Einschätzung des individuellen Risikos und trotz Prophylaxe lässt sich ein Dekubitus nicht immer vermeiden. Wesentliche Schwankungen in der Häufigkeit sind uns nicht aufgefallen.

**Tabelle 8:** Dekubiti in Einrichtungen der Altenhilfe

Jahr	Bewohner	davon mit Dekubitus	%
1999/2000	1.156	53	4,6%
2001/2002	1.532	57	3,3%
2003	1.763	44	2,3%
2004	2.774	91	3,3%
2005	651	16	2,5%
2008	2.119	75	3,5%

Ein weiteres Problem sind Stürze, besonders dann, wenn sie zu Knochenbrüchen (Frakturen) oder anderen Verletzungen führen. Sturzprophylaxe und regelmäßige Einschätzung des individuellen Risikos von Bewohnern sind notwendig. Im Jahr 2008 wurden in den Erhebungen zur Heimbegehung erstmals mehr Stürze als Bewohner angegeben (Tabelle 8). Zurückzuführen ist das auf die deutlich gestiegene Sensibilität in den Einrichtungen, die inzwischen Sturzereignisse wesentlich genauer erfassen, wobei es immer wieder Unterschiede in der Einschätzung gibt, was als Sturz aufzufassen ist<sup>5</sup>). Skalen, mit denen das individuelle Sturzrisiko in Punkten erfasst wird, sind inzwischen weit verbreitet. Die Häufigkeit von Frakturen nach Stürzen hat sich bezogen auf die Bewohnerzahl dabei nicht geändert (Spalte 5). In vielen Einrichtungen werden häufiger Protektoren eingesetzt als noch vor einigen Jahren, so dass der Anteil der Frakturen nach schweren Stürzen mit 3% erfreulich niedrig ist (Spalte 6).

**Tabelle 9:** Stürze in Alteneinrichtungen

(1) Jahr	(2) Bewohner	(3) Stürze im Jahr	(4) davon mit Frakturfolge	(5) Frakturen in % der Bewohner	(6) Frakturen in % der Stürze
1999/2000	1.156	176	42	3,6%	24%
2001/2002	1.532	746	62	4,0%	8%
2003	1.763	543	77	4,4%	14%
2004	2.774	1.429	99	3,6%	7%
2005	651	433	22	3,4%	5%
2008	2.119	2.377	83	3,9%	3%

(5) Gängige Definition: „ein Sturz ist immer dann anzunehmen, wenn ein Bewohner am Boden liegend aufgefunden wird.“



## 6. Ergebnisse bei Prüfung von Beschwerden:

Beschwerden über Einrichtungen und ihre Mitarbeiter sind nicht selten. Die Prüfung ist eine Aufgabe, die hohe Sensibilität erfordert und zum Teil sehr aufwendig ist. In der Regel beschweren sich Angehörige von Bewohnern, aber auch (ehemalige) Mitarbeiter beklagen Mängel. Die Adressaten von Beschwerden sind Heimaufsicht, Pflegekassen, Gesundheitsamt, MDK, manchmal werden auch die Senatorin persönlich oder die Senatskanzlei und der Bürgermeister angesprochen. Das Gesundheitsamt wird um Überprüfung gebeten, wenn es um hygienische oder andere, im weitesten Sinne medizinische Sachverhalte geht; fallbezogen wird auch abgesprochen, ob der MDK oder das Gesundheitsamt den Klagen und Beschwerden nachgehen.

Eine quantitative Auswertung gibt es dazu nicht, da die Inhalte von Beschwerden stark variieren. Häufig sind Beschwerden über Probleme in Einrichtungen, die auf Personalmangel oder zu wenig qualifiziertes Personal zurückgeführt werden. Fehlerhafte Medikamentenvergabe wird beklagt, über Unfreundlichkeit von Mitarbeitern wird berichtet, über wenig transparente oder unverständliche Arbeitsabläufe geklagt. Manchmal wird der als hinfällig erlebte Zustand eines Heimbewohners oder einer Heimbewohnerin auf Fehler der Pflegenden oder der ganzen Einrichtung zurückgeführt.

Festzuhalten ist, dass ein großer Teil der Beschwerden in der Sache nicht begründet ist; allerdings stellt sich in den meisten Fällen die Frage, ob eine ausreichend gute Kommunikation über die subjektiv erlebten oder objektiv bestehenden Probleme zwischen Angehörigen und Mitarbeitern der Einrichtungen stattgefunden hat, bevor der „offizielle“ Beschwerdeweg beschritten wurde. In vielen, aber nicht in allen, Einrichtungen wurde ein unterschiedlich gut funktionierendes Beschwerdemanagement etabliert.

Dazu folgen drei Fallbeispiele.

### 1. Beschwerde über schlechte pflegerische Versorgung (freigemeinnütziger Träger)

Die Bekannte einer pflegebedürftigen Heimbewohnerin beschwert sich über zu wenige Ausfahrten mit einem Rollstuhl, die sie selbst mit der Bewohnerin in regelmäßigen Abständen durchgeführt hat und weiter unternehmen wollte. Die Beschaffung des dazu nötigen Rollstuhles sei zuvor von Mitarbeitern des Heimes verzögert worden. Sie klagt, man habe der Bewohnerin grundlos eine PEG – Sonde eingesetzt.



Die Überprüfung der Beschwerde im Rahmen eines unmittelbar zuvor telefonisch angekündigten Besuches führt zu dem Ergebnis, dass die Beschwerde unbegründet ist. Die schwerst demente, 86jährige Bewohnerin ist durchgängig bettlägerig geworden und auch durch zwei Pflegende nicht mehr in den Rollstuhl zu mobilisieren. Ihr Zustand hat sich innerhalb weniger Wochen rapide verschlechtert. Nahrungsaufnahme war ihr nicht mehr möglich. An der Entscheidung zur PEG – Sonde waren behandelnder Arzt, rechtlicher Betreuer und weitere Personen beteiligt. Der Entscheidungsprozeß ist adäquat und nachvollziehbar dokumentiert. Auch der Vorwurf der verzögerten Beschaffung des speziellen Rollstuhles ist unzutreffend, weil der Zeitraum von acht Wochen zwischen ärztlicher Verordnung über die Bewilligung durch die Krankenkasse bis zur Anlieferung durch ein Sanitätshaus von den Mitarbeitern des Pflegeheimes nicht zu beeinflussen ist. Vielmehr haben die Mitarbeiter übergangsweise für einen anderen Rollstuhl gesorgt.

## **2. Fehlerhafte Vergabe von Medikamenten (privater Träger)**

Sohn und Tochter eines Heimbewohners beschwerten sich bei der Heimaufsicht über beständig vorkommende fehlerhafte Medikamentenvergabe. Die Heimaufsicht erhält in Kopie mehrere Briefe an die Heimleitung, in denen Tochter und Sohne mehrfach um Abhilfe baten.

Die Überprüfung im Rahmen einer unangemeldeten Begehung bestätigt die Vorwürfe. Zwar sind die Medikamente des Bewohners inzwischen ordnungsgemäß gestellt, weil die Pflegedienstleiterin sich regelmäßig persönlich darum kümmert und das Dosett in ihrem Büro aufbewahrt, aber eine Stichprobe bei anderen Bewohnern ergibt in drei Fällen ebenfalls fehlerhaft gestellte Medikamente. Die Heimleitung räumt organisatorische Mängel ein. Die Medikamente werden nachts gestellt. Eine störungsfreie Arbeitssituation, die zum Stellen von Medikamenten unerlässlich ist, kann nicht garantiert werden. Die Heimleitung erhält die Auflage, unverzüglich den Arbeitsablauf so zu ändern, dass eine fachlich qualifizierte Kraft die Möglichkeit erhält, in Ruhe und konzentriert Medikamente zu stellen.

## **3. Fragwürdige Isolierung einer Bewohnerin (freigemeinnütziger Träger)**

Über den MDK erreicht uns die Beschwerde einer Betreuerin, dass die von ihr betreute Bewohnerin seit fast 3 Monaten in ihrem Zimmer isoliert werde. Vorausgegangen war ein Krankenhausaufenthalt, bei dem bei der Bewohnerin eine MRSA- Besiedelung im Nasen- Rachen- Raum festgestellt wurde. Seitdem wurde in der Pflegeeinrichtung eine MRSA- Sanierung versucht. Bei der Beratung stellt sich heraus, dass die Mitarbeiter der Einrichtung die gängigen Hygie-



neempfehlungen zum Umgang mit MRSA durchaus kennen. Aber aus vermeintlichen Sicherheitsgründen wird die Isolierung der Bewohnerin aufrecht erhalten. Das Gesundheitsamt bietet daraufhin kurzfristig eine Fortbildung in der Einrichtung an, um angemessene Hygienemaßnahmen beim Umgang mit MRSA-besiedelten Bewohnern zu vermitteln. Ziel ist nicht die Dauerisolierung dieser Bewohner. Es soll gezeigt werden, dass durch fachgerechte Hygienemaßnahmen in der Pflege eine MRSA-Übertragung auf andere Bewohner verhindert werden kann. So ist für die Bewohnerin die Teilnahme am Gemeinschaftsleben trotz MRSA-Besiedlung möglich.

## 7. Zusammenfassung

Die Bedeutung von Begehungen durch das Gesundheitsamt für die Qualitätssicherung der heimstationären Versorgung vor allem im Altenpflegebereich kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Da es unmöglich ist und sein wird, alle Einrichtungen jährlich zu begehen und auch nicht alle Einrichtungen besucht werden müssen, ist eine „Risikoabschätzung“ sinnvoll, aus der sich Prioritäten und ein zweckmäßiger Einsatz der personellen Ressourcen ergeben.

Begehungen können in den Einrichtungen in größeren Abständen erfolgen, bei denen sich in vorausgegangenen Besuchen keine oder nur geringfügige Mängel gezeigt haben.

Begehungen – ob angemeldet oder unangemeldet – sind sinnvoll und geboten:

1. Wenn Einrichtungen neu eröffnet worden sind,
2. Trägerwechsel stattgefunden haben,
3. nach mehrfacher Fluktuation in der Hausleitung oder der Pflegedienstleitung,
4. nach weitgehenden organisatorischen Änderungen in der Struktur und im Prozess,
5. Wenn gravierende Mängel bei einer vorhergehenden Begehung erkennbar wurden und
6. Nach gehäuften Beschwerden.

Th. Hilbert  
für Gesundheitsamt Bremen

**Anlage:****Gemeinsamer Erhebungsbogen von Gesundheitsamt und Heimaufsicht für die Begehung von  
Alteneinrichtungen <sup>6)</sup>**

Gesundheitsamt

Freie  
Hansestadt  
BremenDie Senatorin für Arbeit, Frauen,  
Gesundheit, Jugend und  
Soziales  
Heimaufsicht

Erhebungsbogen für Prüfungen nach § 15 HeimG

Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung von Prüfungen nach § 15 HeimG. Die Heimaufsicht bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und das Gesundheitsamt Bremen geben Ihnen damit die Möglichkeit, das Eingangsgespräch vorzubereiten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen bis zur Begehung so weit wie möglich aus. Schätzen Sie bitte, wenn Sie zu einer Frage keine genauen Zahlen angeben können.

Senden Sie den Fragebogen bitte rechtzeitig vor dem Prüfungstermin an die Heimaufsicht und das Gesundheitsamt zurück.

Alle Informationen werden ausschließlich den nach § 20 HeimG zu beteiligenden Stellen mitgeteilt und bleiben darüber hinaus vertraulich.

Mit der Abkürzung „BW“ ist jeweils „Bewohnerinnen und Bewohner“ gemeint.

**1. Allgemeines**

Heimträger			
Dachverband			
Name des Heimes			
Anschrift			
Fon		Fax	
E- mail			
Heimleitung			
Pflegedienstleitung			

(6) Der Erhebungsbogen wird forlaufend aktualisiert. Für Begehungen in heimstationären Einrichtungen für Behinderte wird ein modifizierter Erhebungsbogen verwendet, der beispielsweise auch die Bedarfsgruppen nach dem HMBW- Verfahren enthält.





## 2. Einrichtungsstruktur

	angeboten		z.Zt. belegt	
	EZ	DZ	EZ	DZ
Plätze gesamt				
davon Pflegeplätze				
davon Kurzzeitpflegeplätze				
davon Altenheimplätze				
davon Altenwohnheimplätze				
andere Plätze				

Zahl der Wohnbereiche	
-----------------------	--

Hinweis auf pflegefachlichen Schwerpunkt

Hinweis auf angeschlossene Betreuungsangebote außerhalb des Geltungsbereiches des Heimgesetzes:  
(z.B. Betreutes Wohnen, ambulanter Pflegedienst)

## 3. Bewohnerstruktur

### 3.1. Alter der Bewohnerinnen und Bewohnern

	Männer	Frauen
Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner		
Alter des jüngsten Bewohners		
Alter des ältesten Bewohners		
Zahl der BewohnerInnen unter 60 Jahre		

### 3.2. Migrationshintergrund

BW aus Ländern mit anderem kulturellen oder sprachlichen Hintergrund	Männer	
	Frauen	

### 3.3. Pflegestufen

Pflegestufe 0	
Pflegestufe I	
Pflegestufe II	
Pflegestufe III (inkl. Härtefall)	
noch nicht eingestuft	

**3.4. gesetzliche Betreuungen**

<i>Wirkungskreise</i>	<i>Anzahl</i>
Umfassend	
Einzelne Wirkungskreise	

**3.5. freiheitsbeschränkende Maßnahmen**

<i>Art</i>	<i>Anzahl</i>
Fixierungen                      Bauchgurt	
Bettseitenschutz	
Elektronische Kontrollsysteme	
andere Formen	

**4. Pflege und Betreuung****4.1. Pflegeprobleme**

	<i>Anzahl der betroffenen BW</i>
Rollstuhlbenutzung	
Andere Mobilitätseinschränkung (z.B. Rollator)	
Sinnesbehinderung (z.B. Blindheit oder Taubheit)	
Geistige Behinderung	
Zeitweise Verwirrtheit	
Überwiegend auftretende Verwirrtheit	
Primär psychiatrische Erkrankungen	
Dauerhafte Bettlägerigkeit	
MRSA	
Anzahl der bekannten Besiedelungen / Infektionen <i>derzeit</i> )	
Anzahl der bekannten Besiedelungen / Infektionen <i>im vergangenen Kalenderjahr</i> )	
Davon: im vergangenen Kalenderjahr aus dem Krankenhaus aufgenommen?	
Hilfsbedarf bei Nahrungsaufnahme (ohne PEG Sonden)	

**4.2. Behandlungspflege**

<i>Art der Behandlung</i>	<i>Anzahl der zu behandelnden BW</i>
Ernährung durch PEG – Sonden	
Versorgung von Decubitalulcera	
Dauerkatheter (außer suprapubisch)	



Suprapubische Katheter	
Kontrakturen	
Injektion: intravenös	
Injektion: intramuskulär	
Injektion: subkutan	

#### 4.3. Qualitätsstandards

Wie (nach welchen Standards) wird die Qualität der Betreuung und Pflege Ihrer Bewohnerinnen und Bewohnern überprüft?

#### 4.4. Betreuungskonzepte

Welche Konzepte liegen der Betreuung und Pflege in Ihrem Haus zugrunde?  
(z.B. Biografiearbeit, Validation, Konzepte für aktivierende Pflege und Sterbebegleitung)

#### 4.5. Unfälle von Bewohnerinnen und Bewohnern

Zahl der Stürze in den letzten 12 Monaten	
Davon mit der Folge von Frakturen	

#### 4.6. Externe Medizinische Betreuung

Besteht eine Schwerpunktkooperation mit einer externen Arztpraxis?	Ja	Nein
Name der Praxis:		
Besteht eine Schwerpunktkooperation mit einer Apotheke nach § 12a Apothekengesetz?	Ja	Nein
Name der Apotheke:		
Kommt ein Zahnarzt regelmäßig in das Heim?	Ja	Nein
Name der Zahnarztpraxis:		
Gesamtzahl der betreuenden niedergelassenen ÄrztInnen		



## 5. Personal

### 5.1. Zahl

<i>Beschäftigungsbereich</i>	<i>umgerechnet in Vollzeitstellen</i>	<i>geringf. Beschäft</i>
Pflege		
Hauswirtschaft		
Verwaltung		
Andere (z.B. Zivi, 1 € Jobs)		
Freiwilliges Soziales Jahr		
Nachtwachen		
<i>Gesamt</i>		

### 5.2. Qualifikation

	<i>umgerechnet in Vollzeitstellen</i>	<i>geringf. Beschäft.</i>
Examierte Altenpflegekräfte		
Examierte Krankenpflegekräfte		
Andere Fachkräfte		
Ausgebildete Hauswirtschafter/in		
MitarbeiterInnen ohne Examen, Hilfskräfte		

### 5.3. Zusatzqualifikationen

	<i>Art der Qualifikation</i>	<i>Stundenzahl</i>
Heimleitung		
Pflegedienstleitung		
Qualitätssicherung		
Hygienebeauftragte(r)		
Andere		

### 5.4. Fortbildung

		<i>Vorhanden</i>	
		<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Fortbildungsprogramm			
Fortbildungsbudget	Höhe:		



Raum für Erläuterungen:

--