



# Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen

zur Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen  
Erkrankungen / seelischen Behinderungen (SGB XII)

**Band I**  
Allgemeiner Teil  
Qualitätsstandards und Empfehlungen



[www.bezirk-oberbayern.de](http://www.bezirk-oberbayern.de)

Soziales | Gesundheit | Bildung | Kultur | Umwelt | Heimatpflege

bezirk  oberbayern



# Grußwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Menschen, die auf Grund einer seelischen Erkrankung nicht in der Lage sind, frei und selbstbestimmt zu leben, bedürfen einer intensiven medizinischen und psychosozialen Begleitung und Unterstützung. Der Umgang mit ihnen ist auch ein Gradmesser für die Qualität eines psychiatrischen Versorgungssystems. Dies gilt besonders dann, wenn sie in einem geschlossen geführten Heim unterbracht sind. Vor allem Teilhabe und Selbstbestimmung sind dort oft nur eingeschränkt möglich.

In Oberbayern gibt es derzeit in geschlossen geführten Heimen zirka 770 Plätze – das sind mehr als doppelt so viele wie im gesamten Rest der Bundesrepublik. Ein gutes Drittel der Heimbewohner stammt nicht aus Oberbayern. Diese Menschen leben hier losgelöst von ihren sozialen Bindungen. Geschätzt ein weiteres Drittel befindet sich aus freien Stücken in einer geschlossenen Umgebung.

Um die Lebensverhältnisse dieser Menschen zu verbessern, hat das Gremium Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung (GSV) im Rahmen eines Projekts Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heime erarbeitet. Die Mitglieder der Projektgruppe legten ihren Fokus auf die Entwicklung von Standards, die den Bewohnerinnen und Bewohnern – trotz des Lebens in einem geschlossenen Haus – ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit ermöglichen sollen. Gleichzeitig wurde versucht, den fachlich korrekten Umgang mit rechtlich schwierigen Fragestellungen zu beschreiben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heime erhalten dadurch eine größere Handlungssicherheit.

In diesen beiden Bänden sind die erarbeiteten Standards und Empfehlungen der Projektgruppe zusammengefasst. Sie sind in eineinhalb Jahren intensiver Zusammenarbeit entstanden und richten sich insbesondere an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der geschlossenen Heime, aber auch an alle anderen beteiligten Personen. Nicht zuletzt können diese Bände auch als Nachschlagewerk für Betroffene dienen.

Die Projektgruppe sieht die Ergebnisse als einen ersten wichtigen Schritt, um die Versorgung von Menschen in geschlossenen Heimen nachhaltig zu verbessern – mit dem Ziel, mehr Teilhabe und Selbstbestimmung für sie zu erreichen. Gelingen kann dies beispielsweise mit dem Aufbau einer wohnortnahen und dezentralen Versorgung sowie alternativen Betreuungsformen für Menschen, die freiwillig in einem geschlossenen Heim leben.

Mein Wunsch ist es, die in diesem Buch niedergelegten Standards und Leitlinien im Alltag mit Leben zu füllen und bei allen beteiligten Akteuren für deren größtmögliche Akzeptanz zu werben. Im Übrigen danke ich allen Mitgliedern der GSV-Projektgruppe für ihr Engagement und ihre intensive und gute Zusammenarbeit in einem konstruktiven Arbeitsklima.

Ihr



Josef Mederer  
Bezirkstagspräsident von Oberbayern



Liebe Leserinnen und Leser,

Wir wollen mit diesen Empfehlungen und Standards die Versorgung von psychisch kranken Menschen in geschlossenen Heimen in Oberbayern verbessern.

Wir wollen die Rechtssicherheit der im Bereich der geschlossenen Unterbringung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöhen.

Wir wollen zu verstärkten Diskussionen über die Notwendigkeit dieses Versorgungsangebots und über Versorgungsalternativen anregen.

Das waren wichtige Ausgangsüberlegungen für die Auseinandersetzung mit der Thematik der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen in geschlossenen Heimeinrichtungen, die im Arbeitskreis „kbo AK Reha+“ bereits im Jahr 2010 geführt wurden. Gemeinschaftlich haben Vertreter und Vertreterinnen der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo), der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (ARGE), der organisierten Selbsthilfe der Angehörigen und Betroffenen sowie der Sozialverwaltung des Bezirks Oberbayern erste Überlegungen erörtert, um die Versorgung von Menschen in geschlossenen Heimen in Oberbayern zu verbessern. Die ausführliche Recherche zeigte, dass es weder regional noch bundesweit fachlich verbindliche Standards für geschlossene Heimeinrichtungen gibt, eine große Rechts- und Handlungsunsicherheit besteht und sich die Verankerung der Heimeinrichtungen im regionalen Hilfesystem sehr unterschiedlich darstellt. Im Rahmen einer ersten Arbeitsgruppe unter Einbeziehung aller am Prozess Beteiligten wurde am Beispiel des Landkreises Rosenheim an diesen Themen gearbeitet und ein erster Entwurf für Standards vorgelegt.

Im Sommer 2012 haben wir uns, um der Komplexität des Themas gerecht zu werden, dazu entschieden, ein GSV-Projekt vorzuschlagen. Wir freuen uns, dass es gemeinsam mit den Akteuren aller beteiligten Schnittstellen zum ersten Mal gelungen ist, für ganz Oberbayern Grundlagen für eine qualitativ hochwertige Versorgung von psychisch kranken Menschen in geschlossenen Heimen zu schaffen. Gemeinsam wollen wir uns dafür einsetzen, diese Standards und Leitlinien zu leben.

Für die konstruktive Mitarbeit an dem Projekt, die engagierten Diskussionen und das lehrreiche Miteinander in den letzten eineinhalb Jahren bedanken wir uns bei:

*Georg Anagnostopoulos, Anthojo • Andrea Bonakdar, Landratsamt Mühldorf • Ernst Brinckmann, Bezirk Oberbayern • Winfried Gehensel, STZ Heide GmbH • Rudolf Geiger, Behindertenbeauftragter a. D. Bezirk Oberbayern • Fritz Habel, BPA • Claudia Hausberger, Behindertenbeauftragte Bezirk Oberbayern • Irmgard Hofmann, Bezirksrätin • Dietmar Hornig, Berufsbetreuer • Heiko Hüttenrauch, Soziale Dienste Psychiatrie gGmbH • Rainer Köpnick, Regierung von Oberbayern • Dr. Sebastian Kirsch, Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen • Yasemin Icsezer, kbo-Inn-Salzach-Klinikum • Elisabeth Janner, Bezirksrätin • Margit Klemer, Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V. • Herbert Leitmannstetter, Krohn-Leitmannstetter GmbH • Uwe Manns, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost • Angelika Mertin, Betreuungsstelle der LH München • Stefan Meidert, Soziale Dienste Psychiatrie gGmbH • Hannegret Neuwinger, BPA • Anika Rauscher, kbo-SPZ gGmbH • Ursula Ruck-Köthe, Betreuungsstelle LH München • Dagmar Tornier, kbo-Lech-Mangfall-Klinikum • Richard Schmidmeier, kbo-Inn-Salzach-Klinikum • Anett Spalteholz, Bezirk Oberbayern •*

*Rudolf Starzengruber*, OSPE • *Franz Straif*, Marienheim Peiting • *Eva Straub*, Landesverband Bayern APK • *Petra Tuttas*, Bezirksrätin • *Torsten Uckert*, St. Ursula GmbH • *Karin Walther*, Anthojo • *Helmtrud Weber-Sturm*, kbo-Inn-Salzach-Klinikum

#### Für die Antragssteller

*Helmut Roth*

Referatsleitung Sozialplanung,  
Koordination und Fachdienste,  
Bezirk Oberbayern

*Davor Stubican*

Referent Psychiatrie und Suchthilfe,  
Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Bezirksverband Oberbayern

*Dr. Markus Witzmann*

Leitung kbo-Vorstandsbereich  
Rehabilitation und Teilhabe

#### Für die Projektleitung

*Tobias Döring*

Regionalkoordination für  
Psychiatrie- und Suchthilfe,  
Bezirk Oberbayern

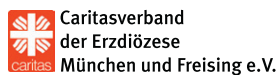
*Eva Kraus*

Abteilungsleitung Sozialpsychiatrie,  
kbo-Sozialpsychiatrisches Zentrum

*Michael Mauerer-Mollérus*

Referent Inklusion und Teilhabe,  
AWO Bezirksverband Oberbayern

Dezember 2014



Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Oberbayern

**Federführung**

AWO Bezirksverband Oberbayern e.V.





<b>Grußwort</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>1. Präambel</b>	<b>10</b>
<b>2. Einführung</b>	<b>13</b>
2.1 Hintergrund	13
2.2 GSV-Projekt 15	15
2.2.1 Anliegen, Ziel und Arbeitsauftrag	15
2.2.2 Zielgruppe	16
<b>3. Reichweite der Qualitätsstandards</b>	<b>20</b>
<b>4. Begriffsbestimmungen</b>	<b>21</b>
4.1 Zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 BGB	21
4.2 Rechtliche Vertreter (rechtliche Betreuer und Bevollmächtigte)	21
4.3 FQA / Heimaufsichtsbehörde	23
<b>5. Rechtliche und fachlich-ethische Grundlagen</b>	<b>24</b>
5.1 Rechtliche Grundlagen	24
5.2 Fachlich-ethische Grundsätze	25
<b>6. Zielsetzungen</b>	<b>26</b>
6.1 Zielsetzungen der untergebrachten Person (Betroffener)	26
6.2 Zielsetzungen des rechtlichen Vertreters	26
6.3 Zielsetzungen der Heimeinrichtung	27

<b>Einleitung</b>	<b>30</b>
<b>1. Strukturqualität</b>	<b>32</b>
1.1 Standort der Einrichtung, Versorgungs- und Einzugsgebiet	32
1.1.1 Standort	32
1.1.2 Versorgungs- und Einzugsgebiet	33
1.2 Konzeption und Organisation der Einrichtung	34
1.3 Bauliche Aspekte, Sicherheitskonzept	38
1.3.1 Allgemein	38
1.3.2 Konkrete bauliche Vorschriften	39
1.3.3 Weiterführende fachbauliche Aspekte	41
1.4 Kapazität / Größe der Einrichtung	44
1.4.1 Aktueller Stand	44
1.4.2 Größe der Gruppen und der Gesamteinrichtung	45
1.4.3 Weitere fachliche Argumente zur Größe der Einrichtung	47
1.4.4 Empfehlungen für das GSV Projekt 16	48
1.5 Qualifikation des Personals und Anzahl der Planstellen	48
1.5.1 Personalausstattung	48
1.5.2 Personalgewinnung und -erhalt	50
1.5.3 Herleitung des Personalbedarfs	50
1.5.4 Personaldichte / Betreuungsschlüssel	51
1.5.5 Qualifikation	52
1.5.6 Fachkraftquote und Einsatzbereiche von qualifizierten Hilfskräften	58
1.5.7 Zuordnung von Professionen und Funktionen in der Leistungsvereinbarung	61
1.5.8 Fort- und Weiterbildung, Supervision	62
1.6 Tagesstruktur	64
1.6.1 Tagesstruktur im Bereich Wohnen	64
1.6.2 Tagesstruktur im Bereich Arbeit	64
1.6.3 Tagesstruktur im Bereich Freizeit	65
1.7 Fachbeirat	66
1.8 Grunddaten der Qualitätsberichtserstattung	68



<b>2. Ergebnisqualität</b>	<b>70</b>
<b>3. Prozessqualität</b>	<b>72</b>
<b>4. Standards und Empfehlungen zur Vernetzung</b>	<b>73</b>
4.1 Hinweise zu den Qualitätsleitlinien Vernetzung	73
4.2 Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung	74
4.3 Vernetzung mit Angehörigen	75
4.4 Vernetzung an der „Eingangstüre“ der Heimeinrichtung	77
4.7 Vernetzung mit ambulanten Einrichtungen / Diensten	80
4.7.1 Vernetzung im Rahmen regionaler psychosozialer Verbünde	80
4.7.2 Vernetzung mit Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychosozialen Beratungsstellen	81
4.7.3 Vernetzung mit Trägern regionaler sozialpsychiatrischer Angebote zu Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung und beruflicher Rehabilitation	82
4.7.4 Vernetzung mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie	83
4.8 Vernetzung mit Semi-Professionellen und Laienhelfern	83
4.9 Vernetzung mit Behörden, Institutionen und Personen aus der Gemeinde und dem Sozialraum	84
4.10 Vernetzung an der „Ausgangstüre“ der Heimeinrichtung	85
4.11 Vernetzung geschlossener Heimeinrichtungen untereinander	89
<b>Literaturhinweise</b>	<b>92</b>
<b>Impressum</b>	<b>94</b>

# 1. Präambel

Die persönlichen Freiheitsrechte eines jeden Menschen gehören zu den höchsten Rechtsgütern in unserem Staat. Daher stehen sie auch am Anfang unseres wichtigsten Gesetzwerkes: dem Grundgesetz.

Die staatliche Gemeinschaft soll den Betroffenen ein menschenwürdiges Dasein gewährleisten und sich darüber hinaus bemühen, sie – soweit möglich – in die Gesellschaft zu integrieren, ihre angemessene Betreuung zu sichern sowie die notwendigen Pflegeeinrichtungen zu schaffen.<sup>1</sup> Wenngleich das Sozialstaatsprinzip auch die generelle Notwendigkeit einer staatlichen Fürsorge und damit eines Rechtsinstituts wie der Unterbringung zur Vermeidung der Selbstgefährdung zu begründen vermag, darf es aber andererseits nicht dazu missbraucht werden, dem Staat unter dem Deckmantel der Hilfe und Fürsorge die Möglichkeit unbeschränkter Einflussnahme auf seine Bürger und Bürgerinnen zu eröffnen. Das Sozialstaatsprinzip ist seinem Wesen nach darauf ausgerichtet, Maßnahmen auf freiwilliger Basis zur Verfügung zu stellen und damit „Hilfe zur Selbsthilfe“ anzubieten. Die aus dem Sozialstaatsprinzip abgeleitete Ermächtigung des Staates zum zwangsweisen Tätigwerden beschränkt sich daher auf Personen, die außerstande sind einen freiverantwortlichen Willen zu bilden, und erstreckt sich nicht schlechthin auf jedwede staatliche Fürsorge. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen können aus verschiedenen Gründen notwendig werden. Da sie jedoch in die Grundrechte des Betroffenen ganz massiv eingreifen, sind diese Maßnahmen nur unter strenger Beachtung einiger zwingender Voraussetzungen zulässig.

Gegenstand der hier vorgelegten Standards und Empfehlungen sind geschlossen<sup>2</sup> geführte Heimeinrichtungen für erwachsene, psychisch kranke Menschen. Aufgrund des Schutzauftrags geschlossen geführter Heimeinrichtungen (infolge einer bestehenden Selbstgefährdung der Bewohner) sind die dort tätigen Fachkräfte gezwungen, freiheitseinschränkende Maßnahmen durchzuführen (geschlossene Türen). Gleichzeitig haben diese Einrichtungen per Gesetz den Auftrag zur sozialen Rehabilitation beziehungsweise der Unterstützung gesellschaftlicher Teilhabe der Bewohner. Die hier vorgelegten Standards und Empfehlungen definieren Grundsätze und Mindestanforderungen, die dem Doppelmandat der Betreuung in geschlossen geführten Heimeinrichtungen – intensiven Schutzcharakter einerseits, Auftrag zur Unterstützung von Rehabilitation und Teilhabe andererseits – gerecht werden sollen.

Damit soll insbesondere eine Verbesserung der Transparenz für Betroffene<sup>3</sup>, Angehörige, Fachpersonal, Leistungsträger sowie die Stärkung der Handlungsfähigkeit der in der Versorgung tätigen Personen erreicht werden.

<sup>1</sup> (BVerfGE 40, 121, 133 = FamRZ 1975, 569 = NJW 1975, 1691, 1692; BVerfGE 44, 353, 375 f. = NJW 1977, 1489, 1491)

<sup>2</sup> Der Begriff „geschlossene Unterbringung“ wird in jüngster Vergangenheit vielfach differenziert und umschrieben mit Termini wie „offen mit Freiheitsbeschränkung“, „fakultativ geschlossen“, „teilgeschlossen“, „intensiv betreut“, „schützende und beschützende Hilfe“ etc. Im Rahmen des Projekts wurde das Für und Wider einzelner Bezeichnungen kontrovers diskutiert. Letztendlich gelangte man zur folgenden Übereinstimmung: Auch wenn es in einem Setting im Sinne des § 1906 BGB nicht um ein ausbruchssicheres Einsperren der Bewohner, sondern vielmehr um eine fluchthemmende Umgebung mit Schutzcharakter geht, stellen die einschränkenden Maßnahmen in letzter Konsequenz immer einen Einschluss des Betroffenen dar. Daher wird hier der Begriff „geschlossen“ verwendet.

Die Standards und Empfehlungen sollen die gemeinsame Arbeitsgrundlage für alle beteiligten Akteure – Leistungserbringer, Leistungsträger, FQA<sup>4</sup>, organisierte Betroffene und Angehörige, rechtliche Vertreter, Betreuungsvereine und Gerichte – bilden. Damit soll oberbayernweit eine einheitlich geltende Qualitätsgrundlage geschaffen werden. Sie soll in erster Linie den betroffenen psychisch kranken Menschen<sup>5</sup> und ihren Angehörigen dienen.

Aber auch Träger geschlossen geführter Heimeinrichtungen sowie das dort tätige Fachpersonal profitieren von den Standards und Empfehlungen. Für diese bieten die Ausführungen eine Orientierungshilfe, wie Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte der Bewohner durch die Mitarbeiter mitgestaltet werden können – bei gleichzeitiger Sicherheit, keine gesetzlichen Bestimmungen zu missachten beziehungsweise gesetzeswidrig zu handeln.

Letztlich nutzen die Standards und Empfehlungen auch den Leistungsträgern: Sie bieten eine multiprofessionell abgestimmte fachliche Grundlage zur Vereinbarung von Leistungen sowie zur Qualitätsentwicklung und -überprüfung in geschlossen geführten Heimeinrichtungen. Eine fachliche Auseinandersetzung mit diesem höchst sensiblen Bereich der Hilfen für psychisch kranke Menschen könnte letztlich sogar die Effektivität der Hilfen erhöhen und somit möglicherweise dazu beitragen, Aufenthalte in geschlossenen Settings zu verkürzen.

Als wichtigste anerkannte Handlungsmaxime im Bereich der Qualitätssicherung sind zu nennen:

- Qualität muss sich am Bewohner orientieren.
- Qualität wird durch Mitarbeiter aller Bereiche und Ebenen erzielt.
- Qualität umfasst viele Dimensionen, die durch Kriterien präzisiert werden müssen.
- Qualität ist kein Ziel, sondern ein Prozess, der nie zu Ende geht.
- Qualität setzt aktives Handeln voraus und muss erarbeitet werden.

Ausgehend davon ist mit der Vorlage dieser Qualitätsstandards und Empfehlungen lediglich ein erster – wenn auch wichtiger – Schritt zu einer oberbayernweit abgestimmten Fachgrundlage für die qualitative Weiterentwicklung getan. In dem Verständnis, dass Qualität kein Ziel, sondern ein Prozess ist, der nie zu Ende geht, bedürfen die Standards einer regelmäßigen Überprüfung hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit und müssen fortgeschrieben werden.

<sup>3</sup> Mit dem Begriff „Betroffene“ sind, soweit nicht anders erläutert, erwachsene psychisch kranke Menschen gemeint, die im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, und die (vorübergehend) in einer geschlossen geführten Heimeinrichtung auf der Rechtsgrundlage BGB § 1906 Abs.1 betreut werden.

<sup>4</sup> Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht; für weitere Ausführungen vgl. Kapitel 5.3

<sup>5</sup> Wir verwenden den Terminus „psychisch krank“, da sich viele unserer Klienten damit besser identifizieren können als mit dem in der internationalen Behindertenpolitik und in relevanten Sozialgesetzen verwendete Terminus „seelisch behinderte Menschen“. Gemeint sind alle Menschen, die aufgrund erheblicher psychischer Belastungen Anspruch auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nach SGB IX haben.

### Aufbau des Berichts

Die umfassenden Arbeitsergebnisse des Projekts sind im vorliegenden Bericht dargestellt. Er gliedert sich in folgende Teile:

#### **Band 1: Struktur, Prozess und Ergebnisqualität / Standards Vernetzung:**

Ausgehend von den hier genannten Zielen, rechtlich-normativen Grundlagen und Rahmenbedingungen werden im Teil I auf der strukturierten Basis des Vorgehens im Qualitätsmanagement Empfehlungen und Standards für die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschrieben.

Will man die beschriebenen Zielsetzungen nachhaltig umsetzen, ist eine der tragenden Säulen eine gute Vernetzung der Beteiligten. Diese erfordert neben der grundsätzlichen Bereitschaft der Beteiligten auch entsprechendes Know-how und zeitliche Ressourcen. In dem Abschnitt „Qualitätsleitlinien Vernetzung“ werden Aufgaben der Vernetzung als Anforderungen und Qualitätsmerkmale geschlossener geführter Heim- einrichtungen beschrieben. Diese Qualitätsanforderungen setzen ein überwiegend regional organisiertes Versorgungsgeschehen voraus.

#### **Band 2: Praxisleitfaden zur Durchführung der geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB – Lockerung von Zwangsmaßnahmen:**

Der Praxisleitfaden soll allen an der Durchführung der geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB Beteiligten helfen, Rechtsunsicherheiten bei diesem Thema auszuräumen. Die im Leitfaden gesammelten Prozessbeschreibungen sollen die rechtliche Einschätzung und deren Anwendung im Einzelfall erleichtern. Sie zeigen auf, welche Rechte und Pflichten die einzelnen Beteiligten im jeweiligen Kontext haben. Außerdem sollen sie als Checkliste dienen, anhand derer überprüft werden kann, ob diese Rechte und Pflichten wahrgenommen werden bzw. wahrgenommen werden können.

Zugunsten der einfacheren Lesbarkeit wird oft nur die männliche Form verwendet. Es sind jedoch grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

#### **Der vorliegende Band 1 wurde erarbeitet von:**

*Georg Anagnostopoulos, Anthojo • Tobias Döring, Bezirk Oberbayern • Winfried Gehensel, STZ Heide GmbH • Irmgard Hofmann, Bezirksrätin SPD • Heiko Hüttenrauch, Soziale Dienste gGmbH • Yasemin Icsezer, kbo-Inn-Salzach-Klinikum • Rainer Köpnick, Regierung von Oberbayern • Eva Kraus, kbo-SPZ gGmbH • Herbert Leitmannstetter, Krohn-Leitmannstetter GmbH • Stefan Meidert, Soziale Dienste • Hannegret Neuwinger, BPA • Anika Rauscher, kbo-SPZ gGmbH • Richard Schmidmeier, kbo-Inn-Salzach-Klinikum • Anett Spalteholz, Bezirk Oberbayern • Rudolf Starzengruber, OSPE • Eva Straub, ApK Landesverband Bayern • Dagmar Tornier, kbo-Lech-Mangfall-Klinikum • Torsten Uckert, St. Ursula GmbH • Helmtrud Weber-Sturm, kbo-Inn-Salzach-Klinikum*

#### **Beratend:**

*Dr. Sebastian Kirsch, Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen*

## 2. Einführung

### 2.1 Hintergrund

Im Bezirk Oberbayern gibt es derzeit ca. 770 Plätze in geschlossen geführten Heimeinrichtungen für psychisch kranke erwachsene Menschen, fast ausschließlich in privater Trägerschaft. Diese Plätze sind zu ca. 70 Prozent mit Bürgern aus Oberbayern belegt. Nach Schätzungen leben bis zu 30 Prozent der Menschen mit psychischer Erkrankung in geschlossen geführten Heimen „freiwillig“ unter geschlossenen Bedingungen.

Im Zuge der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) wurde und wird die Versorgung psychisch kranker Menschen in geschlossen geführten Heimeinrichtungen nicht nur in Oberbayern erneut kontrovers und kritisch diskutiert.

#### Auszug aus Artikel 14 der UN-BRK:

- (1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,
  - a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
  - b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

Platzmangel oder gar fiskalische Gesichtspunkte dürfen kein Anlass zur Beschneidung von Grundrechten sein.

Seit einigen Jahren werden rund um das Thema „Zwang und Psychiatrie“ Fachtagungen veranstaltet sowie Broschüren und Positionspapiere unterschiedlichster Akteure veröffentlicht.<sup>6</sup> Konkrete Standards oder Handreichungen zu dieser Thematik gibt es bislang allerdings nicht.

Innerhalb eines breiten Spektrums an Argumenten und Positionen steht auf der einen Seite die Forderung, geschlossene Versorgungssettings gänzlich abzuschaffen. Auf der anderen Seite steht die drängende und bislang unbeantwortete Frage, welche Versorgungsalternativen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen überhaupt denkbar sind. Grundsätzlich erweist sich ein entsprechender Auf- oder Umbau von Versorgungsangeboten und -alternativen (nicht nur) in Oberbayern als schwierig. Aktuell wird diskutiert, ob eine Zunahme alternativer Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten die Zahl der geschlossen untergebrachten Personen reduzieren kann. Die Qualität eines psychiatrischen Versorgungssystems zeigt sich nicht zuletzt darin, wie mit Menschen im Rahmen von Zwangsmaßnahmen umgegangen wird.

<sup>6</sup> Vgl. z. B. Positionsbestimmung des Paritätischen „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung“ (2012); Positionen des Betreuungsgerichtstags zu Unterbringung und Zwangsbehandlung (2011); FQA Obb. + LH München + Med. Dienst der KV Obb.: Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (2011)

Vor diesem Hintergrund stellen sich viele Fragen, die in den nächsten Jahren von Gestaltern und Handelnden der psychiatrischen Versorgung zu beantworten sind, so beispielsweise:

- › Welche Ursachen und Gründe für die hohen Unterbringungszahlen in Bayern und Oberbayern gibt es?
- › Welche Rolle spielen hierbei die einzelnen Akteure: Richter, rechtliche Vertreter, Psychiater, Fachpersonal in Heimeinrichtungen und in ambulanten Einrichtungen/ Diensten?
- › Wie gehen wir mit dem Anspruch in Art. 14 der UN-BRK um, dass das Vorliegen einer Behinderung (psych. Erkrankung) für sich genommen in keinem Fall eine Unterbringung rechtfertigt und die rechtliche Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderung unterstützt werden muss und nicht eingeschränkt werden darf?
- › Was macht das Setting geschlossener geführter Heimeinrichtungen so attraktiv für „freiwillig“ dort lebende psychisch kranke Menschen? Ist es das beschützte Setting, die hohe Betreuungsintensität oder ein Mangel an Alternativen?
- › Wie können wir aktiv dazu beitragen, dass wir andere Lebens- und Versorgungswelten für diesen besonderen Personenkreis herstellen?

Gewisse Problematiken, welche immer wieder im Zusammenhang mit der zivilrechtlichen Unterbringung in der Eingliederungshilfe auftreten, haben teilweise ihren Ursprung bereits am Ausgangspunkt des Unterbringungsverfahrens. Nicht zuletzt zeigt dies die Beantwortung einer Interpellation der SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag zum Thema „Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter und suchtkranker Menschen in Bayern aus dem Jahr 2013“.<sup>7</sup> In dem Antwortschreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege werden für die geschlossene Unterbringung unter anderem folgende von Betroffenen angegebene Problemkreise im klinischen Setting skizziert:

- Bei der Anhörung von Patienten durch Richter bezüglich der Unterbringung verbleibt wenig Zeit für Auf- und Erklärungen. Auch deshalb scheinen viele Patienten die Einlegung eines Einspruchs gegen den Unterbringungsbeschluss zu verlangen.
- Viele Patienten beklagen sich über fehlende Kontakte und Auskünfte durch ihre Betreuer in ihrer Notsituation.
- Es bestehen Informationsdefizite über Sinn und Zweck einer rechtlichen Betreuung.

---

<sup>7</sup> Interpellation der SPD-Fraktion betreffend die Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter und suchtkranker Menschen in Bayern, Drucksache 17/482, München 2012

- Es bestehen Schwierigkeiten im Umgang mit dem gerichtlich bestellten Betreuer, mangelnde Betreuung und Ablehnung der geplanten Betreuung.
- Aufgrund der zwangsweisen Unterbringung gibt es keinen Ausgang.

In Oberbayern befassen sich seit einigen Jahren verschiedene Akteure intensiv mit der Thematik der geschlossenen Unterbringung psychisch kranker Menschen in Heimen. Im Jahr 2010 wurde im „kbo-AK Reha+“<sup>8</sup> eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem Ziel, erste Empfehlungen zur Optimierung der Versorgung dieser Klientel zu erarbeiten. Die Problemanalyse dieses Arbeitskreises hat gezeigt,

- dass es bis dato auf Bundes-, Landes- oder regionaler Ebene keine fachlich verbindlichen Standards für geschlossene Heimeinrichtungen gibt.
- dass in der Praxis eine erhebliche Rechts- und Handlungsunsicherheit, insbesondere hinsichtlich Lockerungsmaßnahmen, herrscht. Dies hat zur Folge, dass die rechtlichen Vorgaben in der Praxis von allen Akteuren sehr unterschiedlich gehandhabt werden.
- dass der Vernetzungsgrad der jeweiligen geschlossen geführten Heimeinrichtungen mit dem regionalen Hilfesystem sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

Zur Bearbeitung dieser Themenkomplexe wurde im November 2012 ein GSV-Projekt eingerichtet (GSV 15).

## 2.2 GSV-Projekt 15

### 2.2.1 Anliegen, Ziel und Arbeitsauftrag

Auftrag des GSV-Projekts 15 war es, oberbayernweite Grundlagen für eine qualitativ hochwertige Versorgung von psychisch kranken Menschen in geschlossenen Heimeinrichtungen zu erarbeiten. Damit verbunden war das Anliegen, die Transparenz der Handlungspraxis für Betroffene, Angehörige sowie für Fachpersonal und Leistungsträger zu erhöhen sowie die Handlungsfähigkeit der in der Versorgung tätigen Personen zu stärken.

Entsprechend den oben skizzierten Fragestellungen (vgl. Kapitel 2.1) wurden für das Projekt GSV 15 folgende Ziele definiert:

1. Empfehlungen für fachliche Qualitätsleitlinien und -standards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen für psychisch kranke erwachsene Menschen in Oberbayern liegen zur Beschlussfassung im GSV Gremium vor.

---

<sup>8</sup> kbo-Arbeitskreis Reha+, der seit 2010 in Kooperation von kbo, ARGE Freie Wohlfahrtspflege Oberbayern (Fachausschuss Psychiatrie), Bezirksverwaltung Oberbayern, PSAGen und der Selbsthilfe von Angehörigen sowie psychiatriee erfahrenen Menschen Schnittstellen-Themen zwischen den kbo-Kliniken und der außerklinischen psychiatrischen Versorgung behandelt.

2. Ein Praxisleitfaden für Heimträger und Mitarbeiter geschlossen geführter Heimeinrichtungen rund um das Thema „Durchführung von Lockerungsmaßnahmen“ ist erarbeitet.
3. Empfehlungen zur Stärkung der Vernetzung geschlossen geführter Heimeinrichtungen mit dem regionalen Hilfesystem liegen vor.

Die Projektlaufzeit reichte von November 2012 bis Juni 2014.

### 2.2.2 Zielgruppe

Um das komplexe Thema adäquat behandeln zu können, wurde der Fokus auf erwachsene psychisch kranke Menschen gelegt, die (vorübergehend) in geschlossen geführten Heimeinrichtungen auf der Rechtsgrundlage BGB § 1906 betreut werden.<sup>9</sup>

Entsprechende **Schnittstellen** – beispielsweise Besonderheiten bei Suchtproblematik und / oder forensischem Hintergrund sowie geschlossenes Setting in psychiatrischen Einheiten von Pflegeheimen – müssen gesondert betrachtet werden.

Wir empfehlen, die vorliegenden Standards und Empfehlungen hinsichtlich ihrer „Übertragbarkeit“ auf diese Bereiche zu prüfen. Dies betrifft ebenso die Versorgung von Menschen in geschlossen geführten Heimeinrichtungen, bei denen aufgrund des besonderen Krankheitsbildes (z. B. Korsakow, Demenz etc.) eine Beheimatung im Vordergrund steht.

Dem besonderen Umstand von **freiwilligen Aufenthalten in geschlossenen geführten Heimeinrichtungen** wird sich das anschließende Projekt GSV 16 im Rahmen der Eruiierung möglicher Versorgungsalternativen für psychisch kranke Erwachsene mit sehr intensivem Hilfebedarf beziehungsweise mit Bedarf an einem geschlossenen Setting befassen.

---

<sup>9</sup> Eine Unterbringung auf der Rechtsgrundlage BGB § 1906 in einer geschlossen geführten Einrichtung muss vom Betreuungsgericht genehmigt werden. Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist (vgl. § 1906 BGB).



### 2.2.3 Arbeitsweise

Entsprechend der Ausführungen zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) kann eine personenzentrierte Arbeit in Heimeinrichtungen nur erfolgen, „[...] wenn alle am Prozess beteiligten Personen gemeinsam ihre Verantwortung wahrnehmen, in der Ursachenforschung, im Versorgungs- und Betreuungsprozess zusammenwirken und persönliche Ängste, Sicherheitsdenken und Schutzbedürfnisse in den Hintergrund stellen.“<sup>10</sup> Dies gilt in gleicher Weise auch für die Erarbeitung der Standards und Empfehlungen innerhalb dieses Projektes.

Aus diesem Grund wurden die Arbeitsaufträge von einer paritätisch und multi-professionell besetzten Projektgruppe in mehreren Unterarbeitskreisen bearbeitet. Mitgewirkt haben Vertreter und Akteure aus folgenden Bereichen:

- > Organisierte Betroffene
- > Organisierte Angehörige
- > Leistungserbringer: Heimeinrichtungen, ambulante Versorger, psychiatrische Kliniken, Wohlfahrtsverbände
- > Leistungsträger Bezirk Oberbayern (aus dem Referat Sozialplanung, Koordination und Fachdienste sowie dem Referat Wirtschaftlichkeit und Datenmanagement)
- > Gesetzliche Betreuung
- > Betreuungsgericht
- > Regierung von Oberbayern, Sachgebiet 13 - Soziales und Jugend (FOA, Heimaufsicht)
- > Vertreter des oberbayerischen Bezirkstags
- > Regionale Versorgungsgremien
- > Behindertenbeauftragte

Entsprechend der Themenschwerpunkte und Fragestellungen des Projekts wurden drei Arbeitsgruppen (AG) mit je einer AG-Leitung gebildet:

- >> AG Qualitätsstandards
- >> AG Standards Vernetzung
- >> AG Handbuch Lockerungsmaßnahmen

Diese AG arbeiteten parallel zueinander. Die jeweiligen AG-Leitungen waren für einen regelmäßigen Austausch und Informationstransfer zwischen den AG verantwortlich und stimmten ihre Arbeitsergebnisse sowie Fragen und das weitere Vorgehen mit der Projektsteuerungsgruppe ab.

---

<sup>10</sup> vgl. Kommentar zu Art. 3 Abs. 2 Punkt 4 des PfleWoqG

Die wichtigsten rechtlichen Grundlagen der Arbeitsgruppen waren:

- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
- Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)
- Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) und dessen Verordnung zur Ausführung (AVPfleWoqG)

Für die Erarbeitung der Standards und Empfehlungen wurde zudem auf bereits vorliegende Empfehlungen, Positionspapiere, Lösungsansätze und Daten aufgebaut beziehungsweise auf diese Bezug genommen. Hierfür waren insbesondere folgende Arbeiten und Informationsquellen hilfreich:

Brinckmann, Ernst / Gräbsch, Dorit  
**Geschlossene Unterbringung psychisch Kranker.**  
Zivil- und öffentlich-rechtliche Grundlagen  
*München, 2013*

Berger, Lynn  
**Ist geschlossene Unterbringung zeitgemäß?**  
Eine explorative Studie zur Untersuchung von geschlossenen  
Einrichtungen der Psychiatrie in Oberbayern  
*Hamburg, 2013*

**Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie**  
[http://www.eph-psychiatrie.de/grundlagen&Therapeutische\\_Umwelt](http://www.eph-psychiatrie.de/grundlagen&Therapeutische_Umwelt)

kbo AK Reha+ UAG  
**„Geschlossene Unterbringung“**  
Fachstandards  
*München, 2011*

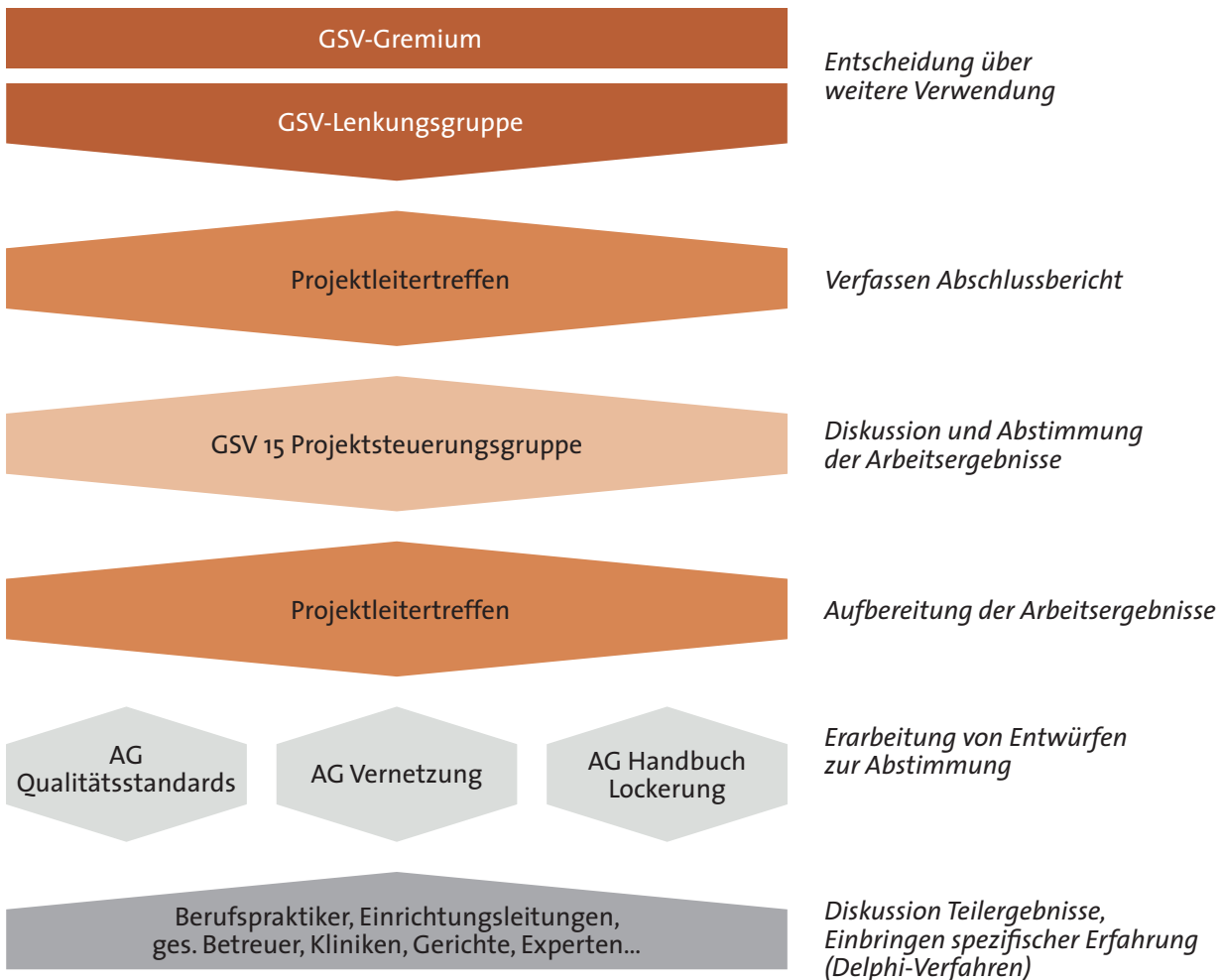
Arbeitsgruppe im Expertenkreis Psychiatrie  
**Freiheitentziehende Maßnahmen in der Psychiatrie,**  
Handlungsbedarf bei der geschlossenen Heimunterbringung  
psychisch kranker Menschen in Bayern  
*München, 2012*

AK Kooperation,  
**Netzwerkkonzept: Geschlossene Unterbringung für Menschen mit seelischer  
Behinderung in Stadt und Landkreis München, Dachau und Fürstenfeldbruck**  
*2011*

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)  
**Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung –  
Positionsbestimmung des Paritätischen**  
*Berlin, 2012*

Die Abstimmung der (Zwischen-) Ergebnisse erfolgte im Delphi-Verfahren, um möglichst praxisnahe Empfehlungen zu erarbeiten. Das Prinzip hierbei war, dass zur Klärung offener Fragen die jeweiligen Zwischenergebnisse durch die AG sowohl mit Berufspraktikern als auch mit der Projektsteuerungsgruppe rückgekoppelt werden.

Somit wird neben einer weitreichenden Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit eine Erhöhung der Akzeptanz der vorliegenden Ergebnisse bei den Akteuren sowie eine möglichst praxistaugliche Beschreibung wichtiger Prozesse erreicht.



# 3. Reichweite der Qualitätsstandards

Nach Vorstellung der Qualitätsstandards und Empfehlungen im GSV-Gremium im Herbst 2014 wurden diese befürwortet und in den entsprechenden Handlungsfeldern (Heimeinrichtungen, Betreuungsgerichte, Betreuungsstellen, Leistungsträger, Verbände, Selbsthilfe etc.) zur Umsetzung empfohlen.

Insbesondere sollen die Qualitätsstandards und Empfehlungen bei der Verhandlung von Leistungsvereinbarungen sowie zur Qualitätsprüfung als Grundlage herangezogen werden. Sie könnten auch die fachliche Grundlage für eine wünschenswerte Musterleistungsvereinbarung für geschlossen geführte Heimeinrichtungen darstellen.

Konkret können sie insbesondere für folgende Bereiche von Bedeutung sein:

- ✓ als Grundlage für die tägliche Arbeit in geschlossen geführten Heimeinrichtungen im Rahmen der Qualitätssicherung,
- ✓ als Arbeitshilfe für Träger / Heimleitungen für den Aufbau einer Heimeinrichtung,
- ✓ als Empfehlungen / Hinweise / fachliche Orientierung für die FQA (Heimaufsicht),
- ✓ als Grundlage zur Orientierung über die Handlungspraxis von gesetzlichen Vertretern sowie
- ✓ als Grundlage für die Arbeit in Beschwerdestellen.

Jeder Themenkomplex enthält einleitende Überlegungen und Erläuterungen sowie zu jedem Themenkomplex einleitende Überlegungen und Erläuterungen sowie Standards und / oder Empfehlungen. Die Differenzierung in Standards und Empfehlungen ist den unterschiedlichen Strukturvoraussetzungen der Heimeinrichtungen und den sich daraus ergebenden Möglichkeiten der Umsetzung geschuldet (beispielsweise Standort und dortige Möglichkeiten).

## Standard

### Standards:

Sie sollen für alle geschlossen geführten Heimeinrichtungen verbindlich umgesetzt werden. Sie sollen Eingang in die Leistungsvereinbarungen finden und im Rahmen von Qualitätsprüfungen hinsichtlich ihrer Realisierung überprüft werden.

## Empfehlung

### Empfehlungen:

Sie geben eine Zielrichtung vor. Deren Umsetzung ist wünschenswert und fachlich angezeigt. Empfehlungen sollen – den jeweiligen regionalen und strukturellen Möglichkeiten entsprechend – Eingang in die Leistungsvereinbarung und Qualitätsprüfungen finden.

# 4. Begriffsbestimmungen

## 4.1 Zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 BGB

Unter zivilrechtlicher Unterbringung wird im Betreuungsrecht eine mit einer Freiheitsentziehung verbundene Maßnahme verstanden. Freiheitsentziehung liegt vor, wenn der Betreute

- auf einem beschränkten Raum festgehalten wird,
- sein Aufenthalt ständig überwacht wird und
- die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb dieses Bereichs durch Sicherungsmaßnahmen verhindert werden kann.<sup>11</sup>

### Auszug aus § 1906 BGB:

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

## 4.2 Rechtliche Vertreter (rechtliche Betreuer und Bevollmächtigte)

### Rechtliche Betreuung

Die rechtliche Betreuung ist ein deutsches Rechtsinstitut, bei dem ein Betreuer unter gerichtlicher Aufsicht die Vertretungsmacht für einen Volljährigen erhält. Sie dient dazu, Rechtshandlungen im Namen des Betreuten zu ermöglichen, die dieser selbst nicht mehr vornehmen kann, und wird zeitlich und sachlich für entsprechende Aufgabenkreise beschränkt.<sup>12</sup> Rechtliche Betreuungen können von ehrenamtlich Tätigen, beispielsweise Angehörigen, oder von Berufsbetreuern übernommen werden.

<sup>11</sup> BtPrax-Onlinelexikon. Unterbringung. [www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Unterbringung](http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Unterbringung). Stand: 27.02.2013. Was dabei unter einer Unterbringung im Sinne des Betreuungsrechts gemeint ist, hat der Bundesgerichtshof bereits in einer Entscheidung aus dem Jahr 2000 deutlich gemacht: „Eine freiheitsentziehende Unterbringung [...] ist gegeben, wenn der Betroffene [...] in einem räumlich begrenzten Bereich eines geschlossenen Krankenhauses, einer anderen geschlossenen Einrichtung oder dem abgeschlossenen Teil einer solchen Einrichtung festgehalten, sein Aufenthalt ständig überwacht und die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb des Bereichs eingeschränkt wird.“ (BGH, Az. XII ZB 69/00).

<sup>12</sup> BtPrax-Onlinelexikon. Berufsbetreuer. <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Berufsbetreuer>. Stand: 08.02.2014

Als gesetzlicher Vertreter hat der Betreuer stellvertretend für den Betreuten Entscheidungen zu übernehmen, die der Betreute zu diesem Zeitpunkt nicht treffen kann. Diese Entscheidungen sind im Grundsatz so zu treffen, wie es der Betreute im Falle eigener Geschäfts- oder Einwilligungsfähigkeit selbst getan hätte.

Der Betreuer muss pflichtgemäß handeln, das heißt, die Vor- und Nachteile verschiedener Alternativen und deren Risiken sorgfältig abwägen. Im Rahmen der Unterbringung ist der Betreuer ein wichtiges Bindeglied in der Vernetzung mit dem Betroffenen, seiner Angehörigen sowie Heimeinrichtung, Klinik und weiteren Beteiligten.

Die im Zusammenhang mit der Unterbringung und den beschriebenen Zielsetzungen wichtigsten Betreuerpflichten sind in folgenden Paragraphen geregelt:

- § 1901 Abs. 2 BGB: Wunsch und Wohl des Betroffenen
- § 1901 Abs. 3 BGB: Besprechungspflicht
- § 1901 Abs. 4 BGB: Behinderung oder Erkrankung des Betreuten zu beseitigen oder zu verbessern
- § 1906 Abs. 3 BGB: Beendigung der Unterbringung bei Wegfall der Voraussetzungen
- § 1901 Abs. 4 BGB: ggf. Erstellung eines Betreuungsplans

#### Der Betreuer kann / muss

- ✓ in den vom Gericht angeordneten Aufgabenkreisen stellvertretend für die betreute Person Entscheidungen treffen,
- ✓ beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und dem Vorliegen der Aufgabenkreise Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung oder Unterbringung einen Antrag auf Genehmigung der Unterbringung bei Gericht stellen,
- ✓ entscheiden, ob der Betroffene nach Genehmigung tatsächlich untergebracht wird beziehungsweise wie lange von der gerichtlichen Genehmigung Gebrauch gemacht und wann sie gegebenenfalls vorzeitig beendet wird.

#### Der Betreuer ist im Rahmen einer Unterbringung unter anderem verantwortlich für

- ✓ die Suche nach einer geeigneten Einrichtung,
- ✓ die Entscheidung über die Durchführung der gerichtlich genehmigten Unterbringung,
- ✓ die Stärkung der Rechte des Betroffenen und die Ermöglichung eines Lebens nach eigenen Wünschen und Vorstellungen,
- ✓ die Beendigung der Unterbringung bei Wegfall der Voraussetzungen.

### **Bevollmächtigter**

In Rahmen der Erteilung einer Vollmacht gibt eine geschäftsfähige Person einer anderen Person die Vollmacht, in ihrem Namen zu handeln. Eine Vorsorgevollmacht ist somit eine Willenserklärung, die einem anderen Menschen die rechtsgeschäftliche Vertretung erlaubt.

Der § 1906 BGB gilt für Bevollmächtigte gleichermaßen. Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten setzt allerdings voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die Unterbringungsmaßnahmen ausdrücklich umfasst.

## **4.3 FQA / Heimaufsichtsbehörde**

Die Heimaufsichtsbehörde FQA hat nach dem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz die Aufgabe, Einrichtungen und sonstige Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen zu überwachen und den Schutz der Würde, der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner zu sichern.<sup>13</sup> Die FQA hat zu prüfen, inwieweit die Einrichtungen die notwendigen Anforderungen des Art. 3 PflWoqG an den Betrieb erfüllen.<sup>14</sup>

Die FQA bietet hierzu Beratung an, beispielsweise für Bewohner oder Bewohnervertreter, Träger von Heimeinrichtungen sowie Träger, die den Betrieb einer Heimeinrichtung planen. Sie hat den Auftrag der Überwachung und Kontrolle bestehender Einrichtungen. Hierbei wird unter anderem durch ordnungsrechtliche Maßnahmen sichergestellt, dass die gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber Bewohnern wahrgenommen werden. Die Regierung ist die übergeordnete Beschwerdestelle und die Aufsichtsbehörde der FQA.

---

<sup>13</sup> Vgl. Art. 1 Absatz 1 Nr. 1 PflWoqG

<sup>14</sup> Vgl. Art. 1 Abs. 3 PflWoqG

# 5. Rechtliche und fachlich-ethische Grundlagen

## 5.1 Rechtliche Grundlagen

Folgende rechtliche und normative Grundlagen sind für die Unterbringung psychisch kranker Menschen in geschlossenen Heimeinrichtungen der Eingliederungshilfe in Bayern maßgeblich:

- ✓ Grundgesetz
- ✓ § 1896 ff BGB in Verbindung mit dem FamFG
- ✓ UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen, 2009
- ✓ Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG)
- ✓ Sozialgesetzbuch SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- ✓ Sozialgesetzbuch SGB XII: Sozialhilfe (insbesondere §§ 53 ff, 75 ff)
- ✓ Eingliederungshilfe-Verordnung nach § 60 SGB XII: Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern, Bayerisches Staatsministerium, 2006
- ✓ Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen, 2007
- ✓ Persönlichkeits- und datenschutzrechtliche Bestimmungen

Alle für dieses Thema relevanten Gesetzesgrundlagen beinhalten bzw. verfolgen – ungeachtet des unterschiedlichen Detailgrades – im Kern dieselben Grundsätze und dieselbe Zielrichtung. Die wichtigsten Maximen sind dabei der Erforderlichkeitsgrundsatz (also die Unvermeidlichkeit der Maßnahme im Sinne der „ultima ratio“) sowie die Notwendigkeit der Wahl des geringstmöglichen Eingriffs (Angemessenheit der Intervention). Wenn gemäß § 1906 BGB eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer mit einer Freiheitsentziehung verbunden ist, so ist diese nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich und eine drohende Gefahr für die betroffene Person existent ist.

Gleichzeitig haben geschlossen geführte Heimeinrichtungen – als Einrichtungen nach dem SGB IX / SGB XII – die soziale Rehabilitation und die Teilhabe der Klienten zu unterstützen.

Am konkretesten sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für Qualitätsstandards im PfleWoqG benannt. Sie sind zwangsläufig immer in Verbindung mit den bereits angeführten anderen rechtlichen Grundlagen zu sehen.



## 5.2 Fachlich-ethische Grundsätze

Aufgrund der oben skizzierten rechtlichen und normativen Grundlagen sowie fachlicher und ethischer Erwägungen ergeben sich die nachfolgenden fachlichen Grundhaltungen in der Betreuung von Menschen mit einem Unterbringungsbeschluss. Diese bilden die Basis für die konzeptionelle Ausgestaltung der Heimeinrichtung sowie für das (Zusammen-)Wirken aller Akteure:

### 5.2 Fachlich-ethische Grundsätze

Standard

Ergänzend zu den rechtlichen Vorgaben bilden die folgenden fachlich-ethischen Grundsätze die Basis für die konzeptionelle Ausgestaltung der Heimeinrichtung sowie für das (Zusammen-) Wirken aller Akteure:

- Im Mittelpunkt steht der Betroffene als Person mit seinen Wünschen, Bedürfnissen und seiner individuellen Lebensgeschichte. Jeder Mensch verdient Respekt und Wertschätzung, auch in seiner Fehlerhaftigkeit und in seiner Störungssymptomatik.
- Mit der im psychiatrischen Gutachten (als fachliche Grundlage des Beschlusses) erstellten Diagnose, Indikationsstellung und der daraus zu entwickelnden Hilfeplanung begründet sich ein Hauptauftrag für geschlossenen geführte Heimeinrichtungen: die **Unterstützung von sozialer Rehabilitation und gesellschaftlicher Teilhabe** des psychisch kranken Menschen.
- Die Überzeugung, dass jeder Mensch in sich das Potenzial zu einer autonomen und gesünderen Lebensführung in sich trägt, ist die Basis für die professionelle Betreuung und Begleitung. Dementsprechend werden die Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse erbracht. Hierzu gehören eine eindeutig ressourcenorientierte und nach dem Normalisierungsprinzip ausgerichtete Begleitung, das Schaffen von Möglichkeiten von stabilisierenden und strukturierenden Lebensumständen sowie die Vermittlung von sozialen und psychischen Kompetenzen hin zu einer autonomen Lebensführung.
- Die Genehmigung des Unterbringungsbeschlusses bedeutet nicht zwangsläufig die Anwendung von **freiheitsentziehenden Maßnahmen**. Freiheitsentziehende Maßnahmen folgen dem „Minimalprinzip“: Sie sind nur in so weit anzuwenden, als alle anderen Möglichkeiten nicht mehr ausreichen, um ernsthaften Schaden von Leib und Leben des Betroffenen abzuwenden. Sie sind nur nach gewissenhafter Abwägung der Freiheitsrechte mit den Fürsorgepflichten unter bedingungsloser Beachtung der Würde des Menschen und seiner Selbstbestimmung anzuwenden und stellen immer das letzte Mittel der Wahl dar.
- Die Anwendung unbedingt erforderlicher freiheitsentziehender Maßnahmen ist zeitlich zu befristen und so zu gestalten, dass für den Betroffenen so viel Autonomie wie möglich erhalten bleibt.

# 6. Zielsetzungen

Die Formulierung von praxisnahen Qualitätsstandards verlangt im Vorfeld eine Auseinandersetzung mit – möglicherweise divergierenden – Zielsetzungen der wichtigsten beteiligten Akteure: Betroffene, deren rechtliche Vertreter und die Heimeinrichtung. In der näheren Betrachtung zeigt sich, dass kaum Zielkonflikte vorhanden sind und in der Praxis auftretende Schwierigkeiten oftmals auf unzureichend geklärte Zuständigkeiten und Prozesse zurückzuführen sind.

## 6.1 Zielsetzungen der untergebrachten Person (Betroffener)

Die Auswertung von Bewohnerbefragungen verschiedener Heimeinrichtungen in Oberbayern sowie eine wissenschaftliche Studie<sup>15</sup> ergaben, dass insbesondere nachfolgend genannte Zielsetzungen für die untergebrachten Personen von großer Bedeutung sind:

- ✓ Gesundheitliche Stabilisierung
- ✓ Beendigung der geschlossenen Unterbringung
- ✓ Wiedererlangen einer selbstständigen Lebensführung
- ✓ Wiedereingliederung in einen Arbeitsmarkt
- ✓ Schutz

In der oben genannten Studie von Berger wird hervorgehoben: „Als Ziel nannten alle Bewohner, die sich zur Befragungszeit im Status ‚geschlossen‘ befanden, möglichst schnell in eine offene Einrichtung, eine therapeutische WG oder eigene Wohnung zu kommen.“<sup>16</sup>

## 6.2 Zielsetzungen des rechtlichen Vertreters

Entsprechend § 1901 Abs. 4 BGB hat der rechtliche Vertreter innerhalb seines Aufgabenkreises dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Die primäre Zielsetzung der rechtlichen Vertretung ist daher, die Rechtsstellung des Betreuten zu verbessern, dessen Rechte zu stärken und ihm ein Leben nach eigenen Wünschen und Vorstellungen zu ermöglichen. Durch die rechtliche Betreuung verbleibt dem Betreuten ein möglichst großer Raum für Selbstbestimmung und Verwirklichung des eigenen Lebenskonzepts trotz Krankheit und Behinderung.

---

<sup>15</sup> Berger, Lynn, Ist geschlossene Unterbringung zeitgemäß? Eine explorative Studie zur Untersuchung von geschlossenen Einrichtungen der Psychiatrie in Oberbayern, Hamburg 2013

<sup>16</sup> vgl. Berger (2103), S.114

### 6.3 Zielsetzungen der Heimeinrichtung

Im Doppelmandat zwischen dem Auftrag zur Unterstützung von sozialer Rehabilitation und gesellschaftlicher Teilhabe einerseits sowie dem Schutzauftrag selbstgefährdender psychisch kranker Menschen andererseits ergeben sich für geschlossenen geführte Heimeinrichtungen Zielsetzungen, die in einem gewissen Spannungsfeld zueinander stehen: Bei notwendigem Schutz der Klienten (geschlossenes Setting) ist gleichzeitig ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Teilhabe sicherzustellen und zu unterstützen.

Im Sinne der Eingliederungshilfe muss eine Handlungsmaxime sein, dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unmittelbar mit dem Tag der Aufnahme beginnt. Um dem im § 1906 BGB zu Grunde liegenden Erforderlichkeitsgrundsatz („ultima ratio“ und Angemessenheit) Rechnung zu tragen, bedarf es nicht zuletzt individueller Ausgangsregelungen und Lockerungsstufen.

Vor diesem Hintergrund lassen sich für Heimeinrichtungen folgende primäre Zielsetzungen festhalten:

- Schutz der Person
- Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes, um eine personengerechte Aufhebung des Beschlusses zu erreichen
- Reduzierung der Fremdbestimmung
- Förderung der Selbstbestimmung psychisch kranker Menschen unter allgemein anerkannten Standards, wie beispielsweise „S3 Leitlinien“<sup>17</sup>
- Hinführung zu einer selbstständigen Lebensführung und Hilfestellung bei der Entwicklung einer tragfähigen Lebensperspektive

Ziel ist es, eine Alternative zur Langzeitbetreuung im geschlossenen Setting zu schaffen, die Selbsthilfe fördert und die Chance eines therapeutisch-pädagogischen und sozialen Lernprozesses beinhaltet. Die besondere Herausforderung hierbei besteht in der Stärkung der Kompetenzen und der gesunden Anteile sowie in der wertschätzenden Auseinandersetzung mit den autodestruktiven Aspekten der jeweiligen Persönlichkeit.

<sup>17</sup> S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“



## Teil II

# Qualitätsstandards und Empfehlungen

Damit bei einer geschlossenen Unterbringung nicht nur eindimensional dem Schutzbedürfnis Rechnung getragen, sondern der psychisch kranke Mensch in seiner Ganzheitlichkeit betrachtet und gestärkt werden kann, sind Qualitätsstandards, die für jede/n Betroffene/n trägerübergreifend hohe Standards in der Betreuung gewährleisten, essenziell notwendig. Alle Bewohner müssen sicher gehen können, dass ihnen die beste Betreuung, Unterstützung und Begleitung zuteil wird. Oberste Maxime – Ziel ist die größtmögliche Selbstbestimmung der Bewohner – muss die an den individuellen Lebenswelten und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientierte Alltagsgestaltung sein.

Ein geschlossenes Setting birgt neben dem Schutz vor Selbstgefährdung – nicht zuletzt durch das in der Natur der Unterbringung liegende ungleiche Machtverhältnis – auch hohe Risiken für die dort untergebrachten Personen. Die Unsicherheiten und die damit verbundenen Risiken sind für alle Beteiligten höher, solange keine festgelegten und für alle verbindlich geregelten Qualitätsstandards existieren.

Die Rahmenbedingung für die Gestaltung der Lebensbedingungen und für die Minimierung der freiheitsentziehenden Maßnahmen werden maßgeblich durch die Strukturqualität geschaffen. Diese sollte im Einklang mit den im Allgemeinen Teil dieser Publikation genannten Zielsetzungen stehen und die Voraussetzungen für eine gelingende Prozess- und Ergebnisqualität schaffen.

Nach dem Konzept des „Behavior Setting“ der Ökologischen Psychologie werden je nach Kontext passende Verhaltensweisen generiert. Auf diese Weise kann die Umwelt Einfluss auf das Befinden und die Handlungsweisen von Personen nehmen. Dieser Ansatz wird mit dem sogenannten „Therapeutischen Milieu“ in Einrichtungen des Gesundheitswesens umgesetzt.<sup>1</sup>

Dabei werden zwei wesentliche Ziele verfolgt:<sup>2</sup>

- Zum einen soll die Genesung durch Minimierung von Stresseinwirkungen (z. B. Lärm, Schadstoffe oder emotionale Belastungen durch Kontrollverlust) gefördert werden. Auch Ulrich (1991) beschreibt Stress als bedeutendes Hindernis für den Heilungsprozess und empfiehlt in diesem Zusammenhang eine Förderung des Kontrollgefühls der Patienten über die Umweltbedingungen, den Zugang der Patienten zu sozialer Unterstützung (beispielsweise durch die Angehörigen) und zu positiver Ablenkung (z. B. durch Betrachtung von Natur).

---

<sup>1</sup> Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie, siehe: [http://www.eph-psiatrie.de/grundlagen&Therapeutische\\_Umwelt](http://www.eph-psiatrie.de/grundlagen&Therapeutische_Umwelt) (Stand: 18. März 2014).

<sup>2</sup> Siehe Kruse, Graumann, Lantermann (1990)

- Zum anderen muss die therapeutische Umwelt durch „*Geeignete bauliche, organisatorische und soziale Umweltbedingungen [...], die Entwicklung bzw. Wiedererlangung autonomieorientierter Handlungsweisen unterstützen [...]. Damit kann die Wiedereingliederung der Betroffenen in die familiäre und berufliche Umwelt besser bewältigt werden.*“<sup>3</sup>

Zusammenfassend kann festhalten werden, dass in einer stationären Einrichtung möglichst normale, anregende und vielseitige Lebensbedingungen geschaffen werden sollten, die es erlauben Alltagssituationen zu erproben und die Defizite der Bewohner auszugleichen.

Um den im Folgenden genannten Standards und Empfehlungen in einem größtmöglichem Maß gerecht werden zu können, müssen für die einzelnen Einrichtungen Spielräume bzw. Kompensationsmöglichkeiten gegeben sein (Stichwort: Bestands-einrichtungen).

Die im allgemeinen Teil genannten rechtlichen Rahmenbedingungen wurden bei der Entwicklung der Standards und Empfehlungen berücksichtigt, ohne diese an den jeweiligen Stellen im Einzelnen erneut an- und auszuführen.

---

<sup>3</sup> Kruse, Graumann, Lantermann (1990), S. 446

# 1. Strukturqualität

## 1.1 Standort der Einrichtung, Versorgungs- und Einzugsgebiet

### 1.1.1 Standort

Die Integration und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft muss möglich sein. Der Standort der Einrichtung sollte es ermöglichen, die im allgemeinen Teil formulierten Ziele sowie die individuellen Rehabilitationsziele in geeigneter Weise zu erreichen. Entsprechend sollte die stationäre Einrichtung im Sozialraum gut verankert sein. Das Bayerische Staatsministerium des Inneren (Oberste Baubehörde) empfiehlt in einem Merkblatt (November 2012) für stationäre Wohnplätze für Menschen mit Behinderung: „Gewünscht sind individuelle, wohnortnahe, kleinteilige Wohnformen in gut integrierten Ortslagen“.

Für die Wahl des Standorts ist es zudem für den Anbieter nicht unerheblich, ob qualifiziertes Fachpersonal in ausreichendem Maß vorhanden ist.

Das Einzugsgebiet – einschließlich der regionalen Versorgungsverantwortung – der Heimeinrichtung ist jeweils definiert. Es entspricht in der Regel dem im Psychosozialer Verbund / Steuerungsverbund zusammengeschlossenen Sozialraum (dabei umfasst eine Region in der Regel das Gebiet eines Landkreises). In Städten sind entsprechende Regionen entlang der spezifischen Strukturen der Stadt oder des Ballungsraumes definiert. Konzeptionell begründete Abweichungen von diesem Ordnungsprinzip, z. B. zur Schaffung gesundheitsfördernder und -erhaltender Lebensbedingungen im Bereich der Suchtkrankenhilfe, sind möglich und werden im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt.

#### Standard

#### 1.1.1 Standort

Der Standort richtet sich am Konzept der Einrichtung aus und nimmt Bezug auf den Auftrag und die Definition der stationären Wohnform.

Die öffentliche An- und Einbindung in die Gesellschaft muss möglichst barrierefrei gewährleistet werden und bestenfalls die in den Empfehlungen (siehe unten) genannten infrastrukturellen Gegebenheiten beinhalten.

Die ärztliche und gesundheitliche Betreuung in der stationären Einrichtung muss in einer angemessenen Art und Weise gewährleistet sein (vgl. hierzu: Art. 3 Abs. 2 Nr. 5 PflWoqG).



### 1.1.1 Standort und Teilhabemöglichkeiten

Empfehlung

- Für die Bewohner sollen Teilhabemöglichkeiten, insbesondere in den Bereichen Freizeit und Tagesgestaltung (Kino, Theater, Vereine, Café etc.), Selbstversorgung (Geschäfte, die eine schrittweise Selbstversorgung ermöglichen etc.), Beschäftigung und Arbeit (Zuverdienst, WfbM, TSM, Tätigkeiten innerhalb des Gemeinwesens etc.), in erreichbarer Nähe sein.
- Eine Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz sowie Voraussetzungen einer guten Informationsstruktur sollen gegeben sein.
- Auf die Minimierung von suizidfördernden Umgebungsvariablen (vielbefahrene Straßen, Bahnstrecken, Hochhäuser, Brücken oder andere potenzielle Suizidhotspots in fußläufiger Entfernung) soll geachtet werden.

### 1.1.2 Versorgungs- und Einzugsgebiet

Auch für geschlossen geführte Einrichtungen gilt das Prinzip der Regionalisierung. Grundlage hierfür bilden unter anderen die im allgemeinen Teil skizzierten fachlichen Grundhaltungen, die UN-BRK, die Standards der Vernetzung und die Prämisse einer verstärkten Ambulantisierung. Ferner bietet eine regionale Versorgung die Möglichkeit, bestehende förderliche Kontakte vor Aufnahme in eine Einrichtung besser sichern und fördern zu können.

Eine diesbezügliche Dokumentation erfolgt in der Qualitätsberichterstattung unter Punkt 6.

### 1.1.2 Versorgungs- und Einzugsgebiet

Standard

Die Leistungen werden vorrangig für leistungsberechtigte Personen im Rahmen der in der Leistungsvereinbarung definierten Versorgungsregion erbracht.

### 1.1.2 Versorgungs- und Einzugsgebiet

Empfehlung

Einrichtungen, die im Vollversorgungsgebiet der Kliniken liegen, sollen bevorzugt Patienten aus diesen Kliniken aufnehmen.

## 1.2 Konzeption und Organisation der Einrichtung

Die Notwendigkeit einer Konzeption ergibt sich neben internen fachlichen Anforderungen aus Vorgaben des Ordnungsrechts (Heimaufsichtsbehörde) und des Leistungsrechts (Leistungsträger Bezirk Oberbayern):

### > Ordnungsrechtliche Vorgaben aus dem PflWoqG:

Der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung haben sicherzustellen, dass eine fachliche Konzeption verfolgt wird, die gewährleistet, dass die Vorgaben der Nr. 1 bis 11 umgesetzt werden und diese fachliche Konzeption mit der baulichen Umsetzung übereinstimmt. (Art. 3 Abs. 2 PflWoqG).

### > Leistungsrechtliche Vorgaben des Bezirks Oberbayern:

Die Grundlage für ein Konzept ist die gültige Rahmenleistungsvereinbarung sowie die Leistungsbeschreibung im Sinne der §§ 76 ff SGB XII gemäß dem jeweils im Bezirk Oberbayern gültigen Raster.

Neben diesen rechtlichen Vorgaben sollen in jeder Konzeption einer geschlossen geführten Heimeinrichtung die Empfehlungen der vorliegenden Qualitätsleitlinien berücksichtigt werden. Die darin formulierten Standards sollen Bestandteil der Konzeption sein.

Die Konzeption muss regelmäßig hinsichtlich ihrer Aktualität überprüft und angepasst werden.

Entsprechend der ordnungs- und leistungsrechtlichen Vorgaben hat jede geschlossen geführte Heimeinrichtung ein Konzept zu erstellen, regelmäßig zu überprüfen und anzupassen. Die nachfolgende Tabelle bietet eine Übersicht über die Bestandteile, die in einer Einrichtungskonzeption enthalten sein sollen. Ferner sind die wichtigsten organisatorischen Rahmenbedingungen und Erfordernisse in der Organisation einer Einrichtung enthalten.

## 1.2 Konzept / Organisation einer Einrichtung

Standard

### Bestandteile des Konzepts

### Grundlage

#### 1. Basisdaten

##### 1.1 Basisdaten des Trägers der Einrichtung

- Ansprechpartner: Name, Anschrift, Telefon
- Link zur Homepage, E-Mail-Kontakt
- Spitzenverbandszugehörigkeit (Anschrift, Telefon)
- Angebotsspektrum, soweit auf Einrichtung bezogen / für diese relevant

Art. 3 Abs. 1 und 2, insbes.  
Abs. 2 Nr. 11 PflWoqG

*Bayerische Rahmenleistungsvereinbarung und Raster Musterleistungsvereinbarung  
Bezirk Oberbayern*

##### 1.2 Basisdaten der Einrichtung

- Leitung: Name, Anschrift, Telefon, Telefax
- Link zur Homepage, E-Mail-Kontakt
- Standort / Infrastruktur: Erreichbarkeit, Bauweise (Anzahl der Zimmer, öffentliche Räume, Funktionsräume) und Außenflächen der Einrichtung
- Plätze / Zahl der Betreuten

*vgl. Kapitel „bauliche Aspekte, Sicherheitskonzept“*

*vgl. Kapitel „Kapazität / Größe der Einrichtung“*

#### 2. Vorwort / Präambel inkl. Leitbild der Einrichtung

Leitbild Einrichtung

*Raster Musterleistungsvereinbarung*

35

#### 3. Zweckbestimmung, Zielsetzung und Zielgruppe

- Primärer Einzugsbereich
- Detaillierte Beschreibung der Zielgruppe(n): Altersstruktur, Geschlecht, Problemstruktur / Behinderungsart, ggf. Diagnose-Gruppen
- Zielsetzungen: allgemeine Ziele, spezifische Ziele wie eigenverantwortlicher Umgang mit psychischer Störung, Abstinenz, Strukturfindung u. a.)

Art. 3 PflWoqG

*Bayerische Rahmenleistungsvereinbarung und Raster Musterleistungsvereinbarung  
Bezirk Oberbayern*

*vgl. allgemeiner Teil, Kapitel „Zielsetzungen“*

#### 4. Aufnahme- und Ausschlusskriterien

- Ausschlusskriterien (mit Begründung)
- Sozialrechtliche Voraussetzungen
- Voraussetzungen der Einrichtung (wie z. B. Vorstellungsgespräch, Vor-gespräch Betreuer / Klinik / Einrichtung, Vorliegen einer Kostenzusage)
- Indikation und Kontraindikation

Art. 3 PflWoqG

*Raster Musterleistungsvereinbarung  
Bezirk Oberbayern*

#### 5. Betreuungsarbeit

Wahrung und Förderung von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner

Art. 3 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 9 PflWoqG

##### 5.1 Schwerpunkte, theoretische Grundannahmen und Arbeitsprinzipien

(pädagogisch, pflegerisch, soziotherapeutisch; Aufnahme- / Verlaufs- / Entlassungsphase usw.)

*vgl. allgemeiner Teil, Kapitel „Rechtliche und fachlich ethische Grundlagen“ sowie S3 Leitlinien*

**5.2 Maßnahmen, Leistungen und Methoden**

sind gemäß den allgemeinen Anforderungen bezüglich der fachlichen Erkenntnisse zu erbringen.

- Diagnostik, Förderplanung
- Der HEB-Bogen wird durch ein einrichtungsbezogenes und personenzentriertes Verfahren zur individuellen Hilfeplanung ergänzt
- Gruppen- und Einzelgespräche
- Beschäftigungs- / Arbeitstherapie
- Bezugspflege
- Freizeitangebote
- Krisenprävention
- einrichtungsbezogener sowie mit dem Klienten abgestimmter personenzentrierter Krisenplan, Krisenintervention
- Mitwirkung Angehöriger
- Öffentlichkeitsarbeit (Kontakt zu Kooperationspartnern)

*vgl. Ergebnisqualität, Punkt 4  
„Öffnung der Einrichtung / Ehrenamtliche Mitarbeiter“, Punkt 5  
„Vorhalten eines bewohnerbezogenen Angebotes“*

*vgl. Qualitätsstandards Vernetzung*

*Bayerische Rahmenleistungsvereinbarung und Raster  
Musterleistungsvereinbarung  
Bezirk Oberbayern*

**5.3. Leistungen externer Dienste**

**6. Strukturelle Bedingungen**

**6.1 Organisatorische und personelle Rahmenbedingungen**

- Anzahl und Qualifikation des Personals: Leitung, gruppenübergreifender Dienst, Erziehung / Pflege / Betreuung, Hilfskräfte, Wirtschafts- und Versorgungsdienste, externe Dienste (Konsil) etc.
- Teamkommunikationsstrukturen Dokumentation
- Fortbildung und Supervision

*vgl. Kapitel „Qualifikation des Personals, Anzahl der Planstellen*

**6.2. Schutz der Bewohner**

- Suizidprävention
- strukturierter Umgang mit autoaggressiven Verhaltensmustern
- Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- bauliche Schutzmaßnahmen (z. B. Reduzierung von Verletzungsgefahren)
- Beteiligung der Bewohner
- Der Praxisleitfaden zur Durchführung der geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB Lockerung von Zwangsmaßnahmen ist Bestandteil des QM-Systems und den Mitarbeiter/-innen der Einrichtung bekannt und zugänglich.
- Ein erarbeitetes Sicherheitskonzept mit einem im Sinne des PflWoqG definierten Schutzauftrag liegt vor und wird im Sinne der Konzeption kontinuierlich weiterentwickelt. Das Sicherheitskonzept untergliedert sich in 3 Bereiche:
  - (1) Sicherheits- und Brandschutzkonzept
  - (2) Minimierung der Gefahr von selbstverletzenden Handlungen
  - (3) Schutz der Interessen der Bewohner
- Die fachärztliche Versorgung (Einschätzung der Fremd- und Selbstgefährdung, Deeskalation, Krisenprophylaxe) muss sichergestellt sein.

*vgl. allgemeiner Teil, Kapitel „Rechtliche und fachlich ethische Grundlagen“*

*vgl. Ergebnisqualität, Punkt 1  
„Mitbestimmung der Bewohner“;  
Punkt 6 „Durchführung von Lockerungsmaßnahmen“*

*vgl. Praxisleitfaden zur Durchführung der geschlossenen Unterbringung*

## Bestandteile des Konzepts

## Grundlage

- Die Rollen zwischen der die Unterbringung genehmigenden bzw. beantragenden Instanz (Gericht, gesetzlicher Vertreter), der beratenden Instanz (Verfahrenspfleger, Betreuungsbehörde) und der ausführenden Instanz (Heimbetreuer) müssen hinreichend geklärt und für den / die Bewohner transparent sein.
- **Abstimmungsprozesse der jeweils beteiligten Akteure:**
  - (1) Es gibt klar beschriebene Prozesse der Abstimmung / Kommunikation zwischen der betroffenen Person, dem gesetzlichen Vertreter und der Heimeinrichtung.
  - (2) Im Sinne der Förderung der Selbstbestimmung und Reduzierung der Fremdbestimmung finden engmaschige Überprüfungen sowie mindestens ein Mal im Quartal ein dezidierter Austausch aller an der Hilfeerbringung Beteiligten (wenn möglich gesetzlicher Vertreter und Bewohner) über die Notwendigkeit der Fortführung der freiheitsentziehenden Maßnahmen statt. Das Ergebnis wird dokumentiert und dem gesetzlichen Vertreter spätestens am dritten Werktag mitgeteilt.

*vgl. Qualitätsstandards Vernetzung*

### 6.3 Betreuungsphasen (Aufnahme, Verlauf, Entlassung)

#### Ablauf, beteiligte Stellen/Mitarbeiter:

- (1) Aufnahme
- (2) Verlauf
- (3) Entlassung (Kriterien, Vorbereitung)

### 6.4. Vernetzung

- (1) fachliche Kooperationspartner usw.
- (2) Ein Konzept zur öffentlichen An- und Einbindung der Einrichtung in den Sozialraum liegt vor.

### 7. Bewohnerbeteiligung ist zu gewährleisten

- (1) Es sind Rahmenbedingungen vorhanden, die eine Arbeitsfähigkeit der Bewohnervertretung (gemäß PflWoqG) ermöglichen.
- (2) Beteiligung der Bewohner im Rahmen der täglichen Betreuungsarbeit

*Art 3 Abs. 2 Nr. 7 § 18ff AV PflWoqG*

*vgl. Ergebnisqualität, Punkt 1  
„Mitbestimmung der Bewohner“*

### 8. Qualitätskontrolle und -sicherung

Der Träger hat sicherzustellen, dass ein Qualitäts- und Beschwerdemanagement betrieben wird. Ferner ist ein Instrument für die Erhebung der Grunddaten der Qualitätsberichterstattung (siehe Punkt IX) etabliert.

- (1) Vorwort / Präambel: Welches Qualitätsmanagementsystem ist vorhanden? Wie wird Qualitätssicherung in der Einrichtung realisiert?
- (2) Aussagen zu Qualitätsmanagement:
  - a. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Verlaufszahlen, Zufriedenheitsbefragung, kontinuierlicher Verbesserungsprozess etc.
  - b. Führungsprozesse, Funktions- und Stellenbeschreibung, Besprechungsmatrix etc.; Personaleinsatzplan
  - c. Beschwerdemanagement, Verbesserungsmanagement
  - d. Ein standardisierter Bogen für die Befragung der Bewohner ist vorhanden.

*Art. 3. Abs. 3 Nr. 3 PflWoqG*

*Bayerische Rahmenleistungsvereinbarung und Raster  
Musterleistungsvereinbarung Bezirk  
Oberbayern*

*Art. 3 PflWoqG*

*vgl. Kapitel „Struktur, Prozess-,  
Ergebnisqualität und Standards /  
Empfehlungen Vernetzung“*

### 9. Literaturhinweise

Quellen, Autor/en, Ort und Stand der Konzeption (Änderungsdatum)

## 1.3 Bauliche Aspekte, Sicherheitskonzept

### 1.3.1 Allgemein

Die baulichen Gegebenheiten entsprechen den Erfordernissen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes sowie anderer dem Schutz und der Sicherheit der Klienten und Klientinnen sowie des Personals dienenden gesetzlichen Vorschriften (z. B. Brandschutzvorschriften).

Die baulichen Gegebenheiten berücksichtigen das „Normalisierungsprinzip“.

Die räumliche Gestaltung des Hauses sollte die Atmosphäre der Geschlossenheit soweit wie möglich vermeiden, zudem sollten die weglaufhemmenden Systeme den aktuellen Standards entsprechen. Ein hohes therapeutisches Niveau sollte dazu beitragen bauliche Sicherheitsmaßnahmen minimieren zu können. Alle Bereiche sind ansprechend und angemessen im Sinne des Normalisierungsprinzips zu gestalten.

Hinsichtlich der Anforderungen kann zwischen „soft facts“ und „hard facts“ unterschieden werden.

#### Soft facts:

Betreffen die Gesamtgestaltung und die Ausrichtung des Raumangebots auf die Konzeption und Schaffung einer positiven Atmosphäre für die Gemeinschaft und den Einzelnen.

#### Hard facts:

Betreffen konkrete bauliche Maßnahmen und Gegebenheiten, die im PflWoqG (AVPflWoqG, Teil 1 §§ 1 und 2 bis 9: Raummindestgröße, Barrierefreiheit, Funktionsräume usw. in Verbindung mit AVPflWoqG § 50, Absatz 4) und zusätzlich entsprechend der Zielgruppe als Empfehlung aufgeführt sind.

#### Ausnahmen nach § 50 AV PflWoqG sind möglich.

In diesen Fällen ist die Zustimmung durch die regionale FQA notwendig. Hierbei gelten ebenfalls das Prinzip der Orientierung an den konzeptionellen Vorgaben sowie die Ausrichtung auf die jeweilige Zielgruppe.

Mit dem Ziel möglichst optimale „Allgemeine Wohnbedürfnisse“ zu erreichen, sollten bei entsprechenden Planungen folgende bauliche Standards und Empfehlungen bedacht werden:

#### Standard

#### 1.3.1 Bauliche Gegebenheiten

- Die technische Ausstattung soll sich sowohl an den Sicherheitsaspekten zum Schutz der Bewohner (z. B. Schließsysteme, Umzäunungen) als auch an dem Aspekt der möglichst großen Selbstständigkeit (z. B. selbstständig bedienbare Lüftung) ausrichten.
- Die Bewohner verfügen, wenn wirtschaftlich gemäß den Vorgaben der Ausführungsbestimmungen vertretbar, über ein eigenes Zimmer.

- Alle Bewohner haben die Möglichkeit ihr Zimmer mitzugestalten.
- Die Möblierung, die von der Einrichtung gestellt wird, ist ansprechend und zweckmäßig.
- Entsprechend der Konzeption sind Gemeinschaftsräume vorzuhalten.
- In der Einrichtung wird entsprechend den konzeptionellen Vorgaben die Möglichkeit angeboten, eigene Mahlzeiten zuzubereiten (z. B. für eine Außenorientierungsgruppe).

### 1.3.1 Bauliche Rahmenbedingungen

### Empfehlung

Die baulichen Rahmenbedingungen sollen die Realisierung der in der jeweiligen Leistungsvereinbarung hinterlegten, fachlichen und zielgruppenspezifischen Konzeption ermöglichen (z. B. Anforderungen für Arbeitstherapie oder für ein Gruppenkonzept bei Bewohnern mit einer Störung durch Suchtmittel).

Zu den individuellen Wohnangeboten für die Hilfeberechtigten soll der Träger vor Ort oder übergreifend für mehrere Orte auch Räume für Treffs und Gruppenarbeit sowie Büroarbeitsplätze für die Mitarbeiter mit entsprechender Ausstattung anbieten.

Bestehende Doppelzimmer sind mit jeweils eigenen Sanitärräumen auszustatten. Eine gemeinsame Nutzung der Sanitärräume von zwei benachbarten Einzelzimmern ist möglich.

Es soll eine Auseinandersetzung mit aktuellen wissenschaftlichen Standards zur Suizidprävention erfolgen.<sup>4</sup>

Individualräume sollen nach Möglichkeit nicht nach Norden ausgerichtet sein.

### 1.3.2 Konkrete bauliche Vorschriften

Ausführungsverordnung des PflWoqG (AV PflWoqG vom 27.07.2011)

Nach voriger Abstimmung und Zustimmung der staatlichen Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA sind im Bereich der Hilfen für seelisch behinderte Menschen **Ausnahmen möglich** (vgl. hierzu § 50 AV PflWoqG).

<sup>4</sup> z. B.: Glasow, Nadine, Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen, 2011

<p><b>Barrierefreiheit der Einrichtung nach DIN 18040-02</b> Wohnräume: Es wird i. d. R. von 25 Prozent der Wohnräume ausgegangen, die nach DIN 18040-02 ausgestattet sein müssen.</p>	Teil 2 § 2
<p><b>Raummindestgrößen</b> Einzelzimmer: 14 m<sup>2</sup> ohne Nasszelle, ohne Vorraum Doppelzimmer: 20 m<sup>2</sup> ohne Nasszelle, ohne Vorraum</p>	Teil 2 § 4
<p><b>Räumlichkeiten – Einzel- und Doppelzimmer</b> Laut Aussage des amtlichen ministeriellen Schreibens vom 10.05.2013 gelten folgende Vorgaben zu Einzelwohnplätzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neubauten: Einzelzimmeranteil 75 Prozent</li> <li>• Bestandsbauten: Es erfolgen keine generellen Vorgaben; hier ist eine flexible Vorgehensweise der FQA gefordert, die sich an den Möglichkeiten der Bestandseinrichtungen orientieren muss. Insofern kommen die für Neubauten erforderten o. g. Vorgaben nur grundsätzlich zur Anwendung.</li> <li>• Doppelzimmer: Ausweich- / Abschiedsraum muss vorhanden sein.</li> </ul>	Teil 2 §§ 4, 5
<p><b>Gemeinschaftsräume</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• je nach fachlichem Konzept</li> <li>• gruppenbezogener Gemeinschaftsraum</li> <li>• Mindestgröße 1,5 m<sup>2</sup> pro Bewohner, mind. 20 m<sup>2</sup></li> </ul>	Teil 2 § 6
<p><b>Therapieräume</b> Nach Konzept ausgerichtetes Raumangebot, Kombination mit Gemeinschaftsräumen zulässig.</p>	Teil 2 § 7
<p><b>Verbrühungsschutz, Pflegebad, sanitäre Anlagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• direkter Zugang vom Zimmer zur Nasszelle</li> <li>• 1 Pflegebad pro 40 Bewohner</li> </ul>	Teil 2 § 8
<p><b>Rufanlage, Telekommunikationsanlage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei SGB XI: alle Räume müssen Rufanlage vorweisen (SGB XII siehe § 50 AV PflWoqG)</li> <li>• jeder Wohnplatz soll über Telekommunikationsanschluss verfügen</li> </ul>	Teil 2 § 9
<p><b>Ausnahmen</b> bei Heimeinrichtungen für seelisch behinderte Menschen nach § 50 AV PflWoqG möglich, Zustimmung durch die regionale FQA notwendig.</p> <p>Ausnahmen müssen konzeptionell begründet sein (Beispiel: Suizidprävention vs. Haltegriffe)</p>	§ 50, Abs. 4



### 1.3.3 Weiterführende fachbauliche Aspekte

In der Auseinandersetzung mit dem Thema der baulichen Gegebenheiten in einem geschlossenem Setting wurden insbesondere die im Folgenden genannten Aspekte deutlich.<sup>5</sup> Diese sollten im Nachfolgeprojekt (GSV 16) intensiver bearbeitet und ggf. als Standard oder Empfehlung konkretisiert werden.

#### Allgemeine fachbauliche Aspekte

- › Die Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten ist einer der wichtigsten Faktoren für die Gesamtzufriedenheit von Bewohnern und Personal.
- › Eine Atmosphäre mit viel Sonnenlicht, Bewegungs- und Rückzugsmöglichkeiten sowie das Vorhandensein von Freibereichen, differenzierten Aufenthaltsräumen und Betätigungsmöglichkeiten tragen zum Wohlbefinden und zum Aggressionsabbau bei.
- › Eine entsprechende Möblierung kann soziale Interaktion fördern (z. B. Tisch und Stühle in Kleingruppen fördern soziale Interaktion, Stühle nebeneinander an der Wand reduzieren diese).
- › Beschäftigungsräume in geschlossenen Abteilungen: Die direkte Erreichbarkeit erspart personellen Aufwand, verringert in therapiefreien Zeiten das beengende Gefühl und bietet eigene Gestaltungsmöglichkeiten.
- › Beengte Lebensbedingungen erhöhen die Daueraktivität bis hin zu funktionalen Störungen. Daher soll bei der Raumgestaltung auf die Reduzierung von Beengungsstress geachtet werden.

#### Fachbauliche Aspekte hinsichtlich der Zimmer

- › Der Aufbau einer Privatsphäre wird den Bewohnern ermöglicht durch die selbst gewählte Platzierung des Bettes, durch Umgestaltungsmöglichkeiten von Möbeln durch Regale, Befestigungsmöglichkeiten für Bilder und Dekoration, optische Abgrenzung des Bettbereichs, Bodenbeläge sowie Raumteiler. Diese Möglichkeiten zur individuellen Gestaltung fördern die persönliche Identität und dienen der präventiven Reduzierung von Aggressionen.
- › Individuelle Möglichkeiten zur Steuerung von Raumtemperatur, Licht und Sonnenschutz sind weitere Gestaltungsmöglichkeiten, die dem Aufbau einer Persönlichkeitssphäre dienen.
- › Lüftung: nutzerunabhängige Grundlüftung; Lüftung der Nasszellen: nutzerabhängige Lüftung (Fensteröffnung)
- › Notrufsystem: laut PflWoqG notwendig je nach Behinderungsart (§ 9); Telekommunikation unabhängig von Behinderungsart

---

<sup>5</sup> vgl. hierzu: Glasow, Nadine

### Fachbauliche Aspekte hinsichtlich der Wohnbereiche

- › Gruppenterritorien sind wichtig als Schutzraum im zweiten Rang.
- › Verschieden große Sitzgruppen laden ein zu unterschiedlichen sozialen Interaktionen.
- › In großen Räumen sollte akustische Belastung durch schalldämmende Maßnahmen vermieden und eine akustische Trennung vom Flur geschaffen werden.
- › Förderung der Kommunikation und Integration in Gruppen.

### Fachbauliche Aspekte hinsichtlich Sicherungsmaßnahmen

- › Kontrollmöglichkeit über Aufenthaltsort im Freien (z. B. durch Sichtkontakt zu Außentüren)
- › Geschlossener Bereich mit Sichtkontakt des Personals zu den Stationstüren
- › Überwachungsraum (Wahrung der Intimsphäre, Transparenz der Überwachung, keine Suizid- oder Verletzungsmöglichkeiten, sicher vor Vandalismus, Raumgröße)

### Bauliche Suizidprävention (allgemein)

- › Einschränkung der verfügbaren Suizidmethoden, z. B. Belastbarkeit von Duschstangen begrenzen; Sicherung von Fenstern, Balkonen und Treppenhäusern; Bepflanzung vor dem Gebäude; sichere Aufbewahrung von Putzmitteln und anderen toxischen Substanzen; Verwendung von bruchsicherem Glas und Spiegeln; Brandmeldeanlagen; schwer entflammbares Material
- › Maßnahmen zur Verhinderung von Tiefsprüngen
- › Vorhandensein von Möglichkeiten zur Überwachung und Kontrolle der Bewohner, z. B. Blickkontakt zum Ausgang, übersichtlicher Grundriss
- › Schaffung eines antisuizidalen Milieus mit atmosphärischen Mitteln, z. B. Ausstattung mit Pflanzen und Bildern; lichtdurchflutete Räumlichkeiten; akustische Bedingungen in Gemeinschaftsräumen und Zimmern; farbliche Gestaltung und Wandschmuck; Nähe und Kontaktmöglichkeiten zum Personal; Lese-Ecken, guter baulicher Zustand
- › Vermeidung von Umweltstress durch Lärm, Geruch, Schadstoffe
- › Gute Erreichbarkeit von Therapieräumen ohne großen personellen Aufwand
- › Geeignete Lage der Einrichtungen (keine fußläufige Entfernung zu Brücken o. ä.)
- › Personelle Voraussetzungen zur Reduzierung der Wahrscheinlichkeit von Gewalt: Personaldichte; Stationsgröße und Struktur; Einstellung und Haltung des Personals sowie dessen Fähigkeit Risikosituationen und Frühwarnzeichen zu erkennen und damit adäquat umzugehen

### Bauliche Suizidprävention (im Speziellen):

- > **Fenster:** Erlebbarkeit der Frischluftzufuhr; Ausblick; unauffällige Fensterkonstruktionen; selbstbestimmtes Bedienen von Jalousien und Lüftung möglich (z. B. Kippen des Fensters, auch wenn es abgeschlossen ist); Stopp-Kipp- und Öffnungsfunktion verdeckt; Stabilität der Konstruktion (Glashalteleisten verdeckt, Scharniere ausreichend); bruchsicheres Glas; schmale Wendeflügel zur Lüftung (S. 141)
- > **Türen:** nach DIN 18040-02: lichte Breite von 90 cm, Höhe 205 cm; bettengängig: 125 cm Breite; Öffnung in Fluchtrichtung; Schallschutz; Stabilität der Konstruktion, auch der Griffe; Durchblickmöglichkeit; zentrale Entriegelung; Verschließbarkeit; bei Zimmertüren: Notentriegelung von außen muss möglich sein; Öffnung der Zimmertür nach außen (gegen Verbarrikadieren); rauchdicht (auch Zigarettenrauch); Zustandsanzeige (offen, geschlossen); an die Brandmeldezentrale gekoppelte Entriegelung
- > **Stützpunkt (S. 148 ff):** Abschließbarkeit; zentrale Lage; Einsehbarkeit für Bewohner; zweiter Fluchtweg für Personal; ausreichende Raumgröße, individuelle Arbeitsplätze; einladende Gestaltung; keine Barriere zum Bewohner; Frischluftzufuhr und Tageslicht
- > **Zimmer:** wenig Verletzungsmöglichkeiten, keine Suizidmöglichkeiten; Time-Out-Raum: ohne Möbel, u. U. mit Boxmöglichkeit; Kleiderschränke: keine Strangulationsmöglichkeit (ohne Stange, Schiebetüren); Heizungskörper: tief, von oben verdeckt (z. B. Sitzfläche); Nassbereiche: Verbrühungsschutz; keine Strangulationsmöglichkeiten; Unterputzarmaturen; eingebaute Spiegel; fester und beweglicher Duschkopf, beweglich schnell abbaubar
- > **Freibereiche:** generell vielfältige Nutzungsmöglichkeiten, attraktive Gestaltung; Überschaubarkeit; Schutz vor Einblicken von Passanten; direkte Anbindung an geschlossenen Bereich; Fluchtwege in geschlossene Bereiche (dort Zugang von außen für Rettungskräfte)
- > **Treppen:** keine Treppenaugen (z. B. um Mauer herum); Handlauf-Konstruktion

## 1.4 Kapazität / Größe der Einrichtung

### 1.4.1 Aktueller Stand

Folgende finanzielle, organisatorische und fachliche Grundanforderungen und Vorgaben seitens des Leistungsträgers, der FQA sowie der Leistungserbringer bestimmen derzeit maßgeblich die Mindestgröße einer Einrichtung:

#### Seitens des Leistungsträgers Bezirk:

- „Die Einrichtung muss wirtschaftlich zu betreiben sein“. Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind gesetzlich vorgeschrieben (§ 76 Abs. 1 Satz 4 SGB XII). Darüber hinaus ist der Sozialhilfeträger ebenfalls per Gesetz verpflichtet „Vereinbarungen vorrangig mit Trägern abzuschließen, deren Vergütung bei vergleichbarem Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung nicht höher ist als die anderen Träger.“ (§ 75 Abs. 2 S. 3 SGB XII).
- Es wird von einer durchschnittlichen Belegung von ca. 98 Prozent (entspricht 359 Berechnungstagen) ausgegangen.
- Es gibt festgelegte Höchstgrenzen für Personalschlüssel (Leitung, Verwaltung, Fachdienst, Betreuung, Hauswirtschaft, Versorgungsdienst).
- Bei den zu berücksichtigenden Investitionskosten gibt es keine Unterscheidung zwischen einer offenen und einer geschlossen geführten Einrichtung.

#### Seitens der FQA: Anforderungen hinsichtlich

- personeller Besetzung: z. B. Nachtdienst, Anwesenheit Fachkraft, Vertretungsregelungen etc.
- baulicher Gegebenheiten: Einzelzimmer, barrierefreie Ausstattung etc.
- Leitungsverantwortung: Darf die Größenzahl von max. 60 Plätzen pro Einrichtung nicht überschreiten (§ 14 AVPfleWoqG Abs. 5). Die inhaltlichen Aussagen gelten hier analog für die Eingliederungshilfe. Die zuständige FQA kann nach § 51 Abs. 6 AVPfleWoqG bei mehreren Einrichtungen bis zu einer Gesamtzahl von 60 Bewohnern diese als eine Einrichtung betrachten. Entscheidend ist hierbei nicht der Umfang der Leitungsverantwortung, sondern die namentliche Zuordnung von Verantwortung.

#### Seitens der Leistungserbringer

- Personal: Die Einrichtungs- und Gruppengröße wird so konzipiert, dass eine sinnvolle Personalplanung (Nachtdienst, Fachpersonal im Gruppendienst, Leitungsanteile, Vertretung etc.) möglich ist. Hier wirken folgende Faktoren limitierend:
  - vorgegebene Personalschlüssel
  - Tarif je nach Bindung durch Träger (Personalgewinnung – Bezahlung)
  - Auslastung / Belegungsquote: sehr kleine Einrichtungen können einen Auslastungsgrad von ca. 98 Prozent nicht halten, da freie Plätze nicht kompensiert werden können (Abwesenheitszeiten von mehr als 30 Tagen)

- Investitionskosten:
  - Anforderungen PflWoqG vs. fest gelegte Obergrenze für Investitionskosten seitens des Leistungsträgers
  - unterschiedliche Voraussetzungen je nach Träger (z. B. kommunale und private Träger sind von bestimmten Förderungen ausgenommen)

#### Folgen für die Praxis:

- > In der Praxis scheinen geschlossene Heimeinrichtungen mit weniger als 40 Plätzen schwer realisierbar, wenn seitens des Leistungserbringers (Träger) keine Kompensationsmöglichkeiten vorhanden sind, z. B. besondere Förderung, Vorhandensein eines offenen Bereichs, vorhandene Immobilien etc. Hierfür gibt es aktuell jedoch keine konkreten Zahlen.
- > Aufgrund der Maßgabe der Wirtschaftlichkeit mit entsprechenden Obergrenzen des Pflegesatzes sowie der bestehenden Personalanforderungen aufgrund der Vorgaben des PflWoqG und fachlich-konzeptioneller Notwendigkeiten ergibt sich die Notwendigkeit einer gewissen Größe, um eine notwendige bzw. fachlich angezeigte Betreuungsdichte sicherstellen zu können.
- > Beispiele sind: Es ist pro Einrichtung ein Nachtdienst erforderlich, unabhängig von der Platzzahl. Eine Einrichtung muss eine bestimmte Größe (üblicherweise ab ca. 40 Plätzen) erreichen, um die Betreuungsdichte auch in Krankheits- und Urlaubszeiten ausreichend zu gewährleisten. Innerhalb der Projektarbeitsgruppe wurde seitens der Einrichtungsträger unter anderem von durchschnittlich mehr als 15 Krankheitstagen pro Angestelltem berichtet.
- > Die derzeit wirtschaftlich, politisch und gesetzlich gegebenen Rahmenbedingungen dominieren fachliche Diskussionen darüber, welche Einrichtungs- und Gruppengrößen für geschlossen geführte Heimeinrichtungen fachlich notwendig, sinnvoll und wünschenswert sind.

#### 1.4.2 Größe der Gruppen und der Gesamteinrichtung

In der Projektarbeitsgruppe wurde ausführlich darüber diskutiert, inwieweit Qualität von der Größe oder Platzzahl der Einrichtung abhängig ist. Rückmeldungen im Rahmen jährlich stattfindender Klientenbefragungen zeigen, dass bisher die Größe der Einrichtung den Klienten nie ein Anlass zur Unzufriedenheit war. Wissenschaftlich erhobenes Datenmaterial gibt es im Gegensatz zu Einrichtungen für geistig behinderte Menschen nicht. In diesem Bereich gibt es eine Untersuchung der LMU München aus dem Jahr 2003 mit dem Titel „Über die Lebenszufriedenheit, die individuellen Entscheidungsmöglichkeiten, die sozialen Netzwerke und Unterstützungsressourcen von Bewohnern und Bewohnerinnen unterschiedlicher stationärer Wohnformen für geistig behinderte Erwachsene in Bayern“. Darin heißt es unter anderem: „Die hohe Lebenszufriedenheit der Befragten ist unabhängig von der Form und Größe der Einrichtung“.<sup>6</sup> Die Ergebnisse sind jedoch nicht ohne Weiteres auf den Bereich der Hilfen für psychisch kranke Menschen übertragbar.

---

<sup>6</sup> Siehe: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/7-Stationaere-einrichtungen-der-behindertenhilfe/7-7-qualitaetssicherung-in-der-stationaeren-behindertenhilfe.html>

Bei der Frage nach einer sinnvollen Gruppengröße kann zwischen den Konzepten „Wohngruppe“ und „therapeutische Gruppe“ (im Rahmen der Suchthilfe) unterschieden werden. Hinsichtlich der optimalen Größe einer Wohngruppe gelten dieselben fachlichen Argumente und Qualitätsmerkmale wie für die Beurteilung einer angemessenen Größe der Einrichtung an sich. Diese sind von einer „therapeutischen Gruppe“ im Rahmen der Suchthilfe zu unterscheiden, deren Größe aufgrund fachlich-konzeptioneller Aspekte und therapeutischer Ausrichtung häufig bei zwölf Personen liegt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Gesamtgröße der Einrichtung sowie auf die Wohngruppen.

Die Diskussionen innerhalb der Projektarbeitsgruppe zeigten, dass eine konkret auf Platzzahlen und Gruppengrößen fixierte Debatte im Sinne einer Qualitätsfestschreibung nicht zielführend ist. Vielmehr muss es in den teilweise noch zu führenden Auseinandersetzungen darum gehen, inwieweit seitens der Einrichtungen – unabhängig von der jeweiligen Größe – Barrieren in Bezug auf die Teilhabemöglichkeiten der Bewohner abgebaut werden können.

Hinsichtlich der Größe der Wohngruppen und der Gesamteinrichtung hat sich die Projektarbeitsgruppe auf nachfolgende Empfehlungen / Standards geeinigt.

**Standard**

**1.4.2 Größe der Einrichtung**

- Die Größe der Einrichtung soll so konzipiert sein, dass diese sich in die Umgebung gut integriert und die Anzahl der Plätze das Gemeinwesen nicht „überfordert“.
- Unabhängig von der Größe der Einrichtung und der Wohngruppen ist die wichtigste Zielsetzung der Abbau von Barrieren in Bezug auf die Teilhabemöglichkeiten der Bewohner.
- Die Einrichtung muss das Ziel verfolgen, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Das „Normalisierungsprinzip“, insbesondere was die Wünsche und Interessen der Bewohner anbelangt, muss beachtet werden.

#### 1.4.2 Größe der Einrichtung und Gruppengröße

#### Empfehlung

- Aufgrund des geschlossenen Settings und der eingeschränkten Rückzugsmöglichkeiten sollte auf eine gewisse „Weitläufigkeit“ geachtet werden. Diese lässt sich in einer größeren Gesamteinrichtung besser verwirklichen als in einer kleinen (beschützte Freiflächen, Begegnungsräume, Bewegungsmöglichkeiten innerhalb des Hauses etc.).
- Den Versorgungsgrundsätzen entsprechend wird für die Zusammensetzung der Gruppen Heterogenität (Alter, Geschlecht, Kultur) angestrebt, sofern das Einrichtungskonzept begründet nichts anderes vorsieht. Das Gruppenprinzip wird nicht starr angewandt und schränkt die Individualität Einzelner nicht ein. Dies erfordert eine bestimmte Mindestgröße der Gesamteinrichtung, die erst eine „Durchmischung“ in den Gruppen und interne Verlegungen möglich macht.

#### 1.4.3 Weitere fachliche Argumente zur Größe der Einrichtung

- ✓ Größere Einrichtungen sind unter den aktuellen Rahmenbedingungen leistungsfähiger, da unter anderem bessere Kompensationsmöglichkeiten und Spielräume in Bezug auf das Personal bestehen.
- ✓ Eine Hausgemeinschaft (ab 40 Personen) kann bei Krisen einzelner Personen stabiler gehalten werden, als dies bei sehr kleinen Einheiten möglich ist.
- ✓ Die Größe der Einrichtung sollte auch hinsichtlich spezieller Zielgruppen reflektiert werden (Spezialisierung vs. Generalisierung / Durchmischung).
- ✓ Innerhalb der Heimeinrichtungen bzw. der erweiterten Netzwerke (trägerintern und trägerübergreifend) sollten offen geführte Plätze im Sinne eines Erprobungs-Settings angeboten werden. Der Wechsel in andere Wohn- und Betreuungsformen ist für alle Hilfeberechtigten möglich. Der Träger der Einrichtung sorgt in seinem Haus und im Umfeld für das Angebot weniger intensiver Betreuungsformen (stationäre Wohngruppen, ambulant begleitetes Wohnen in Kleingruppen oder Einzelwohnen) oder ermöglicht dies im Verbund mit anderen Trägern.
- ✓ Alle Hilfeberechtigten erhalten die Gelegenheit zu arbeiten oder einer tagesstrukturierenden Beschäftigung nachzugehen. Eigene Angebote der Einrichtung sind personell und räumlich vom Wohnbereich getrennt.
- ✓ Eine Gruppengröße von zwölf Personen ist in der Suchtarbeit – sowohl in Kliniken als auch in offenen Soziotherapien – üblich.
- ✓ Im Merkblatt des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren (Oberste Baubehörde) für stationäre Wohnplätze für Menschen mit Behinderung vom November 2012 sind für Neubauten folgende Empfehlungen vermerkt:
  - „(...) wünschenswert sind überschaubare Einheiten mit nicht mehr als 24 Wohnplätzen, untergliedert in Bewohnergruppen, um die Ziele der Inklusion zu erreichen.“
  - „Die einzelne Wohngruppe soll (...) sechs bis zwölf Bewohner umfassen.“

#### 1.4.4 Empfehlungen für das GSV Projekt 16

Folgende Aspekte sollten im Nachfolgeprojekt 16 weiterführend diskutiert und konkretisiert werden:

- Zur Klärung, was unter Wirtschaftlichkeit seitens des Leistungserbringers und des Leistungsträgers verstanden wird, ist ein transparentes Berechnungsmodell notwendig. Transparenz bedeutet hierbei nicht zwangsläufig, dass ein Träger alle seine Kosten offenzulegen hat. Vielmehr soll deutlich werden, welche Variablen in der Diskussion um Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen sind (Rechtsform der Einrichtung, Platzzahlen, singuläre Einrichtung oder Komplexeinrichtung, Zuschüsse Dritter etc.).
- Unter Berücksichtigung der o. g. Aspekte soll ein Diskurs über fachlich notwendige, sinnvolle und wünschenswerte Einrichtungs- und Gruppengrößen für geschlossen geführte Heimeinrichtungen geführt werden. Dieser Diskurs soll jedoch nicht einseitig von den aktuellen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen dominiert werden.

### 1.5 Qualifikation des Personals und Anzahl der Planstellen

Das Personal bildet das zentrale Element der fachgerechten Unterstützung von psychisch kranken Menschen in geschlossen geführten Heimeinrichtungen gemäß der hier formulierten Standards und Empfehlungen. Die Qualität der Leistungen hängt wesentlich von einer den besonderen Anforderungen entsprechenden guten personellen Ausstattung ab – in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

#### 1.5.1 Personalausstattung

Aus dem besonderen Setting und dem besonderen Auftrag geschlossen geführter Heimeinrichtungen ergeben sich personelle Anforderungen, die über diejenigen in offen geführten stationären Einrichtungen hinausgehen<sup>7</sup>, z. B.

- Face-to-Face-Leistungen in der Regel im Rahmen einer 1:1-Betreuung: Diese ergeben sich indirekt durch das Ziel, die Person möglichst schnell und gut aus der „Einrichtung herauszubringen“ (mit dem Ziel des weitgehenden Erhalts und der Förderung von Selbstständigkeit) sowie durch die Anforderung, im Rahmen eines geschlossenen Settings die jeweils individuell maximal erreichbare gesellschaftliche Teilhabe sicherzustellen. Zu den Leistungen gehört beispielsweise die Begleitung zu Freizeitangeboten außerhalb der Einrichtung.
- Personenbezogene (teils) indirekte Leistungen: Hier ergibt sich ein erhöhter Aufwand unter anderem durch die intensiven Anforderungen zum vernetzten Arbeiten im Einzelfall sowie durch die ergänzenden Verfahren der individuellen Hilfeplanung (z. B. Förderplanung nach ICF). Ein Beispiel ist der mindestens ein Mal im Quartal stattfindende Austausch aller Beteiligten zur Prüfung der Notwendigkeit, ob freiheitsentziehende Maßnahmen fortgeführt werden.

---

<sup>7</sup> Dies soll nicht dahingehend missverstanden werden, dass in offenen Bereichen logisch zwingend weniger Personal benötigt wird. So wird bei einer Überleitung aus dem geschlossenen in den offenen Bereich (z. B. bei freiwilligen Aufhalten) häufig gleich viel personelle Unterstützung benötigt.



- Übergreifende Leistungen ergeben sich insbesondere aus den formulierten Qualitätsleitlinien zur Vernetzung sowie der Anforderung einer oberbayernweiten Qualitätsberichterstattung (vgl. Kapitel „Ergebnisqualität“).

#### 1.5.1 A) Personalausstattung entsprechend der besonderen Anforderungen

#### Empfehlung

Für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit einer seelischen Behinderung in geschlossen geführten Heimeinrichtungen muss den besonderen (qualitativen und quantitativen) personellen Anforderungen in den Einrichtungen angemessen Rechnung getragen werden. Diese Anforderungen ergeben sich aus dem geschlossenen Setting sowie aus dem Doppelauftrag der Sicherung einerseits und der Förderung von Teilhabe andererseits. Diesem Sachverhalt wird angesichts der einheitlichen Musterleistungsvereinbarung für stationäre Einrichtungen bislang nicht hinreichend entsprochen.

Vertreter der Leistungsträger, Leistungserbringer und FQA sollten hierzu in Diskussion treten. Grundlage für die Diskussion können unter anderem die dargelegten bei der Personalausstattung zu beachtenden Aspekte sowie die formulierten Standards und Empfehlungen bilden.

Die Personalausstattung soll dem individuellen Hilfebedarf der Klienten sowie den formulierten Zielsetzungen und der Ergebnisqualität entsprechend der inhaltlichen Ausrichtung des Konzeptes der Einrichtung Rechnung tragen – dies gilt zunächst unabhängig von der Größe der Einrichtung. Folgender Sachverhalt erweist sich bislang als problematisch: Einerseits besteht die Maßgabe der Wirtschaftlichkeit und drückt sich im Umfang als festgelegte Obergrenze im Pflegesatz aus. Andererseits bestehen Personalanforderungen aufgrund von Vorgaben des PflWoqG und fachlich-konzeptioneller Notwendigkeiten. Beides zusammen führt dazu, dass eine Einrichtung eine gewisse Größe erreichen muss, um eine notwendige bzw. fachlich angezeigte Betreuungsdichte sicherstellen zu können (vgl. Kapitel 1.4 „Kapazität / Größe der Einrichtung“).

#### 1.5.1 B) Personaldichte und Größe der Einrichtung

#### Empfehlung

Die Größe einer Einrichtung sollte nicht von der erforderlichen Personaldichte (z. B. muss pro Gruppe immer eine Fachkraft anwesend sein) abhängig sein. Vielmehr sollte umgekehrt die erforderliche Personaldichte auch bei kleinen Einrichtungen gewährleistet werden. Hier sollten zwischen Vertretern der Leistungsträger und Leistungserbringer „Wirtschaftlichkeitsgrenzen“ – unter Berücksichtigung der Besonderheiten in geschlossen geführten Heimeinrichtungen – neu diskutiert werden. Zu dieser Thematik liefert voraussichtlich das Folgeprojekt GSV 16 weitere Grundlagen.

### 1.5.2 Personalgewinnung und -erhalt

Der Anspruch qualifiziertes und persönlich geeignetes Personal in geschlossenen geführten Heimeinrichtungen zu beschäftigen, kollidiert in der Praxis bereits jetzt mit dem herrschenden Fachkräftemangel im psychosozialen Bereich. Das Arbeitsfeld der geschlossenen geführten Heimeinrichtungen sollte daher so gestaltet werden, dass es für (potenzielle) Mitarbeitende attraktiv ist. Hierfür sollten Träger geeignete Strategien entwickeln.

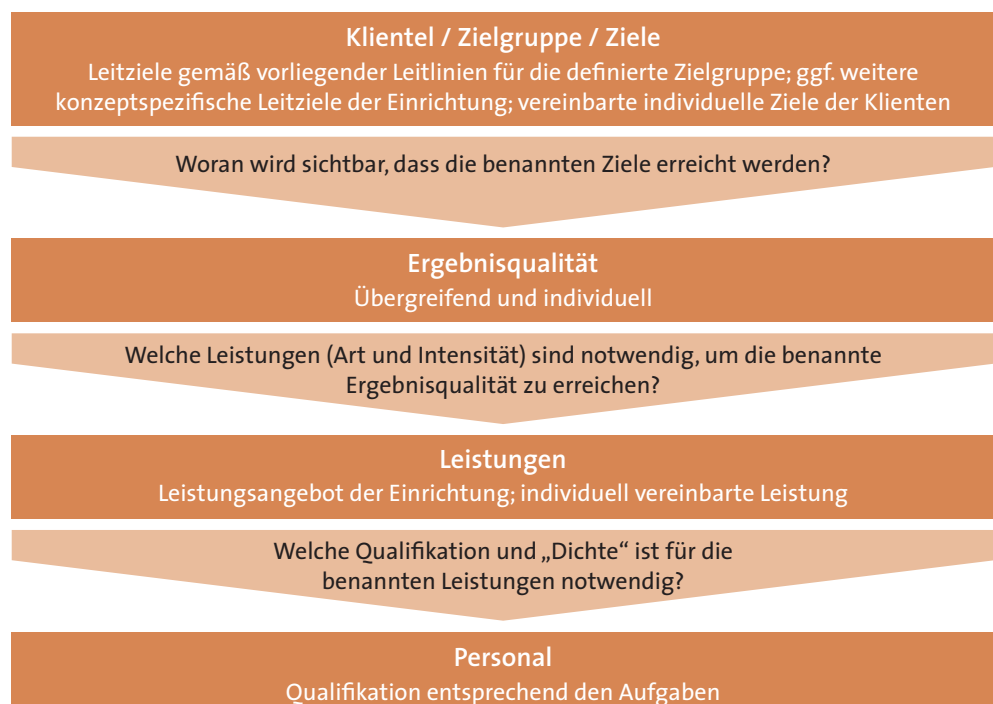
#### Empfehlung

#### 1.5.2 Strategien zu Personalgewinnung und -erhalt

Ausgehend vom Anspruch, qualifiziertes und persönlich geeignetes Personal einzusetzen, sollten Träger geschlossenen geführter Heimeinrichtungen geeignete Strategien entwickeln, wie sie Fachpersonal gewinnen und halten können. Diese beziehen sich – neben der Ausbildung von Nachwuchskräften – insbesondere auf den Aspekt „Attraktiver Arbeitsplatz“. Hierzu gehören z. B. ein gutes Arbeitsklima, der Ruf der Einrichtung, Strukturqualität, Möglichkeiten der Weiterbildung, Gestaltungsspielraum und Verantwortung im Arbeitsbereich, angemessene Bezahlung etc.

### 1.5.3 Herleitung des Personalbedarfs

Um eine qualitativ wie quantitativ angemessene personelle Ausstattung in geschlossenen geführten Heimeinrichtungen zu erreichen, ist eine transparente Systematik zugrunde zu legen. Dabei sollten Aspekte wie Betreuungsdichte, Qualifikation und Aufgabenzuordnung des Personals aus den in den vorliegenden Leitlinien formulierten Leitziele und ggf. aus weiteren konzeptspezifischen Zielen der Einrichtung sowie aus den individuell für / mit einzelnen Klienten vereinbarten Zielen abgeleitet werden (vgl. nachfolgende Grafik).



Was unter einer angemessenen Personalausstattung zu verstehen ist, muss – im Rahmen des AV PflWoqG – auf der Basis eines Konsensprozesses unter Beteiligung aller relevanten Akteure und Professionen geklärt werden. Hierzu sollen die vorliegenden Standards und Empfehlungen Orientierung bieten.

### 1.5.3 Systematik / Logik zur Ermittlung der Personaldichte und Qualifikation

Standard

Für geschlossen geführte Einrichtungen ist die Personaldichte und -qualifikation aus dem besonderen Setting / Auftrag (Sicherung einerseits, Unterstützung zur Teilhabe andererseits) und den zugrunde gelegten Zielen differenziert nach folgender Logik abzuleiten:

Zielgruppe / Klientel, Ziele (Leitziele gemäß vorliegender Leitlinien; ggf. weitere konzeptspezifische Leitziele der Einrichtung; individuelle Ziele der Klienten)

- › Ergebnisqualität (übergreifend und individuell)
- › Leistungen (Leistungsangebot der Einrichtung, individuell vereinbarte Leistung)
- › Personal (Qualifikation entsprechend den Aufgaben; Betreuungsdichte entsprechend den Leistungen).

Die jeweilige Heimeinrichtung ist für die Sicherstellung der personellen Ausstattung inkl. der regelmäßigen Überprüfung der Passgenauigkeit (z. B. hinsichtlich sich verändernder Zielgruppen und hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen) verantwortlich.

51

### 1.5.4 Personaldichte / Betreuungsschlüssel

#### *Aktueller Stand*

Das AV PflWoqG enthält keine direkten Aussagen zur Personaldichte bzw. zu Betreuungsschlüsseln. Es ist dort allerdings vermerkt, dass ausreichend fachlich qualifiziertes Personal vorhanden sein muss.

In der aktuell auch für geschlossen geführte Heimeinrichtungen gültigen Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern ist formuliert, dass die Gewichtung der Berufsgruppen, die Ausprägung der Multiprofessionalität und die Beschäftigung von Nichtfachkräften im Verhältnis zu Fachkräften in Abhängigkeit zu den Besonderheiten und Erfordernissen der Zielgruppe, des Konzeptes und der spezifischen Zielsetzungen sowie der Größe der Einrichtung stehen und individuell nach fachlichen Kriterien in der Leistungsvereinbarung festgelegt werden. Es werden Betreuungsschlüssel-Korridore zugrunde gelegt, innerhalb derer individuelle Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden. Somit ist aktuell die Personalausstattung geschlossen geführter Heime nur innerhalb enger Grenzen verhandelbar.

Aus PflWoqG Art. 3:

„Der Träger einer stationären Einrichtung hat sicherzustellen, dass

Pflege- und Betreuungskräfte in ausreichender Zahl und mit der für die von ihnen zu leistende Tätigkeit erforderlichen persönlichen und fachlichen Eignung vorhanden sind [...]

[...] die Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse erbracht werden [...] Hierzu gehört insbesondere, dass ausreichend fachlich geeignetes Personal eingesetzt wird, um unter Achtung der Menschenwürde eine nach Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit angemessene individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen, [...] die erforderlichen Hilfen zu gewähren sowie freiheitseinschränkende Maßnahmen nur anzuwenden, wenn sie zum Schutz gegen eine dringende Gefahr für Leib und Leben unerlässlich sind.“

## Empfehlung

### 1.5.4 Prüfung von Modellen zur Personalbemessung

Im Rahmen einer zu erstellenden Musterleistungsvereinbarung für geschlossen geführte Heimeinrichtungen für psychisch kranke / suchtkranke Menschen soll die Individualität (entsprechend Konzept etc.) beibehalten werden und in der Praxis der Verhandlung individueller Leistungsvereinbarungen Anwendung finden.

Die Bemessung des Personalschlüssels soll im Rahmen einer Musterleistungsvereinbarung überarbeitet werden. Dafür können beispielsweise folgende Modelle als Grundlage dienen:

**Modell 1** ausgehend von den individuellen Bedarfen

Als Grundlage dient die PsychPV (Psychiatrie-Personalverordnung). Diese wird – auf der Basis der hier formulierten Standards und Empfehlungen – auf den Heimbereich angepasst. Als weiteres mögliches Hilfsinstrument ist das Einstufungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu prüfen.

**Vorschlag 2** ausgehend von kumulierten Bedarfen

Die Personalberechnung erfolgt auf der Grundlage von Wochenplänen, dem „Programm“ der Einrichtung sowie dem Soll-Personaleinsatzplan. Diese sind Bestandteil des Konzepts, das auf den hier formulierten Standards und Empfehlungen basiert.

Modelle zur Personalbemessung sollen einen Gestaltungsspielraum für die Umsetzungspraxis eröffnen (z. B. um auf individuell schwankende und Wünsche der Klienten angemessen reagieren zu können).

### 1.5.5 Qualifikation

Hinsichtlich der Qualifikation des Personals in geschlossen geführten Heimeinrichtungen ist entsprechend den Aufgabenbereichen zu differenzieren.

Grundsätzlich gilt als Mindestanforderung die Vorgabe des PflWoqG (s. o.) sowie dessen Ausführungsverordnung.

Aus AV PflWoqG § 11, Abs. 2

„Personen, die in stationären Einrichtungen tätig sind, müssen die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen ausgeübte Funktion und Tätigkeit besitzen.“

## Qualifikation Heimleitung

Die Leitung geschlossen geführter Heimeinrichtungen ist eine Schlüsselposition. Neben der wirtschaftlichen Führung sind Heimleitungen vor allem für den ‚gelebten Geist‘ in der Einrichtung, also die fachliche Qualität und das zugrunde gelegte Menschenbild entsprechend den hier formulierten Standards und Empfehlungen, verantwortlich.

Auch das PflWoqG weist in Art. 3 ausdrücklich auf die besondere Verantwortung der Leitung hin. Diese umfasst unter anderem die Sicherstellung des Betriebs unter ethischen und qualitativ-fachlichen Aspekten.

Aus AV PflWoqG §§ 12 und 13:

„(2) Als Leitung einer stationären Einrichtung für Menschen mit Behinderung ist fachlich geeignet, wer Fachkraft im Bereich stationärer Einrichtungen für Menschen mit Behinderung im Sinn der nach § 16 Abs. 2 erlassenen allgemeinen Verwaltungsvorschrift ist und mindestens eine dreijährige Berufserfahrung in einer sozial- oder heilpädagogischen Einrichtung nachweisen kann.

Persönliche Ausschlussgründe

(1) In der Person der Einrichtungsleitung dürfen keine Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Leitung einer stationären Einrichtung ungeeignet ist. Ungeeignet ist insbesondere,

1. wer

a) 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 Insolvenzstrafat zu einer Freiheitsstrafe oder Ersatzfreiheitsstrafe von mindestens drei Monaten,

b) in den letzten fünf Jahren wegen einer Straftat nach §§ 29 bis 30b des Betäubungsmittelgesetzes oder

c) in den letzten fünf Jahren wegen einer sonstigen Straftat, die befürchten lässt, dass die Vorschriften des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes oder einer auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnung nicht beachtet werden, rechtskräftig verurteilt worden und die Eintragung der Verurteilung noch nicht aus dem Bundeszentralregister zu tilgen ist,

2. diejenige oder derjenige, gegen die oder den wegen einer Ordnungswidrigkeit nach Art. 23 PflWoqG mehr als zweimal eine Geldbuße rechtskräftig festgesetzt worden ist, soweit nicht fünf Jahre seit Rechtskraft des letzten Bußgeldbescheids vergangen sind.“

Zur fachlichen Eignung der Heimleitung trifft das PflWoqG folgende Festlegungen: Berufsausbildung gemäß der Verwaltungsvorschrift für Fachkräfte (s. o.), einschlägige mindestens dreijährige Berufserfahrung, Heimleiterausbildung (diese gilt jedoch nur für den Bereich Pflege und ältere Menschen gem. § 12 Abs. 1 AVPflWoqG). Im Bereich der Eingliederungshilfe muss gemäß § 12 Abs. 2 AVPflWoqG ein Heimleiter sowohl die Fachkräfteeigenschaften erfüllen als auch eine dreijährige einschlägige Berufserfahrung nachweisen. Bei der Ausübung der Leitung mehrerer Einrichtungen muss gemäß § 14 AVPflWoqG neben dem Nachweis der Qualifikation auch der Nachweis über die ausreichend zur Verfügung stehenden zeitlichen Kapazitäten für Koordinations-, Planungs- und Kontrollaufgaben erbracht werden (in der Vergangenheit oftmals eine Ursache für Mangelfeststellungen). Weiter werden im AV PflWoqG persönliche Ausschlussgründe benannt.

Weder in der Bayerischen Rahmenleistungsvereinbarung für die Leistungstypen Wohnen für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung noch in der der aktuell gültigen Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern für stationäre Heimeinrichtungen sind zusätzliche spezifische Anforderungen an die Heimleitung benannt.

#### Empfehlung

##### 1.5.5 A) Fachliche Anforderungen an die Heimleitung

Zusätzlich zu den im AV PflWoqG genannten Anforderungen an die Heimleitung sind folgende Kompetenzen von Vorteil:

- Therapeutische Kenntnisse,
- Generalisiertes Wissen für den Arbeitsbereich, um den aktuellen fachlichen Anforderungen gerecht zu werden,
- Bereitschaft zum vernetzten Arbeiten (vgl. Standards / Empfehlungen zur Vernetzung),
- Fähigkeit zur Selbstreflexion, insbesondere hinsichtlich der in der Präambel skizzierten Aspekte.

#### Qualifikation Fachkräfte

Fachkräfte in geschlossen geführten Heimeinrichtungen müssen sowohl die persönliche als auch fachliche Eignung für ihre Tätigkeit besitzen.

Welche Ausbildungen als Fachkraft in diesem Sinne qualifizieren, bestimmt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in einer Verwaltungsvorschrift. Insbesondere werden dort für stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderung benannt: Heilerziehungspfleger/-innen, Erzieher/-innen, Sozialpädagogen/-innen sowie andere für die Praxis in sozial-, heil oder sonderpädagogischen Einrichtungen vergleichbar ausgebildete akademische Fachkräfte mit Diplom, Bachelor- oder Masterabschlüssen, Heilpädagogen/-innen oder Personen mit vergleichbarer abgeschlossener heil- oder sonderpädagogischer Ausbildung, Diakone/-innen mit pädagogischer oder pflegerischer Ausbildung sowie Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Altenpfleger/-innen, Ergotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Musiktherapeuten/-innen sowie Musik- und Sonderpädagogen/-innen. Im Zweifel sollte bzgl. der Anerkennung als Fachkraft Rücksprache mit der FQA gehalten werden.

**Aus § 16 AVPfleWoqG:**

„(1) Fachkräfte müssen eine mindestens dreijährig angelegte Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen haben, wodurch ihnen Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen eigenverantwortlichen Wahrnehmung der ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt wurden.

(2) Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen erlässt allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Anerkennung

1. von Fachkräften in den Bereichen der Pflege, Therapie und sozialen Betreuung [...]
2. von pädagogischen und pflegerischen Fachkräften für die Gruppenleitung bzw. den Gruppendienst, von Gruppenübergreifenden Fachkräften [...].“

In Anlehnung daran werden in der Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern, die auch für geschlossen geführte Heimeinrichtungen gilt, als Fachkräfte beispielhaft bestimmte „klassische“ Ausbildungen benannt. Diese sind insbesondere: Sozialpädagog/-innen, Erzieher/-innen, Heilpädagogen/-innen, Pflegefachkräfte sowie Heilerziehungspfleger/-innen.

*Problematisch in diesem Zusammenhang ist:*

- Es wird im AV PflWoqG nicht hinsichtlich der Zielgruppen (hier: psychisch kranke Menschen, Menschen mit einer Suchterkrankung) differenziert.
- Es besteht aktuell eine Diskrepanz zwischen der Verwaltungsvorschrift AV PflWoqG und der Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern hinsichtlich der Zuordnung bestimmter Berufsgruppen zu den Fachkräften.
- In der Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern werden neuere Entwicklungen am Ausbildungs- und Stellenmarkt (Bachelor- und Master-Abschlüsse sowie verschiedene Kombinationen) nicht hinreichend berücksichtigt. Angesichts dieser Entwicklungen gibt es auf dem Bewerbermarkt immer weniger Absolventen klassischer Ausbildungs- und Studiengänge (z. B. Dipl. Sozpäd, Dipl. Psych etc.). Zunehmend sind Bachelor- und Master-Absolventen im psychosozialen Bereich zu verzeichnen, die weniger einschlägige Ausbildungen absolviert haben und dementsprechend schwer einer Berufsgruppe zuzuordnen sind.

**Beispiel:** Gilt eine Person mit einem Bachelor-Abschluss in Ergotherapie und einem Masterabschluss in Mental Health als Fachkraft für Beschäftigung (Ergotherapeut) oder als Fachkraft für den Betreuungsdienst (analog Sozialpädagoge)? Wäre dieser mit entsprechender Zusatzausbildung auch für eine Leitung qualifiziert?

Wichtige Informationen über die Qualifikation enthalten die Diploma Supplements, die allerdings nicht den klassischen Abschlusszeugnissen entsprechen.

**Empfehlung****1.5.5 B) Überarbeitung Definition Fachkräfte**

Im Rahmen einer zu erstellenden Musterleistungsvereinbarung für geschlossen geführte Heimeinrichtungen für psychisch kranke / suchtkranke Menschen soll unter Beachtung des PflWoqG neu vereinbart werden, was unter Fachkräften in diesem Sinne zu verstehen ist. Folgende Aspekte sollen berücksichtigt werden:

- Aktuelle Entwicklungen am Ausbildungsmarkt (Bachelor- und Masterstudiengänge),
- Spielraum zur Berücksichtigung konzeptionell begründeter Besonderheiten,
- Beschreibung von Kompetenzprofilen (anstelle von ausschließlich Ausbildungsabschlüssen) für Fachkräfte (s. u.).

Es soll für die Folgejahre eine begleitende Kommission geben, welche neue Studiengänge und Ausbildungen begutachtet und entsprechende Empfehlungen für den sozialpsychiatrischen Bereich abgibt.

**Empfehlung****1.5.5 C) Kompetenzprofile für Fachkräfte**

Es soll geprüft werden, ob Fachkräfte stärker über Kompetenzprofile (Soll-Profile) definiert werden können. Neben persönlichen Kompetenzen (soft skills s. u.) sind folgende Kompetenzen (im Sinne eines multiprofessionellen Teams) für die fachlich fundierte Arbeit in geschlossen geführten Heimeinrichtungen im Betreuungs- und Arbeitsbereich erforderlich:

- allgemeinmedizinisches und pharmakologisches Hintergrundwissen
- psychiatrisches Fachwissen
- sozialpsychiatrisches Fachwissen
- psychotherapeutische Kompetenz
- Erfahrungswissen
- pädagogisches Fachwissen
- lebensweltbezogene Kompetenz
- für das Setting erforderliches juristisches Hintergrundwissen
- weitere fachspezifische Kompetenzen (z. B. im Bereich Arbeit / Beschäftigung)

**Qualifikation Hilfskraft im Gruppendienst**

Qualifizierte Hilfskräfte in geschlossen geführten Heimeinrichtungen müssen sowohl eine persönliche als auch eine fachliche Eignung für ihre Tätigkeit besitzen.

Aus § 16 AVPflWoqG:

„(2) Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen erlässt allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Anerkennung

2. [...] von qualifizierten Hilfskräften stationärer Einrichtungen für Menschen mit Behinderung.“



Die Eignung als qualifizierte Hilfskraft in diesem Sinne bestimmt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in einer Verwaltungsvorschrift. Insbesondere werden dort für stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderung als qualifizierte Hilfskräfte benannt: Kinderpfleger/-innen, Heilerziehungspfleger/-innen, Sozialbetreuer/-innen und Pflegefachhelfer/-innen sowie andere für die betreuerische und pflegerische Praxis in Einrichtungen der Behindertenhilfe vergleichbar ausgebildete Personen.

In Anlehnung daran werden in der Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern, die auch für geschlossen geführte Heimeinrichtungen gilt, beispielhaft bestimmte Ausbildungen benannt. Diese sind insbesondere: Heilerziehungspfleger/-innen, Pflegehelfer/-innen und Erziehungshelfer/-innen.

### Fachliche Bewertung

Für die Praxis erweist sich die „Offenheit“ („vergleichbar ausgebildete Personen“) als positiv, da sie einen gewissen Planungs- und Umsetzungsspielraum eröffnet. Unklar ist, inwiefern auch angelernte Kräfte (ohne fachspezifische Ausbildung) beschäftigt werden können, sofern diese – in Bezug auf das Konzept und den Einsatzbereich – fachlich und persönlich geeignet sind.

**Beispiel:** Kann eine Sekretärin, die jahrelang ehrenamtlich in der Freizeitbegleitung psychisch kranker Menschen tätig war, als qualifizierte Hilfskraft im Gruppendienst eingesetzt werden?

### 1.5.5 D) Kompetenzprofile für Hilfskräfte

### Empfehlung

Im Rahmen einer zu erstellenden Musterleistungsvereinbarung für geschlossen geführte Heimeinrichtungen für psychisch kranke / suchtkranke Menschen soll geprüft werden, ob und inwiefern angelernte Kräfte (ohne fachspezifische Ausbildung) in einer geschlossen geführten Heimeinrichtung beschäftigt werden können. Hierfür sollen beispielhaft Kompetenzprofile erstellt werden, aus denen die fachliche und persönliche Eignung in Bezug auf das Konzept und den Einsatzbereich plausibel begründet werden kann.

### Persönliche Kompetenzen

Eine geschlossen geführte Heimeinrichtung ist ein besonderes Arbeitsfeld – sowohl für die Fach- und Hilfskräfte als auch für die Heimleitung. Eine besondere Herausforderung ist der tägliche Umgang mit Macht und Gewaltpotenzial (insbesondere Selbstgefährdung der Klienten, psychische Gewalt) sowie das in der Präambel skizzierte Spannungsfeld zwischen geschlossenem Setting und Unterstützung von Teilhabe der Klienten. Daher sollte neben der fachlichen Qualifikation ein besonderes Augenmerk auf den persönlichen Kompetenzen aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und insbesondere der Heimleitung liegen.

### 1.5.5 E) Persönliche Kompetenzen

Bei der Bewerberauswahl und Stellenbesetzung aller Mitarbeiter/-innen und insbesondere der Heimleitung sollten persönliche Kompetenzen Beachtung finden. Diese sind z. B.

- **soziale Kompetenzen:** selbstbewusstes und selbstsicheres Auftreten, Teamfähigkeit, Vertrauenswürdigkeit, Kritikfähigkeit, Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft, Selbststeuerungsfähigkeit etc.
- **ethische Grundhaltung und Menschenbild:** Verhältnis zu Macht, Reflexionsfähigkeit
- **Methodenkompetenzen:** Arbeitsmethoden, Lernfähigkeit und -bereitschaft, Kreativität
- **Selbstkompetenz:** Selbstständigkeit, Verhältnis zu Wandel / Weiterentwicklung, Zuverlässigkeit, Einsatzwille, Interesse, Eigeninitiative, Verantwortungsbereitschaft, Belastbarkeit
- **Handlungskompetenz:** Qualitätsorientierung, Flexibilität, Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit, Deeskalationsfähigkeit

### 1.5.6 Fachkraftquote und Einsatzbereiche von qualifizierten Hilfskräften

#### *Aktueller Stand und fachliche Bewertung*

Das AVPfleWoqG: gibt eine Mindestquote von 50 Prozent für Fachkräfte vor. In der Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern, die auch für geschlossen geführte Heimeinrichtungen gilt, finden sich dazu keine weiteren Vorgaben.

In den individuellen Leistungsvereinbarungen wird bislang die Anzahl von Fachkräften und Hilfskräften für eine geschlossen geführte Heimeinrichtung meist nicht stringent aus den jeweiligen konzeptionellen Anforderungen, Aufgaben, Tätigkeitsbereichen abgeleitet. Üblicherweise werden Fachkraftquoten vereinbart, die in der Regel bei 50 Prozent, in Ausnahmefällen auch bei bis zu 75 Prozent liegen.

#### Aus § 15 AVPfleWoqG:

[...] Betreuende Tätigkeiten dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden.

Hierbei muss mindestens eine betreuend tätige Person, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnerinnen [...] anwesend [...] und mindestens jede zweite weitere betreuend tätige Person eine Fachkraft sein.

[...] In der Nacht muss ausreichend Personal, mindestens aber eine Fachkraft ständig anwesend sein. [...].

Die Frage, ob und welche Fachkraftquoten bzw. ob der Einsatz von Hilfskräften generell fachlich angemessen ist, wurde im Rahmen des Projekts kontrovers diskutiert. Aspekte hierbei waren:

- Kleine Einrichtungen können nur mit einer Fachkraftquote von 100 Prozent betrieben werden, da eine Hilfskraft nicht alleine in der Gruppe sein darf.
- Praktische Erwägungen wie z. B. 100-prozentige Fachkraftquoten sind wirtschaftlich eigentlich nicht vertretbar und auch nicht flächendeckend realisierbar (Bewerbermarkt).
- Es gibt fachliche Gründe für den Einsatz von Hilfskräften, z. B. Orientierung am Normalisierungsprinzip.
- Es gibt fachliche Gründe gegen den Einsatz von Hilfskräften, speziell angesichts der benannten Zielgruppe und des besonderen Settings: Professionelles Grundverständnis muss vorhanden sein. Bei Hilfskräften besteht die Gefahr, dass sie Situationen falsch einschätzen, z. B. akute Suizidalität nicht erkennen, durch unabsichtliche Trigger im Gespräch retraumatisierende Effekte auslösen etc.
- Fachkräfte und Hilfskräfte können u. U. für dieselbe Tätigkeit eingesetzt werden (z. B. begleiteter Ausgang); maßgeblich sind der Verantwortungsgrad, der Sicherheitsaspekt sowie der Grund und die Absicht, mit der die Maßnahme durchgeführt wird.

Einigkeit herrschte darüber, dass aus fachlicher Sicht das vorgeschriebene „unterste Limit“ von 50 Prozent Fachkraftquote keinesfalls unterschritten werden darf. Einig war man sich auch, dass – je nach konzeptioneller Besonderheit – eine Fachkraftquote von bis zu 100 Prozent gerechtfertigt ist. Über solche Besonderheiten gilt es sich zukünftig trägerübergreifend zu verständigen (vgl. Folgeprojekt GSV 16).

Bezüglich der **Tätigkeitsbereiche** von Hilfskräften ist im PflWoqG festgelegt, dass diese betreuende Tätigkeiten nur unter angemessener Beteiligung von Fachkräften ausüben dürfen. Konkrete beispielhafte Benennungen von Tätigkeitsbereichen der Hilfskräfte gibt es nicht.

Auch die aktuell für geschlossen geführte Heimeinrichtungen gültige Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern legt hierzu nichts fest.

Die ‚gelebte Praxis‘ ist entsprechend dem breiten Spektrum an konzeptionellen Ausrichtungen der Heimeinrichtungen sehr unterschiedlich. Hilfskräfte übernehmen, sofern überhaupt in der Einrichtung eingesetzt, unterschiedliche Aufgaben. Diese Offenheit ist prinzipiell zu begrüßen, da sie einen Gestaltungsspielraum entsprechend den Bedarfen der Klienten und der konzeptionellen Ausrichtung zulässt.

## Standard

### 1.5.6 Begründung Fachkraftquote über Konzeptanforderungen

In der individuellen Leistungsvereinbarung ist bzgl. der Vereinbarung von Hilfskräften und verschiedenen Fachkräften der oben skizzierten Logik zu folgen:

Zielgruppe / Klientel, Ziele (Leitziele gemäß vorliegenden Leitlinien; ggf. weitere konzeptspezifische Leitziele der Einrichtung; individuelle Ziele der Klienten)

- › Ergebnisqualität (übergreifend und individuell)
- › Leistungen (Leistungsangebot der Einrichtung, individuell vereinbarte Leistung)
- › Personal (Qualifikation entsprechend den Aufgaben; Betreuungsdichte entsprechend den Leistungen).

Weiter ist zu differenzieren zwischen

- › Leistungen, die eine Hilfskraft erbringen kann, soll und darf,
- › Leistungen, die eine Fachkraft erbringen muss sowie
- › Funktionen, Tätigkeiten / Aufgaben für Fach- und Hilfskräfte sowie insbesondere deren Verantwortungsbereiche.

## Empfehlung

### 1.5.6 Konkretisierung der Fachkraftquote im Projekt GSV 16

Die notwendige Fachkraftquote in geschlossen geführten Heimeinrichtungen wird kontrovers diskutiert. Hierbei spielen neben der Größe der Einrichtung und praktischen Erwägungen insbesondere unterschiedliche konzeptionelle Ausrichtungen eine wesentliche Rolle. Über derartige konzeptionelle Besonderheiten gilt es sich zukünftig trägerübergreifend zu verständigen. Dabei soll die jeweilige Fachkraftquote konkret fachlich aus dem Konzept heraus begründet werden. Diese Thematik soll im geplanten Folgeprojekt GSV 16 aufgegriffen werden.

### 1.5.7 Zuordnung von Professionen und Funktionen in der Leistungsvereinbarung

#### *Aktueller Stand und fachliche Bewertung*

Entsprechend der gültigen Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern für stationäre Heimeinrichtungen werden Betreuungsschlüssel-Korridore für verschiedene Bereiche festgelegt und an Professionen gekoppelt:

- Gruppenübergreifende Dienste (Psychologen, Diplom-Pädagogen, Sozialpädagogen / Sozialarbeiter, Heilpädagogen)
- Fachkräfte für Beschäftigung und Tagesstruktur (insbesondere Beschäftigungstherapeuten sowie andere erfahrene Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen)
- Betreuung im Gruppendienst (Fachkräfte: Sozialpädagogen, Erzieher, Heilpädagogen, Pflegefachkräfte u. a.)

In der Praxis erweist sich diese Zuordnung der Fachkräfte zu den Bereichen teilweise als zu starr. Eine Flexibilität hinsichtlich konzeptioneller Ziele und vor allem individueller Bedarfe der Klienten ist dadurch mitunter zu eingeschränkt.

#### **1.5.7 Überprüfung der Koppelung von Betreuungsschlüssel-Korridoren in benannten Bereichen mit benannten Professionen**

#### **Empfehlung**

Im Rahmen einer zu erstellenden Musterleistungsvereinbarung für geschlossen geführte Heimeinrichtungen für psychisch kranke / suchtkranke Menschen soll geprüft werden, ob und inwiefern die Koppelung von Betreuungsschlüssel-Korridoren für verschiedene Bereiche (gruppenübergreifende Dienste, Beschäftigung / Tagesstruktur, Betreuung im Gruppendienst) mit bestimmten Professionen (insb. Psychologin, Ergo- / Beschäftigungstherapeut, Sozialpädagogen, Fachpflege) fachlich sinnvoll verändert werden kann. Maßgeblich für die Diskussion ist der Anspruch den individuellen Bedarfen der Klienten und ggf. besonderen konzeptionellen Anforderungen von Heimeinrichtungen gerecht zu werden.

## 1.5.8 Fort- und Weiterbildung, Supervision

### *Aktueller Stand und fachliche Bewertung*

Im AVPfleWoqG ist festgelegt, dass der Träger der Heimeinrichtung seinen Mitarbeiter/-innen Fort- und Weiterbildung ermöglichen muss.

Sowohl im Rahmenvertragswerk für teilstationäre und stationäre Einrichtungen als auch in der Bayerischen Rahmenleistungsvereinbarung für die Leistungstypen Wohnen für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung ist die Verantwortung des Trägers für die Qualitätssicherung festgeschrieben. In beiden Ausführungen werden Fortbildungen sowie Supervision als geeignete Maßnahmen genannt. Ferner wird darauf verwiesen, dass die Finanzierung von Fortbildungen und Supervision im Rahmen des in der Vergütung enthaltenen Ansatzes erfolgt.

#### Aus § 17 AVPfleWoqG:

Der Träger der stationären Einrichtung ist verpflichtet, den dort tätigen Personen Gelegenheit zur Teilnahme an tätigkeitsbezogenen Fort- und Weiterbildungen zu geben.

[...] Der Träger hat darauf hinzuwirken, dass bei der Auswahl geeigneter Fort- und Weiterbildungen insbesondere der von der zuständigen Behörde festgestellte Qualifizierungsbedarf berücksichtigt wird.

Auch in der gültigen Musterleistungsvereinbarung des Bezirks Oberbayern für stationäre Heimeinrichtungen ist die Notwendigkeit einer Qualitätssicherung festgelegt. Ausgehend davon werden regelmäßig Leistungen zur Qualifizierung der Mitarbeiter zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer verhandelt. Weitere Aussagen zu Inhalten werden nicht getroffen. Ein einheitlich festgelegtes Budget für Supervision und Fortbildung ist in den genannten Papieren nicht enthalten.

Die prinzipielle Offenheit hinsichtlich der Inhalte von Fort- und Weiterbildung bzw. Supervision wird aus fachlicher Sicht befürwortet. Sie lässt Spielraum auf situationsbezogene und konzeptionelle Erfordernisse zu reagieren.

Allerdings ist festzuhalten, dass Mitarbeiter/-innen in geschlossen geführten Heimeinrichtungen einen erhöhten Bedarf an Fort- und Weiterbildung bzw. Supervision haben. Dies ist dem besonderen Setting (Machtverhältnisse, spezieller rechtlicher Rahmen, Doppelauftrag, Schutz und Unterstützung von Teilhabe) geschuldet.

### 1.5.8 A) Supervision, Fort- und Weiterbildung

#### Empfehlung

Im Rahmen einer zu erstellenden Musterleistungsvereinbarung für geschlossen geführte Heimeinrichtungen für psychisch kranke / suchtkranke Menschen soll ein Budget für Supervision, Fort- und Weiterbildung festgelegt werden, das den besonderen Umständen des Arbeitsfeldes Rechnung trägt. Dabei sollen folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- Erweiterter Bedarf an Supervision: Mitarbeiter/-innen geschlossen geführter Heimeinrichtungen brauchen mehr Supervision als Mitarbeiter/-innen in offenen Einrichtungen. Die Begründung hierfür liegt im Setting: Die Schutzbedürfnisse der Klienten sind größer als in offenen Einrichtungen. Eine systematische Reflexion insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit Macht muss ermöglicht werden.
- Spezifische Fortbildungen: Fachliche Pflichtfortbildungen für dieses Tätigkeitsfeld sind erforderlich, beispielsweise DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie, besonders geeignet für die Arbeit mit Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung), Deeskalation / Gewaltprävention, Krisenprävention und -intervention, spezifische rechtliche Grundlagen, störungsspezifisches Wissen und spezifisches Fachwissen zum Umgang mit komplex gestörten Menschen. Das Fortbildungsprogramm sollte auch trägerübergreifend und / oder gemeinsam mit Kliniken (auch zur besseren Vernetzung) erstellt und durchgeführt werden.
- Fachliche Unterstützung / Fallbesprechungen (jenseits einzelfallbezogener Zusammenarbeit) durch einen geeigneten Facharzt für Psychiatrie.

### 1.5.8 B) Führungs-Supervision

#### Empfehlung

Aufgrund der besonderen Verantwortung und Schlüsselposition der Heimleitung soll diese regelmäßig eine Führungs-Supervision in Anspruch nehmen.

## 1.6 Tagesstruktur

Die Tagesstruktur umfasst die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit. In allen drei Bereichen gilt ebenfalls als oberste Prämisse das „Normalisierungsprinzip“ und als Ziel der Erhalt oder die Verbesserung der selbstbestimmten Lebensführung. Die Bewohner organisieren ihre Lebensbereiche so weit als möglich selbstständig und erhalten dabei so viel Unterstützung wie notwendig.

### 1.6.1 Tagesstruktur im Bereich Wohnen

Um dem Auftrag der selbstbestimmten Lebensführung einerseits sowie dem rehabilitativen und beschützenden Auftrag andererseits gerecht zu werden, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

#### Standard

#### 1.6.1 Tagesstruktur im Bereich Wohnen

- Selbstversorgung wird im Rahmen des Betreuungssettings ermöglicht.
- Frei zugängliche Teeküchen mit Kochausstattung sind in ausreichender Anzahl vorhanden.
- Frei zugängliche Waschmaschinen und Trockenmöglichkeiten sind in ausreichender Anzahl vorhanden.
- Raumpflegematerialien werden bereitgestellt.
- Eine zusätzliche individuelle Versorgung mit Lebensmitteln soll möglich sein.
- Individuelles Einkaufen von Kleider- und Körperpflegeprodukten soll möglich sein.
- Das Mitgestalten des Wohnraums soll möglich sein.

### 1.6.2 Tagesstruktur im Bereich Arbeit

In der Arbeitsrehabilitation von psychisch kranken Menschen werden in der Fachöffentlichkeit insbesondere zwei divergierende Strategien – „first train then place“ und „first place then train“ – diskutiert.

In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe findet keine Arbeitsrehabilitation in diesem Sinne statt. Vielmehr geht es bei diesen Maßnahmen darum, das Aufbauen einer sinnvollen Tagesstruktur innerhalb der Einrichtung anzubieten und gleichzeitig die arbeitsorientierten Fähigkeiten der Betroffenen zu stabilisieren und, wenn möglich, auszubauen. Ziel ist es, die individuellen Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen am Arbeitsleben zu verbessern.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass insbesondere im Bereich der psychisch kranken Menschen das Anbieten sinnhafter Tätigkeiten und Beschäftigungen notwendig ist, um eine Motivation und Akzeptanz der Angebote zu erreichen.



### 1.6.2 Tagesstruktur im Bereich Arbeit

Standard

- Sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten werden angeboten.
- Es gibt ein breitgefächertes und an den Interessen und Ressourcen des Bewohners ausgerichtetes Angebot.
- Kontakt zu Kooperationspartnern aus dem örtlichen Handwerk und den Kommunen wird aufgebaut und gepflegt, um niederschwellige Aufträge zu akquirieren.
- Aufgaben und Arbeitsplätze aus dem hauswirtschaftlichen oder haustechnischen Bereich werden vorgehalten.
- Die Nutzung regionaler Angebote außerhalb der Einrichtung sollte möglich sein.

### 1.6.3 Tagesstruktur im Bereich Freizeit

Im Bereich der Freizeitgestaltung geht es insbesondere um den selbstbestimmten Umgang des Betroffenen mit der ihm zu freien Verfügung stehenden Zeit. Das oberste Ziel hier sollte die gemeinsame Erarbeitung einer den individuellen Neigungen und Bedürfnissen entsprechenden Freizeitgestaltung sein. Der Bewegungsradius des Betroffenen beschränkt sich zum größten Teil auf die Einrichtung, daher sollten verschiedene geeignete Optionen innerhalb der Einrichtung (Stimulation-, Betätigungs- und Entspannungsmöglichkeiten) vorgehalten werden. Darüber hinaus sollten jedoch, beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen, die Angebote des Gemeinwesens mit bedacht und ggf. einbezogen werden.

65

### 1.6.3 Tagesstruktur im Bereich Freizeit

Standard

Es werden Möglichkeiten entsprechend der individuellen Neigungen und Bedürfnisse im Rahmen der Freizeitgestaltung innerhalb und außerhalb der Einrichtung angeboten. Dazu zählen insbesondere:

- > Sportmöglichkeiten
- > kulturelle Angebote
- > Freizeitgruppen
- > Bildungsmöglichkeiten
- > Ausflugsmöglichkeiten

## 1.7 Fachbeirat

Viele Institutionen haben erkannt, dass für eine fachliche Weiterentwicklung und Qualitätssteigerung ein Blick von außen förderlich ist und beauftragen z. B. externe Berater mit der Bearbeitung eines bestimmten Themas. Für Heimeinrichtungen haben auch Leistungsträger (z. B. der Bezirk Oberbayern als überörtlicher Sozialhilfeträger) und Aufsichtsbehörden (z. B. FQA) einen Beratungsauftrag, der allerdings gleichzeitig eine gewisse Kontrollfunktion beinhaltet. Auch eine Zertifizierung im Rahmen des Qualitätsmanagements (z. B. DIN EN ISO) dient der Qualitätsentwicklung. Aus Trägersicht ist damit allerdings immer auch das Ziel verbunden das Zertifikat zu behalten.

Deshalb ist es empfehlenswert, neben diesen Maßnahmen ein offenes Forum zum geschützten Austausch aller für die Einrichtung relevanter oder brisanter Themen zu etablieren. In der Praxis hat sich der Fachbeirat als Expertengremium bewährt. Im Fachbeirat werden aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven Ideen und Lösungsansätze zu bestimmten Fragestellungen generiert. Der wesentliche Unterschied zwischen einem Fachbeirat und anderen Beratungs- oder Qualitätsentwicklungsinstrumenten ist der offene und gleichzeitig geschützte Rahmen, in dem auch kritische Fragen und Probleme gemeinsam diskutiert werden können.

Die Einrichtung eines Fachbeirats empfiehlt sich zwar für alle Institutionen, jedoch kommt einem solchen Gremium bei geschlossen geführten Heimeinrichtungen mit ihrem spezifischen Setting, ihrem komplexen Auftrag und ihrer besonderen Schlüsselposition eine besondere Bedeutung zu.

Da der Fachbeirat eine unterstützende Funktion einnimmt, sollten dort diejenigen Themen und Fragestellungen bearbeitet werden, die von den Vertretern der Heimeinrichtung als relevant befunden werden. Als Hintergrundinformation und möglicher Input könnte der FQA-Bericht dienen.

## 1.7 Fachbeirat

### Empfehlung

Zur Reflexion und fachlichen Qualitätssicherung bzw. Weiterentwicklung der Arbeit in geschlossen geführten Heimeinrichtungen soll ein Fachbeirat eingerichtet werden. Treffen sollten durch die Heimleitung initiiert und organisiert werden und regelmäßig, mindestens jedoch einmal im Jahr, stattfinden. Der Fachbeirat begleitet die Arbeit der Einrichtung wohlwollend und mit konstruktiv-kritischem Blick aus verschiedenen externen Perspektiven. In geschützter Atmosphäre wird ein offener Austausch zu aktuellen Fragen oder relevanten Themen geführt. Der offene Rahmen kann durch das ehrenamtliche Engagement des Fachbeirats und ein nicht vertraglich geregeltes besonderes Vertrauensverhältnis der Beteiligten untereinander gefördert werden.

Idealerweise mündet die offene Diskussion in eine konkrete Empfehlung des Fachbeirats an die Einrichtung. Diese kann – nach Rücksprache mit dem Fachbeirat – für weitere Zwecke, z. B. die Abstimmung mit dem Leistungsträger, dem Heimbeirat etc., genutzt werden.

Um zu einer fundierten Empfehlung zu kommen, sollten im Fachbeirat durch die Zusammensetzung der Teilnehmer möglichst verschiedene Perspektiven repräsentiert werden:

- Fachlichkeit (z. B. Medizin- und Pflegeexperten, Referenten der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege, Supervisor, Hochschulen)
- Erfahrungswissen (organisierte Angehörige, organisierte Psychiatrieerfahrene)
- Wirtschaftlichkeit, Recht und Organisation (z. B. Experten aus Hochschulen, Unternehmensberater)
- Ethik (Ethikberater, Seelsorger, Ethikkomitee)

Eine dieser benannten Personen könnte die Verbindungsperson im Sinne des § 46 AV PflWoqG sein.

Je nach gewähltem Thema sollten neben der Heimleitung zwei bis drei ausgewählte Mitarbeiter/-innen der Einrichtung und ggf. zusätzliche Experten teilnehmen.

## 1.8 Grunddaten der Qualitätsberichtserstattung

Bei der Erhebung der Grunddaten für eine Qualitätsberichtserstattung geht es nicht um eine klienten- oder leistungsbezogene Dokumentation. Vielmehr stehen versorgungsplanerische Aspekte im Vordergrund.

In der Auseinandersetzung mit quantitativen Daten muss allen Beteiligten bewusst sein, dass diese immer in Relation zu den regionalen Versorgungsstrukturen und der konzeptionellen Ausrichtung der Einrichtung zu betrachten sind.

Die Auswertung der quantitativen Punkte der Qualitätsberichtserstattung findet in einem klar geregelten Prozedere unter festgelegten Rahmenbedingungen statt. Ein entsprechendes Verfahren muss noch erarbeitet werden. Ein transparenter Umgang mit Zahlen ist insbesondere unter folgenden Gesichtspunkten sinnvoll und wünschenswert:

- ✓ fachliche Weiterentwicklung geschlossen geführter Einrichtungen
- ✓ Imagepflege durch Transparenz
- ✓ nützliche Daten für die Fachsozialplanung des Bezirks Oberbayern

Folgende Grunddaten werden dokumentiert und gegenüber dem Bezirk Oberbayern transparent gemacht:

- ✓ Basisdaten der Einrichtung
  - Name
  - Anschrift
  - Ansprechpartner
  - Telefon
  - E-Mail

- ✓ Anzahl der offen geführten Plätze
- ✓ Anzahl der geschlossenen Plätze
- ✓ Auslastungsgrad der geschlossen geführten Plätze
- ✓ Anzahl der freiwillig beschützten Aufenthalte
- ✓ Grunddaten der Leistungsberechtigten (anonymisiert)
  - Alter
  - Geschlecht
  - Diagnose
  - Migrationshintergrund (wünschenswert)
- ✓ Wohnform der Leistungsberechtigten vor und nach der Maßnahme
  - Landkreis
  - Bezirk
  - Bundesland
  - Land
- ✓ Aufenthaltsdauer der Leistungsberechtigten
- ✓ Aufenthalte ohne gesetzlichen Vertreter
- ✓ Grad der überregionalen Aufnahme in Prozent
- ✓ Weitervermittlungsquote

## 2. Ergebnisqualität

Die zentrale Frage, die es im Rahmen der Ergebnisqualität zu beantworten gilt, lautet: Bieten wir den leistungsberechtigten Personen die optimale Hilfeleistung, und wie kann die Zielerreichung nachvollziehbar dargestellt werden?

Die Beurteilung allein auf Basis statischer Kennzahlen reicht nicht für eine qualitative Bewertung der Komplexität geschlossener Unterbringung, zumal dazu kaum wissenschaftlich fundierte Standards existieren. Es bedarf einer sinnvollen Kombination aus statistischen Eckdaten und qualitativen Bewertungskriterien, welche die Leistungen der Einrichtung transparent darstellen können.

Die nachfolgend formulierten Standards sind als erster Schritt zu verstehen, wesentliche Voraussetzungen geschlossen geführter Heime zu benennen, die als Indiz für eine qualitativ gute Arbeit gelten können.

Die Projektarbeitsgruppe ist übereinstimmend zu dem Ergebnis gelangt, dass es sinnvoll und zielführend ist, die erarbeiteten Standards der Ergebnisqualität in der Einrichtung für alle transparent und verständlich zu kommunizieren (Aushang etc.). In diesem Sinne stellt die vorliegende Ergebnisqualität nicht nur eine Leitlinie für die Mitarbeiter/-innen von Einrichtungen dar, sondern stärkt das Mitbestimmungsrecht und die Selbstbestimmung der leistungsberechtigten Personen innerhalb der Einrichtungen in dem Sinne nachhaltig: Was kann ich als Bewohner an qualitativ guter Leistung von der Heimeinrichtung erwarten?

## 2. Ergebnisqualität

### Standard

#### > Mitbestimmung der Bewohner

- Eine Bewohnerbefragung findet mindestens einmal jährlich mittels eines standardisierten Fragebogens statt.
- Die Teilnehmerquote der Bewohnerbefragung wird dokumentiert.

#### > Dokumentation über die Veränderung der Fähigkeiten der Bewohner

- Eine aussagekräftige Dokumentation (zusätzlich zu HEB) über die Veränderung der Fähigkeiten des Bewohners erfolgt.

#### > Vernetzung

- Die Vernetzung gemäß der hier formulierten Standards und Empfehlungen (vgl. Kapitel „Vernetzung“) wird nachgewiesen.

#### > Öffnung der Einrichtung / Ehrenamtliche Mitarbeiter

- Die Maßnahmen zur öffentlichen An- und Einbindung der Einrichtung in den Sozialraum werden festgehalten.
- Es werden individuelle, bedarfsgerechte Leistungen außerhalb der Einrichtung, abhängig von der personellen Ausstattung und dem versorgten Personenkreis, erbracht. Diese können unter anderem sein:
  - Arbeitstherapie außerhalb der Einrichtung (ohne Doppelfinanzierung)
  - Leistungen im Bereich der Tages- und Freizeitgestaltung sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

#### > Bewohnerbezogenes Angebot

- Die Teilnehmerquote der einzelnen Angebote wird dokumentiert.
- Das Angebot wird im Sinne der Personenzentriertheit ggf. an die veränderten Bedürfnisse angepasst.

#### > Durchführung von Lockerungsmaßnahmen

- Lockerungsmaßnahmen werden gemäß dem vorliegenden Praxisleitfaden durchgeführt.

#### > Fachlichkeit / Einsatz von Ressourcen

- Das in der Leistungsvereinbarung vereinbarte Personal wird vorgehalten. Umfang und Inhalt der Fortbildungen werden dokumentiert.

#### > Beschwerden

- Es gibt ein ausgewertetes Beschwerdemanagement.
- Entsprechende Verbesserungsprozesse werden eingeleitet.

#### > FQA Bericht

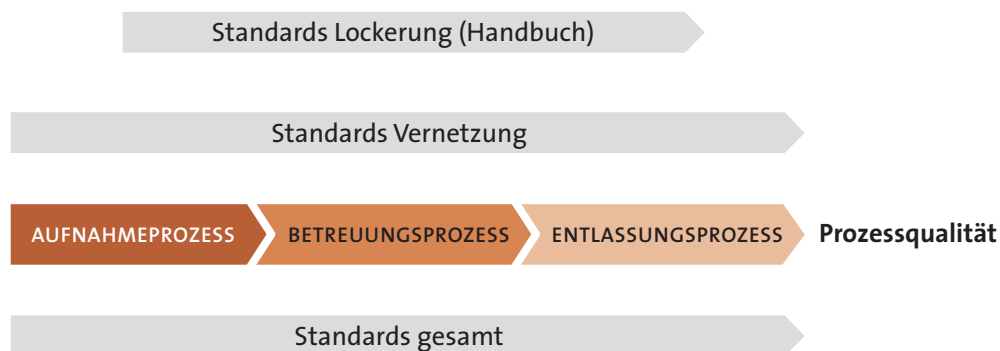
- FQA Berichte im FQA-Prüfbericht festgehaltenen Qualitätsempfehlungen werden regelmäßig ausgewertet, und die Prozesse der Einrichtung entsprechend weiterentwickelt.

# 3. Prozessqualität

Die Prozessqualität lässt sich anhand der drei Kernprozesse „Aufnahme-, Betreuungs- und Entlassungsprozess“ beschreiben.

Je nach Qualitätsmanagementsystem wird die Prozessqualität in den Heimeinrichtungen unterschiedlich gefasst und dargestellt. Die Projektgruppe kam zu dem Schluss, dass eine einheitliche Vorgabe von Prozessbeschreibungen nicht zielführend und in der Praxis auch nicht umsetzbar ist.

Konsens war, dass als Grundlage für die internen Beschreibungen der drei Kernprozesse die hier formulierten Standards und Empfehlungen sowie Teil III (Handbuch Lockerung) dienen sollen. Dies lässt sich schematisch folgendermaßen darstellen.



*Konkret bedeutet dies beispielsweise:*

- Im Aufnahmeprozess ist der Standard verankert, dass vor und während der Aufnahme ein enger fallbezogener Austausch zwischen Klinik und Heimeinrichtung stattfinden soll (vgl. Standard 4.4 A).
- Im Betreuungsprozess wird beschrieben, wie die Selbstversorgung im Rahmen des Betreuungssettings ermöglicht wird (vgl. Standard 1.6.1). Im Betreuungsprozess ist das konkrete Vorgehen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen zu beschreiben (vgl. Handbuch Lockerung, Prozess 5.6)
- Im Entlassungsprozess ist beschrieben, wie die Einbeziehung des privaten Umfelds des Klienten in die Entlassungsplanung erfolgt (vgl. Standard 4.10 D).

## Standard

### 3. Prozessqualität

Für die einrichtung-internen Beschreibungen der drei Kernprozesse – Aufnahme-, Betreuungs- und Entlassungsprozess – bilden die hier formulierten Standards und Empfehlungen sowie Teil III (Handbuch Lockerung) die Basis.



# 4. Standards und Empfehlungen zur Vernetzung

## 4.1 Hinweise zu den Qualitätsleitlinien Vernetzung

Übergreifend für alle Standards und Empfehlungen zur Vernetzung sind nachfolgende Hinweise zu beachten.

- Der staatliche Schutzauftrag bzgl. Vernetzung der Heimeinrichtungen ist in einigen Punkten im Pflegewohnqualitätsgesetz sowie in den Ausführungsbestimmungen geregelt (vgl. PflWoqG und AVPflWoqG). Dies betrifft insbesondere die Vernetzung zwischen Bewohner, Einrichtung / Träger sowie Fach- und Qualitätsaufsicht. Hier besteht ein rechtlicher Anspruch auf Mitwirkung und Vertretung des Bewohners gegenüber der Einrichtung und der Fach- und Qualitätsaufsicht (vgl. Art 9 Abs. 1 Satz 1 PflWoqG)<sup>9</sup>. Selbstverständlich schließen alle nachfolgend benannten Standards und Empfehlungen diese rechtlich verankerten Rechte und Pflichten mit ein, auch wenn dies nicht an jeder Stelle explizit benannt ist.
- Es werden vielfältige Aufgaben der Vernetzung als Anforderungen und Qualitätsmerkmale geschlossen geführter Heimeinrichtungen beschrieben. Selbstverständlich können diese Aufgaben nicht einseitig an die Heimeinrichtungen delegiert werden, sondern müssen wechselseitig von allen Beteiligten vollzogen werden. Für eine gelingende Vernetzung muss seitens aller Akteure (insbesondere rechtliche Vertretung, Klinik, andere sozialpsychiatrische Anbieter, Polizei, Angehörige etc.) die Bereitschaft zur kooperativen Zusammenarbeit im Sinne der Klienten vorhanden sein. Somit schließen die vorliegenden Standards und Empfehlungen immer auch Empfehlungen an die jeweiligen Kooperationspartner mit ein.
- Eine gut funktionierende Vernetzung setzt neben der Bereitschaft der beteiligten Akteure entsprechendes Know-how und zeitliche Ressourcen voraus. Dies schlägt sich in der Strukturqualität – z. B. hinsichtlich der Quantität und Qualität der Personalausstattung oder Qualifikation des Personals – der Heimeinrichtungen nieder (vgl. hierzu Kapitel 1.5 „Strukturqualität“).

Umgekehrt steigert die enge und gut abgestimmte Vernetzung und Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure nicht nur die Qualität der Hilfen für die in der Einrichtung lebenden Menschen, sondern auch die Effektivität von Versorgungsprozessen im Gesamten (z. B. kürzere Aufenthalte, bessere Überleitungen) und wirkt somit bezogen auf das gesamte Versorgungsgeschehen langfristig ressourcenschonend.

- Die vorliegenden Qualitätsleitlinien zur Vernetzung setzen ein überwiegend regional organisiertes Versorgungsgeschehen voraus. Sie sind bei überregionalen Aufnahmen von Klienten in geschlossen geführte Heimeinrichtungen (aus anderen Regionen bzw. Bundesländern) nur sehr eingeschränkt umsetzbar. Der Sonderfall „überregionale Aufnahmen“ wird berücksichtigt, soweit dies beim Thema Vernetzung möglich ist.

---

<sup>9</sup> Die Anforderungen werden in den §§ 18, 28 und 44 AVPflWoqG hinsichtlich Abläufen und Zuständigkeiten beschrieben.

## 4.2 Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung

Für eine qualitativ hochwertige Arbeit entsprechend den gültigen rechtlichen Bedingungen und fachlichen Standards ist der persönliche Kontakt der Einrichtungsleitung bzw. der Führungskräfte der Einrichtung mit allen beteiligten Akteuren – Heimaufsicht, Bezirkssozialverwaltung, Richter – eine wichtige Voraussetzung.

### Empfehlung

#### 4.2 A) Persönliche Kontaktpflege

Die Leiter der Heimeinrichtung sowie weitere Führungskräfte sollen den persönlichen Kontakt mit allen beteiligten Akteuren – Heimaufsicht, Bezirkssozialverwaltung, Richter – pflegen.

Neben ihrer Kontrollfunktion haben die FQA der Landratsämter (Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – früher: Heimaufsicht) einen Beratungsauftrag für Heimeinrichtungen.

### Empfehlung

#### 4.2 B) Inanspruchnahme Beratungsangebot FQA

Die Leitung der Heimeinrichtung bzw. delegierte Personen sollen bei offenen Fragen das Beratungsangebot der FQA in Anspruch nehmen.

Um alle erforderlichen Hilfen – insbesondere im Anschluss an die Heimbetreuung, aber auch im gesamten Verlauf der Heimbetreuung – sicherstellen zu können, ist eine enge Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten der Versorgungsregion notwendig. Grundvoraussetzung hierfür ist die Kenntnis dieser Einrichtungen und Dienste.

### Standard

#### 4.2 A) Kenntnis regionaler Anbieter

Das Fachpersonal<sup>10</sup> der Heimeinrichtung kennt alle regionalen sozialpsychiatrischen Angebote (Lage, Zielgruppe, konzeptionelle Ausrichtung, Arbeitsweise, Angebotsspektrum etc.). Entsprechende Informationsquellen wie die Einrichtungsdatenbank des Bezirks Oberbayern, die Infostelle Wohnnetz ([www.info-wohnetz.de](http://www.info-wohnetz.de)) werden genutzt oder Anfragen über den Fachdienst des Bezirks Oberbayern gestellt. Darüber hinaus werden persönliche Kontakte geknüpft und gepflegt, z. B. durch die regelmäßige verbindliche Teilnahme an den in der Leistungsvereinbarung benannten regionalen Gremien, Durchführung gemeinsamer Qualifizierungsmaßnahmen für das Personal, gegenseitige Hospitationen etc.

<sup>10</sup> Gemeint ist im Kontext dieser Qualitätsleitlinien das Fachpersonal, das in der Betreuung und im Beschäftigungsbereich der Heimeinrichtung tätig ist.

### 4.3 Vernetzung mit Angehörigen

Im Sinne einer lebensweltorientierten Arbeit ist die konstruktive Zusammenarbeit des Fachpersonals psychiatrischer Einrichtungen / Dienste mit den Angehörigen des Klienten unverzichtbar. Dabei ist der Begriff Angehörige weit zu fassen: Gemeint sind Verwandte, Partner und Freunde des Klienten.

Insbesondere für Klienten, die vorübergehend in geschlossen geführten Einrichtungen leben, sind die Angehörigen oft die einzigen langjährigen persönlichen Kontaktpersonen. Sie kennen die Geschichte des Klienten und repräsentieren eine „Inklusionsbrücke zur Gesellschaft“ für die Zeit nach dem Aufenthalt in der Einrichtung. Unter diesen Aspekten kann eine gelungene Zusammenarbeit mit Angehörigen auch im Sinne einer Rückfallprävention den nachhaltigen Therapieerfolg unterstützen.

Daher gehört es zur Kernaufgabe des Fachpersonals geschlossen geführter Einrichtungen sich darum zu bemühen, dass der Kontakt zwischen Klient und Angehörigen nicht abreißt. Voraussetzung hierfür ist das Einverständnis des Klienten und der Angehörigen. Dieses zu gewinnen bzw. zu erhalten, daran sollte kontinuierlich im Interesse der Klienten und Klientinnen.

Sofern im Anschluss an den Heimaufenthalt ein Zusammenleben mit den Angehörigen geplant ist (z. B. Rückkehr in die Herkunftsfamilie oder in die gemeinsame Wohnung mit dem Partner), ist die enge Abstimmung und gemeinsame Planung mit Klient und Angehörigen unverzichtbarer Bestandteil der Hilfeplanung.

Beziehungen zu Angehörigen können aber auch biografisch oder aktuell belastet sein. Sofern es sich nicht um eine für den Klienten prinzipiell schädliche Beziehung handelt, sollte in diesem Fall eine gezielte Klärung und ggf. Aufarbeitung der Belastungen – entweder durch speziell geschultes Personal der Einrichtung oder über Weitervermittlung an entsprechende Fachstellen – erfolgen. Auch dies setzt selbstverständlich das Einverständnis des Klienten voraus.

Die Vernetzung mit Angehörigen ist vielfältig und reicht von fallunspezifischer Einbindung (z. B. Einladung Angehöriger zu Festen) über gemeinsame Planungen bis hin zu problemzentrierten Angehörigengesprächen. Diese unterschiedlichen Formen sind als Bestandteil des Gesamtkonzepts der Einrichtung zu verankern.

**Standard****4.3 Mitwirkung Angehöriger als fester Bestandteil im Konzept**

Die Grundsätze, Formen und Methoden der Vernetzung mit Angehörigen sind als fester Bestandteil im Gesamtkonzept der Einrichtung zu verankern. Dabei soll die Selbstbestimmung des Klienten gewahrt werden. Vernetzung beinhaltet unter anderem:

- die Benennung fester Ansprechpartner für die Angehörigen,
- die systematische Einbeziehung von Angehörigen in die Hilfeplanung,
- die Einzelberatung von Angehörigen in Bezug auf den jeweiligen Klienten inkl. Weitervermittlung an Fachstellen,
- die Vorbereitung der Angehörigen auf die Rückkehr des Klienten (sofern geplant),
- die Förderung / der Erhalt von Kontakten, z. B. durch Einladungen der Angehörigen zu Veranstaltungen und Festen der Einrichtung sowie
- die gezielte Einbindung von Angehörigen in den Alltag der Einrichtung, z. B. durch Einbeziehung in anfallende Aufgaben wie gemeinsames Einkaufstraining, Planung und Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen.

**Empfehlung****4.3 Informationen für Angehörige**

Die Heimeinrichtung bietet – alleine oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen – Information für Angehörigen in geeigneter Form an, z. B. zu Themen wie Deeskalation, Motivation oder Früherkennung von Rückfällen. In Regionen, in denen entsprechende Angebote bereits etabliert sind (z. B. über organisierte Selbsthilfe oder andere Einrichtungen / Dienste) erfolgt eine entsprechende Weitervermittlung der Angehörigen.

## 4.4 Vernetzung an der „Eingangstüre“ der Heimeinrichtung

Im Vorfeld der Vermittlung in eine geschlossen geführte Heimeinrichtung soll systematisch überprüft werden, ob alle Alternativen zu einer geschlossenen Unterbringung ausgeschöpft wurden und ob ein Unterbringungsbeschluss als letztes Mittel notwendig ist. Dies kann von Trägern der Heimeinrichtung nicht beeinflusst werden. Die Einleitung eines Unterbringungsbeschlusses (UB) wird in der Regel durch die rechtliche Vertretung und / oder die psychiatrische Klinik vorgenommen; die Entscheidung wird durch das Gericht getroffen.<sup>11</sup>

Liegt ein Unterbringungsbeschluss vor und soll der Klient in die Einrichtung aufgenommen werden, so ist eine enge Kooperation zwischen der „abgebenden Einrichtung“ (meist psychiatrische Kliniken) und der Heimeinrichtung notwendig, um die Übergänge gut zu gestalten.

### 4.4 A) Enger fallbezogener Austausch mit Klinik zur Überleitung in die Heimeinrichtung

Standard

Um den Übergang aus der Phase der klinischen Behandlung zum Wohnen im Heim optimal gestalten zu können, findet ein intensiver fallbezogener Austausch des Fachpersonals der Heimeinrichtung mit den psychiatrischen Kliniken statt.

Neben der Funktion, ein geschlossenes Setting sicherzustellen, haben die Heimeinrichtungen die Aufgabe, Eingliederungshilfe zu leisten und die gesellschaftliche Teilhabe der Klienten zu fördern – und zwar ab dem Tag der Aufnahme. Dies erfordert eine mit allen Beteiligten abgestimmte Zielsetzung.

<sup>11</sup> Aktuell werden in Oberbayern Verfahren zur Überleitung / Organisation von Anschlusshilfen erprobt bzw. aufgebaut, die auch dazu beitragen könnten, im Vorfeld eines Unterbringungsbeschlusses systematisch andere Alternativen zu erwägen. Diese sind das „Modell Brückenteam“ (ein Gemeinschaftsmodell der kbo-Kliniken, der Freien Wohlfahrtspflege und der Bezirkssozialverwaltung) sowie das Modellprojekt „Fallmanagement“ des Bezirks Oberbayern.

#### 4.4 B) Helferkonferenz nach Aufnahme

In Vorbereitung der Erstellung des HEB A findet obligatorisch eine Helferkonferenz statt. Zu den Teilnehmern gehören mindestens: Fachpersonal der Heimeinrichtung und die rechtliche Vertretung des Klienten sowie ggf. eine benannte Bezugsperson.

In besonderen Fällen, wenn ein persönliches Treffen nicht möglich ist (z. B. aufgrund großer räumlicher Entfernung), kann die Helferkonferenz telefonisch bzw. über audiovisuelle Fernmeldemittel (z. B. Videokonferenz) stattfinden.

Bei der Helferkonferenz soll konkretisiert werden, wie Autonomie und Teilhabe gefördert und perspektivisch eine Entlassung aus dem geschlossenen Setting erreicht werden kann.

Bei Bedarf findet anstelle der Helferkonferenz eine Personenkonferenz<sup>12</sup> im Rahmen des Gesamtplanverfahrens statt.

### 4.5 Vernetzung mit rechtlichen Vertretern und Gerichten

Den rechtlichen Vertretern kommt im Rahmen einer Betreuung im geschlossenen Setting eine besonders wichtige Funktion zu: Sie sollten ihren Betreuten kennen und wichtige Informationsträger sein, etwa bzgl. dessen Vergangenheit. Sie haben das Wohl und die Belange ihres Betreuten zu vertreten (vgl. hierzu § 1901 Abs. 3 BGB). Eine enge Zusammenarbeit des Fachpersonals der Heimeinrichtung mit dem jeweiligen rechtlichen Vertreter ist deshalb unbedingt erforderlich.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Zusammenarbeit mit rechtlichen Vertretern personenabhängig in ihrer Qualität und Quantität sehr unterschiedlich ist. Sollte aus Sicht des Fachpersonals der Heimeinrichtung eine Zusammenarbeit zum Wohle des Betreuten nicht möglich sein, so sollte dies dem zuständigen Betreuungsgericht oder der zuständigen Betreuungsbehörde gemeldet werden.

<sup>12</sup> Im Unterschied zur Helferkonferenz ist die Personenkonferenz als festes Verfahren im Rahmen des Gesamtplanverfahrens beschrieben. An der Personenkonferenz nehmen zusätzlich Fachdienst und Sachbearbeiter des zuständigen überörtlichen Sozialhilfeträgers teil.

#### 4.5 Enge Kooperation mit rechtlichem Vertreter

Standard

Es erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen rechtlichen Vertreter zum Wohle des betroffenen Menschen. Diese beinhaltet insbesondere:

- einen regelmäßigen persönlichen Kontakt des rechtlichen Vertreters mit seinem Betreuten und dem Fachpersonal der Heimeinrichtung für individuelle Absprachen sowie zur Abstimmung der Aufgaben und Zuständigkeiten,
- die persönliche Beteiligung des rechtlichen Vertreters an Helfer- und Personenkonferenzen,
- die aktive Beteiligung des rechtlichen Vertreters an der Hilfeplanung (Erstellung des HEB Bogens) sowie ggf. die Abstimmung des Betreuungsplans mit dem HEB Bogen,
- Klärung der Erreichbarkeit des rechtlichen Vertreters bzw. einer Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall.

#### 4.5 Teilnahme an örtlichen AGs der rechtlichen Betreuer

Empfehlung

In einigen Städten / Landkreisen Oberbayerns organisiert die zuständige Betreuungsstelle mit den zuständigen Betreuungsgerichten und den beteiligten Berufsgruppen eine „Örtliche Arbeitsgemeinschaft Betreuungsrecht“. Für München und München Land beispielsweise wird diese mindestens zweimal jährlich einberufen. Wir empfehlen den Einrichtungsleitungen die Teilnahme an diesen AGs.

### 4.6 Vernetzung mit der örtlichen Polizeidienststelle

Von besonderer Bedeutung ist die Kooperation mit der jeweils zuständigen Polizeidienststelle. Absprachen können helfen, dass die Verlegung eines betroffenen Menschen, z. B. von der Klinik in die Heimeinrichtung, möglichst deeskalierend und nicht traumatisierend oder stigmatisierend erfolgt. So macht es einen wesentlichen Unterschied, ob der Transport mit Blaulicht und uniformierten Polizeibeamten stattfindet oder ob entsprechend geschulte Beamte in Zivil den betroffenen Menschen begleiten. Auch bei notwendigen Polizeieinsätzen in der Einrichtung oder zur Rückführung betroffener Menschen bei Entweichungen gibt es Möglichkeiten diese deeskalierend zu gestalten. Hierbei gilt es in jedem Einzelfall zwischen der Notwendigkeit einer Polizeieskorte (z. B. akute Suizidgefahr) und deren Wirkung auf den betroffenen Menschen sowie auf die Umwelt sorgfältig abzuwägen.

**Standard****4.6 Enge Kooperation mit Polizeidienststelle**

Die Heimeinrichtungen kooperieren eng mit der zuständigen Polizeidienststelle. Dies umfasst insbesondere:

- die persönliche Bekanntmachung der Einrichtungsleitung und des Fachpersonals mit den Polizeibeamten, z. B. durch Einladung der Polizeibeamten in die Einrichtung, Benennung von Ansprechpartnern in der Einrichtung, Durchführung von Informations- und Schulungsveranstaltungen etc.,
- Absprachen mit der Klinik und der Polizeidienststelle für den – wenn möglich – deeskalierenden, nichttraumatisierenden oder -stigmatisierenden Transport in die Einrichtung,
- eine entsprechende gemeinsame Festlegung des Vorgehens bei Polizeieinsätzen.

**4.7 Vernetzung mit ambulanten Einrichtungen / Diensten****4.7.1 Vernetzung im Rahmen regionaler psychosozialer Verbünde**

Um eine gute regionale Anschlussbetreuung sicherstellen zu können, ist die enge Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten der Versorgungsregion notwendig.

**Standard****4.7.1 Beteiligung an regionalen psychosozialen Verbänden**

Die Heimeinrichtungen beteiligen sich aktiv an den regionalen psychosozialen Verbänden aus ihrem Einzugsgebiet. Die Mitgliedschaft der Einrichtung soll dem Betroffenen eine reibungslose Überleitung in neue Wohn- und Lebensfelder ermöglichen.

**Empfehlung****4.7.1 Beteiligung der Betreuungsgerichte an regionalen psychosozialen Verbänden**

Empfehlung an die regionalen psychosozialen Verbände: Damit die Thematik der Unterbringung adäquat behandelt werden kann, sollten zu diesbezüglichen Fragestellungen neben der Beratungsstelle auch Richter der Betreuungsgerichte in die regionalen psychosozialen Verbände eingeladen werden“.



#### 4.7.2 Vernetzung mit Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychosozialen Beratungsstellen

Ergebnisse aus dem „Modell Brückenteam“ zeigen, dass die gemeinsame Verantwortung von Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDis) und Heimeinrichtungen für besonders schwer zu versorgende psychisch kranke Menschen noch nicht hinreichend vorhanden ist. Die Empfehlung aus dem Modellprojekt an die SpDis ist daher „die Kooperation mit den Heimeinrichtungen zu vertiefen, um ggf. Überleitungsmöglichkeiten der stationär Unterstützten in neue Wohn- und Lebensfelder zu erleichtern.“<sup>13</sup>

Den SpDis kommt nicht nur eine wichtige Rolle bei der Überleitung zu, sie verfügen auch über ein umfangreiches Wissen bzgl. regionaler Versorgungsangebote und häufig auch über ein fallspezifisches Wissen (wenn z. B. ein betroffener Mensch dort bereits bekannt ist). Zudem kann der SpDi als „Brücke nach draußen“ eine positive Lebensperspektive vermitteln. Daher ist eine enge Kooperation zwischen den Heimeinrichtungen und den SpDis vor Ort notwendig. Analog dazu ist die Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Beratungsstellen (PsB) zu sehen.

#### 4.7.2 Kooperation mit regionalen SpDis und PsBs

Standard

Die Heimeinrichtungen schaffen Angebote zur Vernetzung und Kooperation mit den regionalen SpDis und PSBs, z. B. durch:

- persönliche Kontakte zum Fachpersonal der SpDis / PsBs,
- gemeinsame Veranstaltungen in der Heimeinrichtung als Angebot für die SpDis,
- gezielte Kontaktherstellung im Rahmen einer Kontaktanbahnung bzw. zur Herstellung eines Erstkontaktes, ggf. Begleitung einzelner Bewohner zum SpDi / PsB, insbesondere in der Entlassungsphase.

**Wichtig:** Die enge Kooperation mit den SpDis / PsBs und die Nutzung ihrer Angebote für Bewohner der Heimeinrichtung darf nicht als „Doppelfinanzierung“ oder Verschiebung der Zuständigkeiten missverstanden werden. Es soll für die Klienten eine Perspektive geschaffen und Möglichkeiten der ambulanten Weiterbetreuung aufgezeigt bzw. angebahnt werden. Insofern werden sich Leistungen – der Tagesstrukturierung, Beratung und Vermittlung – in der Entlassungsphase teilweise überschneiden, wobei die Verantwortung bis zur Entlassung bei der Heimeinrichtung liegt.

Ist geplant, dass ein Klient nach Beendigung des Heimaufenthalts an einen Ort außerhalb der Versorgungsregion bzw. in ein anderes Bundesland umzieht, so sind aufgrund der großen räumlichen Entfernung die Anschlusshilfen vor Ort häufig schwer zu organisieren. Hier kommt dem regionalen SpDi bzw. PsB am künftigen Wohnort eine wichtige Bedeutung zu. Zu diesem soll möglichst frühzeitig Kontakt aufgenommen werden (vgl. 9.).

<sup>13</sup> vgl. Endbericht „Modellprojekt Brückenteam“

#### 4.7.3 Vernetzung mit Trägern regionaler sozialpsychiatrischer Angebote zu Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung und beruflicher Rehabilitation

Analog zur Zusammenarbeit mit den SpDis und PsBs ist die Kooperation mit Trägern regionaler sozialpsychiatrischer Angebote zur Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung (Tagesstätten, Zuverdienst, tagesstrukturierende Maßnahmen, Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation etc.) vor Ort zu sehen. Insbesondere in der Phase der Entlassung ist die Kontakthanbahnung zu einer Tagesstätte notwendig, um die Überleitung bestmöglich zu unterstützen. Sofern es den Fähigkeiten und Wünschen des Betroffenen entspricht, ist die frühzeitige Anbahnung einer Arbeitsrehabilitation – z. B. über Angebote des Zuverdienstes, einer WfbM oder der medizinisch-beruflichen Rehabilitation vorzunehmen. Um Anschlusshilfen in diesem Bereich möglichst nahtlos zu gestalten und um Kompetenzen und Fähigkeiten des Klienten außerhalb der Heimeinrichtung zu erproben, soll die Kontakthanbahnung möglichst schon während des Heimaufenthaltes stattfinden.

##### Standard

#### 4.7.3 Kooperation mit regionalen Anbietern zur Tagesstrukturierung / Arbeit / Beschäftigung

Die Heimeinrichtungen schaffen Angebote zur Vernetzung und Kooperation mit Trägern regionaler sozialpsychiatrischer Angebote zu Tagesstrukturierung, Arbeit und Beschäftigung und beruflicher Rehabilitation z. B. durch:

- persönliche Kontakte zum Fachpersonal,
- gezielte Kontaktherstellung im Rahmen einer Kontakthanbahnung bzw. zur Herstellung eines Erstkontaktes, ggf. Begleitung einzelner Bewohner in die Tagesstätte,
- gezielte Kontaktherstellung zu Angeboten der Arbeit und Beschäftigung / beruflicher Rehabilitation; ggf. Begleitung einzelner Bewohner zum Kennenlernen der Angebote; Einbeziehung des Fachpersonals in die Hilfeplanung.

##### Wichtig

**Wichtig:** Die enge Kooperation mit den regionalen Tagesstätten und Anbietern von Arbeitsrehabilitation und die Nutzung ihrer Angebote für Bewohner der Heimeinrichtung darf nicht als „Doppelfinanzierung“ oder Verschiebung der Zuständigkeiten missverstanden werden. Es soll für die Klienten eine Perspektive geschaffen und eine Möglichkeit der ambulanten Weiterbetreuung aufgezeigt bzw. angebahnt werden. Insofern werden sich Leistungen in der Entlassungsphase teilweise überschneiden, wobei die Verantwortung bis zur Entlassung bei der Heimeinrichtung liegt.

#### 4.7.4 Vernetzung mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

Häufig wird aus der Praxis berichtet, dass die Vermittlung und längerfristige Anbindung schwer zu versorgender Klienten (komplexer Hilfebedarf, Schwierigkeiten Termine einzuhalten etc.) an niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie kaum gelingt. Diese Klientengruppe wird überwiegend von den Psychiatrischen Institutsambulanzen versorgt, die auch den entsprechenden Auftrag hierzu haben. Gleichwohl soll bei dieser Klientengruppe eine Entscheidungskaskade – Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie >> Psychiatrische Institutsambulanz – eingehalten werden.

##### 4.7.4 Kontakt mit regionalen Fachärzten und Institutsambulanzen

Standard

Die Heimeinrichtungen prüfen spätestens im Rahmen der Entlassungsplanung ob eine Anbindung des Klienten an einen regionalen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie möglich ist und bahnen diese entsprechend an. Sollte dies nicht möglich sein, wird im zweiten Schritt die Anbindung an eine regionale Psychiatrische Institutsambulanz in die Wege geleitet.

83

#### 4.8 Vernetzung mit Semi-Professionellen und Laienhelfern

Die systematische Beteiligung / Einbeziehung von Semi-Professionellen und Laienhelfern in die Praxis der geschlossen geführten Heimeinrichtung

- bringt „Normalität“ in die Einrichtung und kann Klienten eine Zukunftsperspektive geben,
- unterstützt eine konstruktiv-kritische Reflexion der täglichen Arbeitsroutinen in der Heimeinrichtung,
- schafft Transparenz nach außen und hilft einer Stigmatisierung entgegenzuwirken.

##### 4.8 Vernetzung mit Semi-Professionellen und Laienhelfern

Standard

Die Heimeinrichtungen schaffen Angebote zur Vernetzung und Kooperation mit

- organisierten Psychiatrie-Erfahrenen, z. B. durch Einsatz von Genesungsbegleitern (Ex-In), Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen in und außerhalb der Einrichtung, Einladung des Vertreters der regionalen Beschwerdestelle in die Einrichtung.
- Ehrenamtlichen und Laienhelfern, z. B. Spaziergänge mit Klienten, Unterstützung bei Freizeitangeboten.
- Praktikanten, die insbesondere im Arbeitsbereich / Tagesstruktur eingesetzt werden.

## 4.9 Vernetzung mit Behörden, Institutionen und Personen aus der Gemeinde und dem Sozialraum

Die Vernetzung und Kooperation mit Behörden, Institutionen und Personen aus der Gemeinde und dem Sozialraum schafft Transparenz nach außen und hilft somit Ängste, Vorbehalte und Vorurteile in der Gemeinde und der Öffentlichkeit abzubauen. Für die Klienten ebnet sie den Weg zur gesellschaftlichen Teilhabe.

### Standard

#### 4.9 Vernetzung im Sozialraum

Die Heimeinrichtungen schaffen Angebote zur Vernetzung und Kooperation mit Behörden, Institutionen und Personen aus der Gemeinde und dem Sozialraum, z. B. durch:

- Vorstellung der Einrichtung auf Gemeinderatsitzungen,
- Beteiligung an Angeboten wie „Seitenwechsel“,
- Präsenz auf Stadtteilstesten, Adventsmärkten etc.,
- Angebot der Mitnutzung von Räumlichkeiten der Einrichtung durch örtliche Vereine,
- Mitnutzung von Gemeinderäumlichkeiten durch die Einrichtung,
- Einladung von Schulklassen, gemeinsame Projekte mit Schulklassen,
- Sozialraumpartnerschaften mit ortsansässigen Firmen,
- Vorstellung in öffentlichen Orten der Gemeinde (z. B. Supermarkt) mit dem Ziel Verständnis für die Betroffenen zu wecken, bei Unmut / Ärger deeskalierend zu wirken und Polizeieinsätze möglichst zu vermeiden.

## 4.10 Vernetzung an der „Ausgangstüre“ der Heimeinrichtung

An der „Ausgangstüre“ der Heimeinrichtung werden häufig entscheidende Weichen für den weiteren Lebensweg der Klienten gestellt. Insofern ist dieser Phase der Betreuung besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Da die Entlassung aus der geschlossen geführten Heimeinrichtung meist die Aufhebung des Unterbringungsbeschlusses voraussetzt, kann in der Regel von der Planbarkeit einer Entlassung ausgegangen werden (Ausnahmen unter A). Unter dem Aspekt der Vernetzung bedeutet dies, dass die Organisation von Anschlusshilfen systematisiert werden kann und muss, damit die Weichen im Sinne der Klienten möglichst gut gestellt werden.

### 4.10 A) Verankerung von Aufgaben der Heimeinrichtung an der „Ausgangstüre“ im Prozess Entlassungsplanung

Standard

Der Prozess der Entlassungsplanung ist transparent und nachvollziehbar beschrieben. Diese Beschreibung ist Bestandteil der Leistungsvereinbarung mit dem Leistungsträger und beinhaltet Aussagen zur Vernetzung und Kooperation hinsichtlich der Anschlusshilfen.

Sie beinhaltet auch, in welcher Form eine Begleitung des Klienten in die weiterführende Einrichtung oder in die aufnahmebereite Familie durch das Fachpersonal der Heimeinrichtung erfolgt.

### 4.10 B) Personenkonferenzen im Rahmen der Entlassungsplanung

Standard

Personenkonferenzen sind als Bestandteil der Entlassungsplanung folgendermaßen verankert: Sobald in Erwägung gezogen wird, dass der Beschluss aufgehoben werden könnte findet in der Regel eine Personenkonferenz statt. Beteiligte sind mindestens der rechtliche Vertreter des Klienten, das verantwortliche Fachpersonal der Einrichtung, der Fachdienst und die Sachbearbeitung der Bezirkssozialverwaltung sowie ggf. Fachpersonal einer weiterführenden Einrichtung / eines Dienstes oder ggf. eine nahe stehende Person / Angehörige. Sofern eine Rückkehr des Klienten in die Familie geplant ist, sind die betreffenden Angehörigen an der Personenkonferenz beteiligt.

### 4.10 C) Einbindung des örtlichen Hausarztes bei der Entlassungsplanung

Standard

Neben den weiterführenden Einrichtungen / Diensten wird – sofern der Klient einwilligt – so frühzeitig wie möglich ein örtlicher Hausarzt bzw. der vor dem Heimaufenthalt gewählte Hausarzt in die Entlassungsplanung eingebunden.

Laut Erfahrungen vieler Berufspraktiker können an der „Ausgangstüre“ einer geschlossen geführten Heimeinrichtung idealtypisch folgende Fallkonstellationen unterschieden werden:

- › Klienten, die von der Heimeinrichtung aufgrund einer akuten Krankheitsphase – verbunden mit massiver Selbst- oder Fremdgefährdung – in eine psychiatrische Klinik „verlegt“ werden, aufgrund nicht ausreichend gemilderter Symptomatik aber nicht mehr in die Heimeinrichtung aufgenommen werden. Die Heimeinrichtung kündigt den Betreuungsvertrag während des Klinikaufenthaltes. Das Fachpersonal der Klinik steht vor dem Problem für diese „schwierigsten“ Klienten ein passendes Angebot zu finden.

#### Empfehlung

##### 4.10 A) Enge Abstimmung bei Kündigung des Heimplatzes während Klinikaufenthalt

Sofern während des Klinikaufenthaltes eines Klienten dessen Heimplatz gekündigt wird, stimmen sich rechtliche Vertreter, Klinik, Leistungsträger und Heimeinrichtung für eine tragfähige Lösung bzgl. bedarfsgerechter Anschlusshilfen eng ab. Es sollte geprüft werden, ob hierzu eine Helfer- bzw. Personenkonferenz einberufen wird.

- › Klienten, die keine weitere professionelle Unterstützung mehr benötigen, da sie z. B. die noch notwendigen Unterstützungsleistungen im privaten Umfeld erhalten. Diese Fallkonstellationen sind eher selten.

#### Standard

##### 4.10 D) Einbeziehung des privaten Umfelds in die Entlassungsplanung

Sofern Klienten im Anschluss an den Heimaufenthalt keine weitere professionelle Unterstützung mehr benötigen, bezieht die Heimeinrichtung das private Umfeld (Familie, Partner, Freunde) intensiv in die Planung der Entlassung ein. Zudem wird nach Möglichkeit der Kontakt zum regional zuständigen SpDi / PsB sowie zu Selbsthilfegruppen angebahnt (z. B. Telefonate mit dem Klienten, Termine vereinbaren).

- › Klienten mit weiterem Hilfebedarf, die jedoch keine weiteren Hilfen annehmen wollen oder können. Diese Klienten sind häufig nicht in der Lage direkt nach dem Heimaufenthalt völlig selbstständig zu leben, eine Wohnung anzumieten bzw. zu halten, sodass die Gefahr der Wohnungslosigkeit besteht. Aus Sicht des Hilfesystems besteht daher eine Schnittstelle zur Wohnungslosenhilfe.

- > Klienten mit sehr unterschiedlichem weiterem Hilfebedarf, die eine weitere Unterstützung annehmen. Diese Fallkonstellation ist die häufigste an der Ausgangstüre der Heimeinrichtungen. Nur für einen Teil dieser Klienten können tatsächlich passgenaue Hilfen organisiert werden, da die Settings – insbesondere im Bereich Wohnen – nach wie vor nicht flexibel genug sind und eine Lücke zwischen (meistintensiv betreuten) stationären und (meist wenig intensiv betreuten) ambulanten Wohnformen besteht.

In wenigen Fällen werden Klienten von einer geschlossen geführten Heimeinrichtung in eine andere geschlossen geführte Heimeinrichtung vermittelt, z. B. wenn ein Platz in einer Einrichtung in der Ursprungsheimat frei wird oder wenn ein Wechsel des Settings fachlich erforderlich ist.

#### 4.10 B) Kooperationen im Rahmen spezifischer Netzwerke

#### Empfehlung

Um die Chance auf eine individuell passende Anschlusshilfe zu erhöhen, sollen sich die Heimeinrichtungen mit anderen Trägern regionaler sozialpsychiatrischer Angebote sowie mit Trägern der Wohnungslosenhilfe in regional geeigneter Weise vernetzen. Dies sind Kooperationen, die über die aktive Mitwirkung in den regionalen Versorgungsgremien hinaus gehen – z. B. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern speziell für diese Klientel, wie sie für den Großraum München erarbeitet wurde. Ein weiteres Best-Practice-Beispiel sind Netzwerke von Einrichtungen des SGB XII, des SGB XI und der jeweils regionalen Klinik in den Landkreisen Mühldorf, Altötting, BGL, Traunstein und Rosenheim, durch die Vermittlungen im Einzelfall erleichtert werden.

Im Großraum München beteiligen sich die Träger der Heimeinrichtungen am „Wohnnetz“.

### Problem der Wohnungsknappheit

Ein besonderes Problem in Ballungsgebieten und Großstädten entsteht durch die dort herrschende Wohnungsknappheit. Zum Beispiel ist es – unabhängig vom Hilfebedarf – schwierig, einen passenden Platz in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft zu finden, da dort Klienten leben, die schon deswegen nicht ins Betreute Einzelwohnen (BEW) wechseln können, weil sie aktuell keine Wohnung finden. Die direkte Vermittlung von Klienten aus dem Heim ins BEW scheitert – in den Fällen, in denen dies fachlich möglich und sinnvoll wäre – ebenfalls häufig am Mangel verfügbarer Wohnungen für diese Klienten. Eine gute Vernetzung vermag zwar diese Probleme nicht zu lösen, jedoch zumindest in einigen Fällen zu mildern.

#### Empfehlung

##### 4.10 C) Kooperation mit Gemeinde zur Beschaffung von Wohnraum

Um die Chance auf eigenen Wohnraum zu erhöhen und den Anspruch auf Sozialwohnungen für die Heimbewohner nach deren Entlassung geltend zu machen (sofern sie in der betreffenden Gemeinde wohnen wollen), sollte die Heimeinrichtung einen engen Kontakt zur jeweiligen Gemeinde pflegen.

Vernetzung an der Ausgangstüre bei Wechsel des Wohnortes in eine andere Region  
Wenn Klienten den Umzug in eine andere Region bzw. in ein anderes Bundesland planen, wird die Organisation von Anschlusshilfen durch lange Fahrtwege und unzureichende Kenntnis der örtlichen sozialpsychiatrischen Angebote erschwert. Hier kommt dem regional zuständigen SpDi / PsB eine besondere Rolle zu.

#### Standard

##### 4.10 E) Einbindung des zuständigen SpDi / PsB bei überregionaler Entlassung

Bei „überregionaler“ Entlassung (zukünftiger Wohnort des Klienten liegt außerhalb der Versorgungsregion bzw. in einem anderen Bundesland) nimmt die Heimeinrichtung Kontakt zum örtlich zuständigen SpDi / PsB auf. Diese Stellen werden zur Beratung hinsichtlich möglicher Anschlusshilfen vor Ort und zur Kontakthanbahnung mit den entsprechenden Einrichtungen hinzugezogen. Mit Einverständnis des Klienten wird die Organisation sozialpsychiatrischer Anschlusshilfen gemeinsam mit dem SpDi / PsB z. B. im Rahmen einer telefonischen Helferkonferenz geplant.



#### 4.11 Vernetzung geschlossener Heimeinrichtungen untereinander

Die Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Rahmen geschlossenen geführter Heimeinrichtungen in Oberbayern ist ein fortlaufender Prozess. Damit Gesetze, Leitlinien und Standards tatsächlich Eingang in die Praxis finden, bedarf es – neben Vereinbarungen und Qualitätsprüfungen durch Kostenträger und Heimaufsicht – des engen Austausches und der engen Rückkoppelung mit der Praxis. Nur so kann ein gemeinsam gestalteter Prozess der Qualitätsentwicklung in Gang kommen.

In vielen geschlossen geführten Heimeinrichtungen wurden bereits gute Lösungen für schwierige Situationen und Fragestellungen erarbeitet und praktiziert. Hier können die Einrichtungen voneinander profitieren und lernen. Im Landkreis Rosenheim findet ein Austausch der geschlossen geführten Heimeinrichtungen aus der Region und aus angrenzenden Regionen gemeinsam mit der regional zuständigen Klinik (kbo-Inn-Salzach-Klinikum) statt. Für den Großraum München wurde ein Netzwerkkonzept für zukünftig zu realisierende Einrichtungen entwickelt, das unter anderem einen regelhaften Austausch der Einrichtungen untereinander vorsieht. Je nach Grad der Verbindlichkeit dienen solche Foren und Arbeitskreise dem fachspezifischen Austausch, der gemeinsamen Entwicklung von Ideen und Lösungen für in der Praxis auftretende Fragen, der Entwicklung und Vereinbarung gemeinsamer Kooperationsstandards, der Realisierung gemeinsamer Qualifizierungsmaßnahmen und gegenseitiger Fallbesprechungen. Sie ermöglichen unter anderem gegenseitige Hospitationen und stellen teilweise ein indirektes Bench Marking dar.

Bislang sind solche Zusammenschlüsse dem Engagement einzelner Akteure geschuldet. Wir empfehlen hier eine Systematisierung unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten. Es sollen sich regionale Arbeitskreise und Foren bilden, die sich speziell mit der Thematik der Versorgung in geschlossen geführten Heimeinrichtungen inklusive der Anschlussversorgung befassen. Eine entsprechende Initiative soll auch vom Bezirk Oberbayern unterstützt und jährliche Treffen der geschlossen geführten Heimeinrichtungen organisiert werden.

#### 4.11 Vernetzung der Heimeinrichtungen untereinander

Zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Rahmen geschlossen geführter Heimeinrichtungen in Oberbayern sind entsprechende Foren einzurichten und zu unterstützen. Die verbindliche Beteiligung der jeweiligen Heimeinrichtungen (Einrichtungsleitung oder benannte Führungskräfte) ist sicherzustellen.

- Über die üblichen regionalen Versorgungsgremien (psychosozialer Verbund, s. o.) hinaus sollen sich die geschlossen geführten Heimeinrichtungen an themenspezifischen Foren, Gremien und Arbeitskreisen ihrer Versorgungsregion beteiligen bzw. solche initiieren. Schwerpunktthemen sind insbesondere der fachspezifische Austausch, die Entwicklung von Ideen und Lösungen für in der Praxis auftretende Fragen, die Entwicklung und Vereinbarung gemeinsamer Kooperationsstandards, die Realisierung gemeinsamer Qualifizierungsmaßnahmen sowie gegenseitige Hospitationen und Fallbesprechungen.
- Seitens des Bezirks Oberbayern werden Jahrestreffen zum Austausch der geschlossen geführten Heimeinrichtungen untereinander und mit dem Bezirk organisiert. Inhalte sind insbesondere: Best-Practice-Beispiele, gemeinsame Reflexion / Weiterentwicklung der Qualitätsstandards, Austausch über neue Entwicklungen, Trends in den Regionen – in Oberbayern und bundesweit – Auswertung der Grunddaten der Qualitätsberichtserstattung (vgl. Kapitel 1.8).



# Literaturhinweise

## Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie

[http://www.eph-psychiatrie.de/grundlagen&Therapeutische\\_Umwelt](http://www.eph-psychiatrie.de/grundlagen&Therapeutische_Umwelt)  
(Stand: 18. März 2014)

Berger, Lynn

## Ist geschlossene Unterbringung zeitgemäß?

Eine explorative Studie zur Untersuchung von geschlossenen Einrichtungen der Psychiatrie in Oberbayern  
*Hamburg, 2013*

Brinckmann, Ernst / Gräbsch, Dorit

## Die geschlossene Unterbringung psychisch Kranker.

Zivil- und öffentlich-rechtliche Grundlagen  
*München, 2013*

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

## Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung.

Positionsbestimmung des Paritätischen  
*Berlin, 2012*

## Positionen des Betreuungsgerichtstags zu Unterbringung und Zwangsbehandlung

BGT e.V., [http://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Stellungnahmen/2009-2011/Unterbringung\\_und\\_Zwangsbehandlung2011014.pdf](http://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Stellungnahmen/2009-2011/Unterbringung_und_Zwangsbehandlung2011014.pdf)

Falkai, Peter

## S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

*Heidelberg, 2012*

Bayerische Staatsministerium des Inneren (Hrsg.)

## Merkblatt: stationäre Wohnplätze für Menschen mit Behinderung

*München, 2012*

Glasow, Nadine

## Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen

*Berlin, 2011*

Regierungspräsidium Gießen – LAG Wohnen

## Menschen mit einem Bedarf an geschlossener Unterbringung im Rahmen der Behindertenhilfe – Hinweise für die Praxis

*Gießen, 2012*

Betreuungsgerichtstag e.V.

## Position des Betreuungsgerichtstags zur Unterbringung und Zwangsbehandlung

*Hannover 2011*

Deinert, Horst,

## Betreuungszahlen 2005.

Statistische und grafische Auswertungen der Sondererhebungen „Verfahren nach dem Betreuungsgesetz“ seitens des Bundesministeriums der Justiz (sowie ergänzender Erhebungen)

*Köln 2007*

## Gesetzestexte

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)  
Rechtliche Betreuung (§§ 1896 – 1908k)

Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten  
der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)

Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG)

Ausführungsgesetz (AVPfleWoqG)

## Rahmen- und Musterleistungsvereinbarungen

Rahmenleistungsvereinbarung WT-E-S / W-E-S vom 23. Januar 2006  
<http://www.lagoefw.de/landesentgeltkommision/leistungsvereinbarung/>

Rahmenvertragswerk für teilstationäre und stationäre Einrichtungen  
gemäß §§ 75 ff. SGB XII  
<http://www.lagoefw.de/landesentgeltkommision/rahmenvertrag/>

Musterleistungsvereinbarung WT-E-S

Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen zur Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen / seelischen Behinderungen

(SGB XII): Allgemeiner Teil und Qualitätsstandards & Empfehlungen

**Herausgeber**

Bezirk Oberbayern

Geschäftsstelle Gremium Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung

Prinzregentenstr. 14

80538 München

**Redaktion**

Tobias Döring, Bezirk Oberbayern

Eva Kraus, kbo-Sozialpsychiatrisches Zentrum gGmbH

**Schlussredaktion**

Bezirk Oberbayern

Presse- und Informationsstelle

Telefon: 089 2198-90018

presse@bezirk-oberbayern.de

**Gestaltung**

point – Grafische Dienstleistungen

**Bildnachweis**

Titelbild: Thomas Hobelsberger, Farben auf Leinwand.

Das Gemälde ist im Rahmen des Kunstprojekts SeelenART des

kbo-Sozialpsychiatrischen Zentrums ([www.kbo-spz.de](http://www.kbo-spz.de)) entstanden.

**Auflage**

500 Stück

Projekt, Layout und Druck finanziert durch den Bezirk Oberbayern

**Stand**

Dezember 2014

© 2015, Bezirk Oberbayern, Presse- und Informationsstelle



Bezirk Oberbayern  
Presse- und Informationsstelle  
Tel.: 089 2198-90018  
E-Mail: [presse@bezirk-oberbayern.de](mailto:presse@bezirk-oberbayern.de)  
[www.bezirk-oberbayern.de](http://www.bezirk-oberbayern.de)

