

**Regierungspräsidium Gießen**

**Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht**

HESSEN



# Dokumentation in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen

Empfehlungen zur Integration  
pflegerischer Aspekte

Stand: 15. Juni 2010

# Dokumentation in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen

## Empfehlungen zur Integration pflegerischer Aspekte

### Impressum

Arbeitsgruppe „Dokumentation in Einrichtungen der Behindertenhilfe“

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Bettina Sevriens, Sabine Weinheimer, Ute Trieb, Ina Wesp, Karin Schlauss, Markus Schönborg, Reinhard Etzel, Volker Gussmann, Ralf Schetzkins

Herausgeber:  
Regierungspräsidium Gießen  
Dezernat 62 Heimaufsicht  
Postfach 100851  
35338 Gießen

Druck: Hausdruck, Juni 2010

Wenn auf diesen Seiten die weibliche Form nicht immer der männlichen Form beigelegt ist, so ist der Grund dafür allein die bessere Lesbarkeit. Wo sinnvoll, ist selbstverständlich immer auch die weibliche Form gemeint.

# 1. VORWORT

Integration ist der zentrale Begriff in der fachlichen Diskussion der Eingliederungshilfe. Es ist die Rede von einer integrativen Pädagogik, von dem Integrationsbeauftragten, von der integrierten Teilhabeplanung, von der integrierten Versorgung... und und und. Es wird deutlich, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe alle gefordert sind, integrierend zu handeln und zu denken. Neben der aktuellen Diskussion, dass letztlich nur die Menschen integriert werden müssen, die vorher ausgegrenzt wurden (Stichwort: Inklusion), ist jedoch die Notwendigkeit, alle Menschen mit Behinderungen in der Gesamtheit ihrer Lebensvollzüge und den auf sie einwirkenden Umweltfaktoren zu erkennen und zu unterstützen, unstrittig. Dieser ganzheitliche Ansatz muss sich aus Sicht der Hessischen Heimaufsicht auch und gerade im Kontext eines steigenden Risikos im Alter auch pflegebedürftig zu werden, widerspiegeln.

Eine verbesserte medizinische Versorgung führt auch bei Menschen mit Behinderungen zu einer steigenden Lebenserwartung. Hinzu kommt, dass die Menschen, die nach Kriegsende geboren wurden, inzwischen das Rentenalter erreicht haben. Das menschenverachtende Wirken des nationalsozialistischen Terrorregimes, war ursächlich für das Phänomen, dass in den Nachkriegsjahren kaum ältere Menschen mit Behinderungen in Deutschland lebten. Es hat dazu geführt, dass in Deutschland erst in den letzten Jahren eine Fachdiskussion über die Versorgungssituation von Menschen mit Behinderungen im fortgeschrittenen Alter eingesetzt hat.<sup>1</sup>

Stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sind seit geraumer Zeit aufgefordert, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie es gelingen kann, die steigenden Bedarfe zur Sicherstellung grund- und behandlungspflegerischer Leistungen in qualifizierter Weise abzudecken. Unterschiedlichste Organisationsformen halten Einzug. Kaum ein Träger hat nicht in den letzten Jahren Pflegefachkräfte eingestellt oder zumindest Kooperationsformen mit ambulanten Pflegediensten entwickelt. Gleichzeitig muss aber auch in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, dass für die überwiegende Zahl der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die alltäglichen Hilfestellungen des Lebens (Unterstützung bei der Körperhygiene, Inkontinenzversorgung, Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme u.v.m.) schon immer integraler Bestandteil der Betreuung von Menschen mit Behinderung war. Pflegerische Tätigkeiten wurden schon immer erbracht, man hat sie häufig nur nicht so benannt.

Seit einigen Jahren erfolgt die intensive Auseinandersetzung mit den fachlichen Anforderungen an die Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen. Die Hessische Heimaufsicht hat daher bereits 2001 eine Ausarbeitung zur Delegation bestimmter Leistungen auf Betreuungskräfte ohne pflegefachliche Ausbildung veröffentlicht. Diese Empfehlungen wurden im Juni 2009 überarbeitet und stehen seitdem allen Trägern unter [www.rp-qiessen.de](http://www.rp-qiessen.de) zur Verfügung. In der logischen Fortsetzung steht das nunmehr vorgelegte Papier: *„Dokumentation in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen - Empfehlungen zur Integration pflegerischer Aspekte“*

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu, Hessisches Sozialministerium/Landeswohlfahrtsverband Hessen/ Bundesvereinigung der Lebenshilfe (Hrsg), Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung, Marburg 2001

Ziel dieses Papieres ist:

- Darzulegen, dass die Erbringung grund- und pflegerischer Leistungen integraler Bestandteil der Förder- und Hilfeplanung für einen Menschen mit Behinderung ist.
- Im Kontext dazu die seitens der Heimaufsicht gestellten Anforderungen an eine Dokumentation transparent darzustellen.
- Eine Hilfestellung zu geben, um die notwendigen Dokumentationsleistungen möglichst effizient und effektiv zu organisieren.

Die folgenden Ausführungen basieren auf dem Grundverständnis, dass alle qualitätssichernden Prozesse einem Regelkreis folgen. Diesem Regelkreis folgt auch die Förder- und Hilfeplanung in einer Einrichtung (s. Punkt 3 Förder- und Hilfeplanung). Neben der Planung ist somit auch die Umsetzung und die Evaluation wesentliche Voraussetzung der Weiterentwicklung. Eine Förder- und Hilfeplanung ist daher ohne entsprechende Dokumentationsleistungen nicht vollständig.

Die Hessische Heimaufsicht vertritt daher die Auffassung, dass einzelne Aspekte gemäß § 11 und § 13 Heimgesetz unverzichtbarer Bestandteil einer Dokumentation in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind. Diese sind:

1. Eine Grunddatensammlung (Stammdatenblatt)
2. Eine unter Beteiligung des Betroffenen entwickelte Förder- und Hilfeplanung, die den Umgang mit gesundheitlichen Risiken einschließt. Dabei ist das Risiko einer erhöhten Pflegebedürftigkeit eingeschlossen.
3. Ein Formblatt zur Erfassung gesundheitlicher Risiken
4. Die Dokumentation ärztlicher Verordnungen und der Umgang mit Medikamenten.
5. Eine Möglichkeit zur Dokumentation chronologischer Entwicklungsverläufe (Berichteblatt).

Über diese fünf Grundsäulen hinaus, müssen sich die Dokumentationsnotwendigkeiten an der individuellen Bedarfssituation des Bewohners/der Bewohnerin ausrichten.<sup>2</sup> (vgl. hierzu Punkt 4 Umgang mit gesundheitlichen Risiken)

Neben den genannten fünf Basisbausteinen und dem Bereich individueller Anpassungen, hat die Hessische Heimaufsicht fünf Elemente entwickelt, die aus ihrer Sicht die Dokumentation erheblich erleichtern.

1. Das Formblatt zur Dokumentation der Kommunikation zur gesundheitlichen Betreuung (Ärzte, Therapeuten etc.)
2. Das Formblatt zur Dokumentation der Kommunikation mit Angehörigen / Rechtlichen Betreuern
3. Der Tagesplan
4. Das Mitarbeiter-Informationsblatt (MIB)
5. Die Planungshilfe „Gesundheitliche Betreuung“ für das Jahr

---

<sup>2</sup> Beispielsweise ist das Führen eines Anfallkalenders zur Dokumentation der Anfallshäufigkeit nicht bei allen Bewohnern zu fordern, sondern nur bei jenen, die ein signifikantes Anfallsgeschehen aufweisen. Gleichzeitig sind Trink- bzw. Ernährungsprotokolle nur dort notwendig, wo sie zum Schutz des Bewohners/der Bewohnerin bzw. zur Evaluation bestimmter Maßnahmen dienen.

Diese fünf Instrumente sollen helfen den notwendigen Informationstransfer sicherzustellen und gleichzeitig den Dokumentationsaufwand auf ein Mindestmaß begrenzen. Es sind keine verpflichtenden Elemente sondern lediglich Ideen zur praktischen Umsetzung.<sup>3</sup>

Diese Kombination aus allgemeinen Pflichtelementen, individuellen Anpassungen und Vereinfachungsinstrumenten, ermöglicht nach Ansicht der Hessischen Heimaufsicht die Entwicklung eines schlanken Dokumentationssystems für eine Einrichtung. Grundlegende Aussagen der hessischen Heimaufsicht zum Umgang mit der Förder- und Hilfeplanung sowie mit einzelnen Aspekten der Dokumentation sind der Vollständigkeit halber in der Anlage beigefügt.

---

<sup>3</sup> So können beispielsweise Zeitpunkt und Inhalte einer Vereinbarung mit dem Betreuer auch im Berichtsblatt/Verlaufsbericht dokumentiert werden. Einen schnellen und übersichtlichen Zugriff auf diese Information ist so aber nicht sichergestellt.

## **2. Die Grunddatensammlung (Stammblatt)**

Das Stammblatt enthält alle Informationen sowie verwaltungstechnisch wichtige Daten und Fakten über einen/eine Bewohner/-in, wie z.B. Personalien, Kostenträger, Religion, ärztliche Versorgung, Diagnosen, Datum des Einzuges usw. Es muss klar erkennbar sein, wer die Daten erfasst hat. Darüber hinaus enthält das Blatt organisatorische Informationen wie Nachlassregelung, mitgebrachte Gegenstände, Verfügungen etc.

Grundsätzlich gilt, dass die Informationen bereits vor bzw. unmittelbar nach dem Einzug des Bewohners/der Bewohnerin in der Pflegedokumentation erfasst werden. Das Pflegemodell spielt dabei zunächst keine Rolle. Sicherergestellt werden soll, dass alle erforderlichen Maßnahmen umgehend in die Wege geleitet werden können.

Aus der Erhebung des Betreuungs- und ggf. Pflegebedarfs leiten sich bereits erste Maßnahmen für die Pflege und Betreuung ab, sodass der/die neue Bewohner/-in unmittelbar nach dem Einzug die in der Situation erforderliche Unterstützung erhält. Es ist sinnvoll, Erstgespräch und Anamnese aufeinander abzustimmen, um eine Doppeldokumentation bestimmter Informationen zu verhindern.

Die Stammdaten unterliegen Veränderungen. Ergänzungen werden bei Auftreten neuer Informationen vorgenommen. In denjenigen Fällen, in denen Veränderungen direkte Auswirkungen auf die Pflege haben (z.B. bei Fixierungen, Wechsel von rechtlichen Betreuer(n)/-innen etc.), werden die Ergänzungen bei einer manuell geführten Dokumentation datiert und mit dem Handzeichen der verändernden Person versehen (bei einer EDV-gestützten Dokumentation erfolgt dies automatisch). Die Stammdaten sind immer aktuell und bei einer manuell geführten Dokumentation wird das Stammblatt bei Unübersichtlichkeit neu geschrieben. Das Datum der Neuschrift muss erkennbar sein.

<b>Einrichtung:</b>		<b>Lfd. Nr.:</b>	
<b>Stammblatt</b>		<b>Erhebungsdatum:</b>	
Name:		<b>Besonderheiten im Umgang mit dem Bewohner:</b> (z. B. Vorlieben, Abneigungen, Rituale usw.)	
Geb.-Name:			
Vorname:			
Geb.-Datum:			
Einzug:			
Bisherige Anschrift:		<b>Allergien/Unverträglichkeiten:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
Konfession:            Staatsangehörigkeit:		<b>Besonderheiten bei der Ernährung:</b>	
Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....% Welche Merkmale?			
Impfausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Rezeptgebührenbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Fahrtkostenbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Rundfunkgebührenbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Behandelnde Ärzte:</b> <b>Tel.:</b>	
<b>FEM:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?  Begründung?  Genehmigung bis: Mit Einwilligung des Klienten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<b>Patientenverfügung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Angehörige:</b>    <b>Rechtliche Betreuung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein für welchen Bereich: Anschrift, Telefon:		<b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörapparat <input type="checkbox"/> Arm-/Beinprothesen <input type="checkbox"/> Orthop. Schuhe <input type="checkbox"/> Zahnprothese: oben/unten <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Protektoren (z. B. Kopf) <input type="checkbox"/> Gehhilfen <input type="checkbox"/>	
<b>Krankenkasse:</b>		<b>Tagesstruktur</b> <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> stundenweise von..... Uhr bis ..... Uhr <input type="checkbox"/> Innerhalb der Einrichtung: <input type="checkbox"/> Außerhalb der Einrichtung:  Fahrdienst: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Selbstfahrer: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Kostenträger:</b>  Hilfebedarfsgruppe:		<b>Seelsorgerische Betreuung:</b>	
<b>Gesundheitliche Risiken/Gefährdungspotentiale:</b>		<b>Bestattungswünsche:</b>	
<b>Diagnosen:</b>		<b>Datum / Unterschrift des/der Erstellenden:</b>	

### **3. Förder- und Hilfeplanung einschließlich des Umganges mit gesundheitlichen Risiken**

#### Grundsätzliche und rechtliche Aspekte

Die Verpflichtung der Einrichtungen zur Erarbeitung individueller Förder- und Hilfeplanungen, einschließlich des Umganges mit gesundheitlichen Risiken, Prophylaxen und Behandlung, sowie das sich daraus ergebende Erfordernis der heimgesetzlichen Prüfung ist normiert in § 11 Abs. 1 HeimG:

*„Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung, ...,  
3. eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,“ ...,  
8. gewährleisten, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,  
...“*

Die Wahl entsprechender Verfahren und Hilfsmittel der Förder- und Hilfeplanung einschließlich des Umganges mit gesundheitlichen Risiken liegt und bleibt in der Eigenverantwortlichkeit des Trägers (§ 2 Abs. 2 HeimG).

Gesundheitliche Risiken, die ggfs. der Prophylaxe und der Behandlung bedürfen, sind in den Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe neben der die Behinderung verursachenden Schädigung bzw. Schädigungen, vor allem Epilepsien, Allergien, Hautdefekte, Sturzgefahr, Inkontinenz, Ernährung (Körpergewicht) und Diabetes. Mit zunehmendem Alter der Bewohner treten entsprechende altersbedingte, insbesondere auch demenzielle, Erkrankungen auf.

Auch Fragen des Lebens der eigenen Sexualität und der Familienplanung können relevante Themen im Rahmen der Begleitung der Bewohner (Beratung zur Verhütung, Begleitung bei Vorsorgeuntersuchungen o. ä.) sein.

Die Mindestanforderungen der Hessischen Heimaufsicht an eine Förder- und Hilfeplanung und der dementsprechend zu führenden bewohnerbezogenen Dokumentation, orientieren sich an einer allgemeinen Systematik bzw. an einem Regelkreis, durch die sich Dienstleistungs- und Produktionsprozesse beschreiben lassen.

Im Einzelnen umfasst dieser Prozess die vier Schritte:

(1) Assessment:

Ermittlung der Kompetenzen, Ressourcen und Problemen.

(2) Ziel- und Maßnahmenplanung:

Festlegung der Ziele und Planung der Maßnahmen der Förderung und Hilfen.

(3) Durchführung:

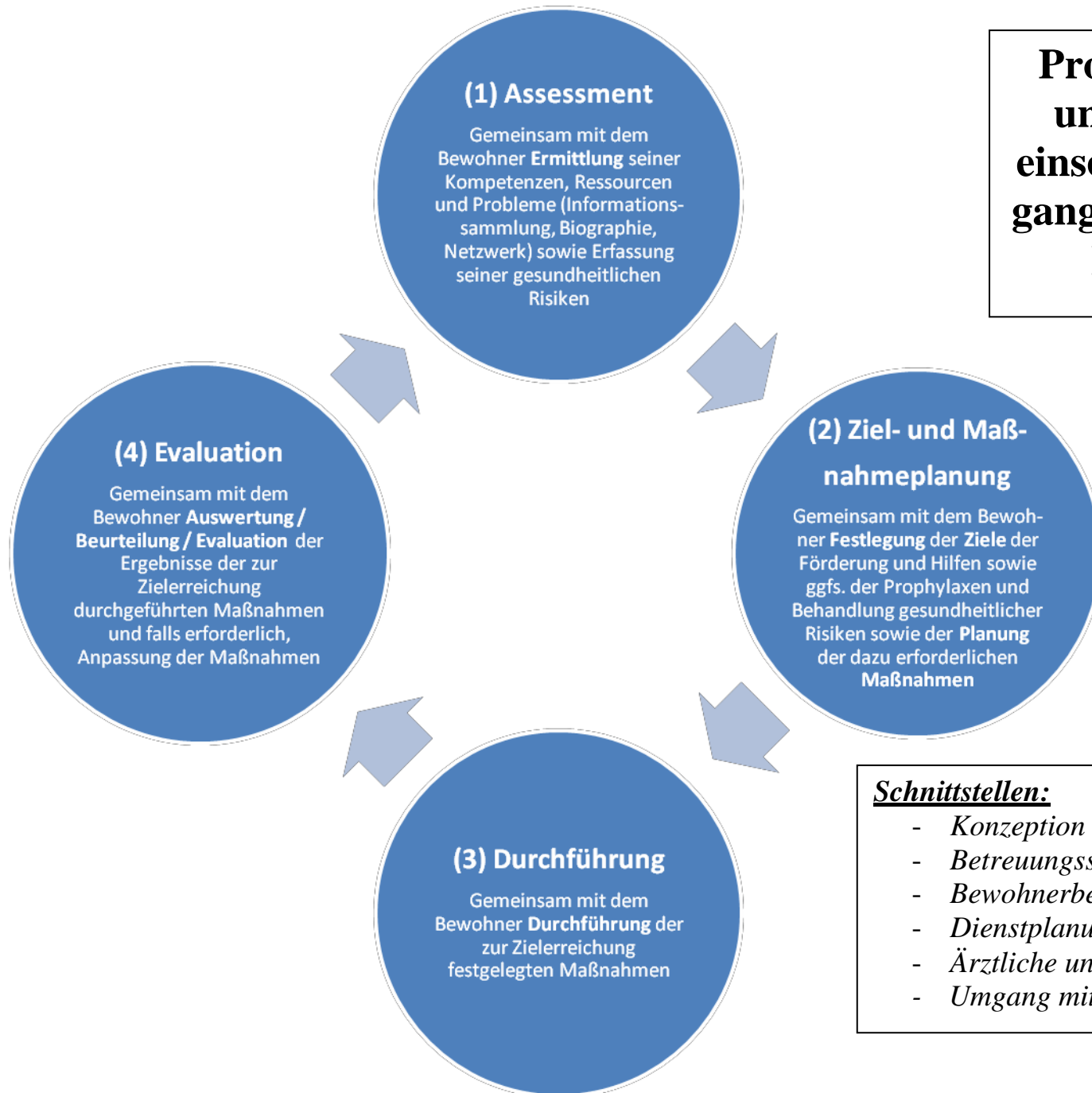
Durchführung der zur Zielerreichung festgelegten Maßnahmen.

(4) Evaluation:

Aus- bzw. Bewertung der Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen und der dadurch erreichten bzw. nicht erreichten Ziele.



**Prozess der Förder-  
und Hilfeplanung,  
einschließlich des Um-  
ganges mit gesundheits-  
lichen Risiken**



**Schnittstellen:**

- *Konzeption*
- *Betreuungssystem*
- *Bewohnerbezogene Dokumentation*
- *Dienstplanung*
- *Ärztliche und gesundheitliche Betreuung*
- *Umgang mit Medikamenten*

## 4. Der Umgang mit gesundheitlichen Risiken

Unter Beachtung der im Vorwort dargestellten Zielrichtung sollten im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung und Versorgung der Bewohner folgende Aspekte berücksichtigt werden:

### 1. Erfassung gesundheitlicher Risiken (Muster-Formblatt)

#### Pflichtelement

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher individueller Gesundheitszustände sind die jeweils individuellen gesundheitlichen Risiken zu erfassen. In dieser Risiko-Erfassung sind Aussagen zu treffen, ob ein bzw. dieses Risiko gegeben ist und wenn ein Risiko gegeben ist, wie und wo es in der Planung und Dokumentation zu berücksichtigen ist.

Als Beispiele von gesundheitlichen Risiken, die zu erfassen sind, sind Anfallsleiden, Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sturzgefahr, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes etc. zu nennen.

### 2. Ärztliches Verordnungsblatt (Diverse Formblätter verschiedener Hersteller)

#### Pflichtelement

Hier ist jeweils auf die Angabe des Verordnungsdatums, der genauen Bezeichnung des Medikamentes, der Einnahmевorschrift sowie auf die Arztunterschrift zu achten.

Es kann sich je nach einrichtungsinternen Abläufen empfehlen, dass jeweils separate ärztliche Verordnungsblätter für die Dauermedikation, Medikation bei akuten Krankheiten und Bedarfs-/Notfallmedikation geführt werden.

### 3. Dokumentation durchgeführter Prophylaxen und Behandlungen gesundheitlicher Risiken (Diverse Formblätter verschiedener Hersteller)

#### Pflichtelement

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher individueller Gesundheitszustände (siehe „1. Erfassung gesundheitlicher Risiken“) sind erforderlichenfalls verschiedene Dokumentationen zu führen, in denen die Durchführung von Prophylaxen und Behandlungen sowie die entsprechenden Evaluationen dokumentiert werden.

### 4. Kommunikation zur gesundheitlichen Betreuung der Bewohner (Muster-Formblatt)

#### Hilfsinstrument

In diesem Formblatt sind die Kontakte und Absprachen mit Ärzten und Therapeuten niederzulegen. Dazu gehören Besuche und Telefonate. Neben Datum und Uhrzeit sind der Gesprächspartner sowie die wesentlichen Gesprächsinhalte und –vereinbarungen festzuhalten.

### 5. Planungshilfe „Gesundheitliche Betreuung“ (Muster-Formblatt)

#### Hilfsinstrument

Mit diesem Formblatt können die für jeden Bewohner individuell erforderlichen Arzttermine, Vorsorgeuntersuchungen, Kontrollbesuche etc. über das Jahr geplant werden.

Einrichtung (Wohngruppe):	Lfd. Nr.:
	Blatt: _____ von _____
	Erhebungsdatum: . . .
<b>Erfassung gesundheitlicher Risiken:          Prophylaxe(n) und Behandlung(en)</b>	
Für Bewohner: _____	

→Risiko: <b>Epilepsie</b>	<input type="checkbox"/> ist nicht gegeben
<input type="checkbox"/> ist gegeben. Kurze Beschreibung der erforderlichen Prophylaxe(n) und Behandlung(en) sowie der erforderlichen Dokumentation(en), wie beispielsweise separates Formblatt, Integration in Tagesplan:	

→Risiko: <b>Haut</b>	<input type="checkbox"/> ist nicht gegeben
<input type="checkbox"/> ist gegeben. Kurze Beschreibung der erforderlichen Prophylaxe(n) und Behandlung(en) sowie der erforderlichen Dokumentation(en), wie beispielsweise separates Formblatt, Integration in Tagesplan:	

<p>→Risiko:</p> <p><b>Sturz</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ist nicht gegeben</p>
<p><input type="checkbox"/> ist gegeben.</p> <p>Kurze Beschreibung der erforderlichen Prophylaxe(n) und Behandlung(en) sowie der erforderlichen Dokumentation(en), wie beispielsweise separates Formblatt, Integration in Tagesplan:</p>	

<p>→Risiko:</p> <p><b>XXX</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ist nicht gegeben</p>
<p><input type="checkbox"/> ist gegeben.</p> <p>Kurze Beschreibung der erforderlichen Prophylaxe(n) und Behandlung(en) sowie der erforderlichen Dokumentation(en), wie beispielsweise separates Formblatt, Integration in Tagesplan:</p>	



**Einrichtung:**

**Name, Vorname:**

**Planungshilfe „Gesundheitliche Betreuung“ für das Jahr:**

Lfd. Nr.:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Januar																															
Februar																															
März																															
April																															
Mai																															
Juni																															
Juli																															
August																															
September																															
Oktober																															
November																															
Dezember																															

## **5. Kommunikation mit Angehörigen / Rechtlichen Betreuern**

Das Formular zur Dokumentation der Gesprächskontakte und Vereinbarungen mit Angehörigen und/oder rechtlichen Betreuern, dient zur schnellen Übersicht und Information für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Aufbau und Struktur sind bewusst sehr einfach gehalten.

Zeile 1: Name des Bewohners

Zeile 2: Jahr, Nummer des Blattes (fortlaufende Nummer)

Ab Zeile 3: sind die Kontakte und Absprachen mit Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuern niederzulegen. Dazu gehören Besuche und Telefonate. Neben Datum und Uhrzeit sind der Gesprächspartner sowie die wesentlichen Gesprächsinhalte und –vereinbarungen festzuhalten.

Sinnvoll ist auch ein Hinweis, ob dieses Ergebnis/ die Vereinbarungen irgendwelche Folgen für die Pflege- und Betreuungsplanung und den Umgang mit dem Bewohner haben. Bei wichtigen vereinbarungen wäre eine Unterschrift der beiden Partner sinnvoll.

Wird nur eine Gesprächssituation aus der Erinnerung beschrieben, wird dies dazu vermerkt.





## **6. Mitarbeiterinformationsblatt - MIB -**

Das MIB dient als Hinweisinstrumentarium zur kurzen aktuellen Informationsweitergabe für die jeweils wechselnden Mitarbeiterteams während eines Wochentages.

Entsprechend den dort aufgeführten – im Regelfall relevanten – Kriterien, welche bedarfsorientiert ergänzt bzw. verändert werden können, besteht die Möglichkeit, einen kurzen Hinweis auf aktuelle Vorfälle oder Veränderungen geben zu können, deren konkreter Inhalt / Aussagen dann in den benannten Schwerpunkten innerhalb des Dokumentationssystems eingesehen werden können.

Das MIB wird gruppenbezogen geführt. Da in diesem Blatt auf die jeweils individuelle Bewohnerbezogene Dokumentation verwiesen wird, ist das MIB Bestandteil der Dokumentation. Daher sind die Eintragungen mit dem Handzeichen des Mitarbeiters zu versehen.

Zur Sicherstellung der allgemeinen Organisation ist ein ein separates Hinweisfeld eingefügt.



## 7. Der Tagesplan

Der Tagesplan ist ein Instrument, in dem gemeinsam mit dem Bewohner erarbeitet und beschrieben wird, zu welchen Zeiten und an welchen Tagen der Bewohner regelmäßig wiederkehrende Hilfen und Unterstützung erhält. Im Tagesplan soll der konkrete pflegerische Unterstützungsbedarf benannt werden (z.B. volle Übernahme der Inkontinenzversorgung, Essenanreichen, Durchführung des Verabreichens der Insulinspritze, Verbandswechsel etc.), den die Mitarbeiter zu leisten haben.

Es ist sinnvoll, einen Tagesplan für montags bis freitags und einen für das Wochenende zu erstellen.

Der individuelle bewohnerbezogene Tagesplan muss von allen Mitarbeitern der Wohngruppe / Hausgemeinschaft etc. zur Kenntnis genommen werden. Die Kenntnisnahme ist mit Datum und Handzeichen zu dokumentieren.

Erhält der Bewohner Hilfeleistungen oder Dienstleistungen von internen und/oder externen Diensten haben die Mitarbeiter dieser Dienste den Tagesplan ebenso mit Datum und Handzeichen zur Kenntnis zu nehmen. Zu solchen Diensten zählt beispielsweise der Pflegedienst, der einzelne behandlungspflegerische Maßnahmen bei dem Bewohner durchführt.

Wenn ein Tagesplan erstellt ist, der den Hilfebedarf der Bewohner, insbesondere auch den pflegerischen Hilfebedarf und die Unterstützungsleistungen der Mitarbeiter abbildet, ist es nicht mehr notwendig, die Durchführung einer jeden Unterstützungstätigkeit, insbesondere auch der Pflegerischen, zu dokumentieren.

Zur Minimierung des Haftungsrisikos und unter Berücksichtigung der Rechtsprechung setzt die Hessische Heimaufsicht voraus, dass mindestens ein Mal pro Kalendertag, die Erbringung der in dem Tagesplan aufgeführten und vereinbarten Leistungen dokumentiert wird.

Diese Dokumentation erfolgt zweckmäßigerweise auf einem eigenen Formblatt, das bewohnerbezogen zu führen ist.

Unabhängig von dieser regelhaften Bestätigung, dass die Leistungen entsprechend erbracht wurden, müssen Abweichungen vom festgelegten Tagesplan sofort dokumentiert werden.

Hierzu bietet sich das Berichtsblatt an.

Besondere Ereignisse sowie durchgeführte Maßnahmen und erbrachte Leistungen im Rahmen der Behandlung gesundheitlicher Risiken sind gegebenenfalls separat zu dokumentieren.

Dies sind beispielsweise die Ausgabe von Medikamenten, das Führen von Anfallskalendern, etc. (s. hierzu Punkt 4)



## **8. Der Verlaufsbericht:**

Der Verlaufsbericht ist ein situationsbezogener Bericht über pflege- und betreuungsrelevante Besonderheiten. Besonderheiten sind wichtige aber nicht regelhaft auftretende Informationen. Sie ergeben sich aus Beobachtungen, Gesprächen, Ereignissen, Kontrollen, die sonst an keiner anderen Stelle der Dokumentation Platz finden bzw. abgebildet werden können.

Darüberhinaus ist hier auch der Platz für alle einmalig vorgenommenen Interventionen und Handlungen, die dann sodann in ihrer Ursache und Wirkung beschrieben werden müssen.

Der Verlaufsbericht stellt somit eine chronologische Informationssammlung dar, die unabhängig von den standardisierten Informationssammlungen, ebenfalls regelhaft ausgewertet werden muss.

Der Verlaufsbericht ist ebenfalls bewohnerbezogen zu führen.



# Anlagen

## **Anforderungen an ein bewohnerbezogenes Dokumentationssystem in Einrichtungen der Behindertenhilfe**

erstellt Juni 2004 ,

## **Beratung und Prüfung des Prozesses der Förder- und Hilfeplanung einschließlich des Umganges mit gesundheitlichen Risiken in den Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe**

erstellt Januar 2003,  
überarbeitet Oktober 2009

## **Anforderungen zum Umgang mit Arzneimitteln in stationären Einrichtungen**

erstellt Januar 2004 ,  
überarbeitete Fassung Oktober 2009

# **Anforderungen an ein bewohnerbezogenes Dokumentationssystem in Einrichtungen der Behindertenhilfe**

## **VORBEMERKUNG:**

Es gibt kaum einen Bereich in dem sich die Praktiker der Alten- und Behindertenhilfe so einig sind. Dokumentation darf die praktische Arbeit nicht behindern, sondern muss sie unterstützen. Eine Auffassung, die auch die Hessische Heimaufsicht teilt.

Nur – was ist Unterstützung und was behindert?

Mit den nachfolgenden Ausführungen möchte die Hessische Heimaufsicht ihre Auffassung über notwendige Dokumentationsleistungen darlegen. Sie macht dies auf der Basis ihres Grundprinzips „Soviel wie nötig und so wenig wie möglich“.

Die Heimaufsicht Hessen stellt sich so bewusst der Fachdiskussion und fordert auch den konstruktiven Dialog mit der Praxis ein.

In jüngster Vergangenheit haben zahlreiche Projekte und sozialpolitische Entwicklungen eine immer stärkere Auseinandersetzung mit den notwendigen Instrumenten der Qualitätssicherung eingefordert. Es vergeht kaum ein Jahr in dem nicht ein neues Modell vorgestellt und dessen Einführung propagiert wird.

Inzwischen haben auch zahlreiche Anbieter entsprechende Instrumentarien entwickelt, die elektronisch bearbeitet werden.

Hier lohnt es in jedem Fall sich näher zu informieren.

Es ist nicht Aufgabe der Heimaufsicht hier nun ein weiteres Modell auf den Markt zu bringen. Es ist aber ihre Aufgabe deutlich auf die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen zu achten. Hierzu sollen die nachfolgenden Ausführungen beitragen. Wir versprechen uns mit der Entwicklung praktischer Vorschläge auch und gerade nachhaltige Effekte in der Umsetzung. Die vorgelegte beispielhafte Dokumentation ist also nur ein Vorschlag. Ein Vorschlag allerdings bei dem die heimgesetzlichen Normen Beachtung finden.

## **RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Die Heimaufsicht prüft ob der Träger und die Leitung einer stationären Einrichtung der im §11 Abs. 1 Punkt 8 HeimG normierten Verpflichtung nachkommt, zu gewährleisten „, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden“. Diese Aufzeichnungen unterliegen einer bestimmten Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht gemäß § 13 HeimG.

Die Dokumentation in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist also in erster Linie die Aufzeichnung aller Maßnahmen und Rahmenbedingungen, die im Rahmen der Förder- und Hilfeplanung vereinbart wurden bzw. relevant sind.

An dieser Stelle sei nochmals auf die Ausführungen zur Prüfung der Hilfe- und Förderplanung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe verwiesen.

In Hessen haben sich die Leistungsanbieter im § 10 des Rahmenvertrags nach §79 Abs. 1 SGB XII verpflichtet, die (Prozess) – Qualität an einer bedarfsorientierten Hilfeleistung, deren kontinuierlichen Weiterentwicklung sowie der entsprechenden Dokumentation messen zu lassen. Hier heißt es:

„Ergebnisse des Hilfeprozesses sind anhand der festgelegten Ziele regelmäßig zu überprüfen. Das Ergebnis der Überprüfung ist zwischen den die Leistung erbringenden Einrichtungen und dem Hilfeempfänger, seinen Angehörigen und sonstigen Vertretungsberechtigten zu erörtern und in der Prozessdokumentation festzuhalten.“



# **INHALTLICHE ASPEKTE**

## **Fachliche Definition und Bedeutung**

In enger Anlehnung an die „Empfehlung des Fachbeirats Pflege zur Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Einführung einer Pflege- und Behandlungsdokumentation in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege und Krankenpflege in Hessen“ (Staatsanzeiger für das Land Hessen vom 12.01.1998), sei versucht diese Definition für die Behindertenhilfe zu übernehmen.

Unter Dokumentation wird die systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung und Auswertung von für die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung bzw. die Bereitstellung aller notwendigen Assistenzleistungen, relevanten Daten verstanden.

Sie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesamtleistung und ein wichtiges Mittel der fachlichen Information und Kommunikation innerhalb der Institution und in der Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen. Eine kontinuierliche und fachlich umfassende Dokumentation spiegelt die Prozesshaftigkeit des gesamten Begleitungsverlaufs wider; sie dient auch zur Beweiserhebung im Rechtsverkehr im Rahmen der durchgeführten Maßnahmen.

Die Arbeit im Rahmen der Förder- und Hilfeplanung sowie der Umgang mit dem entsprechenden Dokumentationssystem stellt insgesamt eine große Verantwortung für alle Beteiligten dar, da es sich dabei immer um personenbezogene Daten handelt. Dies bedeutet eine Verpflichtung zur kontinuierlichen Reflexion und Überprüfung hinsichtlich der Auswahl der zu dokumentierenden Daten sowie der Sicherung gegen unbefugte Benutzung.

Die datenschutzrechtlichen Belange des Bewohners/der Bewohnerin (z.B. Einverständnis zur Erhebung und Weitergabe von persönlichen Daten) sind zu beachten.

## **Zielsetzung**

Ziele der Dokumentation im Rahmen der Förder- und Hilfeplanung sind:

- die Gewährleistung der Sicherheit für die Bewohnerinnen und Bewohner im Prozess der Begleitung und Förderung,
- die Qualitätssicherung des Förder- und Hilfeangebots,
- die Herstellung einer Leistungstransparenz,
- die Sicherung der interdisziplinären Information und Kommunikation aller am Prozess der Begleitung und Förderung Beteiligten.

Darüber hinaus dient die Dokumentation, als:

- Organisationsmittel,
- Grundlage der Leistungsbemessung und der Feststellung des Personalbedarfs,
- Planungshilfe,
- interdisziplinäre Arbeitsgrundlage,
- Voraussetzung zur Überprüfung der Qualität der erbrachten Leistungen,
- vertragliche Festlegung und Kontrolle,
- Leistungsnachweis für externe Dienste, zum Beispiel niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapie usw.,
- Lehr- und Lernmittel für den Bildungsbereich.

## **Kriterien**

Zur Erfüllung der Zielsetzung muss die Dokumentation folgenden Kriterien genügen:

Die Dokumentation,

- wird bewohnerbezogen geführt,.
- spiegelt Prozesshaftigkeit und Kontinuität wider.
- orientiert sich am realen Arbeitsablauf und dem Verlauf des Prozesses der Hilfe und Förderung bzw. der Assistenz und Begleitung.
- verlangt glaubhafte, nachvollziehbare und zeitnahe Eintragungen.
- sichert Transparenz im Hinblick auf die Leistungserbringung und Verantwortlichkeiten.
- bildet die Grundlage für interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- beachtet Richtlinien und gesetzlichen Grundlagen über Datenschutz, der Schweigepflicht und dem Umgang mit sensiblen Daten.
- beachtet Grundsätze hinsichtlich des Umgangs mit urschriftlichen Dokumenten.
- ermöglicht einen Zugang für alle am Prozess der sozialpädagogischen Begleitung, der heilpädagogischen Förderung und der Bereitstellung von Assistenzleistungen, Beteiligten je nach Einzelfall, unter Wahrung des Persönlichkeitsschutzes bzw. nach Einwilligung der Betroffenen.

## **Elemente der Dokumentation**

Die Grundlage jeder Dokumentation ist der einzelne Bewohner bzw. die Bewohnerin. Ein Dokumentationssystem einer stationären Einrichtung muss somit auch die strukturellen Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten, die sich aus der Zusammensetzung der Bewohnerschaft ergeben, berücksichtigen. Konkret bedeutet dies, dass die Dokumentation entsprechend diesem Anforderungsprofil ggf. einrichtungsbezogen zu entwickeln ist. Art und Umfang des Assistenzbedarfes auf Grund der Behinderungen, ggf. auch der notwendigen Pflege sowie die in der Konzeption beschriebene Zielsetzung, müssen sich in der Dokumentation wieder finden.

Grundsätzlich sind vor allem Beobachtungen, Mitteilungen von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Dritten und objektiv feststellbare Daten festzuhalten. Interpretationen und persönliche Bewertungen sind zu vermeiden. Subjektive Wahrnehmungen und Eindrücke seitens der Betreuungskräfte sind als solche kenntlich zu machen.

Alle dokumentierten Daten, Informationen und Anordnungen müssen zeitlich und persönlich identifizierbar sein. Sie sind also von den Ausführenden bzw. Anordnenden entsprechend abzuzeichnen.

Der prozesshafte Verlauf der sozialpädagogischen Begleitung, der heilpädagogischen Förderung, der Bereitstellung von Assistenzleistungen und ggf. der Pflege muss durch die Gestaltung des Dokumentationssystems deutlich werden.

Nachfolgend ist ein Katalog verschiedenster Themenbereiche aufgeführt, aus dem, je nach individueller Anforderung, eine Auswahl getroffen werden muss.

- **Wunddokumentation**
- **Anfallsbeschreibung/-häufigkeit**
- **Schmerz**
  - Erfassung und Bogen zur Dokumentation und ggf. Anordnung hier separat der Schmerzmedikation mit Spalte, ob es gewirkt hat (+ für gewirkt / - für nicht gewirkt)
- **Sturz**
  - Erfassung des Risikos mit der Aussage, ob, wie und wo es in der Planung berücksichtigt wird
- **Haut**
  - Erfassung des Risikos mit der Aussage, ob, wie und wo es in der Planung berücksichtigt wird

- **Diabetes**
  - Erfassung der Werte, Reaktionen darauf und die Auswertung sollten hier berücksichtigt werden,
- **Vitalwerte**
  - eine Blankovorlage würde hier genügen, die entsprechenden Parameter wie BZ, RR, Puls, Temp. können dann individuell bei Bedarf eingetragen werden
- **Mobilität/Lagerung / Dekubitus/Braden Skala**
  - hier könnte auch die Haut integriert werden, sowie die Kontrakturen und Dekubitus
- **Freiheitsentziehene Maßnahmen**
- **Nahrungsprotokolle**
  - sowohl enteral als auch parenteral, sowie Ein- und Ausführprotokolle

Grundsätzlich gilt, dass eine Dokumentation der im Rahmen der Hilfe- und Förderplanung aufgestellten Ziele erforderlich ist, um Verlauf und Ergebnisse angemessen beurteilen zu können. Die konkrete Anzahl und Ausdifferenzierung der Ziele und Vereinbarungen sind abhängig von der jeweiligen Situation der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

Zielsetzungen und Vereinbarungen sollten eindeutig formuliert werden, zeitlich befristet und erreichbar bzw. realisierbar sein.

Auf der Grundlage der persönlichen Daten und der Zielsetzungen werden gemeinsam mit dem Betroffenen Maßnahmen geplant, die schriftlich festzuhalten sind. Die Benennung der Maßnahmen ist, wenn möglich, zu verbinden mit Angaben über den Zeitpunkt, den Zeitraum, die Häufigkeit und personellen Zuständigkeit.

## **WAS HEIßT DAS FÜR DIE AUFSICHT- UND BERATUNGSPRAXIS DER HEIMAUFSICHT?**

### **Prüfung der Dokumentation:**

Im Rahmen der Überprüfung nach § 15 HeimG werden folgende Bereiche einer Dokumentation geprüft bzw. gemäß § 4 Abs. 3 sowie § 16 HeimG beraten:

#### **Prüfbereiche**

- Welches Instrument wird zur Erarbeitung der Förder- und Hilfeplanung genutzt?
- Wie werden die Mitarbeiter/innen auf die Handhabung der Förder- und Hilfeplanung sowie deren Dokumentation vorbereitet?
- Einhaltung der Aufbewahrungspflicht gemäß § 13 Heimgesetz.
- Art und Handhabung des Dokumentationssystems.
- Zugriffssicherheit für Unbefugte (Art der Aufbewahrung).
- Handzeichenliste.
- Art und Umfang der Dokumentation (wird prozessorientiert und nachvollziehbar dokumentiert).
- Stimmigkeit der Dokumentationsaufzeichnungen mit dem tatsächlichen „Bild“ der Bewohnerin/des Bewohners.
- Integration der Förder- und Hilfeplanung sowie der entsprechenden Dokumentation in das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung.

#### **Prüfgegenstand:**

- Das System (manuell und/oder IT-gestützt)
- Werden noch zusätzliche Bücher/Aufzeichnungen geführt? Wenn ja – welche und warum?

- Gibt es eine aktuelle Handzeichenliste?
- Wo wird das System aufbewahrt?
- Entspricht die Dokumentation den unter 2.2. beschriebenen Kriterien?
- Stimmen die Angaben in der Dokumentation mit der tatsächlichen Situation der Bewohnerinnen und Bewohner überein?

**Prüfvorgehen:**

- Die Prüfung geschieht durch Einsichtnahme in die Dokumentationsunterlagen und ggf. einem Vergleich mit der aktuellen Situation der Bewohnerin/des Bewohners.
- Des weiteren werden die in der Förder- und Hilfeplanung festgeschriebenen Maßnahmen auf Vollständigkeit überprüft sowie mit den Durchführungsnachweisen verglichen.
- Ferner werden die in den Durchführungsnachweisen vorhandenen Handzeichen mit dem Dienstplan verglichen.
- Zur Handhabung der Dokumentation werden die verantwortlichen Mitarbeiter/innen befragt.

# **Beratung und Prüfung des Prozesses der Förder- und Hilfeplanung einschließlich des Umganges mit gesundheitlichen Risiken in den Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe**

## **Grundsätzliche und rechtliche Aspekte**

Die Verpflichtung der Einrichtungen zur Erarbeitung individueller Förder- und Hilfeplanungen, einschließlich des Umganges mit gesundheitlichen Risiken, Prophylaxen und Behandlung, sowie das sich daraus ergebende Erfordernis der heimgesetzlichen Prüfung ist in § 11 Abs. 1 HeimG wie folgt normiert:

„Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung,

....,

3. eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,“

....,

8. gewährleisten, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,

...“.

Die Umsetzung dieser Anforderungen liegt in der Eigenverantwortlichkeit des Trägers (§ 2 Abs. 2 HeimG).

Gesundheitliche Risiken, die ggfs. der Prophylaxe und der Behandlung bedürfen, sind in den Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe (neben der die Behinderung verursachenden Schädigung bzw. Schädigungen) vor allem Epilepsien, Allergien, Hautdefekte, Sturzgefahr, Inkontinenz, Ernährung (Körpergewicht) und Diabetes. Mit zunehmendem Alter der Bewohner treten entsprechende altersbedingte, insbesondere auch demenzielle, Erkrankungen auf.

Auch Fragen des Lebens der eigenen Sexualität und der Familienplanung können relevante Themen im Rahmen der Begleitung der Bewohner (Beratung zur Verhütung, Begleitung bei Vorsorgeuntersuchungen o. ä.) sein.

Die Mindestanforderungen der Hessischen Heimaufsicht an eine Förder- und Hilfeplanung und der dementsprechend zu führenden bewohnerbezogenen Dokumentation orientieren sich an einer allgemeinen Systematik bzw. an einem Regelkreis, durch die sich Dienstleistungs- und Produktionsprozesse beschreiben lassen.

Im Einzelnen umfasst dieser Prozess folgende vier Schritte:

1. Assessment:  
Ermittlung der Kompetenzen, Ressourcen und Problemen.
2. Ziel- und Maßnahmeplanung:  
Festlegung der Ziele und Planung der Maßnahmen der Förderung und Hilfen.
3. Durchführung:  
Durchführung der zur Zielerreichung festgelegten Maßnahmen.
4. Evaluation:  
Aus- bzw. Bewertung der Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen und der dadurch erreichten bzw. nicht erreichten Ziele.

## **Aspekte der Fachdiskussion zum Arbeitsbereich Förder- und Hilfeplanung**

Die hessische Heimaufsicht schließt sich den Ergebnissen der fachwissenschaftlichen Diskussion zu Fragen der Förder- und Hilfeplanung an, die im Folgenden referiert werden. Die dargestellten Aspekte sind Grund-

lage des Beratungs- und Prüfungsprozess zur Förder- und Hilfeplanung in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe.

Im Jahr 2002 wurde durch die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. – DHG die Erarbeitung einer Analyse von gängigen Konzepten zur Förder- und Hilfeplanung in Auftrag gegeben. Die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. – DHG, ist ein Verein in dem sich Einrichtungsträger, Einrichtungsleiter und -mitarbeiter sowie Wissenschaftler der Behindertenhilfe zusammen gefunden haben.

Im Folgenden, werden wesentliche Ergebnisse dieser Untersuchung, die unter dem Titel „Individuelle Hilfeplanung – Anforderungen an die Behindertenhilfe“ (Lübbe/Beck 2002) veröffentlicht worden sind, referiert.

### **Konzeptionelle und inhaltliche Fragen**

Seit Jahren ist in den Einrichtungen der Behindertenhilfe eine Abkehr von der ehemals an Defiziten orientierten Förder- und Hilfeplanung zu erkennen. Früher wurde in der Regel aus fehlenden bzw. noch nicht entwickelten Kompetenzen der Bewohner auf verschiedensten Gebieten, gewissermaßen automatisch, ein Förderbedarf abgeleitet (Lübbe/Beck, a.a.O. S. 28). Dies geschah vor allem auch vor dem Hintergrund der Anpassung der Bewohner an institutionelle Strukturen und nicht umgekehrt (Crößmann/Etzel, 2005).

Derzeit dominieren in aktuellen Konzepten zur Förder- und Hilfeplanung sowie in der wissenschaftlichen Diskussion, die sich auch in Einrichtungskonzeptionen neueren Datums widerspiegeln, Stichworte wie:

- Lebensqualität,
- Nutzerorientierung,
- Mitbestimmung,
- personale Orientierung,
- Integration,
- Regionalisierung/Community Care,
- Normalisierungsprinzip,
- Assistenz und Begleitung,
- Selbstbestimmung,
- Empowerment/Ermächtigung,
- Inklusion/Teilhabe.

Grundsätzlich sei eine Abkehr weg von der institutionellen Orientierung zur personalen Orientierung zu erkennen (Lübbe/Beck, *dto.*).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen, formulieren Lübbe/Beck als entscheidende Grundfrage einer zeitgemäßen, auf die Bewohnerperspektive zugeschnittenen Förder- und Hilfeplanung:

„..., welche Hilfemaßnahmen und welche Rahmenbedingungen [benötigt] ein Mensch, um seinen Alltag entsprechend den eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestalten zu können?“.

Die Autoren empfehlen nachdrücklich, dass im Prozess der Förder- und Hilfeplanung immer gemeinsam mit dem Bewohner folgende Aspekte beleuchtet werden sollen:

#### 1. „Das Thema Wohnen“

„... Wohnen bedeutet im besonderen Maße Privatheit, Entspannung und „Dasein“, so dass – bei aller notwendigen Förderung – der Wohnbereich der Nutzer nicht nur unter dem Aspekt des Ausbaus von Kompetenzen gesehen werden darf, sondern vielmehr in Bezug auf die Entwicklung eines eigenen Lebensstils und die Selbstbestimmte Gestaltung des Privatlebens.“

## 2. „Das Thema Arbeit/Beschäftigung“:

Falls kein adäquates Angebot zur Arbeit, Beschäftigung oder Tagesstrukturierung für die Bewohner zur Verfügung steht, fällt dem Wohnbereich auch die Aufgabe zu, hier eine Bedarfsanalyse vorzunehmen und konkrete Unterstützungsmaßnahmen zu planen.

## 3. „Das Thema Selbstbestimmung“

Damit die Bewohner Wahlmöglichkeiten nutzen, über Regeln verhandeln, ihre Rechte durchsetzen und eine eigene Meinung entwickeln können, ist der Bedarf an praktischer Unterstützung der Bewohner zu ermitteln. Ebenso ist der Bedarf an Bildungsangeboten zu ermitteln, welche die Aneignung von Wissen und Kompetenzen in diesem Bereich ermöglichen.

## 4. „Das Thema soziale Beziehungen und Netzwerke“

Für die Lebensqualität sind soziale Kontakte und Unterstützung durch andere Menschen in emotionaler, kognitiver oder praktischer Hinsicht und die Integration in Gruppen, Nachbarschaften, Gemeinden von zentraler Bedeutung. Die gemeinsame Analyse des individuellen Netzwerkes sollte sowohl in qualitativer wie quantitativer Hinsicht mit dem Ziel verfolgt werden, positive Kontakte zu erhalten und das soziale Netzwerk zu erweitern.

## 5. „Das Thema Kommunikation“

Die aktive Beteiligung des Bewohners am Förder- und Hilfeplanprozess, die Wahrnehmung der eigenen Rechte sowie der Aspekt der sozialen Beziehungen setzt die Beachtung, Förderung und Entwicklung der individuellen kommunikativen Kompetenzen voraus.

## 6. „Das Thema Psychisches Wohlbefinden“

„In vielen Hilfeplanungskonzepten wird überwiegend nach psychischen Erkrankungen und „problematischen“ Verhaltensweisen gefragt, aber genauso wichtig sind Fragen zu allgemeinen psychosozialen Faktoren, z.B. ob die Bewohner Anerkennung und Wertschätzung erfahren, ob sie einsam sind, ob sie sich in ihrem Umfeld zugehörig fühlen, mit ihrem Leben insgesamt zufrieden sind, Sorgen haben u. ä.“

## 7. „Spezielle Bedarfslagen“

Über diese Themen hinaus sind spezielle Bedarfslagen (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Krisensituationen, hoher Pflegebedarf) zu analysieren und darauf abgestimmte Unterstützungsleistungen zu planen. Dies bedeutet, dass die Planung pflegerischer Maßnahmen (Pflegeplanung) integrierter Bestandteil der Förder- und Hilfeplanung sein kann bzw. sein muss.

Für Menschen mit einem sehr hohen Hilfebedarf (schwerer geistiger und/oder körperlicher Beeinträchtigung) sind - zu der an sich schon erhöhten sozialen Abhängigkeit - besondere Erfordernisse zu berücksichtigen. Insbesondere betrifft dies die Themen „Kommunikation“ und „Selbstbestimmung“. Die oben genannten Aspekte spiegeln sich hauptsächlich im alltäglichen Umgang der Betreuungskräfte bei der Gestaltung der alltäglichen Hilfeleistungen (Essen anreichen, Körperpflege, Sitz- und Liegepositionswechsel usw.) wider.

Zu weiteren Aspekten der Gestaltung der Förder- und Hilfeplanung und -leistungen für Menschen mit einem sehr hohen Hilfebedarf sei auf die Untersuchung „Zielperspektive Lebensqualität“ von *Seifert/Fornefeld/Koenig (2001)* verwiesen.

Die Autoren entwickeln zunächst „Kategorien des Wohlbefindens“. Vor diesem Hintergrund wurden mit verschiedenen Instrumenten und Techniken Erhebungen in einer Reihe von Wohneinrichtungen, in denen Menschen mit schweren geistigen und körperlichen Behinderungen leben, durchgeführt.

Die Untersuchungsergebnisse werden durch zahlreiche Aussagen von Mitarbeitern sowie durch Beobachtungsprotokolle belegt. Diese Beobachtungen werden mit den Kriterien der ermittelten „Kategorien des Wohlbefindens“ überprüft und reflektiert.

Die „persönlich bedeutsamen Themen“ der Bewohner (Träume, Wünsche usw.) seien immer mit in die Förder- und Hilfeplanung aufzunehmen, auch wenn sie nicht oder noch nicht klar formuliert werden können und/oder überhaupt nicht zu den gefragten Inhalten des Instrumentariums „passen“.

### **Methodische Fragen**

Zentrales methodisches Kriterium (*Lübbe/Beck*, a.a.O., S. 58f.) bei der praktischen Umsetzung des Prozesses der Förder- und Hilfeplanung ist die Beteiligung des Bewohners bzw. das gemeinsame Be- und Erarbeiten aller Prozessschritte mit dem Bewohner. Dieser Prozess beginnt mit dem Assessment, führt über die Ziel- und Maßnahmeplanung zur Durchführung und letztlich zur Evaluation der gemeinsam erarbeiteten, vereinbarten und durchgeführten Maßnahmen.

Weitere bei der konkreten Umsetzung des Prozesses zu berücksichtigenden Gesichtspunkte können die Hinzuziehung von Unterstützungspersonen, die Erarbeitung der Förder- und Hilfeplanung durch externe Mitarbeiter und die Verwendung von auf das jeweilige kognitive Niveau des Bewohners angepasste Materialien bei der Durchführung der Förder- und Hilfeplangespräche sein.

Zur Förderung der aktiven Beteiligung der Bewohner sollten immer „offenen Fragen“ zu den einzelnen Themenbereichen vorgesehen werden. Bei der Erarbeitung von Zielen sollten auch immer langfristige Ziele besprochen und erarbeitet werden, die über die jetzige Situation in die Zukunft weisen.

Bei der Formulierung von Zielen ist darauf zu achten, dass diese nicht zu allgemein formuliert sind, sondern dass sich klare überprüfbare Handlungsschritte ableiten lassen (z.B. Angabe der Durchführungshäufigkeit). Grundsätzlich soll „... die Dokumentation für alle Beteiligten transparent machen, ob, wann und wie die geplanten Hilfen tatsächlich geleistet wurden – andererseits aber so wenig Zeitaufwand wie möglich erfordern.“

Als zentrale Frage innerhalb des Prozessschrittes „Evaluation“ sehen die Autoren *Lübbe/Beck*, „...“, ob die Wünsche und Interessen der Nutzer im Hilfeplanungsprozess und bei der Gestaltung der Unterstützungsleistungen berücksichtigt wurden, ob die Ziele, die für die Nutzer wichtig sind, erreicht wurden, ob sich ihre Lebensqualität positiv entwickelt hat und ob sie mit den Leistungen der Einrichtung zufrieden sind.“

### **Instrumente zur Förder- und Hilfeplanung**

Es existiert derzeit eine nur schwer zu überblickende Vielfalt unterschiedlicher Konzepte zum Thema Förder- und Hilfeplanung, da viele Einrichtungen eigene Konzepte erarbeitet haben (*Lübbe/Beck*, 2002, S. 8f.).

Nach *Lübbe/Beck* (a.a.O., S. 11) sehen beispielsweise nahezu alle von ihnen analysierten Einrichtungskonzepte zur Förder- und Hilfeplanung folgende mit dem Bewohner zu bearbeitenden Einzelaspekte vor, durch die die o.g. Themen konkretisiert werden: Haushaltsführung, Selbstversorgung, Wohnen, Recht, Finanzen, psychisches Wohl und psychiatrische Probleme, körperliches Wohl, Körperpflege und Gesundheit, soziale Beziehungen, Kommunikation, Orientierung, Mobilität im Haus/außerhalb des Hauses, Arbeit, Beschäftigung, Bildung und Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Sie weisen darauf hin, dass sich trotz Verwendung gleicher „Überschriften“ die einzelnen Konzepte hinsichtlich Inhalt, Tiefe der Erfassung und der Analyse, erheblich von einander unterscheiden können.

### **Instrumente zur Förder- und Hilfeplanung in hessischen Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe**

In einer Reihe hessischer Einrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung wird das Verfahren der Kostenträger zur Ermittlung des Hilfebedarfs der Bewohner, die „Metzler-Bögen“ (HBM - Hilfe für Menschen mit Behinderung) als Grundlage der Förder- und Hilfeplanung verwandt. Einige Einrichtungen nutzen wissenschaftlich orientierte Konzepte wie „LEWO II: Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung“, „GBM – Gestaltung der Betreuung von Menschen mit Behinderung“ oder „BEST – Behindertenhilfe-Effekte-Studie“.



In den hessischen Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung wurde in den vergangenen Jahren das Verfahren „IBRP - Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ verbindlich zur Planung der Hilfen eingeführt.

Seit Beginn des Jahres 2008 wird durch den LWV Hessen die Einführung des „ITP -Integrierter Teilhabeplan“ für alle Menschen mit Behinderungen, die ambulante oder stationäre Hilfen erhalten, diskutiert.

### **Beratungs- und Prüfpunkte**

Bei der Prüfung der Nachvollziehbarkeit des Prozesses der Förder- und Hilfeplanung, einschließlich der Nachvollziehbarkeit des Prozesses der Prophylaxe und Behandlung gesundheitlicher Risiken, sollte auf folgende Aspekte – Fragen und Beratungsempfehlungen - geachtet werden:

- Auf welcher inhaltlichen Grundlage und mit welchem Verfahren wird die Förder- und Hilfeplanung, einschließlich der Prophylaxen und Behandlung gesundheitlicher Risiken, erarbeitet, fortgeschrieben und dokumentiert?
- Erfolgt die Förder- und Hilfeplanung, einschließlich der Prophylaxen und Behandlung gesundheitlicher Risiken, durch die entsprechenden Fachkräfte?
- Erhebt die Einrichtung den individuellen Betreuungs-, Förder-, Hilfe-, Prophylaxen- und Behandlungsbedarf gemeinsam mit dem Bewohner?
- Wird die Biographie des Bewohners erhoben und fortgeschrieben?
- Wie ist die Beteiligung des Bewohners bei der Erarbeitung der Ziele sowie bei der Planung der zur Zielerreichung durchzuführenden Maßnahmen gestaltet?
- Sind die vereinbarten durchzuführenden Maßnahmen überprüfbar, ggfs. messbar, formuliert?
- Wie wird die Qualität der durchgeführten Maßnahmen, insbesondere bei der Durchführung von Maßnahmen behandlungsbedürftiger gesundheitlicher Risiken, gesichert?

Beratungsempfehlung: Verwendung von Handlungsanweisungen unter Berücksichtigung der so genannten nationalen pflegerischen Expertenstandards ([http://www.pflegewiki.de/wiki/Nationale\\_Expertenstandards](http://www.pflegewiki.de/wiki/Nationale_Expertenstandards)).

- Wie wird die ggfs. notwendige Behandlung der festgestellten gesundheitlichen Risiken sichergestellt? (Durch die Mitarbeiter der Einrichtung, also intern, oder durch externe Dienstleister?)
- Sind die Betreuungsmitarbeiter bei der internen Durchführung von Maßnahmen der Behandlung gesundheitlicher Risiken entsprechend geschult und ist diese Schulung entsprechend dokumentiert?
- Ist die Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen zur Behandlung gesundheitlicher Risiken sichergestellt, sowohl bei der Durchführung durch die Betreuungsmitarbeiter als auch bei der Durchführung durch externe Dienstleister?
- Erfolgt die Evaluation analog der geplanten Ziele, sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen in bedarfs- und inhaltsgerechten zeitlichen Abständen?
- Wer ist für die Kontrolle der Durchführung und Evaluation der vereinbarten Maßnahmen verantwortlich (Betreuungskraft, Bewohner ggfs. gesetzlicher Betreuer)?
- Spiegelt der Dienstplan die Möglichkeit zur Durchführung der vereinbarten Maßnahmen wider?

- Ist im Prozess der Förder- und Hilfeplanung vorgesehen, dass der Bewohner auch Wünsche und lang- bzw. längerfristiger Ziele formulieren und verfolgen kann (Platz für „Träume“ des Bewohners)?

### **Beratungsempfehlung zur Bewohnerbezogenen Dokumentation:**

Zur Dokumentation der erbrachten Leistungen wird ein jeweils individueller Tagesablauf für jeden Bewohner erarbeitet. Ggfs. können diese nach Tagen mit externer „Gestaltung des Tages“ (z.B. Besuch einer WfbM) und nach Tagen mit interner „Gestaltung des Tages“ unterschieden werden. Die Formulierung des Tagesablaufes basiert auf der Erhebung der individuellen Kompetenzen und Probleme, sowie der vereinbarten geplanten Maßnahmen im Prozess der Förder- und Hilfeplanung. Die im Rahmen eines solchen Tagesablaufs durchgeführten Maßnahmen sind zu definierten Zeitpunkten von der verantwortlichen Betreuungskraft zu dokumentieren und zu überprüfen. Somit sind lediglich Abweichungen von dem definierten Tagesablauf, positiv wie negativ, im Berichtsblatt, Verlauf o. ä. zu dokumentieren.

Besondere Ereignisse sowie durchgeführte Maßnahmen und erbrachte Leistungen sind im Rahmen der Behandlung gesundheitlicher Risiken ggfs. separat zu dokumentieren. Dies sind beispielsweise die Ausgabe von Medikamenten, das Führen von Anfallskalendern etc.

### **Literatur:**

Lübbe, A./Beck, I. (2002):

Individuelle Hilfeplanung. Anforderung an die Behindertenhilfe, Hrsg.: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft, Hamburg/Düren: Eigenverlag (DHG - Schriften 9)

Seifert, M./Fornfeld, B./Koenig, P. (2001):

Zielperspektive Lebensqualität, Bielefeld: Bethel-Verlag (Bethel - Beiträge 57)

Crößmann, G./Etzel, R. (2005): Aggression und Gewalt in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung – Der Beitrag der Heimaufsicht zu Aspekten sicheren Handelns, in: Heinrich, J. (Hrsg.): Akute Krise Aggression – Aspekte sicheren Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg: Lebenshilfe-Verlag

# **Anforderungen zum Umgang mit Arzneimitteln** **in stationären Einrichtungen**

## **1. Aufbewahrung und Kennzeichnung**

Jede Bewohnerin/jeder Bewohner hat das Recht, selbst zu bestimmen, ob sie/er die Medikamente selbst aufbewahren und sie sich selbst zuführen möchte. Nur mit Zustimmung der Bewohnerin/des Bewohners oder des zuständigen Betreuers werden die Medikamente von Pflegekräften aufbewahrt, ausgeteilt und verabreicht.

Medikamente werden grundsätzlich nur von Fachkräften verwaltet und in verschlossenen Schränken bewohnerbezogen aufbewahrt. Über die Schlüssel verfügen die namentlich damit beauftragten Fachkräfte. Die Weitergabe der Schlüssel beim Schichtwechsel muß klar geregelt sein.

Eine Ausnahme bilden äußerlich anzuwendende Medikamente wie z.B. Salben, Puder, Öle, Sprays, Fluids, die für bestimmte Bewohner/-innen häufig auch von Pflegekräften ohne Pflegefachkraftanerkennung (z.B. im Zusammenhang mit der Körperpflege) gebraucht werden. Die Aufbewahrung muß so geregelt sein, dass Verwechslungen ausgeschlossen sind und Bewohnerinnen und Bewohner mit Orientierungsstörungen keinen Zugang haben.

Kühl zu lagernde Medikamente werden bewohnerbezogen in einem separaten Kühlschrank aufbewahrt. Ein Kühlschrankthermometer ist vorzuhalten und die Funktionsfähigkeit des Kühlschranks ist zu überwachen.

Medikamente sind Eigentum der Bewohnerinnen und Bewohner, für die/den sie verordnet worden sind. Alle Medikamente sind deshalb so zu kennzeichnen und zu ordnen, dass - nach menschlichem Ermessen - keine Unklarheiten oder Verwechslungen möglich sind.

Beim Anbruch einer Packung oder Flasche bzw. vor der Verabreichung der Medikamente wird das Haltbarkeitsdatum geprüft. Die Haltbarkeit von Flüssigmedikamenten, Salben Öle usw. kann sich nach dem Anbruch ändern. Deshalb ist es notwendig, dass sowohl das Anbruchsdatum als auch das mögliche neue Haltbarkeitsdatum, welches über die Lieferapotheke erfragt werden kann, auf der angebrochenen Flasche, Tube usw. dokumentiert wird.

Alle Arzneimittel bleiben in ihren Originalverpackungen und -behältnissen. Äußerlich anzuwendende Medikamente werden entsprechend gekennzeichnet und getrennt von den anderen Medikamenten bewohnerbezogen aufbewahrt.

Der Verkehr mit Betäubungsmitteln ist im Betäubungsmittelgesetz besonders geregelt. Für die Verschreibung sind fälschungssichere BTM-Sonderrezepte eingeführt worden. Betäubungsmittel sind besonders sicher aufzubewahren. Eine separate Dokumentation in einem s.g. BTM-Buch kann für den Nachweis der korrekten Dosierung und Verabreichung sinnvoll sein.

Betäubungsmittel, die von Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr benötigt werden oder von Verstorbenen hinterlassen wurden, dürfen in keinem Fall für andere Personen weiterverwendet werden. Die Betäubungsmittel sind unverzüglich an die Apotheke zurückgegeben. Pflegefachkräfte und Apotheker dokumentieren dies gemeinsam.

## **2. Entsorgung**

Verschreibungspflichtige Medikamente, die von der Bewohnerin/dem Bewohner, der/dem sie verschrieben wurden, nicht mehr benötigt werden, sind zunächst Eigentum der Bewohnerin bzw. des Bewohners. Falls die Medikamente von den Bewohnerinnen und Bewohner nicht selbst verwaltet werden und eine rechtliche Betreuung mit der Gesundheitsfürsorge eingerichtet ist, ist mit der zuständigen Betreuerin bzw. dem zuständigen Betreuer zu klären, ob sie/er die Medikamente in Verwahrung nimmt oder ob die Medikamente an die Apotheke zurück gegeben werden sollen. Auf keinen Fall dürfen diese Medikamente von der Einrichtung selbst verwaltet und an andere Bewohnerinnen bzw. Bewohner verteilt werden.

Die Entsorgung von Medikamenten, sowie Spritzen Kanülen, Glasampullen oder anderen Utensilien ist nach den hausinternen Unfallverhütungsregeln durchzuführen.

## **3. Verordnung , Entgegennahme von Verordnungen und Dokumentation**

Grundsätzlich dürfen Medikamente nur nach ärztlicher Verordnung verabreicht oder abgesetzt werden. Dabei sollte stets darauf geachtet werden, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt die Anordnung in der Dokumentation mit ihrem/seinem Handzeichen bestätigt.

### **Zur ärztlichen Verordnung gehören folgenden Angaben:**

- Vor- und Zuname der Bewohnerin/des Bewohners (Bei Namenverdopplung ggf. auch das Geburtsdatum)
- Vollständige Bezeichnung und Stärke des Medikamentes
- Darreichungsform
- Verabreichungsmengen und Verabreichungszeiten

Bei Bedarfsmedikation:

- Genaue Beschreibung der Bedarfssituation (Indikation)
- Einzeldosis
- Verabreichungsrhythmus
- Maximaldosis in 24 Stunden

Gibt die Ärztin bzw. der Arzt im Notfall telefonisch eine Anweisung zur Verabreichung, zur Änderung der Dosierung oder der Darreichungsform oder zum Absetzen eines Medikamentes, hat die entgegennehmende Pflegefachkraft folgendes zu beachten:

- Wiederholung der Verordnung im Wortlaut
- Protokollieren des Telefonats mit Datum und Uhrzeit im Berichtsblatt
- Sofortige Veranlassung der Veränderungen
- Information der Bewohnerin/des Bewohners über die neue Verordnung
- Darauf achten, daß die Ärztin / der Arzt bei ihrem/seinem nächsten Besuch ihr/sein Handzeichen hinter die telefonische Verordnung setzt.  
(Dies kann zwar rechtlich nicht vom Arzt eingefordert werden, sollte aber als Erwartung ihm gegenüber formuliert werden)

## **4. Richten und Verabreichen von Arzneimitteln**

Grundsätzlich sind für die Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln die folgenden fünf Kontrollen erforderlich:

- Richtige Person
- Richtiges Medikament
- Richtige Menge
- Richtige Darreichungsform
- Richtiger Verabreichungszeitpunkt

**Tropfen, Säfte, Brausetabletten und Pulver werden jeweils unmittelbar vor dem Austeilen aus dem verschlossenen Schrank geholt und gerichtet.**

Die Verteilung erfolgt unter der Verantwortung einer Fachkraft zum Zeitpunkt der vorgesehen Einnahme.

Die Verabreichung wird sach- und fachgerecht und in einer Weise durchgeführt, die den individuellen Möglichkeiten und Problemen der Bewohnerin/des Bewohners angemessen ist.

Die Arzneimittelvorräte überprüft die Fachkraft regelmäßig, so dass keine Engpässe in der Versorgung entstehen können.

## **5. Weitere Anforderungen gem. § 11 Abs. 1 Nr. 10 und § 13 Abs. 1 Nr. 5 HeimG** ▶ s. auch Versorgungsvertrag nach § 12 a ApoG

Es ist mindestens 1 x jährlich eine Beratung und Schulung der Pflege- und Betreuungskräfte zum sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln durchzuführen.

Die pharmazeutische Überprüfung ( mind. 1x Jährlich ) der Arzneimittelvorräte und die Unterweisung/ Schulung der MitarbeiterInnen ist schriftlich nachzuweisen. Entsprechende Bescheinigungen sind im Heim vorzuhalten.

## **Sollten Sie noch Fragen haben wenden Sie sich an Ihre zuständige Heimaufsichtsbehörde:**

### **Oberste Heimaufsichtsbehörde:**

Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit  
Dostojewskistraße 4  
65187 **Wiesbaden**  
**Telefon (Zentrale):** 0611/817-0  
[poststelle@hsm.hessen.de](mailto:poststelle@hsm.hessen.de)

### **Obere Heimaufsichtsbehörde**

Regierungspräsidium Gießen  
Abt. VI ; Dezernat 62  
Postfach 100851  
35338 Gießen  
**Telefon :** 0641/303 - 2747  
[heimgesetz@rpgi.hessen.de](mailto:heimgesetz@rpgi.hessen.de)

### **Regionale Heimaufsichtsbehörden**

#### **Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Darmstadt**

Schottener Weg 3  
64289 **Darmstadt**  
**Telefon (Zentrale):** 06151/738 – 0  
[heimg@havs-dar.hessen.de](mailto:heimg@havs-dar.hessen.de)  
Stadt Darmstadt, Kreis Darmstadt-Dieburg, Odenwaldkreis, Kreis Bergstraße, Kreis Groß-Gerau

#### **Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Frankfurt /M**

Walter-Möller-Platz 1  
60439 **Frankfurt am Main**  
**Telefon (Zentrale):** 0 69/1567-1  
[heimgesetz@havs-fra.hessen.de](mailto:heimgesetz@havs-fra.hessen.de)  
Stadt Frankfurt am Main, Stadt Offenbach, Landkreis Offenbach, Hochtaunus-Kreis

#### **Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Fulda**

Washingtonallee 2  
36041 **Fulda**  
**Telefon (Zentrale):** 0661/6207 – 0  
[HeimG@havs-ful.hessen.de](mailto:HeimG@havs-ful.hessen.de)  
Landkreis Fulda, Landkreis Hersfeld-Rotenburg, Main-Kinzig-Kreis

#### **Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Kassel**

Frankfurter Straße 84A  
34121 **Kassel**  
**Telefon (Zentrale):** 0561/20 99 – 0  
[Heimgesetz@havs-kas.hessen.de](mailto:Heimgesetz@havs-kas.hessen.de)  
Stadt Kassel, Landkreis Kassel, Schwalm-Eder-Kreis, Landkreis Waldeck-Frankenberg, Werra-Meißner-Kreis

#### **Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Gießen**

Südanlage 14 A  
35390 **Gießen**  
**Telefon (Zentrale):** 0641/7936 – 0  
[Heimg@havs-gie.hessen.de](mailto:Heimg@havs-gie.hessen.de)  
Landkreis Gießen, Lahn-Dill-Kreis, Wetteraukreis, Kreis Marburg-Biedenkopf, Vogelsbergkreis

#### **Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Wiesbaden**

John-F.-Kennedy-Str. 4  
65189 **Wiesbaden**  
**Telefon (Zentrale):** 0611/71 57 – 0  
[Heimgesetz@havs-wie.hessen.de](mailto:Heimgesetz@havs-wie.hessen.de)  
Landkreis Limburg-Weilburg, Rheingau-Taunus-Kreis, Main-Taunus-Kreis, Stadt Wiesbaden