

Erstellung eines Berichtes zur Finanzierungssituation für Wachkomapatient*innen

Antrag Nr. 14-20 / A 05172

von Herrn StR Christian Müller, Frau StRin Verena Dietl, Frau StRin Anne Hübner, Frau StRin Dr. Constanze Söllner-Schaar, Frau StRin Simone Burger, Herrn StR Cumali Naz vom 02.04.2019

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 15727

2 Anlagen

Beschluss des Sozialausschusses vom 26.09.2019 (SB)

Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Zusammenfassung

Mit dem o. g. Antrag (siehe Anlage 1) wird das Sozialreferat gebeten, „umgehend einen Bericht zur Finanzierungssituation für Wachkomapatientinnen und -patienten sowie ähnlich gelagerter Fälle zu erstatten. Ziel muss es sein, weiterhin die bestmögliche Pflege für die Betroffenen sowie die bestmögliche Begleitung für die Angehörigen gewährleisten zu können. Der Bezirk Oberbayern muss diesbezüglich in die Pflicht genommen werden.“

Am 04.04.2019 stellte die Bayernpartei Stadtratsfraktion die Schriftliche Anfrage Nr. 14-20 / F 01459 "Münchenstift - Wie werden Wachkoma-Patienten behandelt?". Die Beantwortung erfolgte bereits mit Schreiben vom 15.05.2019, da nur die Sicht der städtischen Gesellschaft dargestellt werden sollte.

Um den Stadtrat umfassend über die Situation von Patientinnen und Patienten mit cerebralen Schädigungen (v. a. apallisches Syndrom) zu informieren, werden in dieser Vorlage zum einen die wesentlichen Inhalte der Antwort des Sozialreferats zu o. g. Stadtratsanfrage nochmals aufgeführt und zum anderen wurde eine Stellungnahme des Bezirks Oberbayern eingeholt.

1 Phasenmodell der BAR

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entwickelte bereits seit 1995 ein Modell für die einzelnen Phasen, in der sich eine Patientin bzw. ein Patient in der neurologischen Rehabilitation befindet.

Dieses Phasenmodell teilt sich auf in die Phase A, der Akutbehandlungsphase unmittelbar nach einem Ereignis. Hierauf folgt die Phase B, die Behandlungsphase, in der noch intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen. Die Phase C kennzeichnet die Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Patientinnen und Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, sie aber noch kurativ-medizinisch mit hohem pflegerischem Aufwand betreut werden müssen. Die Phase D ist die Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation. Die Phase E ist die Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation. Im Mittelpunkt stehen dort nachgehende Rehabilitationsleistungen unter Einschluss von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. In der Phase F folgt die Langzeitpflege und -behandlung, eine Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende, zustandserhaltende und chancenfördernde Leistungen erforderlich sind.

Der Wachkomabereich des von der MÜNCHENSTIFT GmbH geführten Hauses St. Josef ist eine Schwerpunkteinrichtung der Phase F.

2 Bayerisches Rahmenkonzept der Phase F

Das Bayerische Rahmenkonzept der Phase F zur häuslichen und teilstationären Kurzzeit- und vollstationären Pflege und Behandlung von Menschen mit schweren erworbenen cerebralen Schädigungen wurde vom Hauptausschuss des Verbandes der bayerischen Bezirke am 22.10.2004 beschlossen.

Zum Pflege- und Behandlungszeitraum in Schwerpunkteinrichtungen führt es u. a. aus, dass die Pflege in der Phase F und die medizinisch-therapeutische Versorgung grundsätzlich langfristig ausgelegt ist. Die intensivisierte Betreuung in der postrehabilitativen Phase zu Hause sowie in den Schwerpunkteinrichtungen wie der Wachkoma-station Phase F im Haus St. Josef und unter Berücksichtigung definierter Ziele ist zunächst zeitlich auf die Dauer von bis zu zwei Jahren begrenzt.

Allerdings ist im Bayerischen Rahmenkonzept auch festgelegt, dass eine Entscheidung über die Beendigung der Betreuung in Schwerpunkteinrichtungen ausschließlich in den quartalsmäßigen Fallkonferenzen getroffen wird.

Diese Entscheidungen basieren dabei auf der Beantwortung der folgenden vier Fragen:

- Sind weitere Fortschritte in absehbarer Zeit zu erwarten?
- Ist aufgrund der erreichten Fortschritte eine Weiterbetreuung zu Hause oder in einer allgemeinen Pflegeeinrichtung angezeigt?

- Hat sich die bei Übernahme der Bewohnerin/des Bewohners von der Rehabilitationsklinik in die Schwerpunkteinrichtung bestehende Situation durch intensive pflegerische und therapeutische Maßnahmen stabilisiert?
- Kann der in der Rehabilitationsklinik erzielte Zustand jetzt mit deutlich weniger Unterstützung gehalten werden, so dass eine Weiterversorgung zu Hause oder in einer allgemeinen Pflegeeinrichtung durchgeführt werden kann?

Die Grundlage für diese Entscheidungsfindung ist in einer lückenlos geführten Pflegedokumentation der Pflege und Behandlung sowie durch die monatliche Verlaufsdokumentation anzusetzen. Die regelmäßigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Fallkonferenzen sind dabei die verantwortliche Bezugspflegerperson oder deren Vertretung, die/der im Konzept genannte Casemanagerin/Casemanager, den die Pflegekassen zu stellen haben, die Vertretung der Kostenträger (Pflegekassen, Krankenkassen und/oder Sozialhilfekostenträger) und eventuell die Ärztin/der Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Fakultative Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt und die Pflegedienst- oder Stationsleitung der Einrichtung.

Das Bayerische Rahmenkonzept sieht für die Teilnahme an den Fallkonferenzen in Schwerpunkteinrichtungen bei der Bewertung des Einzelfalls jedoch keine verbindliche Regelung für die Einbeziehung der Ethikkommission sowie der Angehörigen bzw. der rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer vor.

3 Beurteilung des Entwicklungsprozesses einer Wachkomapatientin bzw. eines Wachkomapatienten

Patientinnen und Patienten im Wachkoma durchlaufen keinen starren Entwicklungsprozess, sondern einen dynamischen Prozess mit Phasen von positiven Fortschritten, aber auch Zeiten der Stagnation. Dies schließt Veränderungen und Lernprozesse ein, die für das Umfeld nur sehr langsam vor sich gehen. Häufig sind Fortschritte von außen nicht zu beobachten. Erleben die Betroffenen möglichst liebevolle und angenehme zwischenmenschliche Begegnungen und strukturierte Erfahrungen unter sicheren Bedingungen in der Gegenwart, so können diese zu einer positiven Entwicklung beitragen. Dabei ist nicht unbedingt „Erwachen“ und „Besserung“ sondern das Erreichen von „Zufriedenheit und Wohlsein“ das Ziel. Die Zeitspanne eines apallischen Syndroms kann wenige Wochen bis hin zu Jahrzehnten andauern. Es kann durch intensive Therapie, Pflege und Betreuung damit gerechnet werden, dass eine Rückbildung des Wachkomas möglich ist, allerdings mit einer schweren Beeinträchtigung (motorisch-funktionell) gerechnet werden muss.

Allgemein wird angenommen, dass Patientinnen und Patienten im apallischen Syndrom ihre Umwelt nicht wahrnehmen. Dies wird jedoch von aus dem „Wachkoma

zurückgekehrten“ Personen verneint. Diese berichten, dass sie ihre Umwelt, verschiedenste Informationen sowie vertraute Gesichter und Stimmen wahrgenommen haben. Ferner können nahe Angehörige oder Bekannte sehr wohl Kontakt in verschiedenen Formen herstellen.

In regelmäßigen Quartalsitzungen werden im multiprofessionellen Team (Ärztinnen/Ärzte, Therapie und Pflege) die Reha-Fortschritte (auch v. a. die kleinen) und neuen Reha-Ziele/-schritte bei den einzelnen Patientinnen und Patienten individuell besprochen.

Jedoch wird hier keine Aussage dazu getroffen, inwieweit eine Rückkehr zur Persönlichkeit möglich ist, da die Persönlichkeit auch im apallischen Syndrom nicht verloren geht. Um diese wieder zu beleben, v. a. für die Außenwelt wieder sichtbar werden zu lassen, ist das tägliche Schaffen von Sinneseindrücken nötig. Die einzelnen Personen bedürfen aufgrund teils noch inselhaft funktionsfähig erhaltenen Hirnarealen mit anfangs sehr reduzierter Sinneswahrnehmung eine intensive (emotionale, empathische) Zuwendung und Betreuung. Jede Patientin/jeder Patient benötigt ihre/seine eigene, individuelle Zeit, diese angebotenen Sinneswahrnehmungen und verschiedensten therapeutischen Angebote zu verarbeiten und hierauf zu reagieren.

Die Beurteilung, ob eine Wachkomapatientin bzw. ein Wachkomapatient zu einem Teil ihrer/seiner Persönlichkeit nicht mehr zurück gelangen kann, ist deshalb aus ärztlicher, therapeutischer oder pflegfachlicher Sicht kaum möglich. Zum einen gehen, wie oben ausgeführt, im apallischen Syndrom nicht Persönlichkeit bzw. Individualität verloren (es kann nur nicht im „Vollbild“ mit der Außenwelt verbal in Kontakt getreten werden), zum anderen ist ein hierfür nötiger neuro-psychologischer Test hinsichtlich psychischer Veränderungen aufgrund der eingeschränkten Kommunikation nicht durchführbar.

4 Finanzierung der Phase F

Durch die bestehenden Versorgungsverträge für die Phase F gemäß dem Bayerischen Rahmenkonzept (siehe Punkt 3) greift die Pflegeversicherung mit Pflegesachleistungen für die vollstationäre Dauerpflege im Rahmen der bekannten „Teilkaskoversicherung“. Die Krankenversicherung beteiligt sich direkt nach § 37 Abs. 2

Satz 3 SGB V an den Kosten der speziellen Behandlungspflege unter bestimmten Voraussetzungen und nach genehmigter ärztlicher Verordnung in Höhe von ca. 70 € pro Tag. Diese Zahlung reduziert die Kosten der selbst zahlenden Bewohnerinnen und Bewohner oder der überörtlichen Sozialhilfekostenträger.

Die darüber hinausgehenden Kosten für die nicht durch die Pflegeversicherung gedeckten Anteile an der pflegerischen Versorgung sowie die Hotel- und Investitionskosten trägt im Bedarfsfall der Sozialhilfekostenträger nach dem SGB XII.

Phase F-Schwerpunkteinrichtungen halten in der Regel einen Pflegepersonalschlüssel von mindestens 1:1 im Pflegegrad 5 bei einer Fachkraftquote von ca. 75 % vor. Entsprechend hoch sind folglich auch die Pflegesätze im Wachkomabereich der Phase F, die sich im Haus St. Josef bei einem Pflegepersonalschlüssel von 1:0,95 auf ca. 7.705 € pro Monat belaufen. Im Vergleich fallen in der Allgemeinen Pflege im Pflegegrad 5 Kosten von mtl. ca. 4.775 € im Doppelzimmer und ca. 4.965 € im Einzelzimmer an, bei einem Pflegepersonalschlüssel von 1 : 1,86 und einer Fachkraftquote von mindestens 55 %.

5 Stellungnahme des Bezirks Oberbayern

Mit Schreiben vom 29.05.2019 ging die Stellungnahme des Bezirks Oberbayern zum Stadtratsantrag Nr. 14-20 / A 05172 ein (siehe Anlage 2).

Im Wesentlichen beruft sich der Bezirk Oberbayern auf das Bayerische Rahmenkonzept Phase F, wonach die Versorgung in einer Schwerpunkteinrichtung auf bis zu zwei Jahre begrenzt ist und anschließend ein Wechsel in die häusliche Umgebung bzw. eine Langzeitpflegeeinrichtung vorgesehen ist.

Nach Ablauf dieser im Rahmenkonzept vorgesehenen Zeit werden prinzipiell die Mehrkosten der Versorgung in einer Spezialeinrichtung für Apalliker nicht mehr übernommen.

Die Begrenzung auf zwei Jahre werde von dem fachlich fundierten Rat geleitet, dass diese Zeit der intensiven Maßnahmen in der Regel ausreichend sei, um noch vorhandenes Rehabilitationspotenzial zu fördern.

Nach allgemeiner medizinischer Erfahrung müsse davon ausgegangen werden, dass dann eine „reguläre“ Pflegestation zumutbar ist, zumal auch dort aktivierende Pflege geleistet werden kann. Außerdem werden die nötigen Heilmittel sowie häusliche Krankenpflege (z. B. Versorgung eines Tracheostomas) auch in der häuslichen Umgebung bzw. in einer ambulanten Wohngemeinschaft (z. B. in einer Intensivpflege-Wohngemeinschaft) gewährt. Die besonderen Bedarfe seien schließlich seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes bei der Einstufung in Pflegegrad 5 ausdrücklich berücksichtigt.

Der Bezirk Oberbayern weist auch noch darauf hin, dass sich die Betroffenen bereits deutlich länger als zwei Jahre in der Spezialeinrichtung aufhalten, ohne dass sich das erwartete Rehabilitationspotenzial nach den Feststellungen des MDK Bayern tatsächlich gezeigt hat.

6 Derzeitiger Sachstand

Im Haus St. Josef werden aktuell bis zu 27 Bewohnerinnen und Bewohner im Wachkomabereich versorgt.

Derzeit sind acht Personen von der Entscheidung des Bezirks Oberbayern (Verlassen des spezialisierten Wachkomabereichs und Aufnahme in der regulären Pflege) betroffen.

Entsprechend blieb der MÜNCHENSTIFT GmbH sowie den Angehörigen und Betreuerinnen bzw. Betreuern kein anderer Weg, als auf den Widerruf der Kostenübernahme durch den Bezirk Oberbayern mit dem gesetzlich geregelten Widerspruch zu reagieren

Nachdem der Bezirk Oberbayern die Hinweise des Sozialgerichts München in den von den Betroffenen angestrebten einstweiligen Verfügungsverfahren übernommen hat, dass die gegen den Rücknahmeverwaltungsakt des Bezirks Oberbayern erfolgten Widersprüche aufschiebende Wirkung haben, muss der Bezirk Oberbayern derzeit noch die üblichen Pflegesätze der Phase F weiterbezahlen.

Das bedeutet, dass aktuell (und wohl auch bis zu einer gerichtlichen Entscheidung) die betroffenen Pflegebedürftigen weiterhin im Wachkomabereich des Hauses St. Josef verbleiben können und die dafür anfallenden Kosten auch bezahlt werden.

Den Widersprüchen möchte der Bezirk Oberbayern nicht abhelfen und hat diese zur Entscheidung an die Regierung von Oberbayern weitergeleitet.

Die Regierung von Oberbayern hat bisher auf der Basis der vom Bezirk Oberbayern übermittelten medizinischen Daten keine Entscheidung getroffen und die Widersprüche an den Bezirk Oberbayern zur weiteren Sachaufklärung, insbesondere wohl zur Beantwortung der medizinischen Fragen, zurückgegeben.

Nach Aussage der MÜNCHENSTIFT GmbH wurden die im vorletzten Satz des Schreibens des Bezirks Oberbayern erwähnten Feststellungen des MDK nicht in den vom Rahmenkonzept vorgegebenen Fallkonferenzen je Bewohnerin bzw. Bewohner, sondern lediglich nach Aktenlage getroffen. Bisher ist von Seiten des Bezirks Oberbayern auch keine persönliche Begutachtung der Betroffenen erfolgt.

7 Stellungnahme der MÜNCHENSTIFT GmbH und des Sozialreferats

7.1 Auswirkungen auf die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige

Durch einen Umzug in einen allgemeinen Pflegebereich kann es zu verschiedenen Auswirkungen auf die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner kommen.

Vor allem im Bereich der Mobilität können sich die Spastizität (erhöhte Eigenspannung der Skelettmuskulatur) bzw. die Sitztoleranz verschlechtern. Durch fehlendes spezialisiertes Wissen in der allgemeinen Pflege hinsichtlich spannungsregulierender Positionierungstechniken und Transfermethoden ohne Lifter (da diese bei einer bestehenden Spastik nicht förderlich sind, sondern diese nur verstärkt) wird es unvermeidbar zu einer Verschlimmerung der Spastik bzw. einer erhöhten Muskelspannung, im schlimmsten Fall zu Kontrakturen (einer bleibenden Einschränkung der Beweglichkeit eines Gelenks) kommen.

Ebenso kann es aufgrund der deutlich niedrigeren Fachkraftquote und dem fehlendem Wissen bzw. Erfahrung z. B. im Bereich des Sekretmanagements (dem Umgang mit überschüssigem Schleim der oberen Luftwege) oder im Umgang bei

Reflux (Rückfluss aus dem Magen in die Speiseröhre) zu vermehrten Krankenhauseinweisungen kommen.

Im häuslichen Umfeld ist von einer Überforderung der Angehörigen auszugehen, da bei einer Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst selten 24 Stunden eine Person vor Ort ist. Gerade auch in Notsituationen wie Aspirationen oder epileptischen Anfällen ist eine Versorgung zu Hause für Angehörige sehr schwierig.

7.2 Auswirkungen auf die Pflegebereiche und das Personal

Angesichts des Zustandes der Betroffenen gelten besondere Anforderungen (Präsenz, Überwachung, Fachlichkeit) im Hinblick auf die Grund- und Behandlungspflege.

Wenn die Wachkomapatientinnen und -patienten auf die regulären Pflegebereiche umziehen, bedeutet dies für das ohnehin schon stark beanspruchte Pflegepersonal eine zusätzliche, kaum leistbare Aufgabe. Zum einen benötigen die beruflich Pflegenden eine hohe Fachlichkeit und spezialisiertes Wissen zur Betreuung und Pflege von Phase F-Patientinnen und -Patienten, d. h. sie sind entsprechend zu qualifizieren.

Zum anderen müssen die anderen Bewohnerinnen und Bewohner auf diesen Bereichen entweder in niedrigen Pflegegraden eingestuft sein (was im Einzugsmanagement nicht immer steuerbar ist) oder bei vermehrten hohen Pflegegraden kommt es zwangsläufig zu einer noch stärkeren Belastung der beruflich Pflegenden. Die ohnehin schon schwierige Personalakquise bei bekanntem Fachkraftmangel gestaltet sich dann noch problematischer.

Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner des Wachkomabereichs müssen aufgrund einer stark ausgeprägten Schluckstörung mittels einer PEG-Sonde über die Bauchdecke künstlich ernährt werden.

Ebenso verfügen viele über eine Trachealkanüle (Kanüle in einer operativ angelegten Öffnung der Luftröhre nach außen), d. h. sie atmen spontan bzw. liegt aufgrund der Schluckstörung eine erhöhte Gefährdung für eine Lungenentzündung (durch Eindringen von Substanzen in die Lunge) vor. Deshalb ist ein hohes Sekretmanagement und ein mehrmaliges tägliches Absaugen bzw. Inhalieren sowie eine mehrmals tägliche Stomakontrolle und -pflege (Stoma= künstliche Öffnung) erforderlich.

Zwei Bewohner haben aktuell einen Hustenassistenten, der dreimal täglich angewendet werden muss.

Ebenso besteht bei vielen Apallikerinnen und Apallikern aufgrund des Krankheitsbildes eine vegetative Dysfunktion. Dies hat starkes Schwitzen, aber auch wiederkehrendes Erbrechen oder Durchfälle zur Folge.

Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner leiden auch unter einer teils schwer einstellbaren Epilepsie, was eine hohe Beobachtungs- und Beaufsichtigungspflicht bedingt.

Es ist hier ein rasches Handeln erforderlich, um einen Anfall zu unterbrechen.

Auf Wohnbereichen besteht zudem die Gefahr, dass demenzkranke Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in die Versorgung "eingreifen" und aus Versehen bzw. aufgrund ihrer veränderten Wahrnehmung auch einmal an Schläuchen (z. B. Sondenernährung über die Bauchdecke, PEG) ziehen oder Motoren abstellen (z. B. Sondenkostpumpe, Wechseldruckmatratze).

8 Handlungsbedarf

Förderung und Pflege von Menschen mit erworbenem Hirnschaden ist nicht mit „normaler“ Pflegebedürftigkeit und „aktivierender Pflege“ gleichzusetzen oder in Betreuungsangeboten wie z. B. der Pflege demenziell erkrankter Menschen abzubilden.

Wie dargestellt, sind die Auswirkungen für alle Betroffenen gravierend.

Letztlich bedeutet ein Umzug in einen allgemeinen Wohnbereich einer Pflegeeinrichtung eine massive Verschlechterung der Versorgung. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Komplikation und gleichzeitigem Fehlen von qualifiziertem Personal in entsprechender Anzahl ein dauerhafter Schaden oder ein Klinikaufenthalt erfolgt, steigt deutlich an. Zu bedenken ist, dass die beruflich Pflegenden aktuell auf sehr hohem Kompetenzniveau arbeiten und auf einen Arzt im Hintergrund, anders als im klinischen Bereich, verzichten müssen.

Derartige Situationen belasten die beruflich Pflegenden und können zur Berufsflucht beitragen, werden sie doch an die Grenzen ihrer Möglichkeiten geführt.

Es fehlt derzeit (zumindest in Bayern) an der Bereitschaft, Menschen mit schweren neurologischen Schädigungen nicht nur anfangs auf dem besten Stand medizinischer Erkenntnisse zu versorgen, sondern ihnen langfristig eine angemessene und spezifische Versorgung zu ermöglichen.

So sind Bereiche für Demenzkranke in der Langzeitpflege entstanden und Konzepte wurden zeitgemäß weiterentwickelt. Für Menschen im Wachkoma fehlt jedoch konzeptionell und finanziell eine spezialisierte dauerhafte Versorgung.

So wird zum Beispiel in den Rahmenkonzepten in Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Hessen die vollstationäre Pflege von Menschen mit cerebralen Schädigungen in der Phase F so geregelt, dass für diese Menschen eine dauerhafte adäquate Betreuung und Pflege in einem speziellen Bereich mit der dafür nötigen personellen und räumlichen Ausstattung gewährleistet ist.

In diesen Konzepten wird auch deutlich betont, dass die Phase F dauerhaft und nicht mit „normaler“ Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen ist.

Die MÜNCHENSTIFT GmbH verhandelt seit mehreren Jahren mit dem Bezirk Oberbayern und den sonstigen Kostenträgern (Kranken- und Pflegekassen). Alle Argumente und Positionen sind hier bereits ausgetauscht, so dass die MÜNCHENSTIFT GmbH den individuellen Klageweg der Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuer für die betroffenen Patientinnen und Patienten, vertreten durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei in Hamburg, intensiv fachlich und finanziell unterstützt.

Darüber hinaus fordert die städtische Gesellschaft die Änderung des Bayerischen Rahmenkonzeptes und Klarstellung in wichtigen Punkten in einer Pflegeeinrichtung der Phase F sowie die Anpassung an das Rahmenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Phase F e.V. Die BAG betreibt u. a. die fachpolitische Anerkennung der Phase F.

Diese Forderung der MÜNCHENSTIFT GmbH wurde allerdings von allen Kostenträgern abgelehnt. Die Bayerische Landespflegesatzkommission hat sich zudem final für nicht zuständig erklärt.

Um auch in Bayern für Menschen mit schweren neurologischen Schädigungen eine dauerhaft adäquate Versorgung zu gewährleisten, müsste folglich das Bayerische Rahmenkonzept Phase F des Verbandes der Bayerischen Bezirke vom 22.10.2004 geändert werden, d. h. vor allem müsste die Befristung von zwei Jahren als maximale Verweildauer in einer Einrichtung der Phase F aufgehoben und wie in anderen Bundesländern eine Regelung für eine dauerhafte, spezialisierte Unterbringung geschaffen werden.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Dem Korreferenten, Herrn Stadtrat Müller, dem Verwaltungsbeirat, Herrn Stadtrat Offman, der Stadtkämmerei, der Gleichstellungsstelle für Frauen, der Beauftragten des Oberbürgermeisters für den Altenpflegebereich, dem Seniorenbeirat und dem Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit wurde ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet.

II. Antrag der Referentin

1. Der Bericht des Sozialreferats wird zur Kenntnis genommen.
2. Herr Oberbürgermeister Dieter Reiter wird gebeten, sich beim Bayerischen Bezirktag dafür einzusetzen, dass das Bayerische Rahmenkonzept schnellstmöglich angepasst und eine langfristige, für die Menschen mit schweren cerebralen Schädigungen adäquate Pflege sichergestellt wird.
3. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss
nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Die Referentin

Christine Strobl
Bürgermeisterin

Dorothee Schiwy
Berufsm. Stadträtin

IV. Abdruck von I. mit III.
über D-II-V/SP
an das Direktorium - Dokumentationsstelle
an das Direktorium - Rechtsabteilung
an die Stadtkämmerei
an das Revisionsamt
z. K.

V. Wv. Sozialreferat

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.
2. **An die Gleichstellungsstelle für Frauen**
An die Beauftragte des Oberbürgermeisters für den Altenpflegebereich
An den Seniorenbeirat

An das Sozialreferat, S-I-AP 4

An das Sozialreferat, S-I-WH 1

An das Sozialreferat, S-I-LR

An das Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Arbeit

z. K.

Am

I.A.