Sitzungsunterlagen

gemeinsame Sitzung des Gesundheitsausschusses u. Sozialausschusses

11.06.2026

Inhaltsverzeichnis

Sitzungsdokumente

Tagesordnung -öffentlich- 3

Vorlagendokumente

TOP Ö 1 Tätigkeitsbericht 2025 der Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA)

Berichtvorlage Gh/008/2026 4

Tätigkeitsbericht der FQA für das Jahr 2025 Gh/008/2026 7

Diversity Check Tätigkeitsbericht 2025 FQA Gh/008/2026 42

Diversitycheck Anlage FQA Gesundheits- und Sozialausschuss Gh/008/2026 43

TOP Ö 2 Hitzeschutz in Nürnberger Pflegeeheimen und Kliniken

Berichtvorlage Ref.V/005/2026 46

Antrag_B90_Die Grünen_Hitzebelastung in Pflegeeinrichtungen und Kliniken minimieren Ref.V/005/2026 49

Sachverhalt_Hitzeschutz in Pflegeeinrichtungen und Kliniken Ref.V/005/2026 51

TAGESORDNUNG

Sitzung

gemeinsame Sitzung des Gesundheitsausschusses u. Sozialausschusses

Sitzungszeit

Donnerstag, 11.06.2026, 09:00 Uhr

Sitzungsort

Rathaus, Fünferplatz 2, Großer Sitzungssaal

TAGESORDNUNG

Öffentliche Sitzung

1 Tätigkeitsbericht 2025 der Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) Gh/008/2026

Walthelm, Britta, Referentin für Umwelt und Gesundheit

Gremien: Gesundheitsausschuss

2 Hitzeschutz in Nürnberger Pflegeeheimen und Kliniken hier: Antrag B90/Die Grünen vom 15.07.2025 Ref.V/005/2026

Gremien: Gesundheitsausschuss

3 Genehmigung der Niederschrift der Sitzung vom 22.05.2025, öffentlicher Teil

Gremien: Sozialausschuss, Gesundheitsausschuss

Berichtsvorlage
Gh/008/2026

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	11.06.2026	öffentlich	Bericht

Betreff:

Tätigkeitsbericht 2025 der Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA)

Anlagen:

Tätigkeitsbericht der FQA für das Jahr 2025
Diversity Check Tätigkeitsbericht 2025 FQA
Diversitycheck Anlage FQA Gesundheits- und Sozialausschuss
PPP_Tätigkeitsbericht 2026 Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen Qualitätsentwicklung

Bericht:

Der Tätigkeitsbericht 2025 der Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen - Qualitätsentwicklung und Aufsicht - FQA bei Gh wird vorgelegt.

1. Finanzielle Auswirkungen:

☐ Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ *weiter bei 2.*)

☒ Nein (→ *weiter bei 2.*)

☐ Ja

☐ Kosten noch nicht bekannt

☐ Kosten bekannt

Gesamtkosten	€	**Folgekosten**	€ pro Jahr
		☐ dauerhaft	☐ nur für einen begrenzten Zeitraum
davon investiv	€	davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	€	davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?
(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

☒ Nein (→ *weiter bei 3.*)

☐ Ja

☐ Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans

☐ Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)

☐ Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

☐ Nein

☒ Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

☐ **RA und DiP** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)

☐

☐

☐

Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) der Stadt Nürnberg

Tätigkeitsbericht 2025

Inhalt

Abbildungsverzeichnis 2
Tabellenverzeichnis 2
Abkürzungsverzeichnis 3
Glossar 3
1 Einleitung 4
2 Multiprofessionelles Team 5
3 Einrichtungen im Stadtgebiet Nürnberg nach dem PfleWoqG 7
3.1 Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe 7
3.2 Besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe 8
4 Begehungen im Jahr 2025 9
4.1 Anzahl Begehungen 9
4.2 Verteilung der Begehungen nach Alten- und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe 10
4.3 Anlassprüfungen und Nachprüfungen 10
4.4 Verteilung der Begehungen im Jahresverlauf 12
4.5 Zusammenfassung und Bewertung 12
5 Feststellungen 13
6 Qualitätsempfehlungen 14
7 Mängel 15
7.1 Begehungen und Mängel 16
7.2 Qualitätsbereiche und Mängel 17
7.2.1 Mängel im Qualitätsbereich Pflege und Dokumentation 18
7.2.2 Mängel im Qualitätsbereich Qualitäts- und Beschwerdemanagement 18
7.2.3 Mängel im Qualitätsbereich Umgang mit Arzneimitteln 20
7.2.4 Mängel im Qualitätsbereich Hygiene und Infektionsprävention 21
7.2.5 Mängel im Verlauf 21
7.2.6 Zusammenfassung und Bewertung 22
8 Qualitätssichernde Maßnahmen 23
9 Beschwerden, Todesfälle und besondere Ereignisse 23
9.1 Beschwerden 24
9.2 Todesfälle 25
9.3 Besondere Ereignisse 26
10 Auswirkungen der Novellierung der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde (AVPfleWoqG) 26
11 Öffentlichkeitsarbeit 27
12 Fazit und Ausblick 28
Anhang 29

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Begehungen nach Begehungsart 9
Abbildung 2: Begehungen im Jahresverlauf 12
Abbildung 3: Anzahl Mängel 15
Abbildung 4: Mängel im QB Pflege und Dokumentation 18
Abbildung 5: Mängel im QB Qualitäts- und Beschwerdemanagement 19
Abbildung 6: Mängel im QB Umgang mit Arzneimitteln 20
Abbildung 7: Mängel im QB Hygiene und Infektionsprävention 21
Abbildung 8: Anzahl Begehungen mit Mängeln (Verlauf) 21
Abbildung 9: Durchschnittliche Mangelfeststellungen (Verlauf) 22
Abbildung 10: Beschwerdepunkte je Qualitätsbereich 25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sollbesetzung MPT 5
Tabelle 2: Ist-Besetzung MPT 5
Tabelle 3: Abweichung Soll-Ist Besetzung MPT 5
Tabelle 4: Ungeplante Abwesenheiten im MPT 5
Tabelle 5: Anzahl Einrichtungen 7
Tabelle 6: Anzahl und Plätze stationäre Altenhilfe 7
Tabelle 7: Anzahl und Plätze der besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe 8
Tabelle 8: Anzahl Begehungen 9
Tabelle 9: Begehungen in der Altenhilfe 10
Tabelle 10: Begehungen in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe 10
Tabelle 11: Begehungsergebnisse – gesamt 13
Tabelle 12: Begehungen mit Qualitätsempfehlungen 14
Tabelle 13: Qualitätsempfehlungen und Qualitätsbereiche 14
Tabelle 13: Anzahl Begehungen mit Mängeln/ohne Mängel 15
Tabelle 14: Verteilung von Mängeln zur Begehungsart 16
Tabelle 15: Verteilung der Mangelsachverhalte zur Begehungsart 16
Tabelle 16: Mängel je Qualitätsbereich 17
Tabelle 17: Beschwerden – Eingangsart 24
Tabelle 18: Beschwerden und Beschwerdepunkte 24

Abkürzungsverzeichnis

abWG	Ambulant betreute Wohngemeinschaft
AH	Altenhilfe
ARGE	Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände
AVPfleWoqG	Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde
AWG	Betreute Wohngruppe/Außenwohngruppe für Menschen mit Behinderung
EGH	Eingliederungshilfe
FQA	Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA/Heimaufsicht)
MPT	Multiprofessionelles Team
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PeBeM	Personalbemessungsverfahren in vollstationären Pflegeeinrichtungen
PfleWoqG	Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz)
SGB XI	Sozialgesetzbuch - Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention

Glossar

ÖGD-Pakt	Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Damit soll der ÖGD in ganz Deutschland mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekommen, modernisiert und vernetzt werden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) weitgehend verzichtet. Die Bezeichnung Bewohner und Mieter schließt sowohl die männliche, weibliche und diverse Form ein.

1 Einleitung

Die Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht - (FQA) handeln auf Grundlage des Gesetzes zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfleWoqG) und der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde (AVPfleWoqG). Der Zweck des Gesetzes ist vor allem die Würde, die Interessen und Bedürfnisse der betreuungsbedürftigen Bewohner, sowie Mieter in stationären Einrichtungen und sonstigen Wohnformen vor Beeinträchtigungen zu schützen. Dies findet in Form von Beratungen und durch Regel- oder anlassbezogene Prüfungen der Einrichtungen statt. Hierbei steht der Grundsatz „Beratung vor Überwachung“ im Vordergrund.

Das PfleWoqG wurde zuletzt am 01.08.2023 novelliert. Eine Anpassung der AVPfleWoqG erfolgte zum 01.01.2025. Diese Änderungen wirkten sich vor allem auf die Qualitätsbereiche Personal und personelle Mindestanforderungen sowie bauliche Mindestanforderungen (Bestandsschutz) aus. Die Einrichtungen und Träger wurden hierzu im Rahmen einer Online-Veranstaltung informiert und in Einzelgesprächen individuell beraten.

Im Berichtsjahr 2025 war die FQA für insgesamt 101 Einrichtungen zuständig. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies ein Rückgang von drei Einrichtungen. Insgesamt schlossen zwei stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, dafür eröffnete eine neue Einrichtung der Altenhilfe. Zudem wurden zwei Außenwohngruppen der Eingliederungshilfe aufgelöst.
Zum 31.12.2025 war die FQA für 52 Pflegeheime, eine Kurzzeitpflegeeinrichtung, zwei Hospize, 13 abWGen in der Altenhilfe, sowie für 18 Einrichtungen für volljährige, behinderte und psychisch erkrankte Menschen und 15 AWGen in der Eingliederungshilfe zuständig.

Der vorliegende Bericht stellt die wichtigsten Ergebnisse des vergangenen Jahres 2025 vor.

2 Multiprofessionelles Team

Das multiprofessionelle Team (MPT) der FQA setzt sich aus fünf Professionen zusammen: Ärzte, Hygienekontrolleure, Pflegefachkräfte, Sozialpädagogen und Verwaltungsfachkräfte. Die FQA ist im Organigramm des Gesundheitsamts dem Bereich Hygiene zugeordnet. Die Bereichsleitung ist seit dem 01.09.2024 neu besetzt. Aus der Organisationsuntersuchung von 2018/2019 wurde folgende Soll-Besetzung ermittelt:

Besetzung (Soll) - laut Organisationsuntersuchung (von 2018/2019)

	Profession			
	Ärzte	Pflegefachkräfte	Sozialpädagogen	Verwaltungs-fachkräfte
Stellenbedarf (Vollzeit)	2,32	4,04	1,41	4,44

VK-Gesamt:	**12,21**

Tabelle 1: Sollbesetzung MPT

Am 01.01.2025 war die tatsächliche Besetzung wie folgt:

Besetzung (Ist) - Stand 01.01.2025

	Profession			
	Ärzte	Pflegefachkräfte	Sozialpädagogen	Verwaltungs-fachkräfte
Besetzung (Ist)	1,25	4,77	1,5	4
Beschäftigte Personen	2	5	2	4

VK-Gesamt:	**11,52**

Tabelle 2: Ist-Besetzung MPT

Demnach bestand bereits zu Jahresbeginn eine Abweichung zwischen dem erforderlichem Soll und dem tatsächlichen Ist der Stellenbesetzungen:

Abweichung Soll/Ist

	Profession			
	Ärzte	Pflegefachkräfte	Sozialpädagogen	Verwaltungs-fachkräfte
Differenz	-1,07	0,73	0,09	-0,44

Abweichung gesamt:	**-0,69**

Tabelle 3: Abweichung Soll-Ist Besetzung MPT

Eine Teilzeitstelle (30 Wochenarbeitsstunden) der Pflegefachkräfte ist über den ÖGD-Pakt geschaffen worden. Diese Stelle ist befristet bis 31.12.2026.

Im Berichtsjahr konnten sowohl der Stellenumfang der Pflegefachkräfte als auch der Stellenumfang der Sozialpädagogen nicht voll ausgeschöpft werden:

	Pflegefachkräfte	Sozialpädagogen
Besetzung (Ist)	4,77	1,5
Beschäftigte Personen	5	2

davon 1 MA (1 VK) ganzjährig abwesend und 1 MA (0,77 VK) ab 01. August abwesend	**davon 1 MA (0,75 VK) bis Mai und 1 MA (0,75 VK) ab Mai abwesend**

Tabelle 4: Ungeplante Abwesenheiten im MPT

Die Stelle der Sachgebietsleitung wurde im IV. Quartal 2025 ausgeschrieben und ist seit Februar 2026 besetzt. Bis dahin übernahm eine langjährige Verwaltungsmitarbeiterin die Leitungstätigkeiten kommissarisch.

Mit dem verfügbaren Team konnten die gesetzlichen Anforderungen nicht vollumfänglich eingehalten werden. Nur mit einem kompletten MPT kann der gesetzlich vorgeschriebene Prüf- und Beratungsauftrag erfüllt werden.

3 Einrichtungen im Stadtgebiet Nürnberg nach dem PfleWoqG

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe und die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe teilen sich im Stadtgebiet Nürnberg folgendermaßen auf:

Anzahl Einrichtungen

Stationär AH	abWG	Hospize	stationäre EGH	AWG
53	13	2	18	15

Anzahl Einrichtungen gesamt: 101

Anzahl gesamt AH	Anzahl gesamt EGH
68	33

Tabelle 5: Anzahl Einrichtungen

3.1 Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe

Die Anzahl der stationären Einrichtungen in der Altenhilfe hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verändert. Drei Einrichtungen haben im Laufe des Jahres geschlossen und zwei Einrichtungen wurden neu eröffnet.

Art der stationären Einrichtung	**Anzahl**	**Plätze**
Pflegeheime	52	5851
Kurzzeitpflege-einrichtungen	1	20
Hospize	2	24
abWG	13	95

Tabelle 6: Anzahl und Plätze stationäre Altenhilfe

Zudem meldeten einige stationäre Einrichtungen Veränderungen der Platzzahlen. Insgesamt wurden 59 Plätze in den Einrichtungen der Altenhilfe reduziert, so dass nun 5990 Plätze angeboten werden können.

3.2 Besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe

Die Anzahl der besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe (stationär) blieb im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Zwei betreute Außenwohngruppen wurden aufgelöst.

Art der besonderen Wohnform	Anzahl	Plätze
Stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung	14	431
Stationäre Einrichtung für psychisch kranke Menschen	4	82
AWG	15	41

Tabelle 7: Anzahl und Plätze der besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe

Die angebotenen Plätze haben sich über alle besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe insgesamt um 12 Plätze, auf 554 Plätze, reduziert.

Die Anzahl aller Einrichtungen reduzierte sich im Vergleich zum Vorjahr (1044) um ein Pflegeheim und zwei AWGen. Die Platzzahl reduzierte sich zum Vorjahr um insgesamt 71 Plätze.

4 Begehungen im Jahr 2025

Laut dem PfleWoqG überwacht die zuständige Behörde die stationären Einrichtungen der Altenhilfe und die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe durch wiederkehrende Regel- und anlassbezogene Prüfungen. Die Prüfungen werden in der Regel unangemeldet durchgeführt und können jederzeit erfolgen. In besonderen Fällen können Nachprüfungen (sog. Nachschau) notwendig werden.

4.1 Anzahl Begehungen

Die 114 Begehungen (Vorjahr 141) verteilten sich im Jahr 2025 folgendermaßen:

Anzahl Begehungen		
Regelprüfung	**Anlassprüfung**	**Nachprüfung**
60	22	32
114		

Tabelle 8: Anzahl Begehungen

Von den insgesamt 101 Einrichtungen konnten **61 verschiedene Einrichtungen** geprüft werden.

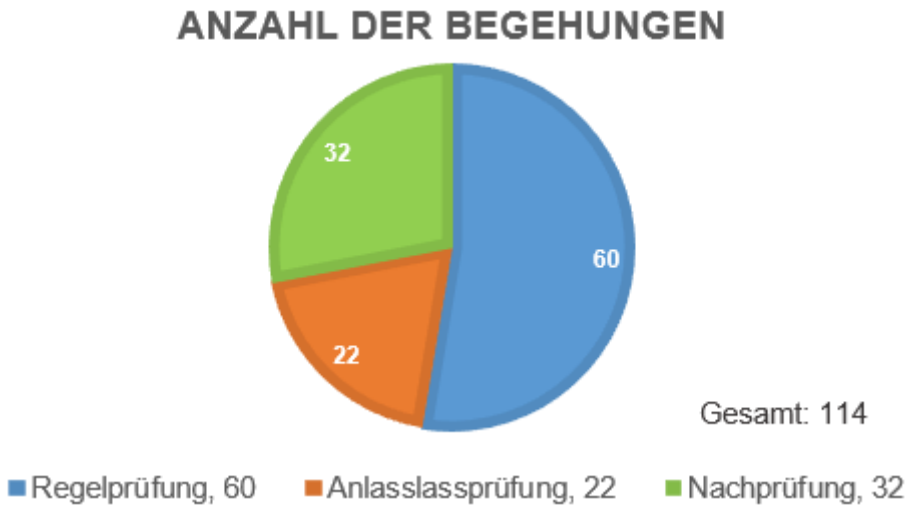


Abbildung 1: Verteilung der Begehungen nach Begehungsart

In 24 Einrichtungen mussten mehrfach Begehungen durchgeführt werden. Insgesamt 12 Einrichtungen wurden 2x kontrolliert, weitere 11 Einrichtungen wurden mindestens 3x und eine Einrichtung 11x kontrolliert.

4.2 Verteilung der Begehungen nach Alten- und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe

Die meisten Begehungen wurden in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchgeführt und verteilten sich folgendermaßen:

Anzahl Begehungen Altenhilfe		
Regelprüfung	Anlassprüfung	Nachprüfung
51	22	32

Tabelle 9: Begehungen in der Altenhilfe

Von den insgesamt 68 Einrichtungen der Altenhilfe konnten 15 stationäre Einrichtungen (22 %) nicht kontrolliert werden.

Die Begehungen in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe verteilten sich folgendermaßen:

Anzahl Begehungen Eingliederungshilfe		
Regelprüfung	Anlassprüfung	Nachprüfung
9	0	0

Tabelle 10: Begehungen in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe

Von den insgesamt 18 (stationären) besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe wurde die Hälfte der Einrichtungen kontrolliert.

Die AWGen werden nur anlassbezogen überprüft. Im Berichtsjahr lag kein Anlass/Beschwerde zu einer AWG vor.

4.3 Anlassprüfungen und Nachprüfungen

Alle Anlassprüfungen wurden aufgrund von Beschwerden durchgeführt. Oftmals konnte diesen Beschwerden im Rahmen einer Regelprüfung oder Nachschau nachgegangen werden. Neben den 22 Anlassprüfungen (vgl. 5.1) wurden sechs weitere Begehungen (Regelprüfung oder Nachprüfungen) mit Anlassbezug durchgeführt. Somit wurden insgesamt 28 Begehungen mit Anlassbezug vorgenommen, dies entspricht 24,5 % aller Begehungen. Damit ist der Anteil von anlassbezogenen Begehungen im Vergleich zum Vorjahr (18,18 %) leicht angestiegen.

Die 32 Nachprüfungen entsprechen einem Anteil von 28,1 % aller Begehungen. Der Anteil der Nachprüfungen war im Vergleich zum Vorjahr (31,2 %) leicht rückläufig.

Insgesamt mussten bei 21 verschiedenen Einrichtungen (Vorjahr 29) Nachprüfungen durchgeführt werden. Bei zwölf Einrichtungen (Vorjahr 9) musste mehr als eine weitere Nachprüfung durchgeführt werden. Mehr als zwei Nachprüfungen waren bei zwei Einrichtungen (Vorjahr ebenfalls zwei) notwendig.

4.4 Verteilung der Begehungen im Jahresverlauf

Die Begehungen verteilten sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

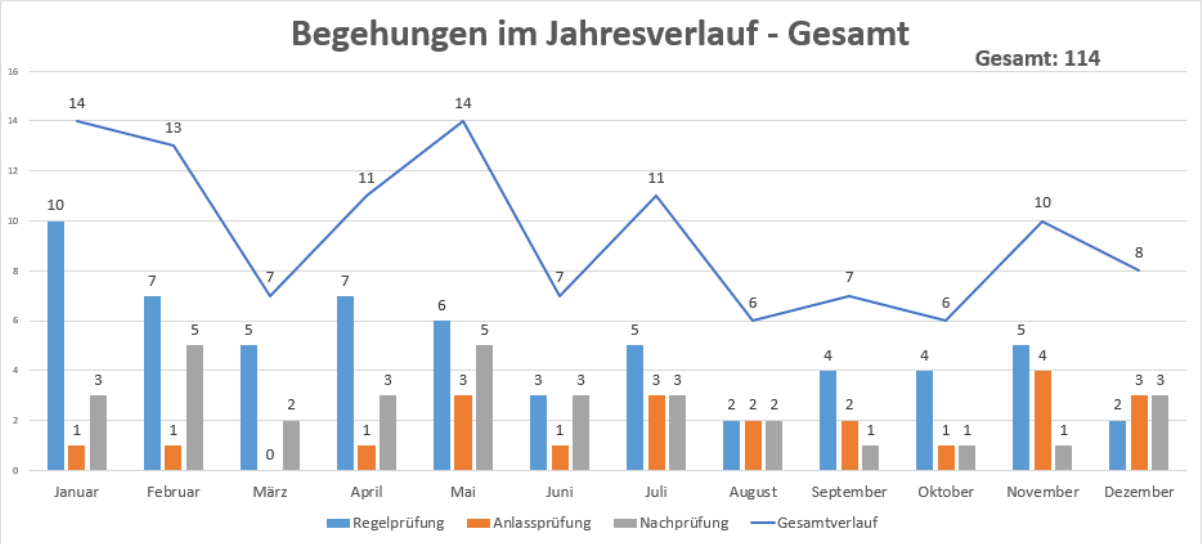


Abbildung 2: Begehungen im Jahresverlauf

4.5 Zusammenfassung und Bewertung

Es konnten nur Dreiviertel der vorgeschriebenen Begehungen in der Altenhilfe durchgeführt werden. Hauptursächlich für die geringere Anzahl waren unvorhergesehene Abwesenheiten der Mitarbeitenden (vgl. Kap. 2). Ein Nachholbedarf besteht noch immer bei den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe.

Die Zahl der Anlassbegehungen befindet sich weiterhin auf einem hohen Niveau. Kritisch bleibt weiterhin die Anzahl der Nachprüfungen, die sich aus der Schwere und/oder der hohen Anzahl von Mängeln ergaben.

Zwei Einrichtungen wurden über einen längeren Zeitraum intensiv beraten. Durch die intensive Beratung konnte die pflegerische Versorgung in den beratenen Einrichtungen stabilisiert werden.

5 Feststellungen

Bei den insgesamt 114 Begehungen wurde bei 37 Begehungen kein Mangelsachverhalt (32,5 %) festgestellt. Von diesen 37 Begehungen ohne Mangel waren jedoch 17 Nachschauen, d. h. es fanden zuvor Begehungen mit Mängeln statt.

Bei den anderen 77 Begehungen wurde mindestens ein Mangelsachverhalt (67,5 %) festgestellt.

Begehungsergebnisse - gesamt (AH + EGH)					
	Mängel	**erh. Mängel**	mit Mängeln **und** erh. Mängeln	**ohne Mängel**	Anzahl Begehungen
Regelprüfung	34	0	14	12	60
Anlassprüfung	4	4	6	8	22
Nachprüfung	8	2	5	17	32
Gesamt	46	6	25	37	114

Tabelle 11: Begehungsergebnisse – gesamt

Bei 48 (80 %) von 60 Regelprüfungen wurde mindestens ein Mangelsachverhalt festgestellt.

Bei 14 (ca. 64 %) der 22 Anlassprüfungen wurde mindestens ein Mangelsachverhalt festgestellt.

Bei den Nachprüfungen war bei ca. 53 % dieser Begehungen kein Mangelsachverhalt mehr feststellbar. Allerdings wurden bei diesen Begehungen lediglich die vorangegangenen Mängel, bzw. deren Beseitigung/Abstellung kontrolliert. Im Vorjahr waren noch knapp 66 % aller Nachprüfungen ohne Mängel.

Bei den insgesamt 9 Begehungen in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe wurden nur bei drei Begehungen Mängel festgestellt.

In der Tabelle 11 sind nur die Begehungen mit Mängeln, bzw. ohne Mängel dargestellt. Sie gibt keine Auskunft über die tatsächliche Anzahl der festgestellten Mangelsachverhalte. Zur Anzahl der Mängel siehe Kapitel 8.

Durch das MPT wurde sowohl zu den vorgefundenen Mängeln beraten als auch zu anderen Sachverhalten, die beobachtet und/oder kontrolliert wurden und Tendenzen zu Qualitätsdefiziten zeigten.

6 Qualitätsempfehlungen

Bei den 114 Begehungen wurde 85-mal mindestens eine Qualitätsempfehlung ausgesprochen.

Begehungen mit Qualitätsempfehlungen (AH + EGH)			
	QE	Anzahl Begehungen	Anteil
Regelprüfung	57	60	95%
Anlassprüfung	15	22	68%
Nachprüfung	13	32	41%
Gesamt	**85**	**114**	**75%**

Tabelle 12: Begehungen mit Qualitätsempfehlungen

Demnach wurde bei fast allen Regelprüfungen mindestens eine Qualitätsempfehlung ausgesprochen. Es wurden insgesamt 373 Qualitätsempfehlungen ausgesprochen. Bei diesen Qualitätsempfehlungen bestand in der Regel die Gefahr eines Qualitätsverlusts mit Unterschreitung der verlangten Mindestanforderung.

Die Qualitätsempfehlungen wurden in folgenden Qualitätsbereichen ausgesprochen:

Qualitätsbereiche	2024	2025	Veränderung +/-
Pflege und Dokumentation	195	175	-20
Soziale Betreuung	2	5	3
Hauswirtschaftliche Versorgung und Verpflegung	1	0	-1
Freiheitsentziehende Maßnahmen	4	4	0
Wohnqualität	11	4	-7
Qualitäts- und Beschwerde-management	7	16	9
Umgang mit Arzneimittel	83	61	-22
Hygiene und Infektions-prävention	37	43	6
Personal und personelle Mindestanforderungen	0	4	4
Mitwirkung und Mit-bestimmung	0	0	0
Bauliche Mindest-anforderungen	16	13	-3
Eingliederung und Teilhabe	5	1	-4
Bedarfsplanung und Dokumentat	12	6	-6
Gesamt	**373**	**332**	**-41**

Tabelle 13: Qualitätsempfehlungen und Qualitätsbereiche

7 Mängel

Bei 77 (Vorjahr 91) Begehungen wurde mindestens ein Mangelsachverhalt festgestellt. Es wurden bis zu 21 Mängel bei einer Begehung festgestellt.

Insgesamt wurden 509 (Vorjahr 765) Mängel festgestellt. Diese Mängel verteilten sich auf 393 (Vorjahr 562) erstmals festgestellte, 66 (Vorjahr 111) wiederholte und 50 (Vorjahr 92) erhebliche Mängel. Der deutliche Rückgang gegenüber dem Vorjahr deutet auf eine mögliche Verbesserung hin, erlaubt jedoch noch keine belastbare Entwicklungseinschätzung.

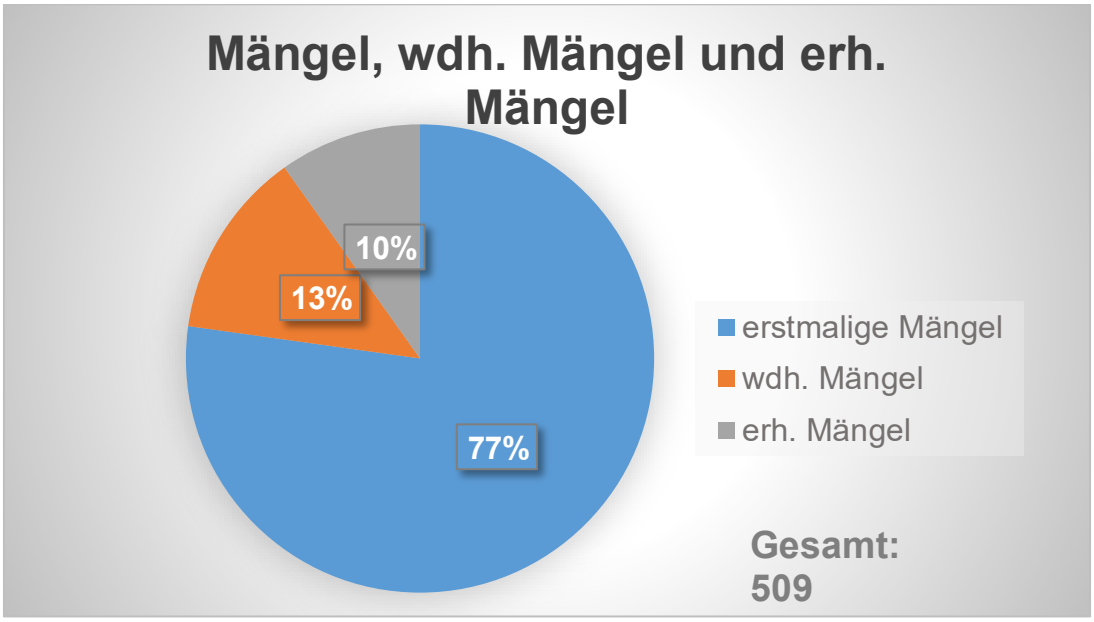


Abbildung 3: Anzahl Mängel

Die Mängel wurden bei 77 Begehungen festgestellt:

	Begehungen...	
	mit Mängel	ohne Mängel
Regelprüfung	48	12
Anlassprüfung	14	8
Nachprüfung	15	17
	77	37
Gesamt	114	

Tabelle 14: Anzahl Begehungen mit Mängeln/ohne Mängel

7.1 Begehungen und Mängel

Wie in der Tabelle 13 dargestellt, wurden bei den Regel- und Anlassprüfungen häufiger Mängel, als keine Mängel festgestellt. Die Nachprüfungen waren überwiegend mangelfrei.

	Verteilung Begehungen mit ...			
	mit Mängel		ohne Mängel	
Regelprüfung	48	80,00%	12	20,00%
Anlassprüfung	14	63,64%	8	36,36%
Nachprüfung	15	46,88%	17	53,13%

Tabelle 15: Verteilung von Mängeln zur Begehungsart

Die anteilige Verteilung bezieht sich auf die jeweilige Begehungsart (z. B. bei insgesamt 60 Regelprüfungen⇨ 48 Begehungen mit Mängeln, entsprechen 80 % der 60 Begehungen).

Bei Begehungen mit Mängeln wurden im Durchschnitt eine Anzahl von Mängeln wie folgt festgestellt:

Mängel gesamt			
	Regelprüfung	Anlassprüfung	Nachprüfung
erstmalige Mängel	6,73	3,64	1,27
wiederholte Mängel	1,00	0,29	0,93
erhebliche Mängel	0,50	1,14	0,67
	8,23	**5,07**	**2,87**

Tabelle 16: Verteilung der Mangelsachverhalte zur Begehungsart

Bewertung

Regelprüfung: Auffällig ist, dass bei 80 % der Regelprüfungen Mängel festgestellt wurden. Erschwerend kommt hinzu, dass, wenn ein Mangel bei einer Regelprüfung festgestellt wurde, es zumeist nicht bei einem Mangel blieb. Die durchschnittliche Anzahl von mehr als acht Unterschreitungen der Mindestanforderungen sind weiterhin kritisch zu betrachten, auch wenn sie im Vergleich zum Vorjahr (10,43) zurückgegangen sind.
Bedenklich ist zudem, dass bei der Hälfte der Regelprüfungen erhebliche Mängel festgestellt wurden. Bei einem erheblichen Mangel ist meist ein Bewohnerschaden (z. B. Hautschädigung, Schmerzen) bereits eingetreten.

Anlassprüfung: Bei einer anlassbezogenen Begehung (z. B. Beschwerden) werden nur ausgewählte Sachverhalte (z. B. die Beschwerdepunkte) geprüft. Sofern die Sachverhalte überprüfbar sind, wurden bei über 63 % der anlassbezogenen Begehungen Mangelsachverhalte festgestellt (Vorjahr ca. 84 %). Die Gründe für diese positive Entwicklung sind spekulativ.
Die durchschnittliche Anzahl von mehr als fünf Unterschreitungen der Mindestanforderungen ist jedoch äußerst kritisch zu betrachten.

Nachprüfung: Musste eine erneute Begehung (Nachprüfung) erfolgen, wurde in einer vorherigen Begehung bereits eine Vielzahl von Mängeln und/oder erhebliche Mängel festgestellt. Auch bei einer Nachprüfung werden nur ausgewählte Sachverhalte kontrolliert. Insbesondere die wiederholten und erheblichen Mängel sind hier kritisch zu betrachten. Die Einrichtungen haben es bis zur Nachprüfung nicht geschafft, die festgestellten Mängel abzustellen. Dies erklärt auch, weshalb häufig mehrfach Nachprüfungen durchgeführt werden mussten. Diese Mängel wirken sich meist negativ auf die Bewohner aus. Die durchschnittliche Anzahl der Mängel befand sich unter dem Vorjahresniveau (3,73).

7.2 Qualitätsbereiche und Mängel

Die Mängel verteilten sich auf folgende Qualitätsbereiche:

Qualitätsbereich	erstmalige Mängel	wdh. Mängel	erh. Mängel
Pflege und Dokumentation	202	39	30
Soziale Betreuung	2	0	0
Hauswitschaftliche Versorgung und Verpflegung	4	0	0
Freitheitseinschränkende Maßnahmen	1	0	0
Wohnqualität	2	0	2
Qualitäts- und Beschwerdemanagement	22	3	1
Umgang mit Arzneimitteln	73	15	16
Hygiene und Infektionsprävention	72	5	0
Personal und personelle Mindestanforderungen	10	2	1
Mitwirkung und Mitbestimmung	1	0	0
Bauliche Mindestanforderungen	2	2	0
Eingliederung und Teilhabe	0	0	0
Bedarfsplanung und Dokumentation	2	0	0
Gesamt	393	66	50
		509	

Tabelle 17: Mängel je Qualitätsbereich

In den 13 Qualitätsbereichen waren nur der Qualitätsbereich Soziale Betreuung, Versorgung und Verpflegung und Mitwirkung mangelfrei. Im Vorjahr 2024 wurden 562 erstmalig, 111 wiederholte und 92 erhebliche Mängel (somit gesamt 765) festgestellt.

7.2.1 Mängel im Qualitätsbereich Pflege und Dokumentation

Im Qualitätsbereich Pflege und Dokumentation wurden insgesamt 271 Mängel (Vorjahr 385) festgestellt. Davon waren 30 erhebliche Mängel (Vorjahr 63).

Die Mängel verteilten sich folgendermaßen (Auswahl):

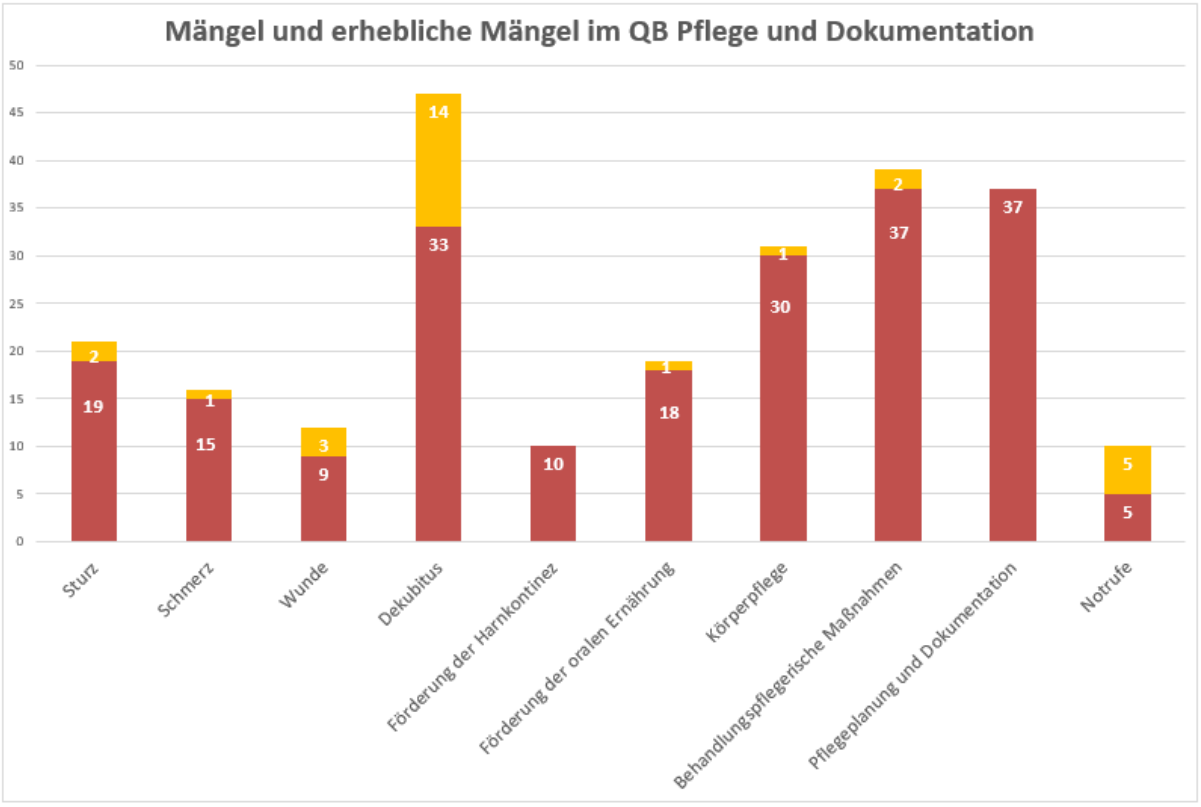


Abbildung 4: Mängel im QB Pflege und Dokumentation

Alle dargestellten Kategorien sind kritisch zu betrachten, da die meisten Mängel eine direkte Auswirkung auf den Körper des jeweiligen Bewohners haben. So sind Stürze, Wunden und Dekubitus oft mit Schmerzen für die Bewohner verbunden. Mängel im Bereich der Behandlungspflege bedeuteten meist, dass ärztliche Anordnungen nicht oder fehlerhaft, zum Schaden des Bewohners, umgesetzt wurden.

7.2.2 Mängel im Qualitätsbereich Qualitäts- und Beschwerdemanagement

Die Anzahl der im Qualitätsbereich Qualitäts- und Beschwerdemanagement festgestellten Mängel hat sich im Berichtsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr erneut erhöht. Wurden im Jahr 2024 noch 20 Mängel festgestellt, wurden im Jahr 2025 nun 26 Mängel, darunter ein erheblicher Mangel, festgestellt.

Im Berichtsjahr wurden wieder viele Defizite bei qualitätssichernden Maßnahmen festgestellt. So wurden z. B. geplante Evaluationen des Pflegezustandes nicht durchgeführt oder wesentliche körperlich/kognitive Veränderungen von Bewohnern nicht ausreichend in der Versorgung und Betreuung berücksichtigt.

Vermehrt wurden Defizite bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgestellt, die sich negativ auf die Versorgung und Betreuung der Bewohner auswirkten. Diese Mängel wurden zumeist in Einrichtungen festgestellt, deren Führung/Leitung wechselte oder vakant war.

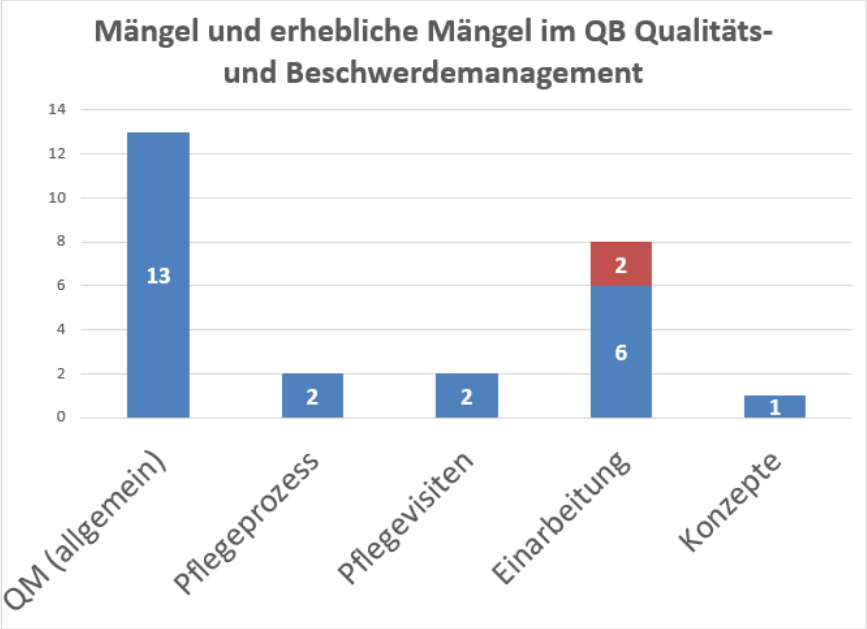


Abbildung 5: Mängel im QB Qualitäts- und Beschwerdemanagement

7.2.3 Mängel im Qualitätsbereich Umgang mit Arzneimitteln

Im Qualitätsbereich Umgang mit Arzneimitteln wurden insgesamt 97 Mängel (Vorjahr 117) festgestellt. Davon waren 15 erhebliche Mängel (Vorjahr 11).
Die Mängel verteilten sich folgendermaßen:

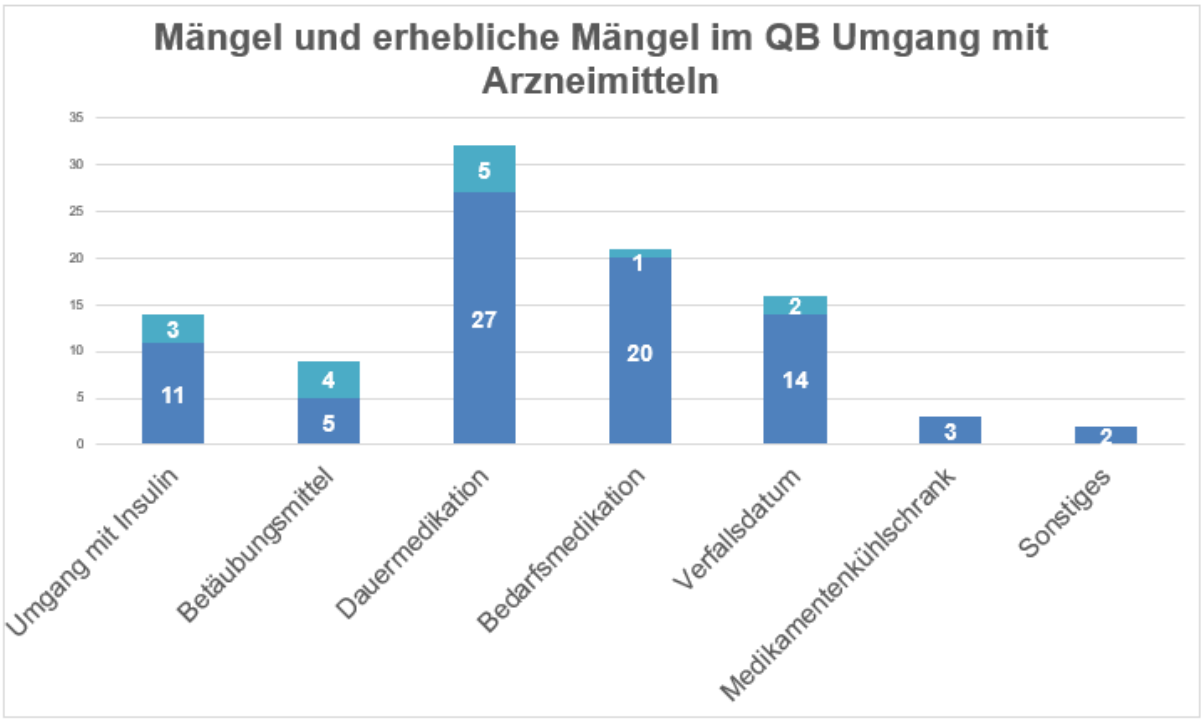


Abbildung 6: Mängel im QB Umgang mit Arzneimitteln

Für alle dargestellten Kategorien gibt es klare Regelungen, z. B. den Toleranzbereich der Kühlschranktemperatur zur Lagerung von temperaturempfindlichen Medikamenten, der Verabreichung von Bedarfsmedikamenten, der blutzuckerabhängigen Insulinverabreichung oder der Gabe von Betäubungsmitteln. Teilweise sind strenge Kontrollen und Kontrollintervalle einzuhalten. Zudem gehört die korrekte Verabreichung zu den fachlichen Mindestanforderungen an eine Pflegefachkraft. Daher sind diese Ergebnisse äußerst kritisch zu bewerten.

7.2.4 Mängel im Qualitätsbereich Hygiene und Infektionsprävention

Im Qualitätsbereich Umgang mit Hygiene und Infektionsprävention wurden insgesamt 71 Mängel (Vorjahr 136) festgestellt. Im Berichtsjahr wurden, wie im Vorjahr, keine erheblichen Mängel festgestellt. Die Mängel verteilten sich folgendermaßen (Auswahl):

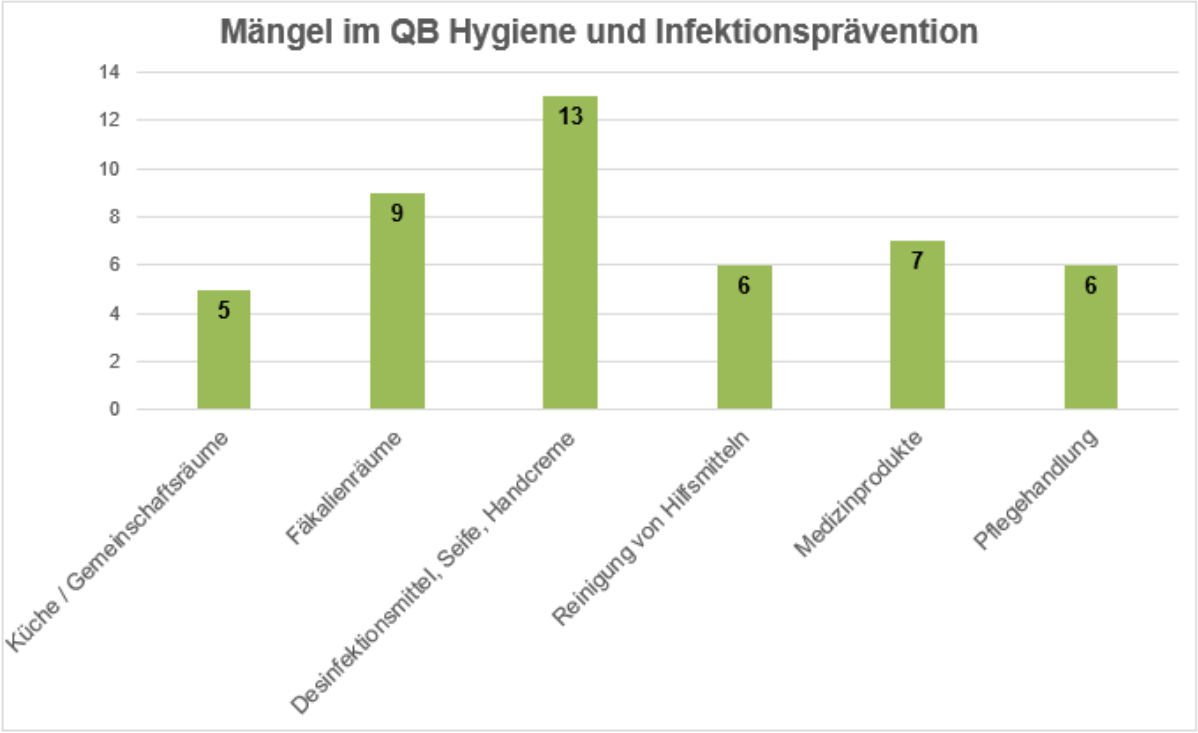


Abbildung 7: Mängel im QB Hygiene und Infektionsprävention

7.2.5 Mängel im Verlauf

Die 509 festgestellten Mängel wurden in 77 Begehungen festgestellt.

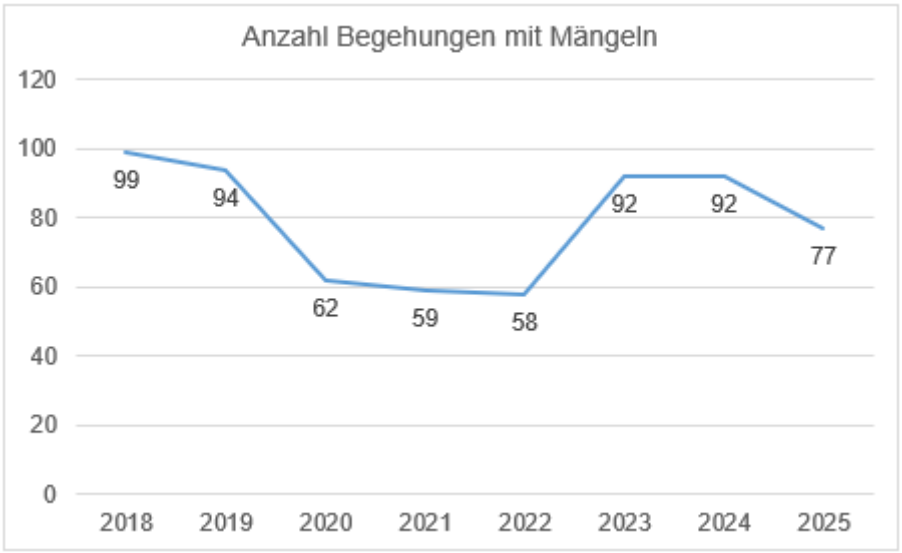


Abbildung 8: Anzahl Begehungen mit Mängeln (Verlauf)

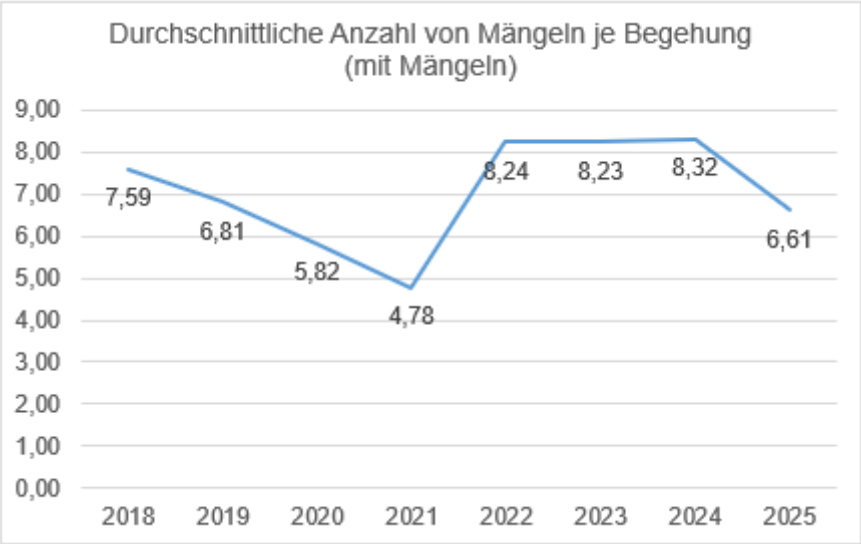


Abbildung 9: Durchschnittliche Mangelfeststellungen (Verlauf)

Im Vergleich zu den Vorjahren stellt dieses Ergebnis eine Abnahme von Begehungen mit Mängeln und Mangelfeststellungen dar.

7.2.6 Zusammenfassung und Bewertung

Durch das MPT konnten 114 Begehungen (Vorjahr 141) durchgeführt werden. Davon wurden bei 77 Begehungen (Vorjahr 92) Mangelsachverhalte festgestellt. Insgesamt wurden bei diesen Begehungen 509 Mängel und damit deutlich weniger Mängel (-256) als im Vorjahr festgestellt.
Kritisch zu bewerten ist, dass bei 80 % der Regelprüfungen und bei über 63 % der Anlassprüfungen Mängel festgestellt wurden.
Bei den Nachprüfungen waren bei mehr als der Hälfte der Begehungen die zuvor festgestellten Mängel abgestellt. Dies stellt eine Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr dar.
Aus Sicht der FQA stellt der fortschreitende Fachkräftemangel in der Pflege die stationären Einrichtungen der Altenhilfe und die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe weiter vor personelle Herausforderungen. Die zeitintensivere Einarbeitung und Integration von Pflege(fach)kräften mit Migrationshintergrund scheint die Dienstplanung zu erschweren.
Im Jahr 2025 wurden die Versorgungsverträge der Kostenträger mit den meisten Einrichtungen der Altenhilfe an die Vorgaben des § 113 c SGB XI zur Pflegepersonalbemessung angepasst.
Den Einrichtungen ist die Umstellung der Strukturen und Prozesse unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Personalmixes bislang kaum gelungen. Dies wirkte sich auf die Ergebnisqualität aus.
Nach Veränderungen in der Leitungsstruktur in stationären Einrichtungen der Altenhilfe wurden auch im Berichtsjahr 2025 oft Verschlechterungen festgestellt.

8 Qualitätssichernde Maßnahmen

Auch 2025 mussten ordnungsrechtliche Maßnahmen ergriffen werden, da durch die betreffenden Einrichtungen die Mängel nicht, nicht vollständig oder nicht fachlich korrekt abgestellt wurden.

Anordnungen
Für eine Einrichtung wurden Maßnahmen zur Sicherstellung der fachlichen Versorgung angeordnet. Im Anordnungsbescheid wurden insgesamt 10 Maßnahmen angeordnet.

Zwangsgelder
Fünf Einrichtungen verstießen im Jahr 2025 gegen bereits angeordnete Maßnahmen. Insgesamt waren fünf angeordnete Maßnahmen zwangsgeldbewehrt.

Aufnahmestopp
Im Berichtsjahr 2025 musste kein Aufnahmestopp ausgesprochen werden. Ein Aufnahmestopp aus dem Jahr 2024 hatte Bestand bis zum 17.11.2025.

Im Vergleich zum Vorjahr mussten erfreulicherweise deutlich weniger ordnungsrechtliche Maßnahmen ergriffen werden.

Neben den ordnungsrechtlichen Maßnahmen wurden Qualitätsempfehlungen im Rahmen der Begehungen (vgl. Ziff. 7) ausgesprochen. Wie bereits unter Ziff. 5.5. aufgeführt, wurden zwei Einrichtungen intensiv beraten, um den Prozess zur Verbesserung der dauerhaften Qualitätsdefizite engmaschig und (bestenfalls) nachhaltig zu begleiten.

Des Weiteren wurden Beratungen auf Anfrage durchgeführt. Beraten wurden u. a. Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, Bewohnerinnen und Bewohner, sowie deren Angehörige und Betreuer.

Unter Federführung der ARGE (Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände) wurden drei Gespräche zur Verbesserung der Qualität mit stationären Einrichtungen der Altenhilfe durchgeführt. Diese Gespräche finden gemeinsam mit Vertretern der ARGE (in Bayern mit der AOK) statt und werden mit Einrichtungen mit eklatanten Qualitätsdefiziten geführt. Zur Vorbereitung wird mit der ARGE, dem MD Bayern oder Careproof das gemeinsame Vorgehen mit Handlungsoptionen abgestimmt.

9 Beschwerden, Todesfälle und besondere Ereignisse

Über das Landesamt für Pflege werden Beschwerden, die über das Portal der Pflege-SOS-Anlaufstelle zu stationären Einrichtungen der Alten- und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe im Stadtgebiet Nürnberg eingegangen sind, an die ortszuständige FQA zur Überprüfung weitergeleitet.

Besondere Ereignisse (z. B. erhebliche Mängel mit bereits entstandenem Schaden für den Bewohner) müssen über die Regierung von Mittelfranken an das StMGP weitergeleitet werden. Besondere Vorkommnisse wie z. B. Fälle von Gewalt, Unnatürliche Todesfälle, Feuer/Brand, Straftaten oder Polizeieinsätze müssen ebenfalls weitergemeldet werden.

9.1 Beschwerden

Insgesamt gingen bei der FQA 58 (Vorjahr 48) Beschwerden ein.

Beschwerdeführer (Anzahl):	
Bewohner	6
Angehöriger	29
Betreuer	5
Mitarbeiter	11
Anonym	6
Sonstige	1

Tabelle 18: Beschwerden – Eingangsart

Zumeist beklagten sich die Beschwerdeführer über mehr als einen Sachverhalt. Aus den zugesandten Beschwerden (z. B. vom Pflege-SOS oder dem FQA-Kontaktformular) und den mündlich/telefonisch vorgebrachten Beschwerden wurden 282 konkrete Beschwerdepunkte (Vorjahr 193) abgeleitet. Die allermeisten Beschwerden gingen zu Einrichtungen der stationären Altenhilfe ein.

Anzahl Beschwerden je Einrichtungsart			
stationäre AH	abWG	stationäre EGH	AWG
54	2	2	0

Anzahl Beschwerdepunkte			
stationäre AH	abWG	stationäre EGH	AWG
252	16	14	0
282			

Tabelle 19: Beschwerden und Beschwerdepunkte

Die meisten Beschwerdepunkte bezogen sich auf die pflegerische Versorgung und waren deshalb im Qualitätsbereich Pflege und Dokumentation zu verorten. Über eine nicht ausreichende Personalbesetzung wurde sich ebenfalls häufig beschwert.

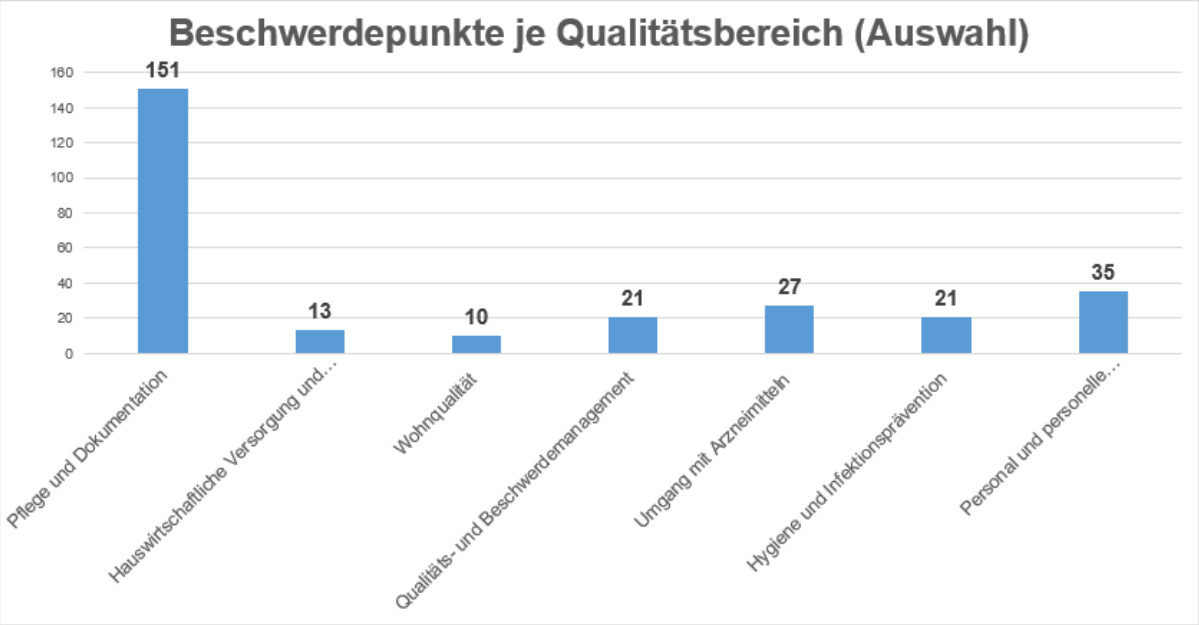


Abbildung 10: Beschwerdepunkte je Qualitätsbereich

Alle Beschwerdepunkte wurden bearbeitet. Zumeist wurden die einzelnen Beschwerdepunkte im Rahmen einer Begehung kontrolliert. Teilweise wurden schriftliche Stellungnahmen von der Einrichtung/dem Träger angefordert.

Über 33 % der Beschwerdepunkte bestätigten sich vollumfänglich oder teilweise. Viele Beschwerdepunkte konnten nicht oder nur schwer geprüft werden, wenn sie sich auf Einzelpersonen und/oder Einzelsituationen in der Vergangenheit bezogen.

Da sich wie im Vorjahr ein Drittel der Beschwerden bestätigt hat, wird deutlich, dass das Beschwerdemanagement weiterhin ein wichtiger Aspekt zur Verbesserung der Pflege- und Versorgungsqualität ist. Auch dann, wenn sich die Beschwerdepunkte nicht oder nur teilweise bestätigen.

9.2 Todesfälle

Wenn Bewohner einer stationären Einrichtung der Alten- oder besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe versterben und durch den bescheinigenden Arzt die Todesart ungeklärt angegeben wird oder Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen, wird u. a. die FQA über das Gesundheitsamt informiert.

Insgesamt gingen 26 Meldungen (16x Todesart ungeklärt, 10x Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod) bei der FQA ein. Alle Meldungen betrafen stationäre Altenhilfeeinrichtungen (16 verschiedene Einrichtungen). Im Vorjahr gingen 19 Meldungen (7x Todesart ungeklärt, 12x Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod) bei der FQA ein.

25 Meldungen wiesen auf einen vorausgegangenen Sturz in der Pflegeeinrichtung hin. Seitens der FQA wurde deshalb überprüft, ob der jeweilige Sturz zu verhindern gewesen wäre und ob ein strukturelles Fehlverhalten der Einrichtung oder persönliches Fehlverhalten von Mitarbeiterinnen und/oder Mitarbeiter vorlag. Die Einrichtungen erhielten eine Rückmeldung

und wurden ggf. beraten. Ein Sturzereignis war besonders auffällig, so dass die Kriminalpolizei informiert wurde.

Bei einer Meldung lagen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod mit Verdacht auf möglichen Suizid vor. Fremdverschulden waren aus Sicht der FQA nicht erkennbar.

9.3 Besondere Ereignisse

„Besondere Ereignisse“ wie

- Festgestellte erhebliche Mängel, bei welchen bereits ein Schaden für die Bewohnerin bzw. den Bewohner eingetreten ist sowie im Zusammenhang mit einer bedeutsamen Verschlechterung der Qualitätsentwicklung in der Einrichtung
- Meldungen über Einrichtungsbrände
- Gebäudeschäden mit unmittelbarer Bewohnerbetroffenheit (z. B. Wasserschaden)
- Unfälle mit unmittelbarer Bewohnerbetroffenheit oder mit Auswirkungen für Bewohnerinnen und Bewohner
- Jegliche Fälle von Gewalt
- Sonstige Straftaten mit Einrichtungsbezug
- Polizeieinsätze
- Ausbruch von meldepflichtigen Infektionskrankheiten (Betroffenheit von mehr als zwei Bewohnerinnen und Bewohner)
- Einstellung des Betriebs
- Abbau von Plätzen oder Schließung von Einrichtungsteilen
- Insolvenz des Trägers der Einrichtung
- unnatürliche Todesfälle
- weitere Sachverhalte von besonderer Bedeutung für die Öffentlichkeit und die Medien

müssen von der FQA über die Regierung von Mittelfranken an das StMGP gemeldet werden (Erstmeldung). Wenn ein Sachverhalt erneut überprüft werden muss, ist eine bzw. sind Folgemeldungen zu erstellen.

Insgesamt wurden 65 besondere Ereignisse (47 Erst- und 18 Folgemeldungen) durch das MPT identifiziert und weitergeleitet. Im Vorjahr wurden 82 besondere Ereignisse gemeldet.

Zwei besondere Ereignisse konnten im Berichtsjahr 2025 noch nicht abgeschlossen werden. Für ein Ereignis ist eine Kontrollprüfung im 1. Quartal 2026 geplant. Das zweite Ereignis bezieht sich auf einen Gebäudeschaden, der Bericht kann erst nach dessen Reparatur abgeschlossen werden.

10 Auswirkungen der Novellierung der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde (AVPfleWoqG)

Zum 01.01.2025 trat die angepasste AVPfleWoqG in Kraft. Die geänderte AVPfleWoqG führte u. a. zu Änderungen in den Qualitätsbereichen Personal und personelle Mindestanforderungen sowie bauliche Mindestanforderungen.

Der Qualitätsbereich Personal und personelle Mindestanforderungen ist nun erst zu prüfen, wenn festgestellte Mängel aus anderen Qualitätsbereichen auf Defizite, z. B. im Personaleinsatz, der Personaleinsatzplanung und/oder der Konzeption zurückzuführen sind.

Die gerontopsychiatrische Betreuung kann jetzt auch durch einen vertraglich vereinbarten Multiplikatorenschlüssel nachgewiesen werden. Durch die FQA ist zu überprüfen, ob die Mitarbeitenden für diese Aufgaben freigestellt werden und dies im Dienstplan auch so abgebildet wird. Bis 31.12.2024 wurde zur Personalberechnung ein Schlüssel ermittelt, der einzuhalten war. Der Schlüssel liegt nun bei ca. 1:120, vorher im allgemeinen Pflegebereich bei 1:30 und im beschützenden Pflegebereich bei 1:20.

Als Nachtwachenschlüssel ist jetzt generell ein Schlüssel von 1:40 anzusetzen. Bis 31.12.2024 war ein Schlüssel von 1:30 oder 1:40, abhängig von einer auf fünf Faktoren beruhenden Risikobewertung, anzusetzen.

Die Änderungen in Bezug auf Personal und personelle Mindestanforderungen hatten zur Folge, dass sich die Struktur der Einrichtungen veränderte. Dadurch musste durch die FQA die neue Struktur, die sich daraus ableitenden Prozesse und Ergebnisse im Qualitätsbereich Qualitäts- und Beschwerdemanagement überprüft werden.

Im Qualitätsbereich bauliche Mindestanforderungen wurde ein umfassender Bestandsschutz für Bestandsbauten in die AVPfleWoqG aufgenommen. Die in der Vergangenheit verbeschiedenen Befreiungen oder Verlängerungen der Angleichungsfristen von baulichen Mindestanforderungen wurden im Berichtsjahr 2025 auf die aktuelle Rechtslage hin überprüft, ggf. aufgehoben oder widerrufen.

11 Öffentlichkeitsarbeit

Die Mitarbeitenden der FQA nahmen an Arbeitskreisen des StMGP und der Regierung von Mittelfranken teil. Teilweise waren diese Arbeitskreise professionsbezogen, z. B. Verwaltung, Pflege.

Mitarbeitende der FQA nahmen im Berichtsjahr 2025 u. a. an der Pflegekonferenz (virtuell und in Präsenz) teil.

Die Sozialpädagogen der FQA nahmen an der Arbeitsgruppe „Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung“ des Bezirks Mittelfranken teil.

Insgesamt 4x wurde ein (virtueller) Meinungs- und Erfahrungsaustausch durchgeführt. Zu diesem Austauschtreffen waren alle stationären Einrichtungen der Alten- und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe eingeladen. Weitere Teilnehmer waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Seniorenamts und des Stadtseniorenrats.

Mitarbeitende der FQA nahmen regelmäßig am Pflegestammtisch Nürnberg-Fürth teil.

Mitarbeitende der FQA stellten im Rahmen der Fachtagung zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften die rechtlichen Grundlagen und die wichtigsten Prüfaspekte von Qualitätsprüfungen in abWGen vor.

12 Fazit und Ausblick

Im Berichtsjahr 2025 konnte der gesetzliche Prüfauftrag weder in den Einrichtungen der Altenhilfe noch in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe erfüllt werden. Dies begründet sich zum einen auf die langen unvorhergesehenen Abwesenheiten der FQA-Pflegekräfte und Sozialpädagogen, die nicht kompensiert werden konnten. Zum anderen erhöhte sich der Prüfaufwand durch die Änderungen der AVPfleWoqG.

Die Anzahl der festgestellten Mängel sowie teilweise die Notwendigkeit häufiger Nachkontrollen und die Anzahl von Beschwerden zeichnen weiterhin ein kritisches Bild der Pflege und Versorgung in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Gleichwohl lassen einzelne Entwicklungen – wie der Rückgang der festgestellten Mängel und die höhere Quote erfolgreich abgestellter Mängel bei Nachprüfungen – erste Hinweise auf eine gewisse Stabilisierung erkennen. Demgegenüber steht, dass nur wenige Einrichtungen die gesetzlichen Mindestanforderungen vollumfänglich erfüllten. Die Mehrheit der Einrichtungen arbeitete jedoch zeitnah und zielgerichtet daran, die festgestellten Mängel zu beheben und Qualitätsempfehlungen umzusetzen. Vor diesem Hintergrund wird die FQA auch künftig einen Schwerpunkt auf Beratung, Qualitätsentwicklung und die Sicherstellung der Mindestanforderungen legen.

Im Berichtsjahr haben die meisten Einrichtungen mit den Kostenträgern die Anwendung der Personalbemessung nach § 113 c SGB XI vereinbart. Die im Berichtsjahr festgestellten Mängel, u. a. im Qualitätsbereich Qualitäts- und Beschwerdemanagement, bestätigten die Erwartungen des Vorjahres.

Am 02. Februar 2026 teilte das StMGP in einer Pressemitteilung mit, dass die Aufsicht über Pflegeheime reformiert werden soll. Laut dieser Mitteilung soll mit einer neuen Struktur mehr Klarheit über Zuständigkeiten der Prüfdienste (MD Bayern/Careproof) geschaffen werden. Gleichzeitig soll der Informationsaustausch zwischen der FQA und den Prüfdiensten verbessert werden. Mitarbeitende der FQA der Stadt Nürnberg haben ihre Expertise bereits aktiv in den Reformprozess eingebracht und werden diesen auch im Verlauf des Jahres 2026 weiterhin engagiert mitgestalten.

Anhang

Im Anhang finden Sie weitere Daten. Zudem sind grundsätzliche Informationen, z. B. zu den spezifischen Aufgaben der einzelnen Professionen des MPT aufgeführt.

zu 2. Multiprofessionelles Team

Verwaltungsfachkräfte

Durch die Verwaltungsfachkräfte (Auditoren und Koordinatoren) werden bei den Einrichtungsbegehungen u. a. die personelle Besetzung, Mitarbeiterqualifikationen, die gerontopsychiatrische Fachkraftquote, der Nachtwachenschlüssel, der formale Umgang mit Freiheit einschränkenden Maßnahmen, bauliche Gegebenheiten, Abrechnung von Taschengeldern und Dienstplangestaltung geprüft und zu den jeweiligen Bereichen entsprechende Beratungen durchgeführt.
Weiterhin werden von den Verwaltungsfachkräften laut gesetzlicher Vorgaben u. a. folgende zusätzliche Aufgaben bearbeitet:

- Entgegennahme von Anzeigen bei Inbetriebnahme einer stationären Einrichtung
- Prüfung der baulichen Voraussetzungen bei Neu- und Bestandsbauten, u.a. hinsichtlich der DIN 18040-2 und der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes und Weiterbildung in der Pflege und Hebammenkunde (AVPfleWoqG)
- Prüfung der persönlichen und fachlichen Eignung von Führungskräften
- Bestellung von Bewohnerfürsprechern
- Überwachung von Wahlen der Bewohnervertretungen
- Entscheidung über Ausnahmegenehmigungen bei Nichteinhaltung gesetzlicher Bestimmungen
- Prüfung und ggf. Erteilung von Ausnahmegenehmigungen bei Spenden und Nachlassangelegenheiten
- Einleitung von Ordnungswidrigkeitsverfahren
- Erlass von Anordnungen und Bearbeitung von Rechtsbehelfen
- Fälligstellung von Zwangsmitteln/-geldern

Pflegefachkräfte

Die Pflegefachkräfte (Auditoren) überprüfen unter anderem, ob eine angemessene Qualität der Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet ist. Hierunter fallen Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Angehörigen sowie Betreuern. Außerdem werden in diesem Zusammenhang Pflegekontrollen durchgeführt.
Folgende Themen werden bei der Pflegekontrolle durch die Pflegefachkräfte der FQA nach den geltenden Mindeststandards überprüft:

- Körperlicher Pflegezustand, insbesondere der Haut, Haare, Finger- und Zehennägel, Mundhöhle, Gelenke
- Ernährungszustand, inklusive des Ess- und Trinkverhaltens und des Gewichtsverlaufs
- Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz
- Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität
- Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren (Dekubitus)
- Maßnahmen zur Vermeidung von Schmerzen

- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen
- Ärztliche Anordnungen zur Behandlungspflege, wie z. B. der Versorgung von Wunden, Medikamenten
- Kommunikation, Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern
- Formen von Gewalt
- Reaktionszeiten auf Rufe
- fachliche Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen
- fachlicher Umgang mit Hilfsmitteln
- Mitarbeiterqualifikation

Neben den Pflegekontrollen werden auch die dafür notwendigen Dokumentationen der Pflege und des Qualitätsmanagements (z. B. Pflege- und Beschäftigungskonzepte, Pflegestandards) sowie die Umsetzung des Pflegeprozesses geprüft.
Hat eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe in ihrer Vergütungsvereinbarung mit den Kostenträgern nach SGB XI § 113 c (Personalbemessung in vollstationären Einrichtungen – PeBeM) verhandelt, so ist durch Pflegefachkräfte der FQA insbesondere bei Mangelsachverhalten zu überprüfen, ob das Pflegepersonal entsprechend dem notwendigen Pflegebedarf eingesetzt wurde.
Während der Begehungen werden beratende Gespräche mit den pflegerischen Führungskräften (Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitungen), sowie den Pflegekräften geführt.

Sozialpädagogische Fachkräfte

Das Aufgabenfeld der sozialpädagogischen Fachkräfte (Auditoren) umfasst die Überprüfung der Sozialen Betreuung und Lebensbegleitung innerhalb der stationären Altenhilfeeinrichtungen. Schwerpunktmäßig stehen die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner im Mittelpunkt und es ist das Ziel zu eruieren, ob es der Einrichtung gelingt, den Bewohnerinnen und Bewohnern in der aktuellen Lebensphase Lebensqualität zu sichern, ob die Einrichtung die Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner wahrnimmt und berücksichtigt, deren Integration in die Gemeinschaft fördert und den Bewohnerinnen und Bewohnern Möglichkeiten gibt, sich kompetent zu erleben. Im Einzelnen ist hier z.B. wichtig in Augenschein zu nehmen,

- ob die Einrichtung die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner erfasst und akzeptiert, sowie Informationen aus deren Lebensgeschichte und vorliegende Probleme und Ressourcen hinsichtlich einer selbständigen Tagesgestaltung und einer Beteiligung in der Gemeinschaft in Erfahrung bringt und fortlaufend aktualisiert,
- ob sie allen Bewohnerinnen und Bewohnern adäquate Beschäftigungen und Aktivierungen anbieten kann (z.B. Gruppenveranstaltungen, Einzelbetreuung, Kurzaktivierungen, Ausflüge) und diese evaluiert,
- ob Umgangston und Anredeform Wertschätzung ausdrücken,
- ob im Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern angemessene Kommunikationsformen praktiziert werden (z.B. validierende Gespräche bei an Demenz erkrankten Bewohnern),
- ob anerkannte wissenschaftliche Erkenntnisse als Leitlinie dienen und entwickelte Methoden in der Praxis angewandt werden (z.B. Realitäts-Orientierungs-Training (ROT), Biographiearbeit, Milieutherapie),
- ob seelsorgerische Begleitung ermöglicht wird,
- ob die Möglichkeit besteht, ggf. Angehörige in die Betreuung und Lebensgestaltung einzubinden,

- ob (Geronto-) Fachkräfte in die soziale Betreuung einbezogen sind – auch als Ansprechpartner für weitere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der sozialen Betreuung (z.B. Hilfskräfte, zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43 b SGB XI und Ehrenamtliche).

Die Überprüfung bezieht zudem auch strukturelle Faktoren (z.B. Betreuungskonzepte, Beschäftigungspläne, Angebote-Standards, Kommunikationsstrukturen / Informationsfluss, Organigramme, Räumlichkeiten für Beschäftigungen, Beschäftigungsmaterial) mit ein.

In den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe bezieht sich die Überprüfung auf die Grundversorgung, die Wahrung von Schutz und Würde der Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Förderung, Selbstbestimmung und Mitwirkung im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes – weiterhin auf ihre Möglichkeiten zur Teilhabe in der Gemeinschaft (z.B. Arbeitswelt, Integration ins Wohnumfeld) und auf tagesstrukturierende Angebote, hausinterne Freizeitveranstaltungen sowie auf Qualitätssicherung (Fortbildung, Coaching, Supervision, Beschwerdemanagement).

Ärzte

Die Überprüfung der Medikamente beinhaltet u. a. deren Vorhaltung, Lagerung und Beschriftung. Darüber hinaus wird überprüft, ob die Arzneimittel regelmäßig oder nach Bedarf entsprechend den ärztlichen Vorgaben verabreicht werden. Hier liegt ein Schwerpunkt auf dem Umgang mit Betäubungsmitteln und bei der Insulintherapie.
Untersuchungen der Bewohner können bei den unterschiedlichsten Symptomen durchgeführt werden, z. B. bei Atemnot. Jedoch werden auch Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund von Infektionen von der ärztlichen Kraft besucht. In diesem Rahmen wird dann auch überprüft inwieweit entsprechende Hygieneregeln eingehalten werden, um eine Weiterverbreitung zu unterbinden. Im Zusammenspiel mit der Pflegefachkraft werden Wunden beurteilt. Weitere Schnittpunkte mit der Profession Pflege ergeben sich bei Kontrollen im Rahmen der Behandlungspflege (z.B. Überprüfung von Blutzucker- und Blutdruckwerten).
In seltenen Einzelfällen ist es notwendig, dass bei seelischen Erkrankungen von Bewohnerinnen und Bewohnern die Hinzuziehung eines Facharztes erfolgt. Hierfür steht der FQA im Bedarfsfall eine Fachärztin eines anderen Bereiches des Gesundheitsamtes zur Verfügung.
Bei Bedarf oder auf Wunsch der Einrichtung wird von der ärztlichen Kraft zu allen genannten Themen eine Beratung durchgeführt.
Weiterhin wird von der ärztlichen Kraft bei Bedarf, um z. B. Sachverhalte zu klären, auch Rücksprache mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen von einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern gehalten oder die beliefernde Apotheke kontaktiert.
Der Arzt ist auch Ansprechpartner bei vielen medizinischen Fragestellungen (z.B. im Bereich der Infektiologie) sowohl von Seiten der Einrichtungen, als auch deren Bewohner und Angehörigen. Hier kann zum Beispiel der Umgang mit multiresistenten Keimen, ein Ausbruch von Magen-Darm-Erkrankungen sowie das Procedere bei Krätze Thema sein. In diesen Bereichen haben Präventivmaßnahmen einen hohen Stellenwert.
Außerdem überprüft der Arzt i.d.R. die Hygienestandards und deren Umsetzung in der Praxis. Diese Überprüfung kann durch Hygienekontrolleure übernommen werden.

Hygienekontrolleure

Das Aufgabengebiet der Hygienekontrolleure umfasst in erster Linie die Überprüfung der Hygienestandards und deren Umsetzung in der Praxis im Rahmen der Routinekontrollen (siehe auch Ärztin/Arzt), in zweiter Linie jedoch auch die Überprüfung der hygienischen Vorgehensweise von

Fachaufgaben (z. B. Verbandswechsel, Reinigung und Desinfektion von Flächen/Räumen/Hilfsmitteln) im Rahmen von anlassbezogenen Begehungen.
Die Überprüfung der Hygienestandards umfasst u. a. die allgemeine Sauberkeit, die Vorhaltung von Hygienematerial in den Versorgungsräumen, die ordnungsgemäße Aufbewahrung von Versorgungsmaterial und die Aufbewahrung und Entsorgung aller Arten von Müll und Wäsche. Zu den Hygienestandards gehört auch die Überprüfung der Desinfektionsmaßnahmen von Händen, Flächen, von aushängenden Plänen und der eingesetzten Substanzen. Überprüft wird zudem die Einhaltung von Wartungsintervallen, z. B. von Steckbeckenspülern, Liftern und Waagen.
Um Keimverschleppungen zu vermeiden wird der Umgang mit der Bewohner- und Personalwäsche überprüft.
Zusätzlich wird die Wassertemperatur getestet, da einerseits die Wassertemperatur nicht zu niedrig (Gefahr der Legionellenbildung), andererseits nicht zu hoch (Gefahr der Verbrühung) sein darf.
Auch die Lebensmittel- und Medikamentenkühlschränke werden auf ihre Temperatur und die Einhaltung der Temperaturkontrollen überprüft.
In den Wohnbereichsküchen wird die Lagerung von Lebensmitteln (z. B. nach dem Prinzip „First-In, First-Out“ oder nach Verfall) kontrolliert.
Im Rahmen der Routinekontrollen (allgemeine Sauberkeit) und bei anlassbezogenen Begehungen (z. B. bei Beschwerden) wird auf einen möglichen Schädlingsbefall (z. B. Mäuse, Kakerlaken) hin kontrolliert.
Ebenfalls wird überprüft, ob potentiell gefährliche Gegenstände (spitze Scheren/Messer) oder Substanzen (z. B. Desinfektionsmittel) frei für die Bewohner zugänglich sind.

zu 4. Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe in der Stadt Nürnberg

Veränderung der Einrichtungsanzahl und der Platzzahlen (seit 2020)

Plätze (Stand 31.12.)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Veränderung zum Vorjahr
Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	6157	6033	6062	5970	5910	5851	-59
Kurzzeitpflege (seit 01.07. 2023)	0	0	0	20	20	20	0
Hospize	24	22	24	24	24	24	0
Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Erwachsene	101	102	93	92	95	95	0
stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung	414	414	426	442	431	431	0
stationäre Einrichtung für psychisch kranke Menschen	92	92	92	92	82	82	0
Außenwohngruppen	61	61	60	63	53	41	-12
	6849	6724	6757	6703	6615	6544	-71

Plätze (aller Einrichtungsformen der AH bzw. BH zusammengefasst)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	zum Vorjahr
Altenhilfe	6282	6157	6179	6106	6049	5990	-73
Behindertenhilfe bzw. Eingliederungshilfe	567	567	578	597	566	554	19
Gesamt	6849	6724	6757	6703	6615	6544	

Einrichtungen	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Veränderung zum Vorjahr
Stationäre Altenhilfeeinrichtungen	56	56	54	53	53	52	-1
Kurzzeitpflege (seit 01.07. 2023)				1	1	1	0
Hospize	2	2	2	2	2	2	0
Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Erwachsene	13	13	14	14	13	13	0
stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung	13	13	14	14	14	14	0
stationäre Einrichtung für psychisch kranke Menschen	4	4	4	4	4	4	0
Außenwohngruppen	17	17	18	18	17	15	-2
	105	105	106	106	104	101	-3

Anzahl aller Einrichtungsformen der AH bzw. BH zusammengefasst	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Veränderung zum Vorjahr
Altenhilfe	71	71	70	70	69	68	-1
Behindertenhilfe bzw. Eingliederungshilfe	34	34	36	36	35	33	-2
Gesamt	105	105	106	106	104	101	-3

zu 8. Qualitätssichernde Maßnahmen

Anordnungen

Gemäß Art. 13 Abs. 2 PfleWoqG kann durch die zuständige Behörde gegenüber den Trägern eine Anordnung erlassen werden, wenn Abweichungen von den Anforderungen des Gesetzes (PfleWoqG) festgestellt wurden (Mängel), die zur Beseitigung einer eingetretenen oder Abwendung einer drohenden Beeinträchtigung oder Gefährdung des Wohls der Bewohnerinnen und Bewohner oder zur Sicherung der Einhaltung der dem Träger gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten erforderlich sind. Bei erneuten und in Fortsetzung festgestellten Mängeln sowie erheblichen Mängeln soll eine Anordnung getroffen werden.

Ausgesprochene Anordnungen sind in der Regel mit sofortiger Wirkung zu vollziehen und unbefristet. Einzelne terminierte Anordnungspunkte (z. B. Schulungen) behalten bis zur nach nachvollziehbaren Durchführung Gültigkeit.

Zwangsgelder

Das Zwangsgeld ist ein Verwaltungszwangsmittel, um Pflichtige (hier Einrichtungen und Träger) zur Vornahme, Duldung oder Unterlassung einer Handlung zu bewegen. Es dient als Beugemittel, nicht als Strafe. Zwangsgelder können mehrfach angedroht, festgesetzt und beigetrieben werden.

Aufnahmestopp

Eine zielführende Maßnahme zur Abwendung einer drohenden Beeinträchtigung oder Gefährdung des Wohls der Bewohnerinnen und Bewohner oder zur Sicherung der Einhaltung der dem Träger gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten ist ein Aufnahmestopp. Er soll dazu dienen die Pflege und Versorgung der in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern und der Einrichtung die Möglichkeit geben notwendige Korrekturmaßnahmen durchzuführen.

Ein Aufnahmestopp hat in der Regel einen unmittelbaren wirtschaftlichen Einfluss auf die Einrichtung bzw. den Träger, da dieser erst aufgehoben wird, wenn die bemängelten Sachverhalte nicht mehr festgestellt werden können.

Diversity-Check Stadt Nürnberg

Nr.	Prüffragen	Begründung / Bemerkungen	Bewertung
1.	In welcher Weise wirkt sich **das Vorhaben** nach Einschätzung der Verwaltung auf unterschiedliche Personengruppen aus?	Die Bedingungen von Menschen mit Behinderung und erwachsenen Menschen mit Pflegebedarf, die in Pflegeheimen leben sind durch die FQA zu prüfen (1). In Pflegeheimen liegt der Altersdurchschnitt bei ca. 83 Jahren (2). Etwa 69 % der Bewohner, sind Frauen (3). Die Geschlechterverteilung in der stationären Behindertenhilfe ist in etwa gleich verteilt (4).	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
2.	Auf welchen nach den Diversity-Dimensionen differenzierten Daten, Informationen oder Schätzungen basiert **das Vorhaben?**	(1) Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfleWoqG vom 08.07.2008, zuletzt geändert zum 01.08.2023 (2) + (3) Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2021 (4) Bayerisches Landesamt für Statistik, Fünfter Bericht der Bayerischen Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern 03/2022	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
3.	Kann **das Vorhaben** zur Gleichberechtigung / Gleichstellung und Chancengleichheit beitragen?	Die FQA hat laut PfleWoqG die Würde, Interessen und Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen zu schützen. Leitgedanke der FQA ist es, die Lebensqualität der Menschen in allen Einrichtungen, die dem PfleWoqG unterfallen, zu fördern und zu verbessern.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
4.	Welche Auswirkungen auf bestimmte Personengruppen sind mit dem **Einsatz öffentlicher Mittel** zu erwarten?	Die Verantwortung für die Lebensqualität der Menschen in den Einrichtungen und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben liegt laut PfleWoqG bei den Einrichtungen. Die Überwachung obliegt der FQA.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
Gesamtrelevanz			☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant

Anlage:
zur Sitzung des Gesundheits- und
Sozialausschusses am 11.06.2026

Diversity – Anlage zum Tätigkeitsbericht 2025 der FQA/Heimaufsicht

Die sich aus dem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz ergebenden Aufgaben der FQA/Heimaufsicht wirken sich auf alle Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen für ältere oder pflegebedürftige Volljährige, auf Mieterinnen und Mieter von ambulant betreuten Wohngemeinschaften, auf Bewohnerinnen und Bewohner von besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe, einschließlich der betreuten Wohngruppen der Eingliederungshilfe im Stadtgebiet Nürnberg, aus. Folgende Faktoren erscheinen bedeutungsvoll im Sinne des Diversity-Checks:

<u>Bewohner stationäre Pflegeeinrichtungen</u>

- Frauen leben im Durchschnitt in Deutschland immer noch ca. fünf Jahre länger als Männer (83,2 versus 78,5 Jahre).

- Der Anteil von Frauen (68,8 %) in stationären Pflegeeinrichtungen ist mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Männer (31,2 %).

- Frauen leiden häufiger als Männer unter chronischen Erkrankungen (z. B. Muskel- und Skeletterkrankungen wie Arthrose, Osteoporose und Arthritis), Demenz und Multimorbidität (Krankheitshäufigkeit).
  Muskel- und Skelett-Erkrankungen wie Arthrose und Osteoporose kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Ältere Frauen sind deutlich häufiger betroffen als jüngere. Von den Frauen ab 65 Jahren hat fast die Hälfte (42,4%) Arthrose. Jede vierte Frau ab 65 Jahren ist von Osteoporose betroffen (Anfälligkeit von Brüchen steigt).

- Etwa 18,5 % aller Pflegebedürftigen in Bayern leben in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

- Rund drei Viertel der stationär Gepflegten sind 80 Jahre alt oder älter, knapp ein Viertel über 90 Jahre alt.

- Die meisten Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen haben einen Pflegegrad 3 (37,8 %), gefolgt von Pflegegrad 4 (24,7 %) und Pflegegrad 2 (24,4 %).

- Der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung in Bayern von 1990 bis 2019 ist von 15,1% auf 20,5% angestiegen. Dieser Trend zur Alterung der Bevölkerung wird sich in Bayern auch in Zukunft fortsetzen. Bis 2040 wird ein Anteil von bis zu 25,5 % erwartet.

- Der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der gleichaltrigen Bevölkerung nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Von den über 90-Jährigen sind 75,3 % der Männer und 91,4 % der Frauen pflegebedürftig.

- Anzahl der Personen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen stieg zwischen 2021 und 2023 um 5,7 Prozent

- Anzahl an verfügbaren Plätzen in stationären Einrichtungen nahm um 0,5 Prozent ab.

Bewohner stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe

- Menschen mit Behinderung sind deutlich häufiger von Krankheiten betroffen als Menschen ohne Behinderung.

- Ca. 192.000 Menschen leben in Deutschland mit geistiger, körperlicher oder Sinnesbeeinträchtigung in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe

Einrichtungsaspekte

- Eine Einbeziehung von Gender-Aspekten ist erschwert, da Pflege im überwiegenden Maße durch weibliche Pflegekräfte durchgeführt wird. Aktuell stellen Männer nur ca. 18% der Pflegenden in den stationären Einrichtungen.

- Der Großteil der Beschäftigten ist weiblich.

- Der geringe Anteil an männlichen Pflegekräften in den stationären Pflegeeinrichtungen wirkt sich vor allem auf die männlichen Bewohner aus, da es weniger Ansprechpartner des eigenen Geschlechts gibt und spezifische Interessen weniger berücksichtigt werden.

- Die Anzahl von Pflegekräften mit Migrationshintergrund steigt stetig an (aktuell ca. 22,5 %), insbesondere durch Programme zur Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland.

- Die Anzahl der Beschäftigten stieg zuletzt um 0,6 %.

- Rund 44,1 % der Beschäftigten sind 50 Jahre alt oder älter.

- Von den beschäftigten Pflegekräften arbeiten 35 % in Vollzeit und 65 % in Teilzeit.

Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) im März 2026

Quellen (Auswahl):

Bayerisches Landesamt für Statistik Pressemitteilung vom 12.02.2025, Zugriff am 30.03.2026

Bayerisches Landesamt für Statistik, Bayerisches Landesamt für Statistik - GENESIS-Online: Ergebnis 22400-004s, Zugriff am 30.03.2026

Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick, Zugriff am 30.03.2026

Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, 8.2._lebenslagen_der_älteren_bevölkerung_in_bayern.pdf, Zugriff am 30.03.2026

Robert Koch Institut, Journal of Health Monitoring | 1/2022 | Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen, Zugriff am 30.03.2026

Statista, Wohnform von Menschen mit Behinderungen bis 2023| Statista, Zugriff am 30.03.2026

Statistisches Bundesamt, Mehr Pflegebedürftige - Statistisches Bundesamt, Zugriff am 30.03.2026

Statistisches Bundesamt, lebenslagen-behinderte-05-122006.pdf, Zugriff am 30.03.2026

Statistisches Bundesamt, Ausbildung in der Pflege: 8 % mehr neue Auszubildende im Jahr 2025 - Statistisches Bundesamt, Zugriff am 30.03.2026

Statistisches Bundesamt, Altenpflegekräfte arbeiten sehr häufig in Teilzeit - Statistisches Bundesamt, Zugriff am 30.03.2026

„Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz“, BAGüS-Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2024 veröffentlicht – Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, Zugriff am 30.03.2026

Statistisches Bundesamt, Sterbefälle und Lebenserwartung - Statistisches Bundesamt, Zugriff am 30.03.2026

Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) gGmbH, SVR_Factsheet_Jahresgutachten_2022.pdf , Zugriff am 30.03.2026

Berichtsvorlage
Ref.V/005/2026

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	11.06.2026	öffentlich	Bericht

Betreff:
Hitzschutz in Nürnberger Pflegeeheimen und Kliniken
Antrag B90/Die Grünen vom 15.07.2025

Anlagen:
Antrag_B90_Die Grünen_Hitzebelastung in Pflegeeinrichtungen und Kliniken minimieren
Sachverhalt_Hitzeschutz in Pflegeeinrichtungen und Kliniken

Bericht:

Der vorliegende Bericht antwortet auf den entsprechenden Antrag der Stadtratsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen vom 15.07.2025 und gibt einen aktuellen Sachstand zu Hitzeschutzmaßnahmen in Nürnberger Pflegeheimen und Kliniken.

Bezug zum Orientierungsrahmen für eine nachhaltige Jugend-, Familien-, Bildungs- und Sozialpolitik:
Leitlinie 8 - Lebensqualität im Alter und in der Pflege sichern

1. Finanzielle Auswirkungen:

☐ Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ *weiter bei 2.*)

☒ Nein (→ *weiter bei 2.*)

☐ Ja

☐ Kosten noch nicht bekannt

☐ Kosten bekannt

Gesamtkosten	€	**Folgekosten**	€ pro Jahr
		☐ dauerhaft ☐ nur für einen begrenzten Zeitraum	
davon investiv	€	davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	€	davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?
(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

☒ Nein (→ *weiter bei 3.*)

☐ Ja

☐ Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans

☐ Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)

☐ Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

☐ Ja

☒ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

☐ Nein

☒ Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

Die Informationen im Bericht betreffen ältere Menschen unabhängig von kulturellem, religiösem und sozialem Hintergrund oder sexueller Orientierung.

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

☐ **RA und DiP** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)

☒ **Gh**

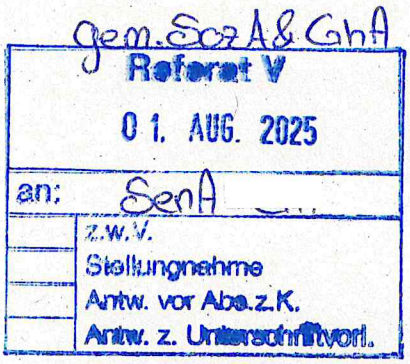
☐

☐

FRAKTION B' 90/DIE GRÜNEN, RATHAUSPLATZ 2, 90403 NÜRNBERG

An den Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg
Marcus König
Rathaus

90403 Nürnberg



BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Stadtratsfraktion Nürnberg

Rathausplatz 2
90403 Nürnberg

Tel: (0911) 231-5091
gruene@stadt.nuernberg.de

Bus: Linie 36, 46, 47 (Rathaus)
U-Bahn: Linie 1 (Lorenzkirche)

Nürnberg, 15.07.2025

Hitzebelastung in Pflegeeinrichtungen und Kliniken minimieren

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,

Hitze belastet insbesondere vulnerable Gruppen wie Senior:innen oder kranke Menschen. Sie können dann schneller unter Überhitzung, verstärkten Krankheitssymptomen, Flüssigkeitsmangel oder psychischen Auswirkungen leiden. Auch die Sterblichkeit steigt gerade für ältere Menschen in Hitzeperioden deutlich an, wie das Statistische Bundesamt berichtet[1].

In Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sind diese Menschen – und auch das Personal – zusätzlichen Herausforderungen ausgesetzt. Hier spielen bauliche, pflegerische sowie organisatorische Aspekte eine große Rolle. Ausreichend kühle Räume, Beschattung, Dämmung und Begrünung sowie Maßnahmen wie Anpassung der Medikamenten- oder Trinkpläne, entsprechende Fortbildungen des Personals o.ä. sind notwendig, damit die Hitze erträglich ist.

Durch präventive und akute Maßnahmen, bauliche Anpassungen und gezielte Notfallpläne können hitzebedingte Gesundheitsrisiken reduziert und die Versorgungsqualität auch während extremer Hitzeperioden sichergestellt werden. Im städtischen Hitzeaktionsplan sind zahlreiche dieser Maßnahmen für Pflegeeinrichtungen in Kooperation mit dem Gesundheitsamt und den Heimaufsichten gelistet (Maßnahme 13). Das aktive Kühlen von Räumlichkeiten und Rückzugsorten für Senior:innen und Kinder wurde auch im Klimaschutzfahrplan der Stadt Nürnberg aufgegriffen und eine Überprüfung der Raumtemperaturen in der Stadtratssitzung vom 25.06.2025 hinzugefügt[2].

Wir stellen deshalb zur Behandlung im zuständigen Ausschuss folgenden **Antrag**:
Die Verwaltung berichtet

- welche baulichen, pflegerischen und organisatorischen Maßnahmen bei Hitze in den Nürnberger Pflegeeinrichtungen und Kliniken ergriffen werden, um die Hitzebelastung für Patient:innen, Bewohner:innen und Personal zu minimieren.

---

[1] Auswertung der unterjährigen Sterbefallzahlen seit 2020 - Statistisches Bundesamt
[2] Anpassung der energetischen Leitlinien für städtische Hochbaumaßnahmen, Punkt 6

Mit freundlichen Grüßen

A. Friedel

Andrea Friedel
stellv. Fraktionsvorsitzende

Beilage x.1
zur gemeinsamen Sitzung des Gesundheits- und Sozialausschusses am 11.06.2026

Hitzeschutz in Nürnberger Pflegeeinrichtungen und Kliniken

Mit dem Antrag der Stadtratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 15.07.2025 wurde die Verwaltung beauftragt zu berichten, welche baulichen, pflegerischen und organisatorischen Maßnahmen bei Hitze in den Nürnberger Pflegeeinrichtungen ergriffen werden, um die Hitzebelastung für Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner und das Personal zu minimieren.

1. Allgemeine Bemerkungen

Nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse ist sicher davon auszugehen, dass Hitzeperioden in den kommenden Jahren bzw. Jahrzehnten zunehmen werden. Damit steigt in Einrichtungen der Akut- und Langzeitpflege die gesundheitliche Belastung für Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern und Pflegekräften gleichermaßen.

Pflegebedürftige und hochaltrige Menschen zählen zur Hochrisikogruppe für hitzebedingte Erkrankungen und Todesfälle. Meist vereinen sich hier unterschiedliche Risikofaktoren wie beispielsweise eine Einschränkung in der Selbstversorgung, chronische Erkrankungen oder auch Medikamenteneinnahme. Aber auch die Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und ambulanten Diensten sind aufgrund ihrer Tätigkeit sowie des Tragens von Berufskleidung besonders durch Hitze belastet.

Angesichts dieser Ausgangslage ist von entscheidender Bedeutung, wie sich die bestehenden Einrichtungen vor den negativen Auswirkungen der Hitze schützen. Auf der strategischen Ebene kommt es darauf an, umfassende Hitzeschutzpläne zu erarbeiten, und zwar für jede Einrichtung individuell. Hitzeschutzmaßnahmen sollten nicht ad hoc und willkürlich, sondern nach einem abgestuften und detailliert festgelegten Vorgehen folgen. Die Pläne sollten baulich-technische Maßnahmen enthalten, mit denen vorrangig das Ziel verfolgt wird, Hitze erst gar nicht ins Gebäude zu lassen. Dies fängt bereits bei der architektonischen Planung an (Lage/Ausrichtung der Einrichtung) und erfordert eine genaue Analyse der spezifischen baulichen Gegebenheiten. Solche Maßnahmen erfordern Entscheidungen der Leitungs- bzw. Vorstandsebene; sie sind in der Regel mit erheblichen investiven Aufwendungen verbunden und daher langfristig zu planen. Auf der praktischen Ebene sind die konkreten Arbeitsabläufe in der Pflege und Betreuung bei Hitzeperioden genau zu beschreiben und entsprechende Verantwortliche und Zuständigkeiten festzulegen.

Hitzeschutzpläne

Ein Hitzeschutzplan sollte kurz-, mittel- und langfristige Hitzeschutzmaßnahmen enthalten:

- Langfristige Maßnahmen: Umsetzung baulicher Maßnahmen wie Beschattungen, Lüftungssysteme, klimaschonende Klimatisierung, Gestaltungen von kühlen Außenbereichen usw. (s.u.)
- Mittelfristige Maßnahmen vor dem Sommer: Schulung des Personals, Einführung eines Sommerspeisenplans, Etablierung von kühlen Pausenräumen, Informationsweitergabe über Aushänge oder Informationsschreiben an interne (z. B. Beschäftigte) und externe (z. B. Besucher) Personengruppen, Planung von kürzeren Einsatztouren
- Kurzfristige Maßnahmen im Akutfall der Hitzeperiode: Anpassung des Betreuungsschlüssels bzw. Mobilisierung von Ehrenamtlichen, um Kapazitäten bei Pflegekräften freizusetzen, Reduzierung der Hitze in den Innenräumen durch Verschattung und aktive Kühlung, auf ausreichende Flüssigkeitsaufnahme der Patient*innen und Bewohner*innen achten, um eine Dehydration zu vermeiden, Umsetzung pflegerischer Maßnahmen, Anpassung der Pausenregelung

Bei der Aufstellung von Hitzeschutzplänen sind die Einrichtungen nicht auf sich allein gestellt, es gibt zahlreiche Empfehlungen und hilfreiche Materialien. Eine Übersicht bietet z.B. das Portal „Hitzeservice“ (https://hitzeservice.de/):

- Das Bundesministerium für Gesundheit hat gemeinsam mit verantwortlichen Akteuren eine Bundesempfehlung „Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser“ erarbeitet. Diese steht als unverbindliche Unterstützung für die Kliniken zur Verfügung.
- Es gibt eine „Bundeseinheitliche Empfehlung des Qualitätsausschusses Pflege zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in Pflegeeinrichtungen und -diensten“[1].
- Das Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München hat einen Hitzemaßnahmenplan für stationäre Einrichtungen der Altenpflege entwickelt und stellt Informations- und Schulungsmaterial zur Verfügung.
- Das Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin stellt Vorlagen für Hitzeschutzpläne für Krankenhäuser, ambulante Praxen, stationäre Pflege, ambulante Pflege, Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von obdach- bzw. wohnungslosen Menschen sowie Apotheken zur Verfügung.
- Das Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen hat Arbeitshilfen für den Hitzeschutz in Krankenhäusern sowie in stationären Pflege- und Wohneinrichtungen erstellt. Sie enthalten eine Checkliste für den Schnelleinstieg, verschiedene Grundlagendokumente sowie detaillierte Handlungsinformationen inklusive einzelner Materialien zur direkten Nutzung.
- Der Kommunikationsleitfaden "Pflegebedürftige Menschen vor Hitze schützen" von KLUG (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit) und ecolo (Agentur für Ökologie und Kommunikation) wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt und bietet allgemeine Informationen zur Gefährdung von pflegebedürftigen Menschen durch Hitze sowie eine praktische Übersicht über verschiedene Möglichkeiten, pflegebedürftige Menschen und Beschäftigte für das Thema Hitze und Hitzeschutz zu sensibilisieren.

Baulich-technische Maßnahmen

Baulich-technische Maßnahmen sind für den langfristigen Hitzeschutz entscheidend, da nur durch sie verhindert wird, dass Hitze überhaupt in die Gebäude gelangt. Kennzeichnend ist, dass es keine Standardliste für bauliche Anpassungen gibt, da die Hitzebelastung in den einzelnen Bauteilen immer gesondert analysiert werden muss.

Grundsätzlich ist es wichtig zu erkennen, dass der Hitzeschutz im Gesamtzusammenhang mit den klimatischen Veränderungen und den Erfordernissen der **Energieeinsparung** gesehen werden muss. Lösungen, die für die Hitzeabwehr wirksam sind, aber viel Energie verbrauchen, sind nicht optimal.

Speziell für den Krankenhausbereich hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V. (DGKH) detaillierte **Empfehlungen für bauliche Maßnahmen** veröffentlicht[2]. Vieles davon lässt sich aber auch auf stationäre Pflegeheime übertragen.

- So ist eigentlich schon bei der Lage und Ausrichtung der Einrichtung der Hitzeschutz mit zu bedenken. Kriterien sind etwa geografische Lage, Nachbargebäude, architektonische Elemente, verschattende Bäume usw. Die Himmelsausrichtung der Patienten- und Bewohnerzimmer ist wichtig (im Idealfall Südost).
- Zu den Gebäudemaßnahmen im Außen- und Innenbereich zählen z.B. die Wärmedämmung von Fassade und Dach, Innendämmung (z.B. von Geschossdecken), Fassaden- und Dachbegrünungen, Solaranlagen (die auch das Dach vor Sonneneinstrahlung schützen), Farb- und Materialwahl von

[1] Link: https://gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2025/12/20251202_Bundeseinheitliche-Empfehlung-Hitzeschutzplaene-gem.-%C2%A7113b-Abs.-4-Satz-3-SGB-XI_akt.pdf

[2] Abrufbar unter: https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/134_139_DGKH_Empfehlung_HM_78_24.pdf

Fassade und Dach, Sonnenschutzsysteme, Möglichkeiten passiver Kühlung, Frischluftschneisen usw.

- Zu den technischen Kühlungsmaßnahmen gehören z.B. Klimaanlagen (stationär oder mobil), zentrale Kühlsysteme (z. B. Kaltwassersätze), raumlufttechnische Anlagen (RLTA), Verdunstungskühlung, Schaffung kühler Räume, Ventilatoren (die jedoch nur eingeschränkt wirksam bei extremer Hitze und problematisch in Bezug auf Hygiene sind).
- Ferner sind verschiedene Maßnahmen bei Freiflächen und Außenanlagen in Betracht zu ziehen, z.B. Begrünungskonzepte, „blaugrüne Infrastruktur" (Wasser- und Grünflächen), Schaffung beschatteter Flächen, Trinkwasserbrunnen usw.

In diesem Spektrum gibt es auch Beispiele für einfache Maßnahmen, die ohne viel Technik und große bauliche Eingriffe erfolgreich sein können und ausschließlich in den Innenräumen ansetzen, beispielsweise der Innenanstrich (spezielle Farbbeschichtungen) und Spezialgardinen. In jedem Fall ist aber analytisch zu klären, wo genau im Gebäude die Schwachstellen sind, die z.B. die Hitze von unten nach oben treiben (Fenster, Außenwände, Dachflächen usw.). Es kommt also immer auf den Einzelfall an, welche baulich-technischen Maßnahmen zur Hitzereduzierung beitragen können.

Bezüglich der Krankenhäuser ist zu noch bemerken, dass hier auch höhere gesetzliche Schutzanforderungen bestehen, insbesondere betreffs der technischen Geräte, Operationssäle, Arzneimittelaufbewahrung oder Intensivstationen. Außerdem ist zu bedenken, dass durch die Umsetzung einiger baulich-technischer Schutzmaßen Konflikte mit der (notwendigen) Tageslichtversorgung sowie Hygieneaspekten entstehen können.

Häufig sind die Einrichtungen in älteren Bestandsgebäuden untergebracht und haben weder ausreichenden baulichen noch technischen Schutz vor Hitze. Nachträgliche Maßnahmen an der Gebäudehülle wie Dämmung, Dach- oder Fassadenbegrünung sind aufwändig, teuer und oftmals baulich nicht oder nur eingeschränkt umsetzbar. Gleiches gilt für technische Lösungen wie Lüftungs- und Klimaanlagen, darüber hinaus werden sie im medizinischen und pflegerischen Kontext oft kritisch gesehen. Und selbst außenliegender Sonnenschutz an den Fenstern wird nicht selten aufgrund hoher Kosten zurückgestellt.

Anpassung der pflegebezogenen Arbeitsabläufe in Hitzeperioden

In den Hitzeschutzplänen sollten konkrete Maßnahmen und Abläufe gesondert nach den Hitzewarnstufen des DWD beschrieben sein. Doch bereits im Vorfeld von Hitzeereignissen sind verschiedene Aspekte zu klären, beispielsweise eine personenbezogene Risikobewertung, die Erfassung des hitzerelevanten Ist-Bauzustand, die Planung Kühler Orte und Erholungsbereiche (Außenbereiche, „Kälteinseln" etc.), die ärztliche Überprüfung der Medikation, die Prüfung der Lagerungsbedingungen der Arzneimittel, die Bestandsprüfung bzw. Bevorratung von Trinkwasser, Wäsche etc., die Vorbereitung von Ernährungskonzepten (Sommerspeiseplan) und die Prüfung der Verfügbarkeit von Bedarfsartikel und Hilfsmittel für Pflege (z.B. Waschschüsseln, Fächer, Kühlpacks, Ventilatoren).

Abgestuft nach den Hitzewarnstufen des DWD sollten dann einzelne Festlegungen bezüglich der Temperaturreduktion, Ernährung, Patientenedukation, Personalplanung und Versorgungspraxis gut beschrieben sein.

Zu den patienten- bzw. bewohnerbezogenen Maßnahmen gehören z.B. die regelmäßige Überprüfung der Raumtemperatur, aktives Hydrationsmanagement, Kühlmaßnahmen (z. B. feuchte Tücher, Kühlwesten), leichte Kleidung und Bettwäsche und auch Anpassung der Medikation; dies ist besonders relevant bei älteren Menschen, chronisch Kranken und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Zu den personalbezogenen Maßnahmen gehören z.B. die Anpassung von Dienstplänen (z. B. mehr Personal in heißen Phasen), die Verlagerung belastender Tätigkeiten in kühlere Tageszeiten, Hitzepausen,

Trinkangebote, Kühlwesten, Kühlräume für Mitarbeitende, Schulungen zu Symptomen von Hitzschlag und (speziell in Krankenhäusern) die Reduktion nicht notwendiger Eingriffe bei Extremhitze.

2. Situation in den Nürnberger Pflegeheimen

Der gültige Hitzeschutz-Aktionsplan der Stadt Nürnberg (Maßnahme 13) konstatiert für Pflegeeinrichtungen, dass die Einrichtungen bereits über Hitzepläne verfügen, bei der Umsetzung von baulich technischen-Maßnahmen jedoch Handlungsbedarf bestehe. Es werden eine Reihe von möglichen Maßnahmen genannt, die zur kurzfristigen Umsetzung und langfristigen Hitzereduktion dienen können. Welche Maßnahmen im einzelnen ergriffen worden sind bzw. längerfristig umgesetzt werden sollen, ist empirisch zu ermitteln.

Daher hat die FQA eine Umfrage in den Nürnberger Pflegeheimen durchgeführt, der Erhebungszeitraum reichte vom 15.12.2025 bis zum 10.02.2026.

Dabei wurden das Vorhandensein eines aktuellen Hitzeschutzkonzepts abgefragt, ferner bestehende baulich-technische Maßnahmen (Klimaanlage, Ventilatoren, Verschattung von außen, Sonnenschirme, Markisen, Sonstiges), ausreichende Lüftungsmaßnahmen, Maßnahmen zur Flüssigkeitssubstitution (Bewohnende und Mitarbeitende), Anpassung des Speiseplans, Kühlende Bettwäsche für Bewohnende, kühlende Kleidung für Mitarbeiter, Festlegung eines/r Hitzeschutzbeauftragten, Fortbildungen der Mitarbeitenden zum Hitzeschutz (Angebote / Planung), sowie weitere Planungen und Wünsche.

Insgesamt haben 31 Pflegeheime vollständig auswertbare Fragebögen ausgefüllt, was einer Quote von 62 Prozent aller bestehenden Heime entspricht[3]. Die älteste Einrichtung ging bereits 1911 in Betrieb, die jüngste nahm den Betrieb 2025 auf. Alle Einrichtungen, die nach 2012 eröffneten, gaben an, einen Garten zu haben.

61 % der Einrichtungen teilten mit, dass sie ein aktuelles Hitzeschutzkonzept (nicht älter als zwei Jahre) hätten. 55 % der Einrichtungen haben Warnsysteme zur Früherkennung von Hitzeperioden; die meisten davon nutzen dafür die Informationen des Deutschen Wetterdienstes.

Bauliche Maßnahmen

Gut 19 % der Einrichtungen nutzen eine Klimaanlage, weitere 29 % nutzen diese teilweise. Ventilatoren kommen bei allen Einrichtungen zum Einsatz; es wurde aber auch mitgeteilt, dass der Einsatz von Ventilatoren aufgrund der Zugluft oftmals durch die Bewohnerinnen und Bewohner abgelehnt werde.

Verschattende Maßnahmen von außen werden von allen Einrichtungen angewandt, bei 13 % jedoch nur teilweise. Bei einigen wenigen Einrichtungen kommen sonstige Maßnahmen wie Flachdachbegrünung, mobile Klimageräte oder Deckenventilatoren zum Einsatz. Darüber hinaus ist in allen Wohnbereichen und Gemeinschaftsräumen eine ausreichende Lüftung möglich.

Essen/Trinken

In Hitzeperioden werden in allen antwortenden Einrichtungen Maßnahmen bezüglich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung angewandt.

Was die Bewohnenden betrifft, so werden in allen Einrichtungen zusätzliche Getränke und wasserreiches Obst bereit gestellt, in der Mehrheit der Einrichtungen Kaltschalen (19), Trinkbrunnen/Refillstationen (18) oder andere Maßnahmen (12); zu diesen „anderen Maßnahmen“ wurden u.a. Eistee, Eis,

[3] Die nachfolgenden Prozentangaben beziehen sich auf diese 31 Pflegeheime.

alkoholfreie Cocktails und zusätzliche Flüssigkeitsgaben bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Ernährungssonden genannt.

Für die Mitarbeitenden werden in allen Einrichtungen zusätzliche Getränke gereicht; in der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen werden wasserreiches Obst (23), Trinkbrunnen/Refillstationen (17) und Kaltschalen (10) zur Verfügung gestellt oder anderes (7), z.B. kostenloses Eis/Wassereis, zur Flüssigkeitssubstitution angeboten. Zudem wird vereinzelt besonders auf die Einhaltung der Pausenzeiten geachtet und die Mitarbeitenden zum Trinken angehalten.

In 94 % der Einrichtungen wird der Speiseplan für die Bewohnerinnen und Bewohner an heiße Außentemperaturen ganz oder teilweise angepasst. Dazu gehören z.B. zusätzliche Salatteller, vermehrt leichte Kost, Vermeidung schwerer Speisen, Ersetzung von Pudding durch wasserreiches Obst usw.

Wäsche/Kleidung

Etwa 55 % der Einrichtungen gab an, dass sie den Bewohnenden leichte, luftdurchlässige, atmungsaktive Bettwäsche zur Verfügung stellen.

Etwa 45 % der Einrichtungen gaben an, den Mitarbeitenden kühlende Dienstkleidung für Hitzeperioden zur Verfügung zu stellen. Kühlwesten für Mitarbeitende werden nur in einer der antwortenden Einrichtungen eingesetzt.

Medikamentenmanagement

Etwa 80 % der Einrichtungen gab an, auch bei einer Innenraumtemperatur über 25 ° Celsius geeignete Aufbewahrungsmöglichkeiten für die Lagerhaltung der Medikamente zu haben. Einige wenige Einrichtungen gaben an, keine geeignete Aufbewahrungsmöglichkeiten zu haben; diese Einrichtungen planen z.T. den Einbau von Klimaanlagen.

Betreuungsangebote

Die Angebote der sozialen Betreuung werden in allen Einrichtungen an die heißen Temperaturen angepasst. Beispielsweise werden Angebote zur Mittagszeit auf kühlere Tageszeiten verschoben, oder die Einzelbetreuung werde intensiviert. Insgesamt werden die Abläufe der sozialen Betreuung angepasst.

So werden körperlich belastende Angebote vermieden, Angebote in kühlere Räume oder in die Vormittagsstunden verlegt. Angebote im Freien werden im Schatten durchgeführt, dazu werden kühlende Getränke angeboten. Auch während der Angebote werden Trinkpausen eingeplant.

Bei Aktivitäten im Freien wird auf Kopfbedeckungen geachtet und Sonnencreme verwendet. Zudem wurde genannt, dass Getränkespiele, kühlende Arm- und Beinaufgüsse, kalte Kompressen und Fußbäder durchgeführt werden. Weitere einzelne Nennungen betreffen ein Planschbecken auf der Terrasse sowie Spaziergänge in den Abendstunden.

Geplante Hitzeschutzmaßnahmen

Im Freitext haben die antwortenden Einrichtungen eine Vielzahl von Maßnahmen benannt, die konkret für die nähere Zukunft geplant sind (z.T. mehrfach genannt):

- Anschaffung von Klimageräten für Stützpunkte und Büros
- Anschaffung weiterer Ventilatoren
- Anschaffung von Markisen auf Balkonen
- Hitzeschulungen in Zusammenarbeit mit Hausärzten

- Mitarbeiterschulungen
- Schulung von Angehörigen (z.B. zur Beschaffung leichter Kleidung)
- Schaffung klimatisierter Räume, Klimaanlage
- Schaffung von Hitzeschutzräumen
- Erstellung eines Lüftungsplans
- Erstellung eines Hitzeschutzkonzepts
- Evaluation des vorhandenen Hitzeschutzkonzepts
- Umstellung der EDV-Dokumentation auf Tablets (wg. Aufheizung)
- Mehr Bepflanzung, Erweiterung des Gartens
- Zusätzliche Beschattungen
- Ausbau der Medikamentenkühlmöglichkeiten
- Enge Kooperation mit Hitzebeauftragten des Trägers
- Anbringung von Thermometern in Wohn- und Gemeinschaftsräumen
- Mehr Angebote bei der Essensversorgung
- Stellung von Förderanträgen

Zu den gewünschten Maßnahmen zählen: Kollegialer Austausch, Informationsmaterial, mehr Klimageräte, selbstschließende Jalousien/Rollläden, „mehr Einsicht" der Bewohnenden zu Anpassungen in der Essensversorgung, bessere Absprachen mit Hausärzten zur Medikation (z.B. Diuretika), frühzeitige Hitzewarnungen, sowie sehr häufig Finanzierungshilfen bei der Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen.

Zusammenfassung, Fazit

Von den aktuell 50 stationären Pflegeeinrichtungen in Nürnberg meldeten 31 verwertbare Daten zum Hitzeschutz zurück. Insofern geben die Rückmeldungen einen guten, wenn auch nicht vollständigen Überblick über die gegenwärtigen Maßnahmen und Anstrengungen zur Vermeidung von Belastungen in Hitzeperioden.

<u>Kühlung der Räumlichkeiten</u>
Alle antwortenden Einrichtungen teilten mit, über Außenbeschattungen zu verfügen. Auch die vorhandenen Gärten seien überwiegend beschattet. Positiv erscheint insbesondere, dass sowohl die bestehenden Beschattungsanlagen der Gebäude als auch der Gärten ausgebaut werden sollen.
Zur Verringerung der Raumtemperaturen nutzt bislang nur ein geringer Anteil der Einrichtungen Klimaanlagen (knapp 20 %, weitere knapp 30 % nutzen teilweise Klimaanlagen). Zur Abkühlung werden überwiegend mobile Klimageräte und Ventilatoren eingesetzt, wobei nicht alle Bewohnende mit den Geräten zurechtkommen. Die Einstellung der Mitarbeitenden zum Einsatz von Klimaanlagen und/oder Ventilatoren wurde nicht abgefragt.
Insgesamt erscheinen im Ausbau von Klimaanlagen bzw. der Anschaffung von Klimageräten noch quantitative Potentiale vorhanden.

<u>Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement</u>
Hier haben die Einrichtungen die Bedürfnisse der Bewohnenden und Mitarbeitenden erkannt. In den allermeisten Einrichtungen werden Angebote gemacht bzw. angepasst. Möglicherweise könnte ein kollegialer Austausch z.B. zwischen den Einrichtungen und regionalen Trägern (best practice) weitere Verbesserungen bringen.

<u>Wäscheversorgung</u>
Im Bereich der Wäscheversorgung kann lediglich die Hälfte der antwortenden Einrichtungen angepasste Bettwäsche für die Bewohnenden vorweisen. Noch weniger Einrichtungen haben angepasste Dienstkleidung für die Mitarbeitenden. Kühlwesten oder andere kühlende Kleidungsstücke werden bis auf eine Ausnahme bislang nicht in den Einrichtungen verwendet.

Medikamentenaufbewahrung

Ein nicht zu vernachlässigender Anteil (16 %) der Einrichtungen gab an, keine ausreichenden Aufbewahrungsmöglichkeiten für Medikamente für Raumtemperaturen über 25 ° Celsius zu haben. Da dies eine potentiell Gefährdung der Bewohnenden bedeutet, sind in den betroffenen Einrichtungen diesbezüglich umgehend Maßnahmen zu ergreifen.

Soziale Betreuung

Im Bereich der Betreuung ergeben die Rückmeldungen insgesamt ein positives Bild, es wurden viele sinnvolle Maßnahmen benannt. Auch hier könnte ein kollegialer Austausch zwischen den Einrichtungen und Trägern weitere Verbesserungen bringen.

Ausblick

Viele Einrichtungen planen, ihre Infrastruktur durch Hitzeschutzmaßnahmen zu optimieren. Dies schließt auch wärmeabgebende Alltagsgeräte mit ein. Darüber hinaus wollen die Einrichtungen Hitzeschutzkonzepte erstellen (wo noch nicht vorhanden) bzw. evaluieren und anpassen.

Zudem wollen sie die Bewohnenden, Angehörigen sowie Mitarbeitenden (noch stärker) sensibilisieren und informieren. Eine verbesserte Kommunikation mit der Hausärzteschaft zur Therapieoptimierung wird als sinnvoll angesehen.

Neben der Verbesserung der Infrastruktur wünschen sich die Einrichtungen einen kollegialen Austausch und vor allem bessere Finanzierungsmöglichkeiten, um die notwendigen Anschaffungen umsetzen zu können.

3. Situation in den Nürnberger Kliniken

In Nürnberg gibt es laut Übersicht des Gesundheitsamtes insgesamt 19 Kliniken, davon haben allerdings nur sechs Häuser mehr als 50 Betten. Daher basieren die folgenden Aussagen auf den „großen" Krankenhäusern in Nürnberg; mit diesen hat das Seniorenamt mündliche Interviews geführt. Kleine, größtenteils spezialisierte Privatkliniken bleiben in der Analyse außen vor.

Krankenhaus	***Adresse***	***Bettenzahl****	***Eigentümer***
Klinikum Nürnberg Nord	Prof. Ernst-Nathan-Str. 1	1.125	Klinikum Nürnberg AöR
Klinikum Nürnberg Süd	Breslauer Str. 201	929	Klinikum Nürnberg AöR
Klinik Hallerwiese – Cnopfsche Kinderklinik	St.-Johannis-Mühlgasse 19	285	Diakoneo bzw. Klinikum Nürnberg AöR ab 2027
Krankenhaus Martha-Maria	Stadenstr. 58	310	Diakoniewerk Martha-Maria e.V.
St. Theresien Krankenhaus	Mommsenstr. 24	230	Diakoniewerk Martha-Maria e.V.
Dr. Erler Kliniken	Kontumazgarten 4-19	220	Kliniken Dr. Erler gGmbH

*Quelle: https://www.statistikportal.de/de/krankenhausatlas (Statistisches Bundesamt/Destatis).

Die Interviews wurden mit entsprechenden Beauftragten für den Hitzeschutz geführt, überwiegend mit Personen, die langfristige, übergreifende Konzepte für den Hitzeschutz in mehreren Krankenhäusern (teilweise auch in anderen sozialen Einrichtungen wie KiTas) erarbeiten. In der Praxis müssen natürlich auch die Pflegedienstleitungen für die Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen sorgen.

In den mündlichen Interviews wurden folgende Themen besprochen:

- Welche Hitzeschutzmaßnahmen gab es in den letzten 1, 2 Jahren?
- Gibt es ein spezielles umfassendes Hitzeschutzkonzept?
- Welche Maßnahmen gibt es für Patientinnen und Patienten bzw. Mitarbeitende?
- Sind investive bauliche Maßnahmen geplant?

Klinikum Nürnberg

Mit der strategischen Weiterentwicklung des Hitzeschutzes im Klinikum Nürnberg ist vorrangig der Bereich Unternehmensentwicklung (Nachhaltigkeitsmanagement) befasst.

Das Klinikum hat für den Standort Nord (Campus Nord) ein umfassendes Klimaanpassungskonzept erarbeitet. Gefördert wurde das Vorhaben durch das Bundesumweltministerium im Rahmen der Förderrichtlinie "Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen" (AnpaSo); dieses unterstützt soziale Einrichtungen dabei, sich gegen die Folgen der Klimaerhitzung zu wappnen. Gefördert werden mit diesem innovative Modellvorhaben mit Vorbildcharakter, die notwendige Klimaanpassungsprozesse im Gesundheits-, Pflege- und Sozialsektor systematisch und ganzheitlich anstoßen und umsetzen. Die Umsetzung des Projekts im Klinikum Nürnberg erfolgte in Zusammenarbeit mit der ‚Findig Projekt GmbH' aus Dresden.

Das nun erarbeitete Klimaanpassungskonzept umfasst eine Bestandsaufnahme und Analyse der aktuellen Situation, die Entwicklung eines Maßnahmenplans sowie eine Bewertung möglicher naturbasierter Lösungen. Ziel ist es, das Klinikum klimaresilient weiterzuentwickeln, sowohl zum Schutz der vulnerablen Menschen als auch zur Stärkung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden.

Teil der Bestandsaufnahme ist u.a. eine detaillierte Schwachstellenanalyse. Beispielsweise gibt es Gebäudeteile mit großen Glasflächen, die nicht beschattet sind. Hierfür wurde aufgezeigt, welche Maßnahmen passend sind (z.B. Begrünungen). Nicht für jeden Gebäudeteil sind Maßnahmen notwendig, eher an „gebäudetechnischen Hotspots". Ein großer Hebel ist die Gebäudetechnik, die aber auch erhebliche finanzielle Ressourcen erfordert.

Die Bestandsanalyse zeigt, dass der Campus Nord eine hohe Verdichtung der Trakte aufweist. Teilweise stammen die Gebäude noch aus dem 19. Jahrhundert, manche Gebäudeteile sind nicht verschattet. Finanzielle Eigenmittel für eine umfassende Ertüchtigung sind nur in geringem Maße vorhanden. Jalousien und Außenbeschattungen in neuen Klinikteilen des Campus Nord sind ausreichend vorhanden; beim Campus Süd ist eine andere Bewertung nötig, hier ist die Bauweise einen ganz andere (z.B. viel Beton). Aus diesem Grund ist für den Campus Süd ein eigenes, spezifisches Klimaanpassungskonzept notwendig. Die Erarbeitung eines solchen Konzepts kann bei Wiederauflage des AnpaSo-Förderprogramms geplant werden.

Das Maßnahmenpaket enthält Vorschläge für priorisierte Maßnahmen in drei Gebäudeteilen. Konkrete, wirksame und nachhaltige Maßnahmen sind z.B. Dach- und Fassadenbegrünungen, Entsiegelungen von Flächen, schattenspendende Bepflanzungen und auch die Anlage von Wasserflächen (blaugrüne Infrastruktur).

Darüber hinaus liegt bislang ein Schwerpunkt der Hitzeschutzarbeit auf nicht-investiven, organisatorischen Maßnahmen. Besonders die Information der Bevölkerung bzw. Patientinnen und Patienten ist weit vorangeschritten: eine eigene Website („Hitzeschutz am Klinikum") bietet umfassende, leicht zugängliche und verständliche Informationen, enthält Videos und Ratgeber auch für Angehörige und Personal zum Verhalten bei Hitze.

Ein spezifischer interner Hitzeschutzplan ist erstellt worden, der mögliche organisatorische Maßnahmen bei Hitze darstellt, an denen sich die Stationen orientieren können.

Zum Ist-Stand des Hitzeschutzes lässt sich weiterhin Folgendes sagen:

- Generell werden alle gesetzlichen Vorgaben zu Hygiene und Arbeitsschutz umgesetzt.
- Raumluftanlagen in den OP´s und wichtigen Komplexen der Diagnostik sind vorhanden.
- In den Patientenzimmern sind keine Klimaanlagen vorhanden.
- Die Medikamentenaufbewahrung (u.a. in der hauseigenen Apotheke) in Hitzeperioden ist eine Herausforderung. Auf den Stationen werden temperaturempfindliche Medikamente in Kühlschränken gelagert.
- Hitzeschutzmaßnahmen für Mitarbeitende sind auf jeder Station spezifisch. Es gibt einen „Werkzeugkoffer" (Hitzeschutzplan, s.o.) hierfür; für die Umsetzung sind die PDL und MDL verantwortlich.
- Es erfolgt eine engmaschige Überwachung gefährdeter Patienten (u.a. hinsichtlich der Trinkmengen, notwendige Anpassung der Medikation).
- Die Ablaufanpassung in Hitzeperioden ist detailliert ausgestaltet, körperliche Belastungen werden nach Möglichkeit in kühlere Tageszeiten verlegt.

Große, konkrete Bauprojekte in Zukunft sind die Kinderklinik (Campus Süd) und das Zentrum für seelische Gesundheit (Nord); bei beiden werden die erarbeiteten Klimaaspekte umfassend berücksichtigt.

Insgesamt erscheint das Klinikum Nürnberg gut aufgestellt für Hitzeereignisse. Ein langfristiges Klimaanpassungskonzept für den Campus Nord ist entwickelt worden und enthält die Priorisierung von Maßnahmen. Bei Neubauten bzw. künftig auch im Bestand sind z.B. Dachbegrünungen, innovative Kühlsysteme u.v.m. geplant, generell werden die Gebäude „hitzeresilient" gemacht. Ein spezifischer Hitzeschutzplan liegt vor und enthält verbindliche Handlungsleitlinien für Hitzewellen, abgestuft nach Warnstufen (DWD-Hitzewarnungen). Für das Klinikum, aber auch für alle anderen Krankenhäuser, wäre allerdings die Weiterführung und/oder Neueinführung von Förderprogrammen (z.B. Fortsetzung des AnpaSo-Programms) äußerst hilfreich; dies würde notwendige bauliche Hitzeschutzanpassungen erheblich beschleunigen.

Klinik Hallerwiese

Die Klinik Hallerwiese der (vormaligen) Diakonie Neuendettelsau blickt auf eine über hundertjährige Geschichte zurück, die Cnopfscher Kinderklinik sogar noch auf eine etwas ältere. Der Zusammenschluss beider Kliniken erfolgte 1987, ab dem 1.1.2027 werden beide Kliniken vom Klinikum Nürnberg übernommen. Bis dahin gilt, dass der der bisherige Träger (Diakoneo) verantwortlich bleibt, 2026 läuft eine Übergangs- und Integrationsphase zwischen beiden Häusern. Insofern werden die künftigen Hitzeschutzmaßnahmen der Hallerwiese vom Klinikum Nürnberg koordiniert, doch selbstverständlich sind schon in der Vergangenheit Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Hitzeschutz ergriffen worden.

Für Auskünfte standen die Hitzebeauftragte die Hygienebeauftragte der Klinik zur Verfügung. Demnach wurden in den vergangenen zwei Jahren folgende Maßnahmen im Bereich Hitzeschutz umgesetzt:

a) baulich-technische Maßnahmen:

- Anbringung von Hitzeschutzfolien an süd- und westseitig ausgerichteten Fenstern.
- Installation von kühlenden Vorhängen.
- Bereitstellung von Ventilatoren (teilweise mit Filtern in sensiblen Bereichen).
- Einsatz von Klimageräten unter dem Dach.

b) Maßnahmen für Mitarbeitende, Patientinnen und Patienten

- Erstellung und Verteilung von Informationsflyern sowohl für Mitarbeitende als auch Patientinnen und Patienten während der Hitzeperioden.
- Kühlmittel für Personal: Bereitstellung von kühlendem Spray zur Gesichtserfrischung für Mitarbeitende, zahlreiche Wasserspender.

- Zweimal wöchentlich Verteilung von Wassereis bei Temperaturen über 30 ° Celsius.
- Personalplanung: Schaffung flexibler Arbeitsmöglichkeiten für Mitarbeitende mit Büro- oder Computertätigkeiten (Homeoffice sowie variable Arbeitszeiten, z.B. früherer Beginn.

Ein formelles, nach Warnstufen abgestuftes Hitzeschutzkonzept ist zwar nicht vorhanden, dagegen besteht ein enger Austausch zwischen Qualitätsmanagement und den Hitze- bzw. Hygienebeauftragten über konkrete Maßnahmen im Bedarfsfall inklusive deren Kontrolle.

Zur Raumkühlung in Hitzeperioden besteht generell eine enge Zusammenarbeit mit der Haustechnik (d.h. Prüfung der Vorhänge, Außenrollos etc.). Klimaanlagen werden in Patientenzimmern aus hygienischen Gründen abgelehnt, jedoch zur sachgerechten Medikamentenlagerung teilweise eingesetzt. Ventilatoren in Patientenzimmern bringen ebenfalls hygienische Probleme mit sich. Weitere bauliche Grundmaßnahmen wie Gebäudedämmung sind aktuell nicht vorgesehen, ebenso nachträgliche Begrünungen der Fassaden bzw. Dächer.

Über temperaturangepasste Kleidung für Pflegekräfte wie etwa Kühlwesten wurde sich eingehend informiert. Dies wird aber eher kritisch gesehen, da sie auch eine (Gewichts-)Belastung für die Pflegekräfte darstellen würden. Daher wird das Augenmerk eher auf kühlende Räume für das Personal gelegt. Ebenfalls bezüglich des Personals gibt es die Möglichkeit flexibler Arbeitszeiten und verstärktem Homeoffice, zumindest für Bürokräfte. Bei den Patienteninnen und Patienten wird darauf geachtet, dass sie bei festgestellter besonderer Hitzeempfindlichkeit nach Möglichkeit Zimmer mit Nordseite erhalten.

Theresien-Krankenhaus und Krankenhaus Martha-Maria

Das St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg gehört seit 2024 zum Verbund des Diakoniewerks Martha-Maria (Vertragsabschluss am 21. Juni 2024); seitdem bilden das frühere St. Theresien-Krankenhaus und das Krankenhaus Martha-Maria gemeinsam das „Krankenhaus Martha-Maria St. Theresien“. Es handelt sich dabei um eine Fusion zweier zuvor getrennt geführter Kliniken (katholisch und evangelisch geprägt). Die organisatorische Zusammenführung ist im Wesentlichen abgeschlossen, die schrittweise Integration der Abläufe ist ein laufender Prozess. Durch die Fusion können Spezialisierungen stärker gebündelt und langfristig eine effizientere Versorgung sichergestellt werden.

Die folgenden Informationen gründen vorwiegend auf einem Interview mit der Klimaanpassungsbeauftragten, die als Stabsstelle bei der Direktion des Diakoniewerks Martha Maria angesiedelt ist; sie ist auch zuständig für klimatische Extremereignisse (z.B. Starkregen, Sturm). Diese Projektstelle Klimaanpassungsmaßnahmen wurde vom Bundesumweltministerium (BMUKN) finanziert. Die Gesamtverantwortung für investive Maßnahmen liegt bei der Kaufmännischen Leitung des Konzerns, für die Umsetzung der Hitzeschutzmaßnahmen im Arbeitsalltag ist die jeweilige Pflegedienstleitung zuständig.

Eine Sensibilisierung für das Thema Klimawandel generell und seine Auswirkungen auf den Arbeitsschutz ist erfolgt, Vorstand und Geschäftsführung unterstützen die Befassung mit dem Problemfeld. Bezüglich der baulich-technischen Bedingungen wurde eine umfangreiche Analyse der klimatischen Bedingungen bzw. Wirkungen vorgenommen und ein darauf basierender Maßnahmenkatalog mit Vorschlägen erarbeitet. Dazu gehören bspw. Fensteraustausch, Begrünungen, Anbringung von Sonnenschutzfolien und Außenverschattungen sowie automatisierte Nachtluftkühlungen und Cooling-Rooms. Der Maßnahmenkatalog wird dem Vorstand vorgelegt und nachfolgend eine entsprechende Priorisierung vorgenommen[4].

Direkte Eingriffe in die Bausubstanz der Krankenhäuser sind bislang nicht erfolgt, es wurden aber in den vergangenen Jahren verstärkt Hitzeschutzfolien an den Fenstern angebracht und auch Hochbeete

[4] Das Strategiepapier bzw. der Maßnahmenkatalog berücksichtigt übrigens nicht nur die beiden Nürnberger Krankenhäuser, sondern alle Einrichtungen des Konzerns.

angelegt. Zu den Vorschlägen des Maßnahmenplans, die als erstes umgesetzt werden können, gehören hitzeabweisende Fassadenfarben und Fassadenbegrünungen für die Westseiten.

Für die Innenräume gilt, dass eine sorgfältige Abwägung der Hitze- mit der Energieplanung erfolgen muss. Das wird klar, wenn man bedenkt, dass ein Krankenhauszimmer im Schnitt so viel Energie wie vier Einfamilienhäuser verbraucht. Außerdem heizen sich die Zimmer in den Gebäuden teilweise sehr unterschiedlich auf, daher sind entsprechende Differenzierungen vorzunehmen. Beispielsweise spielt die Wahl der Beleuchtung eine große Rolle, LED-Lampen etwa werden deutlich weniger heiß und sparen reichlich Energie. In diesen und anderen Fragen ist vor allem die Kooperation mit bzw. von Architekten und Technikern wichtig.

Für beide Häuser gibt es einen Hitzeaktionsplan, abgestuft nach Warnmeldungen des Deutschen Wetterdienstes (DWD): es gibt die Aktionsstufen 0, 1, 2, 2A (wenn tagsüber 32° C, mindestens 2 Tage) und 2B (wenn tagsüber 38° C, mindestens 2 Tage). Für die Mitarbeitenden gibt es eine ganze Reihe von Maßnahmen, z.B. kostenlose Getränke und Eis, Kühltücher etc. Ein Sommerspeiseplan ist ebenfalls geplant.

Für eine ausreichende Kühlung der Medizinprodukte ist gesorgt, wobei manche Medikamente bis 25 ° Celsius haltbar sind. Die Medikamentenkühlung hat auch Priorität für die Hitzeschutzbeauftragten, die sich dabei eng mit Apotheken abstimmen.

Ein bundesweites Investitionsprogramm für bauliche Hitzeschutzmaßnahmen an Krankenhäusern (siehe Abschnitt Klinikum) wäre dringend vonnöten, ist aber derzeit auf Eis gelegt. Bei der KfW-Förderung kommen verschiedene Programme für bestimmte Hitzeschutzaspekte in Frage, z.B. für die Fassadendämmung, wobei aber in der Regel viel Eigenkapital nötig ist. Darüber hinaus ist die Recherche in Frage kommender Förderprogramme an sich ist sehr aufwändig (u.a. Einholen von Angeboten, Antragstellung), allgemeine Beratungsstellen reichend hier nicht aus. Die Träger haben dafür zu wenig Personalressourcen, eine Stellenschaffung für die Nutzung potentieller Förderprogramme wäre aber notwendig und würde sich lohnen: viel weniger Energie für Klimaanlagen, Heizungen und anderes (z.B. umweltfreundliche Narkosegase) wären die Folge.

Ein Vorschlag von Seiten des Krankenhauses ist auch eine stärkere Zusammenarbeit der Kommunen mit den Krankenhäusern, z.B. für die Beantragung gemeinsamer Förderprojekt (kühle Orte etc.)

Dr. Erler Kliniken

Für den Hitzeschutz in den Dr. Erler Kliniken hat die Leitung des Qualitäts- und Risikomanagements Auskunft gegeben.

Während in den vergangenen Jahren Hitzeschutzmaßnahmen nur punktuell für Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten erfolgt sind, ist seit Juni 2025 ein umfassender Prozess zur Zertifizierung des Energiemanagements nach DIN ISO 50001 in Gang gesetzt worden, bei dem die wesentlichen Bereiche des Unternehmens involviert sind (Geschäftsführung, Klinikbereiche, Technische Abteilung, Einkauf).

Ab Oktober 2025 wurde der Prozess um grundlegende Aspekte des Hitzeschutzes erweitert. Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Energiemanagement und Hitzeschutz untrennbar miteinander verwoben sind. In diesem Kontext wurde eine umfassende Risikobewertung vorgenommen mit dem Ziel, einen Gesamt-Hitzeschutzplan für die Kliniken zu erarbeiten, also für die einzelnen Gebäudeteile sowie das Rehabilitationszentrum. In diesem Zusammenhang wurden Baupläne und Grundrisse geprüft und eine Klassifizierung der Bereiche nach Hitzebelastungen vorgenommen. Die Konzepterarbeitung steht kurz vor dem Abschluss, im Juni soll das Konzept der Geschäftsführung und im August dem Aufsichtsgremium vorgelegt werden.

Der Maßnahmenplan ist zunächst mittelfristig ausgelegt, der Umsetzungshorizont beträgt 3 bis 5 Jahre. Sukzessive soll mit kleineren Maßnahmen begonnen werden, hier muss die Geschäftsführung zustimmen. Allerdings steht auch eine große Gebäudesanierung an, die eher langfristig angegangen werden soll; hier ist die Zustimmung des Aufsichtsrats erforderlich. Zu den kurzfristigen Maßnahmen gehört etwa die Anschaffung von Jalousien, Folien und Kühlgeräten. Längerfristig sind Eingriffe in die Bausubstanz, Sanierungen und Klimatisierungen im großen Stil erforderlich.

Stichwortartig können weitere Aspekte des Hitzeschutzkonzepts genannt werden:

- Die Hitzewarnstufen des DWD werden berücksichtigt.
- Patienten und Patienten sowie Mitarbeitende sollen stärker sensibilisiert werden (richtiges Lüften, Vermeiden von Belastungen etc.).
- In den Hitzeperioden werden standardmäßig ausreichend Kaltgetränke für alle bereitgestellt.
- Die Lagerung der Medikamente macht Anschaffungen für Kühlgeräte notwendig.
- Die Stationsstützpunkte sollen insgesamt besser gekühlt werden. Die Anschaffung großer Kühlgeräte ist geplant. Die Patientenzimmer sind überwiegend nicht klimatisiert, mit Ausnahme der Zimmer für Privatversicherte (ca. 20).
- Außenbeschattungen: Alle Patientenzimmer haben einen Balkon. Außenjalousien für diese Zimmer sollen sukzessive erweitert werden, das Anbringen von Schutzfolien ist geplant.
- Begrünungen in größerem Stil sind eher nicht geplant (lagebedingt). Es bestehen einige begrünte Flächen: ein kleiner Patientenbereich, zum Teil mit Baumbestand und Pergolen, das Rehabilitationszentrum verfügt über einen teilweise begrünten Innenhof.
- Maßnahmen für das Personal: Für Mitarbeitende (insbesondere in der Verwaltung) werden vermehrt Ventilatoren angeschafft, mobiles Arbeiten wird – wo möglich – forciert, der Arbeitszeitrahmen ist bereits erweitert worden.
- Kühlende Arbeitskleidung oder Bettwäsche ist bislang nicht angeschafft worden. Der Vorschlag wird an die Hauswirtschaft weitergegeben.

Bezüglich der erforderlichen Investitionen können kleinere Maßnahmen aus dem eigenen Budget finanziert werden, bei größeren, vorwiegend baulich-technischen Maßnahmen geht dies nicht ohne öffentliche Förderung. Hier muss das Energieteam der Klinik Fördermittel akquirieren. Infos dazu gibt es zwar von der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, die jedoch mit nur mit entsprechenden personellen Ressourcen vertieft bearbeitet werden können; daher kooperieren die Erler Kliniken mit einem Beratungsunternehmen (bis 2027).

Abschließend wurde der Wunsch geäußert, bezüglich der Hitzeschutzthematik eine Austauschrunde mit den Krankenhäusern zu organisieren.

4. Fazit

Ein guter Hitzeschutz wird für Einrichtungen, die mit vulnerablen Personengruppen zu tun haben wie z.B. Pflegeheime und Krankenhäuser, immer wichtiger. Daher ist es für die kommunale Daseinsvorsorge angezeigt, den Sachstand hierzu in den Einrichtungen zu kennen, d.h. auch entsprechende Informationen bzw. Daten zu erheben. Insofern ist auch ein Zusammenhang mit dem gültigen Nürnberger Hitzeschutzplan gegeben.

Hitzeschutz wird eine Daueraufgabe für die Einrichtungen und erfordert langfristige Anpassungen. Das bedeutet auch, dass Hitzeschutz – zusammen mit der Energieversorgung – in Zukunft bereits von Anfang an bei der Gebäude- und Energieplanung bzw. der Architektur umfassend berücksichtigt werden muss. Was dabei im Einzelfall als optimal bewertet werden kann, hängt von vielen Einflussfaktoren ab,

ganz besonders aber von den finanziellen Ressourcen. In den Bestandsgebäuden ist es wesentlich, hinsichtlich der aktuell bestehenden Möglichkeiten und der konkreten Arbeitsabläufe im alltäglichen Pflegeprozess Hitzeschutzmaßnahmen detailliert und abgestuft zu definieren und zu verankern.

Bei den **Pflegeheimen** zeigt sich anhand der Umfrage der FQA, dass umfassende Hitzeschutzpläne mittlerweile als notwendig erkannt werden. Auch wenn die Befragung naturgemäß kein vollständiges Bild ergeben kann, zeigen sich durchaus positive Entwicklungen. Außenbeschattungen sind flächendeckend vorhanden, sollten aber noch weiter ausgebaut werden. Die Kühlung der Innenräume erfolgt im Wesentlichen über mobile Kühlgeräte. Eine vollständige Ausstattung mit Klimaanlagen ist zwar nicht gegeben, ist aber auch mit erheblichen Investitionen verbunden, die aktuell kaum zu bewältigen sind.

Ausbaupotenziale zeigen sich auch bei der alltäglichen Versorgung. Beim Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement könnten weitere Fortschritte durch kollegialen Austausch innerhalb der Träger und best-practice Beispiele erzielt werden. Bei der Wäscheversorgung ist kühlende Bettwäsche eher die Ausnahme und kühlende Kleidung für Mitarbeitende bislang offenbar noch nicht im Einsatz. Auch bei den Kühlmöglichkeiten für Medikamente sind gewisse Defizite erkennbar. Die soziale Betreuung in Hitzeperioden hingegen scheint insgesamt auf einem erfreulich hohen Niveau.

Für die Zukunft sind gute Ansätze erkennbar, die Infrastruktur durch Hitzeschutzmaßnahmen weiter zu optimieren. Dies betrifft sowohl technische Maßnahmen zur Temperaturreduktion als auch eine stärkere Sensibilisierung nach innen sowie Kommunikation mit externen Akteuren, z.B. der Hausärzteschaft.

Bei den **Krankenhäusern** war im Rahmen der Befragung keine detaillierte Erfassung sämtlicher tatsächlicher (und geplanter) Maßnahmen möglich. Im Unterschied zu den Pflegeheimen sind hier auch Hygienegesichtspunkte deutlich stärker zu beachten. Für sensible Räume wie OPs, Intensivstationen oder Diagnostik-Räumlichkeiten sind besondere technische Vorgaben zu erfüllen.

Die mitgeteilten Informationen legen nahe, dass die Hitzeschutzproblematik in den vergangenen Jahren deutlich stärker in den Fokus der Einrichtungen gerückt ist, d.h. von Leitungsseite unterstützt und vorangetrieben wird. Die großen Krankenhäuser erarbeiten strategische, übergreifende Hitzeschutzkonzepte, die möglichst viele Aspekte des Hitzeschutzes berücksichtigen und auch langfristig angelegt sind. Es wird deutlich, dass eine vorausschauende Strategie (mit zeitlichen Abstufungen) viel wichtiger ist als punktuelle und „reaktive“ Einzelmaßnahmen. Dabei ist eine (aufwändige) Bestandsanalyse der notwendige Ausgangspunkt, da alle Gebäudeteile spezifisch zu bewerten sind.

Im baulich-technischen Bereich sind direkte Eingriffe in die Gebäudesubstanz in den letzten Jahren nicht erfolgt, jedoch in unterschiedlichem Umfang Verschattungsmaßnahmen realisiert worden. Teilweise sind Maßnahmen wie hitzeabweisende Farbanstriche und Vorhänge oder Fassadenbegrünungen durchgeführt worden oder für die nähere Zukunft vorgesehen. Ähnliches gilt für energiesparende und hitzereduzierende Maßnahmen, wie die großflächige Installation von LED-Leuchtmitteln.

Hinsichtlich der Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden sind insbesondere verstärkte Sensibilisierungsanstrengungen zu verzeichnen. Auch in der Personalplanung sind Flexibilisierungen vorgesehen. Darüber hinaus wird großer Wert auf die Einrichtung kühler Räume (besonders für Mitarbeitende) gelegt. Die ausreichende Kühlung der Medikamente ist zwar eine Herausforderung, wird aber gewährleistet. Im „Hitzefall“ gibt es standardmäßig eine enge Kooperation bzw. Abstimmung der Patientenbereiche mit der Haustechnik. „Einfache“ Maßnahmen wie verstärktes Anbieten von Getränken, Eis oder auch Kühlsprays sind offenbar obligatorisch.

Der aktuelle Sachstand zum Hitzeschutz in den Bestandsgebäuden kann insofern nicht mit „objektiven“ bzw. quantitativen Messdaten hinterlegt werden, doch ergibt sich insgesamt der Eindruck, dass derzeit eine Phasenwechsel stattfindet: neben die primär „weichen“ Maßnahmen, die im Arbeitsalltag und

ohne größere Investitionen durchgeführt werden können, treten verstärkt Planungen für bauliche Anpassungen, die überhaupt erst eine effektive Hitzeabwehr in den Gebäuden ermöglichen. Allerdings ist ungewiss, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum diese Maßnahmen angesichts der damit verbundenen Kosten umgesetzt werden können.

Grundsätzlich sind sich daher alle Einrichtungen einig, dass verbesserte Finanzierungsmöglichkeiten bzw. öffentliche Investitionsprogramme für bauliche Anpassungsmaßnahmen notwendig wären. Ob dies jedoch angesichts der bekannten Haushaltslage der Gebietskörperschaften eine realistische Hoffnung ist, darf bezweifelt werden.