

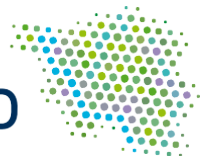
2. Bericht des Pflegebeauftragten

2017



Der Pflegebeauftragte

SAARLAND



Vorbemerkungen:

Der nunmehr zweite Bericht des Pflegebeauftragten schließt sich an den im Jahre 2015 vorgelegten Bericht an. Er hält seine Struktur bei, da sich auch in der Struktur der Arbeit des Pflegebeauftragten nichts geändert hat. Da nicht erwartet werden kann, dass jeder Leserin und jedem Leser der vorangegangene Bericht aus dem Jahr 2015 bekannt ist, werden grundsätzliche Ausführungen - wie etwa zu Grundlagen und Aufbau der Tätigkeit - auch in diesem Bericht wiedergegeben. Für sich deshalb notwendigerweise Wiederholendes werden auch diejenigen, die den Bericht von 2015 verinnerlicht haben, Verständnis zeigen.



Inhaltsverzeichnis

A) Grundlagen, Aufbau und Ausgestaltung der Tätigkeit des Pflegebeauftragten	08
I. Grundlagen und Aufbau	08
II. Neueste Entwicklungen	09
III. Befassung mit Einzelfällen	10
1. Allgemein	10
2. Neue Grundlagen	11
3. Aus der Pflege in Pflegeheimen	13
4. Aus der häuslichen Pflege	18
5. Aus der Krankenhauspflege	19
IV. Arbeit an und mit eingerichteten Strukturen	23
1. Pflegekongresse	23
2. Regionalkonferenzen	24
3. Pflegedialog	24
4. Tag der Pflege	25
5. Unabhängige Patientenberatung (UPB)	26
6. Entwicklungen in der Rechtsprechung	26
7. Pflegekammern	27
8. Pflegestützpunkte	28
9. Pflegepakt	32
V. Öffentlichkeitsarbeit und Kontaktpflege	32
B) Ergänzende Darstellungen und Berichte	33
I. Bericht der Beratungs- und Prüfbehörde des Saarlandes nach dem Landesheimgesetz Saarland	34
II. Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Saarland	40

III.	Bericht der Saarländischen Pflegegesellschaft (SPG) zum Geschäftsjahr 2016	47
IV.	VdK-Bericht: Erste Erfahrungen mit der Pflegereform	62
V.	Erläuterungen der Landesverordnung zum Pflegestärkungsgesetz II	63
VI.	Saarländische Pflegegesellschaft zum Thema Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II	64
VII.	Nachwuchsgewinnung im Bereich der Pflegeberufe	67
VIII.	Saarländische Pflegegesellschaft	74
	a) Dokumentation	74
	b) Clearingstelle	76
IX.	Pflegekongress	77
	a) Pflegekongress 2015	77
	b) Pflegekongress 2016	79
X.	Landespflegekammer Rheinland-Pfalz	81
	a) Hauptsatzung	81
	b) Pflegende schreiben Geschichte	88
	c) Kammern nutzen der Intensivpflege	92
	d) Beitragsordnung	95
	e) Urteil des VG Mainz vom 06. April 2017	99
XI.	Tätigkeitsbericht der Arbeitskammer	118
XII.	Pflegemedaille	120
■	C) Ausblick	121
■	D) Anhang	122
I.	Gesetz Nr. 1800	123
II.	Landesverordnung	126
III.	Fachaufsatz Dr. Pick	132
IV.	Mitwirkungsverordnung	144
V.	BVerfG	158

VI. Kooperationsvertrag	163
VII. Pflegestatistik 2015	171
VIII. Demenz im Krankenhaus	188
IX. Denkmittel	277
X. BGH-Entscheidung zur Scheinselbständigkeit	279
XI. Rechtsprechung im Saarland	285
XII. a) Saarländischer Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte	291
b) Struktur	301
XIII. Rezension Prof. Dr. Udsching	302
XIV. Rahmenvertrag Entlassmanagement	304
XV. Adressen	317
XVI. Publikationen	338

A) Grundlagen, Aufbau und Ausgestaltung der Tätigkeiten des Pflegebeauftragten

I. Grundlagen und Aufbau

Mit Gesetz Nr. 1800 vom 20. März 2013 (Amtsbl. S.90, wiedergegeben im **Anhang unter I.**) hat der Landtag des Saarlandes die Grundlage für die Tätigkeit eines/einer Pflegebeauftragten geschaffen. Die Aufgaben sind näher beschrieben in § 3 dieses Gesetzes, wo u.a. vorgesehen ist, dass

- die Belange von pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und der Pflegekräfte gewahrt werden
- die Pflege weiter entwickelt und optimiert wird in ständigem Informationsaustausch mit den Leistungserbringern, den die Pflegetätigkeit im Saarland überwachenden Organen und dem Landespflegerat (LPR)
- bei der Verhinderung oder Beseitigung von Mängeln in der Pflege mitzuwirken
- auf eine breitere Akzeptanz und Wertschätzung der Belange pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und der die Pflege ausführenden Personen hinzuwirken
- eine saarländische Pflegekonferenz einzurichten und einmal jährlich einzuberufen und zu leiten
- hierbei vertrauensvoll mit der saarländischen Landesregierung, den obersten Landesbehörden und sonstigen Dienststellen der Landesbehörden sowie mit dem LPR, den Einrichtungsträgern, ihren Verbänden und den in der Liga der freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbänden zusammen zu arbeiten ist.

Hiermit ist ein Aufbau der Tätigkeit vorgegeben, der die Arbeit des/der Pflegebeauftragten gliedert in die Befassung mit Einzelfragen, in die Einbindung in bereits vorhandene oder zu schaffende Arbeitsfelder und darin, den Kontakt zu den auf dem Gebiet der Pflege tätigen Behörden, Einrichtungen, Organisationen und Personen zu knüpfen und zu pflegen.

Weiterhin ist in § 5 Absatz 1 des vorgenannten Gesetzes geregelt, dass dem Landtag alle zwei Jahre ein Pflegebericht vorzulegen ist.

Zur Unterstützung der Tätigkeit des/der Pflegebeauftragten ist eine Geschäftsstelle beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie eingerichtet worden, wo Erreichbarkeit besteht über Telefon (0681/501-3297), Telefax (0681/501-3277) sowie per E-Mail (geschaeftsstelle.pflegebeauftragter@soziales.saarland.de).

Der Landtag des Saarlandes hat mich am 15. Mai 2013 in das Amt des Pflegebeauftragten berufen. Am Folgetag habe ich meine Tätigkeit aufgenommen. Eine Wiederberufung ist am 30. August 2017 erfolgt.

II. Neueste Entwicklungen

Die Tätigkeit auf den oben beschriebenen drei Arbeitsfeldern, auf die im Einzelnen noch eingegangen wird, war in den vergangenen Jahren von zahlreichen, teils grundlegenden Änderungen und Entwicklungen auf dem Gebiet der Pflege gekennzeichnet.

1. In besonderer Weise ist das Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes hervorzuheben, mit dem das Elfte Buch des Sozialgesetzbuchs, Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) eine grundlegende Änderung erfahren hat.
2. Die Ausbildung der Pflegeberufe wird neu geordnet durch das Pflegeberufereformgesetz.
3. Auf Landesebene ist eine Novellierung des Landesheimgesetzes erfolgt, das jetzt nicht mehr diesen Namen trägt, sondern Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz heißt und insbesondere die Heimaufsicht, die jetzt Prüf- und Beratungsstelle heißt, in die Lage versetzt, auch ambulante Dienste zu überprüfen. Diese Ausweitung der Kompetenz ist von mir ausdrücklich angeregt und begrüßt worden aus Gründen, die ich noch darstellen werde.
4. Ansonsten ist zu berichten über die unterschiedlichsten Entwicklungen, die ich teils beobachtet, teils begleitet, teils gefördert und eingeleitet habe. Es handelt sich um Folgendes, wobei im weiteren Bericht auf Einzelheiten eingegangen wird:
 - Erleichterungen in der Dokumentationspflicht in Pflegeheimen
 - Einrichtung einer Clearingstelle zur Vermittlung von Kurzzeitpflegeplätzen
 - Förderung der Bildung von Ärztenetzen
 - Besetzung der Pforten in Pflegeheimen
 - Erarbeitung von Richtlinien zum Umgang mit Eigentum von Heimbewohnern
 - Regelung bei der Belegung von Mehrbettzimmern.
5. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit auf dem Gebiet der Pflege tätigen Einrichtungen und Organisationen standen im Blickpunkt:
 - „Pflegepakt Saarland“
 - Einrichtung eines Referates „Pflege“ bei der Arbeitskammer des Saarlandes
 - Entwicklungen der Unabhängigen Patientenberatung (UPB)
 - Entwicklung der Pflegestützpunkte
 - Entlassmanagement der Krankenhäuser.
6. Schließlich waren neuere Entwicklungen der Rechtsprechung auf Landes- und Bundesebene zu beobachten bis hin zum Bundesverfassungsgericht.

Selten – wenn überhaupt – gab es eine solche Häufung von Neuentwicklungen und Aktivitäten wie in den vergangenen zwei Jahren. Dies spiegelt sich wider in den mir zur Verfügung gestellten Berichten der Prüf- und Beratungsstelle (**abgedruckt unter B I.**), des

Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Saarland (MDK; **abgedruckt unter B VI.**) und der Saarländischen Pflegegesellschaft (SPG; **abgedruckt unter B III.**)

III. Befassung mit Einzelfällen

1. Allgemein

Unverändert hat die Befassung mit Einzelfällen ganz überwiegend die Tätigkeiten auf den unter I. beschriebenen Arbeitsfeldern bestimmt.

Anfängliche Spekulationen, insoweit werde eine Beruhigung eintreten und Anfragen in einzelnen Streitfällen würden nachlassen, haben sich nicht bestätigt. Per 30. August 2017 sind mittlerweile 541 Anfragen aus diesem Bereich an mich gerichtet worden. Die Institution „Pflegebeauftragter“ hat sich etabliert. Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und insbesondere auch Pflegekräfte, ebenso ambulante wie stationäre Einrichtungen wissen, an wen sie sich wenden können und dass von dort nach Möglichkeit Abhilfe geschaffen wird. Tatsächlich konnte (bis auf laufende Verfahren) jeder der vorgenannten Fälle gelöst werden – mit mittlerweile drei Ausnahmen: Dort hat es daran gefehlt, dass mir Petenten von mir für erforderlich gehaltene Unterlagen vorenthalten haben, sodass keine weitere Klärung herbeigeführt werden konnte.

Nach wie vor ist es so, dass Anfragen zumeist von Angehörigen von Pflegebedürftigen, seltener auch von Pflegebedürftigen selbst, und zwar in sehr geringem Maße aus dem Bereich der ambulanten Pflege, ebenfalls in geringem Maße aus dem Bereich der Pflege in Krankenhäusern, ganz überwiegend aus dem Bereich der Pflege in Pflegeeinrichtungen an mich herangetragen werden. Was zugenommen hat, sind Anfragen von Pflegekräften sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Bereich, aber auch Anfragen von Heimen und Kliniken, die um Rat und Vermittlung in Streitfällen bitten.

Was insoweit herangetragen wird, ist von unterschiedlichster Art. So geht es beispielsweise um Fragen der Ernährung (Qualität und Darreichung von Essen und Getränken), um teils gravierende Beschwerden auf dem Gebiet der Hygiene, der Pflege und der Medikation; es geht um Betreuungsangelegenheiten, Rechnungsfragen, Fragen zu Heimverträgen, um Beratung zu Pflegestufen bzw. Pflegegraden, um Fragen der Pflegeversicherung überhaupt, aber auch um den Umgang von Pflegekräften untereinander, den Umgang von Heimträgern im Verhältnis zu ihren Pflegekräften, um Personalmangel, insbesondere in Krankenhäusern, um Fragen der Dokumentation, der Belegung von Doppelzimmern, um Fragen des Entlassmanagements, um den Umgang mit dementen Krankenhauspatienten und Heimbewohnern, um das Verschwinden von Kleidungs- und Wäschestücken, aber auch um laufende Gerichtsverfahren auf dem Gebiet des Betreuungsrechts, der Pflege- und Krankenversicherung. Die Breite des Arbeitsfeldes, die sich bei dieser – unvollständigen – Aufzählung zeigt, verlangt eine sehr unterschiedliche Befassung mit den einzelnen Angelegenheiten. Zahlreiche Fälle konnten mit einem Gespräch oder gar einem Anruf erledigt werden; manchmal ging es auch lediglich darum, sein Herz auszuschütten und mit jemandem über seine Sorgen zu sprechen. In der Überzahl der Fälle waren mehrere Gespräche mit den Beteiligten (Angehörigen, Pflegebedürftigen, Pflegekräften, Ärzten, Krankenhaus- und Heimleitungen, Heimträgern, Verbänden, Pflegestützpunkten, Betreuern) notwendig, um zu einem für jeden Beteiligten befriedigenden Ausgang zu gelangen. Solche Gespräche dauern in der Regel selten unter zwei, des Öfteren aber über drei Stunden. Hierzu lade ich die Beschwerdeführer zu mir ein oder suche sie auf. Hierbei lasse ich mir – soweit

dies erforderlich erscheint – alles bisher geführte Schriftwerk vorlegen. Wenn ich mehrere Beschwerden über Heime desselben Trägers habe, spreche ich unmittelbar die Führungsebene der Heimträger an, die ich zu einem erheblichen Teil auch schon aus früherer ehrenamtlicher und beruflicher Tätigkeit kenne, fordere auf, die mir angezeigten Mängel nachzuprüfen, und kündige an, dass ich in gemessener Zeit wieder da sein werde, um mir anzuhören, was an Abhilfe unternommen worden ist. Hierbei ist die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Heimen und Heimträgern durchweg kooperativ und zielführend. Dass Krankenhäuser, Heime und ambulante Dienste mich von sich aus ansprechen und um Rat fragen, belegt den vertrauensvollen Umgangston, der sich entwickelt hat.

2. Neue Grundlagen

In zunehmendem Maße werde ich angesprochen, soweit es um neue Regelungen und Übergangsbestimmungen zum SGB XI geht.

Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II sind insbesondere die Voraussetzungen, unter denen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung gewährt werden, grundlegend geändert worden. Wo es vorher nur um körperliche Beeinträchtigungen auf dem Gebiet der Hygiene, der Mobilität und Ernährung ging, sind jetzt insbesondere auch Einschränkungen durch psychische Leiden zu prüfen, sodass die Lebenssituation der Betroffenen in ihrer Gesamtheit besser erfasst wird. Neu ist weiterhin, dass der Reha- und Hilfsmittelbedarf im Rahmen der Pflegegradermittlung mit begutachtet wird.

Die vorgegebenen Prüfungs- und Bewertungsmethoden (Einteilung in Module, Vergabe von Einzelpunkten, wertende Übertragung in eine Hundert-Punkte-Skala) werden sicherlich dem gesamten Pflegebedarf einer Person gerechter, als dies bisher der Fall war. Verbunden ist dies mit einer nicht unerheblichen Erhöhung der Versicherungsleistungen. Bei Einführung der Pflegeversicherung hat man den großen Schritt gescheut, allgemeinen Betreuungsbedarf als Versicherungsleistung aufzunehmen. Gelitten haben darunter insbesondere behinderte Kinder und verwirrte alte Menschen, deren Betreuungsbedarf weit über die durch körperliche Gebrechen verursachte Minutenpflege hinausging. Man darf hierbei nicht verkennen, dass die Einführung der Pflegeversicherung politisch umkämpft und umstritten war, sodass ein umfassenderer Versicherungsschutz zu riskant erschien. Die daraus resultierende Engherzigkeit der bisherigen Regelungen ist nunmehr weitgehend beseitigt. Allerdings dürfen zwei Dinge nicht übersehen werden:

- Es bleibt dabei, dass es sich bei der Sozialen Pflegeversicherung um eine Teilkaskoversicherung mit Selbstbeteiligung handelt. Jedwede weitere Erhöhung der Versicherungsleistungen nach Art und Maß würde auch zu einer Erhöhung der Beiträge führen.
- Die neuen Begrifflichkeiten und ihre tabellarischen Zusammenfassungen sind vielen Versicherten und Rechtsuchenden ein Buch mit sieben Siegeln. Die Lesbarkeit der auf dem Gebiet der Sozialen Pflegeversicherung ergehenden Bescheide und Gerichtsurteile wird darunter leiden, dass seitenweise Tabellen dargestellt werden müssen, deren Systematik, insbesondere die Überführung von Einzelpunkten in gewertete Punkte, vielen Pflegebedürftigen verschlossen bleibt.

Die Art und Weise, wie die medizinischen Prüfdienste bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nunmehr vorgehen, kann man dem bereits erwähnten Bericht des MDK entnehmen. Dort sind insbesondere die beachtlichen Anstrengungen des MDK dargestellt,

die im Fachgebiet Pflege tätigen Gutachter auf die neue Situation einzustellen, aber auch Mitarbeitende von Pflegekassen, Pflegestützpunkten, Sozialdiensten und weitere Akteure des Gesundheitswesens zu schulen. Ich habe selbst an einer solchen Schulung teilgenommen, durfte die Kompetenz der Schulenden bewundern, aber auch feststellen, wie hoch doch der Schulungsbedarf in der Hörerschaft war.

Wie umfassend, auch wie kompliziert die Prüfungsschritte im Einzelnen sind, ergibt sich aus dem im **Anhang III** abgedruckten Fachaufsatz von Dr. Peter Pick.

Von einem erhöhten Beratungsbedarf, aber auch davon, dass nunmehr besser abgeschätzt werden kann, ob ein Lebenssachverhalt in der Zuordnung zu Pflegegraden richtig eingeschätzt ist, und dass eben die Lebenssituation eines Betroffenen in seiner Gesamtheit besser erfasst wird, als dies früher der Fall war, berichtet der VdK Saarland in einer ersten Einschätzung vom 28. Juni 2017 (**abgedruckt unter B IV.**). Zu den ersten Erfahrungen gehört auch, dass verständlicherweise Widerspruchsverfahren länger dauern. Wie sich die Neuregelungen bei gerichtlicher Überprüfung bewähren, lässt sich noch nicht sagen. Die Saarländische Sozialgerichtsbarkeit ist jedenfalls bis in den Sommer des laufenden Jahres hinein mit Fragen, die sich aus der Gesetzesänderung ergeben, erst in einem Fall befasst. Näheres zur Rechtsprechung auf dem Gebiet der Sozialen Pflegeversicherung wird an anderer Stelle ausgeführt.

In der Umsetzung der neuen bundesrechtlichen Vorschriften wurde eine **neue Landesverordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie über die Förderung von Initiativen des Ehrenamtes und der Selbsthilfe** erlassen. Die Verordnung ist im Amtsblatt des Saarlandes verkündet und mit Wirkung vom 01. Januar 2017 in Kraft getreten. Sie ermöglicht erstmals eine Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen im Bereich der Pflege, sofern diese sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben. Insbesondere geht es auch darum, dass versicherte Pflegebedürftige künftig neben den bekannten niedrighschwelligem Betreuungsangeboten den zweckgebunden Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich auch für die Inanspruchnahme von durch die Landkreise und den Regionalverband Saarbrücken auf der Basis der Landesverordnung anerkannten Angeboten zur Unterstützung Pflegebedürftiger verwenden können. Näheres wird in einer Information des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF) vom 11. April 2017 (**dargestellt unter B V.**) ausgeführt.

Die neuen bundes- und landesrechtlichen Regelungen hatten zur Folge, dass auch in hohem Maße **Umsetzungsschritte** durch die Landkreise, die Pflegekassen und die Heimträger einzuleiten waren. Es war eine **Rahmenvereinbarung** gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92c SGB XI als **Übergangsregelung** für die vollstationäre Pflege im Saarland abzuschließen, weiterhin eine Übergangsregelung zum Abrechnungsverfahren für die vollstationäre Pflege nach § 87a SGB XI, insbesondere um Zeit zu gewinnen, bis Verwertbares aus den vorgenannten Änderungen festgestellt werden kann. Erwähnenswert ist die Feststellung der SPG, „dass der Umstieg auf das PSG II im Saarland **ohne größere Probleme** vollzogen werden konnte; dies ist nicht zuletzt auch der Bereitschaft der Kostenträger zu pragmatischen Lösungen sowie den kurzen Kommunikationswegen zu verdanken“. So ist das halt im Saarland! Näheres hierzu ist in einer Mitteilung der SPG dargestellt (**B VI.**).

Zentrales Thema für die Pflege, sei es im ambulanten, im Heim- oder im Krankenhausbereich, ist und bleibt die **Ausbildung der Pflegekräfte** und die damit einhergehende **Nachwuchsgewinnung**.

Das hierzu erlassene Pflegeberufereformgesetz wird erstmals am 01. Januar 2020 für Berufsanfänger gelten. Der Finanzteil des Gesetzes tritt ein Jahr früher in Kraft. In seinen Grundzügen ist dort vorgesehen, dass die Pflegeberufe eine zweijährige Grundausbildung durchlaufen und sich sodann spezialisieren können auf dem Gebiet der Altenpflege, der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege. Die Neuregelung war sehr umkämpft. Sie wird sich bewähren müssen. Die eigenen Erfahrungen gehen dahin, dass in Krankenhäusern zunehmend demente Patienten aufgenommen werden müssen, ohne dass die dort tätigen Pflegekräfte hierfür hinreichend geschult sind. Insofern haben die Altenpfleger und Altenpflegerinnen eine andere Schulung durchlaufen. Andererseits wandeln sich unsere Pflegeheime zunehmend in der Weise um, dass hochbetagte und multimorbide Heimbewohner mit Maßnahmen der Behandlungspflege zu versorgen sind, mit der sich eben Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen besser auskennen. Insofern lag es nahe, eine gemeinsame Grundausbildung zu schaffen, die auch eine höhere Flexibilität im Beruf erlaubt.

Ungeachtet dieser zukünftig geltenden Regelungen gab und gibt es im **Saarland** eine Vielzahl von Aktivitäten, die prägend begonnen haben durch ein Umlageverfahren zur Finanzierung der berufspraktischen Ausbildungsanteile bei den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen, beginnend mit dem 01. Dezember 2011. Im Berichtszeitraum sind hervorzuheben die Förderung von Umschulungsmaßnahmen, Modellmaßnahmen zur Gewinnung von männlichen Auszubildenden und Menschen mit Migrationshintergrund (unter wissenschaftlicher Begleitung), das Aktionsprogramm „Berufliche Ausbildung und Übergang von der Schule in den Beruf“, ein bis 2016 reichendes Modellprojekt zur pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung bei intensiver Zusammenarbeit der auf diesem Gebiet relevanten Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens, die fortlaufende Imagekampagne „Wertvolles Pflegen“, Modellstudiengänge und das Modellprojekt der generalistischen Pflegeausbildung, die neue Bescheidung der Alten- und Krankenpflegeschulen, verknüpft mit nunmehr verbindlichen Vorgaben betreffend die Lehrer-Schüler-Relation sowie mit definierten Qualifikations- und Fortbildungsvorgaben der Lehrkräfte, zuletzt die Schaffung einer Praxisanleiterverordnung für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Eine mehrseitige Übersicht und Zusammenstellung der **wichtigsten Maßnahmen im Saarland** im Zeitraum von 2011 bis 2016, vom MSGFF erfasst, kann man unter **B VII.)** studieren.

3. Aus der Pflege in Pflegeheimen

Soweit es um die Befassung mit Einzelfällen geht, wird meine Intervention und Vermittlung vor allem im Heimbereich gewünscht, ganz überwiegend von Angehörigen der Heimbewohner, gelegentlich auch von Heimbewohnern selbst, die hierzu in vielen Fällen aber nicht mehr in der Lage sind, aber auch von Pflegekräften und von Heimträgern. Die Themen und die Art meines Vorgehens sind unter **1.** beschrieben. Fordernd sind hierbei insbesondere die abschließenden Gespräche mit Beschwerdeführern und Heimleitung. Diese Gespräche haben oft einen gehörig emotionalen Anteil, hatten aber bisher stets zu einer sachlichen Tonlage gefunden und insbesondere dazu, dass die Beteiligten schiedlich-

friedlich auseinander gegangen sind, je nach Sachlage auch mit dem Hinweis, wie in Zukunft zu verfahren ist und wer mit wem worüber spricht. Keines dieser Gespräche ist bisher gescheitert. In einem einzigen Fall kam nach Monaten die Botschaft, dass es wieder zu Schwierigkeiten gekommen sei, weil man nach Änderungen der Personalbesetzung nicht mehr wisse, was vereinbart gewesen sei.

Die vorgebrachten Beschwerden haben mehrfach dazu geführt, dass die **Heimaufsicht** eingeschaltet werden musste. Die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht – wie auch mit den anderen auf dem Gebiet der Pflege tätigen Einrichtungen und Verbände – hat sich dabei nach meiner Wahrnehmung vertrauensvoll, hilfreich und in jeder Weise problemlos gestaltet, dort allerdings zu nicht unerheblicher Mehrarbeit und teils deutlichen Interventionen geführt. Näheres ist dem bereits erwähnten Bericht unter **B I.)** zu entnehmen.

Gelegentlich erfolgen solche Einsätze auch **gemeinsam** und in **Absprache** mit dem Gesundheitsamt und/oder dem MDK oder dem Sozialmedizinischen Dienst von Knappschaft-Bahn-See (SMD), wobei sich die Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht und diesen Einrichtungen nach meiner Beobachtung ebenfalls problemlos gestaltet, was – wie man hört – nicht überall in Deutschland so sein soll.

Zu MDK und SMD halte ich unmittelbaren Kontakt; je nach Beschwerdefall wende ich mich allerdings an die jeweils zuständigen Pflegekassen, die ihrerseits MDK oder SMD mit Prüfungen beauftragen. Wie der MDK bei solchen Beschwerden vorgeht, wie sich das Beschwerdemanagement dort insgesamt gestaltet und in welchem Maße der MDK durch Beschwerden in Anspruch genommen wird, ergibt sich ebenfalls aus dem bereits erwähnten Bericht des MDK, der sich unter **B II.)** findet.

Um mir aus eigener Wahrnehmung ein Bild über die Situation in den Heimen zu verschaffen führe ich in verschiedenen Formen **Heimbesuche** durch.

Zu solchen Heimbesuchen werde ich gelegentlich von Heimträgern und –leitungen eingeladen. Diesen Einladungen folge ich nach Möglichkeit, nicht ohne das Gezeigte und Gesehene zu relativieren, da bei solchen Treffen auch immer werbende Darstellungen mitschwingen.

Eine weitere Erkenntnisquelle sind unangekündigte Heimbesuche mit teils eindrucksvollen Erfahrungen. Was man dabei riecht, sieht und hört, ersetzt leicht das Studium des Ergebnisses im Pflege-TÜV.

Mehrfach werden auch angekündigte Heimbesuche durchgeführt, wobei mich die von der Heimaufsicht für dieses Heim verantwortlichen Personen begleiten. Diese Besuche sind so gestaltet, dass zunächst der Heimbeirat gehört wird, was Gelegenheit zur Prüfung gibt, ob ein Heimbeirat nach den geänderten Vorschriften der **Mitwirkungsverordnung** (zu finden im **Anhang** unter **IV.**) gebildet ist. Daran schließt sich ein Gespräch mit der Mitarbeitervertretung bzw. dem Betriebsrat an (soweit vorhanden). Den Abschluss bildet ein Gespräch mit der Spitze des jeweiligen Hauses, in dem auch die zuvor getroffenen Feststellungen (noch kein Heimbeirat; kein Betriebsrat) zur Sprache kommen.

Was von Dritten an mich herangetragen wird und was ich aus eigener Wahrnehmung erfahre, sind meist Dinge, die nicht funktionieren oder jedenfalls als verbesserungswürdig angesehen werden, sodass leicht die Gefahr einer einseitigen Sichtweise entsteht. Gleichwohl ist deutlich wahrzunehmen und zu betonen, dass die überwiegende Arbeit in der Pflege eine hohe **Wertschätzung** verdient und es sehr aufopferungsvolle

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt. Keinesfalls konnten Zustände festgestellt werden, die darauf schließen lassen, dass „der Staat“ die Pflege in verfassungswidriger Weise vernachlässigt. Auf die Behauptung, dass „der Staat“ (wobei schon unklar blieb, ob der Bund oder die Länder gemeint waren) die Pflege in verfassungswidriger Weise vernachlässige, ist eine vom VdK initiierte Verfassungsbeschwerde erhoben worden, die erfolglos blieb. Dies hatte ich prognostiziert. Einerseits durfte man zweifeln, ob die Materie juristisch hinreichend durchdrungen war, da die Verfassungsbeschwerde schon aus formalen Gründen scheiterte. Die Verfassungsbeschwerde fußt auf einer Dissertation (Frau Dr. Moritz), mit der sich ein ausgewiesener Kenner des Rechts der Pflegeversicherung, Herr Prof. Dr. Uschding, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D., in einer Rezension (erschieden im „Gesundheitsrecht“ GesR 2014, S. 319 f.) äußert kritisch auseinander gesetzt hat (abgedruckt im **Anhang XIII.**). Andererseits musste man sich fragen, zu welchem Spruch das BVerfG in materiell-rechtlicher Hinsicht hätte kommen sollen und ob durch dieses Vorgehen nicht einfach nur falsche Hoffnungen geweckt worden sind. Die ablehnende Entscheidung des BVerfG findet sich in Anhang **V.**

Im Bericht aus 2015 ist festgestellt worden, dass hinter den aufgeworfenen Einzelfragen folgende **Problemkreise** durchschimmern:

1. Zu wenig und daher überfordertes Personal (**Personalschlüssel!**),
2. überbordende **Dokumentation**,
3. verbesserungswürdige **Kommunikation** zwischen Heim und Angehörigen,
4. verbesserungswürdige **Schulungen** einerseits im Umgang mit schwierigen Heimbewohnern bzw. belasteten und daher fordernden Angehörigen, andererseits in Führungsfragen.

Zu diesen **Problemkreisen** ist Folgendes auszuführen.

Was den **Personalschlüssel** angeht, gelten mittlerweile die nach einer Übergangsfrist ab 01. Januar 2017 geltenden Mindest-Personal-Anhaltszahlen, die von der SPG so verhandelt worden sind und worüber im Bericht 2015 Näheres dargestellt war. Das Ergebnis war eine durchschnittliche Erhöhung von rund 10% gegenüber der bisherigen Vereinbarung. Damit ist eine Schlüsselzahl erreicht, die dem Saarland bundesweit eine **Spitzenstellung** gibt. Nach meiner Wahrnehmung ist es allerdings so, dass Heimbewohner und deren Angehörige dies nicht ohne Weiteres realisiert haben. Was mir allerdings aufgefallen ist, sind die Reaktionen der Pflegekräfte, die deutlich machen, dass es in ihrer Arbeit entspannter zugeht. Man könne sich zuverlässiger darauf verlassen, dass man in seiner dienstfreien Zeit auch wirklich frei hat und nicht Hals über Kopf gerufen wird, da eben die Vertretungslage besser ist als früher. Was sich allerdings auch in der Wahrnehmung von Angehörigen und Heimbewohnern deutlich verbessernd ausgewirkt hat, ist die höhere Zahl von **Betreuungskräften** nach §87b SGB XI. Insoweit ist eine Aufstockung von bisher 270 auf rund 600 Kräfte erfolgt. Hierbei handelt es sich zwar nicht um Fachpersonal, aber eben um Personen, die sich um die Heimbewohner kümmern. Es wird wahrgenommen, dass die Zahl der ansprechbaren „Gesichter“ deutlich zugenommen hat. Sowohl Heimbewohner als auch ihre Angehörigen heben dies in Gesprächen immer wieder hervor. Für Heimbewohner ist diese erhöhte Leistung der Pflegekassen mit dem Charme verbunden, dass sie auf die Heimkosten keinen Einfluss hat.

Dagegen wirkt sich die von der SPG verhandelte Erhöhung des Personalschlüssels sehr wohl auf die Heimkosten aus. Presseberichte, wonach die Heimkosten im Saarland überdurchschnittlich hoch sind, sind zutreffend. Die hohen Heimkosten haben aber eben ihre Ursache darin, dass mehr Fachpersonal in den Heimen beschäftigt wird als anderswo und dass die Vergütung des Pflegepersonals ebenfalls weit über dem Bundesschnitt liegt. Die gute Ausstattung und die überdurchschnittliche Bezahlung der Pflegekräfte sind die eine Seite der Medaille, die notwendigerweise auf deren Rückseite zu höheren Kosten führt.

Zur Vergütung der Pflegekräfte darf hierbei bemerkt werden, dass ich Erfahrungen gesammelt habe, die mich sehr überrascht haben. Pflegekräfte aus dem Heimbereich, aber auch aus dem Krankenhausbereich haben mir durchweg erklärt, dass es ihnen weniger um höhere Vergütung geht als vielmehr um vernünftige Arbeitsbedingungen, dies aber unterlegt mit der Bemerkung, dass sie, wenn sie schon rennen müssten „wie ein Hamster im Rad“, dann auch mehr verdienen wollen.

Zur Frage der überbordenden **Dokumentation** kann berichtet werden, dass der von der hierzu bestellten Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege, Frau Elisabeth Beikirch, Bundesministerium für Gesundheit, im April 2014 vorgelegte Bericht zum Ergebnis hatte, die Dokumentation könne um 25 % reduziert werden. Das heißt, dass in diesem Maße die Arbeitskraft der Pflegekräfte wieder unmittelbar den zu Pflegenden zu Gute kommt. In der Umsetzung dieses Berichtes nimmt das Saarland wiederum bundesweit eine Spitzenstellung ein. Es ist hierzu ein „**Kooperationsgremium Saarland**“ errichtet worden, das durch die Geschäftsstelle der SPG gesteuert wird. Diesem Gremium gehören Vertreter der Prüfinstanzen (MDK/SMD sowie Heimaufsicht) an, weiterhin die Altenpflegeschulen sowie Vertreter der SPG und der Pflegekassen. Bisher liegt die Teilnahmequote an der Umsetzung des insoweit erarbeiteten „Strukturmodells“ bei mehr als 40% (erwartet waren lediglich 25%), wobei die Teilnahmequote im Saarland wiederum über dem Bundesdurchschnitt liegt. Die vom Bund begleitend gewährte Projektförderung, die zum 30. September 2017 auslaufen wird, wird keinen Einfluss darauf haben, dass die zentrale Steuerung sowie die professionelle Begleitung des Projektes erhalten bleibt. Auch über das genannte Datum hinaus wird die SPG die Steuerung des Kooperationsgremiums im Saarland behalten. Näheres hierzu kann ein Bericht der SPG entnommen werden, der unter **B VIII.)** abgedruckt ist.

Zur Frage der **Kommunikation** trete ich insbesondere an die Träger größerer Einrichtungen heran, da vieles, was an Beschwerden an mich herangetragen wird, durch respektvollere und effektvollere Umgangsweisen hätte vermieden werden können. Meine bisherigen Erfahrungen lassen mich hoffen, dass die Heimträger auch insoweit meine Interventionen weiterhin nicht unbeachtet lassen.

Ähnliches gilt für Fragen der **Schulung**, da manches an Beanstandung durch mangelhaft geschultes und deshalb unsicheres Personal hervorgerufen worden ist. Den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und dem Pflegepersonal wäre in hohem Maße gedient, wenn hier Verbesserungen erreicht werden könnten. Auch hier muss ich mich weiterhin in erster Linie an die Heimträger wenden.

Trotz aller erreichten Verbesserungen muss man feststellen, dass es sich bei den vorgenannten Themen um „Dauerbrenner“ handelt, an denen unablässig gearbeitet werden muss und bei denen der Stein des Sisyphos auf dem Gipfelpunkt nicht zur Ruhe kommen wird.

Darüber hinaus sind im Bericht 2015 unter „**C-Ausblick**“ folgende Problemfelder, die den Heimbereich angehen, benannt, denen ich mich widmen wollte und gewidmet habe:

1. Ich wollte an der Entwicklung von Konzepten mitwirken, die den Heimbewohnern, aber auch den Pflegekräften mehr Sicherheit geben sollen, wenn es um **verschwundene Sachen** geht. Mein Vorhaben war, mit einem großen Heimträger modellhaft entsprechende Richtlinien zu erarbeiten, wobei mir mehrere weitere große Träger versichert haben, dass sie auf eine solche modellhafte Erarbeitung warten. Tatsächlich ist eine solche Erarbeitung – zum einem Bedauern über rund zwei Jahre hinweg – eingeleitet worden, hat aber noch nicht zu einem befriedigenden Ergebnis geführt. Bestimmte Probleme sind aus meiner Sicht von Trägerseite bisher nicht richtig gewertet worden. In dem Bestreben, Haftungsfragen von sich fern zu halten, hat dort beispielsweise die Vorstellung bestanden, dass dann, wenn ein Heimbewohner Wertgegenstände in sein Zimmer verbringt, eine Haftung ausgeschlossen sei. Dies ist natürlich unzutreffend, da eine Haftung bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit schlechthin nicht ausgeschlossen werden kann. Im Übrigen insinuiert eine solche Sicht, dass ein Heimbewohner überhaupt Wertsachen nicht in sein Zimmer verbringen soll. Dies ist weder lebensnah noch zumutbar, sonst müsste man Heimbewohnern nahelegen, vor dem Betreten ihres Zimmers den Ehering und die Zahnprothese abzulegen. Des Weiteren hat es die – nach meiner Auffassung verfehlt – Auffassung gegeben, man könne die Haftung begrenzen auf eine Versicherungssumme, die der Heimträger mit seiner Versicherung vereinbart hat. Auch dies ist mit dem Grundsatz unvereinbar, dass die Haftung bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz schlechthin nicht ausgeschlossen werden kann. Die Erarbeitung dieser Richtlinien geht derzeit weiter, und es ist doch sehr zu hoffen, dass im nächsten Zweijahresbericht „Vollzug“ gemeldet werden kann.

2. Die bisherigen Heimverträge sehen keinerlei Einflussmöglichkeiten eines Heimbewohners darauf vor, mit wem er bei Neuzugang ein **Zweibettzimmer** teilen soll. Ein gut geführtes Haus wird eine solche Situation zu meistern wissen. Mir sind aber durchaus Beschwerden aus diesem Bereich vorgetragen worden. Insoweit habe ich der SPG einen Formulierungsvorschlag unterbreitet, der zunächst auf Ablehnung gestoßen ist. Nach mündlicher Erörterung in einer Vorstandssitzung der SPG ist diese Haltung verlassen worden; eine endgültige Lösung steht indessen noch aus.

3. Als kritisch war anzusehen, dass in vielen Heimen die **Pforten** nicht besetzt waren mit der Folge, dass Personen, die in einem Pflegeheim nichts zu suchen haben, unkontrolliert hereingelangt sind und dass umgekehrt demente Heimbewohner das Haus „unerlaubt“ verlassen haben (in einem Fall sogar mit Todesfolge). Hier sind Besserungen zu verzeichnen. Teils ist umgebaut worden, teils gibt es wieder eine personelle Besetzung der Pforten. Allerdings wird an diesem Thema weiter zu arbeiten sein.

Im Berichtszeitraum haben sich zwei weitere Arbeitsfelder aufgetan:

a). Auf mein Betreiben ist bei der SPG eine **Clearingstelle für Kurzzeitpflege** eingerichtet worden.

Neben der Überleitungspflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, deren Notwendigkeit sich für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen unvorhergesehen zeigt, nimmt auch die Rolle der „Urlaubspflege“ zu. Hier hat sich gezeigt, dass in der Urlaubszeit

zunehmend Engpässe bei der Kurzzeitpflege auftreten können. Erschwerend bei der Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz ist hierbei, dass landesweit bisher keine Transparenz über aktuell freie Kurzzeitpflegeplätze besteht. Angehörige müssen sich deshalb mühsam durchtelefonieren, bis sie einen geeigneten Pflegeplatz gefunden haben. Auch Pflegestützpunkte (PSP) und die Sozialdienste der Krankenhäuser sind oft nur über freie Plätze in nächster Nähe oder auf Kreisebene informiert. Zurzeit prüft die SPG die Möglichkeit und Grenzen einer Internetplattform für Kurzzeitpflegeplätze, wobei sich u.a. als Problem die Tatsache erwiesen hat, dass lediglich die separaten, also ganzjährig ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen und frei gehaltenen Kurzzeitpflegeplätze bei den Landesverbänden der Pflegekassen registriert sind, während die sogenannten „eingestauten“ Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Einrichtungen nicht erfasst sind. Näheres hierzu ist in einer Mitteilung der SPG unter **B VIII.**) dargestellt.

b). Die Bemühungen, **Ärztetze** zu schaffen, nehmen konkrete Formen an. Mit der Bildung von Ärztenetzen soll erreicht werden, dass in einem Heim Ärzte tätig werden, die die Bewohner kennen sowie das Pflegepersonal und die Dokumentation, dass feste Begehungszeiten vereinbart werden können und dass im Notfall auf eine Ärztin/einen Arzt aus diesem Netz zurückgegriffen werden kann, damit die aus Verlegenheit vorgenommenen Wochenendeinweisungen möglichst vermieden werden. Änderungen in der Ärztevergütung (für das Zurücklegen von Fahrwegen, für Konsile) befördern diese Bemühungen. Andererseits hat es sich als Hemmnis erwiesen, dass die Erfüllung einer Quote gefordert wird, wonach mindestens 60% der Heimbewohner von einem einzurichtenden Ärztenetz betreut werden. Das ist in städtisch gelegenen Heimen schwierig, da die Bewohner auf eine Vielzahl von Hausärzten zurückgreifen können, während deren Zahl im ländlichen Bereich überschaubarer ist. Jedenfalls zeigen sich zwei Ansätze:

- In einem Fall hat ein Heim einen Kooperationsvertrag mit einer Gemeinschaftspraxis abgeschlossen, die die Funktionen eines Ärztenetzes erfüllen kann. Wie ein solches Vertragswerk aussieht, ist im **Anhang VI.** abgebildet.
- Ab 01. Oktober 2017 sollte das von der SPG, der Kassenärztliche Vereinigung (KVS) sowie den Krankenkassen im Saarland gemeinsam getragene Projekt „SaarPHIR“ zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in stationären Altenhilfeeinrichtungen seinen Anfang nehmen. Allerdings haben jetzt erkannte Schwierigkeiten dazu geführt, dass mit einem Beginn frühestens zum 01. Januar 2018 gerechnet werden kann. Das Projekt soll zunächst in Saarbrücken eingerichtet, später auf das ganze Land ausgeweitet werden. Ein gutes Gelingen ist zu wünschen.

4. Aus der häuslichen Pflege

Was die häusliche und ambulante Pflege angeht, sind meine Erfahrungen und Einblicke bei Weitem nicht so tief wie im Bereich der Heimpflege.

Zur häuslichen Pflege erreichen mich nur wenige Anfragen, bei denen es neuerdings um Fragen der Einstufung in Pflegegrade und der Überleitung geht, aber auch um die Abrechnungsweise von Pflegediensten. Zu ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen gibt es ebenfalls wenige Anfragen, die in Einzelfällen allerdings zur Einschaltung der jeweiligen Pflegekassen und der dann zuständigen Prüfdienste (MDK, SMD) geführt haben.

Zudem haben sich in jüngerer Zeit doch alarmierende Meldungen über Falschabrechnungen ergeben und auch dazu, dass minder qualifiziertes Personal in unbefugter Weise Maßnahmen der Behandlungspflege durchgeführt hat. Dem entsprechend wird in zahlreichen Fällen kriminalpolizeilich ermittelt. Hierbei ist nach meiner Wahrnehmung bisher der Aspekt oft nicht gesehen worden, dass die Durchführung von behandlungspflegerischen Maßnahmen, die dem Fachpersonal vorbehalten sind, durch minderqualifizierte Kräfte nicht nur die Grundlage eines Betrugstagesbestandes bildet, sondern auch als Körperverletzung zu werten ist. Für mich war dies Anlass, auf eine Änderung des Heimgesetzes zu drängen, die es der Heimaufsicht erlaubt, Prüfungen in strukturellen Fragen durchzuführen. Erläuterndes hierzu ergibt sich aus dem unter **B I.)** abgedruckten Bericht der Heimaufsicht. Man wird im Auge behalten müssen, dass die Heimaufsicht personell hinreichend ausgestattet ist, diese neuen Aufgaben zu bewältigen.

Die ambulanten Dienste stehen auch vor der Herausforderung, dem neuen Leistungssystem des SGB XI gerecht zu werden, Betreuungsleistungen anzubieten und dies mit einem Personal, das bisher nur die „Minutenpflege“ kennen gelernt hat.

In vielen Fällen, in denen bei der ambulanten Pflege Probleme aufgetreten sind, hat sich eine Rücksprache mit dem jeweils zuständigen **Pflegestützpunkt** als hilfreich erwiesen. Näheres zu Struktur und Arbeit der Pflegestützpunkte wird unter **XII. im Anhang** dargestellt. Eine kritische Betrachtung folgt unter **IV.8.**

Die Bedeutung der häuslichen Pflege erschließt sich bei einem Blick in die neueste, hierzu vorliegende **Statistik** (abgedruckt im **Anhang** unter **VII.**). Zum Stichtag 15. Dezember 2015 sind dort 37.991 Pflegebedürftige erfasst, von denen lediglich 10.501 im Rahmen der Dauerpflege (10.050) oder der Kurzzeitpflege (451) vollstationär gepflegt werden. Nach wie vor werden also über 70% aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Auch dies ist bundesweit ein Spitzenwert. Ohne die häusliche und ambulante Pflege würde das vorhandene System der Altenpflege zusammenbrechen.

Wie aufopferungsvoll häusliche Pflege sein kann, erlebt man bei der Verleihung der **Pflegemedaille** an Personen, die über Jahre Angehörige oder Nachbarn in bewundernswerter und selbstloser Weise gepflegt haben. Man erlebt Leute, die ohne viel Aufhebens die Aufgabe der Pflege übernommen haben und sichtlich davon gerührt sind, dass sie hierfür öffentlich belobigt werden. Näheres dazu, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Rahmen die Pflegemedaille verliehen wird, ist dem in Abschnitt **B XII.)** beigegebenen Bericht zu entnehmen.

5. Aus der Krankenhauspflege

Was die Pflege im Krankenhaus angeht, so gab es verschiedentlich Anfragen von Patienten und Angehörigen, die sämtlich gelöst werden konnten. Zwar ist die Zahl der Anfragen gering gewesen, die geschilderten Abläufe waren aber oft dramatisch, sodass von Fall zu Fall auch die Ärztekammer eingeschaltet werden musste. Ein besonderer Augenmerk musste hierbei auf die **Hospiz-** und **Palliativversorgung** gerichtet werden, weiterhin auf das **Entlassmanagement**. Ein wesentlicher Teil der Anfragen kam allerdings von den Pflegekräften selbst, deren Situation sich in wesentlichen Teilen anders darstellt als die Situation der Pflegenden in Pflegeheimen.

- a. Zur **Hospiz- und Palliativversorgung** sind richtungweisend gesetzliche Änderungen in Kraft gesetzt worden durch das Hospiz- und Palliativgesetz vom 01. Dezember 2015 (HPG) im Hinblick darauf, dass ein hoher Regelungsbedarf bezgl. der Leistungen für die letzte Lebensphase gesehen worden ist. Hiervon ist die ambulante Behandlung und Pflege betroffen, die Pflege in Pflegeheimen, in besonderem Maße aber auch die Krankenhauspflege. Die angesprochenen gesetzlichen Neuregelungen lassen sich wie folgt zusammenfassen (Auszug aus einem Ergebnisprotokoll zur Sitzung der Expertenrunde „Hospiz- und Palliativversorgung im Saarland“ am 21. März 2017):
- Palliativversorgung wird Bestandteil der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.
 - Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Haus- und Fachärzten sind nun obligatorisch.
 - In der häuslichen Krankenpflege sollen die Leistungen der Palliativpflege spezifiziert werden.
 - Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) insbesondere in ländlichen Regionen.
 - Förderung der stationären Hospize. Krankenkassen tragen nun in den Erwachsenen hospizen 95 % statt zuvor 90 % der zuschussfähigen Kosten. Erhöhung des Mindestzuschusses, den die Krankenkassen pro Tag und pro Versichertem an die Hospize zahlen, von 7 % auf 9 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des 4. Buchs des Sozialgesetzbuchs, Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV). Hospize erhalten nun einen Tagessatz je betreutem Versicherten von rund 261 Euro.
 - Neben den Personalkosten der ambulanten Hospizdienste sollen künftig auch die Sachkosten gefördert werden. Stärkere Berücksichtigung der ambulanten Dienste in Pflegeheimen, Krankenhäusern. Auch Krankenhäuser können nun Hospizdienste mit Sterbebegleitung beauftragen.
 - Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern. Eigenständige Palliativstationen sollen krankenhausindividuelle Entgelte erhalten. Ansonsten wird der Aufbau von hauseigenen Palliativ-Teams oder die Kooperation mit externen Dienstleistern durch Zusatzentgelte gefördert.
 - Transparenz und Information der betroffenen Patientinnen und Patienten mit Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung in Bezug auf die verschiedenen Möglichkeiten persönlicher Vorsorge.
 - Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 des 5. Buchs des Sozialgesetzbuchs, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03. September 2002 i. d. F. vom 14. März 2016 trat nach Überarbeitung rückwirkend zum 01. Januar 2016 in Kraft.
 - Die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998 i. d. F. vom 14. April 2010 wird derzeit noch überarbeitet und sollte im 2. Quartal 2017 in Kraft treten.

Im SGB V wurde § 132g „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ neu eingefügt. Konkrete Umsetzungsmodalitäten sind noch auf Bundesebene zwischen den Vertragspartnern (GKV-Spitzenverband, Vereinigung der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) zu vereinbaren. Mit einem Abschluss der Vereinbarung sollte frühestens im 2. Quartal 2017 gerechnet werden.

- b. Ein dauerndes Ärgernis ist darin zu sehen, dass seit Jahr und Tag Beschwerden geführt werden zur **Pflegeüberleitung** und zum **Entlassmanagement** von Krankenhäusern, zuletzt verschärft durch die systemwidrig ins SGB V eingefügte Regelung des § 39c zur Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit.

Gerade die Schnittstelle zwischen akut stationärer und ambulanter Versorgung birgt ein großes Risikopotential für Ineffizienzen und Wohlfahrtsverluste. Die Patienten verlassen das Krankenhaus – gefördert durch strukturelle Veränderungen in der Krankenhausversorgung ebenso wie durch die demografische Entwicklung und den damit einhergehenden Wandel der Patientenstruktur – mit schwerwiegenderen gesundheitlicheren Problemen, folglich auch mit einem höheren (Weiter-) Versorgungsbedarf als in früheren Jahren. Außerdem steigt das Durchschnittsalter und damit auch die Schwere und Komplexität der Problem- und Bedarfslagen der Patienten, die beim Übergang in die (Weiter-) Versorgung zu beachten sind (entnommen einem Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012).

In der Tat treten die beschriebenen Probleme insbesondere bei Patienten auf, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und denen weder die persönlichen Ressourcen noch die sozialen Netzwerke verblieben sind, um eine angemessene Weiterversorgung selbst organisieren zu können. Umso bedauerlicher ist es, dass immer wieder beklagt wird, das Entlassmanagement habe Lücken, insbesondere müsse zu lange auf Entlassberichte gewartet werden, sodass die anschließend ambulant tätigen Ärzte (sei es in der Häuslichkeit, sei es in Heimen) sozusagen im Blindflug weiter behandeln müssen. Im Saarland hat sich das **gemeinsame Landesgremium** nach § 90a SGB V mit dieser Problematik mehrfach befasst, ohne indessen einer Lösung näher zu kommen. Noch in einer Sitzung vom Dezember 2015 ist festgestellt worden, dass eine Umsetzung der gemeinsam entwickelten Formulare in Form elektronischer Entlassbriefe derzeit nicht zielführend sei, da durch das e-health-Gesetz eine einheitliche Telematik-Infrastruktur eben hierfür geschaffen werden soll; Insellösungen im Vorgriff auf diese einheitliche Lösung seien zu teuer und sollten daher nicht weiter verfolgt werden. In seiner bisher letzten Sitzung vom 29. August 2017 ist das Thema erneut aufgegriffen worden und soll in der nächsten Sitzung des Landesgremiums behandelt werden.

Zu wünschen wäre, dass nunmehr Beschlüsse mit Verbindlichkeit gefasst werden. Schon 2013 ist in einem Arbeitsausschuss des Landesgremiums über die Möglichkeit einer verbesserten Überleitung von demenziell erkrankten Patienten vom ambulanten in den stationären Sektor und umgekehrt beraten worden, insbesondere sind konkrete Empfehlungen zur Gestaltung von Arztbriefen beschlossen worden, ohne dass diese umgesetzt worden sind.

Es wäre angesichts der festzustellenden Befunde und Zielstellungen wünschenswert, dass die Akteure der Gesundheits- und Pflegelandschaft im Saarland das gemeinsame Landesgremium wesentlich konsequenter als bisher zur systematischen Behandlung von Schnittstellenproblemen nutzen und dabei gemeinsam an Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität mit verbindlichen Ergebnissen arbeiten würden. Abdrängen von Versorgungsthemen in eine Vielzahl von ad-hoc-Arbeitsgruppen und Runden Tischen, die möglicherweise weder untereinander kommunizieren noch in einen systematischen Gesamtzusammenhang eingebettet sind, muss vermieden werden, damit nicht statt nachhaltiger Lösungen Strohfeuer entzündet werden. Das gemeinsame Landesgremium bietet die Gelegenheit, auf Landesebene eine feste Struktur aufzubauen, die hilft, sektorale Grenzen zumindest zu überbrücken. Das Landesgremium bedarf hierzu einer finanziellen und personell auskömmlich ausgestatteten Geschäftsstelle sowie der politischen Unterstützung der jeweiligen Leitung seiner Mitglieder.

- c. Hoffnung gibt auch ein Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V. Dieser Rahmenvertrag ist abgeschlossen zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. Er soll am 01. Oktober 2017 in Kraft treten. Der Rahmenvertrag ist abgedruckt im **Anhang XIV**.

- d. Eine besondere Verschärfung hat die Problematik der Pflegeüberleitung erfahren durch die neue **Regelung** des § 39c SGB V, der das im SGB V vorherrschende Sachleistungsprinzip durch das Teilkaskoprinzip ersetzt, wie man es von der Sozialen Pflegeversicherung her kennt. Die Probleme sind vom MSGFF, aber auch vom MDK aufgegriffen worden. Die vorbeschriebene Problematik wirkt sich so aus, dass Versicherte, die nicht mindestens den Pflegegrad 2 erreichte, bei Aufnahme in die Kurzzeitpflege nach § 39c keine Leistungen der Pflegekassen erwarten können und deshalb erhebliche Zuzahlungen leisten müssen – eben wie jemand, der einen Heimplatz in Anspruch nimmt, ohne pflegebedürftig mindestens im Sinne des Pflegegrades 2 zu sein. Der MDK versucht, dem zu begegnen, indem er möglichst früh eine Begutachtung durchführt, was aber jedenfalls eine Antragstellung voraussetzt. Die Vertreter der örtlichen Sozialhilfeträger prüfen – nicht zuletzt auf Hinweise des MSGFF hin – in diesem Zusammenhang, ob der vom Versicherten zu tragende Eigenanteil im Rahmen einer Leistung nach § 39c SGB V im Falle von Bedürftigkeit als Leistung des 3. Kapitels des 12. Buchs des Sozialgesetzbuchs, Sozialhilfe (SGB XII) übernommen werden kann. Ein besonderes Problem hat sich dadurch ergeben, dass zwischen den Heimträgern und den Krankenkassen noch keine Vereinbarungen nach § 132h SGB V getroffen worden sind. Hierzu haben die Beteiligten in der letzten Sitzung des Landesgremiums erklärt, alsbald tätig zu werden.

- e. Ein erhebliches Problem für die Pflege im Krankenhaus stellt der **Umgang mit** der zunehmenden Zahl **dementer Patienten** dar. Es ist lohnend, hierzu den von Frau Dr. Sabine Kirchen-Peters, Institut für Sozialforschung und Sozialwissenschaft e.V., Saarbrücken, für das MSGFF verfassten Bericht „Herausforderung Demenz im Krankenhaus“ zu lesen. Er ist abgedruckt im **Anhang** unter **VIII**.
- f. Im Übrigen stellen sich die in der Krankenhauspflege anfallenden Probleme nahezu unverändert dar im Verhältnis zum Bericht aus dem Jahre 2015. Die Probleme waren damals zusammengestellt in einem „**Denkzettel**“ als Produkt einer Arbeitsgruppe im Rahmen des Pflegedialogs. Da der „Denkzettel“ an Aktualität nichts verloren hat, findet er auch in diesem Bericht Eingang unter **IX** des **Anhangs**.

Zentraler Punkt war und ist, dass es für die Pflege im Krankenhaus – von wenigen Ausnahmen abgesehen – keine verbindlichen Personalmindestzahlen gibt. Mittlerweile ist hierzu aber Bewegung in der Bundes- und Landespolitik festzustellen.

Personalmindestzahlen sollen auf **Bundesebene** bis 01. Juli 2018 erreicht werden, wobei sich indessen die Frage stellt, ob dies im System der Selbstverwaltung geleistet werden kann.

Änderungen des **Saarländischen Krankenhausgesetzes** sehen vor, dass dort eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen wird für eine Rechtsverordnung, die sich mit den personellen Anforderungen der Pflege im Krankenhaus befasst und mit Personalmindestzahlen. Im zuletzt abgeschlossenen Koalitionsvertrag ist vorgesehen, dass der Personalbedarf stationsbezogen gutachtlich zu klären ist. Es wäre ein enormer Schritt, wenn diese Frucht des **Pflegepaktes**, auf den noch einzugehen sein wird, wachsen und gedeihen würde. Die Pflegenden im Krankenhaus und natürlich auch die ihnen anvertrauten Patienten hätten es verdient.

IV. Arbeit an und mit eingerichteten oder einzurichtenden Strukturen

Ein zweites großes Tätigkeitsfeld ist dadurch eröffnet, dass dem Pflegebeauftragten die Arbeit an und mit eingerichteten Strukturen zugewiesen ist. Hierbei handelt es sich um das Mitwirken bei den Pflegekongressen, die Einberufung und Durchführung von Regionalkonferenzen, die Einbindung in den und die Ausgestaltung des Pflegedialogs, die Mitwirkung beim Tag der Pflege, die Befassung mit der UPB und die Befassung mit den Pflegestützpunkten. Weiterhin ist zu berichten über den sozialpolitischen Zankapfel „Pflegekammer“ und die Mitarbeit im „Pflegepakt“.

1. Pflegekongresse

Dass im Saarland Pflegekongresse stattfinden, ist mittlerweile zur guten Tradition geworden. Im Berichtszeitraum seit 2015 haben zwei Pflegekongresse stattgefunden. Zum 3. Saarländischen Pflegekongress war auf den 17. September 2015 ins Saarbrücker Schloss eingeladen. Er hatte die „Zukunft der Pflege“ zum Thema. Im Mittelpunkt stand der Blick auf das damals noch ausstehende Pflegestärkungsgesetz II, zu dem als Hauptredner der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, vortrug. Die Saarländische Gesundheitsministerin Monika Bachmann präsentierte die neuen Entwicklungen in der

Gesetzgebung und in der Praxis der Pflege sowie die im Saarländischen Pflegedialog zur Stärkung der Pflege erarbeiteten Ergebnisse. Für mich selbst gab es Gelegenheit, meinen ersten Pflegebericht vorzustellen. Näheres zu diesem 3. Pflegekongress ist unter Abschnitt **B). IX. a)** dargestellt.

Der 4. Saarländische Pflegekongress zum Thema „Gute Pflege braucht starke Partner!“ fand am 28. November 2016 ebenfalls im Saarbrücker Schloss statt.

Aktuelle Herausforderungen in der Pflege, Veränderungen in Gesetzen und in der Praxis ebenso wie Reformbestrebungen zum Beispiel im Pflegeberufegesetz zur Stärkung der Pflegekräfte waren zentrale Themen. Näheres hierzu ist unter **B). IX. b)** dargestellt.

Der Saarländische Pflegekongress hat sich zu einer zentralen Plattform für den Dialog in der Pflege im Saarland entwickelt und wird von Teilnehmern und Besuchern zu regem Erfahrungsaustausch genutzt.

2. Regionalkonferenzen

Um dem Auftrag nachzukommen, die Weiterentwicklung und Optimierung der Pflege anzustreben sowie auf eine breitere Akzeptanz und Wertschätzung der Gesellschaft hinzuwirken, wird der ständige Informationsaustausch mit den beteiligten Akteuren im Rahmen von Regionalkonferenzen gepflegt. Das Gesetz Nr. 1800 sieht vor, dass im Saarland jährlich eine solche Konferenz stattzufinden hat. Diese Vorgabe habe ich stets so ausgelegt, dass ich pro Jahr eine solche Konferenz pro Landkreis bzw. Regionalverband einberufe, jährlich also sechs Konferenzen. Auf diese Weise wird eine breitere Wirkung in der Fläche erreicht, und es erleichtert die Erreichbarkeit für Pflegebedürftige, insbesondere für immobile Personen. Die Organisation dieser Veranstaltungen obliegt der mir zugeteilten Geschäftsstelle. Dabei werden die Heimbeiräte und die Mitarbeitervertretungen der im Einzugsbereich angesiedelten Alten- und Pflegeeinrichtungen eingeladen, weiterhin als Gäste die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Pflegedialogs, also fachkundige Personen wie etwa Vertreter des Pflegerates, der Pflegekassen und der Heimaufsicht. Bei einer Teilnehmerzahl von durchschnittlich 50 Personen werden die unterschiedlichsten Themen aufgeworfen und diskutiert, wie etwa der Fachkräftemangel, Personalmangel allgemein, Personalfuktuation, Ausbildung zur Altenpflege, Hygiene in Einrichtungen, Medikamentenvergabe, Fragen zu den Pflegegraden, Pflegedokumentation, Standards der zahnärztlichen und sonstigen ärztlichen Versorgung in den Heimen. Diese Regionalkonferenzen gehören zu den wenigen Gelegenheiten, bei denen es auch zu spontanen Zufriedenheitsäußerungen kommt, während sonst – wie schon früher in meiner richterlichen Tätigkeit – ganz überwiegend die pathologischen Fälle an mich herangetragen werden. Mittlerweile ist der dritte Turnus dieser Regionalkonferenzen abgeschlossen. Der vierte Turnus wird derzeit vorbereitet.

3. Pflegedialog

Zu den zahlreichen positiven Erfahrungen, die man als Pflegebeauftragter sammeln konnte, gehört insbesondere die, dass bereits vor meinem Amtsantritt ein Pflegedialog mit zahlreichen Expertengruppen eingerichtet war, in den ich mich eingebunden und den ich durch Bildung neuer Gesprächsgruppen ausgeweitet habe. Bisher gab es bereits Expertengruppen zum Einrichten bzw. Ausweiten des Ombudssystems, zur Überarbeitung der Prüfgrundsätze der Prüfinstanzen, zur Pflegedokumentation, zur Verbesserung des

Arbeitsschutzes (eine Sache, die mir besonders am Herzen liegt, weil es auch um Fragen der Vorbeugung geht angesichts der Belastung, die Pflegepersonal tragen muss, das ständig mit Leid und Tod konfrontiert ist), zur Änderung der Berufsordnung für Pflegefachkräfte im Saarland, zur Änderung der Curricula der Altenpflegeausbildung, zur Entwicklung eines Modells zur Nachqualifizierung für Pflegehelfer und Pflegehelferinnen, zur (Re-) Aktivierung von Pflegekräften und zur Imagekampagne Pflege.

Darüber hinaus ging es in Zusammenarbeit mit der (Zahn-) Ärztekammer um die Befassung mit der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern. Ferner sind Kontakte zu Krankenkassen und zur KVS hergestellt zur Verbesserung der (zahn-) ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf Fragen der Pflege im Krankenhaus. Dazu habe ich eine Expertengruppe gebildet, die sich u.a. mit den Themen Personalsituation, Finanzierung der Krankenhäuser, Versorgung von Demenzpatienten, psychosoziale Begleitung der Pflegenden, Überleitungsmanagement, Pflegekammer, Stellenplanreduktion hinsichtlich Auszubildender, OTA-ATA-Kräfteangel, Einstellung des Bachelor-Studiengangs beschäftigt hat. Vorläufiges Resultat war der oben bereits erwähnte „Denkzettel“ mit den dort festzustellenden Erfordernissen (wiedergegeben im **Anhang** unter **IX.**). Um nur zwei Punkte herauszugreifen, geht es darum, wie die Finanzströme im Krankenhausbereich zu gestalten und transparent zu machen sind, damit nicht Gelder, die für die Pflege gebraucht werden, in Investitionen fließen.

Im Berichtszeitraum habe ich eine Arbeitsgruppe „EDV im Krankenhaus“ einberufen, die ihre Arbeit noch nicht abgeschlossen hat. Es hat sich sehr bald gezeigt, dass sich das Thema insbesondere auf die bereits erwähnte Problematik auf dem Gebiet des Entlassmanagements erstreckt.

4. Tag der Pflege

Als Bestandteil der im Sommer 2012 gestarteten Imagekampagne „Wertvolles Pflegen“ hat am 18. Mai 2014 erstmals im Saarland der „Tag der Pflege“ stattgefunden. Viele Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen hatten ihre Türen für die interessierte Öffentlichkeit geöffnet.

Veranstalter war die Landesregierung gemeinsam mit den in der Pflege engagierten Institutionen/Einrichtungen, wie der SPG, der Saarländischen Krankenhausgesellschaft, dem Landespflegerat Saarland, der Arbeiterwohlfahrt, der Caritas, dem Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e.V., dem Deutschen Roten Kreuz, der Diakonie, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband und dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Im Mittelpunkt des „Tages der Pflege“ stand das Kennenlernen der Arbeit von Pflegekräften. Besucherinnen und Besucher sollten Einblicke in den beruflichen Pflege-Alltag mit seinen unterschiedlichen Anforderungen erhalten und konnten sich vom Leistungsspektrum in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vor Ort ein Bild machen.

Auch ich hatte an diesem Tag teilgenommen und mehrere Einrichtungen vor Ort besucht, um mich u.a. von den Leistungen der Pflegenden überzeugen zu lassen.

Bedauerlicherweise hat ein solcher Tag der Pflege im Berichtszeitraum nicht mehr stattgefunden. Es ist allerdings avisiert, dass im kommenden Kalenderjahr erneut ein solcher „Tag der Pflege“ organisiert wird. Eine solche Veranstaltung sollte zur festen Einrichtung werden.

5. Unabhängige Patientenberatung (UPB)

Im Berichtszeitraum sind bedauerlicherweise die bisherigen Träger der UPB im Saarland, der VdK und die Verbraucherzentrale, abgelöst worden. In einem Ausschreibungsverfahren ist ein überörtlicher Träger mit Sitz in Berlin gewonnen worden, die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH. Darunter hat die örtliche Präsenz und die damit unmittelbar verfügbare Kompetenz gelitten. An Ort und Stelle waren insbesondere juristische und medizinische Kompetenz vorhanden. Das ist mittlerweile nicht mehr der Fall. Die Vorstellung des jetzigen Trägers war, dass eine Beratung größtenteils telefonisch erfolgen kann und dass man in komplizierten Fragen die an der Zentrale vorhandene Kompetenz in Anspruch nehmen kann.

In meinen Kontakten zum jetzigen Träger, auch in einem längeren Gespräch mit ihrem Geschäftsführer hier in Saarbrücken habe ich meine kritische Haltung hierzu geäußert. Es entspricht nicht meiner Erfahrung, dass die Anliegen, die jemand vor eine Patientenberatung trägt, im Wesentlichen fermündlich gelöst werden können. Nach meiner Auffassung ist das persönliche Gespräch unverzichtbar, in dem man auch die erfahrungsgemäß mitgeführten Unterlagen unmittelbar studieren kann. Diese Bedenken haben sich in der Praxis auch als realistisch erwiesen. Mittlerweile ist die persönliche Beratung an Ort und Stelle ausgeweitet worden und soll auch über Land mobil durch einen Beratungsbuss angeboten werden; die Inanspruchnahme dieses Angebotes sei über Erwarten groß. Statt der geplanten einen Vollzeitstelle hat man im Saarland jetzt zwei Vollzeitstellen eingerichtet, die von zwei Sozialversicherungsangestellten besetzt werden.

6. Entwicklungen in der Rechtsprechung

a) Erwähnenswert ist der in der Anlage **V** abgedruckte Beschluss des BVerfG vom 11. Januar 2016, mit dem die bereits erwähnte, vom VdK initiierte Verfassungsbeschwerde verworfen worden ist.

b) Von Interesse ist des Weiteren die im **Anhang** unter **X**. kommentierte Entscheidung des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 05. August 2015 (Aktenzeichen 2 STR 172/15) die deutlich macht, dass der Einsatz von „Selbständigen“ in der Pflege nichts anderes ist als die Umgehung zwingender sozialrechtlicher Vorschriften. Es handelt sich hierbei um Fälle der **Scheinselbständigkeit**, die durchaus geeignet sind, strafrechtliche Konsequenzen unter dem Gesichtspunkt des Vorenthaltens von Beiträgen zur Sozialversicherung (§ 266 a des Strafgesetzbuchs) nach sich zu ziehen.

c) Was die **Rechtsprechung im Saarland** angeht, so kann zurückgegriffen werden auf die Jahresberichte, die der Präsident des Landessozialgerichts für das Saarland regelmäßig herausgibt.

Hierbei ist festzustellen, dass Streitigkeiten auf dem Gebiet der Pflegeversicherung die saarländischen Sozialgerichte nur in sehr geringem Maße in Anspruch nehmen. So sind im Jahr 2015 in der ersten Instanz nur 93 Eingänge zu verzeichnen gewesen, in der zweiten Instanz sogar nur 6 Eingänge. Erwähnenswert sind zwei Entscheidungen, die sich einmal mit der befristeten Bewilligung von Pflegegeld befassen, zum anderen damit, ob ein Pflegebedürftiger, der ohne Unterbrechung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für

Behinderte Menschen (§§ 43 a, 71 Abs. 4 SGB XI) lebt, einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach den §§ 45 b, 45 a SGB XI hat. Im Jahre 2016 sind in erster Instanz ebenfalls 93 Eingänge zu verzeichnen gewesen, in zweiter Instanz nur 3. Erwähnenswerte Entscheidungen gab es nicht. Näheres kann der Ziffer **XI.** des **Anhangs** entnommen werden.

7. Pflegekammern

Seit Jahren wird bundesweit darum gestritten, ob Pflegekammern einzurichten sind. Die Frage wird in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich beantwortet und geht auch quer über Parteilinien hinweg. Im Saarland hat die Debatte den besonderen Akzent, dass es (was man sonst nur aus Bremen kennt) eine Arbeitskammer gibt, bei der jedenfalls alle abhängig beschäftigten Pflegekräfte Zwangsmitglied sind.

Im Berichtszeitraum hat sich im benachbarten Rheinland-Pfalz eine Pflegekammer etabliert, sodass es lohnend ist, die dortige Entwicklung zu beobachten.

Dem gegenüber hat die hiesige Arbeitskammer ein eigenes Referat für die Pflege geschaffen. Beide Einrichtungen haben mir freundlicherweise Berichte über ihre Tätigkeit vorgelegt, die unter **B). X.)** und **B) XI.)** abgebildet sind.

a) Pflegekammer Rheinland-Pfalz:

Grundlage der Tätigkeit der Pflegekammer Rheinland-Pfalz ist das dortige Heilberufsgesetz (HeilBG) vom 19. Dezember 2014 und die Hauptsatzung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Diese ist abgedruckt unter **B) X. a)**. Es fällt auf, dass von der Mitgliedschaft Helferberufe nicht erfasst sind. Es wird aber auch deutlich, dass die beschriebenen Aufgaben der Landespflegekammer verständlicherweise auf die in der Pflege Beschäftigten zugeschnitten sind inklusive der Regelung der Berufsausübung und der Einhaltung der Berufspflichten, während die Arbeitskammer des Saarlandes in dem hierzu erlassenen Gesetz vom 08. April 1992 (Amtsbl. S. 590; zuletzt geändert am 15. Februar 2006) nach § 2 die Aufgabe hat, die allgemeinen wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Interessen der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen wahrzunehmen – eben ohne berufsspezifische Ausprägung. Zur Vorgeschichte und zur Entwicklung der Landespflegekammer ist Näheres dargestellt unter dem Beitrag „Pfleger schreiben Geschichte!“ (**B). X. b)**; einen Überblick über die Tätigkeit der Landespflegekammer in ihrem ersten Jahr findet man in dem Beitrag „Kammern nutzen der Intensivpflege“ (**B). X. c)**. Zur auch im Saarland diskutierten Frage der Beitragshöhe ist die Beitragsordnung ausgedruckt **B). X. d)**, die einen monatlichen Basisbeitrag von 9,80 Euro vorsieht. Schließlich wird ein – rechtskräftiges – Urteil des Verwaltungsgerichts Mainz zur Kenntnis gebracht (**B). X. e)**, mit dem festgestellt wird, dass die Verkammerung von Angestellten in Pflegeberufen nicht verfassungswidrig ist.

b) Die **Arbeitskammer des Saarlandes** hat das im Berichtszeitraum eingesetzte „Referat Pflege“ mit zwei aus der Pflege stammenden Fachleuten besetzt, die nach einem Achtpunkteplan vorgehen, der im anliegenden „Tätigkeitsbericht für den **Landespflegebeauftragten**“ in seinem Aufbau und seiner Umsetzung beschrieben wird (**B). XI.**).

Die Einrichtung und Besetzung des Referates ist vom LPR kritisch gesehen und die Debatte über die Einrichtung einer Pflegekammer im Saarland ist hierdurch nicht beendet worden.

Ob die Debatte in der laufenden Legislaturperiode zum Abschluss kommt, darf bezweifelt werden. So oder so hat die Pflege, wie es schon in dem anliegenden „Denkzettel“ zum Ausdruck gekommen ist, eine ordentliche Kammervvertretung verdient, und mir scheint es nicht abwegig zu sein, den LPR näher einzubeziehen und die Pflege wahrnehmbar in der Vertreterversammlung der Arbeitskammer zu implementieren.

8. Pflegestützpunkte

Im Berichtszeitraum habe ich mich in besonderer Weise mit der Struktur und der Arbeit der Pflegestützpunkte befasst. Im Saarland wurden seit Anfang 2009 in jedem Landkreis sowie im Regionalverband Saarbrücken insgesamt 8 Pflegestützpunkte errichtet, um Betroffenen und ihren Angehörigen wohnortnah unter einem Dach umfassende Informationen und Hilfen zu Fragen des Alterns aus einer Hand zu vermitteln. Grundlage der Arbeit der Pflegestützpunkte ist eine Rahmenvereinbarung vom 19. Dezember 2008 (abgedruckt im **Anhang XII. a**). Es wird deutlich, dass durch diese Rahmenvereinbarung die Pflegekassen, die Landkreise bzw. der Regionalverband und das Land in gleicher Weise in der Verantwortung stehen. Andererseits führt diese Rahmenvereinbarung dazu, dass die acht Pflegestützpunkte in die denkbar schwächste Rechtsform gegossen sind, nämlich in die einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts.

Die Fachberatung in den Pflegestützpunkten wird von qualifizierten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflege- und Krankenkassen sowie der Landkreise/des Regionalverbandes Saarbrücken sichergestellt. Sie beraten im Pflegestützpunkt oder auch zu Hause und geben Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten. Die Beratung erfolgt vertraulich und auf Wunsch gemeinsam mit dem Arzt, dem Pflegedienst oder den Angehörigen. Die Betroffenen entscheiden selbst, welche der verfügbaren Angebote sie in Anspruch nehmen möchten. Die Beratungen werden kostenlos durchgeführt.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

- a. helfen den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen, im Falle der Pflegebedürftigkeit oder sonstigen Not- und Bedarfssituationen schnell und gezielt alle notwendigen Hilfen zu organisieren
- b. kennen die vor Ort vorhandenen Hilfsangebote und machen deren Qualität transparent, um so den Ratsuchenden die Entscheidungen für bestimmte Leistungen und Anbieter zu vereinfachen, und
- c. geben Hilfestellung und erteilen Auskünfte u. a. zu folgenden Themenbereichen:
 - Leistungsansprüche gegenüber der Pflegekasse bei Pflegebedürftigkeit
 - Sonstige Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse (z.B. Häusliche Krankenhilfe)
 - Ergänzende Leistungsansprüche im Rahmen der Sozialhilfe
 - Koordination aller Möglichkeiten der Versorgung z.B. bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder bei Entlassung aus der Akutbehandlung aus dem Krankenhaus nach den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen

- Angebote der ambulanten Pflegedienste, der Tages-/Nachtpflegeeinrichtungen, der Kurzzeitpflegeeinrichtungen, der stationären Pflegeeinrichtungen und des Betreuten Wohnens
- Erstellung eines umfassenden individuellen Hilfeplanes mit Feststellung des Hilfe- und Pflegebedarfs sowie der gegebenen Sozialleistungsansprüche
- Fragen zur Einstufung in die fünf Pflegegrade
- Inanspruchnahme und Finanzierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote (z.B. Betreuungsgruppen für demenzkranke und psychisch kranke Menschen)
- Abruf und Finanzierung häuslicher Betreuungsdienste und entlastender Dienste (z.B. hauswirtschaftliche Dienste, Haushaltshilfen, Hausmeistertätigkeiten)
- Ergänzende Versorgungsangebote („Essen auf Rädern“, Hausnotruf; Anbieter von Gartenpflege, Wäschereidienste, Fensterreinigung; Anbieter von Freizeitangeboten etc.)
- Ehrenamtliche Hilfs- und Unterstützungsangebote, Nachbarschaftshilfen (z.B. Fahrdienste, Einkaufshilfen, Besuchshilfen, stundenweise Betreuung in Gruppen)
- Beanspruchung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl)
- Finanzierung der barrierefreien Umgestaltung der Häuslichkeit (Wohnraum- anpassung)
- Beanspruchung medizinischer Leistungen und Reha-Leistungen sowie therapeutischer Angebote mit dem Ziel der Sicherung der Häuslichkeit
- Vermittlung von Pflegekursen für Angehörige, Teilnahme an Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige
- Nutzung weiterer Vernetzungsangebote (z.B. Einrichtungen der Behindertenhilfe, Sozialstationen, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Sanitätshäuser, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Psychologen, Familienberatungsstellen, Seniorenbegegnungsstätten, Kirchengemeinden und andere Glaubensgemeinschaften, Wohnberatungsstellen, Soziale Wohn- gemeinschaften, Anbieter haushaltsnaher Dienste)
- Allgemeine Beratung und Information für pflegende Angehörige, in Überlastungs- und Notsituationen, in finanziellen Angelegenheiten sowie zum Umgang mit demenzerkrankten und behinderten Menschen
- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für pflegende Angehörige
- Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes
- Grundpflegerische, behandlungspflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen der ambulanten Pflegedienste und deren Finanzierung
- Finanzierung des Besuchs einer Tagespflegeeinrichtung
- Finanzierung der Kurzzeitpflegeangebote zur Sicherstellung der Verhinderungs- oder Urlaubspflege
- Auswahl, Finanzierung und Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung
- Rat und Unterstützung bei Problemen mit Anbietern von Pflegeleistungen oder mit Pflegeeinrichtungen
- Palliative Versorgung, Begleitdienste für schwerkranke/sterbende Menschen
- Informationen zu gesetzlicher Betreuung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung.

Im Pflegestützpunkt können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auch die entsprechenden Anträge z.B. auf Pflegeleistungen oder Krankenkassenleistungen stellen.

Die Pflegeberater kommen auch nach Hause. In besonderen Fällen besteht die Notwendigkeit, nach der Feststellung des Hilfebedarfs auch ein Fall-Management in Anspruch zu nehmen, in dessen Rahmen alle notwendigen Hilfen in einem individuellen Versorgungsplan koordiniert werden.

Unabhängig davon können die betroffenen pflegebedürftigen Menschen den seit 1. Januar 2009 bestehenden Rechtsanspruch auf Pflegeberatung gegenüber den Pflege- und Krankenkassen unmittelbar in deren jeweiligen Geschäftsstellen geltend machen.

Wie man sich die Struktur der saarländischen Pflegestützpunkte vorzustellen hat, ergibt sich aus einer vom VdK Saarland hergereichten, in der **Anlage** unter **XII. b)** abgedruckten schematischen Darstellung.

Die **Bereisung** der Pflegestützpunkte des Saarlandes und die dort geführten Gespräche haben gezeigt, welche verdienstvolle Arbeit geleistet wird und wie notwendig solche Einrichtungen sind. Das Engagement der in den Pflegestützpunkten tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zeigt sich nicht zuletzt darin, dass sie sich in einigen Punkten bessere Vorbedingungen für ihre Tätigkeit vorstellen können.

Mir ist – in großen Teilen übereinstimmend – Folgendes vorgetragen worden:

- In den einzelnen Pflegestützpunkten entwickeln sich unterschiedliche Philosophien und Qualitätsstandards.
- Diese unterschiedlichen Philosophien und Arbeitsweisen hängen oft ab vom jeweiligen Geschäftsführer/von der jeweiligen Geschäftsführerin und ändern sich, wenn die Geschäftsführung wechselt.
- Die sich ständig ändernde Rechtslage auf dem Gebiet des Sozialrechts erfordert eine kontinuierliche Schulung. Die angebotenen Schulungen kommen oft zu spät, nämlich wenn mit den Gesetzen, in die man noch nicht eingeführt ist, bereits gearbeitet werden soll. Schulungen zu neuen gesetzlichen Bestimmungen auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung finden erst statt, wenn der GKV-Spitzenverband zu einer bestimmten Auslegung neuer gesetzlicher Bestimmungen gekommen ist, woraus die Befürchtung erwächst, dass aus der trägerlastigen Beratung, die man früher Beratungs- und Koordinierungs- (BEKO-) Stellen vorgehalten hat, nunmehr eine kassenlastige Beratung geworden ist.
- Jedem Pflegestützpunkt steht – pauschal berechnet – ein bestimmtes Budget zur Verfügung. Wenn dieses Budget stark in Anspruch genommen werden muss durch Fahrkosten, bleibt umso weniger übrig für Schulungen.
- In besonderer Weise fehlt es an hinreichenden Kenntnissen, die eine spezialisierte Demenzfachberatung erlauben würden. Hierbei kommt vor allem die psychosoziale Beratung von Angehörigen dementiell Erkrankter zu kurz, insbesondere die Entlastungsberatung.
- In den Stützpunkten wird qualitativ sehr unterschiedlich beraten. Die Frage, was Information ist, was Beratung ist und was Fallmanagement ist, wird unterschiedlich beantwortet.
- In die fortlaufende Schulung sind auch die geschäftsführenden Personen einzubeziehen. Es wäre sinnvoll, wenn auch dort vertiefte Kenntnisse in der Pflegeberatung vorliegen würden.
- Aus der unterschiedlichen Auffassung über die Struktur der Arbeit wächst eine unterschiedliche Dokumentation der Fälle, wenn es auch ein gemeinsames

Computerprogramm zur Erfassung von Daten gibt (sehr aufwändig).

- Ein ständiges Ärgernis ist die unterschiedliche Vergütung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die eben davon abhängt, welche die entsendende Einrichtung ist.
- Als nachteilig und unübersichtlich wird die auseinanderklaffende Dienstaufsicht und Fachaufsicht angesehen.
- Über Haftungsfragen gibt es keine Vorstellung. Wer bei einer Falschberatung haftet, ist unklar. In einem Pflegestützpunkt konnte hierzu nur vorgetragen werden, dass es eine – mündliche – Äußerung des VdeK gibt, die Berufshaftpflichtversicherung trete ein.
- Die unterschiedliche dienstliche Anbindung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater führt dazu, dass die von den Kommunen entsandten Personen Dienstautos der Kommunen im Einzelfall benutzen, ihre von den Kassen kommenden Kollegen aber nicht mitnehmen dürfen.
- Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind in hohem Maße darauf angewiesen, ihre Privatfahrzeuge dienstlich zu nutzen. Hierfür werden sie – je nachdem, wer ihr Dienstherr ist – unterschiedlich entschädigt.
- Zu einer sehr unterschiedlichen Belastung der Budgets führt es, wenn Diensträume zu unterschiedlichen Bedingungen angemietet werden müssen oder sonst zur Verfügung gestellt werden.
- Allgemein wird die Öffentlichkeitsarbeit bemängelt; eine einheitliches Konzept und ein einheitliches Auftreten wären sinnvoll.
- Speziell wird die Aufteilung der Einzugsbereiche im Regionalverband Saarbrücken bemängelt. Zwar ist zu sehen, dass Beratungstätigkeit überwiegend bei den Ratsuchenden zu erfolgen hat; gleichwohl kann es nicht gut sein, den Ratsuchenden aus Brebach ein Gespräch vor Ort dadurch zu erschweren, dass sie sich nach Sulzbach bewegen müssen. Ratsuchende von dort wenden sich gern an den Pflegestützpunkt Saarbrücken, dürfen von dort aus aber nicht aufgesucht werden.

Es fragt sich, ob diese Kritikpunkte einfacher zu lösen wären, wenn man zu einer anderen, einheitlichen **Rechtsform** fände. Es ist zu prüfen, ob es nicht sinnvoll ist, **einen** Pflegestützpunkt im Saarland mit acht Niederlassungen zu bilden. Ebenso wäre zu prüfen, ob man diesem Pflegestützpunkt nicht besser eine andere Rechtsform, etwa die einer GmbH geben sollte. Hierbei ist einzuräumen, dass in einer solchen Struktur auch Gefahren schlummern. So müsste gewährleistet sein, dass insbesondere die Kommunen in den Organen einer solchen Gesellschaft hinreichend repräsentiert sind. Des Weiteren muss man die Gefahr sehen, dass man zu einer vor sich hinarbeitenden GmbH auch Verantwortung abschieben kann. So ist mir berichtet worden, dass in anderen Bundesländern teilweise eine solche Lösung dazu geführt hat, dass den eigentlichen Trägern, Land, Kommunen, Kassen, mit der Absonderung der Einrichtungen zu einer GmbH hin auch das Interesse an den Pflegestützpunkten verloren geht.

Unabhängig vom Ergebnis erscheint mir eine Auseinandersetzung mit den aufgeworfenen Fragen unerlässlich, um der segensreichen Arbeit der Pflegeberaterinnen und -Berater den nötigen Halt zu geben.

9. Pflegepakt

Im Frühjahr 2017 hat die saarländische Gesundheitsministerin aufgerufen, an einem Pflegepakt mitzuarbeiten, der zum Ziel hat, die Situation in der Pflege gemeinsam mit allen Verantwortlichen und Akteuren nachhaltig und zukunftstauglich zu verbessern. An diesem Pflegepakt arbeiten der LPR, Kassen, die HTW, die Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen, Verbände und die Gewerkschaft Ver.di mit – auch ich.

Plakatives Ziel ist u.a., bis zum Jahr 2020 im Saarland 1000 neue Pflegestellen zu schaffen. Den angesprochenen Zielen will man sich nähern durch die Beratung in Arbeitsgruppen.

Die erste Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit der Umsetzung der Generalistikknovelle, dem Berufsbild „Pflegeassistent“, der Fort- und Weiterbildung, dem Fernstudium Pflege und der Nachwuchsgewinnung.

Die zweite Arbeitsgruppe konzentriert sich auf die Themen Familienfreundlichkeit und Gesundheitsmanagement, Personalsituation und Personalanhaltszahlen, wobei es die Untergruppe „Krankenhaus“ und die Untergruppe „Alten- und Pflegeeinrichtungen“ gibt.

Die dritte Arbeitsgruppe behandelt die Thematik Imagesteigerung für die Pflege und die Fortsetzung der Imagekampagne „Wertvolles Pflegen“.

Man sieht: Es gibt einige Nüsse zu knacken; sind sie geknackt, liegt der Lohn auf der Hand.

V. Öffentlichkeitsarbeit und Kontaktpflege

Ein weiteres Tätigkeitsfeld ist die Pflege von Kontakten zu allen möglichen Behörden, Verbänden, Einrichtungen, Einzelpersonen sowie zur Presse, Funk und Fernsehen.

Ich arbeite mit in mehrfach erwähnten Landesgremien, in der Arbeitsgemeinschaft zu § 18 des Saarländischen Heimgesetzes, weiterhin auch im Landespflegeausschuss, bei der Initiative „Wir bleiben daheim“ in Brebach, bei dem vom Bundesgesundheitsministerium aufgelegten „Regionaldialog – Pflege stärken“ und in der Arbeitsgruppe „Lebensqualität“ des Digitalisierungsforums Saar. Bei der Erarbeitung landesrechtlicher Bestimmungen auf dem Gebiet der Pflege werde ich gehört. Ich spreche in Seniorenbeiräten, bei der Volkshochschule, in Schulen und als Lehrbeauftragter der Universität des Saarlandes. Es hat sich auch als notwendig gezeigt, Kontakte über die Landesgrenze hinaus zu pflegen. So werde ich regelmäßig zu den in Pirmasens stattfindenden Pflegekonferenzen eingeladen, die einen völlig anderen Charakter haben als die von mir einberufenen. Ich nehme an jährlich zum Thema Pflege an der Hochschule Speyer stattfindenden Veranstaltungen teil, ebenso an der Richterwoche beim Bundessozialgericht in Kassel und der alle zwei Jahre stattfindenden Versammlung des Sozialgerichtstags. In den letzten drei Jahren sind bemerkenswerte Einladungen des damaligen Staatssekretärs Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter des Bundes, nach Berlin hinzugekommen.

Wenn man alle möglichen Probleme vorträgt und auf deren Lösung dringt, bedarf es guter Kontakte zu den hierfür verantwortlichen Personen. Ich darf feststellen, dass ich bisher überall mit großer Freundlichkeit aufgenommen worden bin und mit – nach meiner Wahrnehmung – ehrlicher Kooperationsbereitschaft behandelt wurde.

B). Ergänzende Darstellungen und Berichte

- I. Bericht der Beratungs- und Prüfbehörde nach dem Landesheimgesetz Saarland
- II. Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Saarland
- III. Bericht der Saarländischen Pflegegesellschaft (SPG) zum Geschäftsjahr 2016
- IV. VdK-Bericht: „Erste Erfahrungen mit der Pflegereform“
- V. Erläuterungen der Landesverordnung zum Pflegestärkungsgesetzes II
- VI. Saarländische Pflegegesellschaft zum Thema „Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II“
- VII. Nachwuchsgewinnung im Bereich der Pflegeberufe
- VIII. Saarländische Pflegegesellschaft
 - a) Dokumentation
 - b) Clearingstelle
- IX. Pflegekongress
 - a) Pflegekongress 2015
 - b) Pflegekongress 2016
- X. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
 - a) Hauptsatzung
 - b) Pflegende schreiben Geschichte
 - c) Kammern nutzen der Intensivpflege
 - d) Beitragsordnung
 - e) Urteil des VG Mainz vom 06. April 2107
- XI. Tätigkeitsbericht der Arbeitskammer
- XII. Pflegemedaille

B). I.

Bericht der Beratungs- und Prüfbehörde des Saarlandes – „Heimaufsicht“

In den Jahren 2014, 2015 und 2016 wurde das 2009 erstmalig auf Landesebene erlassene Landesheimgesetz Saarland evaluiert und in der Folge novelliert. 2009 lag der Schwerpunkt der rechtlichen Regelung – entsprechend der damaligen Bedarfssituation – auf der stationären Altenpflege. Mittlerweile – das spiegeln auch bundesgesetzliche Weiterentwicklungen etwa durch das Pflegestärkungsgesetz I und II und das Bundesteilhabegesetz wider – hat sich die Situation bei den Angeboten aber hinsichtlich der Nachfrage nach Pflegedarf geändert. Zunehmend werden Alternativen zur klassischen stat. Einrichtung angefragt und wahrgenommen. Etwa durch verstärkte Inanspruchnahme temporärer Hilfen wie Tages-, Nacht- oder Verhinderungspflege oder durch die Inanspruchnahme neuer, ambulanter Wohnformen. Diesem geänderten Bedarf folgend sind durch die Anbieter von Pflegeleistungen auch im Saarland entsprechend Angebote angepasst oder neu geschaffen worden.

Folgerichtig wurde im Rahmen des saarländischen Pflegedialoges eine Expertengruppe gegründet, mit dem Ziel, für die angeregte Novellierung des derzeitigen Gesetzes konkrete Handlungsfelder zu beschreiben, für die im Gesetzgebungsprozess zukunftsweisende Regelungen gefunden werden sollen.

In diese Expertengruppe waren neben dem Sozialministerium Vertreterinnen und Vertreter der Pflegekassen und der jeweiligen medizinischen Dienste, der SPG, der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege, des Landkreistages, des Städte- und Gemeindetages, des Landesseniorenbeirates, des Pflegerates und der Landespflegebeauftragte eingebunden.

Wesentliche Bestandteile der von der Expertengruppe unter der Leitung der Heimaufsicht des Sozialministeriums erarbeiteten Handlungsfelder sind:

- Eine stärkere Differenzierung des Regelungsinhaltes des Landesheimgesetzes und seiner Verordnungen für Einrichtungen für alte und pflegebedürftige und Einrichtungen für behinderte Menschen, wobei das Gesetz auch künftig (vor allem unter dem Aspekt der Inklusion) grundsätzlich weiterhin gleichberechtigt für Pflegeeinrichtungen und Angebote der Eingliederungshilfe gelten soll und wird;
- die Verbesserungen und Klarstellungen bzgl. der Rechtsstellung und der Eingriffsmöglichkeiten der Heimaufsicht;
- die Verbesserung der Rechtsstellung neuer bzw. alternativer Wohnformen.

Diese Empfehlungen entsprechen auch vielen Anliegen und Anregungen aus der Bevölkerung, die die Landesregierung erreichen.

Wichtigste Änderungen des Gesetzes

1. Ausweitung des Geltungsbereichs

Der Anwendungsbereich des Gesetzes wurde ausgeweitet:

zum einen auf Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen

zum anderen auf die ambulanten Pflegedienste.

Wie wichtig und sinnvoll die Ausweitung des Anwendungsbereiches auf die ambulanten Pflegedienste ist, zeigt die derzeitige politische Diskussion, geeignete Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege zu finden.

Auf der Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz in Rostock wurde seitens des Saarlandes ein Beschlussantrag aus Hamburg und Bayern unterstützt, der sich für eine Prüfung ambulanter Pflegedienste und auch von ambulanten Wohngemeinschaften durch die Heimaufsichten ausspricht.

Dadurch kann die Heimaufsicht auch bei Hinweisen und Beschwerden über Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste entsprechende Überprüfungen einleiten. Dabei ist - zur Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen - bei ambulanten Pflegediensten nur eine anlassbezogene Strukturprüfung vorgesehen. Grundsätzlich obliegt die Überprüfung der tatsächlich an den Menschen vorgenommenen Pflegeleistungen - wie auch im stationären Bereich - den medizinischen Diensten der Pflegekassen. Auch in diesem neuen Anwendungsbereich wird die seit Jahren sehr gute Zusammenarbeit der saarländischen Heimaufsicht mit den hiesigen medizinischen Diensten einen guten und effizienten Schutz der pflegebedürftigen Menschen gewährleisten.

2. Ambulante Wohnformen

Die Novellierung sieht eine klarere Definition der unter den Anwendungsbereich des Gesetzes fallenden ambulanten Wohnformen vor. Gewährleistet ist dabei, dass Betroffene auch weiterhin selbstbestimmt ihr Wohn- und Betreuungsumfeld wählen können, ohne dass dies durch staatliche Auflagen erschwert oder gar unmöglich ist. Gleichwohl ist die Grenze von selbstbestimmtem zu durch andere vollständig organisiertem Wohnen und Leben mit Sorgfalt auszuloten. Und immer dann, wenn neue Wohnformen nicht mehr dem Charakter des selbststimmten Lebens entsprechen, muss dafür Sorge getragen werden, dass auch dort der Schutz und die Kontrolle der Lebens- und Wohnqualität durch die staatlichen Organe gewährleistet und regelmäßig überprüft wird. In dem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die neue Namensgebung des Gesetzes - von „Landesheimgesetz“ zu „Saarländischem Wohn-,Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz“ die erweiterte Intention des neuen Gesetzes widerspiegeln wird.

3. Experimentierklausel

Ein weiterer zukunftsweisender Baustein der Neufassung des Gesetzes soll eine erweiterte Experimentierklausel sein. Die Träger können künftig bei der Heimaufsicht die Erlaubnis beantragen, neue, gegebenenfalls von den verfassten Verordnungen abweichende

modellhafte Betreuungs- und Wohnsettings einzurichten. Dieser Genehmigungsprozess wird jedoch an hohe konzeptionelle Hürden geknüpft sein.

4. Erweitertes Führungszeugnis

Neben anderen Anpassungen des geltenden Gesetzes sei besonders auf den Umstand hingewiesen, dass künftig alle in der Pflege beschäftigten Menschen in vorgegebenen Zeiträumen ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen müssen. Diese Vorschrift orientiert sich an den Vorgaben des SGB VIII.

Fazit:

Mit der Änderung des Landesheimgesetzes Saarland und der Anpassung desselben an die bundesgesetzlichen Weiterentwicklungen und an neu entstandene ambulante Wohnformen wird der staatliche Schutz auf alternative Betreuungs- und Lebenssituationen ausgedehnt. Durch die verschiedenen Ausdifferenzierungen der Abhängigkeit der Menschen in den unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsformen wird auch der aktuellen Entwicklung der Pflegewirklichkeit Rechnung getragen. Die Klarstellung, dass de facto keine Form der institutionellen Pflege von einer staatlichen Aufsicht und Kontrolle ausgenommen ist, verbessert die Möglichkeit, auf Missstände reagieren zu können. Insbesondere die Einbeziehung ambulanter Pflegedienste schließt eine Lücke in den ordnungsrechtlichen Eingriffsermächtigungen. Und dort, wo private und nachbarschaftliche Pflege geleistet wird, muss diese weiterhin von den hohen Anforderungen des Gesetzes ausgenommen sein.

Die Tragweite der damit verbundenen Änderungen wird auch durch den neuen Namen „Saarländisches Gesetz zur Sicherung der Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalität volljähriger Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und volljähriger Menschen mit Behinderung“ des bisherigen Landesheimgesetzes deutlich.

Betreuungseinrichtungen im Sinne des Landesheimgesetzes Saarland

Der aktuelle Stand der Betreuungseinrichtungen, die der Überwachung durch die Heimaufsicht unterliegen, beläuft sich derzeit auf insg. (Stand 31.12.2016)

Es handelt sich dabei um

- **143 vollstationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen**
- **4 Hospize**
- **115 Einrichtungen für behinderte Menschen.**

Termine der Prüfung und Beratung der Heimaufsicht in 2015 und 2016

Von den 8 Prüfern der Heimaufsicht wurden 840 Außentermine wahrgenommen. Davon entfielen 385 Termine auf unangemeldete Regel- oder Anlassprüfungen. 19 Termine fanden angemeldet auf Wunsch der Einrichtungen als Beratungstermine statt. Nur in 24 Fällen musste die Heimaufsicht ins ordnungsrechtliche Verfahren einsteigen, die meisten Mängel konnten durch Beratung und Fristsetzung der Mängelbehebung ohne Ordnungswidrigkeitsverfahren beseitigt werden.

Die schwerwiegendsten Mängel führten in einem Fall zu einer Teilschließung einer stationären Einrichtung und sowie in einem weiteren Fall zur Schließung einer Einrichtung des betreuten Wohnens.

Die Heimaufsicht erreichten in 2015/2016 143 Beschwerden.

Diese sind folgenden Bereichen zuzuordnen (Mehrfachnennungen möglich):

1. Personal (39 Beschwerden)

- zu wenig Personal
- 50%-Fachkraftquote nicht erreicht
- fehlendes bzw. zu wenig Fachpersonal in der Nacht
- behandlungspflegerische Tätigkeiten durch Hilfskräfte ohne nachweisbare Beteiligung von Pflegefachkräften
- kein Konzept zur Delegation von Behandlungspflege
- häufiger Personalwechsel
- gehäufter Einsatz von Leiharbeitskräften
- gehäufter Einsatz von Mini-Jobbern

2. Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität (61 Beschwerden)

Planung:

- Planung unvollständig (z.B. soziale Betreuung nicht geplant oder in Häusern der Eingliederungshilfe ist Pflegebedarf nicht ausreichend berücksichtigt)
- Planung fehlt
- Ziele nicht individuell, sondern nur pauschal formuliert
- Auswertungen und Anpassungen fehlen

Dokumentation

- Trink- bzw. Ernährungsprotokolle fehlen, sind unvollständig oder werden verspätet angelegt
- ärztliche Verordnungen wie z.B. Blutdruckmessungen nicht regelmäßig durchgeführt, auf kritische RR-Werte nicht zeitnah reagiert
- Pflegeprozess nicht nachvollziehbar (z.B. biografische Daten nicht berücksichtigt)
- Kommunikation mit dem Arzt nicht erfasst (z.B. fehlende Querverweise auf Visiten im Pflegebericht)
- „Wunddokumentation“ verspätet bzw. unvollständig angelegt
- fehlende Gewichtskontrollen
- nicht nachvollziehbare oder fehlende Reaktion auf auffällige Veränderungen

Betreuung

- fragliche Sturzprophylaxe versus freiheitsentziehende Maßnahmen
- Wäsche vertauscht oder geht verloren
- zu lange Wartezeiten nach dem „Schwesterruf“

- fehlende oder mangelhafte Bezugspflege (z.B. aufgrund von häufigem Personalwechsel)
- Einzelbetreuungen zu wenig angeboten
- unfreundliches Personal, respektloses Verhalten gegenüber den Bewohnern

3. **Hygiene (21 Beschwerden)**

- Unsauberkeit der Fußböden und Hilfsmittel
- Renovierungsbedarf
- mangelhafte Hautpflege (gehäuft unter der Brust);
- mangelnde Nagel- oder Zahnpflege
- Inkontinenzmaterial zu spät gewechselt
- fragwürdiges MRSA-Management

4. **Medikamente (22 Beschwerden)**

- Medikamente nicht richtig gestellt
- Darreichungsform und Einnahmezeiten nicht beachtet
- fehlerhafte Lagerung der Medikamente

5. **Essen und Trinken (11 Beschwerden)**

- fehlende Wahlmöglichkeit
- Essen wird nicht ordnungsgemäß gekühlt
- gekochte Nahrung nicht mehr heiß beim Servieren
- fehlende Mitbestimmung bei der Essensplanung

6. **Beschwerdemanagement (2 Beschwerden)**

- Keine gelebte Kultur des Beschwerdemanagements

7. **Sonstige Beschwerden wie Barbetrag und Verstöße gegen Mitwirkung (25 Beschwerden).**

Sachbearbeiter	Einrichtungen	davon überprüft	Prüfungen - gesamt	davon unangemeldete Regelprüfungen	unangemeldete Regelprüf. i. V.	davon unangemeldete anlassbez. Prüf.	unangemeldete anlassbez. Prüf. i. V.	davon angemeldete Prüfungen	Angemeldete Prüfungen i. V.	davon Prüfungen zum Anwendungs- bereich LHeimGS	davon Prüfungen "Vier-Augen- Prinzip"
Gesamt 2015	258	199	300	210	1	67	15	10	1	6	27
Gesamt 2016	262	211	314	175	4	57	22	9	4	22	35

Beschwerden	Beschwerden gesamt	Beschwerden Pflege/Betreu- ungsqualität	Beschwerden Wohnqualität	Beschwerden Personal	Beschwerden Verstöße gegen Mitwirkung	Beschwerdema- nagement	Beschwerden Barbetrag	Beschwerden Essen und Trinken	Beschwerden Hygiene	Beschwerden Medikamente	Sonstiges
Gesamt 2015	62	23	3	13	1	1	1	3	10	10	7
Gesamt 2016	81	29	6	26	0	1	2	8	11	12	14

Verwaltungsver- fahren	Anhörungen gesamt	Anordnungen gesamt	Bußgelder gesamt	Beschäftigungs- verbote gesamt	Untersagungen gesamt
Gesamt 2015	12	8	3	0	0
Gesamt 2016	12	4	0	0	1

Beratungen	Beratungen gesamt	davon Beratungen (auf Anfrage)	Beratungen (auf Anfrage) i. V.	davon Beratungen (auf Anfrage) "Vier-Augen- Prinzip"	Sonstige Außentermine	Außentermine - gesamt
Gesamt 2015	76	66	2	7	32	425
Gesamt 2016	67	55	8	13	36	415

A) Änderung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Zum 01.01.2017 wurde die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI basierend auf einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umfassend verändert. Gesetzliche Grundlage bildet hier das 2. Pflegestärkungsgesetz, welches zum 01.01.2016 in Kraft trat. Ermittelt wird nun der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen sowie die Abhängigkeit von personeller Hilfe und zwar nicht nur bei einigen Verrichtungen der Grundpflege, sondern in allen relevanten Bereichen der elementaren Lebensführung. Neuer Maßstab ist folglich der Grad der Selbstständigkeit und nicht mehr der Zeitaufwand des verrichtungsbezogenen Hilfebedarfs. Personen mit somatischen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen werden fortan gleichgestellt. Der Wandel von der verrichtungsbezogenen Betrachtung von Pflegebedürftigkeit hin zur ganzheitlichen, ressourcenorientierten Betrachtung der Selbstständigkeit einer Person ermöglicht zudem die systematische Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarfen.

Gemäß § 15 Abs. 1 SGB XI erhalten pflegebedürftige Personen nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Dieses neue Begutachtungsinstrument, welches einfach strukturiert ist und das Nebeneinander vom engen Pflegebedürftigkeitsbegriff und Einschränkungen in den Alltagskompetenzen vermeidet, ist Bestandteil des neuen Begutachtungsverfahrens.



Abbildung 1: Aufbau des neuen Begutachtungsverfahrens

Das Begutachtungsverfahren umfasst wie bisher eine Untersuchung der antragstellenden Person, um die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Kernstück des Begutachtungsverfahrens bildet das neue Begutachtungsinstrument. Zu betonen ist, dass dieses Begutachtungsinstrument ein Bewertungsverfahren ist, aber kein Fragebogen, keine Befunddokumentation und ebenso kein Instrument zur Personalbemessung. Die gutachterliche Wertung leitet sich aus den drei Komponenten Anamnese, Auswertung medizinischer Befundberichte und objektiver Befunderhebung ab unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes, des Krankheitsverlaufs und der Prognose. Weiterhin gilt, dass bei der

Begutachtung nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung zu berücksichtigen ist, sondern allein die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Das Ergebnis der Begutachtung basiert auf die Einschätzung zur Bewertung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten in diesen sechs Modulen (Lebensbereiche).



Abbildung 2: Die sechs Module/Lebensbereiche des Begutachtungsinstruments

Durch die modulare Struktur des neuen Begutachtungsinstruments kann durch die Zusammenfassung von gleichartigen Kriterien eine zusammenhängende, wohnumfeldunabhängige Betrachtung einzelner Lebensbereiche des Pflegebedürftigen stattfinden. Jedem Kriterium der sechs Module ist je nach der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten ein Einzelpunktwert zugeordnet, deren Gesamtpunktwert modulbezogen in einen gewichteten Punktwert überführt wird. Die Summe der gewichteten Punktwerte ergibt den Pflegegrad auf einer Skala von 0 bis 100 gewichteten Punkten. In § 15 Abs. 3 SGB XI werden die Schwellenwerte der Pflegegrade definiert, die auf Basis der erreichten Gesamtpunkte wie folgt eingeordnet werden:

Tabelle 1: Übersicht Schwellenwerte Pflegegrade

Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten <i>ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten</i>
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten <i>ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten</i>
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten <i>ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten</i>

Pflegegrad 4 schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit und Fähigkeiten
ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten

Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
ab 90 bis 100 Gesamtpunkten

Abgeschlossen wird das Gutachten mit der Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen in den zwei Bereichen *Außerhäusliche Aktivitäten* und *Haushaltsführung* sowie mit Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, zur Prävention und Rehabilitation.

Die bisherige Form der Begutachtung modifiziert sich folglich zu einer komplexen pflegfachlichen Empfehlung, deren Basis nicht mehr die „reine“ Einstufungsempfehlung an die Pflegekasse darstellt. Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wird zukünftig einen entscheidenden Beitrag für die Bewältigung der Pflegesituation und für die Verbesserung der häuslichen Versorgung im Sinne der Erstellung eines individuellen Pflegeplans leisten, um damit die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen zu fördern. Die Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung löst somit für die Gutachter der Medizinischen Dienste und für alle Akteure im Gesundheitswesen einen umfassenden Wandel aus.

Aus diesem Grund erfolgten im MDK im Saarland 2016 ganzjährig umfassende Schulungsmaßnahmen der im Fachgebiet Pflege tätigen Gutachter, um sie auf den umfassenden Wechsel der Begutachtungssystematik vorzubereiten. Ebenso wurden Erkenntnisse aus der jährlich stattfindenden Versichertenbefragung sowie der Auswertung des internen Beschwerdemanagements in die Schulungsmaßnahmen integriert, um einen bestmöglichen Start in das neue Begutachtungsverfahren zu ermöglichen.

Des Weiteren wurden im Jahr 2016 Mitarbeitern von Pflegekassen, Pflegestützpunkten, Sozialdiensten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens in 28 internen und externen Veranstaltungen durch den MDK im Saarland die Inhalte des neuen Begutachtungsverfahrens vermittelt, um sie in den Umstellungsprozess mit einzubeziehen und sie auf den Wandel vorzubereiten. Dieses Angebot des MDK im Saarland stieß auf so großes Interesse, dass das Fortbildungsangebot auch im Jahr 2017 fortgesetzt wird.

Die Rückmeldung der Versicherten im Hausbesuch gegenüber den Gutachtern bezüglich des neuen Begutachtungsverfahrens ist bisher durchweg positiv, da auf die individuellen Lebensbereiche umfänglicher eingegangen werden kann. Im 1. Quartal 2017 wurden durch den MDK im Saarland über 3.000 Begutachtungen nach neuer Rechtsprechung durchgeführt. Genauere Aussagen zur Auftragsentwicklung und zur Ergebnisdarstellung werden jedoch erst Ende des Jahres möglich sein.

B) Beschwerde-Management des MDK im Saarland

Bericht zu Beschwerden über ambulante und stationäre Pflegedienste sowie Pflegemissständen

1. Niederschwelliger Zugang zum Beschwerde-Management des MDK im Saarland; Beschwerdezuordnung außerhalb der unmittelbaren Anwendbarkeit des §18b SGB XI

Organisatorisch gewährleistet das Beschwerdemanagement des MDK im Saarland an Werktagen in der Zeit von 8 bis 17 Uhr eine durchgehende personelle Präsenz zur persönlichen Annahme von Beschwerden. Dieser Service erhöht die Versicherungszufriedenheit, gewährleistet einen niederschweligen Zugang und trägt dem Umstand Rechnung, dass im Berichtszeitraum 2016 bis zu 80% aller Beschwerden (unter Abzug jener Beschwerden, die im Zusammenhang mit einem schriftlichen Widerspruchsverfahren geäußert wurden) von den Beschwerdeführern mündlich bzw. fernmündlich vorgetragen wurden.

Von allen beim MDK im Saarland im Jahr 2016 eingegangenen 114 Beschwerden wurde in 46 Fällen nicht die Arbeit des MDK im Saarland selbst (SPV und GKV), sondern die Tätigkeit anderer Institutionen (z.B. von Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten) beanstandet. Im Einzelnen handelt es sich in den vorgenannten Konstellationen, die demnach Fälle außerhalb der unmittelbaren Anwendbarkeit des §18b SGB XI und der konkretisierenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren vom 10.07.2013 (Die-RiLi) darstellen, also um Beschwerden etwa über ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie um sonstige Anliegen bzw. Beschwerden im weiteren Sinne.

2. Beschwerden über ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen

In 2016 gingen beim MDK 25 Beschwerden über ambulante Pflegedienste (8 Beschwerden) und stationäre Pflegeeinrichtungen (17) ein. Die Anzahl der Beschwerden ist im Vergleich zu den Jahren zuvor in etwa konstant (29 Beschwerden 2015).

16 Beschwerden wurden telefonisch vorgetragen, eine Beschwerde im Rahmen einer Pflegebegutachtung und der Rest schriftlich. Der Anteil anonymer Beschwerden war hoch (40%), es handelte sich jeweils zur Hälfte um Angehörige von Pflegebedürftigen und zur Hälfte um Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen. Die vorgetragenen Gründe für die Anonymität betrafen entweder befürchtete Nachteile für die Mitarbeiter oder Nachteile für die betreuten Pflegebedürftigen.

Gründe für die Beschwerden waren in allen Fällen im stationären Bereich behauptete schwere Pflegemängel, in der Regel gekoppelt mit einem Personalmangel. Ganz regelmäßig wurde im Rahmen der Beschwerden über Personalmangel über einen Mangel an Fachpersonal geklagt, dies sehr häufig in Zusammenhang mit der Behauptung, dass vom ungelerten bzw. sich in der Ausbildung befindlichem Personal pflegerische Leistungen erbracht würden, für die sie nicht qualifiziert seien. Im ambulanten Bereich gab es zwar auch

in 2 Fällen (25%) solche Beschwerden, viel häufiger waren jedoch Beschwerden über Vertragsverletzungen, Falschabrechnungen und unvermittelte Vertragskündigungen.

Betreffend die ambulanten Pflegedienste bezogen sich alle 8 Beschwerden auf unterschiedliche Einrichtungen. Dagegen gab es im stationären Bereich Mehrfachbeschwerden über mehrere Einrichtungen, auch bestimmte überörtliche Träger waren mehrfach betroffen. Darüber hinaus konzentrierten sich die die Beschwerden auf Einrichtungen, über die bereits in den Vorjahren mehrfach Beschwerde geführt worden war und die dem MDK im Saarland in dieser Hinsicht gut bekannt sind.

Alle Beschwerden wurden sorgfältig dokumentiert und an die Landesverbände der Pflegekassen zur weiteren Veranlassung weitergeleitet, die Beschwerden über stationäre Pflegeeinrichtungen auch an die Heimaufsicht. Intern erhielten die mit Qualitätsprüfungen gem. § 114 SGB XI beauftragten Mitarbeiter Kenntnis über die Beschwerdeinhalte.

Als Reaktion auf die weitergeleiteten Beschwerden wurde der MDK im Saarland in einigen Fällen durch die Landesverbände der Pflegekassen mit Anlassprüfungen beauftragt bzw. wurde gebeten, die ohnehin jährliche Prüfung der betroffenen Einrichtung vorzuziehen. Die Ergebnisse wurden den Landesverbänden zeitnah übermittelt. Eine vollständige Übersicht über die Landesverbände oder die Heimaufsicht eingeleiteten Maßnahmen ist jedoch nicht möglich, da einerseits keine Berichtspflicht gegenüber dem MDK besteht und andererseits zwei weitere Prüfdienste mit Qualitätsprüfungen beauftragt werden.

3. Sonstige Anliegen und Beschwerden im weiteren Sinne

Auch in 2016 hat sich das Beschwerdemanagement des MDK im Saarland einer Vielzahl von Anliegen von Versicherten und besorgten Bürgern angenommen, die nicht als Beschwerden gegen den MDK zu werten waren, darunter Beschwerden gegen Krankenhäuser oder behandelnde Ärzte, Beschwerden wegen fehlender Zahlungen der Pflegekasse, Zuständigkeitsfragen, Anregungen von Betreuungen oder ähnlichem. Besonders arbeitsintensiv waren erneut Fälle, in denen von Nahestehenden eine Verwahrlosung oder gar Misshandlung von Pflegebedürftigen vermutet wurde. Ein Fall konnte in enger Zusammenarbeit mit der Polizei gelöst werden. Diese Vorgänge hatten gleichwohl nichts mit den originären, gesetzlich definierten Aufgaben des MDK zu tun, vielmehr wurde der MDK als Ansprechpartner für Probleme im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Dieser niederschwellige Zugang zu den Mitarbeitern des Beschwerdemanagements hat sich damit im 2. Jahr bewährt und ist keineswegs auf einen externen Zugang begrenzt: So ging in einem Fall eine Beschwerde über unkooperatives Verhalten und unsachliche Äußerungen der Bediensteten einer stationären Pflegeeinrichtung von den eigenen Mitarbeitern des MDK aus. Die zahlreichen Beschwerden über Pflegeeinrichtungen wurden in üblicher Weise an die Landesverbände der Pflegekassen und ggf. die Heimaufsicht weitergeleitet.

Da sich die genannten Vorgänge aufgrund ihrer sehr individuellen Natur einer stringenten Klassifizierung entziehen, seien der Anschaulichkeit halber typische Konstellationen in der Folge exemplarisch und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt:

- In 3 Fällen wurde von Bürgern vermutet, dass Nachbarn oder andere ihnen Bekannte zu Unrecht Leistungen der Pflegeversicherung bezögen. Soweit aus den anonymen

Schreiben ein Versicherter zu ermitteln war, wurden die Zweifel an der Berechtigung des Bezugs der Pflegeleistungen der zuständigen Pflegekasse zur weiteren Veranlassung übermittelt.

- In einem Fall wurden so dezidierte Vorwürfe gegen die Behandlung in einem Saarländischen Krankenhaus vorgetragen, dass dem Beschwerdeführer geraten wurde, sich mit seiner Krankenkasse zur Frage des Vorliegens eines Behandlungsfehlers in Verbindung zu setzen.
- In einem Fall wandten sich entfernt lebende Angehörige eines hochbetagten Ehepaars an den MDK, weil die Pflege nicht sichergestellt war. Da die Ehegatten nicht bei einer der Pflegekassen versichert waren, die den MDK beauftragen, wurde ein Kontakt zum zuständigen Pflegestützpunkt hergestellt.
- Wie schon in den Vorjahren war das Beschwerdemanagement des MDK auch 2016 mit Fragen zum Betreuungsrecht konfrontiert und wurde in einem Fall beratend tätig.
- Aufwendig gestaltete sich ein Fall, in dem ein besorgter Nachbar sich über eine betagte Versicherte sorgte, nachdem deren Ehemann verstorben war und die möglicherweise psychisch erkrankte Tochter die Versorgung übernommen hatte. In diesem Fall hatte der MDK im Saarland Kenntnis vom Umfeld, da die besagte Tochter zuvor Beschwerde über den bisher betreuenden Pflegedienst eingelegt hatte (dieser hatte den Vertrag gekündigt). Da der besorgte Nachbar darüber hinaus ein mögliches Tötungsdelikt betreffend den verstorbenen Ehemann andeutete, wurde von Seiten des MDK Kontakt mit der zuständigen Polizeibehörde aufgenommen. Diese hatte zwar bereits einige Tage zuvor auf Bitten des Nachbarn einen Hausbesuch bei der Versicherten durchgeführt, hatte aber keine weitergehenden Maßnahmen beschlossen. Nach der Konsultation mit der Kriminalpolizei wurde diese erneut aktiv, diesmal mit dem mittelbaren Ergebnis, dass die Tochter aus der Wohnung der Mutter auszog und der bisher betreuende Pflegedienst seine Tätigkeit wieder aufnahm. Für seine Intervention wurde dem MDK großer Dank zuteil.

4. Bewertung und Ausblick

Zusammenfassend hat sich das im MDK im Saarland eingerichtete Beschwerdemanagement – auch außerhalb der in § 18b SGB XI normierten Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren – mit höchster Sorgfalt und großem Engagement den verschiedensten, oben näher erläuterten Anliegen und Sorgen von Bürgerinnen und Bürgern angenommen, auch um hierüber Pflegemissstände frühzeitig zu erkennen und dagegen angehen zu können. Wir sind uns unserer Verantwortung für die Sozialgemeinschaft bewusst, nehmen Sorgen und Nöte ernst und werden uns auch in Zukunft mit aller Kraft zum Wohle unserer Versicherten einsetzen.



Der Vorsitzende/ Die Geschäftsführung

Bericht über das Geschäftsjahr 2016

gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 2 der Satzung der

Inhaltsverzeichnis:

I. Vollstationärer Bereich

- 1. Umstieg auf das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)**
 - 1.1 Abschluss einer Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92c SGB XI als Übergangsregelung für die Vollstationäre Pflege im Saarland**
 - 1.2 Technische Umsetzung – Abschluss einer Übergangsregelung zum Abrechnungsverfahren für die Vollstationäre Pflege nach § 87a SGB XI**

- 2. Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Stationären Altenhilfeeinrichtungen – Projekt „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft (SaarPHIR)“**

II. Ambulanter Bereich

- 1. Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V**
 - 1.1 Verhandlung über die Beschreibung sowie Vergütung neuer Leistungen**
 - 1.1.1 Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung gemäß § 37 Abs. 1a SGB V**
 - 1.1.2 Parenterale Ernährung**
 - 1.1.3 MRSA-Eradikationstherapie**
 - 1.2 Kostenbezogene Vergütungsanpassung – Neustrukturierung der Vergütungssystematik**
- 2. Leistungen der Häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI**
 - 2.1 „Gebündelte Einzelverhandlungen“**
 - 2.2 Anpassung des Leistungskomplexverzeichnisses an das PSG II**
 - 2.3 Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI – Vorbereitung der Neuverhandlung sowie der Neustrukturierung der Vergütungssystematik**
- 3. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß den §§ 45 ff SGB XI**
- 4. Mitwirkung der SPG im Gemeinsamen Landesgremium (GLG) gemäß § 90a SGB V**

III. Bereich der Kurzzeit- und Teilstationären Pflege

- 1. Kurzzeitpflege**
 - 1.1 Umstieg auf das PSG II – Abschluss einer Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92c SGB XI für die solitäre/separate Kurzzeitpflege**
 - 1.2 Krankenhausüberleitung gemäß § 39c SGB V bei Patienten ohne Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI**
- 2. Teilstationäre Pflege**
 - 2.1 Umstieg auf das PSG II**
 - 2.2 Neuverhandlung des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI für die Leistungen der Teilstationären Pflege gemäß § 41 SGB XI**

IV. Altenpflegeausbildung und Fachkräftesituation

1. **Altenpflegeausbildung und Umlagesystem**
2. **Weiterentwicklung der Pflegehelferausbildung zur zweijährigen „Pflegeassistentenausbildung“**

V. Übergreifender Bereich

1. **Mitwirkung beim „Pflegepakt Saarland“**
2. **Umsetzung des „Strukturmodells“ zur vereinfachten Pflegedokumentation**
3. **Umstieg auf das neue Begutachtungsinstrument (NBI)**
4. **Begleitung bei Gesetzesvorhaben – insbesondere: Reform des Landesheimgesetzes**
5. **Besetzung der Schiedsstelle gemäß § 76 SGB XI**
6. **Mitwirkung an den vom Pflegebeauftragten organisierten „Regionalen Pflegekonferenzen“**
7. **Mitwirkung im „AAL-Netzwerk“**
8. **Mitwirkung im „Demenz-Netzwerk“**
9. **Beteiligung am SZ-Lesertelefon**

I. Vollstationärer Bereich

1. **Umstieg auf das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)**
 - 1.1 **Abschluss einer Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92c SGB XI als Übergangsregelung für die Vollstationäre Pflege im Saarland**

Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) zum 1. Januar 2016 hat der Gesetzgeber eine grundlegende Strukturreform der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht. Den Beteiligten der Selbstverwaltung kam dabei die Aufgabe zu, die notwendigen Maßnahmen zur **Umsetzung des PSG II auf Landesebene** zu vereinbaren. Vor dem Hintergrund des vom Gesetzgeber vorgegebenen Umstellungsstichtages bis spätestens zum 30. September 2016 hat die SPG im ersten Halbjahr 2016 den weitaus größten Teil ihrer personellen und zeitlichen Ressourcen in die Gestaltung des Umstieges auf das PSG II investiert. Nachdem der Vorstand einstimmig beschlossen hat, mit den Kostenträgern in

Verhandlungen über eine Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Vergütungsverfahren nach 92c SGB XI als Übergangsregelung für die Vollstationäre Pflege im Saarland einzutreten, tagte die Verhandlungskommission in einer außerordentlich hohen Frequenz.

Bereits in den Verhandlungen vom 28. April 2016 konnte sich die SPG mit den Kostenträgern abschließend auf eine Rahmenvereinbarung über ein vereinfachtes Verfahren als Übergangsregelung verständigen, welche die folgenden Eckpunkte beinhaltet:

- a. Die für den Zeitraum vom 01. Januar bis 31. März 2016 für jede Einrichtung festgestellte durchschnittliche **Personalmenge** wird in ihrer absoluten Höhe **eingefroren** („Personalkörpersicherung“).
- b. Da wissenschaftliche Studien prognostizieren, dass sich nach Ablauf der Übergangsregelung die Einstufung der Bewohner in die fünf Pflegegrade gegenüber der bisherigen Einstufung verschlechtert, wurde diese zu erwartenden Änderung der Bewohnerstruktur bei der Budgetbemessung in der Weise vorweggenommen, dass zum Umrechnungsstichtag ein **Zuschlag für das Bewohnerstrukturänderungsrisiko in Höhe von 2,85 %** vereinbart wurde.
- c. Als Ausgleich für die im Jahr 2017 zu erwartenden Personal- und Sachkostensteigerungen werden die Entgelte für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung **um 2,35 %** erhöht.
- d. In der Erwartung, dass im Laufe des Jahres 2017 gesicherte Daten über die Einstufung in die fünf Pflegegrade vorliegen, wird auf der Basis einer IST-Datenerhebung im Laufe des Jahres 2017 **mit Wirkung zum 01. Januar 2018** ein Modell zur Umrechnung der Personalschlüssel auf die fünf Pflegegrade verhandelt und vereinbart.
- e. Pflegeeinrichtungen, welche im Laufe des Jahres 2017 neu ihren Betrieb aufnehmen, können den saarlandweiten Durchschnitts-Personalschlüssel als „**Over-All-Schlüssel**“ anwenden.

Mit den rahmenvertraglichen Regelungen, welche mit Wirkung zum **1. Juni 2016 in Kraft** traten, erfolgte eine sachgerechte Verteilung des von der Wissenschaft prognostizierten Bewohnerstrukturänderungsrisikos sowohl auf die Einrichtungsträger als auch auf die Kostenträger. Darüber hinaus wurde durch die Regelungen der Rahmenvereinbarung vermieden, dass bei einem Abschmelzen des Budgets im Laufe des Jahres 2017 ein Großteil der Einrichtungen zu Neuverhandlungen auffordern muss.

Die auf der Grundlage dieser Rahmenvereinbarung verbandsweise geführten „Gebündelten Einzelverhandlungen“ über die Entgelte des Jahres 2017 fanden in der Zeit vom 20. Juni bis 4. Juli 2016 statt. Seitens der Verbandsvertreter/innen wurde über **keine nennenswerten Probleme** berichtet; lediglich in einigen Fällen wurde seitens der Kostenträger die Plausibilität der von den Einrichtungen gemeldeten Quote der Bewohner/innen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Frage gestellt.

1.2 Technische Umsetzung – Abschluss einer Übergangsregelung zum Abrechnungsverfahren für die Vollstationäre Pflege nach § 87a SGB XI

Nach Abschluss der „Gebündelten Einzelverhandlungen“ ergaben sich im zweiten Halbjahr 2016 Probleme hinsichtlich der konkreten Abrechnung der Vergütungen des Jahres 2017:

Konkret zeigten sich Diskrepanzen als Folge der Tatsache, dass der Besitzstandsschutzbetrag auf der Basis von **monatsdurchschnittlich 30,42 Tagen** ermittelt wurde, die Regelungen des saarländischen Rahmenvertrages für die Vollstationäre Pflege jedoch eine tagesgenaue Abrechnung der Entgelte vorsehen.

Im November 2016 konnten sich SPG und Kostenträger auf eine Übergangsregelung zum Abrechnungsverfahren für die Vollstationäre Pflege nach § 87a SGB XI verständigen, deren wesentlicher Inhalt die Abrechnung auf der Grundlage der „Gemeinsamen Empfehlungen des BMG zur Umsetzung einer einheitlichen und rechtssicheren Vergütungsabrechnung in Vollstationären Pflegeeinrichtungen“, konkret also auf der Basis von monatsdurchschnittlich 30,42 Tagen darstellt. Als Anlage zur der Übergangsregelung wurden Berechnungsbeispiele für die unterschiedlichen Szenarien beigefügt, welche den Einrichtungen und Trägern in einer kurzfristig anberaumten **Informationsveranstaltung am 8. Dezember 2016** vorgestellt wurden.

Darüberhinausgehende Fragen der Abrechnung, welche insbesondere die Fälle von Ein- und Auszug sowie Wechsel des Bewohners innerhalb des laufenden Monats betreffen, wurden noch im Dezember mit den Kostenträgern geklärt und in einem **gemeinsamen Informationsschreiben** von SPG und Kostenträgern am 22. Dezember 2016 gegenüber den Einrichtungen kommuniziert.

Rückblickend kann festgestellt werden, dass der Umstieg auf das PSG II im Saarland ohne größere Probleme vollzogen werden konnte; dies ist nicht zuletzt auch der Bereitschaft der Kostenträger zu pragmatischen Lösungen sowie den kurzen Kommunikationswegen zu verdanken.

2. Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Stationären Altenhilfeeinrichtungen – Projekt „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft (SaarPHIR)“

Bereits seit mehreren Jahren steht die SPG in Gesprächen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) über eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in Stationären Altenhilfeeinrichtungen. Alle bisher vereinbarten Ansätze für Kooperationen zwischen Ärzten, Altenhilfeeinrichtungen und Krankenkassen waren jedoch mit dem Mangel behaftet, dass sie lediglich von einzelnen Kassenarten getragen wurden.

Am 20. April 2016 stellte die KVS im Landkreis Neunkirchen ein Modellprojekt zur ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern vor; die Veranstaltung bildete den Impuls für ein **landesweites Modellprojekt** „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft (SaarPHIR)“, an welchem die KVS, die SPG sowie alle Kassenarten im Saarland als Projektpartner mitwirken. Zentraler Inhalt des Modells, das unter der Konsortialführerschaft der BARMER entwickelt wurde, ist der mögliche Abschluss von **Verträgen gemäß § 119b SGB V** zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen mit einer klaren Festlegung der Rechte und Pflichten der Beteiligten; auf diese Weise kommt den Altenhilfeeinrichtungen die Rolle von gleichberechtigten Vertragspartnern zu.

Zur Finanzierung des Projektes wurde seitens der BARMER ein Antrag beim **Innovationsfonds gemäß § 90a SGB V** beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gestellt.

Für die SPG als Konsortialpartner eröffnet sich somit die Möglichkeit, dass die auf Seiten der Einrichtungen erforderlichen personellen Ressourcen über Mittel des Innovationsfonds **refinanziert** werden.

Am 27. Juni 2016 erfolgte die Unterzeichnung des „Letters off Intent“; der Projektstart ist für das Jahr 2017 vorgesehen.

II. Ambulanter Bereich

1. Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V

1.1 Verhandlung über die Beschreibung sowie Vergütung neuer Leistungen

1.1.1 Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung gemäß § 37 Abs. 1a SGB V

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ) wurde im Jahr 2016 erstmals ein Rechtsanspruch von Versicherten ohne anerkannte Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI auf Leistungen der Grundpflege und Hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 37 Abs. 1a SGB V geschaffen. Der Vorstand der SPG hat die Verhandlungskommission „Ambulant“ mit Datum vom 7. Juli 2016 beauftragt, mit den Krankenkassen in Verhandlungen über eine Vereinbarung über Art, Inhalt und Vergütung dieser Leistung einzutreten.

Innerhalb der SPG bestand Einvernehmen in der Einschätzung, dass es sich bei den als Leistungsberechtigte infrage kommenden Personen um eine sehr heterogene Gruppe handelt, deren konkrete Bedarfe an Grundpflege sowie Hauswirtschaftlicher Versorgung derzeit schwer abzuschätzen sind. Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung hat die SPG den Krankenkassen den Abschluss einer zeitlich befristeten **Übergangsvereinbarung** vorgeschlagen. Nach mehreren Verhandlungsrunden konnten sich SPG und Krankenkassen – vorbehaltlich der Zustimmung der jeweiligen Beschlussgremien – in den Verhandlungen vom 17. November 2016 auf eine Übergangsvereinbarung verständigen, welche im Wesentlichen für die Leistungen der Grundpflege eine sachgerechte **Kombination von Leistungs- komplexen** aus dem Verzeichnis der Häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI vorsieht; die konkrete Leistungskomplex-Kombination ist dabei abhängig von der jeweiligen Einsatzhäufigkeit pro Tag.

Die Abstimmung insbesondere innerhalb der Beschlussgremien des vdek zog sich über mehrere Monate hin; aus Sicht der SPG bestätigt dies die dringende Notwendigkeit, das Verfahren der Beschlussfassung durch die Beschlussgremien auf Kassenseite zu beschleunigen.

1.1.2 Parenterale Ernährung

Bereits im Jahr 2015 trat die SPG mit den Krankenkassen in Verhandlungen über eine angemessene Vergütung für die Leistung „Parenterale Ernährung“ ein. Hintergrund war die Erkenntnis, dass diese Leistung im Vergleich zur „normalen“ Infusion deutlich zeitaufwändiger und von daher mit dem bisher gezahlten Preis für die „normale“ Infusion nicht auskömmlich vergütet ist. Im Laufe der Verhandlungen wurde deutlich, dass auf Seiten der SPG keine ausreichende Transparenz über die Frequenz der Leistung „Parenterale Ernährung“ bestand; vor diesem Hintergrund verständigten sich die Verhandlungspartner darauf, zunächst eine

fundierte Datenbasis zur Leistungsfrequenz zu erheben und die Verhandlungen über eine Neuvergütung der Leistung auf der Grundlage dieser Datenbasis im September 2016 fortzusetzen.

Die vereinbarungsgemäß durchgeführte Frequenzerhebung brachte die Erkenntnis, dass der Anteil der Leistung „Parenterale Ernährung“ am Gesamtleistungsvolumen außerordentlich gering ist. Aus verhandlungsökonomischen Gründen hat der Vorstand daher einstimmig beschlossen, im Rahmen einer **kompromissweisen Einigung** von der ursprünglichen Forderung der SPG nach einer Vergütung im Umfang von 21,96 € abzurücken und das Angebot der Kassen zu akzeptieren, wonach für die Leistung „Parenterale Ernährung“ der zweifache Preis der „normalen“ Infusion vergütet wird.

1.1.3 MRSA-Eradikationstherapie

Bereits im Jahr 2015 trat die SPG mit den Krankenkassen in Verhandlungen über eine Umsetzung des Rechtsanspruchs der Versicherten auf die Leistung „MRSA-Eradikationstherapie“ ein. Konkret sah der Vorschlag der SPG die Vereinbarung eines **Maßnahmenbündels** vor, welches nach Überzeugung der SPG vollumfänglich dem SGB V zuzuordnen ist. Die Krankenkassen vertraten demgegenüber die Auffassung, dass die hauswirtschaftlichen Elemente aus dem vorgeschlagenen Maßnahmenbündel bei Personen mit Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung dem SGB XI zuzuordnen sind und verwiesen auf die von der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz zu dieser Problematik gestellten Anfrage an den GBA.

Nachdem der GBA im Jahr 2016 die Rechtsauffassung der Krankenkassen bestätigt hat, legte die SPG den Krankenkassen einen **modifizierten Vorschlag** vor, welcher eine **Differenzierung** des Maßnahmenbündels in Leistungen für Personen mit Anspruch auf SGB XI-Leistungen einerseits sowie in Leistungen für Personen ohne SGB XI-Anspruch vorsieht.

Ein Verhandlungsergebnis konnte bisher nicht erzielt werden; die Verhandlungen werden im Jahr 2017 fortgesetzt.

1.2 Kostenbezogene Vergütungsanpassung – Neustrukturierung der Vergütungssystematik

In den Verhandlungen über die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V hat die SPG gegenüber den Krankenkassen in Erinnerung gerufen, dass die Vergütungen für diese Leistungen im Saarland niemals betriebswirtschaftlich kalkuliert wurden. Die Grundlage der Vergütungen wurde im Jahr 1991 unter den Rahmenbedingungen des damals geltenden staatlich garantierten Defizitausgleichs gelegt und waren bereits zu diesem Zeitpunkt nicht kostendeckend. Da in den Folgejahren die Vergütungen stets nur (maximal) im Umfang der Grundlosummensteigerung gemäß § 71 SGB V fortgeschrieben wurden, wird bis zum heutigen Zeitpunkt bei der Erbringung der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege in der Mehrzahl der Fälle ein Defizit erwirtschaftet.

Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung hat die SPG gegenüber den Krankenkassen angekündigt, in Verhandlungen über eine grundsätzliche Neustrukturierung der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V einzutreten. Grundlage der Verhandlungen sollen dabei die Ergebnisse der in Rheinland-Pfalz von der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (**PTHV**) im Jahr 2013 erstellten Studie über die für die Leistungserbringung notwendigen Zeiten sein; auf dieser Grundlage kann nach Einschätzung der SPG

auch im Saarland ermittelt werden, bei welchen Leistungen Kostendeckung erzielt wird und welche Leistungen defizitär erbracht werden. Seitens der Krankenkassen wurde die grundsätzliche Bereitschaft zu Verhandlungen über die Vergütungsstruktur im Bereich der Häuslichen Krankenpflege erklärt; die Verhandlungen beginnen im Mai 2017.

Zum Ausgleich der gestiegenen Personal- und Sachkosten haben sich SPG und Krankenkassen darauf verständigt, dass die Vergütungen für die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V im Jahr 2017 im Umfang der Grundlohnsummensteigerung gemäß § 71 SGB V, konkret also um **2,50 %** erhöht werden.

2. Leistungen der Häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI

2.1 „Gebündelte Einzelverhandlungen“

Auch für den Vergütungszeitraum 2017 konnten die Punktwerte der Leistungen der Häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI nach dem verwaltungseffizienten Verfahren der verbandsweise geführten **„Gebündelten Einzelverhandlungen“** vereinbart werden. Die unterschiedlichen Strukturen der Ambulanten Dienste werden durch unterschiedlich hohe Punktwerte abgebildet; die Vereinbarungen zur kostenbezogenen Vergütungsanpassung differierten in Abhängigkeit von der Struktur der Träger zwischen **minimal 2,00 % und maximal 4,94 %**.

2.2 Anpassung des Leistungskomplexverzeichnis an das PSG II

Als Folge des PSG II und dabei insbesondere als Folge des neuen Begutachtungsinstrumentes (NBI) ist nach Überzeugung der SPG davon auszugehen, dass der bisherige Leistungskomplex „Häusliche Betreuung gemäß § 124 SGB XI“ (LK 16) inhaltlich aufgewertet wird. Dies begründet sich aus der Tatsache, dass als Folge des zu erwartenden schwierigeren Klientels künftig eine komplexere Leistungsverpflichtung auf die Ambulanten Dienste zukommen wird, durch welche nach Überzeugung der SPG in verstärktem Umfang auch Fachkräfte eingesetzt werden müssen.

Nach mehreren Verhandlungsrunden konnten sich SPG und Kostenträger in den Verhandlungen vom 22. November 2016 auf eine übergangsweise Differenzierung des LK 16 in einen

- (1) LK 16a: Häusliche Betreuung
- (2) LK 16b: Häusliche Betreuung durch Fachkräfte

verständigen. Damit verbunden war die Konkretisierung des Begriffs der „Fachkraft“; die Entscheidung über den jeweiligen Personaleinsatz liegt nach dem Wortlaut der Übergangsregelung in der Kompetenz der Verantwortlichen Pflegefachkraft des Ambulanten Dienstes.

Nicht durchsetzen konnte sich die SPG mit ihrer Forderung nach einer Ergänzung aller Leistungskomplexe um die aus den Regelungen des PSG II bzw. der Diktion des NBI resultierende Verpflichtung zur **„Anleitung“** mit einem pauschalen Aufschlag auf die Punktzahlen aller Leistungskomplexe. Nach der Interpretation der Kostenträger gehörte die Anleitung schon immer zu den Pflichtleistungen der Ambulanten Dienste, sodass nach ihrer Einschätzung mit dem Inkrafttreten des PSG II auf die Ambulanten Dienste keine neuen Leistungsverpflichtungen zukommen werden. Somit gilt für die Ambulanten Dienste das im Jahr 2016 vereinbarte Leistungsverzeichnis mit den vereinbarten Vergütungen über den 31. Dezember 2016 hinaus weiter; die Thematik wird Gegenstand der im Jahr 2017 anstehenden

Rahmenvertragsverhandlungen sein.

2.3 Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI – Vorbereitung der Neuverhandlung sowie der Neustrukturierung der Vergütungssystematik

Mit Datum vom 22. Dezember 2016 hat die SPG den Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI über die Leistungen der Häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI gekündigt und die Landesverbände der Pflegekassen sowie die örtlichen Sozialhilfeträger zu Neuverhandlungen aufgefordert. Hintergrund dieser Entscheidung ist die Tatsache, dass der Text des Rahmenvertrages an die durch das PSG II bewirkten Neuregelungen angepasst werden muss; darüber hinaus wird die SPG in diesem Zusammenhang auch in Verhandlungen über die Vergütungssystematik (Leistungskomplex-System und/oder Stundenvergütung) eintreten.

Ziel der SPG ist es, die Verhandlungen bis spätestens Ende 2017 zum Abschluss zu bringen, sodass der neue Rahmenvertrag einschließlich der neuen Vergütungssystematik mit Wirkung zum 1. Januar 2018 in Kraft treten kann.

3. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß den §§ 45 ff SGB XI

Nachdem die SPG in den Jahren 2014 und 2015 in die Gespräche mit dem Land sowie den Landkreisen über eine Rechtsverordnung gemäß den §§ 45 ff SGB XI zur Regelung des Anspruchs auf niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen eingebunden war, herrschte im Jahr 2016 auf Seiten des Landes in dieser Thematik weitgehend Stillstand. Erst mit Datum vom 30. November 2016 ging der Entwurf einer „Verordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie über die Förderung von Initiativen des Ehrenamts und der Selbsthilfe nach dem SGB XI“ in die externe Anhörung.

Die SPG hat von der Möglichkeit der **Abgabe einer Stellungnahme** Gebrauch gemacht und dabei insbesondere ihre Forderung nach landeseinheitlichen Zulassungsvoraussetzungen bekräftigt.

4. Mitwirkung der SPG im Gemeinsamen Landesgremium (GLG) gemäß § 90a SGB V

Am 12. Juni 2013 fand auf Initiative des Ministeriums die konstituierende Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums (GLG) gemäß § 90a SGB V statt; die SPG wurde als Mitglied mit beratender Stimme gemäß § 2 Abs. 3 der Geschäftsordnung in das Gremium berufen.

Die SPG wird im GLG durch den Vorsitzenden (Stellvertretung: Geschäftsführung) vertreten. Auf Beschluss des Vorstands wird die SPG das Gremium nutzen, um im Rahmen der Möglichkeiten Akzente zur Weiterentwicklung der ambulanten Infrastruktur im Saarland zu setzen.

III. Bereich der Kurzzeit- und Teilstationären Pflege

1. Kurzzeitpflege

1.1 Umstieg auf das PSG II – Abschluss einer Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92c SGB XI für die solitäre/separate Kurzzeitpflege

Nachdem SPG und Kostenträger im ersten Halbjahr 2016 mit höchster Priorität eine Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI als Übergangsvereinbarung für ein vereinfachtes Vergütungsverfahren gemäß § 92c SGB XI für den Bereich der Vollstationären Pflege verhandelt und vereinbart haben, fand am 10. August 2016 die erste (und einzige) Verhandlung über eine Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92c SGB XI für die solitäre/separate Kurzzeitpflege statt. In den Verhandlungen konnten sich SPG und Kostenträger auf eine Rahmenvereinbarung verständigen, deren Kerninhalt die Vereinbarung eines **einheitlichen Pflegesatzes** in der solitären/separaten Kurzzeitpflege als Folge einer **vereinbarten einheitlichen Äquivalenzziffer von 1,0** für alle Pflegegrade ist. Auf diese Weise konnte nach Einschätzung der Verhandlungspartner das Risiko der ungewissen künftigen Pflegegrad-Einstufung ebenso minimiert werden wie die Problematik des unzureichenden Informationsstandes über die Quote der Gäste mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Die Rahmenvereinbarung sieht ein Beitrittsverfahren vor; ein Teil der Träger hat von einem Beitritt Abstand genommen und stattdessen von der Möglichkeit zu Einzelverhandlungen Gebrauch gemacht.

1.2 Krankenhausüberleitung gemäß § 39c SGB V bei Patienten ohne Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI

Gemäß § 39c SGB V besteht seit dem 1. Januar 2016 ein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt auch in den Fällen, in denen die Patienten nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Ziel dieser Regelung war es, die Rolle der Kurzzeitpflege als Clearingstelle im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zu stärken und die in der Vergangenheit oftmals suboptimale Krankenhausüberleitung zu verbessern.

Die SPG hat die Krankenkassen im Saarland zu Verhandlungen über eine Verfahrensvereinbarung und dabei insbesondere über die für die Abrechnung zugrunde zu legende Vergütung aufgefordert. Da die Krankenkassen Verhandlungen hierüber bisher stets mit dem Hinweis auf das erwartete, aber noch nicht vorliegende leistungsrechtliche Rundschreiben der Bundesebene abgelehnt haben, ist der Rechtsanspruch der Versicherten auf Kurzzeitpflege gemäß § 39c SGB V im Saarland **faktisch bisher nicht umgesetzt**. Die SPG wird daher gegebenenfalls eine eigene Empfehlung gegenüber den Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur Umsetzung des § 39c SGB V formulieren.

2. Teilstationäre Pflege

2.1 Umstieg auf das PSG II

Im ersten Halbjahr 2016 trat die SPG mit den Kostenträgern in Verhandlungen über eine Umsetzung des PSG II für den Bereich der Teilstationären Pflege ein; Ziel der SPG war es, analog zu dem für den Bereich der Vollstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege praktizierten Verfahren auch für den Bereich der Teilstationären Pflege eine Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Vergütungsverfahren als Übergangsregelung gemäß § 92c SGB XI abzuschließen.

Leider waren die **Kostenträger nicht dazu bereit**, für die Tagespflege eine Vereinbarung mit analogen Regelungen abzuschließen; strittig war dabei insbesondere der von der SPG geltend

gemachte Risikozuschlag („PSG II-Zuschlag“), dessen Rechtfertigung seitens der Kostenträger für Einrichtungen der Tagespflege in Frage gestellt wurde.

Nach dem Scheitern der Verhandlungen über eine Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI als Übergangvereinbarung gemäß § 92c SGB XI für den Bereich der Teilstationären Pflege fanden zwischen dem 6. September und 19. September 2016 die verbandsweise geführten „**Gebündelten Einzelverhandlungen**“ für die Einrichtungen der Tagespflege statt. Im Ergebnis wurden mit den Kostenträgern die unterschiedlichsten Vergütungsmodelle vereinbart; zwischen den Kostenträgern und den Einrichtungsträgern bestand jedoch Einvernehmen darüber, dass diese Vereinbarungen keine präjudizierende Wirkung auf die anstehenden Rahmenvertragsverhandlungen haben werden.

2.2 Neuverhandlung des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI für die Leistungen der Teilstationären Pflege gemäß § 41 SGB XI

Im Herbst 2016 trat die SPG mit den Kostenträgern in Verhandlungen über eine Weiterentwicklung des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI für die Leistungen der Teilstationären Pflege gemäß § 41 SGB XI ein. In der ersten Verhandlungsrunde wurde seitens der SPG der Entwurf eines Rahmenvertrages vorgelegt, welcher im Wesentlichen die folgenden Eckpunkte beinhaltet:

- die Neuformulierung der **Leistungsbeschreibung** unter besonderer Berücksichtigung der tagspflegespezifischen Besonderheiten
- die Vereinbarung eines **pflegegradunabhängigen Personalschlüssels**
- eine sachgerechte Regelung der **Fahrtkosten**.

Die Kostenträger haben ihrerseits Regelungsbedarf insbesondere hinsichtlich der **räumlichen Ausstattung** der Tagespflegeeinrichtungen angemeldet.

Die Verhandlungen werden im Jahr 2017 mit hoher Intensität fortgesetzt.

IV. Altenpflegeausbildung und Fachkräftesituation

1. Altenpflegeausbildung und Umlagesystem

Im Ausbildungsjahr 2016/17 konnte mit fast 1.400 Ausbildungsverträgen ein neuer Höchststand in der Altenpflege- sowie Altenpflegehilfeausbildung erreicht werden. Nach wie vor kann festgestellt werden, dass das mit Rechtsverordnung vom November 2011 eingeführte Umlagesystem in der Finanzierung der Ausbildungsvergütungen, welches einen maßgeblichen Anteil an der Steigerung der Ausbildungsplatzzahlen hat, bei den Altenhilfeeinrichtungen auf eine **hohe Akzeptanz** stößt.

Leider ist zu befürchten, dass diese Akzeptanz durch die seitens des Finanzamtes dargelegte Auffassung leiden wird, wonach es sich bei der Tätigkeit der Zuständigen Stelle Altenpflegeausbildungsumlage (ZSA) um eine gewerbliche, auf Gewinnerzielung ausgerichtete Tätigkeit handelt, welche neben einer Umsatzsteuerpflicht auch eine Körperschaftsteuer- und Gewerbesteuerpflicht begründet. Als Ergebnis dieser Einschätzung ging der SPG/ZSA im Dezember 2016 ein **Steuerbescheid für die Jahre 2012 bis 2014** zu, welcher die SPG zur Zahlung von mehr als 180.000 € Steuern für die Tätigkeit der ZSA verpflichtete. Da aus Sicht

des Vorstandes nicht nachvollziehbar ist, dass die SPG/ZSA für die Übernahme hoheitlicher Tätigkeiten im Auftrag des Landesministeriums zur Steuerzahlung herangezogen wird, hat der Vorstand beschlossen, dass die SPG gegen den Steuerbescheid Widerspruch einlegt und die strittige Frage gegebenenfalls durch eine Klage vor dem Finanzgericht klären lässt.

2. Weiterentwicklung der Pflegehelferausbildung zur zweijährigen „Pflegeassistentenausbildung“

Bereits im Jahr 2015 hat die SPG gegenüber dem Ministerium die Problematik der aus ihrer Sicht unzureichenden Qualifikation der Altenpflegehelfer mit einjähriger Ausbildung thematisiert. Hintergrund dieser Problemanzeige war die Erkenntnis, dass die Ausbildung zum Altenpflegehelfer, welche nach Abzug der Prüfungsphase faktisch weniger als ein Jahr dauert, nicht ausreichend ist, um die für die praktische Arbeit notwendigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu vermitteln. Angesichts dieser Situation hat die SPG gegenüber dem Ministerium eine Aufwertung der Altenpflegehelferausbildung hin zu einer zweijährigen Ausbildung mit dem Abschluss „Pflegeassistent“ gefordert.

Im Rahmen des vom Ministerium im Herbst 2016 initiierten „Pflegepakt Saarland“ hat das Ministerium diese Anregung aufgegriffen: Da die Entwicklung des Pflegeberufgesetzes auf Bundesebene mit dem Ziel einer generalistischen Ausbildung im Jahr 2016 weitgehend zum Stillstand kam, beschäftigte sich die **AG I** („Umsetzung der Generalistik, Finanzierung, Curricula“) entgegen der ursprünglichen Planung nicht mit der Umsetzung der Generalistik, sondern schwerpunktmäßig mit der Einführung einer zweijährigen Ausbildung zum Pflegeassistenten.

Wenngleich die SPG begrüßt, dass ihre Anregung zur Aufwertung der Altenpflegehelferausbildung aufgegriffen wurde, so erschwert die Bearbeitung des Themas im Rahmen des Pflegepaktes mit Vertretern der unterschiedlichsten Interessengruppen die Erörterung auf der fachlichen Ebene.

V. Übergreifender Bereich

1. Mitwirkung beim „Pflegepakt Saarland“

Im Sommer 2016 überraschte Ministerin BACHMANN mit der Ankündigung, gemeinsam mit dem Landespflegerat einen „Pflegepakt Saarland“ ins Leben zu rufen. Als Ziel dieses Paktes, an welchem alle relevanten Akteure der Pflege mitwirken sollen, wurde die Verbesserung der Situation der Pflegenden sowie der Pflegebedürftigen genannt.

Der Vorstand der SPG hat zunächst die Sinnhaftigkeit des Pflegepaktes Saarland in Frage gestellt: Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der im Jahr 2012 auf Initiative des damaligen Sozialministers STORM eingeleitete „Pflegedialog“, an welchem die SPG mit hohem Ressourceneinsatz mitgewirkt hat, niemals zum Abschluss gebracht wurde, war die Notwendigkeit einer weiteren Initiative mit vergleichbarer Zielsetzung aus Sicht der SPG nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus wurde die Vermischung von krankenhausspezifischen Problemen mit Themen aus dem Bereich der Altenhilfe als „nicht sachgerecht“ beurteilt.

Da sich die SPG einer konstruktiven Mitwirkung bei der Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen sowie der Pflegekräfte jedoch keinesfalls verschließen wollte, wurden gegenüber dem Ministerium die Voraussetzungen für eine Mitwirkung der SPG beim

Pflegepakt Saarland kommuniziert. Nachdem das Ministerium auf diese Bedingungen (insbesondere: Mitwirkung der SPG als gleichberechtigter Partner unter Federführung des Ministeriums, strikte Trennung des Krankenhausesektors vom Bereich der Altenhilfe) eingegangen ist, hat die SPG ihre Mitwirkung am Pflegepakt Saarland zugesagt.

Zur Umsetzung der im Rahmen des Pflegepaktes Saarland formulierten Ziele wurden seitens des Ministeriums drei Arbeitsgruppen gegründet, welche die aus Sicht des Ministeriums relevanten Problembereiche bearbeiten sollen:

1. AG I: „Umsetzung der Generalistik, Finanzierung, Curricula“
2. AG II: „Personalsituation in Einrichtungen der Altenhilfe“
3. AG III: „Erarbeitung von Maßnahmen zur Imagesteigerung und Attraktivierung des Pflegeberufs“.

Die SPG ist **in allen drei Arbeitsgruppen vertreten**. Wenngleich für den Bereich der Krankenhäuser im Jahr 2016 strukturelle Verbesserungen erreicht wurden (welche jedoch nicht zwingend auf den Pflegepakt Saarland zurückgeführt werden können), so zeigen die bisherigen Erfahrungen mit der Arbeit der AGs, dass das vom Ministerium gewählte Format mit einer Vielzahl unterschiedlicher Interessenvertreter (bei welchen die Fachkompetenz oftmals nur eine untergeordnete Rolle spielt) nicht geeignet ist, um zielgerichtet und ergebnisorientiert Lösungen zu erarbeiten.

2. Umsetzung des „Strukturmodells“ zur vereinfachten Pflegedokumentation

Nachdem im Jahr 2014 der Pflegebeauftragte der Bundesregierung den Startschuss zu dem Projekt „Vereinfachung der Pflegedokumentation“ gegeben hat, wurden im Jahr 2015 im Saarland mit dem „**Kooperationsgremium**“ die zur Umsetzung der vereinfachten Pflegedokumentation auf Landesebene erforderlichen Strukturen geschaffen. Mit Beschluss des Landespflegeausschusses wurde die Federführung des Kooperationsgremiums, welchem neben der SPG und den Pflegekassen auch die Prüfdienste, die Heimaufsicht sowie die Altenpflege- schulen angehören, **an die SPG übertragen**.

Im Jahr 2016 konnte festgestellt werden, dass die Implementierung des Strukturmodells zur Vereinfachung der Pflegedokumentation in den Einrichtungen mit großem Engagement der Beteiligten vorangebracht wurde. Die im Bundesvergleich **überdurchschnittlich hohe Teilnahmequote** ist ein Indiz für die hohe Akzeptanz auf Seiten der Einrichtungen ebenso wie für die professionelle Begleitung durch das Projektbüro Ein-STEP, dessen Finanzierung entgegen der ursprünglichen Planung (und dem seitens der SPG im Dezember 2015 gegenüber dem Bundespflegebeauftragten vorgetragenen Anliegen entsprechend) über den 30. Juni 2016 hinaus sichergestellt wurde.

Nachdem im Jahr 2015 das Strukturmodell zunächst schwerpunktmäßig in den Stationären Altenhilfeeinrichtungen implementiert wurde, erfolgte im Jahr 2016 die Implementierung auch im Bereich der Ambulanten Dienste. Die Rückmeldungen der teilnehmenden Stationären sowie Ambulanten Altenhilfeeinrichtungen zu den mit der Implementierung sowie Anwendung des Strukturmodells gemachten Erfahrungen sind **überwiegend positiv**; sodass das Projekt aus Sicht der SPG als „sehr erfolgreich“ bewertet werden kann.

3. Umstieg auf das Neue Begutachtungsinstrument (NBI)

Im Zusammenhang mit dem PSG II hat der Gesetzgeber den von der Fachöffentlichkeit seit langem geforderten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Neues Begutachtungsinstrument – NBI) eingeführt. Zur Vorbereitung auf das neue Begutachtungsverfahren hat die SPG am 8. März 2016 eine **Fachtagung** organisiert, zu welcher mit Frau Prof. BENSCH (PTHV) sowie Frau FEDERMEYER (MDK Saarland) zwei kompetente Referentinnen gewonnen werden konnten.

Die Teilnehmerzahl erreichte mit mehr als 250 Interessenten die Kapazitätsgrenze, was ein Indiz für den hohen Informationsbedarf darstellte. Aus Sicht der SPG stellte die Fachtagung den Charakter einer Auftaktveranstaltung dar, deren Impulse in den Verbänden sowie von den Einrichtungen und Trägern aufgegriffen werden.

4. Begleitung bei Gesetzesvorhaben – insbesondere: Reform des Landesheimgesetzes

Nachdem im Frühjahr 2014 eine Reform des Landesheimgesetzes angekündigt wurde, erfolgte im Jahr 2015 seitens der Landesregierung eine Entfristung des zunächst bis zum 31. Dezember 2015 befristeten Landesheimgesetzes. Entgegen der Ankündigung des Ministeriums trat das neue Landesheimgesetz jedoch nicht im Jahr 2016 in Kraft; vielmehr ging der Gesetzentwurf mit Datum vom 24. Oktober 2016 in die externe Anhörung.

Die SPG hat sich im Rahmen ihrer **Stellungnahme vom 10. November 2016** zum Gesetzentwurf positioniert und dabei insbesondere eine differenzierte Auffassung zur geplanten Ausweitung des Geltungsbereichs auf Ambulante Dienste sowie auf ambulant betreute Wohnformen vertreten.

5. Besetzung der Schiedsstelle gemäß § 76 SGB XI

Mit dem Auslaufen der Amtsperiode der Mitglieder der Schiedsstelle im Jahr 2004 gab es seitens der Geschäftsstelle der Schiedsstelle, welche gemäß der bisherigen Schiedsstellenverordnung dauerhaft bei der AOK angesiedelt war, keinerlei Initiativen zur Neubesetzung der Schiedsstelle für die nächste Amtsperiode. Wiederholte Schreiben der SPG, welche auch an das Ministerium als Rechtsaufsicht gingen, blieben ohne Reaktion.

Erst anlässlich der Anrufung der Schiedsstelle durch einen Träger erfolgten im Jahr 2015 erste Schritte zur Neubesetzung der Schiedsstelle. Der von der SPG bereits im Jahr 2014 für das Amt des unparteiischen Vorsitzenden vorgeschlagene Richter a.D. Dr. Ulrich HAMBÜCHEN wurde jedoch seitens der Kostenträger ohne Angabe von Gründen abgelehnt; stattdessen schlugen die Kostenträger ihrerseits den ehemaligen Geschäftsführer der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Saarland, Herrn Helmut HEINZ, vor.

Da sich dieser Vorschlag für die SPG als völlig inakzeptabel darstellte, wurde am 24. November 2016 **per Los** über das Amt des unparteiischen Vorsitzenden entschieden. Das Los fiel auf den Kandidaten der Kostenträger, sodass nach 12 Jahren Vakanz das Amt des unparteiischen Vorsitzenden der Schiedsstelle gemäß § 76 SGB XI nunmehr von einem langjährigen Kassenfunktionär wahrgenommen wird.

6. Mitwirkung an den vom Pflegebeauftragten organisierten „Regionalen Pflegekonferenzen“

Auch im Jahr 2016 hat die SPG ihre Selbstverpflichtung zur **engen Kooperation** mit dem saarländischen Pflegebeauftragten, Herrn Jürgen BENDER, wahrgenommen. Dies zeigte sich insbesondere darin, dass die SPG in der Person des Vorsitzenden oder alternativ des Geschäftsführers an den vom Pflegebeauftragten in jedem Landkreis durchgeführten „Regionalen Pflegekonferenzen“ teilgenommen und den Pflegebeauftragten mit ihrem Sachverstand unterstützt hat.

7. Mitwirkung im „AAL-Netzwerk“

Im Mai 2014 fand die Gründungsveranstaltung des vom Sozialministerium initiierten und von der HTW (Herrn Prof. LANGGUTH) geleiteten „AAL-Netzwerks“ statt. Entsprechend dem Beschluss des Vorstandes beteiligte sich die SPG auch im Jahr 2016 im Rahmen ihrer Möglichkeiten am „AAL-Netzwerk“.

8. Mitwirkung im „Demenz-Netzwerk“

Nachdem die SPG im Jahr 2014 Mitglied im „Demenz-Netzwerk Saar“ wurde, erfolgte in den Folgejahren eine Beteiligung an den Netzwerk-Aktivitäten. Konkret bedeutet dies die Teilnahme an den von der Landesfachstelle Demenz durchgeführten Fachtagungen sowie die Weiterleitung der von der Landesfachstelle veröffentlichten Informationen über die Arbeit des Netzwerks.

9. Beteiligung am SZ-Lesertelefon

Auch im Jahr 2016 beteiligte sich die SPG an dem im Jahr 2005 von der Saarbrücker Zeitung in Kooperation mit der Verbraucherzentrale des Saarlandes eingerichteten „Lesertelefon“. Mehr als zehn Jahre nach Einrichtung des SZ-Lesertelefons ist festzustellen, dass das Informationsbedürfnis der Bevölkerung in Bezug auf Fragen der Pflegeversicherung ungebrochen groß ist.

B). IV.

Erste Erfahrungen mit der Pflegereform aus der Beratungspraxis des VdK Saarland

Erwartungsgemäß wurden im ersten und zweiten Quartal 2017 erst wenige Widerspruchsverfahren wegen der Feststellung des Pflegegrades neu begonnen. Bis Mitte Juni wurden 49 neue Widerspruchsverfahren gezählt. Aufgrund der Tatsache dass die Anträge der Versicherten nach der neuen Rechtslage zunächst vom medizinischen Dienst der Krankenkassen (bzw. SMD) begutachtet und von der Pflegeversicherung bearbeitet und beschieden werden mussten, dauerte es bis März bis erste Ratsuchende mit konkreten Bescheiden in den Sozialberatungszentren erschienen. Die Bearbeitungszeit der Kassen hat sich aktuell (nachvollziehbarerweise) etwas verlängert. Zu Klageverfahren kam es im Rahmen unserer Tätigkeit bisher noch überhaupt nicht.

Gleichzeitig besteht aber bereits seit dem vergangenen Jahr ein deutlich erhöhter Beratungsbedarf bei unseren Mitgliedern und Interessenten. Insbesondere zum Verhältnis der neuen Rechtslage zum alten Recht sowie die neuen Leistungen der Pflegeversicherung stellt einen Beratungsschwerpunkt dar.

Grundsätzlich besteht von Seiten unserer beratenden Juristen der Eindruck, dass aufgrund des neuen Begutachtungsinstruments in der Beratung vor Ort eine genauere Einschätzung der Erfolgsaussichten eines Widerspruchsverfahrens möglich ist. Mithilfe unseres Pflegegradrechners lässt sich nun genauer abschätzen, ob die Pflegegradeinteilung dem jeweiligen Lebenssachverhalt gerecht wird.

Positiv ist natürlich auch anzumerken, dass nun die Lebenssituation der Betroffenen in ihrer Gesamtheit (insbesondere bei neurologischen und psychischen Leiden) besser erfasst wird. Auch die Mitbegutachtung des Reha- und Hilfsmittelbedarfs im Rahmen der Pflegegradermittlung werden von unserer Seite als Fortschritt angesehen.

Gleichzeitig sind die Gutachten für die Versicherten und ihre Pflegeperson nun aber schwieriger ohne Hilfe nachzuvollziehen. Hiermit lässt sich auch der gestiegene Beratungsbedarf teilweise gut erklären.

Unverändert kommt es immer noch zu gelegentlichen kritischen Anmerkungen von Seiten der Versicherten und ihrer Pflegeperson zu den Gutachten und den Abläufen während der Begutachtung. Hier werden insbesondere regelmäßig das mangelnde Interesse des Gutachters an der konkreten Situation des Versicherten und eine im Detail unvollständige oder unrichtige Anamnese kritisiert.

(Collet, Sozialrechtsberater)

B). V.

Erläuterungen der Landesverordnung zum Pflegestärkungsgesetz II

„Am 13. April 2017 wurde in Umsetzung des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes die neue Landesverordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie über die Förderung von Initiativen des Ehrenamts und der Selbsthilfe im Amtsblatt des Saarlandes verkündet. Sie ist mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in Kraft getreten.

Die Landesverordnung ermöglicht erstmals eine Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen im Bereich der Pflege, sofern diese sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben. Ansprechpartner für Förderanträge sind die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken.

Versicherte Pflegebedürftige können künftig neben anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten den zweckgebundenen Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich auch für die Inanspruchnahme von durch die Landkreise und den Regionalverband Saarbrücken auf der Basis der Landesverordnung anerkannten Angeboten zur Unterstützung Pflegebedürftiger bei der Alltagsbewältigung sowie zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden verwenden. Zu diesen Angeboten zählen z.B. Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter zur beratenden aber auch emotionalen Unterstützung von Pflegenden oder als fester Ansprechpartner in Notsituationen, Angehörigengruppen, Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsbewältigung sowie Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Ansprechpartner für die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind ebenfalls die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken."

Ursula Klees

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

B). VI.

Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II im Saarland

- Erfahrungsbericht aus Sicht der SPG -

1. Abschluss einer Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92c SGB XI als Übergangsregelung für die Vollstationäre Pflege im Saarland

Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) zum 1. Januar 2016 hat der Gesetzgeber eine grundlegende Strukturreform der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht. Den Beteiligten der Selbstverwaltung kam dabei die Aufgabe zu, die notwendigen Maßnahmen zur **Umsetzung des PSG II auf Landesebene** zu vereinbaren. Vor dem Hintergrund des vom Gesetzgeber vorgegebenen Umstellungsstichtages bis spätestens zum 30. September 2016 hat die SPG im ersten Halbjahr 2016 den weitaus größten Teil ihrer personellen und zeitlichen Ressourcen in die Gestaltung des Umstieges auf das PSG II investiert. Nachdem der Vorstand einstimmig beschlossen hat, mit den Kostenträgern in Verhandlungen über eine Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Abs. 3 SGB XI über ein vereinfachtes Vergütungsverfahren nach § 92c SGB XI als Übergangsregelung für die Vollstationäre Pflege im Saarland einzutreten, tagte die Verhandlungskommission in einer außerordentlich hohen Frequenz.

Bereits in den Verhandlungen vom 28. April 2016 konnte sich die SPG mit den Kostenträgern abschließend auf eine Rahmenvereinbarung über ein vereinfachtes Verfahren als Übergangsregelung verständigen, welche die folgenden Eckpunkte beinhaltet:

- (1) Die für den Zeitraum vom 01. Januar bis 31. März 2016 für jede Einrichtung festgestellte durchschnittliche **Personalmenge** wird in ihrer absoluten Höhe **eingefroren** („Personalkörpersicherung“).
- (2) Da wissenschaftliche Studien prognostizieren, dass sich nach Ablauf der Übergangsregelung die Einstufung der Bewohner in die fünf Pflegegrade gegenüber der bisherigen Einstufung verschlechtert, wurde diese zu erwartenden Änderung der Bewohnerstruktur bei der Budgetbemessung in der Weise vorweggenommen, dass zum Umrechnungsstichtag ein **Zuschlag für das Bewohnerstrukturänderungsrisiko in Höhe von 2,85 %** vereinbart wurde.
- (3) Als Ausgleich für die im Jahr 2017 zu erwartenden Personal- und Sachkostensteigerungen werden die Entgelte für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung **um 2,35 %** erhöht.

- (4) In der Erwartung, dass im Laufe des Jahres 2017 gesicherte Daten über die Einstufung in die fünf Pflegegrade vorliegen, wird auf der Basis einer IST-Datenerhebung im Laufe des Jahres 2017 **mit Wirkung zum 01. Januar 2018** ein Modell zur Umrechnung der Personalschlüssel auf die fünf Pflegegrade verhandelt und vereinbart.
- (5) Pflegeeinrichtungen, welche im Laufe des Jahres 2017 neu ihren Betrieb aufnehmen, können den saarlandweiten Durchschnitts-Personalschlüssel als „**Over-All-Schlüssel**“ anwenden.

Mit den rahmenvertraglichen Regelungen, welche mit Wirkung zum **1. Juni 2016 in Kraft** traten, erfolgte eine sachgerechte Verteilung des von der Wissenschaft prognostizierten Bewohnerstrukturänderungsrisikos sowohl auf die Einrichtungsträger als auch auf die Kostenträger. Darüber hinaus wurde durch die Regelungen der Rahmenvereinbarung vermieden, dass bei einem Abschmelzen des Budgets im Laufe des Jahres 2017 ein Großteil der Einrichtungen zu Neuverhandlungen auffordern muss.

Die auf der Grundlage dieser Rahmenvereinbarung verbandsweise geführten „Gebündelten Einzelverhandlungen“ über die Entgelte des Jahres 2017 fanden in der Zeit vom 20. Juni bis 4. Juli 2016 statt. Seitens der Verbandsvertreter/innen wurde über **keine nennenswerten Probleme** berichtet; lediglich in einigen Fällen wurde seitens der Kostenträger die Plausibilität der von den Einrichtungen gemeldeten Quote der Bewohner/innen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Frage gestellt.

2. Technische Umsetzung – Abschluss einer Übergangsregelung zum Abrechnungsverfahren für die Vollstationäre Pflege nach § 87a SGB XI

Nach Abschluss der „Gebündelten Einzelverhandlungen“ ergaben sich im zweiten Halbjahr 2016 Probleme hinsichtlich der konkreten Abrechnung der Vergütungen des Jahres 2017: Konkret zeigten sich Diskrepanzen als Folge der Tatsache, dass der Besitzstandsschutzbetrag auf der Basis von **monatsdurchschnittlich 30,42 Tagen** ermittelt wurde, die Regelungen des saarländischen Rahmenvertrages für die Vollstationäre Pflege jedoch eine tagesgenaue Abrechnung der Entgelte vorsehen.

Im November 2016 konnten sich SPG und Kostenträger auf eine Übergangsregelung zum Abrechnungsverfahren für die Vollstationäre Pflege nach § 87a SGB XI verständigen, deren wesentlicher Inhalt die Abrechnung auf der Grundlage der „Gemeinsamen Empfehlungen des BMG zur Umsetzung einer einheitlichen und rechtssicheren Vergütungsabrechnung in Vollstationären Pflegeeinrichtungen“, konkret also auf der Basis von monatsdurchschnittlich 30,42 Tagen darstellt. Als Anlage zur der Übergangsregelung wurden Berechnungsbeispiele für die unterschiedlichen Szenarien beigefügt, welche den Einrichtungen und Trägern in einer kurzfristig anberaumten **Informationsveranstaltung am 8. Dezember 2016** vorgestellt wurden.

Darüberhinausgehende Fragen der Abrechnung, welche insbesondere die Fälle von Ein- und Auszug sowie Wechsel des Bewohners innerhalb des laufenden Monats betreffen, wurden noch im Dezember mit den Kostenträgern geklärt und in einem **gemeinsamen Informations-schreiben** von SPG und Kostenträgern am 22. Dezember 2016 gegenüber den Einrichtungen kommuniziert.

Rückblickend kann festgestellt werden, dass der Umstieg auf das PSG II im Saarland **ohne größere Probleme** vollzogen werden konnte; dies ist nicht zuletzt auch der Bereitschaft der Kostenträger zu pragmatischen Lösungen sowie den kurzen Kommunikationswegen zu verdanken.

B). VII.

„Nachwuchsgewinnung der Pflegeberufe“ – Eine Übersicht und Zusammenstellung der wichtigsten Maßnahmen im Saarland im Zeitraum von 2011 bis 2016

Aktuell versorgen ca. 20.000 Menschen in allen Bereichen der Pflege unsere erkrankten bzw. pflegebedürftigen Mitbürger. In Anbetracht der Prognosen für die weitere demographische Entwicklung sowie für die zu erwartende steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen werden zukünftig weit mehr Beschäftigte in allen Bereichen der Pflege gebraucht. Daher ist das Saarland bereits seit einigen Jahren bestrebt, die Nachwuchsgewinnung mit Blick auf die Alten- und Krankenpflege zu forcieren und zu unterstützen.

Während zunächst im Rahmen des Pflegedialoges, der 2012 durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF) ins Leben gerufen worden ist, und durch die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive insbesondere die Ausbildungssituation in der Altenpflege in den Blick genommen worden ist, wird seit 2016 verstärkt auch die Krankenpflege einbezogen.

Insbesondere die durch den „Pflegepakt Saarland“ im Frühjahr 2016 gestartete Initiative hat bereits alle maßgeblichen Akteure in den Bereichen der Krankenpflege und der Altenpflege an einen Tisch geführt, um diese Herausforderungen zu bewältigen.

Ein tolles Zeichen und für die Initiative des „Pflegepaktes Saarland“ ein großer Erfolg sind hier insbesondere zwei Tatsachen:

Obgleich die Kostenträger, sprich die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen nicht – oder jedenfalls noch nicht – alle Maßnahmen aus Kostengründen mittragen, arbeiten deren Vertreter aber dennoch intensiv im Pflegepakt mit und bringen sich konstruktiv ein.

Im Saarland ist es der Sozialministerin Monika Bachmann gelungen, gemeinsam mit ver.di wichtige Zeichen für die Pflege und insbesondere die Pflegekräfte zu setzen. So wurde im Nachgang zu einem Spitzentreffen von Ministerin Monika Bachmann und Staatssekretär Stephan Kolling mit Vertretern von ver.di ein gemeinsamer Aktionstag für den 8. März vorbereitet und durchgeführt, dem sich ebenso die Saarländische Krankenhausgesellschaft angeschlossen hatte.

A) Altenpflege - Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung der Ausbildung in der Altenpflege und Gewinnung von Auszubildenden

1. Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive: In 2012 wurde mit der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive der bundesweit erste Ausbildungspakt zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege geschlossen. Für das Saarland wurde Ende Dezember 2012 eine entsprechende Vereinbarung mit dem zuständigen BMFSFJ geschlossen und eine Laufzeit bis Ende 2015 vereinbart.

Der im Januar 2015 herausgegebene Zwischenbericht¹ zu der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ dokumentiert den herausragenden Erfolg des Saarlandes bei der Steigerung der Eintrittszahlen in die Altenpflegeausbildung. Die Zuwachsrate im Schuljahr 2013/14 gegenüber dem Referenzjahr 2010/11 lag bei 96% und damit deutlich über den avisierten Steigerungsraten von jährlich jeweils 10 %. Mit dieser

¹ Zwischenbericht zu der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012 – 2015), Hrs. BMFSFJ, Berlin 2015 (Januar)

Steigerungsrate nimmt das Saarland im Zwischenbericht der Offensive den unangefochtenen Spitzenplatz ein.

Die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Zahlen der Schüler in der Altenpflege und Altenpflegehilfe dokumentieren für den Zeitraum von 2007/2008 bis 2016/2017 eine bis heute anhaltende Steigerung, die auf die langfristige Wirkung aller im Saarland umgesetzten Maßnahmen zurückzuführen ist.

Tabelle 1: Ausbildungszahlen Altenpflege im Saarland

Schuljahr	2007/8	2008/9	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
AltenpflegerIn	3 1 8	353	344	462	627	723	870	984	101 7	1026
AltenpflegehelferIn	7 2	67	121	100	165	261	302	284	346	397
<i>Zusammen</i>	<i>3 9 0</i>	<i>42 0</i>	<i>46 5</i>	<i>52 4</i>	<i>62 8</i>	<i>92 0</i>	<i>117 2</i>	<i>126 8</i>	<i>136 3</i>	<i>1423</i>

(Quelle: Fachabteilung des MSGFF)

2. Gewährleistung durchlässiger Bildungsgänge: Die landesrechtlich geregelte Altenpflegehilfeausbildung, die eine einjährige Ausbildung umfasst, stellt einen wichtigen Zugangsweg zu der Altenpflegeausbildung dar.

Grundlage hierfür ist, dass das erste Jahr der Helferausbildung inhaltlich gleich ist mit dem ersten Jahr der Altenpflegefachkraftausbildung. Der direkte Durchstieg aufgrund einer erfolgreich abgeschlossenen Helferqualifikation wird damit ermöglicht.

Das Saarland kann hier signifikante Erfolge bei der Nachqualifizierung von Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern zur Fachkraft in der Altenpflege verzeichnen. Die Durchstiigsquote nach erfolgreich abgeschlossener Qualifizierung und bewilligtem Verkürzungsantrag lag in den letzten Schuljahren deutlich über 50%.

3. Förderung von Umschulungsmöglichkeiten: Die Förderung der Umschulung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger soll dem wachsenden Fachkräftebedarf Rechnung tragen. Arbeitslos gemeldete Personen, die die gesetzlichen Anforderungen an die Verkürzung der Ausbildung erfüllen, sollen als Zielgruppen stärker für die Umschulung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger erschlossen werden.

Umschulungsmaßnahmen bzw. Umschüler und Umschülerinnen werden seit 2013 von der Agentur für Arbeit über 3 Jahre gefördert. Die Anzahl der drittmittelgeförderten Ausbildungsverhältnisse ist im Saarland seither deutlich gestiegen.

Zuletzt wurde durch Gesetz vom 3. März 2016 (BGBl. I S. 369) bestimmt, dass eine Ausbildung bis zum 31.12.2017 begonnen sein muss, damit sie dreijährig gefördert werden kann.

4. Die Finanzierung der Ausbildung: Die Finanzierung der Ausbildung in der Altenpflegehilfe und in der Altenpflege im Saarland beruht auf zwei Säulen, dem

Umlageverfahren sowie der Zahlung von Zuschüssen zur Finanzierung der berufsspezifischen Ausbildungsanteile durch das Land. Hierdurch wurden wichtige Grundsteine gelegt, um die Attraktivität der Altenpflegeausbildung zu steigern.

4.1. Umlageverfahren: Die berufspraktischen Ausbildungsanteile bei den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen werden seit 1. Dezember 2011 durch ein Umlageverfahren finanziert.

Das Saarland hat dieses Umlageverfahren als eines der ersten Bundesländer eingerichtet. Grundprinzip dieser Umlage ist dabei die Beteiligung aller Einrichtungen und ambulanten Pflegedienste und zwar unabhängig davon, ob sie ausbilden oder nicht. Die Einrichtungen zahlen in einen Fonds ein, aus welchem dann die ausbildenden Einrichtungen Erstattungen für die geleisteten Ausbildungsvergütungen erhalten.

Mit der Einführung des Umlageverfahrens wurde zum einen einem Wettbewerbsnachteil, der ggf. für ausbildende Einrichtungen bestehen kann, die Grundlage entzogen und des Weiteren für alle Einrichtungen ein Anreiz geschaffen auszubilden.

4.2. Kopfpauschale pro Ausbildungsplatz/Finanzierung der schulischen Ausbildungsanteile: Zur Finanzierung der schulischen Ausbildungsanteile erhalten die Träger der staatlich anerkannten Altenpflegeschulen mit Sitz im Saarland Zuschüsse zur anteiligen Finanzierung der laufenden Personal- und Sachkosten an den Altenpflegeschulen nach Maßgabe der Altenpflegeschule-Richtlinie.

Auf die Förderung besteht kein Rechtsanspruch; sie steht unter der Prämisse verfügbarer Haushaltsmittel und ist auch davon abhängig, dass ein Ausbildungsplatz nicht bereits auf der Grundlage anderer Bestimmungen oder Vereinbarungen, beispielsweise im Rahmen von Umschulungen durch die Bundesagentur für Arbeit, finanziert wird.

Für die Berechnung des jeweiligen Förderansatzes, der aktuell 230,00 EUR je aktivem Ausbildungsplatz beträgt, ist seit dem Jahr 2011 u.a. die Anzahl der unterrichteten Schülerinnen und Schülern maßgeblich.

5. Gewinnung von männlichen Auszubildenden und Menschen mit Migrationshintergrund:

5.1. Boy's Day: Im Rahmen der Pflege-Offensive sollen mehr männliche Jugendliche für die Altenpflegeausbildung gewonnen werden. Insbesondere bei dem jährlich bundesweit stattfindenden Boys' Day sollen junge Männer auf die Altenpflegeausbildung aufmerksam gemacht und für diesen Ausbildungsberuf gewonnen werden. Die Resonanz ist sehr hoch; so nahmen an einem der letzten „Boy's Day“ 12 Pflegeeinrichtungen teil; insgesamt standen im pflegerischen Bereich 88 Plätze zur Verfügung.

5.2. Train2job: Im Februar 2014 wurde in Saarbrücken mit der bundesweit bisher einmaligen Modellmaßnahme „train2job“ begonnen.

Gemeinsam mit der Regionaldirektion für Arbeit, dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge sowie dem Diakonischen Werk an der Saar hatte das MSGFF dieses Sprach-Modellprojekt auf den Weg gebracht. Ziel dieser Maßnahme ist es, den Arbeitsmarktzugang für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern und gleichzeitig einen Beitrag zur Fachkräftesicherung im sozialen Bereich zu leisten. Die Pilotmaßnahme startete mit einer Teilnahmegruppe von 18 Personen aus dem Bereich Pflege/Soziales.

Die Modellmaßnahme wurde wissenschaftlich begleitet (HTW); der Evaluationsbericht liegt seit August 2016 vor und wurde im Rahmen des Integrationskongresses im September 2016 vorgestellt.

Erfreulich ist, dass die oben erwähnte Grundidee einer nahtlosen Sprachförderung mittlerweile in dem von der Bundesregierung auf den Weg gebrachten Gesamtprogramm Sprache (GPS) Berücksichtigung gefunden hat. Das GPS fasst die Integrationskurse und die berufsbezogene Deutschsprachförderung nach § 45a AufenthG zusammen. Aus bisher einzelnen Angeboten soll eine systematische, modulare, aufeinander aufbauende Sprachförderkette entstehen: von Alphabetisierungskursen über die Integrationskurse hin zu den berufsbezogenen Deutschsprachförderkursen. Dabei sollen sowohl allgemeinsprachliche als auch berufsbezogene Sprachkenntnisse besser miteinander verzahnt werden.

Ziel ist es, eine flexible, durchlässige und modulare Sprachförderung "aus einem Guss" anzubieten. Damit wird der Spracherwerb noch enger mit Beschäftigung und Ausbildung verzahnt und ein wichtiger Beitrag auch zur Fachkräftesicherung im sozialen Bereich geleistet.

5.3. „Zukunftsbündnis Fachkräfte Saar“/Aktionsprogramm „Berufliche Ausbildung und Übergang von der Schule in den Beruf“: Das MSGFF ist Partner in dem in 2014 gegründeten „Zukunftsbündnis Fachkräfte Saar“.

In diesem Zusammenhang wurde in 2015 das Aktionsprogramm „Berufliche Ausbildung und Übergang von der Schule in den Beruf“ auf den Weg gebracht. Auch innerhalb des Aktionsprogrammes steht für das MSGFF die verstärkte Bewerbung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Zentrum.

6. Entwicklung eines Modells zur begleitenden Qualifizierung von Auszubildenden und Pflegekräften: Im Saarländischen Pflegedialog zur Stärkung der Pflege im Saarland hat der Verein Pro Pflege Südwest – eine Vereinigung gewerblich ausgerichteter Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der fachpraktischen Ausbildung in der Altenpflege - in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum des Paritätischen den „Ausbildungsverbund Pro Pflege“ im Jahr 2013 gegründet. Insbesondere folgende Ziele werden verfolgt:

- die pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu fördern und
- hierzu mit den im Gesundheits- und Sozialwesen relevanten Akteuren in den beteiligten Bundesländern intensiv zusammenarbeiten.

Der unter Federführung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V. und dem Verein Pro Pflege erfolgte Zusammenschluss von Altenpflegeeinrichtungen zum Ausbildungsverbund Pro Pflege ist ein von Mitgliedern der Expertengruppen aus dem Saarländischen Pflegedialog heraus entstandenes und auf dieser Grundlage vom MSGFF in den Jahren 2013 bis 2016 gefördertes Modellprojekt.

B) Maßnahmen und Aktionen mit Blick auf die Alten- und Krankenpflegeausbildung

1. Imagekampagne „Wertvolles Pflegen“: Die Imagekampagne „Wertvolles Pflegen“, die 2012/2013 gestartet ist, hat von Anbeginn an einen wertvollen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe in Verbindung mit der genannten Aus- und

Weiterbildungsoffensive geleistet. So wurden zahlreiche Broschüren im Rahmen einzelner Projekte veröffentlicht.

Die (bildhafte) Außendarstellung der Kampagne wurde aktuell überarbeitet und die Imagekampagne im Rahmen des „Pflegepaktes Saarland“ neu aufgelegt. Neben dem Einsatz eines Kino-Spots (Laufzeit: Februar 2017) erfolgt insbesondere eine mediale Schwerpunktsetzung durch gezielte Beiträge in den sozialen Netzwerken wie Facebook.

2. Verbesserung des Arbeitsschutzes in der Pflege/Zukunftstaugliche Rahmen- und Beschäftigungsbedingungen in der Praxis: Gesundheitsmanagement und Familienfreundlichkeit als Querschnittsaufgaben und Standortfaktoren im „Pflegepakt

Saarland“: Eine zukunftstaugliche Gewinnung von Auszubildenden und eine nachhaltige Personalgewinnung sowie Bindung erfordern ein Arbeitsumfeld, das durch die Wahrnehmung einer besonderen Verantwortung gegenüber den Beschäftigten ausgezeichnet ist.

Das Schaffen attraktiver Beschäftigungsbedingungen definiert der „Pflegepakt Saarland“ daher auch dahingehend, dass nicht nur das unmittelbare Arbeitsumfeld, sondern auch die Beschäftigten selbst und deren Familien in den Mittelpunkt rücken müssen.

Bereits ausgehend von der Expertengruppe „Arbeitsschutz in der Pflege“ wurden in den vergangenen Jahren Veranstaltungen in Kooperation mit der Saarländischen Pflegegesellschaft, der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege und dem für Arbeitsschutz zuständigen Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz entwickelt, und zwar auch im Hinblick auf den Umgang mit den stark gestiegenen körperlichen und seelischen Belastungen von Pflegekräften.

So fand im November 2013 dazu zum Beispiel in der SHG Klinik in Völklingen die Vorstellung der Informationskampagne zur Verbesserung des Arbeitsschutzes statt.

Mit der „Erklärung zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und zur Förderung der Gesundheit von Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegefachberufen“ wurde nunmehr im Rahmen des „Pflegepaktes Saarland“ ein weiterer wichtiger Grundstein gelegt.

Ziel ist, dass die Einrichtungen – d.h. neben den Einrichtungen der Altenpflege auch die Krankenhäuser – diese Erklärung zu einer Zielvereinbarung mit ihren jeweiligen Mitarbeitern ausgestalten. Insoweit ist in der Umsetzung der Abschluss von Selbstverpflichtungsvereinbarungen der Träger für mehr Familienfreundlichkeit und Gesundheitsmanagement in deren Einrichtungen als ein maßgeblicher Handlungsschritt vorgesehen.

Zahlreiche Träger haben bereits zugesagt, diese Vereinbarung in ihren Häusern auf den Weg zu bringen und abzuschließen.

3. Ehrung der Ausbildungsbesten in den Pflegeberufen: Ehemalige Schülerinnen und Schüler der Fachschulen für die Gesundheits- und Pflegefachberufe werden für besonderes Engagement während der Berufsausbildung und hervorragende Leistungen in der Abschlussprüfung öffentlich gewürdigt. Im Hinblick auf die besondere gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitsdienstleistungsberufe, in deren Mittelpunkt der Mensch steht, trägt diese Ehrung zur Stärkung der Professionen bei. Die Auszeichnung der Ausbildungsbesten in den nichtakademischen Gesundheits- und Pflegefachberufen erfolgte 2016 zum zehnten Mal.

4. Besonderheiten in der Schul- und Ausbildungslandschaft

4.1. Modellstudiengänge und das Modellprojekt der generalistischen Pflegeausbildung: Im Saarland werden ebenso ausbildungsintegrierte Bachelor-Studiengänge angeboten; die HTW sowie die BAGSS leisten hier im Rahmen entsprechender Modellstudiengänge bereits seit einigen Jahre eine erfolgreiche Arbeit.

Ebenso hervorzuheben ist das Angebot einer generalistischen Pflegeausbildung, mit welchem die Verbundschule für Gesundheits- und Pflegeberufe der Marienhaus GmbH im Jahr 2010 gestartet ist. Innerhalb von 6 Jahren wurden in drei Ausbildungsgängen insgesamt 60 Teilnehmer in diesem Modellprojekt ausgebildet.

Der Evaluationsbericht wurde im November 2016 fertiggestellt und zu Beginn des Jahres 2017 der Ministerin für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Frau Ministerin Monika Bachmann, feierlich übergeben.

4.2. Steigerung der Qualität der Ausbildung in der Alten- und Krankenpflege: In 2017 hat das Landesamt für Soziales die Alten- und Krankenpflegesschulen neu beschieden; die bestehenden Genehmigungsbescheide wurden ergänzt und zwar mit Blick auf eine Verbesserung der Qualität der Ausbildung.

Verknüpft mit einer ausreichenden Übergangsfrist werden nunmehr verbindliche Vorgaben betr. die Lehrer-Schüler-Relation sowie definierte Qualifikations- und Fortbildungsvorgaben der Lehrkräfte implementiert.

4.3. Praxisanleiterverordnung für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: Ein wichtiger Schritt hin zu der Steigerung der Qualität der Ausbildung stellt für den Bereich der Krankenpflegeausbildung die im März 2017 veröffentlichte Verordnung des MSGFF von konkreten Regelungen mit Blick auf die Praxisanleitung in den Krankenhäusern als Einrichtungen der praktischen Ausbildung dar. Insgesamt sind für die ab Oktober 2017 startenden Ausbildungen 250 Praxisanleiterstunden innerhalb der dreijährigen Ausbildung vorgeschrieben.

Die Zahlen der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bewegen sich seit Jahren, wie die nachfolgende Tabelle zeigt, auf einem mehr oder weniger stabilen Niveau. Die Praxisanleiterverordnung ist ein maßgeblicher Beitrag, damit sich diese Nachfrage auch weiterhin auf einem stabilen Niveau bewegt.

Tabelle 2: Schüler/-innen, Auszubildende in saarländischen Krankenhäusern

	Kranken- pflegerIn	Kinderkranken- pflegerIn	Krankenpflege- helferIn	Zusammen
2007	1.216	158	49	1.423
2008	1.176	150	52	1.378
2009	1.294	140	104	1.538
2010	1.258	145	72	1.475
2011	1.286	106	77	1.469

2012	1.175	108	63	1.346
2013	1.181	107	45	1.333
2014	1.205	119	38	1.362
2015	1.210	124	53	1.387

(Quelle: Statistisches Landesamt)

5. Aktivitäten der Alten- und Krankenpflegeschulen sowie der Einrichtungen der praktischen Ausbildung: Die Alten- und Krankenpflegeschulen, die im Saarland ausbilden, entfalten bereits seit Jahren erfolgreich vielfältige Aktivitäten um Nachwuchs zu gewinnen. Die im Folgenden genannten Aktivitäten werden ebenso von den Einrichtungen der praktischen Ausbildung durchgeführt. Hierzu zählen unter anderem:

- Durchführung von „Tagen der offenen Tür“ oder „langen Bewerbermächten“,
- Teilnahme an den Boy's-Days sowie an den Girl's-Days,
- Teilnahme an Job- und Ausbildungsmessen sowie Berufsinformationstagen,
- Vorhalten eines eigenen Angebotes von Informations-Veranstaltungen an den Alten- und Krankenpflegeschulen,
- Durchführung von Informationsveranstaltungen an den (allgemeinbildenden) Schulen im unmittelbaren Umfeld oder Teilnahme an deren Berufsorientierungstagen bis hin zu dauerhaften Kooperationen,
- Werbemaßnahmen in Bussen und Bahnen, über Radio, Print-Medien, die eigene Homepage oder Soziale Netzwerke (Facebook)

Einige Einrichtungen, die für die praktische Ausbildung verantwortlich zeichnen, bieten darüber hinaus regelmäßig Praktikanten (Schüler der Fachoberschule, Bundesfreiwilligendienste) die Möglichkeit, in die Altenpflege „hinein zu schnuppern“.

Alexandra Heinen

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

B). VII. a)

Vereinfachung der Pflegedokumentation

- Bericht zur Umsetzung des „Strukturmodells“ im Saarland -

1. Fachpolitischer Hintergrund

Im Herbst des Jahres 2013 kündigte der (damalige) Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Herr Karl-Josef LAUMANN, ein bundesweites Projekt zur Vereinfachung der Pflegedokumentation an. Hintergrund waren die in den letzten Jahren verstärkt vorgetragenen Problemanzeigen von Pflegekräften, welche beklagten, dass der zeitliche Aufwand für die Dokumentation ein solch hohes Ausmaß erreicht hat, dass die Effizienz sowie der Nutzen für die Bewohner nicht mehr nachvollziehbar sind. Die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen des SGB XI machen keine konkreten Vorgaben für den Umfang sowie die Inhalte der Pflegedokumentation; vor diesem Hintergrund bestand auf Seiten der Einrichtungen sowie der dort beschäftigten Mitarbeiter Rechtsunsicherheit dahingehend, in wieweit eine Reduzierung des Dokumentationsumfangs von den Prüfinstanzen (insbesondere: MDK/SMD und Heimaufsicht) mitgetragen wird.

Mit dem Projekt „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, mit dessen Umsetzung die damalige Ombudsfrau für Entbürokratisierung, Frau Elisabeth BEIKIRCH beauftragt wurde, verfolgte der Pflegebeauftragte der Bundesregierung das Ziel, eine „abgespeckte“ Pflegedokumentation nach einheitlicher Struktur („**Strukturmodell**“) bundesweit zu implementieren. Durch die Etablierung des Projektbüros „Ein-STEP“ in Berlin sowie der für die Bundesländer zuständigen Regionalkoordinatoren wurde seitens der Bundesebene die erforderliche **Infrastruktur geschaffen**.

2. Umsetzung auf Landesebene

Den Bundesländern kam die Verpflichtung zu, durch die Errichtung von „**Kooperationsgremien**“ auf Landesebene die Umsetzung vor Ort nach den Vorgaben der Bundesebene zu steuern. In seiner Sitzung vom 20. November 2014 hat der Landespflegeausschuss beschlossen, die im Saarland bereits existierende AG zur Vereinfachung der Pflegedokumentation, welcher Vertreter der SPG sowie der Pflegekassen angehörten, mit der Umsetzung des Projektes auf der Landesebene zu beauftragen. Um alle Verantwortlichen in das Projekt einzubeziehen, wurden in die Arbeitsgruppe auch Vertreter der Prüfinstanzen (MDK/SMD sowie Heimaufsicht) berufen; im späteren Verlauf wurde das Gremium um die

Altenpflegeschulen erweitert. Die Steuerung des „Kooperationsgremiums Saarland“ erfolgte durch die Geschäftsstelle der SPG.

3. Beurteilung aus Sicht der SPG

Nach übereinstimmender Einschätzung der Vertreter der Einrichtungsträger wird das Projekt durch das Büro Ein-STEP effizient gesteuert. Die von der Projektleitung organisierten Schulungen von **Multiplikatoren** stießen auf große Resonanz; die vom Projektbüro erstellten und den Multiplikatoren zur Verfügung gestellten Unterlagen wurden als sehr **informativ** beurteilt.

Ziel des Pflegebeauftragten war es, dass mindestens 25 % der Einrichtungen sich an der Umsetzung des „Strukturmodells“ beteiligen. Mit einer bundesweiten Teilnahmequote von mehr als 40 % wurde dieses Ziel überschritten; im Saarland lag die Teilnahmequote **über dem Bundesdurchschnitt**, was als ein Indiz für die hohe Akzeptanz des Projektes interpretiert werden kann.

4. Weiteres Vorgehen

Die Förderung des Projektes durch die Bundesebene wird zum 30. September 2017 auslaufen; damit einher geht die Auflösung der mit dem Projektbüro Ein-STEP sowie den Regionalkoordinatoren geschaffenen Strukturen. Nach übereinstimmender Einschätzung der Beteiligten im Saarland wird die Umsetzung des Strukturmodells weiterhin mit großer Motivation vorangetrieben; es besteht jedoch auch Einvernehmen in der Einschätzung, dass das Projekt in der aktuellen Phase noch **kein Selbstläufer** ist, sondern es weiterhin einer zentralen Steuerung sowie professionellen Begleitung der Einrichtungen bedarf.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der SPG in seiner Sitzung vom 4. Juli 2017 beschlossen, dass die SPG auch nach dem Auslaufen der Projektförderung durch die Bundesebene **weiterhin die Steuerung des Kooperationsgremiums** im Saarland übernimmt.

B). VII. b)

Schaffung von Transparenz über freie Kurzzeitpflegeplätze - Errichtung einer „Clearingstelle“ -

1. Problemstellung

Gemäß § 42 SGB XI kommt den Einrichtungen der Kurzzeitpflege neben der Überleitungspflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt auch die Rolle der „Urlaubspflege“ zu. Konkret soll die Kurzzeitpflege den pflegenden Angehörigen ermöglichen, die häusliche Pflege auch dann sicherzustellen, wenn sie urlaubsbedingt für einen befristeten Zeitraum die Pflege selbst nicht übernehmen können. Dies erklärt, dass die Kurzzeitpflege als Urlaubspflege starken saisonalen Schwankungen unterworfen ist und insbesondere in Urlaubszeiten eine hohe Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen besteht.

Rückmeldungen pflegender Angehöriger haben gezeigt, dass in Urlaubszeiten zunehmend Engpässe bei der Kurzzeitpflege auftreten können. Erschwerend bei der Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz kommt in dieser Situation hinzu, dass landesweit keine Transparenz über aktuell freie Kurzzeitpflegeplätze besteht.

Vor diesem Hintergrund hat der Pflegebeauftragte des Saarlandes im Jahr 2016 angeregt, eine zentrale „Clearingstelle“ einzurichten, bei welcher die Einrichtungen der Kurzzeitpflege ihre freien Plätze melden. Auf diese Weise könnten sich potentielle Interessenten ohne größeren Zeitaufwand einen Überblick über die aktuell freien Kurzzeitpflegeplätze in ihrer Region verschaffen.

2. Aktueller Stand und weiteres Vorgehen

Der Vorstand der SPG hat die Idee einer Clearingstelle für freie Kurzzeitpflegeplätze grundsätzlich befürwortet und beschlossen, dass die SPG die Möglichkeiten und Grenzen einer Internetplattform für Kurzzeitpflegeplätze prüft. Während bereits erste Schritte zur EDV-technischen Umsetzung eingeleitet wurden, besteht jedoch Klärungsbedarf auf der inhaltlichen Ebene: Als Problem hat sich die Tatsache erwiesen, dass lediglich die solitären (separaten), also ganzjährig ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen und freigehaltenen Kurzzeitpflegeplätze bei den Landesverbänden der Pflegekassen registriert sind; die sogenannten „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze in Vollstationären Einrichtungen werden jedoch nicht erfasst. Gerade diese eingestreuten Plätze stellen jedoch in Urlaubszeiten ein bedeutendes Potential dar, welches ebenfalls zur Deckung der Nachfrage zur Verfügung steht.

Die Errichtung einer Internetplattform als Clearingstelle zur Schaffung von Transparenz über freie Kurzzeitpflegeplätze wird seitens der SPG unter Berücksichtigung dieses Sachverhaltes weiterentwickelt und konkretisiert.

B). IX. a)

3. Saarländischer Pflegekongress zur Zukunft der Pflege, 17. September 2015 im Saarbrücker Schloss

Das Pflegestärkungsgesetz II, die damit verbundene Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und insgesamt die Rahmenbedingungen in Bund und Land für eine zukunftsorientierte Ausrichtung der Pflege standen thematisch im Mittelpunkt des 3. Saarländischen Pflegekongresses.

Während sich Arbeitswelten, Geschlechterrollen und Familienarrangements in unserer Gesellschaft weiter im Wandel befinden, bleibt der Wunsch der Menschen, auch bei Pflegebedürftigkeit so selbstbestimmt wie möglich zuhause verbleiben zu können, unverändert. Diese Tatsache und die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Herausforderungen wie z. B. die Fachkräftesicherung, der Erhalt der Pflegequalität und die Gewährleistung größtmöglicher Transparenz sind prägend für die Reform der Pflegeversicherung.

Die saarländische Sozial- und Gesundheitsministerin präsentierte die neuen Entwicklungen in der Gesetzgebung und in der Praxis der Pflege ebenso wie die im Saarländischen Pflegedialog zur Stärkung der Pflege erarbeiteten Ergebnisse für die verschiedenen Bereiche der Pflege.

Dabei verwies Ministerin Monika Bachmann u.a. auf die im Saarland hohe Ausbildungskapazität in den Gesundheits- und Pflegefachberufen, auf das Landesprojekt Dem-i-K und dessen Weiterentwicklung zu Dem-i-K plus, auf den Demenzplan und auf die Novellierung des Landesheimgesetzes sowie auf die flächendeckend im Saarland vorhandenen Pflegestützpunkte, an deren Finanzierung das Land jährlich mit 790.000 Euro beteiligt ist. Mit Blick auf die älter werdende Gesellschaft werden die Pflegestützpunkte zukünftig zu regionalen Kompetenzzentren weiterentwickelt.

Zum Pflegestärkungsgesetz II ebenso wie zum neuen Dokumentationssystem in der Pflege war der Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, Hauptredner des Pflegekongresses und stellte in seiner Rede die jeweiligen Maßnahmen der Bundesregierung zur Verbesserung der Pflege vor. Eine Zusammenfassung der Informationen bietet die Pflege-APP des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarlandes.

Sozial- und Gesundheitsministerin Monika Bachmann und Bundesminister Hermann Gröhe schalteten die Pflege-App beim 3. Pflegekongress frei.



(Foto: MSGFF)

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe betonte in Saarbrücken: „Ein angemessener Personalschlüssel in Einrichtungen ist eine wesentliche Voraussetzung für gute Pflege. Deshalb ist es wichtig, dass die Zuständigen in den Ländern bei der Festlegung der Personalschlüssel regelmäßig überprüfen, ob diese an veränderte Anforderungen angepasst werden müssen. In einzelnen Ländern, darunter das Saarland, konnten zuletzt spürbare Verbesserungen erzielt werden. Das gilt aber eben noch nicht für unser gesamtes Land. Ich wünsche mir deshalb sehr, dass diese Beispiele Schule machen.“

Der Saarländische Pflegebeauftragte, Jürgen Bender, stellte den ersten Pflegebericht vor und informierte

- über die Grundlagen, den Aufbau und die Ausgestaltung der Tätigkeit des Pflegebeauftragten,
- über die Ergebnisse der Prüfungen der Beratungs- und Prüfbehörde nach dem Landesheimgesetz Saarland für das Jahr 2013,
- über die Pflegestatistik des Saarlandes,
- über die Pflegemedaille des Saarlandes,
- über die Beratung durch die Pflegestützpunkte im Saarland,
- über den „Denkzettel“ als Produkt der Expertengruppe „Pflege im Krankenhaus“.

In der Expertenrunde des Pflegekongresses diskutierten Bundesminister Hermann Gröhe, Sozial- und Gesundheitsministerin Monika Bachmann mit dem Pflegebeauftragten des Saarlandes, Jürgen Bender, mit dem Vorsitzenden der Saarländischen Pflegegesellschaft, Harald Kilian, ebenso wie mit der AOK-Vorstandsvorsitzenden Dr. Irmgard Stippler und der Präsidentin des Landespflegerates, Ursula Hubertus, sowie Jürgen Schumacher vom Vorstand des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Anette Hoffmann

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

B). IX. b)

4. Saarländischer Pflegekongress unter dem Motto „Gute Pflege braucht starke Partner!“ 28. November 2016 im Saarbrücker Schloss

Gute Pflege zu sichern, ist eine der zentralen Aufgaben in durch den Demografischen Wandel wesentlich geprägten Zeiten: Die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf steigt, die Anforderungen an die Pflege sind anspruchsvoll und die Versorgungsstrukturen ändern sich. Das Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Menschen in allen Bereichen der Pflege zu gewährleisten, ist allumfassender Auftrag und immerwährende Verantwortung in der Gestaltung der jeweiligen Pflegeprozesse in der Familie, in den Kommunen, in Organisationen und Institutionen. Hierbei ist der Gesetzgeber gefordert, die jeweils passenden rechtlichen Rahmenbedingungen herbeizuführen.

Aktuelle Herausforderungen in der Pflege, Veränderungen in Gesetzen und in der Praxis ebenso wie Reformbestrebungen zum Beispiel im Pflegeberufsgesetz zur Stärkung der Pflegekräfte waren zentrale Themen des 4. Saarländischen Pflegekongresses, zu dem sich Pflegenden aller Versorgungsbereiche sowie Entscheider aus der Pflege, der Berufspolitik und der Gesundheitswirtschaft im Saarbrücker Schloss versammelten.

Der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann,



und die saarländische Sozial- und Gesundheitsministerin, Monika Bachmann,



informierten über die Reformen der Pflege aufgrund der Pflegestärkungsgesetze und diskutierten mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Ausbildung, Pflege, Beratung und Betreuung über deren Erfahrungen und bestehende Handlungsbedarfe.

Der Saarländische Pflegekongress, der sich zu einer zentralen Plattform für den Dialog in der Pflege im Saarland entwickelt hat, wurde von den Besucherinnen und Besuchern erneut zu einem regen Erfahrungsaustausch genutzt.

Wegweisende Impulse vermittelte u.a. auch die Diskussionsrunde mit:

- ❖ Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege,
- ❖ Stephan Kolling, Staatssekretär im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie,
- ❖ Prof. Dr. Susanne Grundke, Professorin für angewandte Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Pflegebildung an der HTW Saar,
- ❖ Harald Kilian, Vorsitzender der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V.,
- ❖ Ursula Hubertus, Präsidentin des Landespflegerates Saarland.

Darüber hinaus berichtete Karl-Josef Laumann, Bevollmächtigter für Pflege beim Bund, über das Pflegestärkungsgesetz II, das ab Januar 2017 einige Neuerungen vorsieht.

„Die größte Aufgabe der Zukunft lautet weiterhin, mehr Pflegekräfte zu finden“, erklärte der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, und betonte: „Wegen der wachsenden Zahl älterer kranker Menschen würden künftig jedes Jahr schätzungsweise mindestens 20.000 bis 30.000 zusätzliche Pflegekräfte in Deutschland benötigt.“

Mit Nachdruck warb Karl-Josef Laumann für mehr Achtung pflegebedürftiger Menschen sowie für eine angemessene Bezahlung und höhere Wertschätzung der Pflegekräfte in der Gesellschaft. Dazu forderte er die Zusammenlegung von Alten- und Krankenhauspflegeausbildung sowie die Einrichtung von Pflegekammern als „Lobby für die Pflege“. Zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe gehört laut Laumann neben tariflicher Entlohnung in allen Pflegeeinrichtungen auch eine angemessene Anerkennung der Pflegeberufe in der gesamten Gesellschaft.

Sozialministerin Monika Bachmann gab einen Sachstand mit Blick auf die zu Pflegenden und verwies auf ein breites Angebot im Saarland u.a. durch Pflegestützpunkte, Landesfachstelle Demenz und Seniorenlotsen. Zusätzliche informierte Ministerin Monika Bachmann über den Pflegepakt Saarland.

Anette Hoffmann

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie



HAUPTSATZUNG DER LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Gemäß § 15 Absatz 1 in Verbindung mit § 111 Absatz 3 Satz 1 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz (HeilBG) vom 19. Dez. 2014 in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Dez. 2014 (GVBl. 2014, S. 302) erlässt die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz durch Beschluss vom 26. Jan. 2016 und mit Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, vom 18. Febr. 2016, AZ: 652-, die folgende Hauptsatzung:

§ 1 Name, Sitz, Rechtsstellung und Rechtsaufsicht

- (1) Die Landespflegekammer ist nach § 1 Abs. 1 Nummer 5 bis 7 und Abs. 3 Sätze 1 und 2 Nummer 4 und 5 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz die gesetzliche Berufsvertretung aller Altenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Auszubildenden in diesen Berufen in Rheinland-Pfalz.
- (2) Die Landespflegekammer führt die Bezeichnung „Landespflegekammer Rheinland-Pfalz“.
- (3) Die Landespflegekammer ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und hat ihren Sitz in Mainz.
- (4) Die Landespflegekammer führt ein Siegel mit der Bezeichnung „Landespflegekammer Rheinland-Pfalz“ rund um das Landeswappen.
- (5) Die Landespflegekammer untersteht der Rechtsaufsicht des fachlich zuständigen Ministeriums.

§ 2 Aufgaben

- (1) Die Landespflegekammer wirkt bei den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens mit. Sie nimmt auch die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Belange der Gesamtheit ihrer Mitglieder wahr.
- (2) Die Landespflegekammer hat insbesondere
 1. für die Wahrung des Ansehens des Berufsstandes einzutreten,
 2. für ein kollegiales Verhältnis der Kammermitglieder untereinander und zu Mitgliedern anderer Kammern zu sorgen sowie auf eine Kooperation mit Angehörigen sonstiger Gesundheits- und Sozialberufe hinzuwirken,
 3. die Berufsausübung der Kammermitglieder zu regeln und Beratungen in berufsfachlichen und allgemeinen berufsrechtlichen Fragen anzubieten,

4. die Einhaltung der Berufspflichten der Kammermitglieder zu überwachen, sowie die zur Beseitigung berufsrechtswidriger Zustände notwendigen Maßnahmen zu treffen und hierüber bei Bedarf auch andere Kammern zu unterrichten; zur Beseitigung berufsrechtswidriger Zustände kann sie auch Verwaltungsakte erlassen,
5. öffentliche Stellen in Fragen der Normsetzung und Verwaltung zu beraten und zu unterstützen, sowie Sachverständige zu benennen,
6. die Aufsichtsbehörde über für den Berufsstand bedeutsame Vorkommnisse in der Berufsausübung und Berufsaufsicht zu informieren,
7. die berufliche Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder zu regeln und zu fördern,
8. ein Weiterbildungsregister für die in Weiterbildung befindlichen Kammermitglieder aufzustellen und laufend fortzuschreiben; die Landespflegekammer ist berechtigt, die hierfür erforderlichen Daten bei den Arbeitgeberinnen zu erheben,
9. im Bereich der Weiterbildung der Kammermitglieder Anpassungslehrgänge und Eignungsprüfungen einschließlich einer Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Sprachkompetenz im Rahmen der Anerkennung ausländischer Bildungsnachweise zu organisieren,
10. im Rahmen ihrer Zuständigkeit Belange der Qualitätssicherung vorzunehmen sowie die Mitwirkung der Kammermitglieder an der Sicherung der Qualität ihrer beruflichen Leistungen zu regeln,
11. an die Kammermitglieder Heilberufsausweise auszugeben und ihnen sonstige Bescheinigungen auszustellen; sie nehmen für die Kammermitglieder und, soweit sie einen Berufsausweis benötigen, für die

bei ihnen tätigen berufsmäßigen Gehilfinnen die Aufgaben nach § 291a Abs. 5a Satz 1 Nr. 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wahr, legen dazu gegenüber den Zertifizierungsdiensteanbietern die Anforderungen fest und gewährleisten durch geeignete Maßnahmen deren Einhaltung,

12. an der Aus- und Fortbildung von sonstigen in der Gesundheitsversorgung Tätigen mitzuwirken und die ihnen insoweit nach Bundes- oder Landesrecht obliegenden Aufgaben wahrzunehmen,
 13. Mitteilungsblätter heraus- oder mitherauszugeben, die insbesondere der Bekanntmachung, Fortbildung, Information und Meinungsbildung dienen sowie
 14. weitere durch Gesetz oder Rechtsverordnung übertragene Aufgaben umzusetzen.
- (3) Die Landespflegekammer errichtet für besondere ethische Fragestellungen in der pflegerischen Berufsausübung eine Ethikkommission. Darüber hinaus wirkt sie durch Bestellung und Entsendung eigener Mitglieder an der Ethikkommission der Landesärztekammer (§ 6 Abs. 2 Heilberufsgesetz) mit.

§ 3 Mitgliedschaft

- (1) Pflichtmitglieder der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz sind alle Altenpflegerinnen, alle Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie alle Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, die in Rheinland-Pfalz ihren Beruf ausüben. Die Ausübung des Berufes umfasst jede Tätigkeit, bei der berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse angewendet oder verwendet werden.

Ausgenommen sind Berufsangehörige, die

1. im fachlich zuständigen Ministerium, das die Rechtsaufsicht ausübt, beschäftigt sind,
2. als Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates, dem die Bundesrepublik Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben oder als sonstige Drittstaatsangehörige, die nach dem Recht der Europäischen Union eine entsprechende Rechtsposition besitzen, im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach dem Recht der Europäischen Union im Geltungsbereich des Heilberufsgesetzes ihren Beruf gelegentlich oder vorübergehend ausüben, ohne hier eine berufliche Niederlassung zu haben, solange sie in einem anderen Staat beruflich niedergelassen sind.

- (2) Die Mitgliedschaft nach Absatz 1 beginnt mit dem Tage, an dem die Berufsangehörige ihre Berufstätigkeit im Sinne von § 1 Abs. 1 Satz 1 Heilberufsgesetz in Rheinland-Pfalz aufnimmt, und endet mit der Beendigung dieser Tätigkeit in Rheinland-Pfalz. Die in Abs. 1 genannten Personen haben der Landespflegekammer die Aufnahme, Beendigung und Verlegung ihrer beruflichen Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Näheres regelt die Meldeordnung.
- (3) Berufsangehörige, die ihren Beruf nicht oder nicht mehr ausüben oder ihre berufliche Tätigkeit außerhalb von Rheinland-Pfalz verlegt haben, sowie Personen im Sinne

des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 und Personen nach § 1 Abs. 3 Satz 2 Nummer 4 und 5 Heilberufsgesetz können auf Antrag als freiwilliges Mitglied aufgenommen werden. Näheres regelt die Meldeordnung.

- (4) Über den Anwendungsbereich von Absatz 3 hinaus können Berufsangehörige, die nicht unter den Anwendungsbereich von § 1 Abs. 1 Nummer 5 bis 7 Heilberufsgesetz fallen und über eine Berufszulassung im pflegerischen Bereich (Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe) verfügen, sowie Berufsangehörige, die ihren Beruf außerhalb von Rheinland-Pfalz ausüben, weitere freiwillige Mitglieder der Landespflegekammer werden (§ 1 Abs. 3 Sätze 3 bis 5 Heilberufsgesetz). Näheres regelt die Meldeordnung.

§ 4 Mitgliederverzeichnis

- (1) Die Landespflegekammer richtet für ihre Mitglieder ein Mitgliederverzeichnis ein, das auch in elektronischer Form geführt werden kann. Die einzelnen Angaben, die ins Mitgliederverzeichnis einzutragen sind, regelt die Meldeordnung.
- (2) Eintragungen und Löschungen werden von der Geschäftsstelle der Landespflegekammer von Amts wegen vorgenommen.
- (3) Das Mitgliederverzeichnis ist nicht öffentlich.
- (4) Die Landespflegekammer kann aus dem Verzeichnis Namen, Einrichtungsanschrift, Berufsqualifikationen, akademische Titel und Grade sowie anerkannte Tätigkeitsschwerpunkte veröffentlichen, wenn das Mitglied der Veröffentlichung seiner Angaben zugestimmt hat.
- (5) Die personenbezogenen Daten sind an andere Kammern im Sinne des Heilberufsgesetzes, an das fachlich zuständige Ministerium, das die Rechtsaufsicht über die Landespflegekammer hat (§ 1 Absatz 5), und die Gesundheitsämter zu übermitteln, soweit dies für die Aufgabenwahrnehmung dieser Stellen erforderlich ist.

§ 5 Rechte und Pflichten der Mitglieder

- (1) Die Mitglieder nach § 1 Abs. 1 sind wahlberechtigt und zu den Organen wählbar und haben so die Möglichkeit, sich in den Organen für die Ziele der Landespflegekammer einzusetzen und mitzuarbeiten.
- (2) Die Mitglieder haben einen Anspruch auf Anwesenheit bei kammeröffentlichen Sitzungen der Organe und auf Übermittlung der von der Landespflegekammer herausgegebenen Mitteilungen. Die Mitglieder haben auch Anspruch auf Vermittlung bei Streitigkeiten zwischen Mitgliedern untereinander sowie zwischen Mitgliedern und Dritten.
- (3) Die Mitglieder haben in beruflichen Angelegenheiten, die im Aufgabenbereich der Landespflegekammer liegen, die Möglichkeit, sich von der Landespflegekammer in fachlichen Fragen beraten und unterstützen zu lassen.
- (4) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Landespflegekammer bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen und die erforderlichen Auskünfte in angemessener Frist zu erteilen. Die Mitglieder haben ihre Meldepflichten zur Aufnahme und zur Beendigung ihrer Berufstätigkeit nach § 1 Absatz 5 Heilberufsgesetz als Grundlage des Mitgliederverzeichnisses zu erfüllen. Näheres regelt die Meldeordnung.
- (5) Die Mitglieder leisten zur Durchführung der Kammeraufgaben

- Beiträge. Näheres regelt die Beitragsordnung.
- 6) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Berufspflichten zu beachten. Näheres regelt die Berufsordnung.
 - (7) Satzungen der Landespflegekammer sowie die Beschlüsse und Entscheidungen der Organe sind für die Mitglieder nach § 1 Abs. 1 verbindlich.

§ 6 Beiträge und Gebühren

- (1) Alle Kammermitglieder der Landespflegekammer sind beitragspflichtig. Die Höhe der Beiträge sowie Art und Weise der Entrichtung werden durch die Beitragsordnung geregelt.
- (2) Zur Ermittlung der Beitragshöhe hat das Mitglied der Landespflegekammer die erforderlichen Angaben zu machen.
- (3) Anträge auf Stundung, Ermäßigung und Erlass der Beiträge sind innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe beim Vorstand der Landespflegekammer einzureichen. Durch Widersprüche oder Klage wird die Verpflichtung des Kammermitglieds zur Zahlung seiner Beiträge nicht aufgehoben.
- (4) Die Landespflegekammer kann Verwaltungs- und Benutzungsgebühren erheben.

§ 7 Organe

- (1) Organe der Landespflegekammer sind:
 1. Die Vertreterversammlung
 2. Der Vorstand, bestehend aus dem vorsitzenden Mitglied, genannt Präsidentin, dem stellvertretenden vorsitzenden Mitglied, genannt Vizepräsidentin, und den übrigen Vorstandsmitgliedern.
- (2) Die Amtszeit der Organe beträgt fünf Jahre.
- (3) Die Amtszeit der Vertreterversammlung beginnt mit ihrem ersten Zusammentritt. Sie endet mit dem Zusammentritt der neuen Vertreterversammlung, nach Ablauf der fünfjährigen Amtszeit jedoch bereits mit deren Wahl. Satz 2 gilt nur insoweit, als hierdurch die regelmäßige Amtszeit von fünf Jahren nicht um mehr als drei Monate über- oder unterschritten wird. Nach Ablauf seiner Amtszeit führt der bisherige Vorstand seine Aufgaben bis zum Zusammentritt des neuen Vorstands weiter.
- (4) Die Tätigkeit in den Organen ist ehrenamtlich. Die Mitglieder der Organe haben Anspruch auf Entschädigung für Auslagen und Zeitversäumnis nach § 20 Absätze 2 und 3.
- (5) Die Niederlegung der Mitgliedschaft in den Organen nach Absatz 1 ist der Präsidentin der Landespflegekammer schriftlich mitzuteilen. Die Erklärung ist nicht widerruflich.
- (6) Die Organe nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 geben sich jeweils eine eigene Geschäftsordnung.

§ 8 Zusammensetzung der Vertreterversammlung

- (1) Die Vertreterversammlung besteht aus den in unmittelbarer, freier, gleicher und geheimer Wahl nach näherer Bestimmung der Wahlordnung gewählten Mitgliedern.
- (2) Die Vertreterversammlung der Landespflegekammer besteht aus bis zu 81 Mitgliedern.
- (3) Für die aus der Vertreterversammlung ausscheidenden Mitglieder rücken für die Dauer der Amtszeit jeweils die

vom Vorstand gemäß § 3 Abs. 6 Wahlordnung festgestellten Nachrückerinnen nach.

- (4) Die Mitglieder des Vorstands nach § 7 Absatz 1 Nr. 2 sind ordentliche Mitglieder der Vertreterversammlung.

§ 9 Aufgaben der Vertreterversammlung

- (1) Die Vertreterversammlung befasst sich mit allen Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung und entscheidet darüber. Sie beschließt insbesondere über
 1. die Satzungen der Kammer gemäß § 15 Heilberufsgesetz,
 2. die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung,
 3. den Haushaltsplan,
 4. die Zustimmung zur Leistung über- und außerplanmäßiger Ausgaben,
 5. die Jahresrechnung und Entlastung des Vorstands,
 6. die Wahl der Mitglieder des Vorstands,
 7. die Vorschläge für die ehrenamtlichen Richterinnen der Berufsgerichte,
 8. die Bildung von Ausschüssen und die Wahl der Ausschussmitglieder,
 9. die Entschädigung der für die Kammer ehrenamtlich tätigen Kammermitglieder,
 10. die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses gemäß § 7 Heilberufsgesetz und die Wahl seiner Mitglieder,
 11. die Wahl der Mitglieder der eigenen Ethikkommission und die Entsendung der Mitglieder, die in anderen Ethikkommissionen mitarbeiten sowie
 12. Maßnahmen der Qualitätssicherung und gibt entsprechende fachliche Empfehlungen.
- (2) Die Präsidentin der Landespflegekammer oder ihre Stellvertreterin leitet grundsätzlich die Sitzung. Die Vertreterversammlung kann aus ihrer Mitte ein anderes Mitglied als Sitzungsleitung sowie ein anderes Mitglied als Stellvertreterin wählen. Die Wahl findet in getrennten Wahlgängen im geheimen Verfahren statt. Die Amtszeit der Sitzungsleiterin und deren Stellvertreterin schließt mit dem Ende der Amtszeit der Vertreterversammlung.
- (3) Die Sitzungsleiterin der Vertreterversammlung und deren Stellvertreterin können jeweils mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung abgewählt werden.

§ 10 Einberufung und Beschlussfassung der Vertreterversammlung

- (1) Eine ordentliche Einberufung der Vertreterversammlung erfolgt mindestens einmal jährlich auf schriftliche Einladung der Präsidentin der Landespflegekammer unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung, die der Vorstand erstellt; soweit über eine Satzung beschlossen werden soll, ist dies ausdrücklich in die Tagesordnung aufzunehmen. Die Ladungsfrist beträgt einen Monat. Veränderungen der Tagesordnung sowie zur Vorbereitung der Sitzung erforderliche Unterlagen können im Nachgang zur Einladung in Textform versandt oder als Tischvorlage in der Sitzung verteilt werden. Die Unterlagen können auch in gesicherter elektronischer Form versandt werden. Absatz 4 Nummer 1 bleibt unberührt.

- (2) Eine außerordentliche Einberufung der Vertreterversammlung muss von der Präsidentin der Landespflegekammer innerhalb von einer Woche bei Mehrheitsbeschluss des Vorstandes, auf Verlangen des die Rechtsaufsicht führenden Ministeriums oder auf schriftlich begründetes Verlangen von mindestens 25 der Mitglieder der Vertreterversammlung erfolgen.
- (3) Das die Rechtsaufsicht führende Ministerium wird rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung und unter Beifügung der für die Beratung erforderlichen Unterlagen eingeladen (§ 18 Abs. 1 Heilberufsgesetz).
- (4) Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind für alle Kammermitglieder öffentlich. Weitere Personen können durch Beschluss mit einfacher Mehrheit zugelassen werden.
- (5) In Ausnahmefällen kann die Vertreterversammlung in einzelnen Punkten bei einer Zweidrittelmehrheit der anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung die Öffentlichkeit ausschließen. Sofern rechtliche Vorschriften dies verlangen, muss die Öffentlichkeit von der Sitzungsleiterin ausgeschlossen werden.
- (6) Die Beschlussfähigkeit der Vertreterversammlung ist gegeben, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder der Vertreterversammlung anwesend sind. Im Falle einer Beschlussunfähigkeit ist ein zweites Mal ordnungsgemäß einzuberufen; in diesem Fall ist die Zahl der anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung für die Beschlussfähigkeit nicht relevant, sofern keine Satzungsangelegenheiten verhandelt und entschieden werden.
- (7) Satzungen, die die Aufgaben und Arbeit der Landespflegekammer regeln, werden mit der Mehrheit der Stimmen der gewählten Mitglieder der Vertreterversammlung beschlossen. Stimmenthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. In allen Angelegenheiten, die nicht Satzungsentscheidungen betreffen, genügt die einfache Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder.
- (8) Beschlüsse der Vertreterversammlung über einzelne Fragen, die sich nicht auf Satzungsangelegenheiten beziehen oder über die nicht geheim abzustimmen ist, können in Ausnahmefällen auch im schriftlichen Verfahren herbeigeführt werden.
- (9) Jedes Mitglied der Vertreterversammlung ist zur Anwesenheit bei allen Sitzungen verpflichtet. Bei Verhinderung ist die Geschäftsstelle rechtzeitig zu informieren.
- (10) Anträgen von Mitgliedern der Vertreterversammlung auf Erweiterung der Tagesordnung ist stattzugeben, wenn sie spätestens vierzehn Tage vor Beginn der Sitzung der Präsidentin mit einer Begründung schriftlich zugegangen sind. Die Erweiterung der Tagesordnung ist den Mitgliedern der Vertreterversammlung spätestens fünf Tage vor der Sitzung in Textform zu übermitteln. Soweit der Antrag auf Erweiterung der Tagesordnung eine Beschlussfassung über Satzungsbestimmungen bezweckt hat der Antrag den genauen Wortlaut des angestrebten Satzungsbeschlusses sowie eine Begründung zu enthalten.
- (11) Vor Eintritt in die Tagesordnung entscheidet die Vertreterversammlung über die Zulassung verspätet eingereichter Anträge. Bei Dringlichkeit kann sie mehrheitlich beschließen,

auch über Sachverhalte, die nicht in die Tagesordnung aufgenommen worden sind, zu beraten und zu entscheiden.

- (12) Über jede Sitzung der Vertreterversammlung ist ein Protokoll zu erstellen. Das Protokoll wird von der Sitzungsleiterin und der Protokollantin unterschrieben und den Mitgliedern der Vertreterversammlung zeitnah zugeleitet. Einsprüche gegen das Protokoll müssen innerhalb einer Frist von zwei Wochen (Datum des Poststempels der Absendung) der Geschäftsstelle in Textform zugehen; die Einsprüche werden auf der nächsten Vertreterversammlung besprochen.
- (13) Die weiteren Einzelheiten des Ablaufs der Vertreterversammlung regelt die Geschäftsordnung.

§ 11 Zusammensetzung des Vorstands

- (1) Der Vorstand besteht aus der Vorsitzenden (Präsidentin), der stellvertretenden Vorsitzenden (Vizepräsidentin) und weiteren Vorstandsmitgliedern aus der Vertreterversammlung. Die Vertreterversammlung wählt bis zu 7 weitere Personen in den Vorstand.
- (2) Mindestens ein Mitglied des Vorstands soll jeweils eine Altenpflegerin, eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und eine Gesundheits- und Krankenpflegerin sein.

§ 12 Wahl des Vorstands

- (1) Die Vorstandsmitglieder werden in geheimer Wahl aus der Mitte der Vertreterversammlung gewählt. Zur Durchführung der Wahl bestimmt die Vertreterversammlung eine Wahlleiterin.
- (2) Die Präsidentin und die Vizepräsidentin werden in einzelnen Wahlgängen gewählt.
- (3) Gewählt nach § 11 Absatz 1 ist, wer mehr als die Hälfte der abgegebenen gültigen Stimmen auf sich vereinigt. Kommt im ersten Wahlgang keine Mehrheit zustande, so entscheidet die Stichwahl zwischen den Kandidatinnen, die die höchste Stimmenzahl auf sich vereinigt haben. Kommt bei der Stichwahl keine Mehrheit zustande, entscheidet das Los.
- (4) Die weiteren Vorstandsmitglieder werden in einem Wahlgang zusammen gewählt. Dabei hat jedes Mitglied der Vertreterversammlung so viele Stimmen wie es weitere Vorstandsmitglieder gibt und kann jedem Personalvorschlag eine Stimme geben. Als weitere Vorstandsmitglieder sind die Personen gewählt, die die höchsten Stimmenzahlen, ggfs. in einer Stichwahl, auf sich vereinigen.
- (5) Der Vorstand übt sein Amt bis zur Wahl eines neuen Vorstands aus.
- (6) Das Amt eines Vorstandsmitgliedes endet
 1. durch schriftlich erklärte Niederlegung des Amtes, die nicht widerrufbar ist,
 2. durch Verlust der Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung,
 3. durch Abwahl mit den Stimmen von zwei Dritteln der Mitglieder der Vertreterversammlung (§ 10 Abs. 2 Heilberufsgesetz), insbesondere wenn das Vorstandsmitglied sich einer groben Pflichtverletzung in der Wahrnehmung seines Amtes schuldig macht oder die

Wahrnehmung seiner Aufgaben in groben Maße vernachlässigt,
4. durch Tod.

§ 13 Aufgaben des Vorstands

- (1) Soweit Entscheidungen nicht der Vertreterversammlung vorbehalten sind oder sie ihre Entscheidungsbefugnis nicht delegiert hat, obliegt es dem Vorstand, über die Umsetzung der Aufgaben der Landespflegekammer und ihre Erledigung zu beraten und zu entscheiden.
- (2) Der Vorstand bestellt nach § 11 Abs. 2 Heilberufsgesetz eine Geschäftsführerin. Diese führt die Geschäfte der Landespflegekammer und hat die Beschlüsse der Organe nach § 7 Absatz 1 gewissenhaft nach Gesetz, Satzungen und sonstigen kammerinternen Ordnungen und Richtlinien unter Beachtung der berufspolitischen Zielsetzung der Landespflegekammer auszuführen. Das weitere bestimmt § 21.
- (3) Die Gesamtverantwortung für die Aufgabenerledigung des Vorstands hat die Präsidentin. Sie ordnet Aufgabenfelder einzelnen Vorstandsmitgliedern zu, die ihre Aufgaben (Ressorts) eigenverantwortlich leiten und im Vorstand sowie der Vertreterversammlung fachlich verantworten.
- (4) Der Vorstand kann einem einzelnen Mitglied, einer Beauftragten oder Beschäftigten der Geschäftsstelle besondere Aufgaben übertragen. Die Vertreterversammlung wird hierüber im Vorhinein unterrichtet.
- (5) Die Präsidentin, die Vizepräsidentin oder die Geschäftsführerin vertritt die Landespflegekammer gerichtlich und außergerichtlich. Die Vertretungsbefugnis der Geschäftsführerin kann durch den Vorstand eingeschränkt werden.
- (6) Der Vorstand ist der Vertreterversammlung rechenschafts- und informationspflichtig und für die ordnungsgemäße Aufgabenerledigung verantwortlich. Sitzungsprotokolle des Vorstandes werden, mit Ausnahme von Personalangelegenheiten, der Vertreterversammlung zur Verfügung gestellt.
- (7) Der Vorstand hat die berufsrechtliche Ordnungsbefugnis über Kammermitglieder, die die ihnen von der Landespflegekammer geregelten Berufspflichten verletzen (§ 12 Abs. 1 bis 6 Heilberufsgesetz).

§ 14 Arbeit des Vorstands

- (1) Die Präsidentin beruft den Vorstand unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung ein. Sie leitet die Sitzung. Im Verhinderungsfall leitet die Vizepräsidentin oder ein anderes Vorstandsmitglied die Sitzung. Auf Verlangen von mehr als der Hälfte der Vorstandsmitglieder ist der Vorstand unverzüglich einzuberufen.
- (2) Der Vorstand kann zu seiner Beratung externe Sachverständige hinzuziehen.
- (3) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend ist. Im Falle der Stimmgleichheit entscheidet die Stimme der Präsidentin.
- (4) Beschlüsse über einzelne Fragen können auch in schriftlicher Form herbeigeführt werden, sofern nicht mindestens zwei Vorstandsmitglieder widersprechen.
- (5) Über jede Sitzung des Vorstands ist ein Protokoll zu erstellen. Das Protokoll wird von der Präsidentin und der

Protokollantin unterschrieben und allen Mitgliedern des Vorstands unverzüglich zugeleitet. Einsprüche gegen das Protokoll müssen innerhalb einer Frist von einer Woche der Geschäftsstelle in schriftlicher Form zugehen. Sie werden in der nächsten Vorstandssitzung besprochen.

- (6) Der Vertreterversammlung wird das verabschiedete Ergebnisprotokoll zur Einsicht zur Verfügung gestellt.

§ 15 Haushalts- und Rechnungswesen

- (1) Der Vorstand stellt für jedes Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember) einen Haushaltsplan auf, der alle im Haushaltsjahr zu erwartenden Einnahmen, voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen enthält und in Einnahmen und Ausgaben auszugleichen ist. Die Einnahmen und Ausgaben sind zu erläutern.
- (2) Im Haushaltsplan können Ausgaben für gegenseitig oder einseitig deckungsfähig erklärt werden, soweit ein verwaltungsmäßiger oder sachlicher Zusammenhang besteht. Bei der Aufstellung und Ausführung des Haushaltsplanes sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Der Haushaltsplan bedarf nach der Verabschiedung durch die Vertreterversammlung der Genehmigung des Rechtsaufsicht führenden Ministeriums.
- (3) Überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben sind zulässig, wenn sie unvorhergesehen und unabweisbar sind und ihre finanzielle Bedeutung im Verhältnis zu den im Haushaltsplan veranschlagten Ausgaben unerheblich ist. Maßnahmen, die die Landespflegekammer zur Leistung von Ausgaben in den künftigen Haushaltsjahren verpflichten können, sind nur zulässig, wenn der Haushaltsplan dazu ausdrücklich ermächtigt oder wenn sie unvorhergesehen und unabweisbar sind. Dies gilt nicht, soweit Verpflichtungen für laufende Geschäfte der Selbstverwaltung eingegangen werden.
- (4) Soweit der Haushaltsplan zu Beginn eines Haushaltsjahres noch nicht in Kraft getreten ist, können Ausgaben geleistet werden, soweit eine rechtliche Verpflichtung besteht oder die Ausgaben für die Fortführung notwendiger Ausgaben zwingend und unaufschiebbar sind.
- (5) Die Aufnahme von Krediten sowie die Übernahme von Bürgschaften, Garantien oder sonstigen Gewährleistungen sind zur Deckung von Ausgaben und zur Aufrechterhaltung einer ordnungsgemäßen Kassenwirtschaft zulässig, soweit der Haushaltsplan hierzu ermächtigt.
- (6) Der Haushaltsplan, die Jahresrechnung und der Prüfbericht werden für die Dauer von vier Wochen in der Geschäftsstelle der Landespflegekammer zur Einsichtnahme offengelegt. Der Termin zur Auslegung wird mindestens vier Wochen vorher auf der Homepage der Landespflegekammer (www.pflegekammer-rlp.de) veröffentlicht.
- (7) Die Vertreterversammlung beschließt über die Jahresrechnung spätestens bis zum 31. Dezember des auf das Haushaltsjahr folgenden Jahres.

§ 16 Ausschüsse

- (1) Zur Erledigung der Selbstverwaltungsaufgaben nach dem

- Heilberufsgesetz werden ständige Ausschüsse gebildet für
- a) das Satzungsrecht
 - b) die Finanzen und Finanzprüfung
 - c) die Weiterbildung / Fortbildung.
- (2) Die Vertreterversammlung kann die Einrichtung weiterer Ausschüsse beschließen. Sie legt dabei deren Aufgaben sowie die Größe der Ausschüsse fest. Die nähere inhaltliche fachliche Ausgestaltung und ihre zeitliche Erledigung bestimmt der Vorstand. Die Ausschussvorsitzenden berichten der Vertreterversammlung in jeder Sitzung über den Stand der Aufgabenerledigung. Der Bericht kann in Schriftform erfolgen.
 - (3) In die Ausschüsse können auch Mitglieder gewählt werden, die nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sind.
 - (4) Die Ausschüsse wählen aus ihrer Mitte die Ausschussvorsitzende und ihre Stellvertreterin.
 - (5) Die Ausschüsse können im Einvernehmen mit dem Vorstand zu ihren Beratungen Sachverständige hinzuziehen.
 - (6) Die Ausschussarbeit endet, wenn die Vertreterversammlung den schriftlichen Abschlussbericht entgegengenommen hat, spätestens mit der Amtszeit der Vertreterversammlung. Die ständigen Ausschüsse nach Absatz 1 bleiben abweichend von der Amtszeit der Vertreterversammlung tätig, bis die neu gewählte Vertreterversammlung über deren Neubildung und Zusammensetzung entschieden hat, längstens jedoch für die Dauer von sechs Monaten nach der Neuwahl der Vertreterversammlung.
 - (7) Zur Beilegung von Streitigkeiten, die sich aus der Berufsausübung der Kammermitglieder oder den bei ihnen Beschäftigten und Dritten ergeben, wird ein Schlichtungsausschuss gebildet. Das Nähere zu seiner Arbeitsweise und Zusammensetzung sowie zur Wahl der Mitglieder durch die Vertreterversammlung regelt § 7 Heilberufsgesetz.

§ 17 Einberufung, Verfahren

- (1) Die Ausschüsse sind vom Vorstand zu ihrer ersten Sitzung einzuberufen. Im Übrigen beruft die Ausschussvorsitzende, im Verhinderungsfall die Stellvertreterin, die Sitzung des Ausschusses nach Bedarf unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung mit einer Frist von mindestens zwei Wochen ein und leitet die Sitzung. Auf Verlangen von einem Viertel der Ausschussmitglieder ist der Ausschuss unverzüglich einzuberufen. Die Ausschüsse werden von der Geschäftsstelle organisatorisch unterstützt.
- (2) Über jede Ausschusssitzung ist ein Protokoll zu erstellen. Es wird von der jeweiligen Ausschussvorsitzenden und der Protokollantin unterschrieben und den Ausschussmitgliedern und der Geschäftsstelle unverzüglich zugeleitet. Einsprüche gegen das Protokoll müssen innerhalb einer Frist von einer Woche der Geschäftsstelle in schriftlicher Form zugehen. Sie werden in der nächsten Ausschusssitzung besprochen.

§ 18 Zusammenarbeit der Ausschüsse mit der Vertreterversammlung und dem Vorstand, Sitzungsorganisation

- (1) Die Ausschüsse beraten die Vertreterversammlung und den Vorstand in den ihnen zugewiesenen Aufgaben.

- (2) Die Geschäftsstelle ist über alle Sitzungen der Ausschüsse unter Mitteilung des Termins und der Tagesordnung frühzeitig zu unterrichten. Sitzungen in den Räumen der Geschäftsstelle sind mit dieser abzustimmen.
- (3) Vorstandsmitglieder sowie Beschäftigte der Geschäftsstelle der Landespflegekammer können an den Sitzungen beratend teilnehmen.
- (4) Die Arbeitsergebnisse der Ausschüsse dienen ausschließlich der internen Meinungsbildung und Vorbereitung von Beschlüssen der Organe nach § 7.
- (5) Öffentliche Erklärungen obliegen der Präsidentin der Landespflegekammer.
- (6) Die Ausschüsse legen ihre Arbeitsergebnisse vor einer Entscheidung in der Vertreterversammlung dem Vorstand vor. Dieser leitet die Vorlagen mit einer Stellungnahme an die Vertreterversammlung weiter.

§ 19 Beiräte, Gemeinsamer Beirat mit der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer

- (1) Die Vertreterversammlung kann im Benehmen mit dem Vorstand zu berufspolitischen und fachlichen Fragestellungen beratende Beiräte einrichten, in denen auch Personen, die nicht Kammerangehörige sind, mitarbeiten können. Auch Einrichtungsträger von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen oder andere Institutionen des Gesundheitswesens können in diesen Beiräten mitarbeiten.
- (2) Die Landespflegekammer bildet mit der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer einen gemeinsamen Beirat zur Abstimmung berufsübergreifender Angelegenheiten in der Versorgung (§ 4 Abs. 3 Satz 2 bis 4 Heilberufsgesetz).

§ 20 Ehrenamtliche Tätigkeit

- (1) Die Mitarbeit in den Organen und den Ausschüssen ist ehrenamtlich.
- (2) Die in die Organe gewählten Vertreterinnen, die Mitglieder der Ausschüsse sowie Beauftragte erhalten eine Erstattung ihrer Reisekosten, ein Tagegeld, eine Verdienstaussfallentschädigung sowie einen Ersatz ihrer sonstigen baren Auslagen. Auf die Erstattung einer Verdienstaussfallentschädigung kann verzichtet werden. Näheres regelt die Aufwands- und Entschädigungsordnung.
- (3) Die Vorstandsmitglieder erhalten eine Aufwandsentschädigung. Näheres regelt die Aufwands- und Entschädigungsordnung.

§ 21 Geschäftsstelle, Geschäftsführung

- (1) Zur Durchführung ihrer Aufgaben unterhält die Landespflegekammer an ihrem Sitz in Mainz eine Geschäftsstelle. Die nach § 13 Abs. 2 Satz 1 bestellte Geschäftsführerin leitet die Geschäftsstelle und führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Landespflegekammer aus.
- (2) Die Geschäftsführerin unterliegt den Weisungen des Vorstands und hat die Beschlüsse der Vertreterversammlung und des Vorstands unter Beachtung der Grundsätze einer ordnungsgemäßen Geschäftsführung auszuführen.
- (3) Die Geschäftsführerin ist Dienstvorgesetzte der Mitarbeiter-

innen der Landespflegekammer. Sie ist dem Vorstand verantwortlich. Sie hat das Recht und die Pflicht, grundsätzlich an allen Sitzungen der Organe nach § 7 mit beratender Stimme teilzunehmen. Im Bedarfsfall kann sie sich vertreten lassen.

- (4) An Sitzungen der Vertreterversammlung, des Vorstandes, der Ausschüsse und allen weiteren Sitzungen nach § 16 kann sie oder eine von ihr Beauftragte der Geschäftsstelle mit beratender Stimme teilnehmen. Einzelheiten regelt die Geschäftsordnung.

§ 22 Veröffentlichung und Bekanntmachung

- (1) Veröffentlichungen von Satzungen, Satzungsänderungen sowie sonstige öffentliche Bekanntmachungen erfolgen in einem Mitteilungsblatt der Landespflegekammer.
- (2) Veröffentlichungen nach Absatz 1 können im Ausnahmefall auch auf der Homepage der Landespflegekammer erfolgen. Auf diese Veröffentlichungen ist im Mitteilungsblatt hinzuweisen.
- (3) Die Landespflegekammer kann Veröffentlichungen und Bekanntmachungen nach Absatz 1 auch in elektronischer Form erstellen und nach schriftlich oder elektronisch erteiltem Einverständnis dem jeweiligen Kammermitglied zur Verfügung stellen.

§ 23 Geheimhaltung, Datenschutz

- (1) Über Angelegenheiten der Landespflegekammer, die ihrer Natur nach als vertraulich anzusehen sind oder die von den Organen als vertraulich bezeichnet werden, ist Stillschweigen zu bewahren. Persönliche Verhältnisse von Mitgliedern, die amtlich zur Kenntnis eines Organs gelangen, sind vertraulich zu behandeln.
- (2) Unberührt bleibt das Recht der Vertreterversammlung, über Vorgänge und Beschlüsse des Vorstandes unterrichtet zu werden.
- (3) Kammerunterlagen sind sensible Informationen und Daten, die besonders zu schützen sind. Sie sind unter Beachtung des Datenschutzes so aufzubewahren, dass sie Unbefugten nicht zugänglich sind.
- (4) Für Sachverständige, Beauftragte oder Ausschussmitglieder gelten die vorstehenden Bestimmungen entsprechend. Sie sind bei ihrer Bestellung auf deren Einhaltung zu verpflichten.
- (5) Die Verletzungen der Geheimhaltungspflicht können berufsordnungsrechtlich verfolgt werden.

§ 24 Inkrafttreten

- (1) Die Hauptsatzung tritt nach Genehmigung durch das für die Rechtsaufsicht zuständige Ministerium am Tag nach ihrer Veröffentlichung (§ 22) in Kraft.
- (2) Sie kann mit Zustimmung des für die Rechtsaufsicht zuständigen Ministeriums auch zum Zeitpunkt der Genehmigung in Kraft treten.
- (3) Mit Inkrafttreten der Hauptsatzung nach Abs. 1 tritt die vom Ausschuss zur Errichtung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz erlassene Hauptsatzung vom 21. April 2015, genehmigt durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 27. April 2015, AZ.: 654 80 071 -2 7 652 01 723 - 2.4, außer Kraft.

Mainz, den 26. Jan. 2016

Dr. Markus Mai

Vorsitzender des vorläufigen Vorstandes

B). X. b)

Pflegende schreiben Geschichte!

Erste Landespflegekammer in Deutschland hat Arbeit aufgenommen und ist angekommen

Die Diskussion um die Errichtung von Pflegekammern in Deutschland findet seit mehr als dreißig Jahren statt. Getragen wurde sie in erster Linie von Pflegenden, die sich in Berufs- und Fachverbänden organisiert haben. Dort war bereits damals die Erkenntnis gereift, dass die Interessen der Pflegenden nur im Rahmen einer echten Selbstverwaltung vertreten und umgesetzt werden können.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist von einer korporatistischen Struktur geprägt. Alle Akteure, die Interessen vertreten und die Angelegenheiten eines Berufsstandes in Eigenregie verantworten, brauchen daher eine entsprechende Rechtsform. Heilberufskammern sind in Deutschland grundsätzlich als Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR) aufgebaut. Da die Errichtung und die Regulierung dieser Kammern in der Entscheidungshoheit der Bundesländer liegen, muss jedes Land hierüber selbst entscheiden.

1. Entwicklung in Rheinland-Pfalz

Nach einer länger währenden Zurückhaltung bei der Frage nach einer möglichen Verkammerung der Pflegeberufe im Land, entschied sich die Landesregierung im Jahre 2011, unter Federführung der damaligen Gesundheitsministerin Malu Dreyer (SPD), das Thema positiv zu begleiten. Zwei Grundvoraussetzungen für die Errichtung einer Landespflegekammer benannte Ministerin Dreyer. Zum einen mussten sich alle Berufsverbände der Pflegenden in Rheinland-Pfalz aussprechen. Zum zweiten sollte auch eine Mehrheit der Berufsangehörigen für eine Verkammerung votieren. Während die erste Hürde leicht zu nehmen war – da sich alle 10 Mitgliedsverbände des Dachverbands der Pflegeorganisationen in Rheinland-Pfalz (DPO) bereits seit vielen Jahren für eine Pflegekammer positioniert waren, war diese Frage schnell geklärt. Als weitaus diffiziler gestaltete sich die Befragung der Pflegenden im Land.

1.1 Befragung der Berufsangehörigen zur Verkammerung

Nachdem sich in Rheinland-Pfalz die Berufsverbände der Pflege ausdrücklich für die Gründung einer Landespflegekammer ausgesprochen hatten, beauftragte das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) Ende 2012 das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), die Registrierung und Befragung von in der Pflege beschäftigten und in Ausbildung befindlichen Personen in Rheinland-Pfalz zur möglichen Einrichtung einer Pflegekammer durchzuführen.

Bei dem Vorhaben ging es darum, die etwa 40.000 Berufsangehörigen in den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, Altenpflege sowie der Altenpflegehilfe und rund 6.000 Schülerinnen und Schüler der genannten Berufe zu einer Abstimmung bezüglich der Einrichtung einer

Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz einzuladen und zu beteiligen. Eine Herausforderung zu diesem Vorhaben bestand u.a. darin, die bislang nicht zentral erfassten Berufsangehörigen überhaupt zu erreichen und zugleich sicherzustellen, dass nur berechnigte Personen über diese wichtige Frage abstimmen konnten.

Dazu wurde im dip eine Befragungs- und Registrierungsstelle (BRS) eingerichtet. Diese nahm am 17. Dezember 2012 ihre Arbeit auf. An diesem Tag wurde die Homepage der BRS über die Domain <https://www.pflegekammer-befragung-rlp.de> freigeschaltet. Auch die telefonische Erreichbarkeit war seit diesem Tag über eine eigene Telefonnummer und E-Mail-Adresse im Institut sichergestellt. Die BRS hat mit ihren Angeboten nicht nur ausführlich über das Verfahren informiert, zentrale Fragen telefonisch und per Mail beantwortet und Materialien bereitgestellt. Es konnten über die Homepage auch direkt Registrierungsanträge gestellt, Unterlagen heruntergeladen und ausgefüllte Formulare hochgeladen werden.

Dieses Vorgehen zur Registrierung und Befragung der Berufsangehörigen der Pflegeberufe war bundesweit bislang einmalig und hat zu einer noch nie dagewesenen Dynamik und Mobilisierung in der Pflege geführt. Insgesamt wurden seit Dezember 2012 über die verschiedenen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit mit mehr als 80.000 verteilten Info-Flyern des MSAGD und mehr als 120 Informationsveranstaltungen der Pflegeverbände sowie weiterer Organisationen im ganzen Land potenziell alle Berufsangehörigen erreicht. Rund 15.000 beruflich in der Pflege Beschäftigte sowie Schülerinnen und Schüler in Rheinland-Pfalz konnten direkt über die verschiedenen Maßnahmen angesprochen werden.

Knapp 13.000 Personen haben innerhalb der drei Monate von Dezember bis März Kontakt mit der BRS aufgenommen. Die BRS hat im gesamten Zeitraum rund 25.000 Schreiben an diejenigen versandt, die eine Registrierung beantragt hatten, darunter gut 6.000 Registrierungsunterlagen, mehr als 9.000 Abstimmungsunterlagen und rund 11.000 Erinnerungsschreiben.

Insgesamt haben sich von Dezember 2012 bis März 2013 9.3211 Berufsangehörige der Pflegeberufe sowie Schülerinnen und Schüler bei der BRS registrieren lassen. Davon haben 7.0442 beruflich Pflegende und Schülerinnen wie Schüler an der Abstimmung teilgenommen. Darunter waren 11 ungültige Stimmen, so dass schlussendlich 7.033 Stimmen als gültig gezählt werden konnten. Insgesamt wurden unter den gültigen Stimmen 5.335 „Ja- Stimmen“ (75,9 %) und 1.698 „Nein- Stimmen“ (24,1 %) abgegeben.



Quelle: Bericht aus der Pflege, Nr. 21 – Abschlussbericht Befragungs- und Registrierungsstelle zur Einrichtung einer Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz; Juli 2013

Dieses Votum nahm die Landesregierung zum Anlass, den Gesetzgebungsprozess zur Novellierung des rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes (HeilBG), mit der rechtlichen Verankerung einer Landespflegekammer zu intensivieren.

2. Pflege wird zum Heilberuf mit Gesetzesgrundlage

Die rechtliche Verankerung der Landespflegekammer in das rheinland-pfälzische Heilberufsgesetz war eine bewusste Entscheidung des zuständigen Gesetzgebers. Pflege sollte mit den anderen, bereits länger etablierten Heilberufen, auf eine (rechtliche) Stufe gestellt werden. Von den sog. „Medizinhilfsberufen“ bis hin zu einem anerkannten Heilberuf, der die relevanten Fragen der Berufsausübung in Eigenverantwortung regelt, war es ein langer und steiniger Weg. Mit der einstimmigen Verabschiedung des Gesetzentwurfs durch den Landtag in Mainz am 17. Dezember 2014 bekam dieser Weg einen großen, erfolgreichen Meilenstein.

Der davor liegende Gesetzgebungsprozess war mit gleich zwei Anhörungsverfahren qualitativ hochwertig ausgestaltet. Zu Beginn hatte die Landesregierung, als das Organ, das den Gesetzesentwurf einbrachte, das Ziel, eine Kammer für die Pflegefachpersonen und die Helferberufe zu errichten. Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2002, besagt, dass es sich bei der „Altenpflegehilfe“ nicht um einen Heilberuf handelt, und dies auch analog für den Bereich der „Krankenpflegehilfe“ gilt. Aus diesem Grund wurde die Idee verworfen, auch die Berufsangehörigen der Alten- und Krankenpflegehilfe zu verpflichtenden Mitgliedern der Kammer zu machen.

Die Errichtung und der Aufbau der Pflegekammer wurden im Gesetz konkret geregelt. Die entsprechenden fachlichen Vorarbeiten waren über die Gründungskonferenz eingeleitet worden. Der gesetzlich vorgesehene Gründungsausschuss hat seine Arbeit als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Inkrafttreten des HeilBG am 01.01.2015 aufgenommen und ist am 05.01. desselben Jahres zum ersten Mal zusammengetreten.

3. Landespflegekammer ist angekommen

2016 war für die Pflegenden in Rheinland-Pfalz ein besonders ereignisreiches Jahr. Gemeinsam haben wir mit großem Engagement die erste Pflegekammer in Deutschland mit Leben gefüllt. Im Anschluss an die Wahl der Vertreterinnen und Vertreter sowie des Vorstandes, zu Beginn des vergangenen Jahres, haben sich zahlreiche Ausschüsse und Arbeitsgruppen gebildet, die sich nun mit inhaltlichen Themen der Pflege, wie z.B. Berufsordnung, Fort- und Weiterbildung, Langzeitpflege, und Ethik beschäftigen. Zudem haben wir uns für die Interessen der Pflegenden im Land eingesetzt und in deren Sinne sowie im Sinne einer optimalen, bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung unserer Patienten, Klienten und Bewohner mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Gesundheitswirtschaft sowie mit den weiteren Akteuren im Gesundheitswesen beraten und verhandelt.

Wir sind in wichtigen Gremien als Stimme der Pflegenden präsent! So sind wir jetzt u.a. Mitglied des Landeskrankenhausplanungsausschusses sowie des Landespflegeausschusses und konnten in zahlreichen Gesprächen die Position der Pflege stärken.

Nach den ersten anderthalb Jahren der Kammerarbeit können wir feststellen: Die Landespflegekammer ist angekommen! Zusammen mit weiteren Akteuren konnten wir beispielsweise während der Koalitionsverhandlungen der neuen Landesregierung durchsetzen, dass die Investitionsmittel des Landes in Krankenhäuser, nach jahrelanger Stagnation, erhöht werden.

All dies stimmt uns hoffnungsfroh auf dem richtigen Weg zu sein. Diesen werden wir gemeinsam mit unseren Mitgliedern auch in den folgenden Jahren weiter beschreiten.

Kammern nutzen der Intensivpflege

Selbstverwaltung Zeit für ein vorläufiges Resümee: Der Kammerpräsident aus Rheinland-Pfalz fasst zusammen, was in gut einem Jahr Aufbauarbeit geleistet wurde, welche Herausforderungen noch gemeistert werden müssen und warum insbesondere spezialisierte Bereiche der Pflege profitieren.

Von Dr. Markus Mai

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz hat zum 1. Januar 2016 ihre Arbeit aufgenommen. Als erste Pflegekammer in Deutschland haben wir Geschichte geschrieben und wahre Pionierarbeit geleistet. Was wir bis heute aufgebaut und erreicht haben, kann sich sehen lassen. Auf der anderen Seite liegt noch ein langer Weg vor uns, um den Pflegeberuf in Selbstverwaltung gemeinsam zu gestalten. Wir müssen auch anerkennen, dass wir noch nicht jede Pflegeperson in Rheinland-Pfalz vom Nutzen der Kammer überzeugen konnten. Auch an dieser Herausforderung arbeiten wir kontinuierlich.

Für Akzeptanz sorgen, mit Mitgliedern in den Dialog treten

Eine Pflegekammer entsteht nicht von heute auf morgen. Der Aufbau einer Kammer erfordert einen langjährigen Prozess, der in vier Phasen unterteilt werden kann. Am Anfang steht die Phase der Vorbereitung. In allen Bundesländern gibt es aktuell Aktivitäten, die der Vorbereitungsphase zugerechnet werden können, es werden zahlreiche Gespräche mit der Politik geführt, es werden Aktionen durchgeführt, um die Berufsgruppe zu mobilisieren, es werden Petitionen auf den Weg gebracht.

Ziel dieser Bemühungen ist es, die Politik und die Berufsangehörigen davon zu überzeugen, dass es sinnvoll ist, eine Pflegekammer einzurichten. Wenn dies gelungen ist, beginnt das Gesetzgebungsverfahren zur Errichtung einer Pflegekammer.

Rheinland-Pfalz ist das erste Bundesland, in dem die Vorbereitungsphase erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Die darauf folgende einjährige Gründungsphase konnte in Rheinland-Pfalz ebenfalls erfolgreich abgeschlossen werden. Die eigentliche Arbeit der Kammer begann mit der Aufbauphase, die am 1. Januar 2016 startete und voraussichtlich bis 2020 andauern wird. Wichtig ist in dieser Phase, dass sich die Kammer positioniert. Sie muss für Akzeptanz sorgen und Wege finden, um mit den Pflegenden im Land, mit der Politik und mit den Verbänden in einen konstruktiven Dialog zu treten.

Aufgabe der Kammer ist es während dieser Aufbauzeit, einen berufsrechtlichen Rahmen für die Mitglieder festzulegen. Jedes Mitglied ist willkommen, sich hier mit seinen individuellen Vorstellungen einzubringen.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist seit 1. Januar 2016 im Vollbetrieb. Sie hat derzeit 38000 voll registrierte Mitglieder, was eine eindrucksvolle Zahl ist. Insgesamt gibt es in Rheinland-Pfalz rund 41000 Pflegefachpersonen; es sind also noch nicht alle Mitglieder vollständig registriert. 72 Prozent der Kammermitglieder kommen aus der Gesundheits- und Krankenpflege, 20 Prozent aus der Altenpflege und acht Prozent aus der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist eine hochdemokratische Organisation (Abb. 1). Die rund 40000 Mitglieder wählen Abgeordnete, die der Vertreterversammlung angehören. Dieses „Parlament der Pflege“ besteht in Rheinland-Pfalz aus 81 Personen. Die Vertreterversammlung wählt Ausschüsse, Arbeitsgruppen, Beiräte und den Vorstand, der eine Geschäftsstelle in der Landeshauptstadt Mainz unterhält. Mit der Unterhaltung einer Geschäftsstelle ist sichergestellt, dass das operative Geschäft nicht mehr wie zuvor ausschließlich ehrenamtlich stattfindet.

Die Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist bisher an sechs Sitzungstagen zusammengekommen und hat sich sowohl mit strukturellen als auch mit fachlichen Fragestellungen auseinandergesetzt. Das Parlament hat sich beispielsweise zur Generalistik und zur Personalbemessung positioniert. Darüber hinaus wurde eine Hauptsatzung, eine Beitragsordnung und eine Entschädigungsordnung verabschiedet. Zudem fanden Vorstandswahlen statt und es wurden Ausschüsse und Arbeitsgruppen gebildet.

In den Ausschüssen und Arbeitsgruppen (AG) findet die eigentliche inhaltliche Arbeit der Kammer statt. Kolleginnen und Kollegen kommen in diesen Rahmen zusammen und bringen Fachexpertise in die jeweiligen Fragestellungen ein. Die „AG Berufsfeldentwicklung“ arbeitet beispielsweise an der Frage, wie sich die Pflege als Beruf weiterentwickeln sollte. Weitere AG beschäf-

tigen sich mit den Themen Langzeitpflege, Öffentlichkeitsarbeit und Berufsordnung. Der Pflegenachwuchs ist in der „AG Junge Kammer“ organisiert.

Inwiefern profitieren Intensivpflegende?

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz erhebt den Anspruch, die gesamte Berufsgruppe der Pflegefachpersonen im Land abzubilden. Auch Mitglieder, die in der Fachpflege tätig sind, sollen sich gut vertreten fühlen und ihre fachliche Expertise einbringen können. Der Nutzen der Landespflegekammer für Intensivpflegende ergibt sich aus folgenden Aspekten:

Handlungsgrundlage: Die Kammer definiert professionelles intensivpflegerisches Handeln mittels einer einheitlichen Berufsordnung nebst weiterer Standardisierungen. Diese Berufsordnung fungiert als „Grundgesetz“ für die Berufsausübung. Sie ist gemeinsam entwickelt und demokratisch durch die Berufsgruppe legitimiert.

Qualitätssicherung der Fachweiterbildung: Die Kammer sorgt im Rahmen einer Weiterbildungsordnung für einheitliche Regelungen, die die Fachweiterbildungen in der Fachpflege betreffen. Weiterbildungsinhalte sind so einheitlich definiert, eine gute Weiterbildungsstruktur ist sichergestellt, Weiterbildungsanbieter werden zertifiziert und es finden letztlich vergleichbare Prüfungen statt.

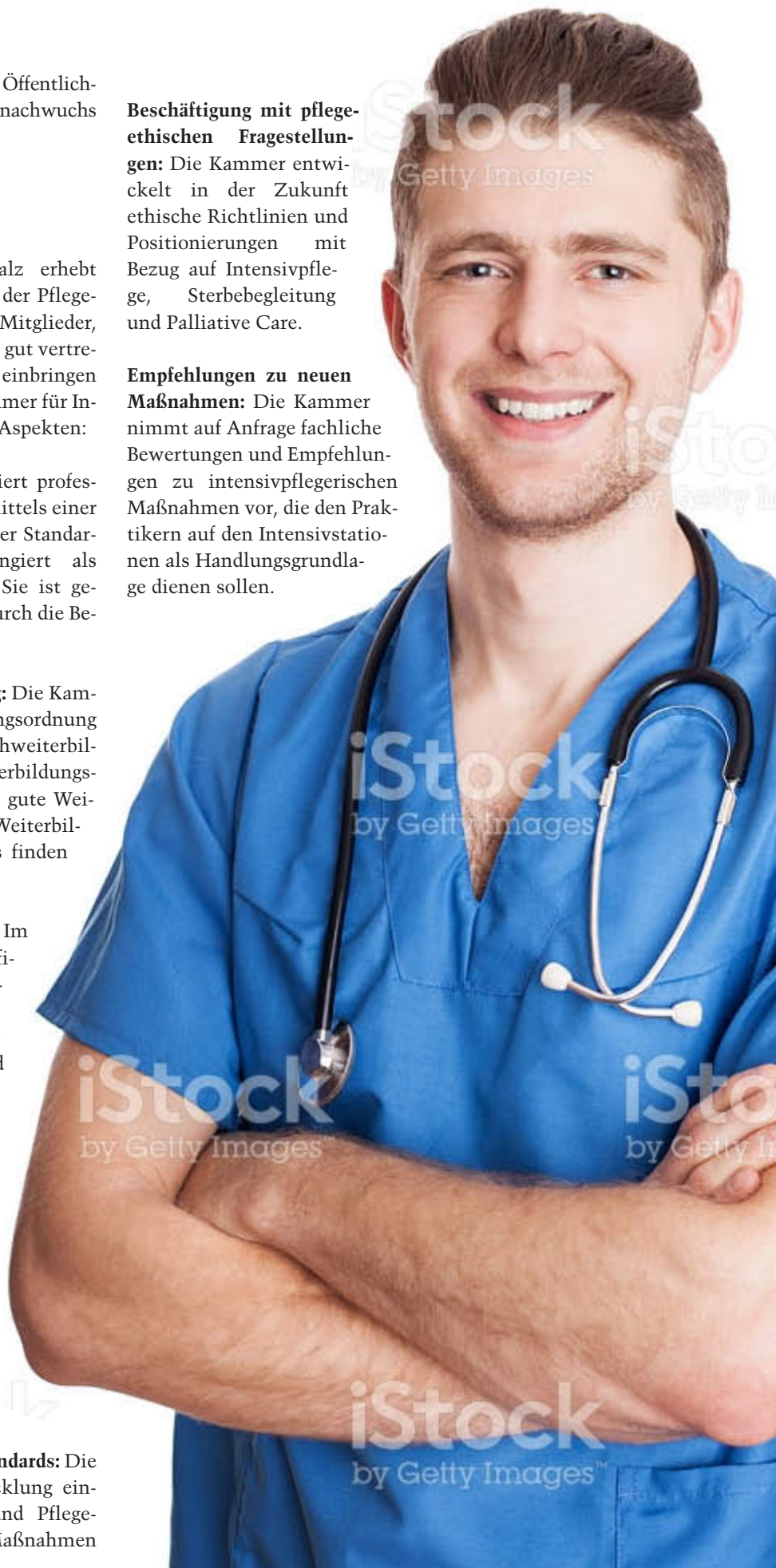
Übernahme von Anerkennungsverfahren: Im Ausland erworbene Weiterbildungsqualifikationen werden von der Kammer pflegfachlich bewertet und – bei Vorliegen der Voraussetzungen – anerkannt. Die Kammer konzipiert Anpassungslehrgänge und nimmt Gleichwertigkeitsprüfungen ab.

Eigenverantwortliche Planung und Durchführung: Die Kammer setzt sich für eine eigenverantwortliche Planung und Durchführung von evidenzbasierten Pflegemaßnahmen im intensivpflegerischen Setting ein. Dazu zählen beispielsweise Interventionen in den Bereichen der Beatmung, des Weanings, des Schmerzmanagements, des Delirmanagements und der Wundversorgung.

Entwicklung von Qualitäts- und Pflegestandards: Die Pflegekammer setzt sich für die Entwicklung einheitlicher evidenzbasierter Qualitäts- und Pflegestandards ein, die intensivpflegerische Maßnahmen betreffen.

Beschäftigung mit pflegerischen Fragestellungen: Die Kammer entwickelt in der Zukunft ethische Richtlinien und Positionierungen mit Bezug auf Intensivpflege, Sterbebegleitung und Palliative Care.

Empfehlungen zu neuen Maßnahmen: Die Kammer nimmt auf Anfrage fachliche Bewertungen und Empfehlungen zu intensivpflegerischen Maßnahmen vor, die den Praktikern auf den Intensivstationen als Handlungsgrundlage dienen sollen.





„Parlament der Pflege“

Die Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist bisher an sechs Sitzungstagen zusammengekommen

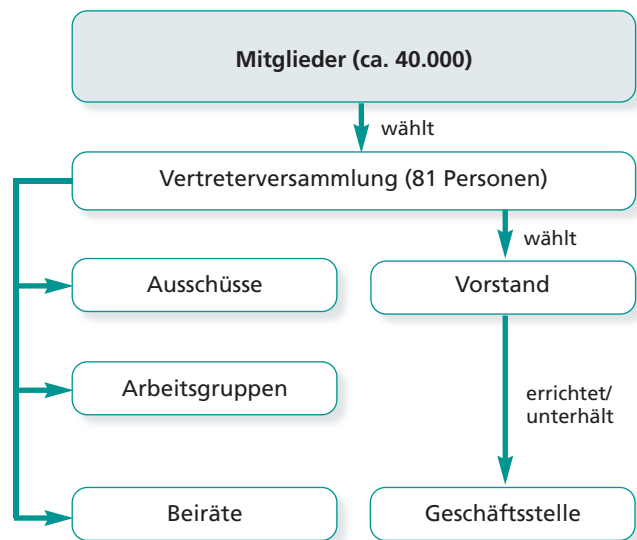
Einflussnahme: Die Kammer nimmt mittels Stellungnahmen und Aktionen Einfluss auf Gesetzesvorhaben und Richtlinien, die die Intensivpflege betreffen. Dazu zählen etwa Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Forderungen zur bedarfsgerechten Personalbemessung und Abrechnungsregelungen ambulanter Intensivpflege..

Fachberatung und Zusammenarbeit: Pflegende und Angehörige können sich von der Kammer fachlich beraten lassen. Zudem arbeitet die Kammer eng mit Fachgesellschaften und Fachverbänden, Berufsgruppen und Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Kein Selbstzweck, sondern Konsequenz

Pflegekammern verfolgen das Ziel, für Autonomie und Selbstverwaltung der Berufsgruppe zu sorgen, eine starke pflegerische Profession zu etablieren und Vertrauen innerhalb der Gesellschaft zu gewährleisten. Elementares Ziel ist die Schaffung einer den Landespflegekammern übergeordneten Bundespflege-

Abb. 2
Organisation Pflegekammer
(grob)



gekammer, um Einfluss auf Bundesebene nehmen zu können. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, als Berufsgruppe geschlossen an Richtlinien des G-BA mitzuwirken und damit etwa Einfluss zu nehmen auf die Personalausstattung auf Intensivstationen. Das alles zeigt: Die Pflegekammer ist kein Selbstzweck, sondern Konsequenz einer starken pflegerischen Berufsgruppe.



Dr. Markus Mai ist Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und Leiter der Stabsstelle Gesundheits- und Sozialpolitik in der Zentrale der BBT-Gruppe.
Mail: markus.mai@pflegekammer-rlp.de



BEITRAGSORDNUNG DER LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Die Vertreterversammlung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 25. April 2016 aufgrund von §§ 15 und 16 Heilberufsgesetz vom 19. Dezember 2014 (GVBl. 2014, S. 302), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Februar 2016 (GVBl. S. 37), BS 2122-1, folgende Beitragsordnung beschlossen, die mit Schreiben vom 13. Mai 2016 (AZ. 652 01 723-5.5) des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie genehmigt wurde.

§ 1 Beitragszweck, Mitgliedschaft und Beitragspflicht

- (1) Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz („Kammer“) erhebt zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Heilberufsgesetz (HeilBG) Beiträge von ihren Mitgliedern. Beitragspflichtig sind auch freiwillige Mitglieder (§ 3 Abs. 3 Hauptsatzung) und die sonstigen freiwilligen Mitglieder (§ 3 Abs. 4 Hauptsatzung). Die Mitglieder zahlen einen Beitrag nach der Einteilung in Beitragsklassen (Anlage).
- (2) Kammerbeiträge sind Pflichtabgaben. Die Kammermitglieder sind entsprechend § 16 Abs. 1 HeilBG in Verbindung mit der Meldeordnung zur Zahlung von Beiträgen verpflichtet. Die Kammerbeiträge sind steuerlich absetzbar.
- (3) Kammermitglieder, die nachweisen, dass sie zum Veranlagungstichtag als Gastpflegekräfte, Hospitantinnen, Stipendiatinnen oder in ähnlicher Funktion in Rheinland-Pfalz pflegerisch tätig sind, werden von der Beitragspflicht freigestellt.
- (4) Beitragsjahr ist das Kalenderjahr, der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Der Kammerbeitrag kann auf Antrag auch vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Sonderregelungen sind im Einzelfall auf Antrag möglich.
- (5) Die Beitragspflicht für das Beitragsjahr besteht, wenn das Kammermitglied am 1. Februar des laufenden Jahres seinen Beruf in Rheinland-Pfalz ausübt oder als freiwilliges Mitglied (§ 3 Abs. 3 und 4 Hauptsatzung) von der Kammer geführt wird. Die Ausübung des Berufs umfasst jede Tätigkeit, bei der berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse angewendet oder verwendet werden (§ 1 Abs. 2 Satz 1 HeilBG in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Hauptsatzung).
- (6) Die Beitragspflicht entsteht mit dem Ersten des Monats, in dem das Kammermitglied seine Tätigkeit aufnimmt. Beginnt die Mitgliedschaft im laufenden Jahr, wird der anteilige Beitrag erhoben. Die Beitragspflicht endet mit dem Ablauf

des Monats, in dem das Mitglied aus der Kammer ausscheidet.

- Zu viel gezahlte Beiträge werden auf Antrag, der binnen sechs Wochen zu stellen ist, dem Mitglied zurückgezahlt.
- (7) Absatz 6 findet für das Beitragsjahr keine Anwendung, in dem ein Kammermitglied am Stichtag (1. Februar) seine Berufsausübung aus dem Geltungsbereich der Kammer in ein anderes Bundesland verlegt.
 - (8) Die Festsetzung des Beitrages nach dieser Verordnung erfolgt grundsätzlich auf der Basis einer Selbsteinstufung oder bei Nichtvorliegen durch Veranlagungsbescheid der Kammer.
 - (9) Die Kammer ist berechtigt, regelmäßig stichprobenweise und bei Bedarf die Angaben des Kammermitglieds zu seiner Beitragspflicht (Selbsteinstufung) zu überprüfen, es sei denn, das Kammermitglied zahlt den Höchstbeitrag. Sie kann dazu Nachweise über die Bruttoeinnahmen vom Kammermitglied anfordern. Nachweise im Sinne dieser Verordnung sind entsprechende Steuerbescheide sowie Bescheinigungen eines Steuerbüros oder des Finanzamts.
 - (10) Kommt das Kammermitglied seiner Auskunftspflicht nach Abs. 9 nicht nach, wird es in die höchste Beitragsklasse eingestuft. Die Kammer kann darüber hinaus bis zu 5 Jahren beim Kammermitglied eine Rückveranlagung vornehmen. Bei Zahlung der rückständigen Beiträge und Vorlage der erforderlichen Nachweise erfolgt eine Neueinstufung durch Veranlagung.

§ 2 Beitragsgrundlage, Beitragssatz und Einzugsverfahren

- (1) Pflegerische Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der pflegerische Fachkenntnisse angewendet oder mitverwendet werden (§ 1 Abs. 2 HeilBG). Dazu gehören nicht nur die pflegerische Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch die Tätigkeit in der pflegerischen Lehre und Forschung, in Wirtschaft,

Industrie und in der Verwaltung sowie fachjournalistische und die gutachterliche pflegerische Tätigkeit.

Als Beitragsgrundlage für die Ermittlung der Beitragshöhe gelten:

- alle Einkünfte aus selbständiger pflegerischer Tätigkeit (z. B. Gutachtertätigkeit, Honorare aus Fachvorträgen und Fachaufsätzen, Prüfungshonorar),
- aus nicht selbständiger pflegerischer Tätigkeit (Bruttolohn abzüglich Werbungskosten sowie freiwillig vom Arbeitgeber gezahltes Kindergeld; dazu gehören Vergütungen für Mehrarbeit und Bereitschaftsdienste gemäß Arbeitgeber-Lohnsteuerbescheinigung des Kammermitglieds),
- alle Einkünfte aus pflegerischer Tätigkeit, soweit diese steuerlich als Einkünfte aus Gewerbebetrieb erfasst sind,
- alle sonstigen Einkünfte aus pflegerischer Tätigkeit und
- das zu versteuernde Einkommen aus selbständiger Tätigkeit nach dem Körperschaftsgesetz, soweit es aufgrund pflegefachlicher Tätigkeit erfolgt.

Nicht als Einkünfte aus pflegerischer Tätigkeit gelten insbesondere:

- Veräußerungsgewinne von Praxen oder Pflegediensten,
- Renten,
- Ruhegehälter und
- Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz.

- (2) Bemessungsjahr ist in der Regel das vorletzte Jahr vor dem Beitragsjahr. Sind im vorletzten Jahr keine Einkünfte nach Absatz 1 erzielt worden, tritt das letzte Jahr vor dem Beitragsjahr an dessen Stelle.
- (3) Kammermitglieder, die sich selbst mittels Formblatt einstufen, zahlen den Beitrag, der sich aus ihrer Eingruppierung in die für sie relevante Beitragsklasse ergibt. Über ihr Gesamteinkommen aus pflegerischer Tätigkeit (§ 2 Abs. 1) informieren sie die Kammer schriftlich. Die Beitragsklassen (Anlage) werden durch die Vertreterversammlung der Kammer festgelegt.
- (4) Kammermitglieder, die sich nicht selbst eingruppiert haben, werden grundsätzlich in die höchste Beitragsklasse eingeordnet (Veranlagung) und erhalten einen entsprechenden Beitragsbescheid.
- (5) Änderungen, die zu einer Eingruppierung in eine andere Beitragsklasse führen, sind der Kammer schriftlich unter Beifügung aktueller Selbsteinstufung unverzüglich mitzuteilen. Über den sich daraus ergebenden Beitrag erhält das Kammermitglied einen Bescheid.
- (6) Der Beitrag wird mit Selbsteinstufung oder mit Zugang des Beitragsbescheids fällig. Er ist an die Kammer zu entrichten. Der Zugang des Bescheides gilt mit Ablauf des 3. Werktages nach Postaufgabe als erfolgt, sofern nicht ein späteres Zugehen vom Kammermitglied nachgewiesen wird.
- (7) Die Kammermitglieder sind verpflichtet auf unbarem Weg (Zustimmung zum SEPA-Lastschriftverfahren, Dauerauftrag oder Überweisung) zu zahlen.

§ 3 Berechnung der Beiträge

(Selbsteinstufung, Beitragsklassen, Veranlagungsbescheid),
Beitragseinzug, Rechtsbehelf

- (1) Jedes Kammermitglied hat sich bei Änderung selbst zum Kammerbeitrag für das laufende Beitragsjahr gemäß dem nach § 2 Abs. 3 festgesetzten Beitrag (Beitragsklasse) einzustufen. Seine Angaben müssen zutreffend und umfassend sein. Macht das Kammermitglied vorsätzlich oder grob fahrlässig falsche oder unvollständige Angaben, so kann die Kammer über eine Nacherhebung zu wenig entrichteter Beiträge hinaus eine Veranlagung in der höchsten Beitragsklasse bis zu fünf Jahren vornehmen. Liegt lediglich Fahrlässigkeit vor, kann über eine Nacherhebung zu wenig entrichteter Beiträge hinaus die Beitragseinstufung in die höchste Beitragsklasse auf ein Jahr beschränkt werden.
- (2) Im Überprüfungsverfahren nach § 1 Abs. 9 ist die Selbsteinstufung durch Vorlage eines entsprechenden Auszugs des Einkommensbescheides des Finanzamtes, der hinsichtlich der nicht beitragsrelevanten Angaben anonymisiert werden darf, oder durch schriftliche Bestätigung eines Steuerberaters bzw. der Vorlage einer Gewinn- und Verlustrechnung nachzuweisen.
- (3) Liegt der Kammer vier Wochen nach der Anmeldung der Aufnahme der Berufstätigkeit (§ 1 Abs. 5 HeilBG) die Selbsteinstufung des Kammermitglieds nicht vor, so wird es durch Veranlagungsbescheid zum Höchstbeitrag gemäß den Festsetzungen zum Beitrag (höchste Beitragsklasse) veranlagt.
- (4) Die Kammer hat den Veranlagungsbescheid entsprechend zu korrigieren, wenn das Kammermitglied binnen vier Wochen nach Zugang desselben die Höhe der Beitragsgrundlage durch Vorlage eines entsprechenden Nachweises nach § 1 Abs. 9 Satz 3 vorliegt.
- (5) Das Kammermitglied ist verpflichtet, Änderungen der Einkommensverhältnisse, die zu einer Veränderung der Beitragsklasse führen, unverzüglich der Kammer zu melden. Eine Überprüfung der vom Kammermitglied gemachten Angaben zur Beitragsklasse bleibt der Kammer vorbehalten.
- (6) Die Veranlagungsbescheide sind Leistungsbescheide im Sinne des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes Rheinland-Pfalz. Die Selbsteinstufung steht einem Leistungsbescheid gleich.
- (7) Der Kammerbeitrag (Jahresbeitrag) ist zum 1. Februar zu entrichten. Wird der Kammerbeitrag halbjährlich entrichtet, ist dieser am 1. Februar und 1. August zu zahlen. Wird der Kammerbeitrag vierteljährlich entrichtet, ist dieser am 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November zu zahlen.
- (8) Zahlt das Kammermitglied den auf ihn entfallenden Beitrag nicht fristgemäß, erfolgt eine Mahnung mit einer Nachfristsetzung von zwei Wochen. Erfolgt kein Zahlungseingang bei der Kammer wird eine zweite Mahnung mit Säumniszuschlag durchgeführt. Hierfür wird eine Gebühr von 30,00 Euro erhoben.
- (9) Verläuft diese Mahnung erfolglos, sind die Rückstände, außer bei freiwilligen Mitgliedern, nach § 16 Abs. 2 Satz 1 HeilBG in Verbindung mit den Vorschriften des Landesvollstreckungsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung beizutreiben (§ 16 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 HeilBG).
- (10) Verläuft die Mahnung bei freiwilligen Mitgliedern (§ 1 Abs. 1) erfolglos, entscheidet der Vorstand nach Ablauf von 12 Wochen über den Fortbestand oder die Löschung der freiwilligen Mitgliedschaft.

- (11) Hat ein Mitglied seine Meldepflicht nicht erfüllt und damit seine Veranlagung unmöglich gemacht, ist ihm bei nachträglicher Veranlagung mit Säumniszuschlag in Höhe von 30,00 € eine Zahlungsfrist von zwei Wochen nach Zustellung zu setzen. Wird diese nicht eingehalten, so ist nach Abs. 8 zu verfahren.
- (12) Gegen den ihn betreffenden Veranlagungsbescheid kann das Kammermitglied innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch nach § 70 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle der Kammer zu erheben; über diesen entscheidet der Vorstand, gegebenenfalls eine von ihm eingerichtete Widerspruchsstelle.
- (13) Gegen den Widerspruchsbescheid ist innerhalb eines Monats nach Zustellung die Anfechtungsklage nach den Vorschriften der VwGO in der jeweils gültigen Fassung beim Verwaltungsgericht Mainz möglich. Widerspruch und Anfechtungsklage haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 VwGO).

§ 4 Sonstige freiwillige Mitglieder

Die freiwilligen Mitglieder nach § 3 Abs. 4 der Hauptsatzung unterliegen nicht dem Kammerrecht. Sie zahlen für ihre Mitgliedschaft in der Kammer einen einheitlichen Beitrag, der von der Kammer in den Beitragsklassen festgelegt wird. Kommen sie dieser Zahlung trotz Mahnung nicht nach, wird ihre Mitgliedschaft bei der Kammer gelöscht.

§ 5 Stundung, Ermäßigung, Erlass, Niederschlagung

- (1) Zur Vermeidung unzumutbarer Härten kann auf schriftlichen Antrag des Kammermitglieds der Beitrag gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht.
- (2) Die Einkünfte eines nicht getrenntlebenden Ehegatten oder eines Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) sind bei der Prüfung des Antrags mit zu berücksichtigen.
- (3) Der Antrag muss unter Beifügung geeigneter Nachweise über den angeführten Härtegrund bis zum 1. März oder innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Veranlagungsbescheids bei der Kammer vorliegen.
- (4) Die Kammer kann Ansprüche niederschlagen, wenn feststeht, dass die Einziehung des Beitrags kein Erfolg haben wird oder wenn die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zu dem einzuziehenden Betrag stehen.

§ 6 Übergangsregelungen für die Beitragserhebung 2016

- (1) Die Beiträge für die Kammermitglieder nach § 1 für das Jahr 2016 (Januar - Dezember) werden auf der Grundlage dieser Verordnung zum 1. Juli 2016 erhoben.
- (2) Das Kammermitglied, das sich bei der Kammer bis zum 1. Juli 2016 vollständig registriert hat, stuft sich gemäß den Beitragsklassen dieser Verordnung selbst ein und zahlt den entsprechenden Beitrag. Zu den Einzelheiten informiert die Kammer und erstellt ein entsprechendes Formblatt zum Beitragsverfahren und Beitragseinzug.
- (3) Das Kammermitglied, das sich nicht bis zum 1. September 2016

selbst eingestuft hat, wird für 2016 in die höchste Beitragsklasse eingruppiert und zahlt einmalig den entsprechenden Beitrag für das gesamte Jahr 2016 (Höchstbeitrag). Legt das Kammermitglied mit entsprechenden Nachweisen eines geringeren Einkommens aus pflegerischer Tätigkeit nach § 2 Abs. 1 Widerspruch ein, wird der Beitrag entsprechend angepasst.

- (4) Das Kammermitglied, das sich bis zum 1. Juli 2016 bei der Kammer nicht vollständig registriert hat, wird zunächst in die höchste Beitragsklasse eingruppiert. Legt das Kammermitglied nach Abschluss seiner Registrierung bis zum 1. Oktober 2016 mit entsprechenden Nachweisen eines geringeren Einkommens aus pflegerischer Tätigkeit Widerspruch ein, wird die Einstufung und der entsprechende Beitrag angepasst und mit dem Beitrag für 2017 verrechnet. Über die Änderung erhält das Kammermitglied einen Veranlagungsbescheid.
- (5) Das Kammermitglied, das sich trotz Aufforderung und Mahnung nicht bis zum 1. Juli 2016 bei der Kammer gemeldet hat, wird bis zur vollständigen Registrierung zunächst in die höchste Beitragsklasse eingruppiert. Die Kammer kann dem Kammermitglied neben dem Ordnungsgeld wegen Verstoßes gegen die Meldepflicht einen Säumniszuschlag wegen des erhöhten Bearbeitungsaufwands in Höhe von 50,00 Euro auferlegen und mit dem Beitrag einziehen.
- (6) Das Kammermitglied, das in Rheinland-Pfalz berufstätig ist und sich bisher nicht bei der Kammer selbst gemeldet hat oder nicht durch die Einrichtungsträger nach § 111 Abs. 5 Satz 3 HeilBG gemeldet worden ist, wird bei Kenntnis über seine Berufstätigkeit unverzüglich bis zur vollständigen Registrierung und Selbsteinstufung zum Höchstbeitrag als Kammerbeitrag herangezogen. Es erfolgt eine rückwirkende Veranlagung zum 1. Januar 2016. Die Kammer kann dem Kammermitglied neben dem Ordnungsgeld wegen Verstoßes gegen die Meldepflicht einen Säumniszuschlag wegen des erhöhten Bearbeitungsaufwands in Höhe von 50,00 Euro auferlegen und mit dem Beitrag einziehen.
- (7) Die Bestimmungen über die Stundung, Ermäßigung, Erlass und Niederschlagung von Beiträgen nach § 5 gelten auch für die Übergangsregelungen.

§ 7 Verjährung

Für die Verjährung von Beitragsforderungen gelten die Vorschriften der Abgabeordnungen (AO) über die Zahlungsverjährung aus dem Steuerschuldverhältnis (§§ 228 bis 232) AO entsprechend. Die Verjährungsfrist beträgt fünf Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beitragsforderung erstmals fällig geworden ist.

§ 8 In Kraft Treten

Die Beitragsordnung tritt nach Genehmigung durch das für die Rechtsaufsicht zuständige Ministerium rückwirkend zum 1. Januar 2016 in Kraft (§ 24 Abs. 2 Hauptsatzung).

Mainz, den 25.04.2016

Dr. Markus Mai

Präsident

Anlage: Beitragsklassen der Landespflegekammer RLP

BEITRAGSKLASSEN DER LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

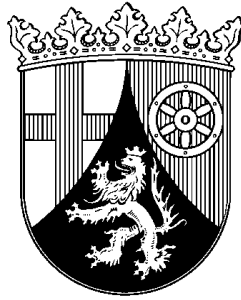
Mitgliedsbeitrag gemäß Beitragsordnung
der Landespflegekammer RLP v. 25.04.2016

MITGLIEDSBEITRÄGE:

		Einkommen aus Pflegetätigkeit (AN-Brutto/steuerpfl. Brutto)	€/monatlich	€/jährlich
GERINGVERDIENER	Beitragsklasse 1	unter 500 €	2,50 €	30,00 €
	Beitragsklasse 2	500 € bis unter 1000 €	4,50 €	54,00 €
	Beitragsklasse 3	1.000 € bis unter 1.500 €	7,00 €	84,00 €
	Beitragsklasse 4	1.500 € bis unter 2.500 €	8,50 €	102,00 €
BASISBEITRAG	Beitragsklasse 5	2.500 € bis unter 4.500 €	9,80 €	117,60 €
HÖHERVERDIENER	Beitragsklasse 6	4.500 € bis unter 5.500 €	17,00 €	204,00 €
	Beitragsklasse 7	ab 5.500 €	25,00 €	300,00 €
FREIWILLIGE MITGLIEDER	Schüler lt. §3 (3) Hauptsatzung	—	3,00 €	36,00 €
	Andere freiwillige Mitglieder lt. §3 (3) Hauptsatzung	—	5,00 €	60,00 €
	Freiwillige Mitglieder lt. §3 (4) Hauptsatzung	—	5,00 €	60,00 €

B). X. e)

4 K 438/16.MZ



Verkündet am: 6. April 2017

Veröffentlichungsfassung!

gez. Altheim Justizbeschäftigte
als Urkunds- beamtin der
Geschäftsstelle

VERWALTUNGSGERICHT MAINZ

URTEIL

IM NAMEN DES VOLKES

In dem Verwaltungsrechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte:

g e g e n

die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

- Beklagte -

Prozessbevollmächtigte:

w e g e n Mitgliedschaft

hat die 4. Kammer des Verwaltungsgerichts Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 6. April 2017, an der teilgenommen haben

Präsidentin des Verwaltungsgerichts Dr. Freimund-Holler
Richterin am Verwaltungsgericht Riebel
Richterin Dr. Zorn
ehrenamtlicher Richter Flugkapitän Lonnes ehrenamtliche
Richterin Rentnerin Martin

für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Das Urteil ist hinsichtlich der Kosten vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand

Die Klägerin ist examinierte Krankenpflegerin. Sie begehrt die Feststellung, dass sie kein Mitglied der beklagten Pflegekammer ist.

Mit Gesetz vom 19. Dezember 2014 erfolgte eine Novellierung des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz – HeilBG – dahingehend, dass eine Landespflegekammer eingerichtet wurde. Nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 bis 7, Abs. 2 HeilBG sind grundsätzlich alle Personen, die im Land Rheinland-Pfalz einen der folgenden Pflegeberufe ausüben

- Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin/Altenpfleger

kraft Gesetzes Mitglied in der neu errichteten Pflegekammer.

Zum Zweck der Arbeitsaufnahme der Pflegekammer ab dem 1. Januar 2016 wurde im Sommer 2015 ein Gründungsausschuss eingerichtet, dem u.a. die Aufgabe zukam, die Daten der nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 bis 7 HeilBG in Frage kommenden Personen zusammenzutragen. Die Wohnanschrift der Klägerin wurde durch ihren Arbeitgeber, den Kreisverband Westerwald des Deutschen Roten Kreuzes an den Gründungsausschuss übermittelt. In der Folge wurde die Klägerin mehrfach angeschrieben und aufgefordert, den beigefügten Meldebogen auf Vollständigkeit hin zu überprüfen und eine beglaubigte Kopie ihrer Berufsurkunde vorzulegen. Mit Schreiben der Landespflegekammer vom Februar 2016 wurde sie über ihre Meldepflicht nochmals belehrt sowie darauf hingewiesen, dass Verstöße gegen ihre persönliche Meldepflicht mit der Verhängung eines Ordnungsgeldes von bis zu 500,00 € geahndet werden könnten. Ihr wurde eine Frist gesetzt, den Meldebogen zurückzusenden sowie die beglaubigte Kopie ihrer Berufsurkunde bis zum 31. März 2016 vorzulegen. Für den Fall, dass sie dem nicht nachkomme, wurde ihr Festsetzung eines solchen Ordnungsgeldes in Aussicht gestellt.

Mit bei Gericht am 18. April 2016 eingegangenem Schriftsatz hat sie Klage erhoben, mit der sie vorträgt, die Regelungen des Heilberufsgesetzes mit denen die Verkammerung von Angestellten in Pflegeberufen geregelt seien, verstießen gegen das Grundgesetz und seien damit verfassungswidrig.

Für die normative Regelung der Zwangsmitgliedschaft in einer berufsständischen Vereinigung fehle es dem Land Rheinland-Pfalz schon an der Gesetzgebungskompetenz. Es handele sich dabei um eine Angelegenheit der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit. Der Bund habe jedoch bereits im Rahmen des

Gesetzes über Berufe in der Krankenpflege (KRPFg) und des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht. Insbesondere Regelungen der Berufszulassung dürften einer Pflegekammer nicht anvertraut werden. Auch die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Rechtsverhältnisse im öffentlichen Dienst des Bundes begrenzen die Gesetzgebungskompetenz der Länder zur Errichtung einer Pflegekammer.

Darüber hinaus verletze der Gesetzgeber durch die Errichtung der Pflegekammer Grundrechte.

Zum einen verstoße die Errichtung einer Pflegekammer gegen die negative Vereinigungsfreiheit nach Art. 9 Abs. 1 GG. Die Errichtung einer Pflegekammer sei überflüssig, weil die Aufgaben, die sie nach dem Gesetz erfüllen solle, ebenso gut von den Gewerkschaften erfüllt werden könnten und von ihnen tatsächlich seit langem erfüllt würden. Die Gewerkschaften aber beruhen auf dem Prinzip des freiwilligen Beitritts. Sie folgten damit dem Verfassungsprinzip der freien Verbandsbildung, das der grundgesetzlichen Forderung nach größtmöglicher Freiheit des Individuums weit eher entspreche als das staatlich verordnete öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft tun könnten. Der sich durch die Begründung einer Zwangsmitgliedschaft vollziehende Eingriff in die Vereinigungsfreiheit bestehender Organisationen müsse sich, um zulässig zu sein, durch kollidierendes Verfassungsrecht rechtfertigen können und sich auf dasjenige beschränken, was zur Erreichung der intendierten Ziele tatsächlich erforderlich sei. Eine vollständige und unvermittelte Verdrängung bestehender Verbandsstrukturen, die sich über Jahrzehnte aufgebaut hätten, durch eine öffentlich-rechtliche Zwangsorganisation lasse sich nicht mehr als grundrechtsschonender Ausgleich zwischen Art. 9 Abs. 1 GG und dem Bedürfnis wirksamer Regulierung der Pflegeberufe verstehen. Vielmehr würde der Zielkonflikt dann einseitig zu Lasten der grundrechtlichen Wertentscheidung des Art. 9 Abs. 1 GG aufgelöst.

Anders als die Beklagte meine sei der Schutzbereich des Art. 9 Abs. 1 GG für die Abwehr von Mitgliedschaften in öffentlich rechtlichen Zwangsverbänden eröffnet. Es sei an der Zeit – wie es das Bundesverfassungsgericht gefordert habe – erneut zu hinterfragen, ob aufgrund der veränderten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, einem allgemein erkennbaren Gang weg von Einheit und Vereinigung hin zu mehr Diversität und Selbstbestimmung die Auffassung noch vertreten werden könne, der Schutz gegen Zwangsmitgliedschaften werde allein durch Art. 2 Abs. 1 GG erreicht. Sie verweist auf die Gründung der Landespflegekammer in Bayern. Dort beruhe die Mitgliedschaft in der Interessenvertretung auf freiwilliger Basis und sei beitragsfrei.

Darüber hinaus verstoße die Einrichtung der Pflegekammer auch gegen Art. 9 Abs. 3 GG. Der Staat dürfe durch Errichtung öffentlich-rechtlicher Körperschaften

nicht das freie Verbandswesen unterlaufen und den freien Vereinigungen durch Pflichtmitgliedschaften in parallelen öffentlich-rechtlichen Verbänden die Lebensmöglichkeit nehmen. Vor allem Gewerkschaften sei sowohl der Bestand als auch die ungestörte Ausübung ihrer koalitionsgemäßen Tätigkeit garantiert; ein Einbruch in ihr Aufgabengebiet durch Errichtung einer staatlichen Körperschaft mit Zwangsmitgliedschaft verletze sie in diesem verfassungsmäßig geschützten Recht. Mit der Etablierung der Pflegekammer verbinde sich vorliegend insbesondere die Gefahr, dass die Mitglieder der Pflegeberufe ihren Gewerkschaften in massivem Umfang den Rücken zuehrten und den bestehenden Gewerkschaften in der Konkurrenz mit der pflichtmitgliedschaftlichen Organisation der Entfaltungsräume faktisch wegbreche. Der bisher bereits geringe Organisationsgrad der Mitglieder von Pflegeberufen lasse es als wahrscheinlich erscheinen, dass den Gewerkschaften kein hinreichender Entfaltungsraum mehr bleibe. Insbesondere sei die individualvertragliche Beratung von Mitgliedern der Pflegeberufe oder die Aushandlung individualvertraglicher Arbeitsbedingungen durch die Pflegekammer nicht zulässig.

Schließlich verstoße die Errichtung der Landespflegekammer mit Pflichtmitgliedschaft gegen die verfassungsmäßigen Grenzen aus Art. 2 Abs. 1 GG. Zwangsverbände seien nach ständiger Rechtsprechung nur dann zulässig, wenn sie öffentlichen Aufgaben dienen und ihre Errichtung, gemessen an diesen Aufgaben, verhältnismäßig sei. Dies sei dann der Fall, wenn der Kammer vom Gesetzgeber legitime öffentliche Aufgaben zugewiesen würden, um deren Willen die Zwangsmitgliedschaft angeordnet werden dürfe. Zu diesen legitimen öffentlichen Aufgaben gehöre nicht die Wahrnehmung des sog. allgemeinpolitischen Mandats, sondern Aufgaben, an deren Erfüllung ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft bestehe, die aber weder allein im Wege privater Initiative wirksam wahrgenommen werden könnten, noch zu den im engeren Sinn staatlichen Aufgaben zählten, die der Staat selbst durch seine Behörden wahrnehmen müsse. Im Bereich der Pflege bestünden aber bereits staatliche Institutionen und Träger der Selbstverwaltung, mit denen der Dreiklang der erwünschten Ziele „Standesvertretung, Standesaufsicht und Standesförderung“ in wichtigen Teilbereichen annäherungsweise gleichermaßen erreicht werden könne. Darüber hinaus wiesen zahlreiche Berufsverbände und

Gewerkschaften im Rahmen der Pflegeberufe einen bereits hohen Organisationsgrad, eine sinnvolle Spezialisierung (hohe Expertise einzelner Verbände etwa konkret in der Altenpflege, dagegen berufspolitisches Knowhow bei den Gewerkschaften) und ein entsprechendes Gewicht in der öffentlichen Wahrnehmung auf.

Selbst für den Fall, dass man von einer Wahrnehmung legitimer öffentlicher Aufgaben durch die Pflegekammer ausgehen wollte, schränke das Gebot der Verhältnismäßigkeit den Kreis der von einer pflichtmitgliedschaftlich verfassten Organisation wahrnehmbaren Aufgaben nachhaltig ein. Durch die Pflichtmitgliedschaft würden ihre Grundrechte in unverhältnismäßiger Weise eingeschränkt. Für die Mitglieder der Pflegeberufe seien Berufswechsel und das Ausscheiden aus dem erlernten Beruf eher die Regel als die Ausnahme. Es erweise sich daher als unangemessen und unverhältnismäßig, jeden, der die Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung erworben habe, ohne Rücksicht auf die tatsächliche Ausübung des Berufs als Pflichtmitglied in die Kammer einzubeziehen. Dies sei aber gerade in § 1 Abs. 1 HeilBG für die Beklagte vorgesehen und verstoße damit gegen die Berufsfreiheit und die allgemeine Handlungsfreiheit.

Außerdem kollidiere die Einführung der Berufskammer mit dem Direktionsrecht des Arbeitgebers. Die Mitglieder der Pflegeberufe übten ihre Tätigkeit ganz überwiegend in abhängiger Beschäftigung aus. Sie unterlägen dem Direktionsrecht des Arbeitgebers, der über die Ausübung der Tätigkeit in zeitlicher und fachlicher Hinsicht verfüge und Verstöße durch das Instrument des Arbeitsrechts ahnden könne. Über die staatliche Berufsaufsicht und die arbeitsrechtliche Kontrolle des Arbeitgebers hinausgehende staatliche Berufsaufsicht bedürfe es für diese Berufsgruppe nicht. Aufgrund ihrer abhängigen Beschäftigung verfügten die Mitglieder der Pflegeberufe auch nicht über ein Maß an Selbstorganisation und Selbstbestimmung, das es ihnen ermöglichen würde, beschlossene Selbstverwaltungspflichten einer Pflegekammer autonom umzusetzen. Das enge die mit der Selbstverwaltung intendierte Selbstorganisation und damit den Gestaltungsspielraum einer Pflegekammer gegenüber klassischen Kammerorganisationen erheblich ein. Weiterbildungsverpflichtungen einer

Pflegekammer beseitigten das Direktionsrecht des Arbeitgebers nicht und gingen daher ins Leere, wenn sie mit den Arbeitgebern nicht abgesprochen und koordiniert seien. Ein unabgestimmter Selbstorganisationsversuch abhängig Beschäftigter rufe daher eher ein erhebliches und dem Stand der Pflegeberufe sowie dem Miteinander von Arbeitgebern und Arbeitnehmern nicht förderliches Konflikt- wie Frustrationspotenzial hervor, als eine Verbesserung der Pflegequalität.

Die Klägerin beantragt,

festzustellen, dass es sich bei ihr nicht um ein Mitglied der Beklagten handele.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt zur Begründung vor, die Klägerin stütze ihre Feststellungsklage auf verfassungsrechtliche Bedenken gegen das rheinland-pfälzische Heilberufsgesetz. Diese seien unbegründet:

Zunächst liege ein Verstoß gegen die Gesetzgebungskompetenz nicht vor. Von der Verkammerung seien Personen betroffen, die in Rheinland-Pfalz ihren Beruf ausübten und es würden zusätzliche Einschränkungen und Spezifikationen vorgenommen. Damit sei ein Verstoß gegen die unmittelbare Gesetzgebungskompetenz im Zusammenhang mit Bundesbeamten nicht ersichtlich. Auch ein Verstoß gegen die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes liege nicht vor. Sie beziehe sich unter anderem auf die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe. Davon seien ausschließlich Regelungen umfasst, die den Zugang zu einem Beruf regelten, Ausübungsregelungen – wie sie im Heilberufsgesetz

geregelt seien – gehörten dagegen nicht zum Gegenstand der Bundesgesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG.

Entgegen der klägerischen Auffassung sei nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Schutzbereich des Grundrechts aus Art. 9 Abs. 1 GG nicht eröffnet.

Ebenso liege kein Verstoß gegen Art. 9 Abs. 3 GG vor. Es handele sich dabei nicht um ein Individualgrundrecht, sondern um die Rechtsstellung, die z.B. Gewerkschaften zugebilligt werden solle. Insoweit bestünden schon Zweifel daran, ob die Klägerin einen solchen Rechtsverstoß überhaupt rügen könne. Die der Pflegekammer vom Gesetz zugewiesenen Aufgaben wichen zu weit von denjenigen ab, die den Gewerkschaften zugewiesen seien. Insbesondere zähle zu den Hauptaufgaben einer Gewerkschaft nicht, fachliche Berufspolitik zu betreiben, sondern Tarifabschlüsse für die betroffenen Mitglieder auszuhandeln.

Schließlich liege auch der von der Klägerin geltend gemachte Verstoß gegen Art. 2 Abs. 1 GG nicht vor. Die allgemeine Handlungsfreiheit bilde den Grundrechtsmaßstab, wenn es um Pflichtmitgliedschaften in Kammern und Verbänden gehe. Die legitimen Kammeraufgaben seien in § 3 Abs. 2 HeilBG normiert. Dabei sei eine deutliche Erweiterung der Aufgaben über diejenigen, die das frühere HeilBG den damals bereits existierenden Kammern zugewiesen hatte, festzustellen. Die Hauptzielrichtung, was die Einrichtung der Pflegekammer angehe, ergebe sich auch aus der Gesetzesbegründung. Danach gehe es vor allem um die Qualitätssicherung in der Pflege, gleichzeitig die wirksame Interessenvertretung der Pflegeberufe im Zusammenhang mit der Rechtsetzung und Entscheidungen des Gesundheitswesens sowie die Gewährleistung qualifizierter Weiterbildung der Kammermitglieder. Dabei handele es sich um legitime ordnungs- und fachpolitische Ziele; die Verkammerung sei auch geeignet diese Ziele zu erreichen. Ein milderer Mittel, das die Erforderlichkeit einer Pflichtmitgliedschaft ausschließen würde, sei nicht ersichtlich. Nur wenn alle Pflegekräfte an einer Kammer verpflichtend durch Mitgliedschaft beteiligt seien, könne ihr wirksam Stimme und Kraft verliehen werden, die sie für die Erreichung der vorgegebenen Ziele benötige. Die Pflichtmitgliedschaft solle vermeiden, dass die Abhängigkeit der Meinungsbildung von finanzstarken Gruppenvertretern und Mitgliedern beeinflusst werden könne, die bei einer freiwilligen Mitgliedschaft entstehen könnten. Diese Parteinahme solle zugunsten der neutralen

allumfassenden Interessenvertretung vermieden werden. Es sei nicht ersichtlich, dass es andere Organisationen gebe, die die Aufgaben ebenso effizient und umfangreich wahrnehmen und verfolgen könnten, sodass die Erforderlichkeit einer durch Pflichtmitgliedschaft geprägten Kammer nicht in Frage zu stellen sei.

Schließlich stelle sich die Verkammerung mit Pflichtmitgliedschaft auch als verhältnismäßig im engeren Sinne dar. Die Verpflichtungen für das einzelne Mitglied ergäben sich aus der Beitragspflicht und aus einer Beachtung der eigenen gewissenhaften Berufsausübung. Damit sei die Beschränkung nicht im elementaren Bereich der persönlichen Freiheit des einzelnen Mitgliedes anzusiedeln. Dem gegenüber stünden mit einer konzentrierten Interessenvertretung des Berufsstands, der Möglichkeit der Schlichtung berufsbezogener Streitigkeiten und auch der Koordinierung persönlicher Fortbildung und Interessenvertretung bei Gesetzgebungsverfahren Vorteile, die auch für den einzelnen wirkten. Kammerbeiträge würden zu nichts anderem als zur Finanzierung der legitimen öffentlichen Aufgaben verwandt werden. Dabei handele es sich nicht um ein allgemein politisches Mandat. Es sei auch nicht dargetan, dass es eine Verbandszeitschrift mit Beiträgen zu allgemein politischen Fragen geben werde. Die Kammer stelle einen eigenen Haushaltsplan auf, der von der Vertreterversammlung verabschiedet und von der Aufsichtsbehörde genehmigt werde.

Auch das Direktionsrecht des Arbeitgebers werde durch die eingerichtete Pflegekammer nicht beschränkt. Vielmehr argumentiere die Klägerin in erster Linie politisch. Es sei aber unbestritten eine politische Entscheidung eines Bundeslandes, ob eine Pflegekammer gegründet werde oder nicht. Im vorliegenden Rechtsstreit sei ausschließlich zu prüfen, ob das betroffene Gesetz gegen höherrangiges Recht verstoße. Dies sei aber hier nicht der Fall.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze sowie den übrigen Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Sämtliche Unterlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

Die Klage ist als Feststellungsklage gem. § 43 VwGO zulässig. Sie ist statthaft, der Grundsatz der Subsidiarität nach § 43 Abs. 2 VwGO steht ihr nicht entgegen, da die Pflichtmitgliedschaft in der Pflegekammer durch Gesetz eintritt, also keines weiteren Vollzugakts bedarf. Damit kann die Klägerin ihre Rechte nicht auf andere Weise, insbesondere durch Gestaltungs- oder Leistungsklage, schneller oder besser durchsetzen.

Der Feststellungsklage liegt auch ein hinreichend konkretes Rechtsverhältnis zu Grunde, es wird um die Mitgliedschaft bzw. Nichtmitgliedschaft in der beklagten berufsständischen Kammer, einer nach § 2 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz vom 19. Dezember 2014 (GVBl.2014 S. 302 ff.) – HeilBG – rechtsfähigen Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung gestritten (vgl. Hufen, Verwaltungsprozessrecht, 10. Auflage 2016, § 18 Rn. 11). Dabei hat die Beklagte keinen Verwaltungsakt erlassen, sich aber berüht, die Klägerin treffe eine bestimmte Pflicht, nämlich die der Vorlage ihrer Berufsurkunde und darüber hinaus der Klägerin auch bereits für den Fall der Nichterfüllung dieser Pflicht die Verhängung eines Bußgeldes angedroht. Darüber hinaus hat die Klägerin auch ein berechtigtes Interesse an der baldigen Klärung der Rechtsfrage. Ihr ist es insbesondere nicht zuzumuten, einen Bußgeldbescheid gegen sich ergehen zu lassen.

Die Klage hat aber in der Sache keinen Erfolg.

Die Klägerin als examinierte Krankenpflegerin kann nicht geltend machen, sie sei kein Mitglied der Beklagten. Sie unterfällt dem Personenkreis des § 1 Abs. 1 Nr. 5 des Heilberufsgesetzes Rheinland-Pfalz vom 19. Dezember 2014 – HeilBG – und übt ihren Beruf gem. § 1 Abs. 2 Satz 1 HeilBG in Rheinland-Pfalz aus. Die von der Klägerin allein geltend gemachten verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Errichtung der Beklagten greifen nicht durch.

Zunächst ist ein Verstoß gegen die Gesetzgebungskompetenz des Landesgesetzgebers (Art. 30, 70 ff. GG) nicht ersichtlich.

Die normative Regelung der Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Vereinigung stellt nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG eine Angelegenheit der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit dar. In deren Anwendungsbereich haben die Länder gem. Art. 72 Abs.1 GG die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Regelungszuständigkeit keinen Gebrauch gemacht hat. Da der Bund durch das Gesetz über Berufe in der Krankenpflege (KrPFG) und das Berufsbildungsgesetz (BBiG) seine Kompetenz nur partiell in Bezug auf die objektiven und subjektiven Voraussetzungen der Berufswahl Gebrauch gemacht hat, also Regelungen der Berufszulassung zu den

- akademischen und nicht akademischen - Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG), wozu auch die Verleihung solcher Zusatzbezeichnungen gehört, die einer Zulassung zu einem neuen Beruf gleichkommen, getroffen hat, bleiben die Länder für den Bereich der Berufsausübungsregelungen, zu dem auch das Recht zur Bildung berufsständischer Organisationen gehört, regelungsbefugt (vgl. OVG RP Urteil vom 9. Dezember 2008 – 6 A 10726/08 –, juris). Das Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz regelt die Aufgabenzuweisung der Berufskammern in § 3 Abs. 1 und 2. Dabei enthält es neben Berufsausübungsvorschriften (§ 3 Abs. 2 Nr. 4, 6) auch Regelungen der Fort- und Weiterbildung (§ 3 Abs. 2 Nr. 7 - 9) sowie zur Wahrnehmung und Mitwirkung an Belangen der Qualitätssicherung im Rahmen der Zuständigkeit der Berufskammer (§ 3 Abs. 2 Nr. 10).

Berufszulassungsregelungen finden sich dabei dagegen, ebenso wie bei der Definition der Kammermitgliedschaft in § 1 Abs. 1 Nr. 3-7 und Abs. 4 HeilBG, nicht. Die in diesem Zusammenhang kritisch gesehene Ausweitung der Pflichtmitgliedschaft auf die Pflegehelferberufe hat der Gesetzgeber bewusst gerade nicht vorgenommen (vgl. LT-Drs. 16/3626, S. 65; BVerfG, Urteil vom 24. Oktober 2002 – 2 BvR 1/01 –, BVerfGE 106, 62).

Auch hinsichtlich der qualitätssichernden Regelungen in § 3 Abs. 2 Nr. 10 bzw. Abs. 3 HeilBG ist für das Gericht eine fehlende Gesetzgebungskompetenz nicht ersichtlich. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes bezieht sich nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG auf die Bereiche der Sozialversicherung und des

Arbeitsrechts. Diese dürfen die Länder nicht durch eigene Regelungen ausfüllen. Dies ist jedoch im Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz nicht geschehen. Vielmehr werden hier im Rahmen der Zuständigkeit der Berufskammer lediglich die Kammermitglieder verpflichtet, nicht dagegen Dritte, wie die Leistungserbringer.

Gleiches gilt für die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Rechtsverhältnisse im öffentlichen Dienst nach Art. 71, 73 Nr. 8 GG. Ein Kompetenzkonflikt für bundesangestellte Pflegekräfte durch Regelungen des Heilberufsgesetzes ist für das Gericht nicht erkennbar. Die der Pflegekammer zugewiesenen Regelungskompetenzen dürfen diejenigen des Bundes als Dienstherr nicht verdrängen, sondern müssen dem standesrechtlichen Bereich verhaftet bleiben. Diese Grenze wird vorliegend ersichtlich nicht überschritten.

Die Errichtung der Landespflegekammer mit Pflichtmitgliedschaft verstößt auch nicht gegen Grundrechte. Verfassungsrechtlicher Prüfmaßstab ist Art 2 Abs. 1 GG, wenn durch die Pflichtmitgliedschaft ein grundgesetzlich speziell geregelter Freiheitsbereich nicht betroffen ist. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist vorliegend weder Art. 9 Abs. 1 GG noch Art. 9 Abs. 3 GG einschlägig.

Der Schutzbereich von Art. 9 Abs. 1 GG ist nicht tangiert.

Nach ganz herrschender Rechtsprechung und Literatur schützt Art. 9 Abs. 1 GG nicht vor einer gesetzlich angeordneten Eingliederung in eine öffentlich-rechtliche Körperschaft (vgl. BVerfG, Urteil vom 29. Juli 1959 – 1 BvR 394/58 –, BVerfGE 10, 89, 102; BVerfG, Beschluss vom 18. Dezember 1974, – 1 BvR 430/65 –, BVerfGE 38, 281, 297; Urteil vom 1. März 1979 – 1 BvR 532/77 –, BVerfGE 50, 290, 353; Deter, Rechtliche Zulässigkeit und mögliche Kompetenzen einer Pflegekammer in Niedersachsen, Gutachten vom 24. August 2012, S. 11 m.w.N.; alle juris). Der Schutz der Vereinigungsfreiheit greift dann ein, wenn es um einen privat-rechtlichen Zusammenschluss natürlicher oder juristischer Personen geht, der auf Dauer angelegt ist, auf der Basis der Freiwilligkeit erfolgt, zur Verfolgung eines gemeinsamen Zweckes konstituiert ist und eine organisierte Willensbildung aufweist (vgl. BVerwG, Urteil vom 21. Juli 1998 – 1 C 32/97; BVerfG, Beschluss vom 7.12.2001 – 1 BvR 1806/98 – und Beschluss vom 13. Dezember 2006 – 1BvR 2084/05 –, alle juris). Er umfasst auch die Freiheit, aus solchen

Vereinigungen wieder auszutreten oder ihnen fern zu bleiben. Insoweit besteht auch eine „negative Vereinigungsfreiheit“. Dagegen steht dem einzelnen Bürger die freie Bildung öffentlicher Organisationsformen nicht offen, demgemäß schützt Art. 9 Abs. 1 GG auch nicht die Freiheit, solchen Vereinigungen fern zu bleiben (vgl. BVerwG, Urteil vom 21. Juli 1998, a.a.O., Rn. 16, 17).

Auch ein Verstoß gegen Art. 9 Abs. 3 GG ist nicht ersichtlich. Dass der Gesetzgeber durch die Errichtung der Pflegekammer das freie Verbandswesen unterlaufen und den freien Vereinigungen durch die Pflichtmitgliedschaft in einem parallelen öffentlich-rechtlichen Verband die Lebensmöglichkeiten nehmen könnte, hat das Gericht bereits mit Urteil vom 21. Februar 2014 (4 K 1610/13.MZ, juris) verneint.

Maßstab für den Schutz gegen die Inanspruchnahme als Mitglied einer Körperschaft mit Pflichtmitgliedschaft ist vielmehr nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dem sich auch das erkennende Gericht anschließt, das durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (vgl. nur BVerfG, Urteil vom 1. März 1979, a.a.O., m.w.N.; Roßbruch, Zur rechtlichen Zulässigkeit von Pflegekammern, PflR 2013, 530, 539 m.w.N.; a.A.: Martini, Die Pflegekammer – verwaltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen, Monographie 2014, S. 119 ff.; ders., Die Pflegekammer - Segen oder Fluch für die Pflegeberufe?, GewArch, Beilage WiVerw 4/2016, S. 253, 271 ff. - juris). Es schützt davor, Mitglied in „unnötigen“ Körperschaften werden zu müssen. Diese Vorschrift stellt ein hinreichendes Abwehrinstrumentarium gegen unnötige Pflichtverbände dar und erlaubt damit auch, dem Prinzip der freien sozialen Gruppenbildung, das Art. 9 Abs. 1 GG nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Urteil vom 18. Dezember 1974 a.a.O. und Urteil vom 1. März 1979, a.a.O.) zugrunde liegt, gerecht zu werden.

Soweit die Klägerin aufgrund von ihr festgestellten veränderten wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Tendenz zu mehr Diversität und Selbstbestimmung eine erneute Prüfung anstrebt, ob diese Auffassung noch vertreten werden könne, hält das erkennende Gericht eine Neubeurteilung dieser Frage nicht für erforderlich. Auch wenn sich das Land Bayern für eine Landespflegekammer ohne Pflicht-

mitgliedschaft entschieden hat (vgl. zur Kritik: Hanika, Gutachten zum Gesetzesentwurf der Staatsregierung zur Errichtung einer Vereinigung der bayrischen Pflege vom 15. September 2016, juris) belegt dies nicht eine grundlegende Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, der die Eröffnung des Schutzbereiches des Art. 9 Abs. 1 GG erforderte.

Der Bürger hat die mit der verpflichtenden Kammerzugehörigkeit verbundenen Einschränkungen seines Rechts auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit bzw. seiner allgemeinen Handlungsfreiheit nur dann zu dulden, wenn die Errichtung der öffentlich-rechtlichen Körperschaft und die Inanspruchnahme der Pflichtmitglieder zur Erfüllung legitimer öffentlicher Aufgaben erfolgt, dazu geeignet und erforderlich ist und die Grenzen der Zumutbarkeit wahrt. Diese Maßstäbe wären ebenfalls anzulegen, wenn es sich – was hier offen bleiben kann – bei der Pflichtmitgliedschaft um einen Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung handelte und daher Art. 12 Abs. 1 GG maßgebend wäre (vgl. BVerwG, Urteil vom 21. Juli 1998, a.a.O., Rn. 18).

Unter legitimen öffentlichen Aufgaben sind solche Aufgaben zu verstehen, an deren Erfüllung ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft besteht, die aber weder allein im Wege privater Initiative wirksam wahrgenommen werden können, noch zu den im engeren Sinn staatlichen Aufgaben zählen, die der Staat selbst durch seine Behörden wahrnehmen muss (BVerfG, Urteil vom 18. Dezember 1974, a.a.O.). Bei der Einschätzung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, kommt dem Staat ein weites Ermessen zu (vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. Dezember 2001, a.a.O.; Deter, Rechtliche Zulässigkeit und mögliche Kompetenzen einer Pflegekammer in Niedersachsen, Gutachten vom 24. August 2012, S. 22 ff. - juris)

Dass es der Pflegekammer Rheinland-Pfalz an so definierten legitimen öffentlichen Aufgaben mangelt, ist für das Gericht nicht ersichtlich; insbesondere kann es Ermessensfehler des Gesetzgebers nicht erkennen. Vielmehr hat er seine Entscheidung zur Etablierung einer Pflegekammer im Rahmen des legislativen Gestaltungsspielraums plausibel und nachvollziehbar begründet und diese darüber hinaus auf eine im Jahr 2013 unter den in Rheinland-Pfalz tätigen Pflegekräften durchgeführte Umfrage gestützt, die, wenn auch unter geringer Beteiligung, zu einem mehrheitlich positiven Meinungsbild zur Gründung einer Landespflegekammer führte (vgl. Martini, Die Pflegekammer - Segen oder

Fluch für die Pflegeberufe?, a.a.O., S.255).

Zunächst handelt es sich bei professionellen Gesundheitsdienstleistungen nicht um eine originäre staatliche Aufgabe, die einer Verkammerung entgegenstehen würde. Wie die Leistungen anderer Gesundheitsberufe gehören auch die der Pflegeberufe grundsätzlich zum Bereich der privaten Dienstleistungen. Die Aufgaben der Berufsaufsicht und der Berufsvertretung müssen nicht den staatsunmittelbaren Behörden vorbehalten sein, sondern dürfen auch von Organen funktionaler Selbstverwaltung wahrgenommen werden.

Weiter sind der Pflegekammer durch das Heilberufsgesetz Aufgaben übertragen worden, an denen nach Auffassung des Gesetzgebers ein gesteigertes öffentliches Interesse besteht. Das Gericht sieht keinen Anlass, die sich aus der Gesetzesbegründung (LT-Drs.16/3626, S. 64-66) ergebende Einschätzung des Gesetzgebers zu beanstanden, vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung – wachsende Zahl älterer Menschen bei gleichzeitig zunehmender allgemeiner Lebenserwartung – und dem damit weiter steigenden Bedarf an professionellen Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der Pflege ein gesteigertes Interesse der Gemeinschaft daran zu sehen, den Mitgliedern der Pflegeberufe durch die Bündelung in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft zu einer Verbesserung der beruflichen Strukturbedingungen zu verhelfen, die u.a. dazu führen kann, die Attraktivität des Berufsstandes zu erhöhen. Auch die Bewertung, dass der Aufbau einer leistungsfähigen berufsständischen Organisation im Pflegewesen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung bzw. der Verbesserung der Pflegequalität von hoher gesellschaftlicher Bedeutung ist und im öffentlichen Interesse liegt (vgl. Begründung des Gesetzesentwurfs LT-Drs.16/3626, S. 64-66), ist nicht ermessensfehlerhaft.

Nach § 3 HeilBG wirkt die Landespflegekammer bei den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens mit und nimmt – wie die anderen Gesundheitskammern auch – die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Belange der Kammermitglieder in ihrer Gesamtheit wahr. Zu ihren Aufgaben soll es nach den Gesetzmaterialien gehören, die Interessen der professionell Pflegenden gegenüber der Öffentlichkeit zu vertreten.

Mit der formellen Gleichstellung mit den ärztlichen Standesvertretungen soll die Stellung der Pflegenden in der Gesellschaft gestärkt werden. Sie soll darüber hinaus Kompetenzzentrum sein, das den Mitgliedern bei beruflichen Fragen beratend zur Seite steht, die innerberufliche demokratische Willensbildung der Pflegenden ausweiten und damit Selbst- statt Fremdbestimmung für die Pflegeberufe ermöglichen. Für die im Gesundheitswesen Tätigen soll sie kompetenter Ansprechpartner für alle Belange der Pflege sein, die Beratungsgrundlagen im politischen Entscheidungsprozess ausweiten und die bessere Einschätzung von Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation in der Pflege ermöglichen. Der Gesetzgeber verspricht sich mit der Einrichtung der Landespflegekammer die Stärkung des Berufsstandes auch im Interesse der Sicherung des Fachkräftebedarfs und der Qualität in den Pflegefachberufen. Mit der Bündelung aller Berufsangehörigen in einer öffentlich-rechtlichen Organisation will der Gesetzgeber das Gesamtinteresse der Berufsgruppe wahren und auch die beruflichen Interessen der einzelnen Pflegeberufe berücksichtigen (vgl. LT-Drs. 16/3626, S. 64 - 66).

Dass zur Erreichung dieser Ziele die Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfolgt, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die der Pflegekammer zugewiesenen Aufgaben – inklusive der Berufspolitik – können auch nicht allein im Wege privater Initiativen wirksam wahrgenommen werden. Die Pflegekammer steht dabei nicht in Konkurrenz zu frei gegründeten Vereinigungen einschließlich der Koalitionen im Sinne des Art. 9 Abs. 3 GG.

Zu den Gewerkschaften besteht jedenfalls keine rechtliche Konkurrenz, da sich schon die Aufgabenbereiche unterscheiden. Die Gewerkschaften betreiben Arbeitnehmerpolitik, ihnen ist die Aushandlung tariflicher Arbeitsbedingungen vorbehalten; tarifpolitische Fragen und Tarifverhandlungen sind dagegen nicht Aufgabe der Pflegekammer. Dem entsprechend ist dies in der Gesetzesbegründung (siehe LT-Drs.16/3626, Seite 65) ausgeführt, sowie weiter, dass die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz keine fachlich motivierten verbandspolitischen Aufgaben vertreten und sich nicht an die Stelle der Berufsverbände setzen wird. Dies korrespondiert auch mit der Aufgabenzuweisung, die sich aus § 3 Abs. 1, 2 Nm. 1-14, Abs. 3 und 5 HeilBG ergibt.

Zwar bestehen bereits verschiedene privatrechtlich organisierte Berufsverbände für die einzelnen Pflegeberufe – allein der deutsche Pflegerat zählt 16 Mitgliedsverbände (siehe Martini, Die Pflegekammer – Segen oder Fluch für die Pflegeberufe?, a.a.O., S. 266) –, die durch die Einrichtung einer Pflegekammer in ihrer Funktion tangiert werden dürften. Allerdings weisen diese Verbände in ihrer Spezialisierung für die einzelnen unterschiedlichen Sparten eine starke Zersplitterung der Gesamtbelange der Pflegeberufe auf, sodass derzeit ein entsprechendes Gewicht in der öffentlichen Wahrnehmung fehlt. Sie repräsentieren naturgemäß in erster Linie die Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder, nicht aber der Mitglieder aller Pflegeberufe. Darüber hinaus dürfte der bisherige Organisationsgrad der Pflegekräfte nicht besonders hoch sein (vgl. Deter, Rechtliche Zulässigkeit und mögliche Kompetenzen einer Pflegekammer in Niedersachsen, Gutachten vom 24. August 2012 - juris)

Dem Gericht ist plausibel, dass eine für alle Pflegeberufe sprechende Kammer mit pflichtmitgliedschaftlicher Organisationsstruktur und damit verbundener umfassender Interessenrepräsentation die Aufgabenstellung demokratisch legitimiert und mit größerem Gewicht wirksamer erfüllen kann als viele verschiedene kleinere einzelne Verbände. Insbesondere etwa bei der Interessenvertretung in Gesetzgebungsvorhaben dürfte eine Landespflegekammer eine weitaus stärkere Stimme haben als die bisher bestehenden Verbände. Die Steigerung der Wahrnehmung und damit des Gewichts der größten Gruppe des Gesundheitswesens in der Öffentlichkeit und der Gesundheitspolitik ist aus Sicht des Gerichts ein sachgerechtes und erreichbares Regelungsziel.

Auch sind die im Heilberufsgesetz vorgesehenen Regelungen geeignet, erforderlich und verhältnismäßig, um eine einheitliche, wirksame und in Selbstverwaltung organisierte Vertretung der Pflegeberufe in gleichen Strukturen wie in den anderen verkammerten Gesundheitsberufen zu leisten und beachten das Übermaßgebot.

Die Bewertung, eine Vereinigung ohne verpflichtende Mitgliedschaft stelle kein gleichgeeignetes Mittel dar, um das Gesamtinteresse der Angehörigen der Pflegekammer gegenüber anderen Heilberufen, Krankenkassen und weiteren Entscheidungsträgern im Gesundheitsbereich zu vertreten, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Denn die Pflichtmitgliedschaft sichert - wie das Bundesverfassungsgericht es z.B. für die

IHK ausgeführt hat (Beschluss vom 19. Dezember 1962 – 1BvR 541/57 –, BVerfGE 15, 235, 243) – eine von Zufälligkeiten der Mitgliedschaft und Pressionen freie sowie umfassende Abwägung und Bündelung der maßgeblichen Interessen, die erst eine objektive und vertrauenswürdige Wahrnehmung der Gesamtinteressen ermöglicht (auch BVerwG, Urteil vom 21. Juli 1998, a.a.O., Rn. 23; vgl. hierzu auch Hanika, Gutachten zur Errichtung einer Vereinigung der bayrischen Pflege vom 15. September 2016 und Roßbruch, Zur rechtlichen Zulässigkeit von Pflegekammern unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte Pflichtmitgliedschaft, Versorgungswerk, Aufgabenübertragung sowie deren Sinnhaftigkeit, Pflegerecht 2013, 530 ff., m. w. N.). Hierzu hat die Beklagte nachvollziehbar ausgeführt, dass bei freiwilliger Mitgliedschaft die Gefahr der Abhängigkeit der Meinungsbildung von finanzstarken Gruppenvertretern bzw. Mitgliedern nicht von der Hand zu weisen ist. Das gesetzgeberische Ziel, allen Berufsangehörigen eine Stimme zu verleihen und eine allumfassende Interessenvertretung zu schaffen, wäre damit nicht in gleicher Weise zu verwirklichen.

Auch sonst fehlt es nicht an der Erforderlichkeit der Pflichtmitgliedschaft. Die Pflichtmitgliedschaft verstößt schließlich nicht gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn. Eine Maßnahme ist erst dann unverhältnismäßig, wenn sie dem einzelnen Grundrechtsträger einen Nachteil zufügt, der erkennbar außer Verhältnis zum beabsichtigten Gemeinwohlzweck steht. Die Pflichtmitgliedschaft in der hier gewählten Ausgestaltung beinhaltet keine erhebliche, die Grenze des Zumutbaren überschreitende Beeinträchtigung der Handlungsfreiheit der Mitglieder der Pflegeberufe sondern eröffnet den Mitgliedern die Gelegenheit zur Mitwirkung in der Kammer und zur Nutzung der Kammerleistungen, lässt aber auch die Möglichkeit offen davon abzusehen. Die unter anderem durch das Äquivalenzprinzip und den Gleichheitssatz begrenzte Belastung der Pflichtmitglieder mit einem Beitrag ist grundsätzlich zumutbar, weil die Kammer mit der Vertretung des Gesamtinteresses der Mitglieder der Pflegeberufe deren Belange wahrnimmt und fördert. Die Befugnis des Staates, zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben öffentlich-rechtliche Körperschaften zu bilden, schließt die Befugnis ein, dies mit einer Beitragspflicht zu verbinden, die der Abgeltung der durch die Mitgliedschaft entstehenden Vorteile dient. Von den Pflichtmitgliedern erhobene Beiträge zur Deckung der Kosten der Kammer sind Gegenleistung für den Vorteil, den das Mitglied aus der Kammerzugehörigkeit zieht. Dieser Vorteil besteht insbesondere darin, dass die Kammer ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllt, die den Angehörigen der Pflegeberufe zugutekommen, deren Gesamtbelange die Kammer zu wahren und zu fördern hat. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sich der Nutzen dieser Tätigkeit beim einzelnen Mitglied in einem unmittelbaren wirtschaftlichen Vorteil messbar niederschlägt.

Der mit der Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz i.d.F. vom 25. April 2016 vorgesehene Basisbeitrag (für Einkommen aus Pfllegetätigkeit von 2.500,-- € bis unter 4.500,-- €) von 9,80 € im Monat/ 117,60 € im Jahr dürfte dabei ebenso wie die übrigen, einkommensabhängig gestaffelten Beitragsklassen auch im Hinblick auf die Einkommenssituation in den Pflegeberufen angemessen sein.

Auch einen Verstoß gegen das Direktionsrecht der Arbeitgeber kann das Gericht nicht erkennen. Zwar unterliegen die Mitglieder der Pflegeberufe, anders als die Mitglieder der in den anderen Gesundheitskammern verkammerten Angehörigen der freien Berufe, als ganz überwiegend abhängig Beschäftigte dem Direktionsrecht ihres Arbeitgebers. Dies engt zwar die mit der Selbstverwaltung intendierte Selbstorganisation in manchen Bereichen wie z.B. der Weiterbildung ein, schließt sie aber jedenfalls nicht in einem Maß aus, das die Wahrnehmung legitimer öffentlicher Aufgaben durch die Kammer nicht mehr ermöglichte.

Darüber hinaus merkt das Gericht an, dass die Pflichtmitgliedschaft in der Pflegekammer auch europarechtlich nicht zu beanstanden ist. Sie verstößt weder gegen die Dienstleistungsfreiheit, die Niederlassungsfreiheit noch gegen das Recht der Versammlungs- und Vereinigungsfreiheit nach Art. 11 Abs. 1 EMRK (vgl. nur EuGH, Rs.C-309/99, Slg. 2002, I-1577 - Wouters). Der Schutzbereich des Art. 11 Abs. 1 EMRK umfasst, ähnlich wie der des Art 9 Abs. 1 GG, nicht Abwehransprüche gegenüber öffentlich-rechtlichen Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft. Im EU- Ausland bestehen derzeit schon Pflegekammern, z.B. Irland, Spanien, Portugal, Slowakei und auch Großbritannien (vgl. Roßbruch, Zur rechtlichen Zulässigkeit von Pflegekammern, PflR 2013, 530,532, m.w.N.; Martini, Die Pflegekammer - verwaltungspolitische Sinnhaftigkeit und rechtliche Grenzen, Monographie 2014, S. 195 ff.). Nur dann, wenn die Pflichtmitglieder durch den Zusammenschluss in der Kammer an der Gründung oder dem Beitritt zu anderen berufsständischen Vereinigungen gehindert würden, käme ein Eingriff in Betracht. Dies ist aber hier nicht der Fall.

Damit war die Klage mit der Kostenfolge aus § 154 Abs. 1 VwGO abzuweisen.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit des Urteils wegen der Kosten ergibt sich aus § 167 VwGO i.V.m. § 708 ZPO.

B). XI.

Tätigkeitsbericht der Arbeitskammer des Saarlandes

Die Arbeitskammer des Saarlandes hat ihr Engagement im Bereich Pflege verstärkt und ein eigenes Referat Pflege eingerichtet. In dem Referat sind zwei ausgewiesene Fachleute der Pflegelandschaft im Saarland verortet. Die Experten beraten gemeinsam mit den 23 in der Beratung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitskammer, Pflegekräfte, Betriebsräte, Personalräte und Mitarbeitervertretungen.

Im August 2016 wurde von der Arbeitskammer des Saarlandes ein 8 Punkte-Plan vorgestellt. Dieser wurde vom Pflegereferat bereits weitgehend umgesetzt.

1. Internetauftritt

2016 wurde der Internetauftritt des Pflegereferates aufgebaut. Neben der Präsenz auf der Internetseite der Arbeitskammer des Saarlandes entstand ein Auftritt in den sozialen Medien, Facebook und Twitter, sowie ab dem 12. Mai 2017 ein neuer Pflegeblog. Dies dient der niederschweligen Kommunikation mit den Pflegenden vor Ort, die oft nicht über die zeitlichen Ressourcen verfügen, um direkt mit der Arbeitskammer in Verbindung zu treten. Diese Medien werden zur Kommunikation und zum Austausch sehr rege genutzt.

2. Flyer „Gut beraten in der Pflege“

Im Oktober 2016 wurde unsere Broschüre „Gut Beraten in der Pflege“ aufgelegt. Diese Broschüre gibt den Pflegenden im stationären und ambulanten Bereich einen Ratgeber an die Hand, der in knapper und verständlicher Form Antworten auf die Vielzahl von Fragen gibt, die im beruflichen Alltag auftauchen

3. Informations- und Beratungsgespräche mit Personalräten, Betriebsräten, Mitarbeitervertretungen und Schulen

Es wurden mehrere Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen besucht und das Referat Pflege in den Gremien, sowie auf Betriebsversammlungen vorgestellt und es wurden in acht Kliniken in Zusammenarbeit mit der AK Tochter Best Beratungen zum Thema „Gute Arbeit, Mitarbeiterbefragung, Psychische Belastungen“ durchgeführt, sowie ein Verband zum Thema Kameraüberwachung beraten. Insbesondere wurden hier auch Dienstvereinbarungen zur Arbeitszeitgestaltung entworfen.

4. Weiterbildungsveranstaltung „Recht in der Pflege“

In der von uns aufgelegten Veranstaltungsreihe „Recht in der Pflege“ wurde eine Veranstaltung zum Thema „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ durchgeführt, die auf Grund der starken Nachfrage bereits einmal wiederholt wurde. Am 23. Mai 2017 wurde die Reihe mit der Veranstaltung „Datenschutz“ fortgesetzt. Weitere Veranstaltungen sind in Vorbereitung.

5. Weitere Veranstaltungen

Ebenfalls wurde eine Veranstaltung zum Thema Generalistik mit großem Interesse der in der Pflege Tätigen durchgeführt. Des Weiteren beteiligte sich die Arbeitskammer aktiv an dem Gesundheitskongress „Salut“ vom 17.-21. Mai 2017.

6. Pflegepakt

Die Arbeitskammer des Saarlandes ist aktiver Partner des Pflegepaktes der Saarländischen Landesregierung und bringt ihr Wissen und ihre Expertise in allen Arbeitsgruppen mit ein.

7. Leistungs-/Angebotskataster von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Saarland zum Berufsfeld Pflege

Die Weiterbildungsdatenbank Saar wird laufend auf neue Fort- und Weiterbildungen geprüft und gegebenenfalls um die vor Ort bestehenden Möglichkeiten im Bereich Pflege ergänzt.

8. Verstärkung der Beratung von Pflegeeinrichtungen

Im zurückliegenden Jahr wurden über 200 Einzelberatungen vom Pflegereferat der Arbeitskammer zu den verschiedenen Themen durchgeführt.

Die 3 Hauptberatungsfelder waren Beratungen zur Arbeitszeit, zum Arbeitsvertrag und speziell seit 2017 zu der Überleitung in die neue Lohntabelle. Hinzu kommen die Beratungen durch unsere Beratungsabteilung und weitere Fachreferate.

Des Weiteren wurden ausführliche Beratungen zum Thema psychisch Belastungen in der Pflege auch mit Unterstützung unserer Tochter BEST e.V. in acht Krankenhäusern durchgeführt.

9. Bericht an die Landesregierung und laufende Veröffentlichungen im Arbeitnehmer

Im Bericht an die Landesregierung setzt sich das Pflegereferat für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Einhaltung der Standards im Arbeitsschutz für die in der Pflege tätigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Saarlandes ein.

Mit der Einrichtung des Pflegereferates erfolgen regelmäßige Stellungnahmen im „arbeitnehmer“ zu pflegerelevanten Themen. Im „arbeitnehmer“ 3/2016 widmete die Arbeitskammer des Saarlandes der Pflege ein Titelthema. Hier wurden die Problem, aber auch die Lösungsmöglichkeiten dargestellt.

Der eingeschlagene Weg die Situation in der Pflege zu verbessern, wird konsequent fortgesetzt.

B). XII.

Pflegemedaille

Bei der Bewältigung des Pflegealltags sind Angehörige eine wichtige und unerlässliche Stütze. Mit der "Pflegemedaille des Saarlandes" will die Saarländische Landesregierung auf den Einsatz pflegender Angehöriger aufmerksam machen und das ehrenamtliche Engagement würdigen.

Fast drei Viertel der Pflegebedürftigen im Saarland, die Leistungen nach der Pflegeversicherung erhalten, werden zu Hause gepflegt, davon ein größerer Teil ohne Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. Wer einen pflegebedürftigen Menschen zu Hause betreut und ihm damit ein Verbleiben in der vertrauten Umgebung ermöglicht, erfüllt eine wichtige Aufgabe, die aus unserer Gesellschaft nicht wegzudenken ist. Er trägt entscheidend dazu bei, dass Menschlichkeit und Miteinander ihren Platz haben. Dieses Engagement verdient gesellschaftliche Anerkennung.

Mit der Pflegemedaille können Personen im Saarland ausgezeichnet werden, die einen pflegebedürftigen, kranken oder behinderten Menschen, der ihnen nahe steht, unentgeltlich im häuslichen Bereich über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens fünf Jahren gepflegt und betreut haben bzw. dies immer noch tun.

Leistungen der Pflegeversicherung oder ein geringfügiges Entgelt schließen die Ehrung nicht aus. Vorschlagsberechtigt sind die Kirchen und Religionsgemeinschaften, die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die privatgewerblichen Verbände der Alten- und Behindertenhilfe, der Landesseniorenbeirat, der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen, Selbsthilfegruppen, Kommunen und Landkreise sowie jede Bürgerin und jeder Bürger.

Die Pflege soll nicht länger als ein Jahr zurückliegen. Leistungen der Pflegeversicherung oder ein geringfügiges Entgelt schließen die Ehrung ebenso wenig aus wie kürzere Unterbrechungen der Pflege.

Eingereicht werden können die Vorschläge bei dem Referat B/6 des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, das für die Ehrungen (Planung und Vorbereitung) der Pflegemedaille zuständig ist. Die Verleihung erfolgt in den jeweiligen Landkreisen bzw. dem Regionalverband Saarbrücken durch die Sozialministerin im Rahmen einer Feierstunde.

C). Ausblick

In der Folgezeit wird – kritisch und begleitend- zu beobachten sein, wie sich die Novellierung des SGB XI bewährt.

Einiges muss man als **Daueraufgaben** ansehen, so

- die Pflege in Krankenhaus
- das Vorantreiben von Schulungen und verbesserter Kommunikation
- das Mitwirken bei Maßnahmen, die der Personalgewinnung und der Förderung des Bildes der Pflege dienen.

Darüber hinaus wird es mir um Aufgaben gehen, die bereits in Angriff genommen, aber noch nicht abgeschlossen sind, aber auch um Problemfelder, die sich zum Teil neu entwickelt haben. Hierzu gehört Folgendes:

1. Die Entwicklung von **Konzepten**, die den Heimbewohnern, aber auch den Pflegekräften mehr Sicherheit geben sollen, wenn es um verschwundene Sachen geht.
2. Die Überarbeitung von **Heimverträgen**, soweit es darum geht, wer mit wem ein Zweibettzimmer teilen soll.
3. Die personelle Besetzung der **Pforten** der Pflegeheime.
4. Die Mitarbeit an dem Projekt „**SaarPhir**“ und überhaupt die Mitarbeit bei der Bildung von Ärztenetzen.
5. Die **Beobachtung**, ob meine Gedanken zur Struktur der **Pflegestützpunkte** aufgegriffen werden, und die Mitarbeit an eventuellen Änderungen.
6. Die Mitarbeit im **Pflegepakt**.

Bei all dem darf nicht übersehen werden, dass meine Tätigkeit in hohem Maße von dem bestimmt wird, was Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, pflegende Personen, Heim- und Krankenhausträger an mich herantragen. Dabei taucht auch reichlich Unerwartetes auf, sodass ein Ausblick für die nächsten Jahre nicht abschließend sein kann.

Die Unterstützung in meiner bisherigen Tätigkeit durch alle Beteiligten, die mich zu herzlichem Dank verpflichtet, gibt mir Mut, an die aufgeworfenen Probleme heranzugehen.

D). Anhang

- I. Gesetz Nr. 1800
- II. Landesverordnung
- III. Fachaufsatz Dr. Pick
- IV. Mitwirkungsverordnung
- V. BVerfG
- VI. Kooperationsvertrag
- VII. Pflegestatistik 2015
- VIII. Demenz im Krankenhaus
- IX. Denkwort
- X. BGH-Entscheidung zur Scheinselbständigkeit
- XI. Rechtsprechung im Saarland
- XII. a) Saarländischer Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der
Pflegestützpunkte
b) Struktur
- XIII. Rezension Prof. Dr. Udsching
- XIV. Rahmenvertrag Entlassmanagement
- XV. Adressen
- XVI. Publikationen

D). I.

Gesetz Nr. 1 8 0 0 zur Bestellung einer oder eines Saarländischen Pflegebeauftragten

Vom 20. März 2013

Der Landtag hat folgendes Gesetz beschlossen:

§ 1

Aufgabe

- (1) Aufgabe dieses Gesetzes ist es, allen pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen, in Krankenhäusern, in Heimen für behinderte Menschen, in häuslicher und ambulanter Pflege sowie deren Angehörigen und den in der Pflege Tätigen (Pflegekräfte) eine zentrale, unabhängige und beratende Stelle für alle Belange der Pflege zur Verfügung zu stellen. Hierzu wird eine Saarländische Pflegebeauftragte oder ein Saarländischer Pflegebeauftragter eingesetzt.
- (2) Diese Person nimmt sich, unter Wahrung der Vertraulichkeit und der Achtung personenbezogener Daten, der Anliegen der sich an sie oder ihn wendenden Menschen an.

§ 2

Berufung und Rechtsstellung

- (1) Der Landtag beruft für die Dauer der Wahlperiode eine Saarländische Pflegebeauftragte oder einen Saarländischen Pflegebeauftragten für die Belange der pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und der in der Pflege tätigen Personen.
- (2) Die Tätigkeit der oder des Saarländischen Pflegebeauftragten ist ein öffentliches Ehrenamt. Sie oder er erhält eine Aufwandsentschädigung, deren Höhe von der Landesregierung festgesetzt wird. Sie oder er ist unabhängig und nicht an Weisungen gebunden.
- (3) Das Amt endet, außer im Falle der Entlassung, mit dem Zusammentreten des neuen Landtages.

§ 3

Aufgaben der Pflegebeauftragten oder des Pflegebeauftragten

- (1) Die oder der Saarländische Pflegebeauftragte soll insbesondere:
 1. darauf hinwirken, dass die Belange von pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und der Pflegekräfte im Besonderen hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch

Leistungserbringer in der Pflege und Krankenhäuser, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen gewahrt werden,

2. in ständigem Informationsaustausch mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, ambulanten Diensten und mit den die Pflegeleistung im Saarland überwachenden Organen und dem Landespflegerat (LPR) eine Weiterentwicklung und Optimierung der Pflege anstreben,
 3. erforderlichenfalls die zur Verhinderung oder Beseitigung von Mängeln in der Pflege zuständigen Organe informieren,
 4. darauf hinwirken, dass die Belange pflegebedürftiger Menschen, deren Angehöriger und der die Pflege ausführenden Personen in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen beachtet werden, um so eine breitere Akzeptanz und Wertschätzung in der Gesellschaft zu erreichen,
 5. eine saarländische Pflegekonferenz als Organ der politischen Kommunikation einrichten,
 6. die saarländische Pflegekonferenz einmal jährlich einberufen und leiten.
- (2) Zur Wahrnehmung der vorgenannten Aufgaben arbeitet die oder der Saarländische Pflegebeauftragte vertrauensvoll mit der Saarländischen Landesregierung, den obersten Landesbehörden und sonstigen Dienststellen der Landesbehörden sowie mit dem LPR, den Einrichtungsträgern, den Trägerverbänden und den in der Liga der freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbänden zusammen.

§ 4

Befugnisse und Rechte

- 1) Die oder der Saarländische Pflegebeauftragte ist bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Rechte und des Schutzes von pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und Pflegekräften betreffen oder berühren, zu beteiligen. Die oder der Saarländische Pflegebeauftragte ist berechtigt, bei der Erfüllung dieser Aufgabe sachverständige Interessenvertreter der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte hinzuzuziehen.
- 2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 3 ist die oder der Saarländische Pflegebeauftragte befugt, Informationen von den die Pflege tragenden Gremien und Einrichtungen oder die Pflegeleistung überwachenden Organen einzuholen. Diese sind ihr oder ihm gegenüber zur Auskunft und Akteneinsicht verpflichtet und haben sie oder ihn bei der Aufgabenerfüllung zu unterstützen.
- 3) Die oder der Saarländische Pflegebeauftragte kann die die Pflege tragenden Einrichtungen jederzeit unangemeldet besuchen. Dieses Recht steht ihr oder ihm

ausschließlich persönlich zu.

§ 5 Pflichten

- 1) Die oder der Saarländische Pflegebeauftragte berichtet dem Landtag alle zwei Jahre. Dies geschieht durch Vorlage eines Pflegeberichts.
- 2) Die oder der Saarländische Pflegebeauftragte ist auch nach Beendigung ihres oder seines Amtes verpflichtet, über die ihr oder ihm amtlich bekanntgewordenen Angelegenheiten Verschwiegenheit zu bewahren. Dies gilt nicht für Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen.
- 3) Sie oder er darf, auch wenn sie oder er nicht mehr im Amt ist, über die Angelegenheiten des Absatzes 2 ohne Genehmigung weder gerichtlich noch außergerichtlich aussagen oder Erklärungen abgeben. Die Genehmigung erteilt die Präsidentin oder der Präsident des Landtages.

§ 6 Vertraulichkeit

Wird die oder der Saarländische Pflegebeauftragte auf Grund einer Eingabe tätig, so steht es in ihrem oder seinem Ermessen, die Tatsache der Eingabe und den Namen der oder des Eingebenden bekannt zu geben. Sie oder er muss davon absehen, wenn die oder der Eingebende es wünscht und der Erfüllung dieses Wunsches keine Rechtspflichten entgegenstehen.

§ 7 Unterrichtungspflichten

Die Staatsanwaltschaften sowie die Verwaltungsbehörden des Saarlandes sind verpflichtet, die Saarländische Pflegebeauftragte oder den Saarländischen Pflegebeauftragten über die Einleitung von Verfahren, die Erhebung der öffentlichen Klage und den Ausgang des Verfahrens zu unterrichten, wenn und soweit den Behörden die Vorgänge durch diese oder diesen im Rahmen der Wahrnehmung seiner Aufgaben gemäß § 3 zugeleitet wurden. Der Umfang der Mitteilungspflicht bestimmt sich nach Nr. 6 der Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen (MiStra). § 19 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz gilt entsprechend.

§ 8 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft und am 31. Dezember 2020 außer Kraft.

D). II.

Verordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie über die Förderung von Initiativen des Ehrenamts und der Selbsthilfe nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch Vom 28. März 2017

Fundstelle: Amtsblatt 2017, S. 399

Auf Grund des § 45a Absatz 3 Satz 1 , des § 45c Absatz 7 Satz 5 und des § 45d Satz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191), sowie des § 11 Nummer 4 des Saarländischen Pflegegesetzes vom 1. Juli 2009 (Amtsbl. S. 1217), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 14. September 2016 (Amtsbl. I S. 1012),[1] verordnet die Landesregierung:

[1]

Saarländisches Pflegegesetz vgl. BS-Nr. 2127-2.

Artikel 1

§ 1

Zuständige Behörde

(1) Für die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch , die Förderung von Initiativen des Ehrenamts im Sinne des § 45c des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Förderung der Selbsthilfe im Sinne des § 45d des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Rücknahme und den Widerruf der Anerkennung sind die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken zuständig.

(2) Die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag ist schriftlich bei dem Gemeindeverband zu beantragen, in dessen Gebietsbereich das Angebot vorgehalten werden soll. Bei Kreisgrenzen überschreitenden Angeboten oder beabsichtigter landesweiter Leistungserbringung ist der Antrag bei dem Gemeindeverband zu stellen, in dessen Gebietsbereich der Sitz der Anbieterin oder des Anbieters liegt. Liegt der Sitz der Anbieterin oder des Anbieters außerhalb des Saarlandes gilt Satz 1 entsprechend.

(3) Die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

(4) Für Anträge auf Förderung von Initiativen des Ehrenamts und der Selbsthilfe gilt Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend.

(5) Anträge auf Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen im Sinne des § 45c Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind an das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie zu richten. Die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken nehmen zu den Anträgen Stellung.

§ 2

Angebote zur Unterstützung im Alltag

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag sind Angebote, in denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer und/oder sozialversicherungspflichtig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und/oder geringfügig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Sinne des § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (Helfende)

1. unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende gezielt entlasten und beratend unterstützen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Pflegebedürftige bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Anbieterin oder der Anbieter des jeweiligen Angebotes hat die Möglichkeit, entweder Betreuung oder Entlastung anzubieten oder sowohl Betreuung als auch Entlastung. Sie oder er kann außerdem entweder alle in Frage kommenden Betreuungs- und Entlastungsleistungen vorhalten oder sich auf bestimmte Leistungen und/oder spezifische Zielgruppen beschränken. Maßgeblich ist das für die Angebotsanerkennung einzureichende fachliche Konzept, das den Anforderungen des § 45a Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und den Anforderungen des § 6 entspricht.

Der Ort der beabsichtigten Leistungserbringung muss im Saarland liegen.

(2) Die Anerkennung von Einzelpersonen, die ihre Leistungen im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit erbringen, ist unter den nachstehenden Voraussetzungen möglich.

Die Einzelperson muss eine für die Erbringung der angebotenen Leistungen erforderliche Qualifikation, das heißt entweder einen Berufsabschluss gemäß § 4 Absatz 2 für anleitende Fachkräfte oder einen Berufsabschluss als examinierte/r Pflegehelfer/in, nachweisen.

Die Einzelperson muss außerdem eine Vertretung für die Kundinnen und Kunden im Krankheits- oder Urlaubsfall in geeigneter Weise sicherstellen sowie einen ausreichenden Versicherungsschutz für Schäden, die bei der Leistungserbringung verursacht werden, nachweisen.

(3) Zugelassene Pflegedienste im Sinne der §§ 71 und 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch benötigen als Anbieter eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag eine Anerkennung gemäß § 1.

(4) Bei allen nicht ehrenamtlich tätigen Helferinnen und Helfern ist die Einhaltung des Pflege-Mindestlohnes nach der Zweiten Pflegearbeitsbedingungenverordnung vom 27. November 2014 (BAnz AT 28.11.2014 V 1) in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

§ 3

Initiativen des Ehrenamts und der Selbsthilfe

(1) Initiativen des Ehrenamts und der Selbsthilfe sind

1. Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben,

und

2. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

(2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen auf wohnortnaher Ebene, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden.

(3) Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zu verbessern.

§ 4

Qualitätssicherung und Anerkennung

(1) Die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 2 ausführenden Personen müssen über eine für die Erbringung der Tätigkeit erforderliche Qualifikation verfügen. Sofern die Person nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich der Pflege verfügt, ist die Einhaltung der nachfolgenden Mindestanforderungen an die erforderliche Basisschulung zu beachten:

1. Basiswissen über Krankheits- und Behinderungsbilder, Behandlungsformen und Pflege der zu betreuenden Personen sowie Möglichkeiten der Hilfen;
2. Wahrnehmung des sozialen Umfeldes und des bestehenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfs;
3. Unterweisung im Umgang mit den Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderung, Erwerb von Handlungskompetenzen in Bezug auf das Einfühlen in die Erlebniswelt und im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten;
4. Unterweisung im Umgang mit akuten Krisen und Notfallsituationen;
5. Psychosoziale Situation von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen;
6. Grundkenntnisse der besonderen Anforderungen an die Kommunikation und Gesprächsführung mit Personen der jeweiligen Zielgruppe;
7. Selbstmanagement im Kontext des ehrenamtlichen Engagements, unter anderem Reflexion und Austausch zu der eigenen Rolle und den Erfahrungen während des ehrenamtlichen Engagements;
8. Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen und pflegenden Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen;
9. Methoden und Möglichkeiten der Betreuung, Beschäftigung und Begleitung;
10. bei Entlastungsleistungen gegebenenfalls zusätzliche hauswirtschaftliche Inhalte und Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung in der Versorgung von hilfebedürftigen Menschen;
11. gegebenenfalls zielgruppenspezifische (zum Beispiel Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit psychischer Erkrankung, pflegebedürftige Kinder und Jugendliche) zusätzliche Schulungen.

Die Mindeststundenzahl für Schulungen beträgt 30 Stunden, davon mindestens 20 Stunden für die Basisschulung (Nummer 1 bis 10) und mindestens 10 Stunden für die zielgruppenspezifische Schulung (Nummer 11).

Die Betreuungs- und Entlastungsleistungen ausführende Person und die Kundin oder der Kunde müssen über eine gemeinsame sprachliche Ebene zur Kommunikation verfügen.

(2) Die Schulung und regelmäßige Fortbildung sowie die kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der Helfenden hat durch eine Fachkraft zu erfolgen. Als Fachkraft kommen insbesondere die nachfolgend genannten Berufsgruppen in Betracht: Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen, Heilerziehungspfleger/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Fachkräfte für die gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege, Hauswirtschafter/innen und Staatlich geprüfte/r Assistent/in für Ernährung und Versorgung, Schwerpunkt Haushaltsführung und ambulante Betreuung bei Entlastungsangeboten mit hauswirtschaftlichem Inhalt.

(3) Erfolgreich abgeschlossene Qualifizierungen gemäß den Richtlinien des

Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sind der Basisqualifizierung nach Absatz 1 gleichgestellt.

(4) Bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag erwerbsmäßig tätiger Dienstleistungsunternehmen mit sozialversicherungspflichtig oder geringfügig im Sinne des § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über keinen Berufsabschluss gemäß Absatz 2 verfügen oder keine examinierten Pflegehelfer/innen sind, beträgt die Mindeststundenzahl für Schulungen abweichend von Absatz 1 insgesamt 160 Stunden. Die anleitende Fachkraft muss außerdem bei der Anbieterin oder dem Anbieter beschäftigt sein.

Für Angebote zur Unterstützung im Alltag mit hauswirtschaftlichem Schwerpunkt gilt dagegen die Mindeststundenzahl von 30 Stunden.

§ 5 Förderung

(1) Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die Angebote zur Unterstützung im Alltag, die Initiativen des Ehrenamts und der Selbsthilfe sowie die Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen richten sich nach den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. nach § 45c in Verbindung mit § 45d des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 24. Juli 2002 in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken können im Rahmen ihrer Zuständigkeit nach § 1 Absatz 1 ergänzende Regelungen treffen. Die Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag begründet keinen Anspruch auf öffentliche Förderung.

(2) Die auf das Saarland entfallenden Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach § 45c des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, Förderung des Ehrenamts sowie Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen) werden im Einvernehmen zwischen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und den Landkreisen sowie dem Regionalverband Saarbrücken aufgeteilt. Die Aufteilung zwischen den Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken erfolgt im Verhältnis der jeweiligen Bevölkerungszahl zur Gesamtbevölkerung im Saarland. Dabei wird die jeweilige Bevölkerungszahl des Vorjahres zugrunde gelegt.

(3) Die auf das Saarland entfallenden Fördermittel nach § 45d des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Förderung der Selbsthilfe) werden zwischen den Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken im Verhältnis der jeweiligen Bevölkerungszahl zur Gesamtbevölkerung im Saarland aufgeteilt. Dabei wird die jeweilige Bevölkerungszahl des Vorjahres zugrunde gelegt. Eine Förderung der Selbsthilfe aus Mitteln der Pflegeversicherung ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt.

§ 6

Angebotstransparenz

(1) Anbieterinnen und Anbieter haben ihr Angebot zur Unterstützung im Alltag transparent in einer Leistungsbeschreibung darzustellen. Die Leistungsbeschreibung hat mindestens folgende Angaben zu beinhalten:

1. Name und Kontaktdaten (Telefonnummer, Fax, E-Mail, Internetadresse) des Angebotes;
2. Name und Kontaktdaten (Telefonnummer, Fax, E-Mail, Internetadresse) der Anbieterin oder des Anbieters;
3. Form der Leistungserbringung;
4. Zielgruppen und Altersgruppen der Leistungen;
5. Regelmäßigkeit des Angebotes;
6. regionale Ausrichtung des Angebotes;
7. angebotene Leistungen;
8. Preise der Leistungen und gegebenenfalls Fahrtkosten.

(2) Änderungen sind der zuständigen Behörde nach § 1 Absatz 1 gemäß der Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 7 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mitzuteilen.

§ 7

Übergangsregelung

Für am 31. Dezember 2016 auf der Grundlage der Verordnung über die Anerkennung und Förderung zusätzlicher Betreuungsangebote nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (ZBVO) vom 23. Juni 2005 (Amtsbl. S. 1050), geändert durch Artikel 8 Absatz 27 des Gesetzes vom 21. November 2007 (Amtsbl. S. 2393), anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung, gilt die Anerkennung bis zum 28. Februar 2018 fort. Innerhalb dieser Frist sind die Voraussetzungen nach dieser Verordnung gegenüber der zuständigen Behörde nach § 1 Absatz 1 nachzuweisen. Wird der Nachweis nicht erbracht, erlischt die Anerkennung.

Artikel 2

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung über die Anerkennung und Förderung zusätzlicher Betreuungsangebote nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (ZBVO) vom 23. Juni 2005 (Amtsbl. S. 1050), geändert durch Artikel 8 Absatz 27 des Gesetzes vom 21. November 2007 (Amtsbl. S. 2393), außer Kraft.

D). III.

- Entnommen einer Broschüre des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen -

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz erfolgt eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung. Denn mit dem Gesetz werden zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit auch ein neues Begutachtungsinstrument – das Neue Begutachtungsassessment (NBA) – in der Pflegeversicherung eingeführt. Künftig ist die Selbstständigkeit das Maß für die Pflegebedürftigkeit eines Menschen. Im Mittelpunkt der Begutachtung stehen die Fragen: Wie selbstständig ist der Versicherte bei der Bewältigung seines Alltags – was kann er und was kann er nicht mehr? Und wobei benötigt er Unterstützung?

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wandelt sich auch der Blick auf den pflegebedürftigen Menschen: In Zukunft stehen seine Ressourcen und die Frage, wie diese erhalten und gestärkt werden können, zentral im Fokus. Da im Begutachtungsinstrument alle für die Pflege und Betreuung relevanten Fähigkeiten und Beeinträchtigungen differenziert erfasst werden, wird es der individuellen Situation der Pflegebedürftigen besser gerecht. Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) geben bei der Begutachtung nicht nur eine Empfehlung zu den künftig fünf Pflegegraden ab. Sie empfehlen auch geeignete Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation, der Hilfsmittelversorgung sowie zu erforderlichen Maßnahmen der Krankenbehandlung wie zum Beispiel Heilmittel-Therapien.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellt die weitreichendste Reform seit Einführung der Pflegeversicherung vor rund 25 Jahren dar. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden mehr Menschen Anspruch auf Pflegeleistungen haben. Viele Pflegebedürftige werden auch einen höheren Pflegegrad erzielen und damit deutlich bessere Leistungen erhalten.

Mit unserer Fachinformation möchten wir Ihnen die Philosophie des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das neue Begutachtungsinstrument vorstellen. Wir hoffen, Ihnen damit viele Fragen zu beantworten und Sie für den neuen Blick auf die Pflegebedürftigkeit zu sensibilisieren.



Ihr
Dr. Peter Pick

DER NEUE PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF UND DAS NEUE BEGUTACHTUNGSMITTEL

Der ab dem 1. Januar 2017 geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im § 14 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) XI wie folgt definiert:

„Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.“

Pflegebedürftig ist, wer körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Belastungen nicht selbstständig kompensieren kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstrumentes verbunden, das die Feststellung von Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert. Bisher wurde der Hilfebedarf des Versicherten verrichtungsbezogen – also zum Beispiel beim Waschen, Anziehen und bei der Nahrungsaufnahme – in Minutenwerten, auf der Grundlage von Zeitorientierungswerten, festgestellt. Zukünftig ist der zentrale Maßstab der Grad der Selbstständigkeit und nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten. Die Selbstständigkeit eines Menschen, seine Ressourcen und seine Fähigkeiten werden differenziert erfasst. Der ressourcenorientierte Ansatz ermöglicht zudem eine systematischere Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf.

Das neue Begutachtungsinstrument wurde in Zusammenarbeit von Pflegewissenschaft und Medizinischem Dienst entwickelt. Zunächst wurde das Instrument 2008 in einem Modellprogramm vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem MDK Westfalen-Lippe entwickelt. Zentrales Ziel dabei war, ein Begutachtungsinstrument auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu entwickeln, das zugleich praktisch umsetzbar sein soll. Im Anschluss hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) gemeinsam mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen das Instrument wissenschaftlich und praktisch erprobt.

Zentraler Maßstab des neuen Instruments ist der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen und das Angewiesensein auf personelle Unterstützung durch andere. Das neue Verfahren erfasst nicht nur die klassischen Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Neu ist, dass die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie die Gestaltung von Alltagsleben und sozialen Kontakten umfassend betrachtet werden. Das neue Instrument stellt damit den Menschen, seine Ressourcen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt. In umfassender Weise werden die konkreten individuellen Problemlagen eines Menschen erfasst.

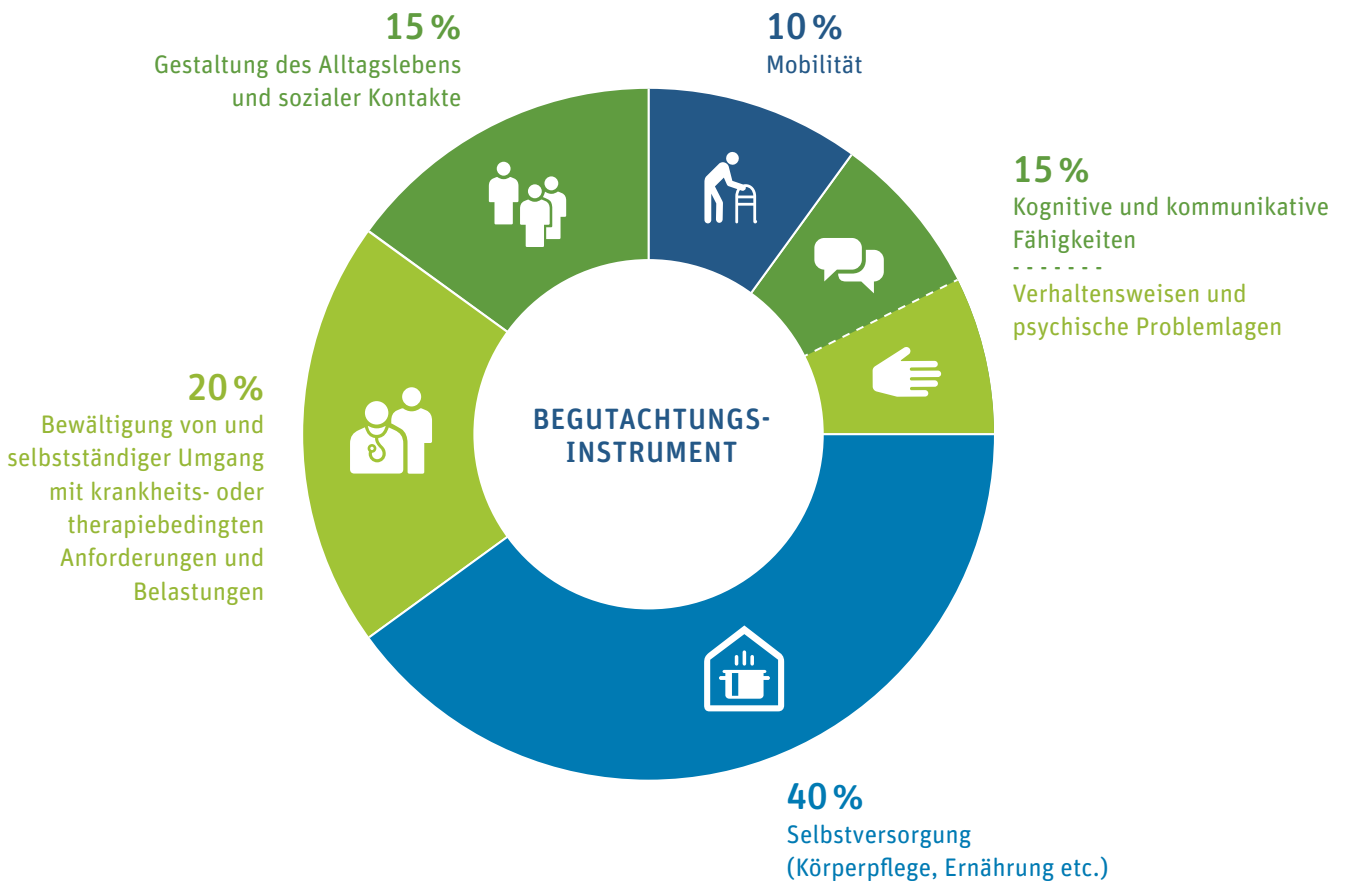
Der Mensch mit seinen Ressourcen steht im Mittelpunkt

Bei der Begutachtung werden die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Lebensbereichen (Module) erhoben und mit Punkten bewertet: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Darüber hinaus werden bei der Begutachtung die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung festgestellt. Die Informationen aus diesen Bereichen ermöglichen eine umfassende Beratung, eine individuelle Pflege- und Hilfeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung.

Unter Selbstständigkeit versteht man die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität alleine – also ohne Unterstützung eines anderen – ausführen zu können. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung mit einem Hilfsmittel

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument im Überblick – Sechs Lebensbereiche („Module“) werden betrachtet und gewichtet



umsetzen kann. Wenn sich jemand innerhalb seiner Wohnung mit einem Rollator fortbewegen kann und dabei keine Unterstützung durch eine andere Person braucht, dann ist er selbstständig.

In einzelnen Modulen wird nicht die Selbstständigkeit erfasst. So wird zum Beispiel im Modul 2 bewertet, ob und in welchem Ausmaß eine Fähigkeit vorhanden ist, im Modul 3 wird festgehalten, wie häufig eine Verhaltensweise ist.

Das Ergebnis der Beurteilung der einzelnen Kriterien ist der Grad der Beeinträchtigung in diesem Lebensbereich. Aus der Zusammenführung der Teilergebnisse aus den sechs Modulen ergibt sich der Pflegegrad des Antragstellers. Insgesamt werden zukünftig fünf Pflegegrade unterschieden.

Darüber hinaus werden noch die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung betrachtet, die jedoch nicht in die Bewertung einfließen. Sie sind eine wichtige Grundlage für die Pflege- und Hilfeplanung.

Zu jedem Kriterium finden sich in den neuen Begutachtungs-Richtlinien Erläuterungen und Beispiele, die dem Gutachter eine Orientierungshilfe für seine gutachterliche Bewertung bieten. Die Abstufungen der Selbstständigkeit mit Besonderheiten bei den einzelnen Kriterien sowie weitere Erläuterungen werden ebenfalls in den Begutachtungs-Richtlinien festgelegt.

DIE MODULE IM EINZELNEN



Modul 1: Mobilität

Dieses Modul umfasst zentrale Aspekte der Mobilität im Wohnbereich eines Menschen – sei es in der eigenen Wohnung oder im Heim. In diesem Modul geht es um die motorischen Fähigkeiten eines Menschen und nicht um die Frage, ob die Mobilität aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt ist. Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“.

Die Abgrenzung der vier Ausprägungen der Selbstständigkeit soll anhand des Kriteriums „Treppensteigen“ erläutert werden: Das Treppensteigen ist in den Begutachtungs-Richtlinien als das „Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen“ definiert. Das Treppensteigen ist dabei unabhängig von der individuellen Wohnsituation zu bewerten. Selbstständig ist jemand, der ohne Hilfe durch eine andere Person eine Treppe in aufrechter Position steigen kann. Unselbstständig ist dagegen jemand, der getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden muss und dabei keine Eigenbeteiligung zeigt. Überwiegend selbstständig ist eine Person, die eine Treppe alleine steigen kann, aber die wegen eines Sturzrisikos Begleitung benötigt. Wenn jemand überwiegend unselbstständig ist, dann ist das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3
1.6	Besondere Bedarfskonstellation * Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

* Kann ein pflegebedürftiger Mensch weder die Arme noch die Beine einsetzen, dann wird er automatisch in den Pflegegrad 5 eingestuft. Dies gilt jedoch nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen.



Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Im Modul 2 geht es um grundlegende mentale Funktionen eines Menschen. Die Gutachter schätzen nicht die Selbstständigkeit ein, sondern in welchem Ausmaß die jeweilige geistige Fähigkeit vorhanden ist („vorhanden/unbeeinträchtigt“, „größtenteils vorhanden“, „in geringem Maße vorhanden“ und „nicht vorhanden“). Das Gesamtergebnis in diesem Modul spiegelt das Ausmaß der Beeinträchtigung von Kommunikation und Kognition wider.

Jeder Ausprägung ist ein Punktwert zugeordnet: Ist eine Fähigkeit unbeeinträchtigt, so entspricht das 0 Punkten, ist eine Fähigkeit gar nicht mehr vorhanden, so entspricht das der höchstmöglichen Wertung für von 3 Punkten.

		Die Fähigkeit ist:			
		vorhanden / unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3



Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Zentral ist bei der Einschätzung die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten selbstständig steuern kann. Der Gutachter erfasst, wie oft diese Verhaltensweisen personelle Unterstützung erforderlich machen. Ist die Unterstützung nie oder selten notwendig, so entspricht dies 0 Punkten – ist die Unterstützung dagegen täglich nötig, so werden 5 Punkte erreicht.

		Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen/unterstützen?			
		nie oder sehr selten	selten ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen	häufig zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5



Modul 4: Selbstversorgung

Das Modul Selbstversorgung umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten alle Verrichtungsbereiche, die im heute gültigen Begutachtungsinstrument von Relevanz sind. Hierzu gehören das Waschen, das An- und Auskleiden, die Ernährung (z. B. Trinken) und das Ausscheiden (z. B. Toilette/Toilettenstuhl benutzen). Der Gutachter schätzt hier, wie auch im Modul Mobilität, die Selbstständigkeit ein. Bestimmte Kriterien werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Bewältigung des Alltags besonders gewichtet werden. Wenn zum Beispiel jemand überwiegend unselbstständig beim Essen ist, werden 6 Einzelpunkte vergeben. Der Gutachter bewertet, ob der Versicherte die Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist dabei unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

		Versorgung mit Hilfe			
		Versorgung selbstständig	Nicht täglich, nicht auf Dauer	Täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	0	6	3



Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Hier geht es um die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seiner Gesundheitsprobleme. Der Gutachter bewertet, wie selbstständig jemand mit Therapien und anderen krankheitsbedingten Anforderungen umgehen kann. Für die Berechnung des Gesamtergebnisses gehen die einzelnen Maßnahmen je nach Komplexität und Aufwand unterschiedlich gewichtet ein.

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:		Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)				
		entfällt	selbstständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation					
5.2	Injektionen					
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)					
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe					
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen					
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen					
5.7	Körpernahe Hilfsmittel					
5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung					
5.9	Versorgung mit Stoma					
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden					
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung					
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung					
5.13	Arztbesuche					
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)					
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)					
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar:	0 entfällt oder selbstständig 1 überwiegend selbstständig (Erinnerung/Anleitung ist mindestens einmal täglich notwendig) 2 überwiegend unselbstständig (benötigt meistens Anleitung/Beaufsichtigung, mehrmals täglich) 3 unselbstständig (benötigt immer Anleitung/Beaufsichtigung)				



Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dieses Modul bildet Bereiche des Alltagslebens ab, die nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff zum größten Teil nicht berücksichtigt werden. Bei der Gestaltung des Alltagslebens spielen sowohl mentale als auch motorische Fähigkeiten eine Rolle. Der Gutachter stellt fest, ob der pflegebedürftige Mensch individuell und bewusst seinen Tagesablauf gestalten kann und ob er in der Lage ist, mit Menschen in seinem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen. Wie in den Modulen 1 und 4 erfolgt eine Bewertung der Selbstständigkeit anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „selbstständig“, statt; „überwiegend selbstständig“, statt; „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	0	1	2	3

VOM PUNKT ZUM PFLEGEGRAD – DIE BEWERTUNGSSYSTEMATIK

Der Pflegegrad eines Antragstellers ergibt sich, indem die Bewertungen des Gutachters in den sechs Modulen anhand von genau festgelegten Berechnungsregeln zusammengeführt werden. Diese Berechnungsregeln sind nach pflegefachlichen Gesichtspunkten von Pflegewissenschaftlern erarbeitet worden.

Die Zusammenführung erfolgt in mehreren Schritten: Zuerst werden in jedem Modul die *Einzelpunkte* zu einem Gesamtwert zusammengezählt. Wenn jemand zum Beispiel im Modul Mobilität bei allen Kriterien unselbstständig ist, dann beträgt die *Summe der Einzelpunkte* für das Modul Mobilität 15. Bei Modul 5 ist es etwas komplizierter, die *Summe der Einzelpunkte* zu berechnen. Hier muss zunächst die Anzahl von Hilfen, die wöchentlich oder monatlich notwendig sind, in einen Tageswert umgerechnet werden.

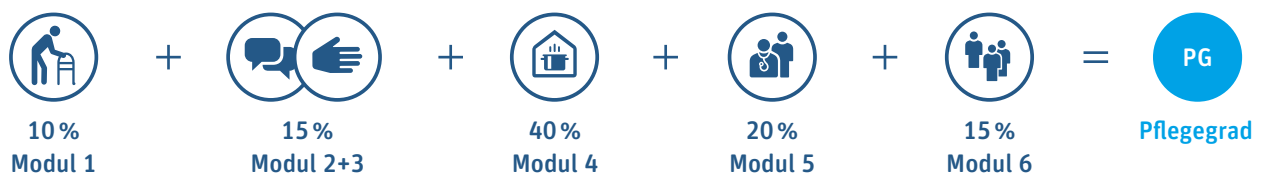
Im zweiten Schritt wird nun jede *Summe der Einzelpunkte* pro Modul nach einer festgelegten Berechnungsregel in einen sogenannten *gewichteten Punktwert* umgerechnet. Das ist notwendig, weil die *Summe der Einzelpunkte* pro Modul in das Endergebnis – also in den Pflegegrad – mit unterschiedlicher Wertung eingehen: Die *Summe der Einzelpunkte* für das Modul Mobilität wird mit 10 Prozent berücksichtigt, die *Summe der Einzelpunkte* für die Module 2 und 3 mit jeweils 15 Prozent. Hier kommt es darauf an, in welchem der beiden Module der Antragsteller die größte Beeinträchtigung seiner Fähigkeiten aufweist. Das Ergebnis von Modul 2 oder 3 fließt in die Gesamtbewertung ein.

Die Selbstständigkeit in der Selbstversorgung ist für die Bewältigung des Alltags eines Menschen besonders wichtig. Daher wird die *Summe der Einzelpunkte* für das Modul 4 mit der höchsten Gewichtung – mit 40 Prozent – versehen. Modul 5 geht mit 20 Prozent und Modul 6 mit 15 Prozent in den Pflegegrad ein. Wenn zum Beispiel die *Summe der Einzelpunkte* im Modul Mobilität zwischen 10 und 15 Punkten liegt, dann bedeutet das, dass die Person in allen Kriterien unselbstständig bzw. nahezu unselbstständig ist. Daher erhält die Person einen *gewichteten Punktwert* von 10. Beträgt dagegen die Summe 6, 7, 8 oder 9 Punkte, so entspricht das 7,5 *gewichteten Punktwert*. Bei einer Summe von 4 oder 5 Punkten werden 2,5 *gewichtete Punkte* vergeben. Bei einer Summe von 0 oder 1 das heißt, die Selbstständigkeit in der Mobilität ist gar nicht oder nur unwesentlich beeinträchtigt, so beträgt der *gewichtete*

Punktwert ebenfalls 0. Die Abstufung dieser Grenzen ist pflegefachlich begründet. Ähnliche Unterstützungsbedarfe sind jeweils in einer Gruppe zusammengefasst.

Abschließend werden die sechs *gewichteten Punktwerte* zusammengezählt. Das Ergebnis ist ein *Gesamtpunktwert*, der zwischen 0 und 100 Punkten liegen kann. 0 *Gesamtpunkte* erhält jemand, der überall selbstständig und in seinen Fähigkeiten überhaupt nicht beeinträchtigt ist. 100 *Gesamtpunkte* erhält ein Antragsteller, der in allen Lebensbereichen unter der größtmöglichen Beeinträchtigung seiner Selbstständigkeit oder seiner Fähigkeiten leidet.

Ab 12,5 *Gesamtpunkten* liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor und die Voraussetzungen für den Pflegegrad 1 sind erfüllt. Ab 27 *Gesamtpunkten* bestehen erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Das entspricht dem Pflegegrad 2. Ab 47,5 *Gesamtpunkten* wird von schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten gesprochen, die Voraussetzungen für Pflegegrad 3 liegen vor. Ab 70 *Gesamtpunkten* erhält jemand den Pflegegrad 4 und ab 90 *Gesamtpunkten* den Pflegegrad 5. Die Voraussetzungen für Pflegegrad 5 sind auch gegeben, wenn jemand seine Greif-, Steh- und Gehfunktionen vollständig verloren hat – unabhängig vom erzielten Punktwert in den sechs Modulen.



Fünf Pflegegrade (PG) geben das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an

- PG 1** geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
 - PG 2** erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
 - PG 3** schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
 - PG 4** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
 - PG 5** schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
-

Skala der Punktwerte



SO LÄUFT DIE BEGUTACHTUNG AB

Die Grundlage für die Begutachtung ist die sorgfältige Erhebung der pflegerelevanten Vorgeschichte (Anamnese). Die Befunderhebung bildet wie bisher auch die Grundlage für die gutachterliche Einschätzung. Daran schließt sich die Einschätzung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit dem Begutachtungsinstrument an – wie bereits beschrieben. Aus der Bewertung der Module ergibt sich dann die Empfehlung für einen Pflegegrad.

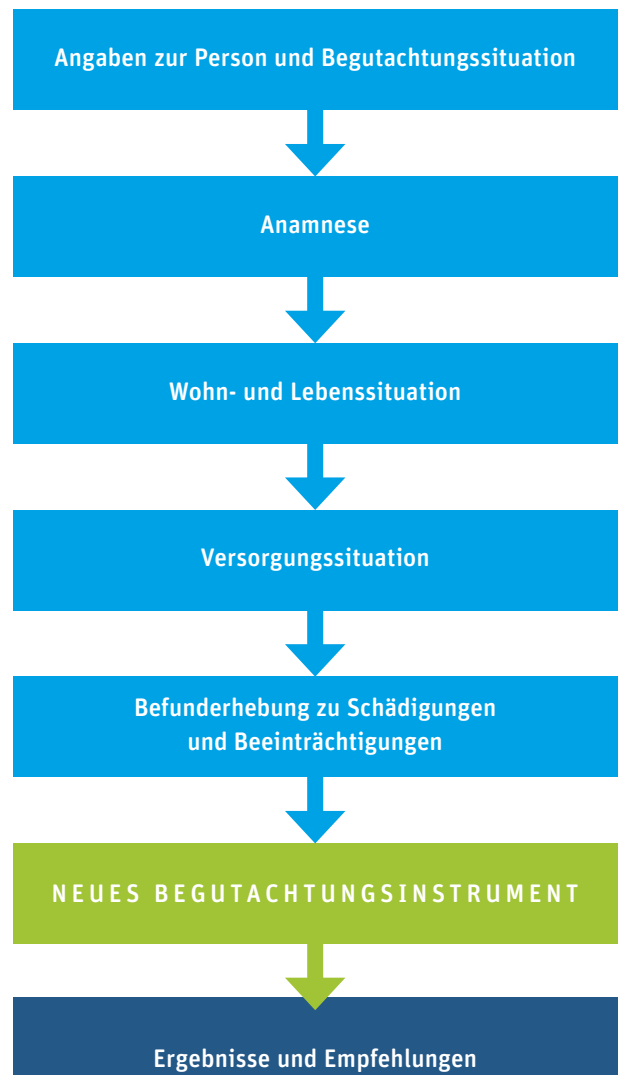
Nach Anamnese, Befunderhebung und Einschätzung der Selbstständigkeit des Versicherten in den Modulen hat der Gutachter einen fundierten und umfassenden Gesamtüberblick über die Beeinträchtigungen und die Ressourcen des Antragstellers. Dadurch kann der Gutachter bewerten, ob sich realistische Möglichkeiten zur Verbesserung oder Erhalt der in den Modulen und Bereichen festgestellten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und bewerteten Fähigkeiten ergeben. Hieraus lassen sich entsprechende Empfehlungen zu präventiven Leistungen und pflegerischen Maßnahmen, zu Hilfsmitteln oder wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, aber auch Empfehlungen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation ableiten.

Die Pflegebedürftigkeit wird durch das neue Begutachtungsinstrument umfassend abgebildet. Auch Verbesserungsmöglichkeiten spielen bei der Einschätzung des Gutachters eine wichtige Rolle. Das neue Begutachtungsinstrument ist klar strukturiert. Zudem vermeidet es das Nebeneinander von engem Pflegebedürftigkeitsbegriff und eingeschränkter Alltagskompetenz, wie es beim bisherigen Verfahren üblich war. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft nicht nur eine neue Grundlage für die Bemessung von Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument erfasst alle für die Pflege und Betreuung relevanten Sachverhalte. Damit legt es die Grundlage für die notwendigen Leistungen. Ziel dabei ist, die Leistungen der Pflegeversicherung gerecht zu verteilen und Impulse zu setzen, damit die Pflege im Sinne eines umfassenden Pflegeverständnisses geleistet werden kann.

Mit dem neuen Begutachtungsinstrument kann der personelle Unterstützungsbedarf eines Menschen angemessen und vergleichbar abgebildet werden. Dabei sollen die Auswirkungen psychischer und körperlicher Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt werden. Auch bei Menschen mit somatischen Erkrankungen werden sowohl individuelle Selbstständigkeitspotenziale als auch Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit besser

und differenzierter erfasst. Das neue Begutachtungsinstrument stellt damit körperliche, psychische und kognitive Beeinträchtigungen angemessen und vergleichbar dar. Auf dieser Grundlage soll jeder pflegebedürftige Mensch Zugang zu passgenauen Leistungen erhalten. Die individuellen Ressourcen und Beeinträchtigungen werden dabei berücksichtigt.

Das neue Instrument ist Teil des Begutachtungsverfahrens



DAS ÄNDERT SICH BEI DER BEGUTACHTUNG VON KINDERN

Die Begutachtung von Kindern wird ab 1. Januar 2017 ebenfalls nach dem neuen Begutachtungsinstrument stattfinden. Wie bei der Begutachtung von Erwachsenen stellt der Gutachter des MDK nicht mehr den Hilfebedarf in Minuten fest, sondern den Grad der Selbstständigkeit des Kindes in den Lebensbereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Doch sind bei der Begutachtung Besonderheiten für die Kinder zu berücksichtigen.

Der Gutachter dokumentiert den tatsächlich vorhandenen Abhängigkeitsgrad der Kinder. Er muss nicht beurteilen, ob die Abhängigkeit noch altersgemäß ist. Für die Punktberechnung ist als Vergleichsmaßstab die Selbstständigkeit von Kindern im vergleichbaren Alter ohne Beeinträchtigung im Begutachtungsverfahren hinterlegt. Im Gutachten gibt der Gutachter ebenfalls Empfehlungen zur Hilfeplanung, zu Maßnahmen der Prävention und zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation ab.

Eine Besonderheit besteht bei der Begutachtung von Kindern bis zu 18 Monaten. Kinder dieser Altersgruppe sind von Natur aus in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig, sodass sie in der Regel keine oder nur niedrige Pflegegrade erreichen könnten. Um sicherzustellen, dass auch diese Kinder einen fachlich angemessenen Pflegegrad erlangen können, werden zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit die altersunabhängigen Bereiche „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sowie „Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ in die Bewertung einbezogen. Darüber hinaus stellen die Gutachter fest, ob es beim Kind gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme gibt, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

Vorteil des neuen Verfahrens im Vergleich zum bisherigen ist, dass für die Eltern häufige, oftmals belastende Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten vermieden werden können. Denn bei gleicher Punktzahl werden die Kleinkinder bis zu 18 Monaten automatisch einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder und Erwachsene.



Den Eltern bleiben häufige, oft belastende Begutachtungen erspart

PRÄVENTION, REHABILITATION, HILFSMITTEL – DER MDK EMPFIEHLT

Pflegebedürftigkeit ist in der Regel kein unveränderbarer Zustand. Die Pflegebedürftigkeit eines Menschen kann durch verschiedene Maßnahmen und Leistungen positiv beeinflusst werden. Dazu gehören Pflegemaßnahmen, Prävention, medizinische Rehabilitation, individuell zugeschnittene Hilfs- und Pflegehilfsmittel sowie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen wie zum Beispiel die barrierearme Gestaltung des Badezimmers und anderes mehr.

Für Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die für die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen besonders wichtig oder pflegeerleichternd sind, müssen die Versicherten künftig keinen gesonderten Antrag stellen. Es reicht, wenn ein MDK-Gutachter diese Hilfsmittel empfiehlt. Ist die pflegebedürftige Person einverstanden, so gilt dies als Antrag bei der Pflegekasse. Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Die Empfehlungen werden im Gutachten festgehalten und automatisch an die Pflegekasse weitergeleitet. Die Pflegekasse organisiert dann die Versorgung mit dem Hilfs- oder Pflegehilfsmittel.

Präventive Maßnahmen sind in jedem Alter sinnvoll

Mit dem neuen Begutachtungsinstrument werden die Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen, aber auch die Möglichkeiten, dessen Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, besser erfasst. Es wird klarer als bisher erkennbar, wann und wie präventive Maßnahmen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ansetzen müssen.

Präventive Maßnahmen sind in jedem Alter und auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit sinnvoll und zweckmäßig. Sie tragen dazu bei, möglichst frühzeitig Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen zu beeinflussen, Krankheiten zu vermeiden oder das Fortschreiten von Krankheitsprozessen zu verhindern. Der Gutachter erfasst bei der Begutachtung die vorliegenden Risiken und empfiehlt notwendige, konkrete Maßnahmen wie die Dekubitutsprophylaxe zur Vermeidung von Druckgeschwüren. Der Gutachter teilt auch mit, ob und über welche geeigneten Präventionsmaßnahmen die versicherte Person durch ihre Krankenkasse beraten werden soll. In Betracht kommen beispielsweise Kursangebote zur Sturzprävention oder auch Kurse zur Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung.

Mit einer medizinischen Rehabilitation als komplexe, multiprofessionelle Leistung können der Verlauf einer Krankheit positiv beeinflusst und weitere Komplikationen vermieden werden. Eine solche Maßnahme kann pflegebedürftigen Menschen helfen, ihre Fähigkeiten zu erhalten, sie wiederherzustellen und zu verbessern. Hat der Gutachter einen Rehabilitationsbedarf festgestellt, prüft er bei der Begutachtung auch, ob die pflegebedürftige Person in der Lage ist, aktiv an einer Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen und die für seinen Alltag relevanten Ziele zu erreichen. Die Empfehlung für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation führt unmittelbar zu einem Rehabilitationsantrag, sofern der Versicherte zustimmt.



D). IV.

Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Betriebs von Einrichtungen nach dem Landesheimgesetz Saarland

(MitwVLHeim
GS)

Vom

Auf Grund des § 10 Absatz 1 Nummer 3 des Landesheimgesetzes Saarland vom 6. Mai 2009 (Amtsbl. S. 906) verordnet die Landesregierung:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1. Grundsätze der Mitwirkung

- § 1 Allgemeines
- § 2 Aufgabe und Gegenstand der Mitwirkung
- § 3 Entscheidung über die Form der Mitwirkung
- § 4 Amtszeit des Mitwirkungsgremiums
- § 5 Ehrenamtlichkeit
- § 6 Aufgaben des Trägers und der Leitung der Einrichtung, Kosten der Mitwirkung
- § 7 Mitteilungspflichten

Abschnitt 2. Mitwirkungsgremien

Unterabschnitt 1. Bewohnervertretung

- § 8 Zusammensetzung der Bewohnervertretung
- § 9 Wahlberechtigung und Wählbarkeit
- § 10 Wahlverfahren
- § 11 Wahlausschuss
- § 12 Vorbereitung und Durchführung der Wahl
- § 13 Wahlversammlung, Vereinfachtes Verfahren
- § 14 Wahlanfechtung
- § 15 Erlöschen der Mitgliedschaft
- § 16 Neuwahl
- § 17 Nachrücken
- § 18 Einberufung, Vorsitz und Vertretung der Bewohnervertretung
- § 19 Beschlüsse der Bewohnervertretung
- § 20 Sitzungsniederschrift
- § 21 Informationspflicht der Bewohnervertretung
- § 22 Benachteiligungs- und Begünstigungsverbot
- § 23 Verschwiegenheitspflicht

Unterabschnitt 2. Bewohnerversammlung

§ 24 Einladung zur Bewohnerversammlung

§ 25 Mitwirkung durch die Bewohnerversammlung

Unterabschnitt 3. Externer Bewohnerbeirat

§ 26 Zusammensetzung des externen Bewohnerbeirates

§ 27 Wahl und Mitwirkung

Abschnitt 3. Bewohnerfürsprecherin oder Bewohnerfürsprecher

§ 28 Bestellung der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerfürsprechers

§ 29 Mitwirkung der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerfürsprechers

§ 30 Beendigung des Amtes der Bewohnerfürsprecherin oder des
Bewohnerfürsprechers

Abschnitt 4. Schlussbestimmungen

§ 31 Ordnungswidrigkeiten

§ 32 Übergangsregelungen

§ 33 Inkrafttreten

Abschnitt 1. Grundsätze der Mitwirkung

§1

Allgemeines

(1) Die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen nach § 1 Absatz 1, 2 und 5 des Landesheimgesetzes Saarland wirken in Angelegenheiten des Betriebs der Einrichtung mit. Mitwirkungsorganen nach § 9 Absatz 1 Satz 3 des Landesheimgesetzes Saarland sind die Bewohnervertretung, die Bewohnerversammlung oder ein externer Bewohnerbeirat.

(2) Für Teile von Einrichtungen eines Trägers können eigene Mitwirkungsorganen gebildet werden, wenn die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner dadurch besser gewährleistet ist.

§ 2

Aufgabe und Gegenstand der Mitwirkung

(1) Aufgabe eines Mitwirkungsorganes ist es

1. Maßnahmen des Betriebs der Einrichtung, die den Bewohnerinnen und Bewohnern dienen, bei der Leitung oder dem Träger zu beantragen,

2. Anregungen und Beschwerden von Bewohnerinnen und Bewohnern entgegenzunehmen und erforderlichenfalls durch Verhandlungen mit der Leitung oder in besonderen Fällen mit dem Träger auf ihre Erledigung hinzuwirken.

(2) Das Mitwirkungs-gremium wirkt bei Entscheidungen des Trägers oder der Leitung in folgenden Angelegenheiten mit:

1. Aufstellung und Änderung der Musterverträge für Bewohnerinnen und Bewohner,
2. Erlass und der Änderung einer Hausordnung,
3. Planung und Durchführung der Alltags- und Freizeitgestaltung,
4. in Angelegenheiten der Unterkunft, Betreuung und Verpflegung,
5. baulichen und strukturellen Veränderungen der Einrichtung,
6. Maßnahmen zur Förderung einer angemessenen Qualität der Betreuung,
7. Erarbeitung und Veränderung der Beschreibung des Leistungskatalogs und der Vereinbarung der Vergütung für Leistungen der Einrichtung.

(3) Werden Leistungen im Sinne von § 8 Absatz 2 Nummer 3 des Landesheimgesetzes Saarland erbracht, erstreckt sich die Mitwirkung auch auf die Erstellung der Haushalts- und Wirtschaftspläne sowie auf die Einsichtnahme in die Jahresschlussrechnung der Einrichtung. Der Träger ist in diesem Falle verpflichtet, auf Verlangen die Auskünfte schriftlich zu erteilen.

(4) Das Mitwirkungs-gremium kann zur Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens hinzuziehen, soweit sie nicht dem Personenkreis des § 9 Absatz 3 angehören.

§ 3

Entscheidung über die Form der Mitwirkung

(1) Die Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung entscheiden in einer Vorabstimmung über die Form der Mitwirkung im Hinblick darauf, welches der drei möglichen Gremien seine Arbeit aufnehmen soll. Die Vorabstimmung wird von einem Wahlausschuss (§ 11) durchgeführt.

(2) Besteht in der Einrichtung bereits ein Mitwirkungs-gremium, ist eine Vorabstimmung nach Absatz 1 erforderlich, wenn eine andere Form der Mitwirkung angestrebt wird.

(3) Die Bewohnerinnen und Bewohner sind für die Dauer der Amtszeit des Mitwirkungs-gremiums an die Entscheidung nach Absatz 1 gebunden.

§ 4

Amtszeit des Mitwirkungs-gremiums

Die regelmäßige Amtszeit des Mitwirkungs-gremiums nach § 1 beträgt

1. in Einrichtungen für ältere Menschen oder pflegebedürftige Volljährige zwei Jahre und
2. in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung vier Jahre.

§ 5

Ehrenamtlichkeit

Die Mitglieder einer Bewohnervertretung und eines externen Bewohnerbeirates üben die ihnen übertragene Tätigkeit unentgeltlich und ehrenamtlich aus.

§ 6

Aufgaben des Trägers und der Leitung der Einrichtung, Kosten der Mitwirkung

- (1) Der Träger und die Leitung der Einrichtung haben die Bewohnerinnen und Bewohner über ihre Mitwirkungsrechte nach dem Landesheimgesetz Saarland und die beabsichtigten Angelegenheiten nach § 2 frühzeitig zu informieren und auf die Bildung eines Mitwirkungsremiums hinzuwirken.
- (2) Der Träger und die Leitung der Einrichtung gewähren dem Mitwirkungsremium die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderliche fachliche Beratung, die darüber hin- aus erforderlichen Hilfen und stellen insbesondere die Räumlichkeiten zur Verfügung.
- (3) Die Leitung der Einrichtung hat die Vorbereitung und Durchführung der Wahlen nach dieser Verordnung in dem erforderlichen Maße personell und sachlich zu unterstützen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- (4) Anträge oder Beschwerden des Mitwirkungsremiums sind von dem Träger oder der Leitung in angemessener Frist zu beantworten. Als angemessen gilt für die Bewohnervertretung oder den externen Bewohnerbeirat eine Frist von sechs Wochen. In der nächsten Bewohnerversammlung ist über die Behandlung und Erledigung der Anliegen im Sinne des Satzes 1 Bericht zu erstatten. Der Träger oder die Leitung haben ihre Antwort zu begründen, wenn Anliegen des Mitwirkungsremiums bei der Entscheidung nicht berücksichtigt wurden.
- (5) Der Träger der Einrichtung hat das Mitwirkungsremium in Angelegenheiten gemäß § 2 von Beanstandungen der zuständigen Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland frühzeitig zu informieren.
- (6) Der Träger der Einrichtung trägt die im Zusammenhang mit der Umsetzung der Mitwirkung nach dieser Verordnung entstehenden notwendigen Kosten.

§ 7

Mitteilungspflichten

- (1) Der Träger der Einrichtung hat die zuständige Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland spätestens sechs Monate nach Betriebsaufnahme über die Bildung eines Mitwirkungsremiums zu unterrichten. Ist ein Mitwirkungsremium nicht gebildet worden, sind in der Mitteilung nach Satz 1 die Gründe anzugeben. In diesem Falle hat die zuständige Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland in Zusammenarbeit mit Träger und Leitung der Einrichtung in geeigneter Weise auf die Bildung eines Mitwirkungsremiums hinzuwirken. Hiervon kann abgesehen werden, wenn die besondere Bewohnerstruktur der Bildung eines Mitwirkungsremiums entgegensteht und die Mitwirkung durch eine Bewohnerfürsprecherin oder einen Bewohnerfürsprecher nach § 28 gewährleistet werden kann.
- (2) Eine Mitteilung nach Absatz 1 ist auch erforderlich, wenn innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Ablauf der Amtszeit gemäß § 2 ein Mitwirkungsremium nicht gebildet oder ein Wahlausschuss nicht bestellt werden konnte.

Abschnitt 2.
Mitwirkungsorgane Unterabschnitt 1. Bewohnervertretung

§ 8

Zusammensetzung der Bewohnervertretung

(1) Die Mitgliederzahl der Bewohnervertretung richtet sich nach Größe und Struktur der Einrichtung und ist so zu bemessen, dass die Bewohnervertretung die Möglichkeit hat, die Interessen der Bewohnerschaft wahrzunehmen. Die Bewohnervertretung besteht aus mindestens drei und höchstens sieben Mitgliedern.

(2) Vor der Wahl hat der für die Durchführung der Wahl bestellte Wahlausschuss nach § 11 die Anzahl der zu wählenden Mitglieder der Bewohnervertretung im Einvernehmen mit der Leitung der Einrichtung festzulegen. Besteht bereits eine Bewohnervertretung, gilt Satz 1 für die beabsichtigte Änderung der Anzahl der Mitglieder der Bewohnervertretung entsprechend.

(3) Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen in der Bewohnervertretung die Mehrheit bilden. Der Bewohnervertretung muss mindestens eine Bewohnerin oder ein Bewohner der Einrichtung angehören.

§ 9

Wahlberechtigung und Wählbarkeit

(1) Wahlberechtigt für die Wahl der Bewohnervertretung sind alle Bewohnerinnen und Bewohner, die am Wahltag in der Einrichtung wohnen.

(2) Wählbar für die Bewohnervertretung sind die Wahlberechtigten nach Absatz 1, ihre Angehörigen, ihre gesetzliche Vertretung und die von den Wahlberechtigten nach Absatz 1 bevollmächtigten Personen.

(3) Nicht wählbar nach Absatz 2 sind Personen, die bei dem Träger der Einrichtung, bei einem Kostenträger oder bei der zuständigen Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland oder einer in der Arbeitsgemeinschaft nach § 18 Absatz 3 und 4 des Landesheimgesetzes Saarland vertretenen Stelle gegen Entgelt beschäftigt sind oder als Mitglied des Vorstandes, des Aufsichtsrates oder eines gleichartigen Organs des Einrichtungsträgers tätig sind. Nicht wählbar sind auch Personen, die bei einem anderen Einrichtungsträger oder einem Verband von Einrichtungsträgern gegen Entgelt beschäftigt sind.

§ 10

Wahlverfahren

(1) Die Bewohnervertretung wird in gleicher, geheimer und unmittelbarer Wahl gewählt.

(2) Den Wahlberechtigten, die am Wahltag an der persönlichen Stimmabgabe gehindert sind, ist auf deren Verlangen die Briefwahl zu ermöglichen.

(3) Für die Wahl der Bewohnervertretung können die Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Angehörigen, ihre gesetzliche Vertretung und die von ihnen

bevollmächtigten Personen bis spätestens eine Woche vor dem Wahltag Personen zur Wahl vorschlagen.

(4) Jede oder jeder Wahlberechtigte hat so viele Stimmen, wie Mitglieder der Bewohnervertretung zu wählen sind. Jede oder jeder Wahlberechtigte kann für jede Bewerberin oder jeden Bewerber nur eine Stimme abgeben. Gewählt sind die Bewerberinnen und Bewerber, die die meisten Stimmen erhalten. Bei Stimmengleichheit zwischen Bewerberinnen und Bewerbern, die in der Einrichtung wohnen, und Bewerberinnen und Bewerbern, die nicht in der Einrichtung wohnen, ist die Bewerberin oder der Bewerber gewählt, die oder der in der Einrichtung wohnt. Im Übrigen entscheidet das Los.

§ 11

Wahlausschuss

(1) Die Bewohnervertretung bestellt spätestens acht Wochen vor Ablauf der Amtszeit drei Wahlberechtigte nach § 9 Absatz 1 als Wahlausschuss, die aus ihrer Mitte die Vorsitzende oder den Vorsitzenden bestimmen. Die Bewohnervertretung kann auch Beschäftigte der Einrichtung oder ehrenamtlich in der Einrichtung tätige Personen in den Wahlausschuss berufen.

(2) Besteht keine Bewohnervertretung oder besteht sechs Wochen vor Ablauf der Amtszeit kein Wahlausschuss, so hat die Leitung der Einrichtung einen Wahlausschuss zu bestellen. Soweit hierfür Wahlberechtigte nach § 9 Absatz 1 nicht in der erforderlichen Zahl zur Verfügung stehen, kann die Leitung der Einrichtung ersatzweise Beschäftigte der Einrichtung oder ehrenamtlich in der Einrichtung tätige Personen zu Mitgliedern des Wahlausschusses bestellen.

§ 12

Vorbereitung und Durchführung der Wahl

(1) Der Wahlausschuss bestimmt Ort und Zeitpunkt der Wahl und informiert die Bewohnerinnen und Bewohner über die bevorstehende Wahl. Der Wahltermin ist mindestens drei Wochen vor der Wahl bekannt zu geben. Der Wahlausschuss holt die Wahlvorschläge und die Zustimmungserklärung der vorgeschlagenen Personen zur Annahme der Wahl ein. Er stellt eine Liste der Wahlvorschläge auf und gibt diese Liste sowie den Ablauf der Wahl spätestens eine Woche vor dem Wahltermin bekannt. Der Wahlausschuss organisiert bei Bedarf die Briefwahl gemäß § 10 Absatz 2.

(2) Der Wahlausschuss hat die Wahl zu überwachen, die Stimmen auszuzählen und das Wahlergebnis in einer Niederschrift festzustellen. Das Ergebnis der Wahl hat er in der Einrichtung in geeigneter Weise allen Bewohnerinnen und Bewohnern bekanntzumachen. Der Wahlausschuss informiert unverzüglich die gewählten Mitglieder der Bewohnervertretung, die nicht in der Einrichtung wohnen, über das Ergebnis der Wahl.

(3) Der Wahlausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit.

(4) Der Wahlausschuss hat der zuständigen Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland den Zeitpunkt der Wahl, die Anzahl der Mitglieder der Bewohnervertretung und nach der Wahl das Wahlergebnis mitzuteilen.

Wahlversammlung, Vereinfachtes Verfahren

(1) Die Bewohnervertretung kann auch auf einer Wahlversammlung gewählt werden. Der Wahlausschuss entscheidet, ob ein solches vereinfachtes Wahlverfahren durchgeführt wird.

(2) Bewohnerinnen und Bewohnern, die an der Wahlversammlung nicht teilnehmen, ist innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stimmabgabe zu geben. Die Stimmauszählung der Wahl darf erst nach Ablauf dieser Frist durchgeführt werden.

(3) Der Wahlausschuss hat mindestens zehn Tage vor dem Termin zur Wahlversammlung einzuladen.

(4) In der Wahlversammlung selbst können Personen nach § 9 Absatz 2 für die Wahl zur Bewohnervertretung vorgeschlagen werden. Die vorgeschlagenen Personen können ihre Zustimmung oder Ablehnung direkt erklären.

(5) Die Leitung der Einrichtung kann an der Wahlversammlung teilnehmen. Der Wahlausschuss kann die Leitung durch Beschluss von der Wahlversammlung ausschließen.

(6) Im vereinfachten Verfahren kann die Bewohnervertretung oder der Wahlausschuss im Einvernehmen mit der Leitung der Einrichtung bei der zuständigen Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland eine Ausnahme von der Anzahl der Mitglieder der Bewohnervertretung nach § 8 Absatz 1 Satz 2 beantragen.

§ 14

Wahlanfechtung

(1) Die Wahl kann innerhalb einer Frist von zwei Wochen vom Tage der Bekanntgabe des Wahlergebnisses an gerechnet bei der zuständigen Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland angefochten werden, wenn Verstöße gegen die §§ 9, 10, 12 oder 13 geltend gemacht werden. Eine Anfechtung muss von mindestens drei Wahlberechtigten nach § 9 Absatz 1 unterstützt werden. Sie ist ausgeschlossen, wenn sich durch den geltend gemachten Verstoß keine Änderung des Wahlergebnisses ergeben würde.

(2) Erweist sich die Anfechtung als begründet, erlischt die Mitgliedschaft in der Bewohnervertretung. Das gesamte Wahlverfahren ist von der Bestimmung eines Wahlausschusses an von Anfang an neu einzuleiten und zu betreiben.

§ 15

Erlöschen der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft in der Bewohnervertretung erlischt durch

1. den Ablauf der Amtszeit,
2. die begründete Wahlanfechtung
3. die Niederlegung der Tätigkeit,
4. das Ausscheiden aus der Einrichtung,
5. den Verlust der Wählbarkeit oder
6. die Feststellung der zuständigen Behörde nach § 19 des

Landesheimgesetzes Saarland, dass das Mitglied seinen Pflichten nicht mehr nachkommt oder nachkommen kann. Ein entsprechender Antrag an die zuständige Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland ist nur zulässig, wenn er von mehr als der Hälfte der Mitglieder der Bewohnervertretung unterstützt wird.

Neuwahl

Die Bewohnervertretung ist neu zu wählen, wenn

1. sie mit der Mehrheit der Mitglieder ihren Rücktritt beschlossen hat oder
2. die Gesamtzahl der Mitglieder auf weniger als die Hälfte der nach § 8 Absatz 1 Satz 2 oder nach § 13 Absatz 6 festgelegten Mitgliederzahl gesunken ist oder
3. ihr keine Bewohnerin oder kein Bewohner mehr angehört.

§ 17

Nachrücken

Scheidet ein Mitglied aus der Bewohnervertretung aus, so rückt die nicht gewählte Bewerberin oder der nicht gewählte Bewerber mit der höchsten Stimmenzahl in die Bewohnervertretung nach. § 10 Absatz 4 Satz 4 und 5 gelten entsprechend.

§ 18

Einberufung, Vorsitz und Vertretung der Bewohnervertretung

- (1) Der Wahlausschuss beruft die Mitglieder der Bewohnervertretung binnen zwei Wochen nach Bekanntmachung des Wahlergebnisses zu einer ersten Sitzung ein. Er leitet die Sitzung bis zur Wahl der oder des Vorsitzenden. Danach ist seine Arbeit beendet.
- (2) Die Bewohnervertretung wählt aus ihrer Mitte eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und bestimmt die Stellvertretung. Diese oder dieser vertritt die Bewohnervertretung im Rahmen der von ihr gefassten Beschlüsse nach außen.
- (3) Die oder der Vorsitzende der Bewohnervertretung lädt zu den kommenden Sitzungen ein, setzt die Tagesordnung fest und leitet die Sitzung. Sie oder er hat die Mitglieder der Bewohnervertretung zu der Sitzung mit einer Frist von sieben Tagen unter Mitteilung der Tagesordnung einzuladen.
- (4) Auf Antrag eines Viertels der Mitglieder der Bewohnervertretung oder der Leitung der Einrichtung hat die oder der Vorsitzende zu einer Sitzung einzuladen und den Gegenstand, dessen Beratung beantragt ist, auf die Tagesordnung zu setzen.
- (5) Die Leitung der Einrichtung ist über den Zeitpunkt der Sitzung der Bewohnervertretung rechtzeitig zu unterrichten. An Sitzungen, zu denen die Leitung ausdrücklich eingeladen wird, hat sie teilzunehmen.
- (6) Die Bewohnervertretung kann beschließen, dass neben den in § 2 Absatz 4 genannten Personen Bewohnerinnen oder Bewohner an einer Sitzung oder an Teilen einer Sitzung teilnehmen können.

§ 19

Beschlüsse der Bewohnervertretung

- (1) Die Bewohnervertretung ist beschlussfähig, wenn
1. die Einladung zur Sitzung gemäß § 18 Absatz 3 und 4 ergangen ist und
 2. mindestens die Hälfte der gewählten Mitglieder anwesend ist.
- (2) Die Beschlüsse der Bewohnervertretung werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme der oder des Vorsitzenden.
- (3) Beschlüsse sind unwirksam, wenn ihnen das in der Einrichtung wohnende Mitglied oder die Mehrheit der in der Einrichtung wohnenden Mitglieder der Bewohnervertretung nicht zugestimmt haben.

§ 20

Sitzungsniederschrift

Über jede Sitzung der Bewohnervertretung ist eine Niederschrift anzufertigen, die mindestens das Datum der Sitzung, die Sitzungsteilnehmer und die gefassten Beschlüsse enthält. Die Niederschrift ist von der oder dem Vorsitzenden und einem weiteren Mitglied der Bewohnervertretung zu unterschreiben.

§ 21

Informationspflicht der Bewohnervertretung

Die Bewohnervertretung hat die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung in geeigneter Weise über ihre Arbeit zu informieren. Sie soll mindestens einmal jährlich eine Informationsveranstaltung durchführen. Informationsveranstaltungen in einzelnen Wohnbereichen sind zulässig. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind berechtigt, zur Informationsveranstaltung Personen ihres Vertrauens hinzuzuziehen. Auf Verlangen der Bewohnervertretung hat die Leitung der Einrichtung an der Informationsveranstaltung teilzunehmen.

§ 22

Benachteiligungs- und Begünstigungsverbot

- (1) Die Mitglieder der Bewohnervertretung dürfen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nicht behindert und wegen ihrer Tätigkeit nicht benachteiligt oder begünstigt werden.
- (2) Die Bewohnerinnen und Bewohner dürfen wegen einer Tätigkeit ihrer Angehörigen, ihrer gesetzlichen Vertretung oder der von ihnen bevollmächtigten Personen in der Bewohnervertretung nicht benachteiligt oder begünstigt werden.

§ 23

Verschwiegenheitspflicht

Die Mitglieder der Bewohnervertretung haben über die ihnen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben bekannt gewordenen Tatsachen Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt auch für die Personen im Sinne des § 18 Absatz 6.

Unterabschnitt 2. Bewohnerversammlung

§ 24

Einladung zur Bewohnerversammlung

(1) Der Träger oder die Leitung der Einrichtung haben mindestens einmal in jedem Halbjahr zu einer Bewohnerversammlung mit einer Frist von zwei Wochen einzuladen.

(2) Zu einer Bewohnerversammlung ist auf Verlangen von mindestens fünf Wahlberechtigten nach § 9 Absatz 1 einzuladen. Der Gegenstand, dessen Beratung beantragt wurde, ist auf die Tagesordnung zu setzen.

(3) An einer Bewohnerversammlung können neben den Bewohnerinnen und Bewohnern auch ihre Angehörigen, ihre gesetzliche Vertretung und die von ihnen bevollmächtigten Personen teilnehmen.

§ 25

Mitwirkung durch die Bewohnerversammlung

(1) Anliegen und Anträge der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten nach § 2 sind auf die Tagesordnung zu setzen und in der Bewohnerversammlung zu beraten.

(2) Beschlüsse der Bewohnerversammlung werden mit einfacher Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner gefasst. Die Beschlüsse sind den Bewohnerinnen und Bewohnern in geeigneter Form mitzuteilen.

(3) Über die Bewohnerversammlung ist eine Niederschrift anzufertigen, die von dem Träger oder der Leitung der Einrichtung und einem weiteren Mitarbeiter der Einrichtung zu unterzeichnen ist. In der Niederschrift sind neben dem Datum der Bewohnerversammlung mindestens die gefassten Beschlüsse wiederzugeben.

Unterabschnitt 3. Externer Bewohnerbeirat

§ 26

Zusammensetzung des externen Bewohnerbeirates

Für die Mitgliederzahl des externen Bewohnerbeirates gilt § 8 Absatz 1 bis 3 Satz 1 entsprechend.

§ 27

Wahl und Mitwirkung

(1) Wählbar für den externen Bewohnerbeirat sind ehrenamtlich in der Einrichtung sowie in der kommunalen Senioren- oder Behindertenarbeit tätige Personen.

(2) § 9 Absatz 3 und die §§ 10 bis 23 gelten entsprechend.

(3) Vorschlagsberechtigt sind die Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Angehörigen, ihre gesetzliche Vertretung, die von ihnen bevollmächtigten

Personen, die Seniorenbeiräte oder Seniorenbeauftragten von Städten und Gemeinden, die regionalen Verbände der Senioren- oder Behindertenarbeit und die regional tätigen Sozialverbände.

Abschnitt 3.

Bewohnerfürsprecherin oder Bewohnerführsprecher

§28

Bestellung der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerführsprechers

(1) In Einrichtungen, in denen ein Mitwirkungsgrremium nach § 9 Absatz 1 Satz 3 des Landesheimgesetzes Saarland nicht gebildet werden kann, bestellt die zuständige Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland auf Vorschlag der Leitung der Einrichtung eine Bewohnerfürsprecherin oder einen Bewohnerführsprecher. Die Bestellung bedarf der Zustimmung der vorgeschlagenen Person.

(2) Zur Bewohnerfürsprecherin oder zum Bewohnerführsprecher darf nur bestellt werden, wer nach seiner Persönlichkeit und seinen Fähigkeiten für diese Tätigkeit geeignet ist. § 9 Absatz 3 gilt entsprechend.

(3) Die Amtszeit der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerführsprechers beträgt zwei Jahre. Sie kann verlängert werden, wenn in der Einrichtung auf

(4) Grund der besonderen Bewohnerstruktur ein Mitwirkungsgrremium nach § 9 Absatz 1 Satz 3 des Landesheimgesetzes Saarland nicht gebildet werden kann.

(5) Die Bestellung ist der Bewohnerfürsprecherin oder dem Bewohnerführsprecher sowie dem Träger und der Leitung der Einrichtung schriftlich mitzuteilen. Die Leitung der Einrichtung hat die Bewohnerinnen und Bewohner in geeigneter Weise über die Bestellung zu informieren.

§ 29

Mitwirkung der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerführsprechers

Für die Mitwirkung der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerführsprechers gelten die §§ 2, 5 und 6 sowie die §§ 21 bis 23 entsprechend.

§ 30

Beendigung des Amtes der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerführsprechers

(1) Das Amt der Bewohnerfürsprecherin oder des Bewohnerführsprechers endet mit der Bildung eines Mitwirkungsgrremiums nach § 9 Absatz 1 Satz 3 des Landesheimgesetzes Saarland. Die zuständige Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland hat die bestellte Bewohnerfürsprecherin oder den bestellten Bewohnerführsprecher hierüber schriftlich zu informieren.

(2) Die zuständige Behörde nach § 19 des Landesheimgesetzes Saarland hat die Bestellung nach § 28 Absatz 1 aufzuheben, wenn

1. die Bewohnerfürsprecherin oder der Bewohnerführsprecher die Voraussetzungen des § 28 Absatz 2 nicht mehr erfüllt oder

2. die Bewohnerfürsprecherin oder der Bewohnerfürsprecher gegen seine Amtspflichten verstoßen hat oder

3. wenn eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Bewohnerfürsprecherin oder dem Bewohnerfürsprecher und den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung nicht mehr möglich ist. Dadurch endet die Bestellung.

(3) Im Übrigen endet die Bestellung zur Bewohnerfürsprecherin oder zum Bewohnerfürsprecher mit der Niederlegung des Amtes.

(4) In den Fällen des Absatzes 2 und 3 sind der Träger und die Leitung der Einrichtung hierüber schriftlich zu informieren. Die Leitung der Einrichtung hat die Bewohnerinnen und Bewohner in geeigneter Weise über die Beendigung der Bestellung des Bewohnerfürsprechers zu unterrichten.

Abschnitt 4. Schlussbestimmungen

§ 31

Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne von § 16 Absatz 2 Nummer 4 des Landesheimgesetzes Saarland handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 22 Absatz 1 die Wahrnehmung der Mitwirkung nach § 2 durch ein Mitwirkungs-gremium oder den Bewohnerfürsprecher behindert,

2. gegen § 6 verstößt,

3. seinen Mitteilungspflichten nach § 7 nicht nachkommt,

4. entgegen § 22 Absatz 2 eine Bewohnerin oder einen Bewohner benachteiligt oder begünstigt oder

5. entgegen § 24 Absatz 1 oder 2 seiner Verpflichtung, eine Bewohner-versammlung einzuberufen, nicht nachkommt.

§ 32

Übergangsregelungen

(1) Soweit sich Heimbeiräte gemäß § 23 des Landesheimgesetzes Saarland in Verbindung mit der Heimmitwirkungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Juli 2002 (BGBl. I S. 2896) bei Inkrafttreten dieser Verordnung im Amt befinden, bleiben sie bis zum Ablauf ihrer Amtszeit im Amt.

(2) Die Bestellung zum Heimfürsprecher nach § 23 des Landesheimgesetzes Saarland in Verbindung mit § 25 der Heimmitwirkungsverordnung endet spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Verordnung.

(3) Bestehen bei Inkrafttreten dieser Verordnung Ersatzgremien gemäß § 23 des Landesheimgesetzes Saarland in Verbindung mit § 28a der Heimmitwirkungsverordnung, ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung ein Mitwirkungs-gremium zu bilden.

§ 33

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

D). V.

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT - 1

BvR 2980/14 -

In dem Verfahren über die Verfassungsbeschwerde

1. der Frau R ,
vertreten durch den Betreuer B ,
2. des Herrn B , vertreten
durch Frau B ,
3. der Frau K ,
4. der Frau P ,
5. des Herrn H ,
6. des Herrn W ,

- Bevollmächtigte: 1. Rechtsanwalt Dr. Christoph Lindner,
Hechtseestraße 16, 83022 Rosenheim,
2. Professor Dr. Alexander Graser,
Brennereistraße 66, 85662 Hohenbrunn -

gegen den „Pflegerotstand“

hat die 1. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts durch

den Vizepräsidenten Kirchhof,
den Richter Eichberger
und die Richterin Britz

gemäß § 93b in Verbindung mit § 93a BVerfGG in der Fassung der
Bekanntmachung vom 11. August 1993 (BGBl I S. 1473)
am 11. Januar 2016 einstimmig beschlossen:

Die Verfassungsbeschwerde wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Gründe:

Die Beschwerdeführer begehren die Feststellung, dass die gegenwärtigen staatlichen Maßnahmen zum Schutze der Grundrechte von Pflegeheimbewohnern nicht genügen und der Staat zur Abhilfe und kontinuierlichen Überprüfung verpflichtet ist.

I.

Personen haben gemäß § 43 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB I) Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Die Leistungen bei häuslicher Pflege wurden zum 1. April 1995, die Leistungen bei stationärer Pflege zum 1. Juli 1996 eingeführt (Art. 1 § 1 Abs. 5 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit - Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG vom 26. Mai 1994, BGBl I S. 1014).

In Bezug auf die Sicherstellung der Qualität vollstationärer Pflegeeinrichtungen werden die §§ 112 bis 120 SGB I von weiteren gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen flankiert. Das bundeseinheitliche Heimgesetz (HeimG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl I S. 2970), das zuletzt durch Art. 3 Satz 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl I S. 2319) geändert worden ist, wurde nach Übertragung der ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht auf die Länder durch Art. 1 Nr. 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd des Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes vom 28. August 2006 (BGBl I S. 2034) nach und nach durch entsprechende Ländervorschriften ersetzt.

Auf der Grundlage des § 113 SGB I haben der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB I in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011“ vereinbart.

Zur Überprüfung der Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen und vertraglichen Vereinbarungen führt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mindestens einmal jährlich Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen als Regel-, Anlass- oder Wiederholungsprüfung auf der Grundlage des § 114 SGB I durch.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden gemäß § 115 Abs. 1a Satz 1 SGB I im Internet und in anderer Form kostenfrei veröffentlicht. Der Gesetzgeber hat dieses Instrument zur Verbesserung von Transparenz und Vergleichbarkeit von Qualitätsprüfungen durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PflegeWG) vom 28. Mai 2008 (BGBl I S. 874) eingeführt.

Die soziale Pflegeversicherung war seitdem Gegenstand weiterer Reformen. Mit

dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl I S. 2246) wurden insbesondere die besonderen Bedarfe von Pflegebedürftigen mit dementiellen Erkrankungen berücksichtigt und - zunächst in der häuslichen und teilstationären Versorgung - Leistungen weiter erhöht. Insbesondere erhalten nach der Übergangsvorschrift des § 123 SGB I Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzliche Leistungen auch unabhängig vom Vorliegen einer Pflegestufe (so genannte Pflegestufe 0).

Es folgte das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl I S. 2222), das zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist. Am 7. September 2015 hat die Bundesregierung den Entwurf für das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG II) auf den Weg gebracht.

II.

Die Verfassungsbeschwerde wurde von mehreren Beschwerdeführern erhoben, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes fürchten, in absehbarer Zeit vollstationärer Pflege in einem Pflegeheim zu bedürfen. Zum Teil nehmen die Beschwerdeführer bereits ambulante Pflegedienste in Anspruch oder werden von Angehörigen im häuslichen Umfeld gepflegt. Bei zwei der sechs Beschwerdeführern wurde eine Demenzerkrankung diagnostiziert, bei zwei Beschwerdeführern bestehen hierzu Anhaltspunkte oder sie sind erblich mit einem erhöhten Risiko belastet. Zwei Beschwerdeführer sind krankheitsbedingt auf einen Rollstuhl angewiesen und benötigen zur Bewältigung des Alltags Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst.

Mit ihrer Verfassungsbeschwerde wollen die Beschwerdeführer auf Missstände in deutschen Pflegeheimen aufmerksam machen und halten die Verletzung von Schutzpflichten der öffentlichen Gewalt gegenüber den Bewohnern von Pflegeheimen aufgrund von gesetzgeberischer Untätigkeit für gegeben.

Bewohner von Pflegeheimen seien gravierenden Versorgungsmängeln ausgesetzt, die von unzureichender Mobilisierung bis hin zu einer mangelnden Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung reiche.

Die Verfassungsbeschwerde benennt die Schwierigkeiten in der Praxis, den Umfang der Versorgungsmängel exakt festzustellen; die Datenlage sei insoweit lückenhaft. Aufgrund der in den Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung dokumentierten Pflegemängel müsse zudem von einer erheblichen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Die bisherigen Reformen und Gesetzesnovellen hätten keine spürbare Verbesserung der Situation von Pflegeheimbewohnern gebracht.

Da die physische und mentale Konstitution von Heimbewohnern in der Regel so schwach sei, dass Rechtsschutz gegen konkrete Pflegemaßnahmen in der Praxis

nicht in Anspruch genommen würde, dürften die Beschwerdeführer nicht auf den vor Erhebung der Verfassungsbeschwerde zu erschöpfenden fachgerichtlichen Rechtsweg verwiesen werden.

Die Beschwerdeführer sehen sich in ihren Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 sowie Art. 1 Abs. 1 GG verletzt.

III.

Die Verfassungsbeschwerde ist nicht zur Entscheidung anzunehmen. Sie erweist sich insgesamt als unzulässig, weil sie nicht den an sie zu stellenden Begründungserfordernissen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 2, § 92 BVerfGG genügt.

Nach § 23 Abs. 1 Satz 2, § 92 BVerfGG muss sich eine Verfassungsbeschwerde mit dem zugrunde liegenden einfachen Recht sowie mit der verfassungsrechtlichen Beurteilung des vorgetragenen Sachverhalts auseinandersetzen und hinreichend substantiiert darlegen, dass eine Grundrechtsverletzung möglich erscheint (vgl. BVerfGE 89, 155 171). Der Beschwerdeführer muss darlegen, mit welchen verfassungsrechtlichen Anforderungen die angegriffene Maßnahme kollidiert (vgl. BVerfGE 108, 370 386). Soweit das Bundesverfassungsgericht für bestimmte Fragen bereits verfassungsrechtliche Maßstäbe entwickelt hat, muss anhand dieser Maßstäbe aufgezeigt werden, inwieweit Grundrechte durch die angegriffene Maßnahme verletzt werden (vgl. BVerfGE 99, 84 87 ; 101, 331 346 ; 102, 147 164).

1. Nur in seltenen Ausnahmefällen lassen sich der Verfassung konkrete Pflichten entnehmen, die den Gesetzgeber zu einem bestimmten Tätigwerden zwingen. Ansonsten bleibt die Aufstellung und normative Umsetzung eines Schutzkonzepts dem Gesetzgeber überlassen. Ihm kommt ein weiter Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu (vgl. BVerfGE 77, 170 214 ; 79, 174 202 ; 88, 203 262 ; 96, 56 64 ; 106, 166 177 ; 121, 317 356). Nach dem Grundsatz der Gewaltenteilung und dem demokratischen Prinzip der Verantwortung des vom Volk unmittelbar legitimierten Gesetzgebers muss dieser selbst die regelmäßig höchst komplexe Frage entscheiden, wie eine aus der Verfassung herzuleitende Schutzpflicht verwirklicht werden soll (vgl. BVerfGE 56, 54 81). Die Entscheidung, welche Maßnahmen geboten sind, kann vom Bundesverfassungsgericht nur begrenzt nachgeprüft werden. Das Bundesverfassungsgericht kann erst dann eingreifen, wenn der Gesetzgeber seine Pflicht evident verletzt hat (vgl. BVerfGE 56, 54 80 f. ; 77, 170 214 f. ; 79, 174 202 ; 85, 191 212 ; 92, 26 46 ; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 26. Mai 1998 - 1 BvR 180/88 -, NJW 1998, S. 3264 ff.; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 29. Juli 2009 - 1 BvR 1606/08 -, juris, Rn. 12). Einen Verfassungsverstoß durch unterlassene Nachbesserung eines Gesetzes kann das Bundesverfassungsgericht insbesondere erst dann feststellen, wenn evident ist, dass eine ursprünglich rechtmäßige Regelung wegen zwischenzeitlicher Änderung der Verhältnisse verfassungsrechtlich untragbar geworden ist, und wenn der Gesetzgeber gleichwohl weiterhin untätig geblieben ist oder offensichtlich fehlsame Nachbesserungsmaßnahmen getroffen hat (vgl. BVerfGE 56, 54 81 f.).

Nach diesen Maßstäben ist eine Verletzung einer grundrechtlichen Schutzpflicht durch grundgesetzwidriges Unterlassen des Gesetzgebers hier nicht hinreichend substantiiert vorgetragen. Weder führen die Beschwerdeführer aus, unter welchen Gesichtspunkten die bestehenden landes- und bundesrechtlichen Regelungen zur Qualitätssicherung evident unzureichend sein sollten, noch zeigt die Verfassungsbeschwerde substantiiert auf, inwieweit sich eventuelle Defizite in der Versorgung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen durch staatliche normative Maßnahmen effektiv verbessern ließen.

2. Die Verfassungsbeschwerde zeigt auch nicht hinreichend substantiiert auf, dass die Beschwerdeführer selbst, gegenwärtig und unmittelbar in ihren Grundrechten verletzt sind im Sinne des § 90 Abs. 1 Satz 1 BVerfGG.

Die Verfassungsbeschwerde ist ein Rechtsbehelf zur Verteidigung eigener subjektiver Rechte (vgl. BVerfGE 15, 298 301 ; 43, 142 147). Weder das Grundgesetz noch das Gesetz über das Bundesverfassungsgericht kennen eine „Popularklage“ des Bürgers (vgl. BVerfGE 49, 1 8 ; 64, 301 319). Zur Zulässigkeit einer Verfassungsbeschwerde gehört vielmehr die schlüssige Behauptung des Beschwerdeführers, dass er selbst, gegenwärtig und unmittelbar durch die öffentliche Gewalt in seinen grundrechtlich geschützten Positionen verletzt ist (vgl. BVerfGE 53, 30 48 ; 79, 1 14 f. ; 102, 197 206 f. ; 123, 267 329).

Die Möglichkeit der eigenen und gegenwärtigen Betroffenheit ist grundsätzlich erfüllt, wenn der Beschwerdeführer darlegt, dass er mit einiger Wahrscheinlichkeit durch die auf den angegriffenen Rechtsnormen beruhenden Maßnahmen in seinen Grundrechten berührt wird (vgl. BVerfGE 109, 279 307 f.).

Nach diesen Maßstäben ist eine eigene und gegenwärtige Betroffenheit der nicht in einem Pflegeheim lebenden Beschwerdeführer nicht hinreichend dargelegt worden.

Zunächst ist bereits die Notwendigkeit von stationärer Pflege in der Person der Beschwerdeführer nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit gegeben. Hinzu kommt, dass Pflegebedürftige gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB I zwischen den für die Versorgung zugelassenen Pflegeheimen wählen können. Gegenüber grundrechtswidrigen Pflegemaßnahmen ist um fachgerichtlichen Rechtsschutz zu ersuchen.

Diese Entscheidung ist unanfechtbar.

Kirchhof

Eichberger

Britz

Bundesverfassungsgericht, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 11. Januar 2016 - 1 BvR 2980/14

Zitiervorschlag BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 11. Januar 2016 - 1 BvR 2980/14 - Rn. (1-26), http://www.bverfg.de/e/rk20160111_1bvr298014.html

D). VI.

**Kooperationsvertrag
nach § 119b Abs. 1 i.V.m. § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 SGB V
entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V
zur Förderung der kooperativen und
koordinierten ärztlichen und pflegerischen
Versorgung in stationären Pflegeheimen
(Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)**

Zwischen

dem Caritas SeniorenHaus Bous, Klosterweg 1, 66359 Bous,
in Rechtsträgerschaft der cts Altenhilfe GmbH, Rhönweg 6, 66113 Saarbrücken

und

der Gemeinschaftspraxis

**Dr. Bernd Steffens LAN 002890401
Gabriele Austen LAN 754451602
Elvira Probst LAN 607823101
Dr. Ursula Dinsenbacher LAN 388609902
Dr. Andreas Dinsenbacher LAN 188069703
Dr. Philip Steffens LAN 536731501**

Kirchstr. 9 , 66359 Bous

BSN Nr. 738801000

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen

§ 1 Gegenstand des Kooperationsvertrages

- (1) Die Pflegeeinrichtung und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- oder Fachärzte bzw. MVZs schließen diesen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V, um den Patientinnen und Patienten in der Pflegeeinrichtung eine koordinierte und strukturierte Versorgung anzubieten.
- (2) Der Rahmen, der durch die grundlegenden Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Pflegeeinrichtung in der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) gesetzt wird, wird durch diesen Kooperationsvertrag ausgestaltet.
- (3) Dieser Kooperationsvertrag ist die Grundlage für Zuschläge nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 i.V.m. § 119b Abs. 1 SGB V, sofern die KV SAAR mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Vereinbarungen über Zuschläge nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 i.V.m. § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen haben.
- (4) Durch eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen insbesondere
- die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes vermieden,
 - vermeidbarer Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte reduziert,
 - eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen koordiniert sowie
 - eine indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung gefördert werden.
- (5) Die Vertragspartner arbeiten eng, kooperativ und vertrauensvoll zusammen. Dies umfasst den Aufbau strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch.
- (6) Der Abschluss des Kooperationsvertrages ist für den Arzt und die stationäre Pflegeeinrichtung freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl der Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung bleibt unberührt.

□ FÜR HAUSÄRZTE

§ 2 Aufgaben Hausarzt

(1) Der Hausarzt übernimmt die Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses. Hierzu gehört die Veranlassung und Durchführung und / oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen. Dies wird durch die nachfolgenden Absprachen zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch und zur Dokumentation gewährleistet.

(2) Der Hausarzt und die Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die Visiten regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen, d.h. i.d.R. findet die Visite

2 x pro Woche

(3) Der Hausarzt teilt der Pflegeeinrichtung mit, wer ihn im Fall seiner Verhinderung (z.B. wegen Urlaub oder Krankheit) vertritt.

(4) Ist eine Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erforderlich, orientiert sich der Hausarzt am Patientenwohl und am Patientenwillen und berücksichtigt bei der Verordnung die bestehenden Versorgungsstrukturen. Er kommuniziert mit dem behandelnden Krankenhausarzt nach einer Krankenhauseinweisung und nach der Entlassung.

(5) Der Hausarzt steht dem Versicherten und den Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zur Verfügung.

(6) Der Hausarzt koordiniert bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Patienten der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen sowie der Pflegekräfte (ggf. auch telefonisch).

(7) Der Hausarzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes getroffen:

Erreichbarkeit auch zu o.g. Zeiten!

(8) Zur telefonischen Erreichbarkeit des Hausarztes wird folgende Vereinbarung getroffen:

Der Pflegeeinrichtung sind die Telefonnummern für nachts und für Wochenenden und Feiertage bekannt. Im Notfall ist immer zuerst die Praxis zu informieren, nur bei Nichterreichbarkeit ist der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst in Anspruch zu nehmen.

□ FÜR FACHÄRZTE

§ 3 Aufgaben Fachärzte

(1) Der Facharzt arbeitet mit dem den Patienten in der Pflegeeinrichtung behandelnden Hausarzt zusammen. Dies bedeutet insbesondere, dass er schriftlich (z.B. _____) den behandelnden Hausarzt bei Änderung des Befundes, der Diagnose oder der Therapie über die Diagnosestellung und die Behandlungsmaßnahmen informiert.

(2) Der Facharzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Regelung zu bedarfsgerechten, regelmäßigen Besuchen bzw. Konsilen der Versicherten möglichst in Absprache mit dem Hausarzt getroffen

(3) Der Facharzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes getroffen:

(4) Der Facharzt und die Pflegeeinrichtung haben zur telefonischen Erreichbarkeit folgende Vereinbarung getroffen:

§ 4 Aufgaben stationäre Pflegeeinrichtung

- (1) Zur Förderung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten benennt die stationäre Pflegeeinrichtung eine Pflegefachkraft als Ansprechpartner für den Vertragsarzt. Dieser Ansprechpartner wird ebenfalls durch eine Pflegefachkraft vertreten.
- (2) Für die Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit wurde bei nicht aufschiebbaren Fällen folgende Absprache getroffen:

§ 52 (8)

Die Pflegeeinrichtung erhält spezielle Telefonnummern, um die Erreichbarkeit zu gewährleisten.

- (3) Pflegefachkräfte nehmen bei Bedarf und mit Zustimmung des Versicherten an den Visiten sowie regelhaft an interdisziplinären Fallbesprechungen teil.
- (4) Die Pflegeeinrichtung gewährleistet die Umsetzung geänderter Arzneimittelverordnungen, z.B. die Verabreichung von flüssigen und festen geteilten Darreichungsformen.
- (5) Die Pflegeeinrichtung unterstützt bedarfsorientiert den Vertragsarzt bei der Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.
- (6) Sollte der Vertragsarzt nicht erreichbar sein, wird für die Rücksprache vor einem ggf. notwendigen Krankenhausaufenthalt Folgendes vereinbart:

Rücksprache mit vertretenden Kollegen/Kolleginnen innerhalb der Gemeinschaftspraxis

- (7) Zur Wahrung der Intimsphäre und der Vertraulichkeit der Behandlung wurden folgende Vorkehrungen vereinbart
- _____
- _____
- _____
- _____

§ 5 Zusammenarbeit

(1) Zur Konkretisierung der engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit haben die Pflegeeinrichtung und der Vertragsarzt ggf. folgende Maßnahmen ergriffen:¹

Fortführung der seit Jahren bestehenden guten Kooperation, regelm. Fallkonferenzen

(2) Bezüglich der Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen haben der Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung Folgendes als gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung vereinbart:

Dokumentation der Kosten und der umzusetzenden Maßnahmen i.R. der Pflegedokumentation und in der Praxisakte

(3) Der Vertragsarzt ist mit der Übermittlung seines Namens und seiner LANR an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Informationspflicht der Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI einverstanden.

§ 6 Anerkennung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung

Dieser Kooperationsvertrag ist Voraussetzung für die Zahlung von Zuschlägen entsprechend der zwischen der KV SAAR und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen geschlossenen Verträge nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 i.V.m. § 119b Abs. 1 SGB V. Bei der Abrechnung sind die Vorgaben der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 und Abs. 3 SGB V einschließlich der Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zur Vorlage dieses Vertrages und ggf. zur Kennzeichnung, zu beachten.²

¹ Hier können beispielsweise die Erarbeitung von Kommunikationsleitfäden und Prozessleitfäden sowie der Absprachen zur Kommunikation aufgeführt werden.

² Die KV kann hierfür besondere Abrechnungs- und Vergütungsregelungen hier oder auch in einer Anlage ergänzen.

§ 7 Schweigepflicht

Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass zur Durchführung der hier getroffenen Vereinbarungen, insbesondere zur Dokumentation und zum Informationsaustausch, entsprechende schriftliche Erklärungen des Patienten oder seines Bevollmächtigten oder Betreuers zur Entbindung von der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht vorliegen.

§ 8 Datenschutz

(1) Der Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung sind damit einverstanden, dass dieser Kooperationsvertrag über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie über die Landesverbände der Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses zum Zwecke der Evaluation nach § 119b Abs. 3 SGB V zur Verfügung gestellt wird.

(2) Der Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung stimmen der Erfassung dieser Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung zur allgemeinen Information der Öffentlichkeit über die Umsetzung der Zuschläge zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung nach § 87a Abs. 2 S. 3 Nr. 2 i.V.m. § 119b Abs. 1 SGB V zu.

(3) Im Übrigen sind die Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

§ 10 Schlussbestimmungen

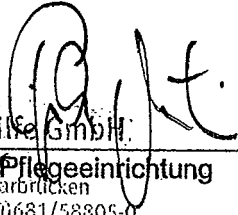
Diese Kooperationsvereinbarung nach § 119b Abs. 1 SGB V wird mit Wirkung zum 1.7.2016 geschlossen. Sie kann von den Vertragspartnern mit einer Kündigungsfrist von 3 ~~Monaten / Wochen~~ bis zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung ist über Vertragsänderungen und das Vertragsende unverzüglich schriftlich zu informieren.

Anlage Arztgruppen und Arztnetze

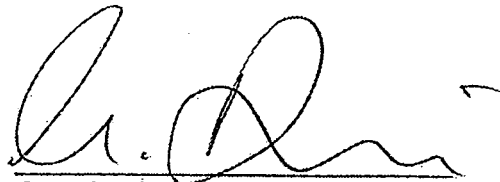
- (1) Arztgruppen oder Arztnetze können gemeinsam die Versorgung einer Pflegeeinrichtung übernehmen.
- (2) Die Mitglieder der Arztgruppe oder des Arztnetzes, die ebenfalls eine Kooperationsvereinbarung mit der Pflegeeinrichtung nach § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen haben, werden in einem gesonderten Anhang benannt, sofern Sie einverstanden sind.
- (3) Als Koordinationsarzt wird Herr / Frau _____

Dr. Ursula Dinsenbacher bestimmt

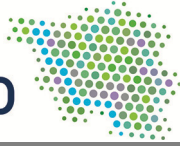
SB, 01.07.2016
Ort, Datum


acts
Caritas
Altenhilfe GmbH
Stationäre Pflegeeinrichtung
65113 Saarbrücken
Tel. + 49(0)681/58805-0
Fax + 49(0)681/58805-109
www.acts-mbh.de

Bous, 1.7.2016
Ort, Datum

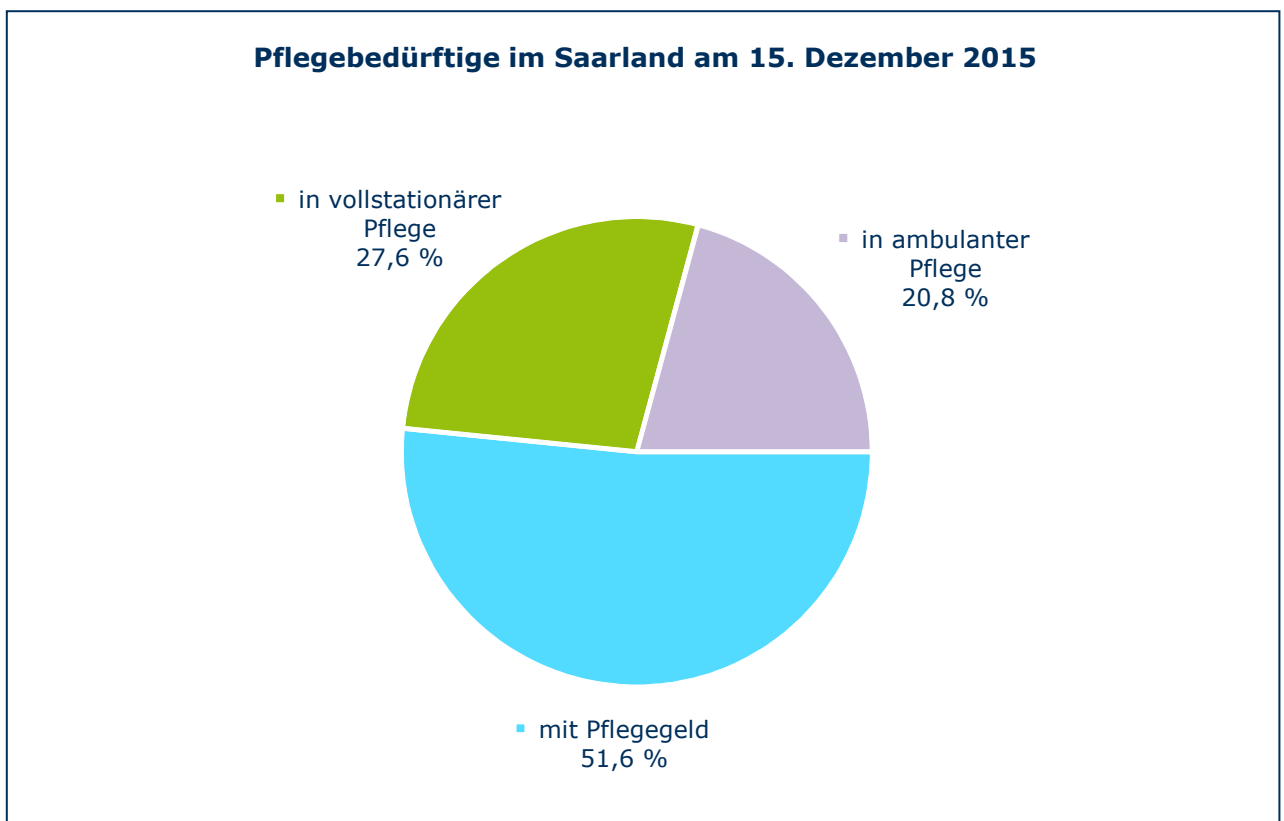

Gemeinschaftspraxis

Gemeinschaftspraxis Dr. Bernd Steffens Gabriele Austen Dr. Ursula Dinsenbacher Elvira Probst Bous 73-33-010-00
--



Pflegestatistik im Saarland 2015

Pflegebedürftige im Saarland am 15. Dezember 2015



Ausgegeben im Dezember 2016

© Statistisches Amt Saarland, Saarbrücken, 2016.

Für nichtgewerbliche Zwecke sind Vervielfältigung und unentgeltliche Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet. Die Verbreitung, auch auszugsweise, über elektronische Systeme/Datenträger bedarf der vorherigen Zustimmung. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.

Herausgeber: Statistisches Amt Saarland, Virchowstraße 7, 66119 Saarbrücken, Postfach 10 30 44, 66030 Saarbrücken
Telefon: (0681) 501 5925 - Fax: (0681) 501 5915 - E-Mail: statistik@lzd.saarland.de - Internet: <http://www.statistik.saarland.de>

Inhaltsübersicht

Seite

Vorbemerkungen und Erläuterungen	3
Tabellenteil	
A Ambulante Pflege	
1 Pflegedienste nach Art und Träger der Einrichtung	5
2 Personal in Pflegediensten nach Geschlecht, Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich	6
3 Pflegebedürftige in Pflegediensten nach Pflegestufen, Altersgruppen, Geschlecht und Trägergruppen	7
B Stationäre Pflege	
1 Pflegeheime nach Art und Träger der Einrichtung	8
2 Verfügbare Plätze nach Art der Plätze und der Einrichtung	9
3 Personal in Einrichtungen nach Geschlecht, Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich	10
4 Pflegebedürftige in Einrichtungen nach Pflegestufen, Altersgruppen, Geschlecht und Art der Pflegeleistung	11
5 Durchschnittliche Vergütungen nach deren Art in Euro pro Person und Tag	12
C Pflegegeldempfänger/-innen	
1 Pflegegeldempfänger/-innen nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegestufen	13
D Zusammenfassung	
1 Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten	14
E Regionaltabelle	
1 Ausgewählte Daten zu den Pflegediensten, Pflegeheimen und Pflegebedürftigen	16

Zeichenerklärung

a.n.g.	=	anderweitig nicht genannt
0	=	mehr als nichts, aber weniger als die Hälfte der kleinsten in der Tabelle nachgewiesenen Einheit
-	=	nichts vorhanden
/	=	keine Angabe, da Zahlenwert nicht sicher genug
.	=	Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
X	=	Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
...	=	Angabe fällt später an
()	=	Nachweis unter dem Vorbehalt, dass der Zahlenwert Fehler aufweisen kann
p	=	vorläufiges Ergebnis
r	=	berichtigtes Ergebnis

Abweichungen in den Summen sind durch Runden der Zahlen möglich.

Vorbemerkungen und Erläuterungen

Rechtsgrundlage

Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege, Pflegestatistik-Verordnung (Pflege-StatV) vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2 282), die durch die Verordnung vom 19. Juli 2013 (BGBl. I S. 2 581) geändert worden ist, in Verbindung mit § 109 Abs. 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1 014, 1 015), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 24 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 2 434) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 462, 565), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 25. Juli 2013 (BGBl. I S. 2 749) geändert worden ist.

Erhebungsprogramm der Pflegestatistik

Für die amtliche Pflegestatistik ist ausschließlich der Leistungsbereich des SGB XI relevant: generell also nur das Personal, das diese Leistungen erbringt, und nur die Pflegebedürftigen, die Leistungen aufgrund des SGB XI erhalten.

1. Art und Umfang der Erhebung

Die Erhebungen werden als Bundesstatistik durchgeführt über

- a) ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: die Bundesstatistik über die ambulanten (Pflegedienste) und stationären (Pflegeheime) Einrichtungen wird von den Statistischen Landesämtern als Bestandserhebung ab dem Berichtsjahr 1999 in zweijährigem Erhebungsturnus jeweils zum 15. Dezember durchgeführt. Auskunftspflichtig sind die Träger der Einrichtung, mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) besteht.
- b) Pflegegeldempfänger: die Bundesstatistik über die Pflegegeldempfänger wird vom Statistischen Bundesamt bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen erhoben, die Ergebnisse werden den Ländern zur Verfügung gestellt.

2. Zweck der Erhebung

Aus den Erhebungen über die ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen sollen umfassende und zuverlässige statistische Daten zur ambulanten bzw.

stationären pflegerischen Versorgung, über deren personelle Ausstattung sowie über die von den Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen bereitgestellt werden. Besondere Bedeutung hat die Erhebung über die Pflegegeldempfänger, da hierdurch von der amtlichen Statistik die Gesamtzahl der pflegebedürftigen Leistungsempfänger nach SGB XI erfasst wird. Die Pflegegeldempfänger, die von Angehörigen oder anderen privaten Personen in Privathaushalten (häuslicher Bereich) gepflegt werden, bilden die Mehrheit unter allen pflegebedürftigen Leistungsempfängern.

Wichtige Begriffe

- **Ambulanter Pflegedienst:** Hierbei handelt es sich um Pflegedienste, die
 - durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.
 - selbständig wirtschaften, das bedeutet, dass sie Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI entweder ausschließlich oder betriebswirtschaftlich und organisatorisch getrennt von den übrigen Leistungsangeboten pflegerisch betreuen.
 - unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.
- **Eingliedrige Einrichtungen:** Diese Einrichtungen können ausschließlich ambulante oder ausschließlich stationäre Pflege nach dem SGB XI leisten.
- **Mehrgliedrige Einrichtungen:** Diese können sowohl ambulante als auch teil- und/oder vollstationäre Pflege nach dem SGB XI leisten.
- **Personal (Beschäftigte):** Zum Personalbestand eines Pflegedienstes oder Pflegeheimes gehören alle dort Beschäftigten, die in einem Arbeitsverhältnis zum Pflegedienst oder Pflegeheim stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen. Bei gemischten oder mehrgliedrigen Einrichtungen werden nur die Beschäftigten gezählt, die auch für den Pflegedienst oder das Pflegeheim arbeiten. Die Beschäftigten werden nach dem Beschäftigungsverhältnis und dem Beschäftigungsumfang erhoben.

- **Pflegebedürftige:** In die Erhebung über die ambulanten Pflegedienste waren nur diejenigen ambulant versorgten Personen einzubeziehen, die Pflegesachleistungen oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach dem SGB XI erhielten. In die Erhebung über die Pflegeheime waren nur die stationär versorgten Personen einzubeziehen, die eine Pflegeleistung nach diesem Gesetz erhielten. Ausschlaggebend war jeweils die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschließlich Härtefällen). Bei der Erhebung über die Pflegeheime waren abweichend hiervon auch die Pflegebedürftigen in die Erhebung einzubeziehen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in die Pflegeeinrichtung aufgenommen wurden und Leistungen nach SGB XI erhielten, für die jedoch noch keine Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorlag. Nicht zu berücksichtigen waren bei der Erhebung über die ambulanten Pflegedienste die Pflegegeldempfänger, bei denen der Pflegedienst lediglich Visiten nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführt. Bei der Erhebung über die Pflegeheime waren insbesondere die „leichtpflegebedürftigen“ Heimbewohner der sogenannten Pflegestufe „0“ nicht einzubeziehen, da sie nicht zu den Pflegebedürftigen nach SGB XI zählen.
- **Pflegeheime:** Die Erhebung erstreckt sich auf alle voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen,
 - die selbständig wirtschaften,
 - in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können,
 - die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur voll-, teilstationären Pflege und/oder Kurzzeitpflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach zugelassen sind.
- **Verfügbare Plätze:** Als verfügbare Plätze zählen die am „Stichtag“ zugelassenen und tatsächlich verfügbaren Pflegeplätze, die vom Pflegeheim gemäß Versorgungsvertrag nach SGB XI vorgehalten werden, unabhängig von den am Stichtag belegten Plätzen. Dabei sind die Plätze den verschiedenen Pflegearten wie Dauerpflege, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege zuzuordnen.
- **Vergütung:** Hier waren die am Stichtag 15.12. gültigen Entgelte
 - für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung (Pflegesätze) sowie für
 - Unterkunft und Verpflegung
 entsprechend den Pflegesatzvereinbarungen anzugeben. Zusatzleistungen nach dem SGB XI waren nicht einzubeziehen.
- **Pflegegeldempfänger:** Pflegebedürftige in Privathaushalten (häuslicher Bereich) können anstelle der häuslichen Pflegehilfe, die von ambulanten Pflegediensten erbracht wird, ein Pflegegeld beantragen. Das Pflegegeld dient zur Sicherstellung der selbst beschafften Pflegehilfe.
- **Pflegegeld:** Das Pflegegeld für pflegebedürftige Leistungsempfänger nach SGB XI ist - wie auch bei den sächlichen Leistungen - nach drei Pflegestufen gestaffelt.
- **Pflegestufen:** Für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden Pflegestufen zugeordnet:
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach die Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

A Ambulante Pflege
1 Pflegedienste nach Art und Träger der Einrichtung

Art des Pflegedienstes	Pflegedienste insgesamt	Davon nach Träger der Einrichtung						
		private Träger	freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
			zusammen	Träger der freien Wohlfahrtspflege	sonstige gemeinnützige Träger	zusammen	kommunale Träger	sonstige öffentliche Träger
Pflegedienste insgesamt	119	80	38	28	10	1	1	-
ohne andere Sozialleistungen	3	3	-	-	-	-	-	-
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	116	77	38	28	10	1	1	-
und zwar								
häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	114	75	38	28	10	1	1	-
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	85	51	34	25	9	-	-	-
sonstige ambulante Hilfeleistungen	51	27	23	19	4	1	1	-
als eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung (Altenheim, betreutes Wohnen)	7	2	5	3	2	-	-	-
als eigenständiger Dienst an einem Krankenhaus, einer Reha-Einrichtung oder einem Hospiz	1	-	-	-	-	1	1	-
als eigenständiger Dienst an einer Einrichtung oder einem Dienst der Eingliederungshilfe	1	-	1	1	-	-	-	-
davon								
eingliedrige Pflegeeinrichtungen	116	79	36	26	10	1	1	-
ohne andere Sozialleistungen	3	3	-	-	-	-	-	-
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen)	113	76	36	26	10	1	1	-
und zwar								
häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V	111	74	36	26	10	1	1	-
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	83	50	33	24	9	-	-	-
sonstige ambulante Hilfeleistungen	49	27	21	17	4	1	1	-
als eigenständiger Dienst an einer Wohneinrichtung (Altenheim, betreutes Wohnen)	4	1	3	1	2	-	-	-
als eigenständiger Dienst an einem Krankenhaus, einer Reha-Einrichtung oder einem Hospiz	1	-	-	-	-	1	1	-
als eigenständiger Dienst an einer Einrichtung oder einem Dienst der Eingliederungshilfe	-	-	-	-	-	-	-	-
mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen	3	1	2	2	-	-	-	-

A Ambulante Pflege

2 Personal in Pflegediensten nach Geschlecht, Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegedienst					
		Pflege dienstleitung	Grundpflege	häusliche Betreuung	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich
INSGESAMT							
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	575	59	479	4	2	7	24
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	155	1	133	3	13	1	4
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	934	80	727	10	7	27	83
Krankenpflegehelfer/-in	136	-	118	2	14	1	1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	110	11	93	1	1	1	3
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/-in	15	-	12	-	1	-	2
Heilerziehungspflegehelfer/-in	2	-	1	-	-	-	1
Heilpädagogin, Heilpädagoge	-	-	-	-	-	-	-
Ergotherapeut/-in	1	-	1	-	-	-	-
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	1	-	1	-	-	-	-
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	43	-	10	2	7	11	13
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	-	-	-	-	-	-	-
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	2	-	2	-	-	-	-
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	1	-	1	-	-	-	-
Abschluss einer pflegewissenschaftl. Ausbildung (FH/Uni)	15	5	5	-	-	2	3
Sonstiger pflegerischer Beruf	180	-	99	38	19	1	23
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	7	-	3	-	4	-	-
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	77	-	2	1	58	-	16
Sonstiger Berufsabschluss	856	1	190	59	409	112	85
Ohne Berufsabschluss	155	-	41	10	87	3	14
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	316	-	300	-	-	11	5
Insgesamt	3 581	157	2 218	130	622	177	277
darunter weiblich							
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	500	53	415	4	2	6	20
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	145	1	123	3	13	1	4
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	809	65	648	10	7	19	60
Krankenpflegehelfer/-in	129	-	111	2	14	1	1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	105	10	89	1	1	1	3
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/-in	10	-	8	-	1	-	1
Heilerziehungspflegehelfer/-in	1	-	-	-	-	-	1
Heilpädagogin, Heilpädagoge	-	-	-	-	-	-	-
Ergotherapeut/-in	1	-	1	-	-	-	-
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	1	-	1	-	-	-	-
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	38	-	10	2	7	8	11
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	-	-	-	-	-	-	-
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	2	-	2	-	-	-	-
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	1	-	1	-	-	-	-
Abschluss einer pflegewissenschaftl. Ausbildung (FH/Uni)	11	3	3	-	-	2	3
Sonstiger pflegerischer Beruf	175	-	97	36	19	1	22
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	7	-	3	-	4	-	-
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	75	-	2	1	57	-	15
Sonstiger Berufsabschluss	801	1	183	53	405	89	70
Ohne Berufsabschluss	147	-	38	10	84	2	13
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	271	-	260	-	-	8	3
Zusammen	3 229	133	1 995	122	614	138	227

A Ambulante Pflege

3 Pflegebedürftige in Pflegediensten nach Pflegestufen, Altersgruppen, Geschlecht und Trägergruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige			Art des Trägers		
	insgesamt	männlich	weiblich	private Träger	freigemeinnützige Träger	öffentliche Träger
INSGESAMT						
unter 15	24	18	6	16	8	-
15 - 60	427	190	237	204	221	2
60 - 65	216	105	111	111	105	-
65 - 70	300	131	169	153	146	1
70 - 75	522	205	317	288	234	-
75 - 80	1 250	483	767	632	616	2
80 - 85	1 760	567	1 193	843	912	5
85 - 90	1 977	589	1 388	946	1 026	5
90 - 95	1 165	260	905	525	636	4
95 und mehr	260	54	206	105	154	1
Insgesamt	7 901	2 602	5 299	3 823	4 058	20
Pflegestufe I						
unter 15	16	11	5	13	3	-
15 - 60	190	80	110	87	101	2
60 - 65	118	57	61	60	58	-
65 - 70	170	76	94	83	86	1
70 - 75	264	96	168	140	124	-
75 - 80	688	230	458	340	348	-
80 - 85	1 020	264	756	476	540	4
85 - 90	1 204	326	878	547	656	1
90 - 95	693	155	538	299	390	4
95 und mehr	123	31	92	41	82	-
Zusammen	4 486	1 326	3 160	2 086	2 388	12
Pflegestufe II						
unter 15	7	6	1	2	5	-
15 - 60	152	63	89	80	72	-
60 - 65	67	33	34	35	32	-
65 - 70	98	38	60	50	48	-
70 - 75	198	79	119	113	85	-
75 - 80	443	192	251	219	222	2
80 - 85	598	240	358	296	301	1
85 - 90	613	209	404	315	294	4
90 - 95	383	84	299	179	204	-
95 und mehr	102	18	84	44	57	1
Zusammen	2 661	962	1 699	1 333	1 320	8
Pflegestufe III						
unter 15	1	1	-	1	-	-
15 - 60	85	47	38	37	48	-
60 - 65	31	15	16	16	15	-
65 - 70	32	17	15	20	12	-
70 - 75	60	30	30	35	25	-
75 - 80	119	61	58	73	46	-
80 - 85	142	63	79	71	71	-
85 - 90	160	54	106	84	76	-
90 - 95	89	21	68	47	42	-
95 und mehr	35	5	30	20	15	-
Zusammen	754	314	440	404	350	-

B Stationäre Pflege
1 Pflegeheime nach Art und Träger der Einrichtung

Art der Pflegeheime	Pflegeheime insgesamt	Davon nach dem Träger der Einrichtung						
		private Träger	freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
			zusammen	Träger der freien Wohlfahrtspflege	sonstige gemeinnützige Träger	zusammen	kommunale Träger	sonstige öffentliche Träger
Pflegeheime insgesamt	164	63	99	86	13	2	1	1
davon nach dem Angebot								
Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	29	4	25	24	1	-	-	-
nur Dauer- und Kurzzeitpflege	33	14	19	18	1	-	-	-
nur Dauer- und Tagespflege und/oder Nachtpflege	6	4	2	2	-	-	-	-
nur Kurzzeit- und Tagespflege und/oder Nachtpflege	-	-	-	-	-	-	-	-
nur Tages- und Nachtpflege	1	1	-	-	-	-	-	-
nur Dauerpflege	76	28	47	39	8	1	1	-
nur Kurzzeitpflege	1	-	1	1	-	-	-	-
nur Tagespflege	18	12	5	2	3	1	-	1
nur Nachtpflege	-	-	-	-	-	-	-	-
davon								
Pflegeheime für ältere Menschen	154	60	92	80	12	2	1	1
davon nach dem Angebot								
Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	29	4	25	24	1	-	-	-
nur Dauer- und Kurzzeitpflege	31	14	17	16	1	-	-	-
nur Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	6	4	2	2	-	-	-	-
nur Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	-	-	-	-	-	-	-	-
nur Tages- und Nachtpflege	1	1	-	-	-	-	-	-
nur Dauerpflege	68	25	42	35	7	1	1	-
nur Kurzzeitpflege	1	-	1	1	-	-	-	-
nur Tagespflege	18	12	5	2	3	1	-	1
nur Nachtpflege	-	-	-	-	-	-	-	-
Pflegeheime für Behinderte	7	1	6	6	-	-	-	-
Pflegeheime für psychisch Kranke	1	1	-	-	-	-	-	-
Pflegeheime für Schwerkranke und Sterbende (Hospiz)	2	1	1	-	1	-	-	-

B Stationäre Pflege
2 Verfügbare Plätze nach Art der Plätze und der Einrichtung

Art der verfügbaren Plätze	Verfügbare Plätze insgesamt	Darunter nach dem Angebot der Einrichtung			
		Dauer- und Kurzzeitpflege und Tages- und/oder Nachtpflege	nur Dauer- und Kurzzeitpflege	nur Dauerpflege und Tages- und/oder Nachtpflege	nur Dauerpflege
Anzahl					
Verfügbare Plätze insgesamt	13 003	2 380	3 045	592	6 630
Vollstationäre Pflege zusammen	12 343	2 120	3 045	537	6 630
in 1-Bett-Zimmern	5 764	1 190	1 720	241	2 604
in 2-Bett-Zimmern	6 285	930	1 325	296	3 732
in 3-Bett-Zimmern	294	-	-	-	294
in 4- und mehr-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
Dauerpflege zusammen	11 964	1 935	2 862	537	6 630
in 1-Bett-Zimmern	5 553	1 091	1 617	241	2 604
in 2-Bett-Zimmern	6 117	844	1 245	296	3 732
in 3-Bett-Zimmern	294	-	-	-	294
in 4- und mehr-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
darunter Plätze, die flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können	173	6	12	24	131
Kurzzeitpflege zusammen	379	185	183	-	-
in 1-Bett-Zimmern	211	99	103	-	-
in 2-Bett-Zimmern	168	86	80	-	-
in 3-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
in 4- und mehr-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
Tagespflege	652	254	-	55	-
Nachtpflege	8	6	-	-	-
Auslastung der verfügbaren Plätze in Prozent					
Vollstationäre Pflege	85,1	90,1	79,1	97,0	85,3
Vollstationäre Dauerpflege	84,0	92,3	80,2	94,0	82,4
Vollstationäre Kurzzeitpflege	X	X	X	X	X
Tagespflege ¹⁾	139,0	94,1	-	81,8	-
Nachtpflege	-	-	-	-	-
Anteil an der Zahl der verfügbaren Plätze in Prozent					
Verfügbare Plätze insgesamt	100	100	100	100	100
Vollstationäre Pflege zusammen	94,9	89,1	100,0	90,7	100,0
in 1-Bett-Zimmern	44,3	50,0	56,5	40,7	39,3
in 2-Bett-Zimmern	48,3	39,1	43,5	50,0	56,3
in 3-Bett-Zimmern	2,3	-	-	-	4,4
in 4- und mehr-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
Dauerpflege zusammen	92,0	81,3	94,0	90,7	100,0
in 1-Bett-Zimmern	42,7	45,8	53,1	40,7	39,3
in 2-Bett-Zimmern	47,0	35,5	40,9	50,0	56,3
in 3-Bett-Zimmern	2,3	-	-	-	4,4
in 4- und mehr-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
darunter Plätze, die flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können	1,3	0,3	0,4	4,1	2,0
Kurzzeitpflege zusammen	2,9	7,8	6,0	-	-
in 1-Bett-Zimmern	1,6	4,2	3,4	-	-
in 2-Bett-Zimmern	1,3	3,6	2,6	-	-
in 3-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
in 4- und mehr-Bett-Zimmern	-	-	-	-	-
Tagespflege	5,0	10,7	-	9,3	-
Nachtpflege	0,1	0,3	-	-	-

1) Bei der teilstationären Pflege werden die versorgten Pflegebedürftigen erfasst, mit denen am 15.12. ein Vertrag besteht. Wenn die Pflegebedürftigen nur an einigen Tagen der Woche versorgt werden, kann die ausgewiesene Auslastung über 100 Prozent liegen.

B Stationäre Pflege

3 Personal in Einrichtungen nach Geschlecht, Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich

Berufsabschluss	Pflegepersonal	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim						
		Pflege und Betreuung	soziale Betreuung	zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI)	Hauswirtschaftsbereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich
INSGESAMT								
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	1 935	1 804	45	6	1	-	64	15
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	666	627	8	14	11	-	3	3
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	974	878	19	15	2	-	53	7
Krankenpflegehelfer/-in	281	274	-	4	2	-	-	1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	65	56	2	3	-	-	3	1
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	103	70	20	6	-	-	6	1
Heilerziehungspflegehelfer/-in	4	4	-	-	-	-	-	-
Heilpädagogin, Heilpädagoge	2	-	-	1	-	-	1	-
Ergotherapeut/-in	80	2	57	18	-	-	2	1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	15	4	7	1	-	-	-	3
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	23	11	6	-	2	-	3	1
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	43	8	23	-	1	-	11	-
Familienpfleger/-in mit staatl. Abschluss	12	3	6	2	1	-	-	-
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	-	-	-	-	-	-	-	-
Abschluss einer pflegewissenschaftl. Ausbildung (FH/Uni)	26	6	2	-	-	-	18	-
Sonstiger pflegerischer Beruf	826	340	52	424	8	-	1	1
Fachhauswirtschaftl./in für ältere Menschen	23	-	-	1	21	-	1	-
Sonst. hauswirtschaftl. Berufsabschluss	413	26	3	5	371	4	3	1
Sonstiger Berufsabschluss	2 179	682	112	155	548	215	337	130
Ohne Berufsabschluss	1 336	732	25	53	443	30	15	38
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	1 010	963	2	-	22	1	7	15
Insgesamt	10 016	6 490	389	708	1 433	250	528	218
darunter weiblich								
Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	1 652	1 534	41	4	1	-	57	15
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	585	549	8	13	11	-	2	2
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	853	771	17	14	2	-	43	6
Krankenpflegehelfer/-in	254	248	-	4	1	-	-	1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	64	55	2	3	-	-	3	1
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	76	51	14	4	-	-	6	1
Heilerziehungspflegehelfer/-in	4	4	-	-	-	-	-	-
Heilpädagogin, Heilpädagoge	-	-	-	-	-	-	-	-
Ergotherapeut/-in	73	2	51	17	-	-	2	1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	8	2	5	-	-	-	-	1
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	19	10	4	-	1	-	3	1
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	31	6	21	-	1	-	3	-
Familienpfleger/-in mit staatl. Abschluss	12	3	6	2	1	-	-	-
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	-	-	-	-	-	-	-	-
Abschluss einer pflegewissenschaftl. Ausbildung (FH/Uni)	16	3	2	-	-	-	11	-
Sonstiger pflegerischer Beruf	769	324	50	385	8	-	1	1
Fachhauswirtschaftl./in für ältere Menschen	23	-	-	1	21	-	1	-
Sonst. hauswirtschaftl. Berufsabschluss	358	24	3	4	323	2	2	-
Sonstiger Berufsabschluss	1 711	626	100	141	506	12	275	51
Ohne Berufsabschluss	1 181	643	18	50	426	2	10	32
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	788	749	2	-	19	-	3	15
Zusammen	8 477	5 604	344	642	1 321	16	422	128

B Stationäre Pflege

4 Pflegebedürftige in Einrichtungen nach Pflegestufen, Altersgruppen, Geschlecht und Art der Pflegeleistung

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige			Nach Art der Pflegeleistung				
	insgesamt	männlich	weiblich	vollstationäre Pflege			teilstationäre Pflege	
				zusammen	davon		zusammen	davon
					Dauer- pflege	Kurzzeit- pflege		Tages- pflege
INSGESAMT								
unter 15	5	3	2	5	1	4	-	-
15 - 60	796	463	333	778	730	48	18	18
60 - 65	379	216	163	367	348	19	12	12
65 - 70	496	263	233	468	447	21	28	28
70 - 75	683	292	391	630	603	27	53	53
75 - 80	1 643	603	1 040	1 461	1 395	66	182	182
80 - 85	2 257	605	1 652	2 034	1 958	76	223	223
85 - 90	2 651	557	2 094	2 399	2 303	96	252	252
90 - 95	1 972	241	1 731	1 854	1 775	79	118	118
95 und mehr	525	50	475	505	490	15	20	20
Insgesamt	11 407	3 293	8 114	10 501	10 050	451	906	906
Pflegestufe I								
unter 15	3	1	2	3	1	2	-	-
15 - 60	181	105	76	175	168	7	6	6
60 - 65	151	93	58	145	139	6	6	6
65 - 70	228	132	96	216	205	11	12	12
70 - 75	302	138	164	285	274	11	17	17
75 - 80	706	254	452	632	595	37	74	74
80 - 85	1 027	253	774	915	879	36	112	112
85 - 90	1 207	277	930	1 089	1 044	45	118	118
90 - 95	889	129	760	833	793	40	56	56
95 und mehr	214	31	183	203	197	6	11	11
Zusammen	4 908	1 413	3 495	4 496	4 295	201	412	412
Pflegestufe II								
unter 15	2	2	-	2	-	2	-	-
15 - 60	280	158	122	270	254	16	10	10
60 - 65	135	74	61	130	122	8	5	5
65 - 70	171	85	86	157	152	5	14	14
70 - 75	249	113	136	226	217	9	23	23
75 - 80	616	245	371	536	513	23	80	80
80 - 85	871	262	609	778	747	31	93	93
85 - 90	1 000	207	793	889	857	32	111	111
90 - 95	756	84	672	705	676	29	51	51
95 und mehr	207	15	192	199	191	8	8	8
Zusammen	4 287	1 245	3 042	3 892	3 729	163	395	395
Pflegestufe III								
unter 15	-	-	-	-	-	-	-	-
15 - 60	308	182	126	306	285	21	2	2
60 - 65	61	31	30	60	57	3	1	1
65 - 70	73	32	41	71	70	1	2	2
70 - 75	101	31	70	89	86	3	12	12
75 - 80	261	79	182	236	235	1	25	25
80 - 85	291	69	222	278	275	3	13	13
85 - 90	385	58	327	365	360	5	20	20
90 - 95	288	22	266	281	278	3	7	7
95 und mehr	100	4	96	99	99	-	1	1
Zusammen	1 868	508	1 360	1 785	1 745	40	83	83
dar. Härtefälle	100	34	66	99	98	1	1	1
Noch keiner Pflegestufe zugeordnet								
Zusammen	344	127	217	328	281	47	16	16

B Stationäre Pflege

5 Durchschnittliche Vergütungen nach deren Art in Euro pro Person und Tag

Art der Vergütung	Durchschnittliche Vergütung insgesamt	Darunter nach dem Angebot der Einrichtung							
		Dauer- und Kurzzeitpflege und Tages- und/oder Nacht- pflege	nur Dauer- und Kurzzeit- pflege	nur Dauer- pflege und Tages- und/oder Nacht- pflege	nur Kurzzeit- und Tages- und/oder Nacht- pflege	nur Tages- und Nacht- pflege	nur Dauer- pflege	nur Kurzzeit- pflege	nur Tages- pflege
Vergütung für vollstationäre Dauerpflege									
Pflegesatz									
Pflegestufe 1	56,93	55,04	53,81	52,89	-	-	59,24	-	-
Pflegestufe 2	76,95	75,16	72,93	72,30	-	-	79,65	-	-
Pflegestufe 3	97,50	95,39	93,80	91,53	-	-	100,29	-	-
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	25,70	26,40	26,33	26,16	-	-	25,17	-	-
Vergütung für Kurzzeitpflege									
Pflegesatz									
Pflegestufe 1	59,22	63,54	53,85	-	-	-	-	67,87	-
Pflegestufe 2	77,96	81,78	72,78	-	-	-	-	90,91	-
Pflegestufe 3	96,35	99,48	92,47	-	-	-	-	102,43	-
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	26,49	26,88	25,88	-	-	-	-	28,81	-
Vergütung für Tagespflege									
Pflegesatz									
Pflegestufe 1	40,76	42,53	-	36,03	-	41,39	-	-	40,34
Pflegestufe 2	48,94	52,02	-	47,40	-	48,39	-	-	47,84
Pflegestufe 3	59,16	62,30	-	59,01	-	54,39	-	-	58,24
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	14,87	15,80	-	14,67	-	13,30	-	-	14,61

C Pflegegeldempfänger/-innen

1 Pflegegeldempfänger/-innen nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegestufen

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegegeld- empfänger/ -innen insgesamt	Davon nach Pflegestufen				nachrichtlich
		I	II	III		Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschänkter Alltagskompetenz
				zusammen	darunter Härfefälle	
INSGESAMT						
Insgesamt	23 694	14 549	7 171	1 974	36	1 397
unter 5	164	99	51	14	1	4
5 - 10	337	157	139	41	2	37
10 - 15	365	164	127	74	1	50
15 - 20	333	142	105	86	2	65
20 - 25	288	109	87	92	2	51
25 - 30	308	114	102	92	2	41
30 - 35	247	69	94	84	-	22
35 - 40	194	79	81	34	2	24
40 - 45	206	89	83	34	-	28
45 - 50	362	175	133	54	3	24
50 - 55	571	338	188	45	2	37
55 - 60	672	412	206	54	3	63
60 - 65	911	535	307	69	-	59
65 - 70	1 191	750	355	86	2	54
70 - 75	1 722	1 088	510	124	3	90
75 - 80	3 689	2 399	1 072	218	3	218
80 - 85	4 544	2 995	1 296	253	7	248
85 - 90	4 605	3 025	1 308	272	1	211
90 - 95	2 492	1 548	756	188	-	66
95 und mehr	493	262	171	60	-	5
Männlich						
Insgesamt	9 355	5 397	3 072	886	21	614
unter 5	100	60	28	12	1	2
5 - 10	211	98	91	22	1	29
10 - 15	228	115	77	36	-	35
15 - 20	200	84	68	48	1	44
20 - 25	170	64	55	51	1	28
25 - 30	182	70	61	51	2	26
30 - 35	137	42	56	39	-	14
35 - 40	107	42	42	23	1	16
40 - 45	105	47	37	21	-	16
45 - 50	195	83	76	36	3	8
50 - 55	261	161	80	20	-	24
55 - 60	307	176	105	26	2	35
60 - 65	472	268	158	46	-	30
65 - 70	627	403	175	49	2	27
70 - 75	798	482	254	62	2	36
75 - 80	1 572	941	526	105	1	82
80 - 85	1 682	1 010	565	107	4	85
85 - 90	1 364	859	416	89	-	61
90 - 95	542	338	166	38	-	14
95 und mehr	95	54	36	5	-	2
Weiblich						
Insgesamt	14 339	9 152	4 099	1 088	15	783
unter 5	64	39	23	2	-	2
5 - 10	126	59	48	19	1	8
10 - 15	137	49	50	38	1	15
15 - 20	133	58	37	38	1	21
20 - 25	118	45	32	41	1	23
25 - 30	126	44	41	41	-	15
30 - 35	110	27	38	45	-	8
35 - 40	87	37	39	11	1	8
40 - 45	101	42	46	13	-	12
45 - 50	167	92	57	18	-	16
50 - 55	310	177	108	25	2	13
55 - 60	365	236	101	28	1	28
60 - 65	439	267	149	23	-	29
65 - 70	564	347	180	37	-	27
70 - 75	924	606	256	62	1	54
75 - 80	2 117	1 458	546	113	2	136
80 - 85	2 862	1 985	731	146	3	163
85 - 90	3 241	2 166	892	183	1	150
90 - 95	1 950	1 210	590	150	-	52
95 und mehr	398	208	135	55	-	3

D Zusammenfassung

1 Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige					Pflegegeld ¹⁾
	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege			
			zusammen	davon		
				Dauerpflege	Kurzzeitpflege	
INSGESAMT						
Insgesamt	37 991	7 901	10 501	10 050	451	19 589
unter 5	165	5	-	-	-	160
5 - 10	329	11	3	-	3	315
10 - 15	357	8	2	1	1	347
15 - 20	331	6	4	2	2	321
20 - 25	302	4	19	16	3	279
25 - 30	327	14	20	20	-	293
30 - 35	265	15	15	13	2	235
35 - 40	233	18	26	24	2	189
40 - 45	276	26	53	46	7	197
45 - 50	535	63	139	130	9	333
50 - 55	872	127	235	221	14	510
55 - 60	1 007	154	267	258	9	586
60 - 65	1 399	216	367	348	19	816
65 - 70	1 812	300	468	447	21	1 044
70 - 75	2 599	522	630	603	27	1 447
75 - 80	5 762	1 250	1 461	1 395	66	3 051
80 - 85	7 468	1 760	2 034	1 958	76	3 674
85 - 90	7 933	1 977	2 399	2 303	96	3 557
90 - 95	4 898	1 165	1 854	1 775	79	1 879
95 und mehr	1 121	260	505	490	15	356
Pflegestufe I						
Insgesamt	21 674	4 486	4 496	4 295	201	12 692
unter 5	102	3	-	-	-	99
5 - 10	156	8	1	-	1	147
10 - 15	167	5	2	1	1	160
15 - 20	143	3	-	-	-	140
20 - 25	114	3	2	2	-	109
25 - 30	117	4	2	2	-	111
30 - 35	74	6	2	2	-	66
35 - 40	87	7	2	2	-	78
40 - 45	101	7	8	6	2	86
45 - 50	227	26	33	31	2	168
50 - 55	412	66	37	37	-	309
55 - 60	542	68	89	86	3	385
60 - 65	759	118	145	139	6	496
65 - 70	1 061	170	216	205	11	675
70 - 75	1 545	264	285	274	11	996
75 - 80	3 448	688	632	595	37	2 128
80 - 85	4 514	1 020	915	879	36	2 579
85 - 90	4 794	1 204	1 089	1 044	45	2 501
90 - 95	2 781	693	833	793	40	1 255
95 und mehr	530	123	203	197	6	204
Pflegestufe II						
Insgesamt	12 035	2 661	3 892	3 729	163	5 482
unter 5	50	1	-	-	-	49
5 - 10	138	3	2	-	2	133
10 - 15	123	3	-	-	-	120
15 - 20	104	-	3	2	1	101
20 - 25	92	-	6	6	-	86
25 - 30	108	4	3	3	-	101
30 - 35	98	5	4	3	1	89
35 - 40	95	6	8	8	-	81
40 - 45	115	13	23	20	3	79
45 - 50	184	22	41	39	2	121
50 - 55	305	44	94	88	6	167
55 - 60	313	58	88	85	3	167
60 - 65	463	67	130	122	8	266
65 - 70	559	98	157	152	5	304
70 - 75	798	198	226	217	9	374
75 - 80	1 772	443	536	513	23	793
80 - 85	2 314	598	778	747	31	938
85 - 90	2 396	613	889	857	32	894
90 - 95	1 598	383	705	676	29	510
95 und mehr	410	102	199	191	8	109

D Zusammenfassung

Noch: **1** Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige					Pflegegeld ¹⁾
	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege			
			zusammen	davon		
				Dauerpflege	Kurzzeitpflege	
Pflegestufe III						
Insgesamt	3 954	754	1 785	1 745	40	1 415
unter 5	13	1	-	-	-	12
5 - 10	35	-	-	-	-	35
10 - 15	67	-	-	-	-	67
15 - 20	84	3	1	-	1	80
20 - 25	96	1	11	8	3	84
25 - 30	102	6	15	15	-	81
30 - 35	93	4	9	8	1	80
35 - 40	50	5	15	14	1	30
40 - 45	59	6	21	19	2	32
45 - 50	120	15	61	57	4	44
50 - 55	146	17	95	88	7	34
55 - 60	140	28	78	76	2	34
60 - 65	145	31	60	57	3	54
65 - 70	168	32	71	70	1	65
70 - 75	226	60	89	86	3	77
75 - 80	485	119	236	235	1	130
80 - 85	577	142	278	275	3	157
85 - 90	687	160	365	360	5	162
90 - 95	484	89	281	278	3	114
95 und mehr	177	35	99	99	-	43
Noch keiner Pflegestufe zugeordnet						
Insgesamt	328	-	328	281	47	-
nachrichtlich: ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz						
Insgesamt	2 205	259	611	558	53	1 335

1) Ohne Empfänger/innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Stichtag: 31.12.2015. Zudem ohne Empfänger/-innen von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bereits bei der vollstationären bzw. ambulanten Pflege erfasst.

E. Regional-

1 Ausgewählte Daten zu den Pflegediensten,

Ambulante

Kreis/Land	Pflegedienste insgesamt	Eingliedrige Pflegeeinrichtungen			Mehrgliedrige Pflegeeinrichtungen			Personal in Pflegediensten insgesamt
		zusammen	ohne	mit	zusammen	ohne	mit	
			andere(n) Sozialleistungen			andere(n) Sozialleistungen		
Regionalverband Saarbrücken	40	39	2	37	1	-	1	1 176
Merzig-Wadern	11	11	-	11	-	-	-	300
Neunkirchen	14	14	-	14	-	-	-	498
Saarlouis	29	28	-	28	1	-	1	766
Saarpfalz-Kreis	15	15	1	14	-	-	-	476
St. Wendel	10	9	-	9	1	-	1	365
Saarland	119	116	3	113	3	-	3	3 581

Stationäre

Kreis/Land	Pflegeheime insgesamt	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen					Personal in Pflegeheimen insgesamt	Pflegebedürftige			
		für vollstationäre Pflege				für teilstationäre Pflege zusammen		insgesamt	dar.	davon in	
		zusammen	je Pflegeheim	je 1 000 Einwohner	je 1 000 Einwohner ab 65 Jahren				mit erheblich eingeschr. Alltagskompetenz	vollstationärer Dauerpflege oder Kurzzeitpflege	teilstationärer Pflege
Regionalverband Saarbrücken	49	4 195	86	13	57	156	3 201	3 584	2 696	3 385	199
Merzig-Wadern	23	1 568	68	15	71	81	1 236	1 429	934	1 360	69
Neunkirchen	25	1 857	74	14	59	83	1 637	1 720	1 218	1 610	110
Saarlouis	30	2 003	67	10	45	182	1 673	2 021	1 483	1 811	210
Saarpfalz-Kreis	19	1 640	86	11	47	71	1 210	1 516	928	1 422	94
St. Wendel	18	1 080	60	12	53	87	1 059	1 137	846	913	224
Saarland	164	12 343	75	12	54	660	10 016	11 407	8 105	10 501	906

Pflegebedürftige

Kreis/Land	Pflegebedürftige						
	insgesamt	je 1 000 Einwohner	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege		Pflegegeld ¹⁾	nachrichtl.: ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
				zusammen	darunter Dauerpflege		
Regionalverband Saarbrücken	11 308	35	2 455	3 385	3 298	5 468	817
Merzig-Wadern	4 045	39	668	1 360	1 316	2 017	195
Neunkirchen	5 291	40	967	1 610	1 489	2 714	335
Saarlouis	8 135	41	1 885	1 811	1 712	4 439	382
Saarpfalz-Kreis	5 446	38	1 035	1 422	1 368	2 989	277
St. Wendel	3 766	42	891	913	867	1 962	199
Saarland	37 991	38	7 901	10 501	10 050	19 589	2 205

1) Ohne Empfänger/-innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Stichtag: 31.12.2015. Zudem ohne

tabelle

Pflegeheimen und Pflegebedürftigen

Pflege

Von Pflegediensten betreute Pflegebedürftige									
insgesamt	darunter	je Pflegedienst	Je 1 000 Einwohner	ab 65 Jahren je 1 000 Einwohner ab 65 Jahren	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III		nachrichtl.: ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
	mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz						zusammen	darunter	
								Härtetfälle	
2 455	682	61	7	30	1 452	808	195	8	88
668	214	61	6	28	362	234	72	2	17
967	393	69	7	28	589	280	98	-	38
1 885	594	65	10	39	994	670	221	1	53
1 035	271	69	7	28	615	329	91	2	40
891	373	89	10	40	474	340	77	-	23
7 901	2 527	66	8	32	4 486	2 661	754	13	259

Pflege

in Pflegeheimen

je Pflegeheim	je 1 000 Einwohner	ab 65 Jahren je 1 000 Einwohner ab 65 Jahren	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III		bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet	nachrichtl.: ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
					zusammen	darunter		
						Härtetfälle		
73	11	45	1 653	1 284	543	24	104	298
62	14	57	627	518	238	10	46	81
69	13	40	647	616	389	24	68	89
67	10	43	835	832	317	19	37	82
80	10	41	689	539	230	16	58	54
63	13	51	457	498	151	7	31	41
70	11	45	4 908	4 287	1 868	100	344	645

insgesamt

darunter Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

insgesamt	je 1 000 Einwohner	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege		Pflegegeld ¹⁾	nachrichtl.: ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
			zusammen	darunter		
				Dauerpflege		
4 940	15	682	2 551	2 507	1 707	817
1 733	17	214	892	865	627	195
2 348	18	393	1 143	1 055	812	335
3 302	17	594	1 336	1 282	1 372	382
2 016	14	271	874	851	871	277
1 673	19	373	673	656	627	199
16 012	16	2 527	7 469	7 216	6 016	2 205

Empfänger/-innen von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bereits bei der vollstationären bzw. bei der ambulanten Pflege erfasst.

D). VIII.

Herausforderung Demenz im Krankenhaus

Ergebnisse und Lösungsansätze
aus dem Projekt Dem-i-K

Dr. Sabine Kirchen-Peters





Sehr geehrte Damen und Herren,

heute leben in Deutschland bis zu 1,4 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Ab 2020 wird jeder fünfte Krankenhauspatient unter einer Demenz leiden – das prognostiziert die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie. Dies ist eine große Herausforderung für das öffentliche Gesundheitssystem. Die Krankenhäuser stoßen bei der Versorgung von demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten oft an ihre Grenzen. Die strukturellen Voraussetzungen eines Krankenhauses sind derzeit (noch) nicht immer darauf ausgerichtet, demenzielle Patienten mit Akuterkrankung so zu behandeln, dass sowohl die Akuterkrankung als auch die Demenz gleichermaßen Beachtung finden.

Eine gute medizinische Versorgung von demenziell erkrankten Patienten im Krankenhaus liegt mir sehr am Herzen. Nicht nur die Akuterkrankung muss nach den hohen medizinischen Standards behandelt werden, sondern auch die Behandlung der Demenz muss unter Beachtung des hohen Betreuungs- und Pflegebedarfs sichergestellt sein. Hierbei ist ein intensiver Gedanken- und Erfahrungsaustausch mit Ärztinnen und Ärzten, Mitgliedern der Klinikleitungen, Pflegekräften, Therapeuten, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Krankenhaus-Trägern, Fachverbänden und von weiteren Beteiligten von großer Bedeutung.

Das Modellprojekt „Demenz im Krankenhaus“ hat zum Ziel, die Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten in den Akutkrankenhäusern des Saarlandes zu verbessern. Um hier ein übertragbares Handlungskonzept zu entwickeln hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie die Finanzierung der vorliegenden wissenschaftlichen Begleitung übernommen.

Der Arbeitsgemeinschaft Katholischer Krankenhäuser als Träger des Projektes und den beteiligten Krankenhäusern St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen, CaritasKlinikum Saarbrücken, Caritas-Krankenhaus Lebach, Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis und dem Marienkrankenhaus St. Wendel möchte ich meinen Dank aussprechen. Der persönliche Einsatz, mit dem die Beteiligten dieses Projekt durchgeführt haben, ist vorbildlich und hat dazu geführt, dass die Ergebnisse aus dem Projekt in Handlungsempfehlungen münden, welche von anderen Kliniken übernommen werden können.

Andreas Storm
Minister für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir alle stehen in den nächsten Jahren vor den großen Herausforderungen, die sich aus den Folgen einer immer älter werdenden Gesellschaft ergeben. Hierzu gehört in besonderer Weise die zu erwartende deutliche Zunahme von an Demenz erkrankten Menschen. Wenn Eltern oder Großeltern an einer Demenz erkranken, werden wir unmittelbar mit den Folgen der Erkrankung in unserem privaten Umfeld konfrontiert. Betroffen sind aber auch die Krankenhäuser und andere Einrichtungen, in denen Demenzkranke behandelt, gepflegt und versorgt werden. Man schätzt, dass in naher Zukunft jeder fünfte Krankenhauspatient neben seiner behandlungsbedürftigen Grunderkrankung zusätzlich auch an einer Demenz leiden wird. Krankenhausaufenthalte sind für Demenzkranke mit besonderen Risiken verbunden, weil sie in erster Linie auf die Behandlung der Grunderkrankung ausgerichtet sind und für Demenzkranke alleine schon der plötzliche Umgebungswechsel eine besondere Belastung darstellt.

Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland hat vor diesem Hintergrund im Jahr 2011 das Projekt „Demenz im Krankenhaus Dem-i-K“ auf den Weg gebracht. Ziel war es, in den akutstationären Mitgliedseinrichtungen eine Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken zu erreichen. Die Ergebnisse des Projektes können sich sehen lassen. Durch die trägerübergreifende Zusammenarbeit konnten umfangreiche Schulungen durchgeführt und demenzsensible Behandlungskonzepte umgesetzt werden.

Im Namen des Vorstandes möchte ich mich deshalb ganz besonders bei der Projektgruppe, der die Projektsteuerung oblag, und den Verantwortlichen in den Projekthäusern bedanken. Bedanken möchte ich mich auch beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, das die wissenschaftliche Begleitung des Projektes gefördert hat, ohne die ein solches Projekt nicht möglich gewesen wäre. Schließlich danke ich Frau Dr. Kirchen-Peters für die hervorragende wissenschaftliche Begleitung. Der von ihr angefertigte Bericht dokumentiert nicht nur sehr anschaulich die Ergebnisse aus dem Projekt, er enthält auch Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen, die wir in unserer weiteren Arbeit nutzen werden. Die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser und die katholischen Krankenhausträger im Saarland werden auf der Grundlage der Ergebnisse und Empfehlungen aus Dem-i-K auch in den nächsten Jahren trägerübergreifend daran arbeiten, die Versorgung von Demenzkranken in ihren Einrichtungen kontinuierlich weiter zu entwickeln.

B. Kugel

Dr. Birgit Kugel

Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland

Herausforderung Demenz im Krankenhaus

Ergebnisse und Lösungsansätze aus dem Projekt Dem-i-K

Dr. Sabine Kirchen-Peters
unter Mitarbeit von
Dorothea Herz-Silvestrini

Inhalt

1. Problemaufriss	5
2. Projektziele, Leistungen und Zielgruppen.... ..	9
3. Methoden der wissenschaftlichen Begleitung	12
4. Ergebnisse der Bestandsaufnahmen in den involvierten Abteilungen	15
4.1 Schriftliche Befragungen der Dem-i-K-Mitarbeiter	16
4.2 Eingangsgespräche und Workshops.....	25
4.3 Abschließende Interviews und Workshops.....	29
5. Ergebnisse der Struktur- und Prozessanalyse	35
5.1 Implementationsprobleme und Anpassungen der Konzeption im Projektverlauf	35
5.2 Ergebnisse der Reflexionsworkshops.....	40
5.3 Fortbildung des Krankenhauspersonals	49
5.4 Durchführung von Konsilen	53
5.5 Fallbegleitung der Pflegekräfte (Modul 6).....	55
6. Auswertung der Patientendokumentation.....	68
7. Befragung der Angehörigen.....	66
8. Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit.....	68
9. Zusammenfassung und Empfehlungen.....	71
Literatur	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dem-i-K-Schwerpunktabteilungen.....	10
Tabelle 2: Dem-i-K-Zielgruppen.....	10
Tabelle 3: Methoden der wissenschaftlichen Begleitung.....	14
Tabelle 4: Fallzahlen der Bestandsaufnahmen.....	16
Tabelle 5: Besuch Demenz-Fortbildungen (nur Erstbefragung).....	18
Tabelle 6: Gründe für Nicht-Besuch Fortbildung (N = 84, MFN) (nur Erstbefragung).....	18
Tabelle 7: Kenntnis spezieller Versorgungskonzepte.....	19
Tabelle 8: Einschätzung der Behandlungsqualität und der Angehörigenzufriedenheit (Angaben in Prozent).....	20
Tabelle 9: Stärken und Schwächen der Klinik im Umgang mit demenzkranken Patienten (Angaben in Prozent).....	21
Tabelle 10: Häufigkeit von Umgangsproblemen mit Demenzkranken (Angaben in Prozent).....	22
Tabelle 11: Arbeitsbelastung bei der Versorgung Demenzkranker.....	23
Tabelle 12: Arbeitszufriedenheit.....	24
Tabelle 13: Evaluation der Fortbildungen (Module 1-5) (N = 40, Angaben in Prozent).....	51
Tabelle 14: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL-Arzt).....	54
Tabelle 15: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL-Pflegefachkraft).....	56
Tabelle 16: Nicht psychiatrische Diagnosen (N = 213).....	59
Tabelle 17: Einschätzung der Demenz.....	59
Tabelle 18: Vorliegende Orientierungsstörungen (N = 227, Angaben in Prozent).....	60
Tabelle 19: Maßnahmen des KL-Arzt (MFN, N = 229).....	61
Tabelle 20: Maßnahmen der KL-Pflegefachkraft (MFN, N = 219).....	62
Tabelle 21: Entlassung der zu Hause lebenden Patienten (N 0 227, Angaben in Prozent).....	63
Tabelle 22: Gegenüberstellung von Zielen und Ergebnissen.....	64

1. Problemaufriss

Ältere Patienten¹ prägen in zunehmendem Maße das Bild der deutschen Kliniken, denn sie nehmen vergleichsweise häufigere und längere Krankenhausaufenthalte in Anspruch als jüngere Menschen. Bereits heute entfallen rund die Hälfte aller Krankenhausaufenthalte auf über 60-Jährige. Bis zum Jahr 2030 wird ihr Anteil auf über 62% ansteigen. Dabei geht eine besondere Brisanz von der Tatsache aus, dass es sich bereits bis zum Jahr 2020 bei jedem fünften Krankenhausfall um einen über 80-jährigen Patienten handeln wird (Statistische Ämter 2010). Durch den demografischen Faktor steigt aber nicht nur das Alter der Patienten, sondern auch die Komplexität der Diagnosen und Hilfebedarfe. So ist mit einer zunehmenden Zahl von Patienten zu rechnen, die neben ihren als Hauptdiagnose aufgelisteten somatischen Diagnosen gleichzeitig an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen, insbesondere an Demenzen, leiden (Diefenbacher 2005). Ging man zu Beginn des Jahrtausends davon aus, dass durchschnittlich 12% aller Krankenhauspatienten an einer Demenz erkrankt sind (Arolt 1997), schätzt man deren Anteil aktuell bereits auf rund 20% (Pinkert/Holle 2012).

Wie in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden konnte, sind Krankenhausaufenthalte besonders für Demenzkranke mit vielfältigen Risiken verbunden, die nicht aus ihrer somatischen Grunderkrankung, sondern aus den Begleiterscheinungen der Demenz resultieren (Kirchen-Peters 2005; Kleina/Wingenfeld 2007; Angerhausen 2007). Allein der plötzliche Umgebungswechsel durch einen Krankenhausaufenthalt stellt für Demenzkranke bereits eine krisenhafte Situation dar, für deren Bewältigung sie eigentlich ein optimal auf sie eingestelltes Milieu benötigen würden. Es ist ein Ursachenbündel, das die Belastungen ausmacht: Zunächst kann festgestellt werden, dass der Fokus im Krankenhaus nicht selten ausschließlich auf die körperlichen Beschwerden der Patienten gelegt wird und intervenierende psychische Probleme zu wenig Beachtung finden. Hinzu kommen das im Allgemeinen wenig ausgeprägte gerontopsychiatrische Hintergrundwissen bei allen beteiligten Berufsgruppen und ungünstige strukturelle Rahmenbedingungen.

Das mangelnde Hintergrundwissen resultiert aus den jeweiligen Ausbildungsordnungen der ärztlichen und krankenschwägerischen Berufsgruppen, in denen der Demenz nur eine untergeordnete Bedeutung beigemessen wird. Dadurch kommt es zu Handlungsunsicherheiten in relevanten Fragen der Diagnostik (z.B. geeignete Testverfahren), Behandlung (z.B. Unkenntnis über mit der Demenz in Zusammenhang stehende Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen von Medikamenten) und des geeigneten Einsatzes therapeutischer Strategien (z.B. Validation). Insbesondere die Pflegekräfte, die den meisten Patientenkontakt haben,

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Bericht bei Personenbezeichnungen die männliche Form verwendet. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass dennoch immer beide Geschlechter gemeint sind.

konstatieren hinsichtlich eines adäquaten Umgangs mit Demenzkranken einen deutlichen Fortbildungsbedarf. Unsicherheiten treten z.B. auf, wenn Patienten pflegerische oder therapeutische Handlungen verweigern und aggressiv reagieren, permanent die Station verlassen möchten oder unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen leiden. Solche Verhaltensauffälligkeiten, die auch als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet werden, zählen zu den am schwierigsten zu bewältigenden Pflegesituationen (Batholomeyczik et al. 2006).

Neben den Qualifizierungsdefiziten wirkt sich negativ aus, dass die Rahmenbedingungen im Allgemeinkrankenhaus nicht ausreichend auf demenzkranke Patienten ausgerichtet sind. Im Gegenteil ist das Krankenhausmilieu für Demenzkranke mit ihrer stark verminderten Anpassungsfähigkeit geradezu symptomfördernd:

- So gibt es z.B. keine räumlichen Orientierungshilfen, so dass sich die Kranken auf den Stationen verirren und z.B. ihre Zimmer oder die Toiletten nicht finden.
- Den in der Regel starren Zeitvorgaben für den Ablauf bestimmter Verrichtungen und Untersuchungen können sie sich nicht anpassen.
- Hinzu kommt ein Stationsklima, das Gespräche mit Patienten nicht als nützliche und wichtige therapeutische Arbeit bewertet, sondern eher die auf die Somatik bezogenen Aspekte in den Vordergrund stellt.
- Insgesamt fehlt es an Beschäftigungsmöglichkeiten und an einer der Demenz angemessenen Tagesstrukturierung. Dies führt z.B. dazu, dass die Kranken die Stationen bzw. das Krankenhaus verlassen und aufwendig wieder gesucht werden müssen.
- Der ständige Zeitdruck beim ärztlichen und pflegerischen Personal sowie der häufige personelle Wechsel führen zu einer hektischen Atmosphäre, in der Demenzkranke mit ihrem erhöhten Aufwand an Zuwendung und Betreuung zur nervlichen Zerreißprobe werden.

Bei der Versorgung Demenzkranker im Allgemeinkrankenhaus besteht demnach großer Handlungsbedarf². Den Problemen bei der Behandlung wird teilweise mit Sedierungen und Fixierungen begegnet, um die Abläufe im Stationsalltag aufrechtzuerhalten. Damit einher gehen in aller Regel ein weiterer Verlust von Selbständigkeit, eine Verschlechterung des kognitiven Status und das Auftreten oder die Verstärkung sekundärer Demenzsymptome

² Während in deutschen Pflegeheimen bereits viele Anstrengungen zu einer besseren Versorgung Demenzkranker unternommen wurden, weisen verschiedene Institutionen und Verbände zunehmend auf den dringenden Handlungsbedarf in den Allgemeinkrankenhäusern hin, allen voran die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die neben regelmäßiger Öffentlichkeitsarbeit auch Tagungen nutzt, um die bestehenden Probleme immer wieder zu thematisieren. Daneben hat die Robert-Bosch-Stiftung ein Modellprogramm zum Themenfeld „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ initiiert.

(Kleina/Wingenfeld 2007). Bei eher „unauffälliger“ psychischer Komorbidität bleiben die psychischen Beeinträchtigungen in aller Regel unbeachtet, wodurch sich die Genesung der Patienten häufig verzögert oder verkompliziert. Unabhängig von den Erscheinungsformen der Demenz hat dies nicht nur negative Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten, sondern auch finanzielle Konsequenzen durch überproportional häufige und lange Krankenhausaufenthalte sowie vermeidbare Heimeinweisungen oder Verlegungen in Psychiatrische Krankenhäuser (Reichwaldt/Diefenbacher 2001).

Für die Krankenhäuser selbst wird die Anforderung, Demenzkranke zu versorgen, zu einer Herausforderung, bei der nicht nur das gewünschte Behandlungsergebnis häufig nicht erreicht wird, sondern auch zusätzliche, nicht gegenfinanzierte Zeiten eingebracht werden müssen. Das ist z.B. der Fall, wenn die vorgeschriebenen Liegezeiten überschritten werden oder wenn im Rahmen der Behandlung Komplikationen auftreten. Unter den Komplikationen sind neben Stürzen insbesondere Delirien zu nennen, deren Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen einer Demenz in erheblichem Maße zunimmt. Ein Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand nach ICD-10 F05, der sich durch plötzlich eintretende Denk-, Wahrnehmungs- und Bewusstseinsstörungen und ggf. vegetative Begleitsymptome äußert. Bereits bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zeigen 10-20% der über 65-Jährigen Anzeichen eines Delirs. Im Verlauf des Aufenthalts erhöht sich dieser Anteil um weitere 10 bis 25% (Ministerium für Gesundheit NRW 2012). Damit ist das Delir die häufigste Komplikation im Rahmen einer Demenzerkrankung. Bei Delirien erhöhen sich die Gesundheitskosten um den Faktor 2,5 bei zugleich geringerer Überlebensdauer der Patienten (Leslie et al. 2008). Problematisch ist zudem, dass insbesondere die hypoaktiven Delirformen (29 der Fälle) nach verschiedenen Literaturangaben zu 30-60 nicht erkannt bzw. nicht adäquat diagnostiziert und behandelt werden (Reischies et al. 2003).

Wie aus internationalen Erfahrungen und den wenigen in Deutschland erprobten Modellkonzepten abzuleiten ist, eignen sich in erster Linie spezielle Konsiliar- und Liaisondienste (KL-Dienste), um die beschriebenen Probleme und Negativspiralen bei der Versorgung demenzkranker und delirgefährdeter Patienten zu vermeiden. Dabei geht der Ansatz deutlich über das weitgehend bekannte und bereits bedarfsweise für einzelne Patienten durch ärztliche „Berater“ angewandte Konsiliarverfahren hinaus. Das Liaisonmodell umfasst die auch anfrageunabhängige Präsenz eines multiprofessionellen Teams aus spezifisch qualifizierten Ärzten und Pflegekräften in der betreffenden Behandlungseinheit. Nach Auffassung von Experten sollte die Entwicklung von KL-Diensten vorangetrieben werden, „da diese Form nicht nur Interventionsmodule auf Anforderung, z.B. bei Krisen oder vorzunehmender Diagnostik, bietet, sondern prinzipiell zu einer breit gefächerten Verbesserung der Frühdiagnostik, Behand-

lung, rechtzeitiger Krisenintervention und Fortbildung sowie Supervision führt“ (Diefenbacher/Reichwaldt 2001). Die weiterführenden Aufgaben, die KL-Dienste leisten könnten, werden wegen der ungeklärten Finanzierung bislang im Klinikalltag kaum erbracht und dies gilt auch, wenn das Krankenhaus über eigene neurologische und/oder psychiatrische Fachabteilungen verfügt. Dazu zählen neben der demenzbezogenen Qualifizierung des Personals vor allem eine gezieltere Identifizierung demenzkranker und delirgefährdeter Patienten und die Überbrückung von Schnittstellenproblemen, z.B. zwischen Instanzen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

2. Projektziele, Leistungen und Zielgruppen

Im Saarland wurde mit Hilfe einer Förderung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen, das von Ende 2010 bis Ende 2013 die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung übernahm, ein Pilotprojekt aufgelegt, mit dem die Krankenhausversorgung von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz verbessert werden sollte. Aufbauend auf den Erfahrungen der wenigen Good-Practice-Modelle in Deutschland wurden unter Leitung der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland, die den Anstoß zum Projekt gab, an unterschiedlichen Standorten KL-Dienste aufgebaut.

Mit dem Projekt Dem-i-k sollten Wege aufgezeigt werden, wie eine Verbesserung der Akutversorgung demenzkranker Patienten unter unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen gelingen kann. Die bekannten Krisensituationen und Negativspiralen sollten außer Kraft gesetzt, die Lebensqualität der Kranken erhalten und gesteigert werden. Parallel zur Qualitätsverbesserung sollten positive Auswirkungen auf die Kostenbilanz erwirkt werden. Dies ist z.B. der Fall, wenn durch Prozessoptimierung Krankheitsverläufe günstig beeinflusst und damit die vorgeschriebenen Liegezeiten eingehalten werden können. Zentrales Ziel des Verbundprojekts war neben der Erarbeitung regionaler Pilotlösungen der Transfer von Erfahrungen in den allgemeinen Krankenhausalltag. Es sollten übertragbare Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, mit deren Hilfe die Entwicklung demenzsensibler Strukturen und -prozesse in allen saarländischen Krankenhäusern vorangetrieben werden kann.

Das Aufgabenspektrum der KL-Dienste sollte patientenbezogene, mitarbeiterbezogene und institutionenbezogene Leistungen umfassen:

- *Patientenbezogene Aufgaben*
 - (Früh-)Diagnostik, Behandlungsempfehlung
 - Identifizierung noch unerkannt demenzkranker bzw. delirgefährdeter Patienten
 - Krisenintervention, insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten und Delirien
 - Problem- und ressourcenorientierte Patientengespräche
 - Beratung der Angehörigen
- *Mitarbeiterbezogene Aufgaben*
 - Unterstützung bei Diagnostik und Behandlung
 - Beratung über den Umgang mit den Kranken
 - Fallbegleitung
 - Fortbildung des Krankenhauspersonals
- *Institutionenbezogene Aufgaben*
 - Lobbying für demenzkranke bzw. delirgefährdete Patienten
 - Konzeptberatung, z.B. im Hinblick auf demenzsensible Strukturen und Prozesse

Die Implementation des Pilotprojekts Dem-i-k erfolgte zunächst in Schwerpunktabteilungen der Akutkrankenhäuser. Es wurden solche Abteilungen ausgesucht, in denen bereits vor dem Projektstart ein besonders hoher Anteil demenzkranker Patienten versorgt wurde.

Tabelle 1: Dem-i-K-Schwerpunktabteilungen

Klini□	Schwerpunktabteilungen
Klinik A	Gastroenterologie (2 Stationen), Gefäßchirurgie
Klinik B	Neurologie, Kardiologie, Gefäßchirurgie
Klinik C	Innere Abteilung
Klinik D	Unfallchirurgie
Klinik E	Psychiatrie als Träger des KL-Dienstes

Die Konzentration auf Schwerpunktabteilungen als Keimzellen für den Aufbau demenzsensibler Kliniken lehnte sich an Erfahrungen eines vergleichbaren Projekts in Kaufbeuren an. Im Vergleich zum „Gießkannenprinzip“ versprach man sich eine Reihe von Vorteilen. So sollte in erster Linie die Möglichkeit eines intensiveren Kontakts zu den Mitarbeitern geschaffen werden, um die andernorts bekannten Probleme im Akzeptanzaufbau zu reduzieren. In kleineren Schwerpunktteams wurde es zudem als leichter umsetzbar eingeschätzt, die Aufgabenvielfalt des KL-Dienstes zu verdeutlichen und die Effekte der Arbeit sichtbar zu machen. Ausgehend von der erwarteten positiven Resonanz in den Schwerpunktabteilungen sollten die Erfahrungen dann klinikweit ausgedehnt werden.

Angestrebt wurden Verbesserungen bei drei verschiedenen Patientengruppen:

Tabelle 2: Dem-i-K-Zielgruppen

Zielgruppen	Funktion des Projekts
Demenzkranke im Frühstadium	Identifizierung der Patienten; Initiierung von Frühdiagnostik und -behandlung
Bekannt Demenzkranke	Vermeidung von Krisensituationen; Sicherung der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs
Delirgefährdete	Vermeidung von Delirien; Identifizierung von Delirien und Durchführung einer angemessenen Behandlung

Im Krankenhaus werden viele Patienten behandelt, bei denen die Demenz noch nicht diagnostiziert ist und die Kompetenzeinbußen erst während des Krankenhausaufenthalts deutlich werden. Hier sollte das Krankenhaus eine Filterfunktion wahrnehmen, indem diese Patienten einer Frühdiagnostik und -behandlung zugeführt werden. Bei Patienten, die mit einer be-

kannten Demenz, z.B. aus Pflegeheimen, ins Akutkrankenhaus eingeliefert wurden, sollte der Fokus primär darauf liegen, eine krisenhafte Zuspitzung während des Krankenhausaufenthalts zu vermeiden. Dies ist von besonderer Relevanz, wenn schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die das Personal überfordern und die Abläufe im Krankenhaus gefährden. Eine weitere Zielgruppe des Projektes stellten Demenzkranke oder demenzgefährdete Personen dar, bei denen eine delirante Episode – etwa in Zusammenhang mit einer Operation – verhindert werden soll. Hier sollten neben präventiven Maßnahmen Strategien zur Erkennung und angemessenen Behandlung von Delirien entwickelt werden.

3. Methoden der wissenschaftlichen Begleitung

Im Auftrag des saarländischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen hat das *iso*-Institut das Projekt Dem-i-K wissenschaftlich ausgewertet und Grundlagen für eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere saarländische Krankenhäuser geschaffen. Die Begleitforschung umfasste eine sozialwissenschaftliche Struktur-, Prozess- und Wirkungsanalyse. Zudem wurden die beteiligten Akutkrankenhäuser bei der Umsetzung der Projektziele beraten.

Die **Prozessbezogene Beratung** bezog sich beispielsweise auf die Umsetzung der ärztlichen Aufgaben im trägerübergreifenden KL-Ansatz, auf die Implementation der Fallbegleitung nach Abschluss der Fortbildungsmodule sowie auf die Datenerfassung im Rahmen der Patientendokumentation. Die wissenschaftliche Begleitung nahm zudem an den Sitzungen der Steuerungsgruppe teil, in der die Projektstrukturen und -prozesse fortlaufend diskutiert und angepasst wurden. Darüber hinaus bildeten sich unter Beteiligung der wissenschaftlichen Begleitung mehrere Besprechungsforen, wie z.B. der Projektbeirat oder die „Arbeitsgruppe Finanzierung“ (vgl. Kap. 8).

Bei der **Wirkungsanalyse** wurde geprüft, ob die neu installierten Versorgungsbausteine die Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus verbessern konnten. Unter Einsatz verschiedener Methoden wurden neben messbaren Parametern auch weichere (Qualitative) Erfolgsindikatoren in die Analyse einbezogen. Die Wirkungsanalyse orientierte sich an den verschiedenen Zielsetzungen des Projekts:

- Auswirkungen auf die Patienten: Mit Hilfe eines einheitlichen Dokumentationssystems für alle beteiligten Akutkrankenhäuser (Patientendokumentation) wurde der Erfolg der Intervention zum einen anhand funktioneller und psychopathologischer Outcome-Parameter bei Aufnahme und Entlassung gemessen. Zudem wurden in der zweiten Projekthälfte Angehörige befragt, wie sie die Behandlung der Dem-i-K-Patienten wahrgenommen haben.
- Auswirkungen auf das Krankenhauspersonal: Durch das Projekt sollte zudem eine Erhöhung der demenzbezogenen Kompetenz beim Krankenhauspersonal erfolgen. Um die Fortschritte zu überprüfen, wurden die Krankenhausmitarbeiter durch eine Bestandsaufnahme zu Beginn, zur Mitte und zum Abschluss des Projekts in die Untersuchung einbezogen. Die Bestandsaufnahme umfasste jeweils eine schriftliche Befragung des ärztlichen und pflegerischen Personals in den Schwerpunktabteilungen der vier somatischen Krankenhäuser, in der die aktuellen Probleme in der Versorgung Demenzkranker erfasst wurden (vgl. Kap. 4.1). Zusätzlich fanden explorative Workshops mit Pflegekräften und

Interviews statt (vgl. Kap. 4.2 und 4.3) sowie eine gesonderte Auswertung der berufsgruppenbezogenen Fortbildungsmaßnahmen (vgl. Kap. 5.3).

- Auswirkungen auf die Kostenbilanz: Schließlich sollten Daten über das Potential einer Kostenminderung geliefert werden. Neben volkswirtschaftlichen Kosten, die z.B. durch Einweisungen in die Psychiatrie oder in Pflegeheime entstehen, sind vor allem betriebswirtschaftliche Kosten aus Sicht der Krankenhausträger relevant. Um solche Kosteneffekte nachzuweisen, wurden zum einen entsprechende Fragenkomplexe in die Patientendokumentation aufgenommen (vgl. Kap. 6). Zum anderen wurde eine Unterarbeitsgruppe eingerichtet, die prüfen sollte, ob die Patientenstatistiken der Krankenhäuser in dieser Hinsicht ausgewertet werden können, z.B. im Hinblick auf veränderte Verweildauern der demenzkranken Patienten (vgl. Kap. 8). Auf der Grundlage der erhobenen Daten sollte die Bewertung der Kosteneffekte von den Finanzexperten der katholischen Krankenhäuser vorgenommen werden (vgl. Kapitel 9).

Die **Struktur- und Prozessanalyse** diente vor allem der späteren Übertragbarkeit der Ergebnisse und Erfahrungen in die Krankenhauspraxis. Neben der Erfassung von Patientendaten zur Beschreibung der Zielgruppe von KL-Diensten waren vor allem strukturelle und prozessorientierte Aspekte von Bedeutung, wie die Arbeitsweise der Projektbeteiligten, die konkreten Arbeitsabläufe und im Verlauf der Umsetzung auftretende Probleme sowie herausgearbeitete Lösungswege. Die wissenschaftliche Begleitung orientierte sich dabei unter anderem an folgenden leitenden Forschungsfragen:

- Wie setzt sich die Klientel zusammen (z.B. soziodemografische Merkmale, körperlicher Status, Art und Ausprägung der psychischen Erkrankung, Wohnform und Hilfe-setting) (vgl. Kap. 6)
- Welche Leistungen werden vom KL-Dienst mit welchen Zeitanteilen erbracht, wie ist das Procedere bei den wesentlichen Kernaufgaben (Konsile, Fortbildungen, Fallbegleitung) (vgl. Kap. 5.3 bis 5.5)
- Welche Arbeitsstrukturen bilden sich intern heraus, und welche Prozesse bewähren sich bei der Kooperation mit anderen Abteilungen und externen Instanzen (vgl. Kap. 5.1 und 5.2)

Die Struktur- und Prozessanalyse stützte sich vor allem auf Interviews mit den Mitarbeitern der Projekte und auf explorative Workshops mit dem Krankenhauspersonal. Im letzten Projektjahr wurden zudem zur Vorbereitung der Handlungsempfehlungen insgesamt vier Reflexionsworkshops durchgeführt (vgl. Kap. 5.2). Darüber hinaus wurde eine Leistungs- und Arbeitszeiterfassung bei den Mitarbeitern der KL-Dienste durchgeführt (vgl. Kap. 5.3 bis 5.5).

Der Großteil der Instrumente wurde sowohl für die Struktur- und Prozessanalyse als auch für die Wirkungsanalyse genutzt. So wurden z.B. die Mitarbeiter im Rahmen der Interviews für die Struktur- und Prozessanalyse auch dazu befragt, wie sie die Wirkungen des Projekts in den einzelnen Phasen bewerten. Umgekehrt lieferte die Patientendokumentation wichtige Daten zur Beschreibung der Zielgruppe eines KL-Dienstes. In der folgenden Tabelle sind die methodischen Schritte entlang ihrer Funktion aufgelistet:

Tabelle 3: Methoden der wissenschaftlichen Begleitung

Instrumente	Struktur- und Prozessanalyse	Wirkungsanalyse
Bestandsaufnahme in verschiedenen Projektstadien (schriftliche Personalbefragungen, Workshops/Interviews mit Mitarbeitern)	X	X
Patientendokumentation (Erst-/Abschlusserfassung)	X	X
Befragung der Angehörigen	X	X
Evaluation der Fortbildungen	X	X
Leistungs- und Arbeitszeiterfassung in den Projekten	X	
Reflexionsworkshops	X	
Kosten-/Nutzenanalyse durch die Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser		X

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungen entlang der eingesetzten Methoden dokumentiert. Die Ergebnisse der Struktur- und Prozessanalyse beziehen sich in diesem Bericht ausschließlich auf die Kernelemente des Projekts (Fortbildungen, Konsile, Fallbegleitung). Zusammen mit zusätzlichen Informationen sowie mit Prozessempfehlungen zu weiteren Bausteinen demenzsensibler Gestaltung bilden sie eine wichtige Grundlage der vorgelegten Handlungsempfehlungen. Des Weiteren enthält die Ergebnisdarstellung eine Auswertung der patientenbezogenen Daten (Patientendokumentation) und der Angehörigenbefragung. Die Ergebnisdarstellung schließt mit einem Kapitel zur Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Projekts, in dem auch ausgewählte Informationen zur Kostenanalyse verarbeitet sind. Weitere Ergebnisse der Kostenanalyse, die von der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser verantwortet wurde, sind in den Handlungsempfehlungen dargelegt.

4. Ergebnisse der Bestandsaufnahmen in den involvierten Abteilungen

Die Bestandsaufnahme zu Projektbeginn hatte zum Ziel, ein Bild der bestehenden Probleme bei der Versorgung Demenzkranker zu entwerfen. Zum Abschluss des Projekts wurden die Erhebungen wiederholt um zu prüfen, ob und in welchen Bereichen Entwicklungen zu verzeichnen sind³. Für die Erstbefragung wurde in den vier somatischen Krankenhäusern eine schriftliche Personalbefragung durchgeführt, die das ärztliche und pflegerische Personal der Interventionsabteilungen umfasste. Zudem fanden Interviews mit ausgewählten Ärzten der Stationen statt. Für den Bereich des Pflegepersonals wurde vorgeschlagen, anstatt Interviews explorative Auftaktworkshops mit Pflegekräften durchzuführen, um die Pflegekräfte der Stationen für das bevorstehende Projekt zu sensibilisieren. In Klinik A war ein Workshop zum geplanten Zeitpunkt nicht zu organisieren, weil die Fortbildungen gerade durchgeführt wurden, so dass dort ersatzweise die beiden Leitungskräfte der Interventionsstationen interviewt wurden. Die Ergebnisse der Erstbefragung wurden in den einzelnen Häusern präsentiert und entsprechende Rückmeldungen und Interpretationen in die Auswertung aufgenommen.

Die Abschlussbefragung in den somatischen Kliniken umfasste analog zur Erstbefragung eine schriftliche Mitarbeiterbefragung. Der Rücklauf der Abschlussbefragung fiel in einzelnen Kliniken wegen Personalfluktuaton auf den Interventionsstationen niedriger aus als in der Erstbefragung.

Darüber hinaus wurden – wenn möglich – Abschlussworkshops und/oder Interviews mit den Projektverantwortlichen, mit Stationsleitungen, den für die Häuser tätigen KL-Ärzten (4 Personen) und der KL-Pflegefachkraft (1 Person für alle Häuser) sowie einzelnen weiteren Ärzten der Stationen durchgeführt. Die empirischen Schritte sind in folgender Tabelle mit den jeweiligen Fallzahlen aufgeführt:

³ Die Mitarbeiterbefragung wurde auch in einem mittleren Projektstadium durchgeführt. Die Ergebnisse sind in einem gesonderten Zwischenbericht dokumentiert.

Tabelle 4: Fallzahlen der Bestandsaufnahmen

Klinik	Schriftlicher Fragebogen		Interview		Auftakt/Abschlussworkshop	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013
Klinik A	35	25	3 Ärzte, 2 SL	1 KA ⁴ , 1 PD, 2 SL, 1 Arzt	-----	-----
Klinik B	35	35	3 Ärzte	1 PV, 1 PD	11 Pflegekräfte	8 Pflegekräfte
Klinik C	30	7	1 Arzt	1 KA, 1 PV, 1 SL	8 Pflegekräfte □ 1 QM	-----
Klinik D	21	18	2 Ärzte	1 KA, 1 PDL	12 Pflegekräfte, 1 Sozialdienst	14 Pflegekräfte
Gesamt	121	8□	11	12	□□	22

Zu allen Erhebungszeiträumen wurden zudem die Mitarbeiter des KL-Dienstes aus der Fachklinik E befragt.

4.1 Schriftliche Befragungen der Dem-i-K-Mitarbeiter

An den schriftlichen Befragungen waren jeweils rund 20% ärztliche Mitarbeiter beteiligt. Drei Viertel der Befragten waren zu beiden Erhebungszeiträumen weiblichen Geschlechts. Die schriftliche Befragung umfasste mehrere Fragenkomplexe⁵:

- Sensibilität/Wissensstand über Demenz/Delir
- Einschätzung der Behandlungsqualität und der Stärken bzw. Schwächen der Klinik im Umgang mit Demenzkranken
- Probleme im Umgang mit Demenzkranken
- Arbeitsbelastung und -zufriedenheit
- Bewertung des Dem-i-K Projektes (nur in der Abschlussbefragung)

⁴ Erläuterungen zu den verwendeten Abkürzungen:

KA □ KL-Arzt

QM □ Qualitätsmanagement

PD □ Mitglied der Pflegedirektion

PDL □ Pflegedienstleitung

PV □ Projektverantwortlicher, je nach Klinik Qualitätsbeauftragte, Mitglieder Pflegedirektion oder Stationsleitungen

SL □ Stationsleitung oder deren Stellvertretung.

⁵ Teilweise wurden die Fragen an die Struktur einer bundesweiten Umfrage des *iso*-Instituts in deutschen Kliniken angepasst, die 2009 im Auftrag der Deutschen Alzheimer Gesellschaft durchgeführt wurde. Dies ermöglicht einen Vergleich der Antworten und somit können Rückschlüsse auf „Modelleffekte“ gezogen werden (vgl. Kirchen-Peters 2013).

Sensibilität/Wissensstand über Demenz/Delir

Zur Erfassung der Sensibilität gegenüber den Krankheitsbildern Demenz und Delir wurden die Teilnehmenden zunächst gebeten, den Anteil der in der eigenen Klinik behandelten Personen mit Demenz bzw. Delir einzuschätzen. Geht man von einer durchschnittlichen Zahl von rund 20 Demenzkranker aus (vgl. Kap. 1) und stellt man in Rechnung, dass durch die besondere Abteilungsstruktur der beteiligten Häuser, die teilweise mit geriatrischen, psychiatrischen und neurologischen Fachabteilungen ausgestattet sind, auch etwas höhere Anteile Demenzkranker noch zutreffend sein können, hat sich ein großer Teil der Befragten sowohl in der Erstbefragung als auch verstärkt in der Abschlussbefragung realistisch geäußert. Im Durchschnitt gaben die Befragten einen Anteil von jeweils rund 26 Demenzkranker in der eigenen Klinik an. Im Vergleich zur bundesweiten Befragung⁶, in der durchschnittlich nur ein Anteil von rund 13% angegeben wurde, besteht demnach im Rahmen von Dem-i-K eine deutlich größere Sensibilität für die Bedeutung der Demenzkranken als Patientengruppe im Akutkrankenhaus.

Dies gilt auch für das Krankheitsbild Delir, eine schwerwiegende Komplikation, die insbesondere bei Krankenhausaufenthalten kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen auftreten kann. Während Experten von Delirraten zwischen 15 und 30 bei den über 65-jährigen Patienten ausgehen, wurde in der bundesweiten Erhebung die Delirrate mit einem Anteil von durchschnittlich 0,3% extrem unterschätzt. Im Rahmen des Dem-i-K-Projektes wurde der Anteil an Delirien in der eigenen Klinik in der Erst- und Folgerhebung auf durchschnittlich rund 21 bzw. 16 geschätzt. Dabei schätzten insbesondere die an der Befragung beteiligten Pflegekräfte die Delirhäufigkeit realistisch ein. Es kann als Erfolg von Dem-i-K betrachtet werden, dass sowohl aus der Erst- als auch aus der Abschlusserhebung eine höhere Sensibilität im Hinblick auf Delirien hervorgeht als im Bundesdurchschnitt und den Themen Demenz und Delir eine stärkere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die folgenden Tabellen verdeutlichen zudem, dass durch das Projekt eine Lücke in der Vermittlung demenzspezifischer Wissensinhalte gefüllt werden konnte:

⁶ Siehe Fußnote 5.

Tabelle 5: Besuch Demenz-Fortbildungen (nur Erstbefragung)

Fortbildung	N	v..H
Nein	97	80,8
Ja	23	19,2
Gesamt	120	100,0

Vier von fünf Befragten haben zu Modellbeginn noch keine Fortbildung zum Thema Demenz besucht. Dabei sind die dafür angegebenen Gründe aufschlussreich:

Tabelle 6: Gründe für Nicht-Besuch Fortbildung (N = 84, MFN) (nur Erstbefragung)

Gründe	N	v.H.
Kein passendes Angebot	62	73,9
Keine Zeit/Probleme mit Dienstplangestaltung	27	32,2
Zu viele andere wichtige Themen	19	22,6
Zu geringe Relevanz des Themas	8	9,5
Zu hohe Kosten der Fortbildungen	6	7,1
Sonstiges	4	2,4
Kein Interesse	2	4,8
Gesamt	128	152,5

Als Grund wird von der Mehrzahl (73,9) das bisherige Fehlen eines passenden Angebots angegeben. In der Tat scheint es so zu sein, dass die im Rahmen von Dem-i-K entwickelten Fortbildungsprogramme für Pflegekräfte, die in Halbtagesform als innerbetriebliche Fortbildung durchgeführt werden, genau den fachlichen und zeitlichen Anforderungen des Krankenhauspflegepersonals entsprechen (vgl. Kap. 4.2.1). Denn jeder dritte Befragte gab zudem an, bislang aus mangelnder Zeit oder aufgrund von Problemen der Vereinbarkeit mit der Dienstplangestaltung keine Fortbildung besucht zu haben. Während bundesweit 75 der Befragten den Hauptgrund in der Tatsache sehen, dass die Kliniken zu viele andere wichtige Themen zu bearbeiten haben, teilen dieses Argument bei den Beschäftigten der Dem-i-K-Kliniken nur rund 23%. Auch diese Tatsache spricht für einen Sensibilisierungseffekt des Modellprojekts, der sich bereits in der Anfangsphase des Projekts gezeigt hat.

⁷ MFN □ Mehrfachnennungen möglich

Als eine Folge des mangelnden Fortbildungsangebots konnte zu Beginn des Projektes nur jeder zehnte Befragte Kenntnisse über spezielle Versorgungskonzepte für Demenzkranke im Krankenhaus angeben. Im Projektverlauf hat sich dieser Anteil auf 48% deutlich erhöht.

Tabelle 7: Kenntnis spezieller Versorgungskonzepte

Kenntnis	Erstbefragung		Abschlussbefragung	
	N	v.H.	N	v.H.
Ja	14	11,6	38	47,5
Nein	107	88,4	42	52,5
Gesamt	121	100,0	80	100,0

Die Nennungen von speziellen Versorgungskonzepten beziehen sich in der Abschlussbefragung sowohl auf Elemente des Dem-i-K-Projektes, wie z.B. Konsile, Beschäftigungsangebote im Rahmen eines Demenzcafés, spezielle Formen der Ernährung oder Angehörigenarbeit, als auch auf noch nicht umgesetzte Elemente wie Rooming-In oder technische Hilfestellungen. Viele der Befragten beantworteten diese Frage engagiert und nannten mehrere spezielle Versorgungsbausteine oder auch konkrete Beispiele für veränderte Umgangsweisen mit Demenzkranken.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Kenntnis spezieller Versorgungskonzepte in den einzelnen beteiligten Kliniken Schwankungen aufwies. Während z.B. in einer Klinik 72% der Mitarbeiter von solchen Kenntnissen berichtete, traf dies für ein anderes Haus nur auf jeden dritten Befragten zu. In allen Häusern gaben Pflegekräfte mehr Kenntnisse an als befragte Ärzte.

Einschätzung der Behandlungsqualität und der Stärken bzw. Schwächen der Klinik im Umgang mit Demenzkranken

In beiden Erhebungen schätzte die Mehrheit der Befragten (66 bzw. 60%) die allgemeine Behandlungsqualität in der eigenen Klinik hoch bzw. sehr hoch ein. Niedrige Einschätzungen bilden die Ausnahme.

**Tabelle 8: Einschätzung der Behandlungsqualität und der Angehörigenzufriedenheit
Angaben in Prozent**

Behandlungsqualität/ ngehörigenzufriedenheit	Erstbefragung N = 121					Abschlussbefragung				
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Behandlungsqualität insgesamt	0,8	1,7	31,4	59,3	6,8	0,0	7,2	32,5	54,2	6,0
Behandlungsqualität Demenzkranke	3,3	24,2	53,3	15,8	3,3	6,0	21,4	52,4	19,0	1,2
Behandlungsqualität geistig Gesunde	0,0	3,3	16,7	70,8	9,2	0,0	5,3	15,8	63,2	15,8
Zufriedenheit Angehörige Demenzkranker	1,7	15,7	59,5	20,7	2,5	0,0	17,6	58,8	21,2	2,4

Geht es um die Behandlungsqualität der geistig gesunden Patienten verstärkt sich diese Tendenz: Rund 80% bzw. 74% bezeichnen diese als hoch oder sogar als sehr hoch. Im Hinblick auf die Behandlungsqualität bei demenzkranken Patienten sinken die Bewertungen jedoch deutlich ab, und dies gilt für Erst- und Abschlussbefragung. Immerhin etwa jeder Fünfte würde die Behandlungsqualität in diesem Fall als hoch oder sehr hoch bezeichnen, wobei die Werte der Abschlussbefragung etwas höher ausfallen. Dennoch kann aus dem Antwortverhalten abgeleitet werden, dass aus Sicht der Beschäftigten immer noch ein großer Handlungsbedarf bei der Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen der Dementenversorgung besteht. Dies gilt auch für die Einschätzung der Zufriedenheit der Angehörigen Demenzkranker mit der Behandlungsqualität, wenngleich auch in diesem Bereich mittlerweile etwas weniger negative Einschätzungen getroffen wurden.

Konkreter nach den Schwächen der Klinik im Umgang mit demenzkranken Patienten gefragt, nennen die meisten Mitarbeiter immer noch die Personalmenge (88,3 bzw. 97%) sowie die bauliche Struktur (80 bzw. 72%) und die Milieugestaltung (74,8 bzw. 63%). Während sich die Angaben zur insuffizienten Personalmenge im Projektverlauf sogar weiter verstärkt haben, werden – wohl aufgrund einzelner Anpassungsmaßnahmen wie z.B. der Errichtung eines Demenzcafés– im Hinblick auf Bau und Milieu etwas weniger negative Antworten gegeben. Ein weiterer Handlungsbedarf kann aus der Bewertung der Kompetenz und des Engagements des ärztlichen Personals abgeleitet werden.

**Tabelle 9: Stärken und Schwächen der Klinik im Umgang mit demenzkranken Patienten
Angaben in Prozent**

Stärken/Schwächen	Erstbefragung			Abschlussbefragung		
	Stärke	Mittel	Schwäche	Stärke	Mittel	Schwäche
Personalmenge	0,8	10,8	88,3	1,2	2,4	96,5
Bauliche Struktur	0,0	20,0	80,0	3,5	24,7	71,8
Milieugestaltung	2,5	22,7	74,8	2,4	34,9	62,7
Kompetenz ärztliches Personal	17,5	39,2	43,3	17,6	43,5	38,8
Engagement ärztliches Personal	21,8	36,1	42,0	14,3	40,5	45,2
Kompetenz Pflegepersonal	27,5	48,3	24,2	44,0	45,2	10,7
Engagement Pflegepersonal	61,9	28,0	10,2	73,8	21,4	4,8
Teamarbeit in der Abteilung	52,9	33,1	14,0	62,4	29,4	8,2
Kooperation mit anderen Abteilungen	12,5	50,8	36,7	27,1	43,5	29,4
Pflegekonzept	20,0	44,2	35,8	35,7	48,8	15,5
Arbeitsstrukturen und -prozesse	8,4	52,1	39,5	14,3	54,8	31,0
Einbezug von Angehörigen	25,8	45,8	28,3	32,9	51,8	15,3
Entlassungsplanung	26,7	50,0	23,3	43,4	37,3	19,3
Kooperation mit Institutionen außerhalb	24,4	52,9	22,7	22,6	59,5	17,9
Unternehmensleitbild	37,1	47,4	15,5	23,5	59,3	17,3
Leitungskompetenz	23,7	54,2	22,0	32,1	53,1	14,8

Verbesserte Werte im Vergleich zur Ausgangsbefragung lassen sich in den meisten Einzelbereichen feststellen, besonders aber in der „Kompetenz des Pflegepersonals“, die nun immerhin 44% der Befragten im Vergleich zu einem Ausgangswert von 27,5% als Stärke wahrnehmen, im „Engagement des Pflegepersonals“ (74% im Vergleich zu 62% in der Eingangsbefragung) sowie in der „Teamarbeit in der Abteilung“ (62 im Vergleich zu 53). Dies gilt auch für weitere pflegebezogene Parameter, wie z.B. das Pflegekonzept (Bewertung als Stärke von 20 auf 36 gestiegen), die Entlassungsplanung (27 auf 43) oder den Einbezug von Angehörigen (26 auf 33). Seltener werden zudem die „Arbeitsstrukturen und -prozesse“ als Schwäche angegeben (31 anstatt 40). Insgesamt entfallen 87 Prozentwerte mehr auf die Kategorie „Stärke“, 15 Prozentwerte mehr auf die Kategorie „Mittel“ und

101 Prozentwerte weniger auf die Kategorie „Schwäche“. Damit kann festgestellt werden, dass durch das Modellprojekt deutliche Verbesserungen wahrgenommen werden, jedoch von Seiten der Mitarbeiter an vielen Stellen weiterer Handlungsbedarf zur Optimierung der Demenzversorgung gesehen wird.

Bereits in der Erstbefragung wurde deutlich, dass erhebliche Umgangsprobleme mit demenzkranken Patienten den Alltag des Krankenhauspersonals prägen. Am häufigsten traten diese Probleme bei Verhaltensauffälligkeiten auf, etwa wenn Patienten unter nächtlicher Unruhe oder Orientierungsstörungen litten. Zudem häuften sich Probleme durch aggressives oder störendes Verhalten sowie durch Weglauftendenzen und durch Probleme mit Mitpatienten.

Tabelle 10: Häufigkeit von Umgangsproblemen mit Demenzkranken (Angaben in Prozent)

Ugangsprobleme	Erstbefragung					Abschlussbefragung				
	sehr häufig	häufig	mittel	eher weniger	selten oder nie	sehr häufig	häufig	mittel	eher weniger	selten oder nie
Probleme im Umgang (allgemein)	15,7	38,8	26,4	17,4	1,7	10,6	35,3	37,6	16,5	0,0
Tag-Nacht-Umkehr	40,0	50,8	6,7	2,5	0,0	47,1	43,5	4,7	4,7	0,0
Aggressivität	10,7	53,7	26,4	8,3	0,8	7,1	47,1	32,9	12,9	0,0
Ablehnen pflegerischer Maßnahmen	12,4	44,6	34,7	8,3	0,0	11,8	42,4	36,5	8,2	1,2
Weglauftendenz	16,7	45,8	27,5	10,0	0,0	11,8	44,7	37,6	5,9	0,0
Störendes Verhalten	17,5	49,2	25,0	8,3	0,0	17,9	50,0	25,0	7,1	0,0
Orientierungsstörungen	34,7	57,0	8,3	0,0	0,0	47,6	46,4	6,0	0,0	0,0
Probleme mit Mitpatienten	17,4	45,5	31,4	5,8	0,0	11,8	45,9	27,1	15,3	0,0
Wahn/Halluzinationen	5,9	31,9	42,0	19,3	0,8	5,9	35,3	35,3	22,4	1,2
Depressivität/Apathie	16,0	37,8	33,6	11,8	0,8	4,7	40,0	38,8	16,5	0,0

Wie aus der Abschlussbefragung hervorgeht, werden vom Personal immer noch erhebliche Umgangsprobleme festgestellt. Dabei werden diese nun für fast alle Kategorien von einem höheren Anteil an Befragten als „häufig“, denn als „sehr häufig“ beschrieben. Ausnahmen bilden die Kategorien „Tag-Nacht-Umkehr“ und „Orientierungsstörungen“, die offenbar im klinischen Alltag besonders schwierig zu meistern sind. Insgesamt ist zwar nur ein leichter Rückgang von Umgangsproblemen feststellbar, bei der offenen Frage, welche Strategien eingesetzt werden, wenn Umgangsprobleme entstehen, sind jedoch deutliche Unterschiede

zur Erstbefragung zu konstatieren (ohne Tabelle). Die überwiegende Mehrheit der Befragten konnte zum Abschluss des Projekts qualifizierte Angaben zu geeigneten Interventionen unterbreiten, darunter z.B. die Beauftragung eines Demenz-Konsils, der Einsatz validierender Techniken, der Einbezug von Angehörigen oder die Aktivierung der Fallbegleitung. Gerade die große Vielfalt an beschriebenen Verhaltensweisen spricht dafür, dass die Mitarbeiter der involvierten Abteilungen Umgangsproblemen mit Demenzkranken nicht mehr so hilflos gegenüberstehen wie noch zu Beginn des Projektes. Gleichzeitig belegt es die Notwendigkeit, weiterhin Konsile und Fallbegleitungen anzubieten, die um Falle von Umgangsproblemen eine wichtige Unterstützung bilden.

Die Arbeitsbelastung bei der Versorgung Demenzkranker wird von den Mitarbeitern der Dem-i-K-Kliniken jedoch immer noch als hoch (34%) bis sehr hoch (59%) eingeschätzt, wobei für die Belastungsausprägung im Projektverlauf sogar eine ansteigende Tendenz zu verzeichnen ist. Dies kann durch eine gestiegene Zahl Demenzkranker auf den Modellstationen ebenso erklärt werden wie durch zusätzliche Belastungen im Rahmen Projektarbeit.

Tabelle 11: Arbeitsbelastung bei der Versorgung Demenzkranker

Arbeitsbelastung	Erstbefragung		Abschlussbefragung	
	n	v.H.	n	v.H.
Sehr niedrig	1	0,9	1	2,6
Niedrig	3	2,6	0	0,0
Mittel	11	9,4	4	4,9
Hoch	53	45,3	28	34,1
Sehr hoch	49	41,9	48	58,5
Gesamt	110	100,0	80	100,0

Während die Arbeitszufriedenheit bei den meisten Befragten mit 45% zu Projektbeginn noch im Mittelmaß angesiedelt war und jeweils über 20% diese als eher niedrig bzw. als eher hoch einschätzten, haben sich diese Werte in der Tendenz weiter verschlechtert. Mittlerweile gibt der Großteil der Befragten eine mittlere bis niedrige Arbeitszufriedenheit an.

Tabelle 12: Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit	Erstbefragung		Abschlussbefragung	
	n	v.H.	n	v.H.
sehr niedrig	7	5,9	8	9,5
niedrig	29	24,4	29	34,5
mittel	54	45,4	33	39,3
hoch	26	21,8	12	14,3
sehr hoch	3	2,5	2	2,4
Gesamt	119	100,0	84	100,0

Im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit ist zu vermuten, dass diese in erster Linie von Bedingungen abhängt, die keinen unmittelbaren Bezug zum Modellprojekt aufweisen. Nimmt man die Ergebnisse der Interviews an diesem Punkt als Interpretationsbasis zu Hilfe, spricht vieles dafür, dass vor allem die im Krankenhausalltag bestehende Personalknappheit der Hintergrund für Belastungserleben und Unzufriedenheiten darstellt.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich in der Abschlussbefragung eine Reihe positiver Entwicklungen abgezeichnet haben. Dies betrifft insbesondere die Sensibilisierung für die Zahl und die Situation demenzkranker Patienten im Krankenhaus, die Kenntnis von Good-Practice-Ansätzen, den Abbau von Schwächen in der Demenzversorgung sowie die Anwendung von Strategien bei auftretenden Umgangsproblemen. Auch in der offenen Frage, was bislang durch das Projekt erreicht wurde, spiegelt sich diese Einschätzung. Die meisten Befragten sehen Entwicklungen in den Bereichen von Sensibilisierung, Bewusstsein und Haltung der Pflegekräfte und *„finden das Projekt wichtig, weil es einen Anstoß gegeben hat, sich mit der Versorgung demenzkranker Patienten auseinanderzusetzen“*⁸. Gelobt wurden insbesondere die bessere Wahrnehmung von Demenzen und Delirien, Verbesserungen in der fachärztlichen Behandlung sowie ein sicherer Umgang mit den Kranken.

Wie aus der schriftlichen Abschlussbefragung hervorgeht, benötigen die Mitarbeiter allerdings weiterhin Unterstützung, insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten, und es sind – auch nach Ablauf der Projektlaufzeit – noch weitere Anstrengungen auf dem Weg zum demenzfreundlichen Krankenhaus notwendig, wie z.B. bei der nächtlichen Versorgung der demenzkranken Patienten, für die immer noch keine adäquaten Lösungen gefunden werden konnten. Probleme wurden in den offenen Fragen im Zeitmangel gesehen, der häufig verhindere, sinnvolle Strategien umzusetzen. Zudem müsse überlegt werden, wie die Qualifizie-

⁸ Zitate aus Interviews werden im Text kursiv gekennzeichnet.

rungsmaßnahmen auf die gesamten Kliniken ausgeweitet werden können. Schließlich äußerten die Befragten den Wunsch, die bauliche Struktur der Kliniken zu verbessern sowie eine stärkere Kooperation mit den Angehörigen und mit anderen Prozessverantwortlichen in der nachklinischen Versorgung zu organisieren. Die Vorschläge zu Weiterentwicklungspotentialen des Projektes waren auch ein Thema der qualitativen Analyse, deren Ergebnisse in den folgenden Kapiteln dargestellt werden.

4.2 Eingangsgespräche und Workshops

Neben der Konkretisierung von Problemen und Hindernissen der Dem-i-K-Häuser auf dem Weg zu demenzfreundlichen Krankenhäusern hatte der qualitative Teil der Empirie zu Projektbeginn auch das Ziel, die gemeinsame Reflexion über das Thema Demenz zu fördern und die Sensibilisierung weiter voranzutreiben. Einbezogen waren in erster Linie Pflegekräfte sowie Ärzte der involvierten Projektstationen.

Ergebnisse der Interviews und Workshops mit Pflegekräften

Die folgende Darstellung beruht auf Workshops in drei Kliniken und einem Gruppeninterview mit Stationsleitungen in einer Klinik. In den Workshops wurde unter der Leitfrage „Warum misslingt die Versorgung Demenzkranker in der Klinik?“ eine Kartenabfrage durchgeführt, deren Ergebnisse anschließend diskutiert wurden. Die Antworten der Teilnehmer bewegten sich auf drei Ebenen, wobei die Gewichtung der Ebenen je nach Haus teilweise unterschiedlich ausfiel.

Übergeordnete Ebene: Am häufigsten wurde genannt, dass für die aufwendigere Zuwendung für Patienten mit der Nebendiagnose Demenz zu wenig Zeit eingebracht werden könne. Der Zeitmangel führe zu einer Überlastung des Personals und zu einer großen Hektik im Pflegealltag. Einige Teilnehmer führen die sich verschärfende Personalknappheit auf eine mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung der Pflegearbeit zurück. Es müsse ein Umdenken in der Bevölkerung erfolgen. Derzeit seien die meisten Menschen noch kaum über Demenz informiert, dadurch bestehe keine Lobby für Demenzkranke, und es würde kein Druck in Richtung der notwendigen Veränderungen erzeugt.

Betriebliche Strukturen und Prozesse: Auf der betrieblichen Ebene wurden die Themenbereiche Bau/Milieu, Personal sowie Arbeitsabläufe thematisiert. Im Hinblick auf die räumlich-sachliche Ausstattung wurde beklagt, dass zu wenig orientierungsfördernde Maßnahmen ergriffen werden. Dabei stellten die Pflegekräfte fest, dass in diesem Bereich auch mit begrenzten Mitteln viel zu erreichen sei, aber häufig das Bewusstsein fehle, um die Notwendig-

keit der Maßnahmen, z.B. farbige Toilettenbrillen, zu erkennen. Es gebe zudem zu viele Ausgänge und keine Beschäftigungsräume.

Viele Nennungen entfielen auf den Bereich Personal. Am häufigsten wurde genannt, dass es dem Personal an Hintergrundwissen über Demenz fehle. Das führe oft zu Unsicherheiten z.B. über eine geeignete Medikation. *„Gerade ältere Patienten kommen häufig mit einer schlechten medikamentösen Einstellung. Sie nehmen viele verschiedene Präparate aus dem psychiatrischen Bereich. Und dann wird wild ausprobiert, weil das Hintergrundwissen nicht da ist.“* Zur Unterstützung wünschten sich die Teilnehmer leicht handhabbare Instrumente für den Praxisgebrauch, wie z.B. eine Checkliste für Medikamente, die man bei Demenz oder Delir nicht einsetzen sollte. Zudem wurde ein Behandlungspfad als hilfreich eingeschätzt, der Orientierungshilfe vor allem im Falle einer Erstdiagnose Demenz bieten könnte. Die Teilnehmer berichteten von häufig auftretenden Problemen im Umgang mit demenzkranken Patienten, die vor allem bei Verhaltensauffälligkeiten, wie Aggressivität oder Unruhe, auftreten.

Ebenso wurden wiederholt unterschiedliche Probleme auf der Ebene der Arbeitsorganisation benannt. So sei die Aufgabenvielfalt für die Krankenhauspflegekräfte mittlerweile erdrückend, und es gehe sehr viel Zeit durch Dokumentationsarbeiten verloren. Die Befragten in den Häusern sahen unterschiedlich viele Spielräume für entlastende Arbeitsstrukturen. Während es z.B. in einem Haus kritisch gesehen wurde, wenn zunehmend Hilfskräfte für bestimmte Aufgaben eingesetzt würden und dadurch möglicherweise langfristig die Rolle der Fachpflege gefährdet sei, bewerteten Pflegekräfte in anderen Häusern den Einsatz von Hilfskräften als durchaus positiv, wenn dadurch Zeitpuffer geschaffen würden. So könnten lästige Störungen im Arbeitsablauf, die etwa durch Patiententransporte entstehen, auf diese Weise abgebaut werden. Insgesamt seien die Arbeitsabläufe zu fachspezifisch ausgerichtet. Es fehle dadurch der ganzheitliche Blick auf die Bedürfnisse der Kranken.

Auch die interne Kommunikation über Demenzkranke sowie die Kommunikation an den Schnittstellen müsse verbessert werden, damit alle Berufsgruppen und Abteilungen an einem Strang ziehen können (*„sonst arbeitet der eine validierend und der andere realitätsorientierend“*). Insbesondere die Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten, die durch tradiertes Hierarchiedenken geprägt sei, müsse zur Etablierung einer interdisziplinären Arbeitsweise vorgebracht werden. Für den berufsgruppenübergreifenden Dialog fehle es derzeit noch an Strukturen und teilweise am notwendigen Respekt der Ärzte vor den Pflegekräften.

Auch der mangelnde Informationstransfer wurde in diesem Zusammenhang kritisiert. Bei der Aufnahme würden z.B. nicht die erforderlichen Informationen eingeholt. Die entsprechenden Instrumente seien nicht demenzsensibel ausgerichtet. *„Gerade in Notfällen drängt die Zeit,*

und es muss alles hoppla-hopp gehen.“ Des Weiteren wird es als erforderlich gesehen, die Kooperation mit den vor- und nachstationären Versorgern zu verbessern, wie z.B. den niedergelassenen Haus- und Fachärzten und den Pflegeeinrichtungen. Ein besonderes Gewicht wurde in diesem Zusammenhang den Angehörigen beigemessen. Die Pflegekräfte berichteten von Situationen, in denen die Angehörigen der demenzkranken Patienten mit ihrem erhöhten Beratungsbedarf zu einer zusätzlichen Belastung im Pflegealltag werden können. *„Viele haben auch ein ausgeprägtes Anspruchsdenken und wollen ihre eigene Überforderung an uns ablassen.“* In allen Häusern wurde diskutiert, auf welche Weise die Angehörigen von der teilweise empfundenen Zusatzbelastung zu einer Ressource werden könnten.

Individuelle Ebene: Nicht selten wurden Fragen der individuellen Haltung thematisiert. Eine Barriere für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte sei oft die mangelnde Motivation und das fehlende Interesse der Beschäftigten. Man gehe nicht auf die demenzkranken Patienten ein, sondern gebe lieber ein sedierendes Medikament. Denn die Demenz werde nur als Nebendiagnose bewertet, der man keine Aufmerksamkeit beimessen müsse. So würden die Ärzte allzu oft anordnen, Demenzkranke zur engmaschigen Kontrolle der Vitalfunktionen an Monitore anzuschließen. Was eine solche faktische Fixierung für die Kranken bedeute, würde nicht reflektiert. Insgesamt sahen die Pflegekräfte durch das Modellprojekt eine Chance, *„das Menschliche als Priorität in die Maschinerie Krankenhaus zurückzuholen“*, was nicht nur den Demenzkranken, sondern auch allen anderen Patienten und den Mitarbeitern zugute kommen würde.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass vom Pflegepersonal zu Projektbeginn ein großer Handlungsbedarf konstatiert wurde. Neben der allgemeinen Zeitnot, die meist als größtes Hindernis für den Aufbau demenzgerechter Arbeitsweisen bewertet wurde, wurden vor allem die Wissensdefizite der Beschäftigten diskutiert und die Frage, wie man die in den Schwerpunktabteilungen durchzuführenden Fortbildungen auf die gesamte Klinik ausweiten könnte. Einen großen Diskussionsraum nahmen auch Probleme mit den nicht an Demenz ausgerichteten Arbeitsabläufen ein. In diesem Zusammenhang äußerten die Workshop-Teilnehmer als wichtigstes Anliegen, die Arbeitsstruktur interdisziplinär auszurichten, da sich die Probleme von Demenzkranken nicht an Berufsgrenzen orientieren. Zudem stellte sich die Schnittstelle zu den Angehörigen als Handlungsfeld heraus.

Ergebnisse der Eingangsgespräche mit Ärzten

Die Interviews zur Bestandsaufnahme bezogen sich auf die vier somatischen Kliniken. Es wurden sowohl Chefarzte, Oberärzte als auch Stationsärzte befragt. Zu Projektbeginn konnte

eine unterschiedlich stark ausgeprägte Wahrnehmung des Handlungsbedarfs konstatiert werden:

Ein Teil der Ärzte negierte einen ausgeprägten Handlungsbedarf auf der medizinischen Seite des Projekts. Die Probleme bestünden in den schlechten Rahmenbedingungen und im Arbeitstempo, das durch das DRG-System entstanden sei. *„Durch die Personalknappheit entsteht der Reflex Sedativa.“* Das Projekt habe auf diese Fakten keinen Einfluss. Zudem seien die Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz ohnehin sehr eingeschränkt.

Andere sahen zwar einen Handlungsbedarf, dieser bestehe jedoch in erster Linie darin, die Ärzte von den aufwendigen Demenzpatienten zu entlasten. Denn diese sprengten den finanziellen Rahmen und führten letztendlich zu einer Überlastung des Personals. Eine eigene Wissenserweiterung halte man aber nicht unbedingt für erforderlich. Um die richtigen Schritte selbst zu tun, fehle es an dem spezifischen Fachwissen, aber auch an der dafür notwendigen Zeit.

Der größere Teil der interviewten Ärzte hingegen berichtete von einer relevanten Zahl demenzkranker Patienten und von erheblichen Problemen in der Versorgung. Im Einzelnen wurden folgende Handlungsbedarfe beschrieben:

- Es treten Unsicherheiten in der Medikation auf. Wie auch schon die Pflegekräfte berichtet hatten, kommen offenbar viele ältere Patienten mit Polypharmazie in das Akutkrankenhaus. Für die Optimierung der medikamentösen Einstellung fehlen die Zeit und die disziplinübergreifende Fachlichkeit.
- Wichtig sei für alle Berufsgruppen, die Demenzkranken besser zu verstehen. Derzeit komme es durch Widerstände der Patienten sehr häufig zu Problemen und Komplikationen in der Stationsroutine. Andererseits wurde beklagt, dass die Demenz in der Alltagshektik häufig untergehe und dadurch kein angemessenes Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten möglich sei.
- Besondere Probleme wurden in der Nachtversorgung konstatiert, in der häufig ein Arzt und eine Pflegekraft für eine große Zahl an Patienten zuständig sind. *„Dann ist man alleine und muss überall gleichzeitig sein, in der Notaufnahme, auf Intensiv und dann hat man noch einen demenzkranken Patienten, mit dem man sich intensiver befassen müsste. Dann kann man sich oft nur entscheiden, ein Sedativum zu geben, denn das Problem muss in zehn Minuten gelöst sein. Dem Patient wird man so nicht gerecht, aber es geht darum, dass der ruhig im Bett liegt, nicht stört, nicht stürzt und nicht zu anderen ins Zimmer läuft.“*

- Fast alle Befragten kritisierten einen mangelnden Informationstransfer. So sei bei der Aufnahme häufig gar nicht herauszufinden, welche Medikamente ein Patient einnehme: *„Welches Medikament nehmen Sie denn? – Die sind rot.“* Aber auch der Informationstransfer bei der Entlassung der Patienten sei nicht überzeugend geregelt. *„Es kommen viele ältere alleinstehende Frauen, deren Selbständigkeit nach einem Unfall eingeschränkt ist. Und wie sollen die nach einem Krankenhausaufenthalt zu Hause weiter versorgt werden?“* Hier forderten die Ärzte eine stärkere Einbindung der Sozialdienste und schlugen eine Kooperation mit den Pflegestützpunkten vor.
- Neben Behandlung und Pflege müsse auch die Betreuung der Demenzkranken verbessert werden. Dazu wurde vereinzelt angeregt, Beschäftigungsangebote aufzubauen.
- Einige Ärzte wünschen sich zudem, dass in der vorklinischen Phase geprüft wird, ob ein Krankenhausaufenthalt bei bekannter Demenz durch ambulante Maßnahmen zu umgehen ist. Vor dem Hintergrund der Risiken eines Krankenhausaufenthaltes sei abzuwägen, ob alle medizinisch möglichen Schritte sinnvoll seien oder ob die Lebensqualität eines Demenzkranken dadurch unter Umständen gefährdet werde.
- Im Hinblick auf Delirien wurde ein Informationsdefizit beklagt. Die Defizite beziehen sich wie dargestellt auf das Erkennen deliranter Zustände, auf Behandlungsoptionen sowie auf damit in Zusammenhang stehende juristische Fragen wie Fixierungen.

Von der überwiegenden Mehrheit der befragten Ärzte wurde demnach ein Handlungsbedarf im Hinblick auf die Versorgung demenzkranker Patienten konstatiert, wenn auch nicht immer ein eigener Wissensaufbau damit in Verbindung gebracht wurde. Die Wünsche an das Projekt bezogen sich in erster Linie auf eine Optimierung der medikamentösen Behandlung, auf die Reduzierung von Komplikationen sowie auf Impulse für einen besseren Informationstransfer. Dennoch bleibt festzuhalten, dass zu Projektbeginn das Interesse der Ärzte am Thema Demenz nicht immer vorausgesetzt werden konnte. *„Demenz ist für meine Kollegen ein störendes Begleitphänomen.“*

4.3 Abschließende Interviews und Workshops

Die folgende Darstellung ergänzt die in Kapitel 4.1 ausgeführten Ergebnisse der schriftlichen Mitarbeiterbefragung zum Abschluss des Projektes. Neben den abschließenden Workshops mit den in das Projekt involvierten Pflegekräften liegen Ergebnisse aus Interviews mit den Mitarbeitern des KL-Dienstes, Stationsärzten und Stationsleitungen sowie weiteren Projektverantwortlichen und Mitgliedern der Pflegedirektion vor.

Die Ergebnisse der mündlichen Befragungen bestätigen und präzisieren die Befunde der schriftlichen Mitarbeiterbefragung. In allen an Dem-i-K beteiligten Abteilungen hat sich die Haltung zu demenzkranken Patienten verbessert, und es hat sich ein Problembewusstsein etabliert.

In welchem Ausmaß – aufbauend auf diesem Problembewusstsein – weitere Schritte zu einer demenzsensiblen Ausrichtung umgesetzt wurden, scheint jedoch zwischen den einzelnen Häusern zu variieren. Dabei beeinflussen neben der Bereitstellung von Ressourcen auch hausinterne Rahmenbedingungen den Projektfortschritt (vgl. Kap. 5.1). Aus diesem Grund werden die folgenden Ausführungen entlang der einzelnen Kliniken dargestellt:

Klinik A hat für das Projekt die meisten Ressourcen bereitgestellt. Dies betrifft die Anzahl der in den drei Stationen im Demenzthema geschulten Mitarbeiter ebenso wie die Frequenz der Fallbegleitung, die dort einmal wöchentlich für vier Stunden eingesetzt wird. Zudem hat die Pflegedirektion die Umsetzung demenzsensibler Arbeitsweisen zu einem Schwerpunkt erklärt und kümmert sich persönlich darum, *„den Prozess am Laufen zu halten“*. Die Stationsleitungen berichten, dass vor allem die Pflegekräfte *„ein anderes Auge auf demenzkranke Patienten haben“*. Von großer Bedeutung ist jedoch, dass die Mitarbeiter selbst aktiver Strategien einsetzen, um die Versorgung Demenzkranker zu verbessern. Dies betrifft zum einen den eigenen Umgang mit den Kranken, der nun besser gelingt. Die Pflegekräfte haben die Scheu verloren, auf demenzkranke Patienten zuzugehen. *„Man kann aufgeregte Patienten jetzt besser beruhigen“*; *„bei den meisten klappt die Validation schon hervorragend, andere müssen weiter üben.“* Bei Unsicherheiten hilft man sich gegenseitig im Team.

Zum anderen werden auch in den Prozessen nun kleinere Maßnahmen ergriffen, die für die Patienten aber einen hohen Wert haben können. *„Wir legen nun rote Servietten unter die weißen Teller, damit die Patienten das Essen erkennen können. Wir versuchen Hilfen zur Orientierung zu geben und die Patienten möglichst nicht zu verlegen. Auch ein schnelles Durchschleusen wird versucht und auf Untersuchungen verzichtet, die nicht unbedingt im Krankenhaus gemacht werden müssen. Alle paar Stunden schauen wir, ob ein Toilettengang nötig ist, und wir achten auf Hinweise von Unruhe. Das muss man alles wissen!“* Zudem wurde die Anamnese in der Pflegedokumentation umgestellt: die Pflegekräfte erfassen das *„Lebensthema“* des demenzkranken Patienten, um den Zugang zu vereinfachen.

Auch die Ärzte haben den Blick auf demenzkranke Patienten verändert. Das Konsiliarsystem wird begrüßt und Konsilvorschläge der Pflege werden selbstverständlich umgesetzt (*„es gibt kein Gemecker mehr“*). Die Ärzte schlagen sogar selbst Konsile vor, in Einzelfällen begleiten sie den KL-Arzt zum Patienten und lassen sich die Empfehlungen zur Medikation erklären. Als großer Fortschritt für den reibungslosen Prozess der Beantragung von Konsilen wird der

in der Abschlussphase des Projekts entwickelte Dem-i-K-Konsilschein bewertet (vgl. Materialband). *„Das ist ein echter Fortschritt. Jetzt kann man das einfacher ausfüllen.“*

Die Mitarbeiter der Klinik A sind zufrieden mit der Projektentwicklung. *„Man profitiert nicht nur beruflich, sondern auch persönlich.“* Als Vorteil wird auch gesehen, dass Beschwerden von Angehörigen, die früher im Hinblick auf die Versorgung demenzkranker Patienten häufiger waren, nun sehr selten geworden sind. *„Man muss mit den Angehörigen reden und ihnen einiges erklären, z.B. wenn wir bemüht sind, einen Patienten schnell wieder zu entlassen.“* Trotz der positiven Bilanz wird an verschiedenen Stellen weiter ein Handlungsbedarf gesehen. Dies betrifft in erster Linie die zunehmende konomisierung und den daraus resultierenden Zeitdruck im Arbeitsalltag. *„Man hat zu wenig Zeit für das, was auf uns zugekommen ist in den Krankenhäusern. Immer mehr ältere Patienten, immer kürzere Liegezeiten.“* *„Durch den Personalmangel kann man das neue Wissen nicht so gut einsetzen. Dann ist man selbst unzufrieden. Gestern war ich z.B. allein für 15 Patienten zuständig. Da muss man zuerst gucken, dass niemand zu Schaden kommt. Das setzt Grenzen für unser Konzept.“* Weitere Wünsche der Mitarbeiter beziehen sich auf die Schaffung eines Beschäftigungsraums, auf die Erarbeitung eines Angebots für nächtlich unruhige Patienten sowie auf eine schnellere Abarbeitung von Konsilanfragen.

Die Pflegedirektion hat zur Konsolidierung und Ausweitung von Dem-i-K nach Projektende Strukturentscheidungen getroffen. Regelmäßig zweimal in der Woche ist die KL-Pflegefachkraft zukünftig in Klinik A, um Fallbegleitungen im ganzen Haus durchzuführen und nach und nach allen Pflegekräften ein Basiswissen über Demenz zu vermitteln. Nachdem das Interesse der Ärzteschaft zu Beginn des Projekts zurückhaltend ausfiel, fordern nun Chefärzte anderer Abteilungen ein, in Dem-i-K involviert zu werden.

In Klinik B wurde ebenso wie in A in mehreren Abteilungen mit Dem-i-K begonnen. Allerdings wurden hier pro Abteilung weniger Pflegekräfte geschult und aufgrund personellen Wechsels steht ein Teil dieser Kräfte den Stationen nicht mehr zur Verfügung. In der Konsequenz arbeiten in einer der involvierten Abteilungen keine und in den anderen beiden nur noch zwei geschulte Kräfte. Von Seiten der Pflegekräfte wird dies als eine zu geringe Durchdringung bewertet. *„Das reicht nicht. Schon allein wegen der verschiedenen Schichten und dem Ausfall durch Krankheit oder Urlaub.“* Für das in Klinik B zunächst angedachte Multiplikatorensystem, in dem die geschulten Pflegekräfte den Kollegen ihr Wissen vermitteln sollten, fühlen sich diese nicht fundiert genug informiert. *„Man kann mich schon ansprechen, aber als Multiplikator, da fühle ich mich überfordert.“* Auch die Fallbegleitung fand in Klinik B deutlich seltener statt, sodass sich die meisten Pflegekräfte immer noch unsicher im Umgang mit demenzkranken Patienten fühlen. *„Es wird nicht validiert, dafür haben wir zu wenig Erfahrung.“*

Daraus kann abgeleitet werden, dass Fallbegleitungen so regelmäßig stattfinden sollten, dass sie in die Routine des Stationsalltags Eingang finden können. *„Einmal im Monat ist eine zu niedrige Frequenz, um eine Wirkung zu erzielen. Sonst gerät das Thema in Vergessenheit.“*

Durch die geringe Durchdringung ist es auch nicht gelungen, das Problembewusstsein der somatischen Ärzte in größerem Ausmaß zu verbessern. Die demenzbezogene Kooperation zwischen den Pflegekräften und den Stationsärzten laufe schleppend, über die Genehmigung von Konsilen, die in Klinik B kompetent aus der eigenen neurologischen Fachklinik abgerufen werden können, müsse immer noch mühsam verhandelt werden.

Dennoch hat sich das Projekt positiv auf die Haltung der Pflegekräfte zu demenzkranken Patienten ausgewirkt. *„Das ist die wichtigste Veränderung durch das Projekt: Man ist sensibilisiert für demenzkranke Patienten, und es gibt ein gewisses Hintergrundwissen. Auch die Unsicherheit ist nicht mehr so groß.“* Im Hinblick auf veränderte Strukturen und Prozesse sind insbesondere in der neurologischen Abteilung einige Veränderungen feststellbar. So wurde z.B. eine Markierung auf dem Fußboden des Ausgangs angebracht, die das Weglaufen demenzkranker Patienten eingeschränkt hat. Zudem besteht nach einer Fortbildung des Küchenpersonals mittlerweile die Möglichkeit, in der Küche „Demenzkost“ anzufordern. Die auf dem Prinzip „Fingerfood“ zusammengestellten Teller regen das selbständige Essen der Patienten an und sorgen für eine bessere Akzeptanz der Nahrungsaufnahme.

Um das Projekt nach dem offiziellen Abschluss zu beleben, wurde eine qualifizierte Mitarbeiterin mit einem festen Stellenanteil freigestellt, um zunächst das Konzept für einen „Demenzkonsildienst“ zu erarbeiten. Dieser Dienst soll an die neu entstandene Abteilung für Geriatrie angebunden sein und die Elemente Schulung und Konsile umfassen.

Jeweils nur eine Abteilung war in den Kliniken C und D in das Projekt involviert. In C handelte es sich um eine Innere Abteilung, in der acht Personen geschult wurden, die den Stationen jedoch aufgrund personellen Wechsels nicht mehr in Gänze zur Verfügung stehen. Das Projekt wurde in C durch verschiedene Krisen beeinträchtigt, die durch den mehrfachen Ausfall von Projektzuständigen auf der pflegerischen und ärztlichen Seite ausgelöst wurden (vgl. Kap. 5.1). Der „Durchbruch“ vollzog sich durch die Einrichtung eines „Demenzcafés“, in dem demenzkranke Patienten zunächst durch geschulte Grüne Damen betreut wurden. Nachdem sich herausgestellt hatte, dass dies kein geeigneter Arbeitsansatz war, wird das Cafe nun durch eine Alltagsbegleiterin in Kooperation mit einer Pflegekraft und der Physiotherapie betrieben.

Das Café hat sich in vielerlei Hinsicht bewährt. *„Es ist viel leichter mit den Demenzkranken in der Gruppe. Auch die ruhigen Demenzpatienten kann man jetzt besser motivieren. Auch beim Essen hat man im Café eine bessere Kontrolle.“* Nach den Aussagen der Mitarbeiter werden demenzkranke Patienten nun leichter erkannt und der Umgang mit ihnen und den Angehörigen hat sich verbessert.

Für den Erfolg des Projekts war die Positionierung der Leitung und der sichtbare Ressourceneinsatz durch die Ausstattung des Cafés und durch die Beschäftigung einer Alltagsbegleiterin von ausschlaggebender Relevanz. Bereits in der Abschlussphase des Projekts wurde zudem begonnen, Pflegekräfte anderer Stationen sowie Physiotherapeuten zu schulen. *„Vorher mussten sich die Mitarbeiter rechtfertigen, wenn sie Zeit im Café verbracht haben, jetzt haben sie den Rückhalt und werden wertgeschätzt.“*

Der Bedarf, demenzsensible Strukturen aufzubauen, wird vom Personal mittlerweile erkannt, auch wenn noch nicht alle überzeugt werden konnten. Nach dem offiziellen Projektende will man nun auf der Ebene von Arbeitsstrukturen und -prozessen einige Umstrukturierungen angehen. Eine Fallbegleitung durch die KL-Pflegefachkraft wünscht man sich einmal im Monat weiterzuführen, um das Wissen kontinuierlich aufzufrischen.

In Klinik D wurden 13 Mitarbeiter einer unfallchirurgischen Station geschult. Die Pflegekräfte ziehen ein positives Fazit des Projekts: *„Die Pflegekräfte haben viel dazugelernt und es gibt in vielen Bereichen kleine Verbesserungen.“* Genannt werden z.B. eine demenzsensiblere Anamnese und Entlassungsplanung sowie ein entspannterer Umgang mit den Patienten. Große Fortschritte wurden auch in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen erzielt, mit denen zu Beginn des Projekts noch sehr häufig Konflikte auftraten. Denn Angehörige waren immer wieder schockiert, wenn im Rahmen der Operationen plötzliche und gravierende Verwirrheitszustände, so genannte Delirien, auftraten und machten dies dem Personal zum Vorwurf. Im Rahmen des Projekts wurde eine Angehörigeninformation zum Delir entwickelt und eine Angehörigengruppe eingerichtet. Zudem ist das Personal nun in der Lage, den Angehörigen die Veränderungen besser zu erläutern, und die Konflikte haben sich erheblich reduziert.

Immer noch Handlungsbedarf sehen die Pflegekräfte im Problembewusstsein der Chirurgen. Es bestehe noch kein ausreichendes Wissen über geeignete medikamentöse Strategien und das Interesse, sich mit Demenz zu beschäftigen, sei zu schwach ausgeprägt. Dennoch werden Fortschritte in der demenzbezogenen Zusammenarbeit mit den Ärzten gesehen. *„Jetzt braucht es nur noch einen Anruf der Pflege, und dann hab ich meine Unterschrift auf dem Konsil.“*

Ein dringender Wunsch der Pflegekräfte bezieht sich auf die Einrichtung eines Beschäftigungsraums für die demenzkranken Patienten sowie auf die Entwicklung eines Konzepts für die personelle Besetzung eines solchen Cafés. Inwieweit solche Verbesserungen erfolgen können, ist zum Abschluss des Projekts noch unklar. Es bestehen Überlegungen, inwieweit die Einrichtung einer interdisziplinären Abteilung aus Geriatrie und Unfallchirurgie eine geeignete Struktur für weitere Maßnahmen darstellen könnte. Zunächst hat man sich entschieden, Schulungsmaßnahmen für weitere Pflegekräfte des Hauses durchzuführen, mit denen bereits vor dem offiziellen Abschluss des Projekts begonnen wurde.

Die abschließenden Interviews und Workshops ergeben ein sehr unterschiedliches Bild des erreichten Umsetzungserfolges von Dem-i-K. Ohne Zweifel lässt sich ableiten, dass der Ressourceneinsatz ein entscheidendes Kriterium ist, wenn es um die Umsetzung demenzsensibler Konzepte geht. Eine kritische Schwelle von zunächst acht geschulten Mitarbeitern pro Abteilung sollte möglichst nicht unterschritten werden. Zudem hat es sich bewährt, eine wöchentliche Fallbegleitung durchzuführen, damit das Thema auf den Stationen präsent bleibt.

An welchen Stellschrauben die Kliniken beginnen, Strukturen und Prozesse zu verbessern, liegt letztlich an den vorhandenen Vorbedingungen. Für manche hat es sich bewährt, dem Thema Demenz mit der Errichtung von Räumlichkeiten einen sichtbaren Platz zu geben, andere kamen voran, indem sie gezielter auf ein wesentliches Problem – die Beschwerden von Angehörigen – mit mehreren Maßnahmen reagiert haben. Unabhängig davon scheinen Demenzkonzepte nur mit Rückendeckung der Leitung zu funktionieren, denn die Mitarbeiter nehmen viele Belastungen in Kauf, wenn sie sich auf den Weg in eine demenzsensible Arbeitsweise machen. Dies muss mit der erforderlichen Hartnäckigkeit und Konstanz vorangetrieben werden sowie mit Wertschätzung und Unterstützung verbunden sein.

5. Ergebnisse der Struktur- und Prozessanalyse

In den folgenden Kapiteln wird zunächst rekapituliert, wie sich der Projektfortschritt entwickelt hat und welche Implementationsprobleme im Projektverlauf auftraten. Basis der Aussagen bilden in erster Linie die in der Anfangsphase und im Rahmen einer Zwischenbilanz Ende 2012 geführten Interviews mit den Vertretern des KL-Dienstes sowie mit dem Krankenhauspersonal.

Nach einer Darstellung der Ergebnisse von Reflexionsworkshops in der Abschlussphase des Projekts werden die wichtigsten Projektbausteine Fortbildungen, Fallbegleitung und Konsile beschrieben, wobei hierzu neben den Interviews Ergebnisse der Leistungs- und Arbeitszeiterfassung sowie der Evaluation der Fortbildungen einbezogen werden.

5.1 Implementationsprobleme und Anpassungen der Konzeption im Projektverlauf

Die Umsetzung des Konsiliar- und Liaisonkonzeptes sollte in der ursprünglichen Planung in zwei Varianten erprobt werden:

- Klinik D plante, unter Nutzung der eigenen Ressourcen aus der angebundenen geriatrischen Klinik einen trägerinternen KL-Dienst aufzubauen. Die modellhaften Leistungen sollten sich auf die Gruppe der delirgefährdeten und demenzkranken Sturzpatienten im Bereich der Unfallchirurgie konzentrieren.
- Die Fachklinik E strebte eine trägerübergreifende Konsiliar- und Liaisonseinheit an, die in den katholischen Krankenhäusern A, B und C behandelnd und beratend tätig werden sollte.

Im Projektverlauf wurde die ursprüngliche Planung in mehrfacher Hinsicht angepasst. So wurde bereits in der Anlaufphase beschlossen, dass die Fortbildung der Pflegekräfte für alle Häuser zentral von der Fachklinik E übernommen wird. So konnte sichergestellt werden, dass alle in das Projekt involvierten Pflegekräfte auf einer einheitlichen Wissensbasis agieren. Nach den Schulungen, die in jeweils festen Gruppen durchgeführt wurden, erschien es auch in Klinik D sinnvoll, die Fallbegleitung zur Festigung des Erlernten in bewährten Strukturen vorzunehmen. In allen Dem-i-K-Häusern wird nun im Bereich der pflegerischen Aufgaben des KL-Dienstes mit einem trägerübergreifenden Ansatz gearbeitet.

Eine umgekehrte Entwicklung hat sich im Bereich der medizinischen Aufgaben vollzogen. Mittlerweile wird nur noch in Klinik A mit dem trägerübergreifenden Konzept gearbeitet, indem ein Facharzt der Klinik E auf Abruf für Konsile bereitsteht. In Klinik B wurden nach einer

Neubesetzung der Chefarztposition der Neurologie eigene Kompetenzen aufgebaut. Nach einer Phase der parallelen Durchführung von Konsilen, die mit Abstimmungs- und Schnittstellenproblemen einherging, wurde das System auf „hausintern“ umgestellt. Ebenso wurde in Klinik C vorgegangen, nachdem der ehemalige KL-Arzt aus Fachklinik E in die verantwortliche Position der hauseigenen Neurologie gewechselt hatte.

Auf diesem Wege wurden bereits zur Mitte des Projekts, insbesondere für den Bereich der Pflegekräfte, erhebliche Projektfortschritte erzielt. *„Wir haben unglaublich viel erreicht: Die Pflegekräfte haben nun ein Bewusstsein dafür, dass es sich um eine chronische Erkrankung handelt, auf die man mit einem spezifischen Setting und mit geeigneten Handlungsstrategien reagieren muss.“* *„Die Mitarbeiter haben ihren Blick auf Demenz gerichtet und es wird nach nicht pharmakologischen Lösungen gesucht.“* Wie aus dem Zitat hervorgeht, hatte zu diesem Zeitpunkt der Wissensaufbau beim Personal bereits zu einer veränderten Haltung geführt: Es ging nicht mehr in erster Linie darum, Demenzkranke als Störenfriede zu kategorisieren und sie durch fragwürdige Maßnahmen, wie Sedierungen, an das Krankenhaussystem anpassen zu wollen. Die Mitarbeiter waren vielmehr bemüht, auf die Bedürfnisse der Kranken einzugehen und nach angemessenen Lösungen, wie z.B. validierende Ansprache oder Einbezug der Angehörigen, zu suchen.

Die Pflegekräfte fanden Ansatzpunkte, anders mit den Demenzkranken umzugehen, den Tagesablauf zu strukturieren oder einen persönlichen Zugang zu finden. Das Ausprobieren eines anderen Umgangs mit den Patienten brachte Erfolge, die die Pflegekräfte ermutigten und auf ihrem Weg bestärkten. *„Es ist tatsächlich möglich, Widerstände zu reduzieren und die Behandlung weitgehend ohne Störungen durchzuführen. Ich hätte nicht gedacht, dass das wirklich funktioniert.“* *„Ich bin jetzt viel ruhiger, weil ich weiß, wie ich reagieren kann.“*

Durch die Schulungen und die kontinuierliche Fallbegleitung konnten jedoch nicht alle Probleme gelöst werden, die den Umgang mit demenzkranken Patienten in Akutkliniken erschweren. Denn anders als für die Pflegekräfte berichtet, war die Umsetzung des Projektes auf der Seite der ärztlichen Mitarbeiter der Kliniken von diversen Umsetzungsproblemen gekennzeichnet, die den Projektfortschritt verzögert haben. Dabei handelte es sich einerseits um typische Probleme, die auch anderen Modellprojekten in Deutschland Mühe bereiten. Andererseits sind im Projektverlauf diverse, nicht absehbare Komplikationen aufgetreten:

So musste in der ersten Projektphase ein erheblicher personeller Wechsel auf der Seite der ärztlichen Führungskräfte verkräftet werden. Sowohl in Klinik D als auch in B und C wechselten die ärztlichen Leitungskräfte der für das Projekt relevanten Abteilungen Neurologie bzw. Geriatrie. In C verstarb zudem der für das Projekt verantwortliche Qualitätsbeauftragte und ein entscheidender Akteur, der KL-Arzt aus E, hatte eine längere Krankheitsphase und

wechselte anschließend aus persönlichen Gründen in das Krankenhaus C, wo er seither die Konsile intern durchführt. Es liegt auf der Hand, dass die Vakanzen und die Einarbeitung der neuen Stelleninhaber zu einem erheblichen Zeitverzug geführt haben.

Wie aus den Interviews hervorgeht, kamen Probleme mit der Haltung der somatischen Ärzte gegenüber Demenzkranken erschwerend hinzu, die auch in bundesweiten Studien als Barriere für eine reibungslose Umsetzung von Demenzprojekten ermittelt wurden. So wurde die Demenz häufig nicht als behandlungsbedürftige Erkrankung anerkannt und der therapeutische Nutzen einer Diagnose nicht gesehen. *„Man kann bei dieser Krankheit eben nicht mehr viel machen. Wenn ein Feuer abgebrannt ist, dann bleibt eben nur noch die Asche und die bringt auch ein Konsiliararzt nicht mehr zum Lodern.“* Bei den auf Heilung fokussierten Akutmedizinem war weniger im Blick, dass auch die Vermeidung von Komplikationen im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes ein wichtiges therapeutisches Ziel sein kann. Hinzu kam, dass es wenige Vorstellungen darüber gab, dass durchaus wirksame pharmakologische und nicht-medikamentöse Interventionen zur Verfügung stehen, um den Krankenhausaufenthalt eines Demenzkranken positiv zu gestalten. Allerdings – und das erfordert ein Umdenken – sind diese Maßnahmen stets individuell zu ermitteln und einzusetzen. *„Die ärztlichen Kollegen wollen knappe Rezepte, wie man einen Demenzkranken in die Abläufe einpassen kann. Es gibt aber keinen Trick für Führbarkeit.“*

Ein weiteres Problem der Haltung bestand in der Tatsache, dass die somatischen Ärzte die Berücksichtigung der Nebendiagnose Demenz häufig als nicht zu ihrem Verantwortungsbe- reich zählendes Problem definieren. Wie bereits in der Bestandsaufnahme dargestellt, bestand zwar ein Bedürfnis, sich an diesen Punkten zu entlasten, was auch die Kooperationsbereitschaft mit dem ärztlichen Konsiliar steigerte, ein Bedarf für eine eigene Beschäftigung mit der Spezifik der Erkrankung und eine Wissenserweiterung in diesem Feld war damit aber nicht zwangsläufig verbunden. Vor dem Hintergrund einer extremen zeitlichen Verdichtung im Arbeitsalltag und einer Vielzahl wichtiger fachlicher Themen, mit denen sich Klinikärzte befassen müssen, rückte die Demenz in der Prioritätenliste weit nach hinten. Vor allem in den chirurgischen Fächern bestanden oft Zeitprobleme durch unerwartete Zwischen- oder Notfälle. Dennoch wurde zu wenig berücksichtigt, dass Komplikationen im Ablauf, die durch einen nicht angemessenen Umgang entstehen, nicht nur belastend für den Patienten sind, sondern auch einen zusätzlichen Stress beim Personal auslösen und insgesamt erhebliche zeitliche Ressourcen binden.

Es kommt hinzu, dass eine erfolgreiche Behandlung eines Demenzkranken im Akutkrankenhaus nur dann gelingt, wenn ein geregelter Informationsfluss gewährleistet werden kann. Denn einerseits ist der Demenzkranke selbst nicht in der Lage, wichtige Informationen zu

transportieren. Andererseits geht die Demenz mit vielseitigen Problemen medizinischer, pflegerischer und sozialer Art einher, die die Kooperation der unterschiedlichen Fachberufe unerlässlich macht. Der im Krankenhaussektor sich verstärkende Ökonomisierungsdruck erschwert jedoch gerade die Möglichkeit, sich Kommunikationszeiten herauszuarbeiten und befördert eher die Tendenz, sich im Arbeitshandeln auf das eigene Kerngeschäft und die eigene Disziplin zu konzentrieren.

Die beschriebenen Umstände mit personellen Diskontinuitäten in Kombination mit den anders gesetzten Prioritäten haben zunächst dazu geführt, dass sich die dem Projekt voranzustellenden medizinischen Fortbildungen stark verzögert haben. Die letzten Schulungen von Ärzten konnten erst im März 2012 abgeschlossen werden. Da die Schulungen den Grundstein für die weiteren Arbeiten des KL-Dienstes legen sollten, wirkte sich dies auch auf die Konsilarbeit aus. Als weitere Erschwernis stellten sich Unklarheiten im Prozess der Konsilanzforderung sowie im Ausfüllen der von der wissenschaftlichen Begleitung in Kooperation mit den Projektverantwortlichen entwickelten Patientendokumentation heraus. Zur Verdeutlichung des Prozesses wurde ein Merkblatt zur Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung entwickelt.

Im Hinblick auf die Patientendokumentation stellte sich das Problem, dass das Instrument von mehreren Akteuren aus unterschiedlichen Berufsgruppen ausgefüllt werden musste. So mussten z.B. Stammdaten und medizinische Grunddaten vom Klinikpersonal ausgefüllt werden, die Testungsergebnisse, Ziele und Maßnahmen vom KL-Dienst sowie die anschließende DRG, die in Vorbereitung der Kostenanalyse ausgefüllt werden sollte, vom Controlling. In jedem Haus musste demnach ein passender Prozessablauf definiert werden, wie das Instrument von einer Position zur nächsten weitergereicht werden konnte.

Neben persönlichen Gesprächen mit den relevanten Akteuren wurde eine Reihe von Initiativen ergriffen, um den Prozess der Konsilanzforderung und des Ausfüllens der Patientendokumentation in Gang zu setzen. So wurden die Pflegekräfte – teilweise mit Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung – im Rahmen der Fallbegleitung über die Handhabung des Instruments unterrichtet. In der Steuerungsgruppe zum Projekt wurden die Projektverantwortlichen aufgefordert, den Prozess in den eigenen Kliniken voranzutreiben. Zudem wurde von der wissenschaftlichen Begleitung in einer der Kliniken eine Arbeitssitzung durchgeführt, in der neben dem externen KL-Dienst die ärztlichen Leitungskräfte der relevanten Abteilungen und der Projektverantwortliche für den Pflegebereich beteiligt waren. Es wurde diskutiert, wo im Prozess Schwierigkeiten auftreten und wie diese gelöst werden könnten. Darauf aufbauend wurde ein Ablaufschema mit Verantwortlichkeiten entwickelt, das den anderen Kliniken als Handreichung zur Verfügung gestellt wurde.

Nach Abschluss der Ärztefortbildungen und den beschriebenen Schritten zur Prozessabklärung wurden nun kontinuierlich Konsile angefordert und von den mittlerweile vier KL-Ärzten abgearbeitet. Auch die Qualität der Dokumentationsarbeiten verbesserte sich, sodass bereits bis Ende November 2012 fast 150 vollständig ausgefüllte Bögen für eine Zwischenauswertung zur Verfügung standen. Durch die steigende Zahl von Konsilanfragen entstanden wiederum neue Probleme, wenn interne Konsiliare im Rahmen des Projektes verstärkt in Anspruch genommen werden sollten, diese für die zusätzlichen Aufgaben jedoch keine Personalressourcen zur Verfügung hatten. *„Es besteht die Gefahr, dass sich die Durchführung der Konsile nicht am Bedarf der Patienten orientieren kann, sondern daran, ob ich die Zeit habe.“* Auch im Hinblick auf die Identifizierung von demenzkranken oder delirgefährdeten Patienten zeigten sich Grenzen, weil den KL-Ärzten zu wenig Zeit zur Verfügung stand, in den Akten von älteren Patienten nach demenzspezifischen Auffälligkeiten zu suchen. So konnten meist nur die von den Stationen angeforderten Konsile abgearbeitet werden und diejenigen „Indexpatienten“ blieben unberücksichtigt, bei denen der Hilfe- oder Präventionsbedarf nicht ganz so offensichtlich zu Tage trat.

Es bleibt festzustellen, dass die Implementation des Projektes von vielfältigen Problemen rund um die Integration der Ärzte der Akutmedizin in das Dem-i-K-Konzept geprägt war. *„Der Ärztebereich ist noch in der Entwicklung. Die Kooperation ist schon gewachsen, aber es müssen noch dicke Bretter gebohrt werden, bis das Konsilwesen zur Alltagsroutine geworden ist. Es muss ganz selbstverständlich werden, psychiatrische Konsile anzufordern.“* Förderlich war, Maßnahmen auf der Prozessebene zu ergreifen, wie etwa die Verfestigung von Kooperationsabsprachen in Ablaufschemata, die Festlegung von Prozessverantwortlichen oder die Reduzierung von kommunikationsintensiven Schnittstellen, indem in fast allen Häusern auf interne KL-Dienste umgestellt wurde. Bis sich die Haltung zu demenzkranken Patienten umfassend verändern lässt, bedarf es jedoch weiter an Geduld für einen umfassenden Prozess der Sensibilisierung, der auch letztlich die Bereitschaft für Kooperationserfordernisse steigern wird.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die beteiligten Kliniken etwa zwei Jahre gebraucht haben, bis die Projektbausteine Fortbildungen, Fallbegleitung und Konsile umgesetzt waren. Auf der Basis eines durch das Projekt geschaffenen Bewusstseins, insbesondere bei den Pflegekräften, wurde bis zu diesem Zeitpunkt bereits viel bewegt, was sich in der alltäglichen Kommunikation und im Umgang mit den Patienten und Angehörigen niedergeschlagen hat. Allerdings ist auch deutlich geworden, dass es weiterhin erheblicher Anstrengungen bedurfte, den Anspruch der „Demenzfreundlichkeit“ zu erfüllen. Aus diesem Grund wurde das Projekt um ein Jahr verlängert, damit die durch die wissenschaftliche Begleitung be-

nannten Handlungsfelder präzisiert und bearbeitet werden konnten. Es wurde vereinbart, in der Abschlussphase des Projekts klinikübergreifende Reflexionsworkshops durchzuführen, die es ermöglichen sollten, im gemeinsamen Austausch Lösungswege zu erarbeiten und umzusetzen (vgl. Kap. 5.2).

5.2 Ergebnisse der Reflektionsworkshops

Mit Beginn der letzten Projektphase wurden unter Moderation der wissenschaftlichen Begleitung klinikübergreifende Reflexionsworkshops durchgeführt, deren Ergebnisse in diesem Kapitel dargestellt werden. Dabei handelte es sich um zwei Reflexionsworkshops mit den Pflegeverantwortlichen der beteiligten Kliniken, einen Workshop mit den vier KL-Ärzten des Projekts sowie einen länderübergreifenden Austausch mit den Mitarbeitern des KL-Dienstes aus Kaufbeuren, zu dem seit der Planungsphase von Dem-i-K Kontakte bestehen.

Hintergrund der im ursprünglichen Projektplan nicht vorgesehenen Reflexionsworkshops waren die Befunde aus dem Zwischenfazit des Projekts, nach denen nun zwar der Grundstein für eine demenzsensible Ausrichtung gelegt war, indem in den in das Projekt involvierten Abteilungen erfolgreich ein Problembewusstsein geschaffen und eine Wissensbasis aufgebaut werden konnte. Dennoch stellten sich zu diesem Zeitpunkt eine ganze Reihe komplexer Fragen nach Justierungen in der Arbeitsweise sowie nach neuen Erfordernissen, die in einem konzentrierten Dialog beantwortet werden sollten.

Auf der Ebene der praktisch tätigen Mitarbeiter sollte eine gemeinsame Reflexion des bislang Erreichten, vor allem aber auch der Umsetzungsprobleme erfolgen. Dadurch sollten Impulse gesetzt werden, die Kliniken in ihrer demenzsensiblen Ausrichtung weiter voranzubringen. Um die zeitlichen Ressourcen der Beteiligten zu schonen, wurden gesonderte Veranstaltungen für Pflegeverantwortliche und KL-Ärzte durchgeführt.

Reflexionsworkshops für Pflegeverantwortliche

Zur Einstimmung in den ersten Workshop für die Pflegeverantwortlichen präsentierte die wissenschaftliche Begleitung die Zwischenergebnisse des Projektes. Im Anschluss sollten die Teilnehmer übertragbare Lösungswege für zunächst folgende Fragen diskutieren:

- Wie kann das erzielte Wissen von Pflegekräften und Ärzten der Schwerpunktabteilungen auf die gesamte Klinik ausgeweitet werden? Wie intensiv sollten welche Gruppen geschult werden? Wie könnte ein Zeitplan für eine Qualifizierungsoffensive aussehen? Welche Möglichkeiten werden für ein Multiplikatorensystem gesehen?

- Wie sollte die optimale Struktur der Fallbegleitung (Modul 6) konzipiert sein, um eine möglichst gute Durchdringung des Themas zu gewährleisten, ohne die Pflegekräfte zeitlich zu stark zu belasten?
- Wie können ein interdisziplinärer Ansatz bei der Behandlung demenzkranker Patienten aufgebaut und die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften verbessert werden?

Als Diskussionsgrundlage wurden den Teilnehmern die Struktur und die Inhalte der in Dem-i-K durchgeführten Fortbildungen sowie der Fallbegleitung vorgelegt, um zu prüfen, ob die jeweiligen Inhalte auf ungeteilte Zustimmung stoßen. In der Folge wurden verschiedene Justierungen vorgenommen, wie z.B. die Anpassung des Zeitrahmens der Fallbegleitung an die Anzahl der beteiligten Stationen oder die Absprache, die Fallbegleitung möglichst nicht montags oder freitags durchzuführen.

Im Hinblick auf die klinikweite Verbreitung des demenzbezogenen Wissens wurden folgende Vorschläge erarbeitet:

1. Für die bereits geschulten Pflegekräfte wird eine „Auffrischung“ des Wissens erfolgen. Die Inhalte, die wiederholt und vertieft werden sollen, werden in jedem Krankenhaus gesondert abgefragt.
2. Die Ausbildung von Multiplikatoren, die das Wissen an die Kollegen weitergeben, wird nicht weiter verfolgt, weil dies von den Beteiligten als wenig zielführend bewertet wird.
3. Ob und in welcher Form die Stationsärzte weiter qualifiziert werden sollen, wird im Reflexionsworkshop der KL-Ärzte auf der Grundlage eines Vorschlags der Pflegeverantwortlichen erörtert.
4. Für die nicht in den Modulen 1-5 geschulten Kräfte sollen verstärkt zweitägige Fortbildungskurse an zwei aufeinander folgenden Tagen angeboten werden. Am ersten Tag werden die medizinischen Grundlagen vermittelt, am zweiten Tag geht es um Umgangskonzepte. Diese Veranstaltungen werden auch für andere Berufsgruppen, z.B. Physiotherapeuten, Mitarbeiter des Sozialdienstes usw., geöffnet. Die Veranstaltungen können hausintern oder klinikübergreifend organisiert werden.
5. Für die Seelsorger wird ein klinikübergreifendes Angebot entwickelt, das zwei bis drei Stunden umfassen soll. Mit dem Angebot sollen die Seelsorger in die Lage versetzt werden, die Angehörigen Demenzkranker besser beraten zu können. Zudem soll dort vermittelt werden, dass auch die demenzkranken Patienten von einem religiösen Beistand profitieren können. Für Seelsorger, die ein Interesse haben, z.B. mit Demenz-

kranken zu beten, soll die zweitägige Schulung geöffnet werden. Auch die Gemeindefeferenten sollen zu diesen Veranstaltungen eingeladen werden.

6. Bereits an der Ausbildung von Pflegekräften wird anzuknüpfen sein. Um dies umzusetzen, werden Gespräche mit den Verantwortlichen der Pflegeschulen durchgeführt. Die Praxisanleiter in den Kliniken sollen mindestens in einem Umfang von 16 Stunden geschult werden, damit diese den Schülern im Thema Demenz Unterstützung anbieten können. Zudem sollen demenzspezifische Fragen zukünftig im Rahmen der Praxisleitertage thematisiert werden
7. Nachdem der Einsatz der geschulten Grünen Damen von diversen Problemen begleitet ist, werden weitere Schulungen in diesem Bereich zurückgestellt (vgl. Angaben zum zweiten Workshop in diesem Kapitel).

Ein weiterer Diskussionspunkt waren die im Projektverlauf deutlich gewordenen Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal, Stationsärzten und dem KL-Dienst. Berichtet wurde immer wieder von zeitaufwendigen „Pannen“, die auf Optimierungsbedarfe in den auf Kooperation ausgerichteten Abläufen verweisen. So kam es z.B. häufiger vor, dass Patienten, die ein Konsil erhalten sollten, bei Antritt des KL-Arztes bereits entlassen oder in eine andere Abteilung verlegt worden waren. Auch für die Fallbegleitung durch die KL-Pflegefachkraft galt, dass es häufig Lücken und Wartezeiten gab, die durch eine bessere Planung unter Umständen hätten reduziert werden können.

Dazu wurden folgende Vorschläge unterbreitet:

1. Durch persönliche Gespräche sollen die Chefärzte der Abteilungen über Dem-i-K informiert werden. Zudem soll versucht werden, Dem-i-K in einer Chefarztrunde vorzustellen.
2. Anstatt weitere zentrale Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren, sollen die Stationsärzte zunächst über stationsbezogene Informationsveranstaltungen persönlich informiert werden. Dabei ist es notwendig, sich an die Zeitstruktur der jeweiligen Abteilung anzupassen.
3. Einmal im Quartal soll für ca. 60 Minuten ein „Jour fix Demenz“ organisiert werden, an dem aus allen Abteilungen ein Stationsarzt und eine Pflegekraft (ärztliche und pflegerische Demenzbeauftragte der Abteilungen) teilnehmen. Als erstes mögliches Thema wird vorgeschlagen, wie die ärztliche Aufklärung im Falle einer Erstdiagnose Demenz organisiert werden kann.

4. Den Stationsärzten soll das Angebot unterbreitet werden, dass sie den KL-Arzt bei mehreren Konsilen im Quartal begleiten können. Es ist von großer Bedeutung, dass diese Strategie von den jeweiligen Chefärzten unterstützt wird.
5. Es soll die Möglichkeit genutzt werden, zu medizinisch relevanten Themen externe Referenten einzuladen, z.B. Vertreter des Delirprojektes in Münster.
6. Bei schwierigen Konstellationen (z.B. demenzkranker Patient mit Weglauftendenz und MRSA; Delir bei nächtlicher Unterbesetzung) sollen anlassbezogene kollegiale Fallbesprechungen stattfinden.

Auf der Grundlage eines Protokolls wurden allen Projektbeteiligten die Ergebnisse des Workshops übermittelt und ein Konsens über die erarbeiteten Vorschläge hergestellt.

Der zweite Workshop der Pflegeverantwortlichen befasste sich mit Fragen der Weiterentwicklung demenzsensibler Strukturen und Prozesse. Zur Diskussion standen insbesondere folgende Fragen:

- Wie kann die Beschäftigung, soziale Betreuung und Tagesstrukturierung der Patienten verbessert werden?

In allen an Dem-i-K beteiligten Akutkliniken wurden von der KL-Pflegefachkraft auch Grüne Damen geschult. Wie sich gezeigt hat, ist der Einsatz dieser Kräfte in der Dementenbetreuung jedoch eher selten gelungen. Die Ehrenamtlichen zeigten zwar ein hohes Interesse an den angebotenen Qualifizierungen. Jedoch bestanden große Hemmschwellen, sich tatsächlich mit demenzkranken Patienten zu beschäftigen. Ein gezielter und planbarer Einsatz der ehrenamtlichen Kräfte erfordert zudem zeitliche Ressourcen für Anleitung und Begleitung auf Seiten der Pflegekräfte, für die derzeit wenig Spielräume gesehen werden. Bevor in diesem Feld weitere Schulungen stattfinden, wurde vereinbart, zunächst mehr Wissen über geeignete Strategien einzuholen. Neben einer Recherche über Modellprojekte, die in diesem Themenfeld durchgeführt wurden, wurde der Austausch mit anderen saarländischen Kliniken vereinbart. Zudem sollten Erfahrungen der ambulanten Pflegeanbieter mit der Schulung und dem Einsatz von Ehrenamtlichen und Alltagsbegleitern einbezogen werden.

- Wie kann eine stärkere Einbindung der Angehörigen umgesetzt werden?

Im Laufe der Diskussion wurde deutlich, dass es sinnvoll ist, in der Zusammenarbeit mit Angehörigen nach verschiedenen Krankheitsstadien zu unterscheiden, weil die damit zusammenhängenden Bedürfnisse der Angehörigen sehr unterschiedlich sein können. Die folgenden Vorschläge beziehen sich demzufolge auf Patienten, bei denen im Krankenhaus erst-

mals die Diagnose Demenz gestellt wurde, auf bekannt Demenzkranke sowie auf Patienten mit Delir. Folgende Vorschläge wurden gesammelt:

Wie Dem-i-K gezeigt hat, sind die Patienten und die Angehörigen von der Erstdiagnose Demenz in aller Regel überrascht. Denn selbst wenn sich bereits zu Hause erste Symptome gezeigt haben, werden diese meist mit dem Alter der Patienten in Zusammenhang gebracht. Es stellt sich die Frage, wie in dieser emotional angespannten Situation, eine einfühlsame und nicht vom enormen Zeitdruck der Akutmedizin zu stark überlagerte ärztliche Aufklärung erfolgen kann. Im Rahmen des Projekts Dem-i-K plus⁹ wird diese Aufgabe vom KL-Arzt übernommen, und es werden derzeit Erfahrungen gesammelt, welche Strategien des Umgangs mit den Patienten und Angehörigen geeignet sind.

Neben der ärztlichen Aufklärung besteht bei den Angehörigen ein hoher Beratungsbedarf im Hinblick auf die mit der Diagnose verbundenen sozialen und pflegerischen Regelungsbedarfe. Es wurde vereinbart, dass eine erste Ansprache der Angehörigen durch das Pflegepersonal erfolgt. Im Rahmen dieses Gesprächs sollen den Angehörigen nützliche regional zugeschnittene Materialien und überregional anerkannte Ratgeber zur Verfügung gestellt werden (vgl. Materialband). Neben dem hauseigenen Sozialdienst werden die Angehörigen an eine spezielle Demenzberatungsstelle (z.B. Demenzzentren, Pflegestützpunkte) vermittelt. Um die reibungslose Überleitung zur Demenzberatung zu gewährleisten, sollen dazu Kooperationsgespräche mit den Institutionen geführt werden. Zudem wird auf Angehörigengruppen in der Region hingewiesen.

Anders stellt sich der Hilfebedarf häufig dar, wenn es sich um eine bekannte Demenz handelt. Um einen reibungslosen Aufnahmeprozess zu gewährleisten und wichtige Informationen über den Patienten zu erhalten, ist ein strukturiertes Aufnahmegespräch von großer Bedeutung. Dieses sollte möglichst in einem ungestörtem Raum stattfinden. Falls dies nicht möglich ist, besteht die Option, Mitpatienten zu bitten, während des Gesprächs das Zimmer zu verlassen. Die aufnehmende Pflegekraft sollte dieses Gespräch innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme geführt haben. Folgende Inhalte sollten besprochen werden:

- Was ist Lebensthema/Beruf des Kranken?
- Wie könnte eine schnelle Entlassung umgesetzt werden?
- Wie ist die rechtliche Vertretung organisiert?
- Wie soll mit Weglauftendenz umgegangen werden?

⁹ Im Rahmen eines weiterführenden Projekts werden derzeit sektor- und trägerübergreifende KL-Dienste für Patienten mit Erstdiagnose Demenz erprobt (vgl. www.demik-plus.de).

- Inwieweit kann und möchte der Angehörige die Betreuung und Versorgung des Patienten unterstützen (Präsenz am Tag, am Abend oder Rooming-In; Unterstützung beim Essen)?

Dem Angehörigen sollte angeboten werden, dass die offiziellen Öffnungszeiten zur Sicherung einer möglichst hohen Präsenz aufgeweicht werden. Zudem erfolgt ein Hinweis auf die Möglichkeit von Rooming-In. Damit die Mitaufnahme der Angehörigen gelingen kann, sollten Demenzkranke möglichst in Zweibettzimmern untergebracht werden. Chef- und Stationsärzte müssen über das Angebot Rooming-In informiert werden. Zudem ist der Sozialdienst einzubeziehen, damit dieser die Beantragung der Kostenübernahme bei den Krankenkassen übernehmen kann. Zur Ergebnissicherung werden die Informationen aus dem Aufnahmegespräch in die Pflegedokumentation eingetragen. Vor der Entlassung werden analog zu den Patienten mit Erstdiagnosen Informationsmaterialien übergeben und auf die Möglichkeit einer speziellen Demenzberatung über externe Beratungsspezialisten hingewiesen. Zudem wird eine Hilfevermittlung über die hausinternen Stellen (Sozialdienst, Casemanagement etc.) organisiert.

Wenn Patienten im Akutkrankenhaus ein Delir erleiden, steht zunächst die Suche nach möglichen Ursachen im Mittelpunkt der Aktivitäten sowie das Ergreifen der passenden medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen. Aufgrund der akuten und schwerwiegenden Veränderungen, die durch Delirien entstehen, müssen die Angehörigen vom Stationsarzt oder vom Anästhesisten intensiv über das Krankheitsbild aufgeklärt werden. Um eine Reorientierung des Patienten zu erleichtern, ist es ratsam, die Angehörigen zu bitten, eine hohe persönliche Präsenz sicherzustellen. Um Ärzten und Pflegekräften das notwendige Hintergrundwissen zum Delir zu vermitteln, sind gezielte Fortbildungen notwendig. Diese sollen im Wesentlichen delirauslösende und -protektive Faktoren sowie das Erkennen und Behandeln von Delirien zum Inhalt haben.

- Wie können die Strukturen und Prozesse in der Notaufnahme demenzsensibler gestaltet werden?

Zur Situation von Demenzkranken in den Notaufnahmen der einzelnen Häuser liegen den Teilnehmern des Reflexionsworkshops nur begrenzte Informationen vor, die sich auf folgende Problemfelder beziehen:

- Mangelnde demenzbezogene Kompetenz des Personals.
- Demenz ist nicht im Blick.
- Ungünstige Rahmenbedingungen für Demenzkranke (Zeitdruck, Hektik, Stress, lange Wartezeiten).

- Auftreten von Umgangsproblemen mit demenzkranken Patienten.

Die Teilnehmer formulierten folgende erste Vorschläge zur Verbesserung der Demenzversorgung in der Notaufnahme: Zunächst sollen die Dem-i-K-Verantwortlichen mit dem dortigen Personal Kontakt aufnehmen, um mehr Informationen über die Situation in den Notaufnahmen und die dortigen Handlungsbedarfe zu gewinnen. Für die Beschäftigten in den Notaufnahmen werden zweitägige Sensibilisierungs- und Fortbildungsveranstaltungen mit einem angepassten Konzept angeboten. Insgesamt sollen die Prozesse mit den Mitarbeitern der Notaufnahme besser abgestimmt werden. Dadurch könnte z.B. eine schnellere Überleitung der Patienten auf die Stationen erreicht werden. Insbesondere bei bekannten Demenzen sollte darauf hingewirkt werden, im Sinne einer „Triage“ Wartezeiten zu reduzieren und ggf. eine Begleitung zu anderen Funktionsbereichen zu organisieren. Zur Verbesserung der Früherkennung demenzkranker Patienten soll überlegt werden, ob ein einfaches Früscreening möglichst bei allen über 70-Jährigen eingesetzt werden könnte (z.B. 3 Wörter-Uhren-Test).

Reflexionsworkshop für KL-Ärzte

Der Reflexionsworkshop für die KL-Ärzte war zeitlich zwischen den beiden Reflexionen der Pflegeverantwortlichen gelagert. Dadurch wurde es möglich, die Ergebnisse der berufsgruppenspezifischen Treffen jeweils aufeinander zu beziehen. Hauptthema des Austauschs zwischen den vier für die Interventionskliniken zuständigen Ärzten war die Optimierung und die Abstimmung der Konsiliararbeit. Dabei standen z.B. folgende Fragen im Vordergrund:

- Entspricht die von der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführte Zeiterfassung der Konsiliararbeit den eigenen Erfahrungen?
- Wie werden die in der Patientendokumentation erfassten Daten zur Medikation beim Erstkontakt bewertet?
- Gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen bei den Empfehlungen zur Veränderung der Medikation, z.B. beim Absetzen oder Neuverordnen von Medikamenten?

Zur Fundierung der Diskussion unterbreitete die wissenschaftliche Begleitung Tabellen mit den Ergebnissen der Zeiterfassung und der Medikation. Die Zeiterfassung wurde als plausibel betrachtet. Deutlich wurde, dass Wegezeiten unterschiedlich ins Gewicht fallen je nachdem, ob es sich um interne oder externe Konsile handelt. Die KL-Ärzte betonten die Notwendigkeit, den Anteil unproduktiver Zeiten möglichst durch eine Prozessoptimierung zu reduzieren. Je besser eine Station auf das Erscheinen des Konsiliarius vorbereitet sei, desto

zeitschonender könne das Konsil durchgeführt werden. Folgende Vorschläge wurden zur Unterstützung der Konsilarbeit unterbreitet:

- Es wurde die Entwicklung eines gesonderten Konsilscheins für Dem-i-K-Patienten angeregt (vgl. Materialband). Dieser hat zum Ziel, die Anforderung zu konkretisieren und zu erläutern, mit welcher konkreten Fragestellung sich das Konsil beschäftigen soll (z.B. welche Störung soll bearbeitet werden Geht es um den Verdacht auf eine neu aufgetretene Demenz oder um eine bekannte Demenz Soll eine Delirabklärung erfolgen Bestehen Verhaltensauffälligkeiten und wenn ja, welche) Diese Angaben sollen durch Ankreuzen von Antwortkategorien zeitsparend ermöglicht werden. Zudem sollen Beobachtungen der Angehörigen im Konsilschein aufgenommen werden, weil der Konsiliar die Angehörigen meist nicht antrifft.
- Um aussagekräftige Testungen vornehmen zu können, sollte der Patient beim Konsil in seinem Zimmer und nicht durch Narkotika beeinträchtigt sein.
- Vor und nach dem Konsil sollte ein ärztlicher und/oder pflegerischer Mitarbeiter informiert und ansprechbar sein.

Die Abstimmung des Ablaufs der Konsiliararbeit führte zu einem idealtypischen Vorgehen, das im Kapitel 5.4 dargestellt ist.

Als zweites Thema beschäftigten sich die KL-Ärzte mit der bereits von den Pflegeverantwortlichen diskutierten Frage, wie die somatischen Ärzte der Akutkliniken besser in das Demenzkonzept eingebunden werden könnten. Die von der Pflegegruppe herausgearbeiteten Vorschläge zur Förderung einer interdisziplinären Arbeitsweise wurden insgesamt als zielführend erachtet. Allerdings wurde eine Skepsis geäußert, ob dies nicht eine Erhöhung der personellen Ressourcen voraussetze. Sonst sei weder die Werbung um die Mitarbeit der somatischen Ärzte, noch die Abarbeitung der daraus resultierenden Konsile leistbar. Eine bessere Ressourcenzuteilung könnte u.U. durch die Schaffung spezieller geriatrischer Bereiche/Abteilungen umgesetzt werden.

Reflexionsworkshop mit dem KL-Dienst aus Kaufbeuren

Der gerontopsychiatrische KL-Dienst aus Kaufbeuren, mit dem bereits seit der Planung von Dem-i-K Kontakte bestehen, arbeitet seit 13 Jahren erfolgreich mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Geriatrie, Psychoonkologie, Homöopathie sowie zwei Fachkrankenschwestern für (Geronto-) Psychiatrie. Der zweitägige Workshop hatte zum Ziel, durch die klinikübergreifende Diskussion über wichtige Handlungserfordernisse auf dem Weg

zum demenzsensiblen Krankenhaus neue Impulse für die tägliche Arbeit und für die Weiterentwicklung der Konzepte zu sammeln.

Im Rahmen des Austauschs wurden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Arbeitsweisen herausgearbeitet. Im Unterschied zu Dem-i-K werden vom KL-Dienst in Kaufbeuren nicht nur Demenzkranke identifiziert, sondern alle Menschen mit seelischen Erkrankungen im Alter z.B. auch Depressionen. Die Mitarbeiter sind zwar Angestellte der Psychiatrischen Klinik, ihr Büro befindet sich jedoch in der begleiteten Akutklinik. Wenn Konsilanforderungen eingehen, wird besprochen, ob es sich eher um ein pflegerisches oder um ein ärztliches Anliegen handelt. Je nach Schwerpunkt werden dann ärztliche oder pflegerische Konsile durchgeführt. Die Pflegekräfte führen auch Testungen (z.B. DemTect oder Mini-Mental-Status-Test) durch, aber sie erstellen keine Diagnosen, was dem KL-Arzt vorbehalten bleibt. Die Patienten können bei Bedarf nach dem Klinikaufenthalt durch einen mobilen Dienst, in dem auch eine der KL-Pflegefachkräfte tätig ist, weiter in der Häuslichkeit betreut werden. Das Konzept von Dem-i-K unterscheidet sich schon allein durch die Verbundstruktur der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser. Zum anderen stehen in Dem-i-K mit Ausnahme der Konsile die mitarbeiterbezogenen Aufgaben im Vordergrund, wie z.B. Schulungen der Pflegekräfte in den Akutkrankenhäusern sowie die regelmäßige Fallbegleitung auf den Projektstationen. Während man sich in Kaufbeuren auf einen umfangreichen Ansatz von Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie konzentriert, sind im Rahmen von Dem-i-K verschiedene Unterprojekte, wie z.B. ein Demenz-Café, Fingerfood oder die Arbeit mit Aktivierungskisten sowie eine Reihe hilfreicher und übertragbarer Materialien (vgl. Materialband) entwickelt worden.

Resümee der Reflexionsworkshops

Die Ergebnisse der Reflexionen machen insgesamt deutlich, dass es sich bei Dem-i-K nicht um einen abgeschlossenen Prozess handelt. Es wurden drängende Handlungsfelder besprochen und Lösungswege diskutiert, die in die Handlungsempfehlungen zum Dem-i-K-Projekt eingearbeitet werden. Die Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge wird die Kliniken jedoch über das offizielle Projektende hinaus ebenso beschäftigen wie die Konzeptionierung weiterer Bausteine einer demenzsensiblen Klinik (z.B. in den Bereichen Ernährung oder Milieugestaltung). Zudem hat sich gezeigt, dass der Blick über den eigenen Tellerrand im Rahmen einer länderübergreifenden Diskussion über die Versorgung Demenzkranker in Akutkrankenhäusern eine sich lohnende Investition darstellt.

5.3 Fortbildung des Krankenhauspersonals

In den involvierten Abteilungen aller Kliniken wurden im Rahmen des Dem-i-K-Projektes spezielle Schulungen zum Themenbereich Demenz/Delir durchgeführt. Dabei stand im Vordergrund, das Hintergrundwissen zu erhöhen und den Blick auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken im Setting Krankenhaus zu schärfen. Die Schulungen wurden für Pflegekräfte und Ärzte unterschiedlich strukturiert, weil zum einen den unterschiedlichen Wissensbedarfen Rechnung zu tragen war, zum anderen Fortbildungsformen gefunden werden mussten, die jeweils in die Zeitstruktur der verschiedenen Berufsgruppen passten.

Für Ärzte wurden auf der Grundlage eines speziell dafür entwickelten Skripts (vgl. Anlage) jeweils zwei 90-minütige, aufeinander aufbauende Veranstaltungen angeboten. Das Skript basiert auf den S3-Leitlinien „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und enthält Hinweise zur diagnostischen Einordnung der verschiedenen Demenzformen, zu Testverfahren und zur medikamentösen Behandlung. Ein wichtiger Inhalt sind darüber hinaus Strategien zur Delirprophylaxe, wie z.B. die Vermeidung auslösender Faktoren wie ungeeignete Medikation oder Stoffwechsel-Elektrolytentgleisungen, sowie Anforderungen an die Delirdiagnostik und -behandlung. Zudem wurden im Rahmen der Fortbildungen Informationen über die Inhalte des Dem-i-K-Projektes transportiert und Erläuterungen zur wissenschaftlichen Begleitung gegeben. Dabei standen die Indexkriterien zum Einschluss in das Modellprojekt und das konkrete Vorgehen beim Ausfüllen der Patientendokumentation im Vordergrund. Der Hauptteil der Fortbildungen wurde vom KL-Arzt aus der Fachklinik E durchgeführt; in Kliniken mit eigenen Fachabteilungen wurden die Fortbildungen ganz (Klinik D über Ärzte der Geriatrie) oder teilweise (Klinik B über Ärzte der Neurologie) eigenständig durchgeführt.

Die Umsetzung der Ärztefortbildungen war von Problemen unterschiedlichster Art geprägt, die in Kapitel 5.1 erläutert wurden. Insgesamt nahmen 35 Ärzte im Rahmen von Dem-i-K an Schulungsmaßnahmen teil. Bei einer Schwankungsbreite von fünf bis 14 Teilnehmern wurden pro Haus durchschnittlich neun Ärzte erreicht.

An den Schulungen für Pflegekräfte nahmen insgesamt 57 Personen teil. Dabei schwankte die Zahl der Teilnehmer zwischen sieben und 24 pro Haus in Abhängigkeit davon, wie viele Stationen einer Klinik am Projekt beteiligt waren (zwischen einer Station bis zu drei Stationen). Die Pflegefortbildung wurde in allen Häusern von der KL-Pflegefachkraft der Fachklinik E als aufeinander aufbauendes Basispaket in fünf vierstündigen Modulen durchgeführt. Sie mündete in ein Zertifikat, das den Teilnehmern im Rahmen der Auftaktveranstaltung vom Gesundheitsminister überreicht wurde.

Die Module wurden in jedem Krankenhaus von einer festen Gruppe durchlaufen. Sie umfassen im Groben folgende Inhalte:

Modul 1: Einführung und Sensibilisierung für die Situation eines Demenzkranken in der Akutklinik; strukturelle Rahmenbedingungen in der Akutklinik; Aufnahmesituation; Milieuthherapie; Erwartungen an das Modellprojekt; Möglichkeiten und Grenzen.

Modul 2: Diagnostik der Demenz: Formen, Stadien und Psychopathologie; Abgrenzung Verwirrtheit, Delir, Depression; Delirprophylaxe.

Modul 3: Umgangstechniken: Demenzkranke verstehen, Kommunikation, Beziehungsarbeit, Validation, Stationsmilieu, Hilfsmittel, Techniken.

Modul 4: Gefahren erkennen, problematisches Verhalten, Psychopharmaka und Nebenwirkungen, Ernährung, Schmerzen, Aggressionen und Deeskalationsstrategien.

Modul 5: Körpersprache und nonverbale Kommunikation, aktivierende Beschäftigung von Demenzkranken, Kooperation mit Grünen Damen, Angehörige als Ressource verstehen und gewinnen.

Modul 6: Pflegerisches Konsil, wöchentliche Präsenz über vier Stunden an einem festen Tag auf den Stationen, Fallbesprechung, Training und Coaching.

Neben der Darstellung von Inhalten basierte die Fortbildung auf praktischen Übungen mit Fallbeispielen aus dem klinischen Alltag, auf Situationstraining und Selbsterfahrung. Wie die Teilnehmer das Angebot bewertet haben, geht aus der Auswertung des Evaluationsbogens hervor, der nach Beendigung aller Module verteilt wurde.

Tabelle 13: Evaluation der Fortbildungen (Module 1-5) (N= 40, Angaben in Prozent)

Aussagen zur Fortbildung	trifft voll zu	trifft zu	weiß nicht/neutral	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich bin mit den Modulen insgesamt zufrieden.	55,3	44,7	0,0	0,0	0,0
Mit der Fachkompetenz der Referentin bin ich zufrieden.	70,0	30,0	0,0	0,0	0,0
Die Darstellung der Referentin war verständlich.	67,5	32,5	0,0	0,0	0,0
Ich konnte eigene Fragestellungen einbringen.	67,5	32,5	0,0	0,0	0,0
Die Gruppengröße ist angemessen.	65,0	35,0	0,0	0,0	0,0
Ich habe Anregungen für die Praxis erhalten.	57,5	40,0	2,5	0,0	0,0
Mit der Präsentation und den eingesetzten Methoden bin ich zufrieden.	57,5	37,5	5,0	0,0	0,0
Die Arbeitsatmosphäre war anregend.	53,8	38,5	5,1	2,6	0,0
Die Zeitdauer und -einteilung waren angemessen.	25,0	52,5	10,0	12,5	0,0

Alle Teilnehmer waren mit der Fortbildung insgesamt zufrieden, darunter mehr als die Hälfte sogar sehr zufrieden. Die Zufriedenheit gründet sich auf alle abgefragten Dimensionen. Besonders hohe Werte wurden bei den Kategorien Fachkompetenz, Verständlichkeit der Darstellung sowie bei der Möglichkeit, eigene Fragestellungen einzubringen, erreicht. Insbesondere das sensible Eingehen auf die Bedürfnisse der Teilnehmer hat sich als wichtiger Erfolgsgarant herausgestellt. Um Akzeptanz zu erreichen, so die Erfahrung, darf das eigene Wissen der Dozenten über Demenzkranke nicht zum Dogma stilisiert werden, sondern die Vermittlung von Kenntnissen muss im Respekt vor der Arbeitslogik in der Akutmedizin erfolgen.

Die Gruppengröße, die auf maximal zwölf festgelegt war, sowie die eingesetzte Methodik und die Arbeitsatmosphäre wurden von den Teilnehmern begrüßt. Im Hinblick auf den angestrebten Transfer ist von hoher Bedeutung, dass fast ohne Ausnahme geäußert wurde, durch die Fortbildung Anregungen für die Praxis erhalten zu haben. Die offene Frage „Welche Lerninhalte werden Sie in Zukunft umsetzen?“ wurde von vielen Teilnehmern ausführlich ausgefüllt. Viele zeigten sich optimistisch und gaben an, möglichst alles Gelernte umsetzen zu wollen. Besonders viele Einzelnennungen bezogen sich auf die Umsetzung der Validationsmethode. Die Hälfte der Teilnehmer gab an, eine veränderte Haltung gegenüber De-

menzkranken einzunehmen, die mit Begriffen wie Respekt, Einfühlungsvermögen oder Verständnis umschrieben wurde. Manche nahmen sich zudem vor, die Angehörigen zukünftig stärker einzubeziehen, mit biografischen Informationen zu arbeiten, Maßnahmen der Aktivierung und Beschäftigung einzusetzen und auf eine angemessene Ernährung der Patienten zu achten. Lediglich eine einzelne Teilnehmerin äußerte die Befürchtung, dass manche der vermittelten Strategien auf den Stationen möglicherweise nicht umsetzbar seien. Es wurde angeregt zu überlegen, wie das vermittelte Wissen an die übrigen Kollegen weitergegeben werden kann und ob eine Verknüpfung der Fortbildung mit Hospitationen sinnvoll sein könnte.

Aus der überaus positiven Bewertung sticht heraus, dass die Zufriedenheit mit der Zeitdauer und -einteilung nicht uneingeschränktes Lob erfahren hat. Aus den Antworten zu den angefügten offenen Fragen lässt sich schließen, dass die Teilnehmer das Angebot gerne noch weiter ausgebaut hätten. Sie wünschten sich insbesondere mehr Informationen über Validation, Angehörigenarbeit und geeignete bzw. ungeeignete Medikamente. Einzelne Teilnehmer hätten die Fortbildungen auch lieber in Ganztagesform besucht.

Im weiteren Projektverlauf wurden in den Kliniken weitere Fortbildungen für zusätzliche Mitarbeitergruppen in Tages- oder Halbtagesform durchgeführt. Die Evaluation der Veranstaltungen belegt, dass die hohe Zufriedenheit, die für die Module 1-5 ermittelt wurde, in allen Dimensionen sogar noch gesteigert werden konnte. In den offenen Fragen wurden insbesondere die praxisnahen Darstellungen und die anschauliche Wissensvermittlung unter Nutzung filmischer Kurzinputs gelobt. Fast alle Teilnehmer gaben zudem an, die Inhalte der Fortbildung in ihrer zukünftigen Arbeit umzusetzen, darunter z.B. eine veränderte Gesprächsführung mit den demenzkranken Patienten, die Suche nach einem verbesserten Zugang über das Lebensthema oder der Einsatz von orientierenden oder aktivierenden Maßnahmen.

Insgesamt kann man feststellen, dass das Schulungskonzept für die Pflegekräfte als ein sehr erfolgreich umgesetzter Baustein des Dem-i-K-Projekts bewertet werden kann. Es hat sich bewährt, die Grundschulungen zunächst den anderen Maßnahmen wie Konsilen und Fallbegleitung verpflichtend voranzuschalten, damit alle Akteure auf einer gemeinsamen Wissensbasis in die Kooperation einsteigen können.

5.4 Durchführung von Konsilen

Zur fachärztlichen Unterstützung der in das Projekt involvierten somatischen Abteilungen wurden im Rahmen des Projektes auf Anfrage Konsile durch Fachärzte aus den Fachgebieten Geriatrie, Psychiatrie und Neurologie durchgeführt. Der Ablauf eines Konsils wurde wie folgt beschrieben: Von den somatischen Ärzten wird zunächst ein Konsilschein ausgefüllt und an den KL-Arzt gefaxt. Die Konsile werden sowohl im internen als auch im externen Konzept zwischen Klinik A und der Fachklinik E – wenn möglich – am Tag der Anfrage abgearbeitet.

Die Vorbereitung des Patientenkontakts umfasst das Lesen der Konsilanforderung, das Studium der Patientenakte und die Nachfrage bei den Pflegekräften der Station. In der Patientenakte werden vor allem die Diagnosen, die eingesetzten Medikamente und der Pflegebericht analysiert. *„Die Tätigkeit des Konsiliars gleicht der eines Detektivs. Warum bekommt der Patient z.B. dieses Medikament? Der Patient weiß es meist selbst nicht.“* In Abhängigkeit von der Komplexität des Einzelfalls und der Kooperation des Stationspersonals dauert die Vorbereitung in aller Regel zwischen 10 und 15 Minuten.

Im Konsil wird der Zustand des Patienten erhoben und – wenn eingefordert - eine Diagnose gestellt. Im Patientengespräch versucht der Konsiliarius eine Einschätzung der bestehenden Probleme zu erhalten. Es wird der Mini-Mental-Status-Test und ggf. der Uhrentest eingesetzt. Falls Assistenten für eingehendere Testungen zur Verfügung stehen, kann eine differenziertere Analyse vorgenommen werden (z.B. durch DemTect, GDS, EVA).

Die Patienten und Angehörigen sollten darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse der Testungen nach einem halben Jahr durch einen niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater zu überprüfen sind. Informationen zur Einordnung und Abgrenzung der unterschiedlichen Demenzformen und zum Delir sowie eine Systematisierung der diagnostischen Verfahren befinden sich im Skript „Was ist Demenz? Demi-K Information für Ärztinnen und Ärzte“ (vgl. Materialband).

Nach der Erhebung des Zustands schlägt der Konsiliarius bei Bedarf eine therapeutische Intervention vor. Bei erstmals diagnostizierten Demenzen wird häufig ein Antidementivum angesetzt. Auch der Einsatz eines niederpotenten oder atypischen Neuroleptikums kann bei extremen Verhaltensauffälligkeiten angeraten sein. Oft kann jedoch gerade das Absetzen ungeeigneter Medikamente ein wichtiger Schritt sein, etwa wenn Nebenwirkungen beobachtet werden oder im Falle eines Delirs. Eine Orientierung zum Medikamenteneinsatz kann der PRISCUS-Liste (Holt et al. 2010) der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen

entnommen werden. Generell gilt, dass der Psychopharmakaeinsatz bei älteren Menschen mit großer Sorgfalt abzuwägen und Polypharmazie möglichst zu vermeiden ist. Weitere Empfehlungen zur Therapie von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz sind in den Handlungsempfehlungen aufgeführt.

In Abhängigkeit vom Umfang der Testungen und von der Kooperationsfähigkeit und -willigkeit des Patienten dauert das eigentliche Konsil zwischen 15 und 45 Minuten. Erschwerende Bedingungen bestehen in der Schwerhörigkeit des Patienten oder in einer nicht ungestörten Gesprächsatmosphäre im Mehrbettzimmer.

Die Ergebnisse der Testungen, die Einschätzung der Situation, die Diagnose und ggf. die therapeutischen Empfehlungen werden im Konsilbericht dargelegt. Das Verfassen dieses Berichts dauert etwa 10 Minuten. Im Anschluss an das Konsil sollte – wenn möglich – ein Rückkopplungsgespräch mit dem Stationsarzt und/oder mit der Pflegekraft stattfinden, das sich aufgrund des Zeitdrucks auf die wesentlichen Erkenntnisse in ca. fünf Minuten beschränken sollte. Ein Konsil verlängert sich, wenn Angehörige präsent sind und eine Aufklärung über die Ergebnisse gewünscht wird. Dafür müssen im Durchschnitt 20 Minuten einkalkuliert werden. Angehörigengespräche sind jedoch eher selten, weil die Angehörigen meist nicht präsent sind, wenn das Konsil durchgeführt wird.

Die Ergebnisse der Zeiterfassung, die im Oktober 2012 von allen vier KL-Ärzten durchgeführt wurde, sind in folgender Tabelle aufgelistet:

Tabelle 14: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL-Arzt)

Leistungen	Auwand in Minuten
Fahrtzeit (Hin- und Rückweg)	Rund 30 Minuten (nur in Klinik A, andere Konsile sind intern organisiert)
Vorbereitung Patientenkontakt (Studium der Patientenakte/Konsilschein, Nachfrage bei Pflegekräften ...)	Durchschnitt: 11 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 10 und 15 Minuten
Erhebung Zustand/Diagnosestellung/ Testungen/Patientengespräch	Durchschnitt: 29 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 15 und 45 Minuten
Erstellung Konsilbericht	Durchschnitt: 7 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 5 und 10 Minuten
Fallbesprechung mit Einzelpersonen	Durchschnitt: 6 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 2 und 10 Minuten
Angehörigenberatung	Durchschnitt: 20 Minuten mit einer Bandbreite zwischen 15 und 30 Minuten

Ein fachärztliches Konsil dauert demnach mit Vorbereitung, dem eigentlichen Konsil sowie der Nachbereitung im Sinne von Konsilberichten und Fallbesprechungen mit den Mitarbeitern der Station rund 53 Minuten. Wenn auch noch Angehörigengespräche hinzukommen,

erhöht sich der Zeitaufwand auf durchschnittlich 75 Minuten. Zu berücksichtigen ist zudem die Kalkulation von Fahrtzeiten, wenn externe Konsile angefragt werden. Dabei können häufig aber mit einer Anreise mehrere Konsile abgeleistet werden.

5.5 Fallbegleitung der Pflegekräfte (Modul 6)

Nachdem zwischen Januar und April 2011 die Schulungen für Pflegekräfte in allen beteiligten Kliniken abgeschlossen waren, startete das sogenannte Modul 6, in dem das Erlernte in Kooperation mit der KL-Pflegefachkraft aus der Fachklinik E in der Praxis verstetigt und weiterentwickelt werden sollte. Die Häuser verabredeten je nach Kapazitäten und Struktur eine unterschiedlich intensive Betreuung durch die KL-Pflegefachkraft (einmal pro Monat bis wöchentlich vier Stunden). In der Anfangsphase gab es verschiedene Unstimmigkeiten, wie die Fallbegleitung in die normale Stationsarbeit integriert werden sollte. Denn wenn die KL-Pflegefachkraft zur Beratung kommt, müssen dennoch die erforderlichen Abläufe in der Patientenversorgung gesichert werden. Es wurde die Empfehlung ausgesprochen, die erforderlichen Kooperationszeiten im Dienstplan zu berücksichtigen, indem für die Zeit der Fallbegleitung eine zusätzliche Pflegekraft in den Dienst hinzugenommen wurde. Dies war von großer Bedeutung, damit die Pflegekräfte die Unterstützung durch die KL-Pflegefachkraft nicht als zusätzliche Belastung erlebten. Mittlerweile hat sich folgende Struktur für die Durchführung von Modul 6 herausgebildet:

- Zur Strukturierung und Vorbereitung des Einsatzes wird am Tag vorher eine Einsatzplanung übersandt, in der die zu besprechenden Fälle und Themen aufgelistet sind. Nach anfänglichen Problemen mit der Pünktlichkeit, Verbindlichkeit und Vollständigkeit der Angaben hat sich das Verfahren eingespielt.
- Zu Beginn des Termins findet ein Vorgespräch mit dem Projektverantwortlichen aus der Pflege statt. Man geht die Einsatzplanung zusammen durch und konkretisiert den Ablauf.
- Anschließend analysiert die KL-Pflegefachkraft die Patientenakte und prüft die Unterlagen auf pflegerisch und/oder medizinisch relevante Zusammenhänge (z.B. Vorerkrankungen mit Hinweisen auf körperliche Ursachen; Informationen, ob eine bekannte Demenz vorliegt; Lebensthema aus dem beruflichen oder Freizeitbereich, Medikamente wie Neuroleptika usw.). Aus den Dokumenten gehen zudem erste Hinweise auf den Hilfebedarf der Patienten und auf Interventionsmöglichkeiten hervor.
- Die KL-Pflegefachkraft begleitet anschließend die Pflegekraft der Station zum Patienten. Die KL-Pflegefachkraft beobachtet zunächst den Patienten mit Blick auf beste-

hende Ressourcen und Defizite (z.B. selbständiges Essen, Erkennen des Essens, Unruhe usw.). Gleichzeitig beobachtet sie, wie die Pflegekraft mit dem Patienten umgeht. Auf deren Wunsch zeigt die KL-Pflegefachkraft mit eigenen Interventionen, wie man z.B. einen Zugang zum Patienten aufbaut, etwa durch richtige Ansprache und Einfühlungsvermögen in die Wahrnehmung eines Demenzkranken. Damit werden die theoretischen Inhalte von Modul 1 bis 5 praktisch eingeübt.

- Nach dieser Sequenz findet ein Rückkopplungsgespräch statt, in dem die Pflegekraft ein Feedback erhält und das Erlebte gemeinsam reflektiert wird. Anschließend wird beraten, welche Maßnahmen beim Patienten sinnvoll erscheinen (z.B. Fingerfood, Bodenmatte, Nutzen von Aktivierungsmöglichkeiten, Angehörigengespräch).

Zur Konkretisierung des Aufwandes für die einzelnen Maßnahmen wurde im Oktober 2012 eine Zeiterfassung der Konsile durchgeführt.

Tabelle 15: Ergebnisse der Zeiterfassung (KL- Pflegefachkraft)

Leistungen	Aufwand in Minuten
Vorbereitung	Durchschnitt: 10 Minuten
Fahrtzeiten (Hin- und Rückweg)	Ortsabhängig zwischen 30 und 120 Minuten
Auswertung und Besprechung Einsatzplanung	Durchschnitt: 10 Minuten
Vorbereitung Patientenkontakt (Studium der Patientenakte/Konsilschein, Nachfrage bei Pflegekräften ...)	Durchschnitt: 10 Minuten
Bed-Side-Teaching/Hinweise zur Aktivierung	Durchschnitt: 30 Minuten, differiert je nach Fall zwischen 15 und 45 Minuten
Fallbesprechung mit einzelnen MA	Durchschnitt: 30 Minuten; differiert je nach Fall zwischen 15 und 45 Minuten
Fallbesprechung mit Team	Durchschnitt: 22 Minuten, differiert je nach Fall zwischen 15 und 30 Minuten
Angehörigenberatung (Umgang, ges. Betreuung, Versorgung ...)	Durchschnitt: 45 Minuten, differiert je nach Fall zwischen 30 und 60 Minuten
konzeptionelle Beratung über geplante Veränderungen von Strukturen und Prozessen/Milieugestaltung	Durchschnitt: 45 Minuten, differiert je nach Thema zwischen 30 und 60 Minuten
Wartezeiten wegen Akutfällen	Durchschnitt: 15 Minuten; in Einzelfällen bis zu 30 Minuten
Fortbildung zusätzlicher Mitarbeiter	90 Minuten bis zu acht Stunden
Sonstiges: Erläuterungen zum Umgang mit Instrumenten (z.B. Patientendokumentationen, Barthel-Index)	Durchschnitt: 10 Minuten, in Einzelfällen bis zu 30 Minuten
Sonstiges: Telefonate, Arztkontakte, etc.	Durchschnitt: 10 Minuten, in Einzelfällen bis zu 30 Minuten

Die Fahrtzeiten fallen je nach Lage des Krankenhauses unterschiedlich stark ins Gewicht. Die konkrete Fallberatung umfasst die Besprechung der Einsatzplanung, die Vorbereitung des Patientenkontaktes, das Bed-Side-Teaching und die Fallbesprechungen. Wieviel Zeit insgesamt benötigt wird, hängt von der Zahl der an diesem Tag zu besprechenden Patienten ab. Neben der Fallberatung werden im Rahmen von Modul 6 weitere Leistungen angeboten, die nicht bei jedem Termin anfallen. Dazu zählen neben Fortbildungseinheiten z.B. die demenzbezogene Angehörigenberatung und die konzeptionelle Beratung über geplante Veränderungen von Strukturen und Prozessen. Im Rahmen der konzeptionellen Beratung wurden in allen Häusern erste Schritte zur demenzsensibleren Ausrichtung der Kliniken begleitet, darunter:

- die Einführung von Fingerfood für Menschen, die nicht mit Besteck essen können, und insgesamt ein veränderter Umgang mit Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei demenzkranken Patienten;
- die Einrichtung eines Memorycafés mit 500 Lux-Beleuchtung und spezifischer Mi-lieugestaltung und unter Mithilfe geschulter Ehrenamtlicher;
- die Entwicklung einer Angehörigeninformation über das Delir;
- Initiierung einer Gruppe für Angehörige Demenzkranker;
- die Etablierung eines „Runden Tisches Demenz“ als Plattform für eine Auseinandersetzung mit dem Thema in der Klinik;
- die Bestückung und der Einsatz von Aktivierungskisten mit Erinnerungsmaterialien aus den 50er und 60er Jahren (z.B. „Unser erstes Auto“, „Unser Haushalt“ usw.).

Zudem wurden in allen Häusern Grüne Damen geschult, damit diese die Betreuung und Tagesstrukturierung von demenzkranken Patienten unterstützen können. Es wurden zwischen elf und 16 Ehrenamtliche pro Krankenhaus geschult, die die Arbeit der Pflegekräfte durch Einzelbetreuung von Demenzkranken oder in Gruppenform im Rahmen des Cafés unterstützen. Der Einsatz der Grünen Damen in der Dementenbetreuung ist jedoch noch nicht zufriedenstellend geglückt.

6. Auswertung der Patientendokumentation

Mit dem Instrument der Patientendokumentation wurden patientenbezogene Daten für alle Patienten erhoben, für die in den vier somatisch ausgerichteten Kliniken Konsile angefordert wurden. Die Dokumentation umfasste neben Stammdaten eine Reihe von Parametern zur Erfassung des körperlichen und geistigen Zustands, zur Medikation sowie zu den Zielen der Intervention und den dazu eingesetzten Maßnahmen. Um mit Hilfe eines Prä-Post-Vergleichs Hinweise auf die Wirkung der Konsiliar- und Liaisonarbeit zu ermitteln, wurden relevante Daten – wenn möglich – nicht nur bei Aufnahme, sondern auch bei Entlassung erhoben. Vor dem Hintergrund der mit Krankenhausaufenthalten verbundenen Risiken für demenzkranke Patienten ist es dabei bereits als Erfolg zu bewerten, wenn sich im Rahmen des Aufenthalts keine Verschlechterungen ergeben, sondern der Zustand bei Einweisung erhalten werden kann.

Da die Erfassung der Abschlussdaten bei Entlassung nicht immer gewährleistet werden konnte, liegt eine Reihe unvollständiger Datensätze¹⁰ vor, die nicht in die Auswertung eingehen. Die folgende Auswertung basiert auf bis zum Projektende 231 vollständig ausgefüllten Patientendokumentationen. Rund ein Drittel dieser Patientendokumentationen stammt aus Klinik A, ein Viertel aus Klinik C und jeweils rund 20% aus den Kliniken B und D.

Daten bei Erstkontakt

Die in das Projekt involvierten Patienten waren durchschnittlich 81,7 Jahre alt und überwiegend weiblich (62,8%). Im Hinblick auf bereits festgestellte Pflegebedürftigkeit war der Anteil höherer Schweregrade vergleichsweise gering. Nur vier Patienten waren beim Erstkontakt in Pflegestufe III und nur rund 25 in Pflegestufe II eingestuft. Hingegen waren 46 (noch) nicht eingestuft bzw. in Stufe 0 und 28 in Stufe I. Rund ein Fünftel der Patienten lebte im Pflegeheim. Dieser Anteil hat sich im Verlauf des Projekts verringert, was für eine höhere Sensibilität gegenüber ambulanten Patienten mit geringerer Demenzsymptomatik sprechen könnte. Von den ambulanten Patienten wohnten immerhin rund 20 alleine im eigenen Haushalt, wodurch sich im Hinblick auf Versorgungssicherheit eine besondere Brisanz ableiten lässt. Eine Unterstützung durch ambulante Dienste nahmen mit 34 nur knapp ein Drittel der Patienten in Anspruch. Zudem lag beim Erstkontakt nur für 38 der Patienten eine rechtliche Betreuung vor.

Aus dem Barthel-Index, der bei 208 Patienten erhoben wurde, kann der Grad an Selbständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen abgeleitet werden. Bei einem Mittelwert von 41,7

¹⁰ Insgesamt wurden 325 Patientendokumentationen ausgefüllt.

von 100 Punkten stellte sich die Hilfeabhängigkeit sehr unterschiedlich dar. Ein größerer Teil der Dem-i-K-Patienten (rund 39%) war mit unter 30 Punkten als weitgehend pflegeabhängig zu bezeichnen.

Die Einweisungsdiagnose war von drei Ausnahmen abgesehen im somatischen Bereich angesiedelt und betraf vorwiegend Verletzungen und Unfälle oder Herz-Kreislaufprobleme.

Im Durchschnitt hatten die Patienten bei Aufnahme zwei nicht psychiatrische Diagnosen, darunter am häufigsten eine Herz-Kreislauf- oder eine Stoffwechselerkrankung.

Tabelle 16: Nicht psychiatrische Diagnosen (N=213)

Diagnosen	Häufigkeit	v.H.
Herz-Kreislaferkrankungen	153	76,9
Stoffwechselerkrankungen	83	41,7
Schlaganfall	45	22,6
Sonstige neurologische Erkrankungen	24	12,1
Tumorerkrankungen	18	9,0
Sonstige Erkrankungen	20	10,1
Gesamt	444	102,4

Zur Ermittlung des psychischen Status wurde der Mini-Mental-Status-Test durchgeführt. Nicht immer waren die Patienten bereit, an einem solchen Test mitzuwirken. Deshalb liegen nur Daten von 165 Testungen vor. Daraus ergibt sich ein Mittelwert von 18,3 Punkten, was einer mittelschweren Demenz entsprechen würde. Bei allen Patienten wurde jedoch eine Einschätzung der Demenz vorgenommen, auch wenn keine intensivere Testung möglich war. Die Durchschnittswerte entsprechen denen der MMST-Testung, sodass die eingeschätzten Werte mit einer hohen Wahrscheinlichkeit als realistisch angesehen werden können.

Tabelle 17: Einschätzung der Demenz

Demenz	Häufigkeit	v.H
Keine	29	12,9
Leichte	67	29,9
Mittelschwere	75	33,5
Schwere	53	23,7
Gesamt	224	100,0

Die meisten Dem-i-K-Patienten waren in einem leichten (30%) oder mittelschweren (34%) Stadium der Demenz. Lediglich ein knappes Viertel der Patienten befand sich bereits in einem schweren Stadium. Vor dem Hintergrund der bestehenden Identifizierungsprobleme ist zu unterstreichen, dass es sich bei den Einschätzungen bei fast 45 der Personen um zuvor nicht bekannte Demenzfälle handelt. Ebenso ist zu betonen, dass auch ein Ausschluss von Demenz für die Patienten eine wichtige Funktion erfüllt, eröffnet er doch die Möglichkeit, andere psychische Störungen, etwa eine Depression, gezielt zu behandeln. Dies traf auf rund 13 der Dem-i-K-Patienten zu.

Eine weitere Zielgruppe des Projektes waren delirante Patienten. Ob ein Delir vorliegt, wurde mit der Confusion Assessment Method (CAM) ermittelt. Der Testung liegen vier Kategorien zugrunde: akuter Beginn und fluktuierender Verlauf, Störungen der Aufmerksamkeit, Denkstörungen, unquantitative Bewusstseinsstörung. Wenn mindestens drei der Kategorien zutreffen, kann von einem Delir ausgegangen werden. Von den erfassten Patienten haben 27 ein Delir entwickelt, womit sich bestätigt hat, dass es sich um eine relevante Patientengruppe handelt, auf die man erst durch die neue Dem-i-K-Arbeitsweise aufmerksam geworden ist. Die Diagnose von Delirien ist eine wichtige Voraussetzung für eine gezielte Behandlung. Denn ohne Behandlung können Delirien zu schwerwiegenden Konsequenzen bis hin zum Tod führen.

Weniger aus diagnostischen Gründen, sondern eher im Hinblick auf die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von Verhaltensproblemen wurden auch Orientierungsstörungen erfasst, die sowohl bei Demenz als auch bei Delir auftreten können.

Tabelle 18: Vorliegende Orientierungsstörungen (N = 227, Angaben in Prozent)

Art der Störung	Häufigkeit	v.H.
Zeitliche Desorientierung	186	81,9
örtliche Desorientierung	133	58,6
Desorientierung zur Person	66	29,1
Situative Desorientierung	120	52,9

Aus Sicht des Krankenhauspersonals sind Störungen der situativen Orientierung besonders brisant, weil eine Verknennung der Situation (z.B. „Ich bin im Gefängnis und nicht im Krankenhaus!“) zu massiven Verweigerungen und aggressivem Verhalten führen kann. Über die Hälfte der Patienten litt bei Erstkontakt unter solchen situativen Verknennungen. (Sehr) häufig verbreitet waren zudem eine mangelnde zeitliche Orientierung (82%) und eine örtliche Des-

orientierung (59%). Über ein Viertel der Patienten war bei Erstkontakt in allen vier Kategorien nicht orientiert.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die erfassten Patienten sehr häufig unter Orientierungsstörungen litten, die für den klinischen Alltag relevant sind. Durch das Projekt wurden häufig mittelschwere Demenzen und eine relevante Zahl an Delirien ermittelt. Bei den Demenzen handelte es sich in fast der Hälfte der Fälle um Erstdiagnosen.

Daten zu den durchgeführten Maßnahmen

In der Patientendokumentation wurde auch vermerkt, welche Maßnahmen das KL-Team ergriffen hat, wobei diese nach den Berufsgruppen Arzt und Pflege unterteilt sind.

Tabelle 19: Maßnahmen des KL-Arztes (MFN , N = 229)

Manahmen	Häufigkeit	v.H. der Fälle
Diagnostik	175	76,4
Empfehlung zur Veränderung der Medikation	140	61,1
Beratung der Angehörigen	89	38,9
Patientengespräch	65	28,4
Empfehlung gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht	35	15,3
Fallbesprechung mit einzelnen Mitarbeitern	10	4,4
Fallbesprechung mit Team	8	3,5
Empfehlung Pflegerisches Konsil	9	3,9
Sonstiges	16	7,0
Gesamt	411	218,9

Im Durchschnitt erhielt jeder Patient 2,4 ärztliche Leistungen im Rahmen des Konsils. Bei den ärztlichen Leistungen dominierten die klassischen Arbeitsbereiche Diagnostik (76,4%) und Empfehlungen zur Veränderung der Medikation (61,1%). Unter sonstige Leistungen fielen zudem die Einleitung weiterer Diagnostik oder die Empfehlungen zur Verlaufskontrolle besonders ins Gewicht. Neben den rein medizinischen Leistungen spielte die Beratung der Angehörigen, die sich im Projektverlauf als dritthäufigste Maßnahme des KL-Arztes herauskristallisiert hat, eine herausgehobene Rolle. Daneben wurde – um handlungsfähig zu bleiben – in jedem siebten Fall die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung angeregt. Insgesamt weniger häufig sind personalbezogene Maßnahmen durch den KL-Arzt, wie Fallbe-

¹¹ MFN □ Mehrfachnennungen möglich

sprechungen. Dies lag in der Regel daran, dass noch keine Struktur dafür gefunden werden konnte, damit unmittelbar vor oder nach dem Konsil ein ärztlicher Ansprechpartner zur Verfügung stand. Rückmeldungen werden dann eher schriftlich oder aber auch vermittelt über die Pflegekräfte erstattet. Unter den sonstigen Angaben wird deutlich, dass die Konsile zu sehr individualisierten Maßnahmen führten, etwa wenn im Einzelfall eine zügige Entlassung oder ein Augenarztkonsil vorgeschlagen wurde.

Tabelle 20: Maßnahmen der KL-Pflegefachkraft (MFN¹², = 219)

Maßnahmen	Häufigkeit	v.H. der Fälle
Beratung der Angehörigen	148	71,2
Hinweise zur Aktivierung	115	52,5
Anregung Kontaktaufnahme Sozialdienst	64	29,2
Fallbesprechung mit einzelnen Mitarbeitern	57	26,0
Fallbesprechung mit Team	63	28,8
Bedside-Teaching	20	9,1
Empfehlung gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht	30	13,7
Milieugestaltung anregen	11	5,0
Sonstiges	6	2,7
Gesamt	14	24,0

Pro Patient wurden von der KL-Pflegefachkraft 2,3 Maßnahmen erbracht. Die mit über 70 am häufigsten genannte Einzelmaßnahme der KL-Pflegefachkraft war die Beratung der Angehörigen. Fast alle anderen Angaben bezogen sich auf die Beratung des Krankenhauspersonals. Unter diesen mitarbeiterbezogenen Leistungen dominierten die Hinweise zur Aktivierung (52,5%) die im Verlauf des Projekts zugenommen haben, und die Anregung einer Kontaktaufnahme zum Sozialdienst zur Unterstützung der Entlassungsplanung (29,2%). Die Maßnahmen zur Fallbegleitung, die zusammengenommen fast zwei Drittel der Tätigkeiten ausmachten, umfassten die Fallbesprechung mit einzelnen Pflegekräften, die Fallbesprechung im Team oder das Bed-Side-Teaching. Auch die KL-Pflegefachkraft wies in über jedem zehnten Fall auf die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung hin.

¹² MFN □ Mehrfachnennungen möglich

Daten bei Entlassung

Zur Entlassung wurden verschiedene Testungen bei den Patienten wiederholt und zusätzliche Daten erhoben, um die Entwicklung des Krankenhausaufenthaltes zu erfassen und Hinweise auf Kosteneffekte zu erhalten.

In einer vergleichsweise hohen Zahl der Fälle konnten die Testungen des Barthel-Indexes zum Zeitpunkt der Entlassung wiederholt werden (N=157), um Rückschlüsse auf Veränderungen des Selbstständigkeitsgrades bei den alltäglichen Verrichtungen zu erhalten. Bei 63 der Patienten konnte der Zustand stabil gehalten werden, was bereits als Erfolg des Projekts gewertet werden kann. Bei fast einem Drittel der Patienten haben sich die Punktwerte des Barthel-Index bei Entlassung sogar verbessert (31,2). Orientierungsstörungen haben sich bei 69 der konsiliarisch betreuten Patienten nicht verändert, bei rund 23 haben sich (in der Regel leichte) Verbesserungen ergeben. Bezogen auf die beim Erstkontakt desorientierten Patienten (N=227) betreffen die Verbesserungen insbesondere die örtliche Orientierung (24,0 der Patienten mit verbesserten Werten). In den anderen Kategorien konnten bei jeweils rund 15 der Patienten Verbesserungen festgestellt werden. Die Wiederholungstestungen sprechen demnach dafür, dass der Klinikaufenthalt beim überwiegenden Teil der Dem-i-K-Patienten nicht zu den sonst häufig üblichen Verschlechterungen im körperlichen und psychischen Status geführt hat.

Um Hinweise auf Kosteneffekte zu erhalten, wurde zudem erfasst, ob im Anschluss an den Klinikaufenthalt eine Heimunterbringung oder eine Überweisung in ein anderes Krankenhaus stattfand und wie sich die Verweildauer entwickelt hat. Dahinter steht die Erfahrung, dass viele Demenzkranke nach einer misslungenen und eskalierten Akutbehandlung direkt in Pflegeheime oder psychiatrische Kliniken übergeleitet werden.

Tabelle 21: Entlassung der zu Hause lebenden Patienten (N=227, Angaben in Prozent)

Entlassung	Häufigkeit	v.H.
Nach Hause	129	72,1
In Pflegeheim	23	12,8
In Kurzzeitpflege	5	2,8
In andere Klinik	9	5,0
In (geriatrische) Reha	11	6,1
Sonstiges	2	1,1
Gesamt	179	100,0

Fast drei Viertel der bei Aufnahme noch zu Hause lebenden Patienten konnten nach dem Krankenhausaufenthalt wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden. Rund jeder zehnte Patient wurde in ein Pflegeheim entlassen. Für kleinere Anteile von Patienten wurden eine (geriatrische) Rehabilitation oder eine Kurzzeitpflege organisiert. Nur 5,0% mussten in eine andere Klinik – in der Regel mit psychiatrischer Ausrichtung – überwiesen werden.

Für diejenigen Patienten, die nach Hause entlassen wurden, wurde in fast jedem fünften Fall ein ambulanter Dienst zur Versorgungssicherung vermittelt. In 22% der Fälle wurden zudem Schritte zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung eingeleitet (10,4 eingerichtet, 5,2 beantragt, 5,9 angeregt).

Die Verweildauer der Modellpatienten lag mit durchschnittlich 12 Tagen rund 4 Tage über dem allgemeinen Durchschnitt von 8,0 Tagen (2009). Die Frage, ob die Verweildauer durch das Projekt beeinflusst werden konnte, wurde von der Arbeitsgruppe „Finanzierung“ geprüft (vgl. Handlungsempfehlungen). Als weiteres Indiz für den Erfolgsgrad des Projektes kann eine Gegenüberstellung von gesetzten Zielen und Ergebnissen gewertet werden.

Tabelle 22: Gegenüberstellung von Zielen und Ergebnissen

Ziele	genannte Ziele	erreichte Ziele	v. H. der Nennungen
Angehörige unterstützen	122	113	92,6
Delir vermeiden	97	79	81,4
Demenzbedingte Verweildauerüberschreitung vermeiden	110	73	66,4
Verhaltensauffälligkeiten reduzieren	97	62	63,9
Compliance fördern	87	55	63,2
Einweisung in Geriatrie/Psychiatrie vermeiden	74	58	78,4
Drohende Heimunterbringung vermeiden	56	42	75,0
Delir behandeln	23	18	78,3
(Differential)diagnostik	13	11	84,6
Einweisung in Geriatrie/Psychiatrie einleiten	11	7	63,6

Die Tabelle verdeutlicht zum einen die Vielfalt der bei Erstkontakt durch die Projektbeteiligten gesetzten Ziele. Zum anderen zeigt sie, dass eine Reihe von Zielen durchaus ein hohes Potential für Kosteneinsparungen umfassen, etwa wenn es um die Vermeidung von Delirien,

um die Verhinderung von Verweildauerüberschreitungen oder um die Vermeidung drohender Heimunterbringungen geht. In diesen Zielbereichen wurden von den Projektbeteiligten Erfolgswerte zwischen rund 66 und rund 81% angegeben. Zum anderen sind Ziele aufgeführt, die das Krankenhauspersonal vor zusätzlichen Belastungen schützen sollen, z.B. dadurch, dass Verhaltensauffälligkeiten reduziert werden oder die Compliance gefördert soll. Auch in diesen Feldern wurden in über 60 der Fälle Erfolge verzeichnet.

Die Patientendokumentation enthält noch weitere Daten, die Hinweise auf Kosteneffekte liefern sollten, wie z.B. ein Abgleich der Eingangsdiagnose mit der zum Abschluss abgerechneten DRG. Diese Daten wurden in der Dem-i-K-Unterarbeitsgruppe „Finanzierung“ diskutiert (vgl. Kap. 8.) und unter Rückgriff auf die allgemeine Statistik der Krankenhäuser interpretiert.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es sich bewährt hat, mit einem einheitlichen Instrument (Patientendokumentation) über den Projektverlauf hinweg Daten zu erfassen. Die dargestellten Erst- und Leistungsdaten ermöglichen die Beschreibung der im Rahmen des Dem-i-K Projektes erreichten Patientengruppe und der vom KL-Dienst erbrachten Leistungen. Aus den Abschlussdaten lassen sich zudem Hinweise auf die Wirkungen der Interventionen ableiten, z.B. die meist stabilen oder gar verbesserten Werte beim körperlichen und psychischen Status der Patienten bei Entlassung oder die hohe Zahl von Patienten, die im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt nach Hause entlassen werden konnten. Weitere Aussagen zu Kosteneffekten sind in den Handlungsempfehlungen dargelegt.

7. Befragung der Angehörigen

Die Befragung von Angehörigen war in das empirische Design aus zwei Gründen integriert worden. Zum einen sollte über die Aussagen der Angehörigen ein zusätzlicher Rückschluss auf Wirkungen des Projektes ermöglicht werden. Zum anderen erhoffte man sich, nützliche Hinweise für eine Optimierung der Arbeitsweise innerhalb des Projektes zu erzielen. Die Befragung umfasste einen schriftlichen Fragebogen, der im Anschluss an die erbrachten Konsile vom Krankenhauspersonal verteilt werden sollte, sowie exemplarische Interviews mit Angehörigen.

Die Befragung, die ursprünglich im Sommer 2012 durchgeführt werden sollte, verzögerte sich um einige Monate. Hintergrund waren aufgetretene datenschutzrechtliche Bedenken. Unklar war, ob mit den Angehörigen bedenkenlos Gespräche über eine festgestellte Demenz geführt werden dürfen. Um die Unsicherheiten auszuräumen, wurde ein datenschutzrechtliches Votum eingeholt. Das Votum bescheinigte die grundsätzliche Unbedenklichkeit der Befragung unter der Voraussetzung, dass ein Einverständnis des Patienten eingeholt wird. In der Steuerungsgruppe (vgl. Kap. 8) wurde besprochen, wie die Befragung im Einzelnen durchgeführt werden könnte. Die Diskussion mündete in eine Prozessbeschreibung, die einen rechtssicheren und reibungslosen Ablauf der Befragung garantierte.

Aufgrund der Verzögerungen konnte die Befragung erst Mitte November 2012 gestartet werden und kam dennoch nur schleppend in Gang. Als Problem stellte sich heraus, dass dem Personal der somatischen Kliniken durch die engen personellen Ressourcen wenig Spielraum für die notwendigen Erläuterungen zum Fragebogen zur Verfügung stand. Dies galt auch für die Vermittlung von Angehörigen als Interviewpartner. Die wenigen schriftlichen Fragebogen zusammen genommen mit den fünf exemplarisch durchgeführten Interviews ergaben folgende Erkenntnisse:

- Die Angehörigen fühlen sich mit den demenzkranken Patienten in der Klinik gut aufgehoben. Sie beklagen jedoch den enormen Zeitdruck, den sie für Demenzkranke als nicht angemessen empfinden. *„Die Zeitannteile, die die Politik für diese Patienten gewährt, sind völlig unzureichend. Hier werden die demenzkranken Patienten und die Pflegekräfte gleichermaßen verheizt.“*
- Es wurde zudem deutlich, dass die Situation der Angehörigen in der Häuslichkeit häufig durch eine mangelnde Unterstützung geprägt ist. Meist fehlt eine fachärztliche Diagnosestellung ebenso wie Beratungsangebote oder pflegerische Hilfen. Es herrscht ein gravierendes Informationsdefizit, auf das man im Rahmen des Projektes noch stärker reagieren muss.

- Die Unterversorgung im häuslichen Umfeld führt offenbar immer noch zu kostenintensiven Krankenhauseinweisungen. So berichtete eine Angehörige, dass sie mit der Mutter, die bei einem Unfall schmerzhafte Prellungen erlitten hatte, nicht mehr zurechtkam, weil diese sich gegen ihre Berührungen wehrte. So sah sie sich gezwungen, diese wegen der Umgangsprobleme in ein Krankenhaus einliefern zu lassen.

8. Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit

Dem-i-K war ein Projekt der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland. Es handelte sich um eine sehr komplexe Projektstruktur, an der viele verschiedene Träger, Einrichtungen und Akteure beteiligt waren. Aus diesem Grund war eine übergeordnete Steuerung der Prozesse erforderlich, die auch nach Projektende Bestand haben soll. Die Projektleitung oblag der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland. Zentrales Organ der Projektsteuerung war die Steuerungsgruppe, die alle zwei Monate zusammentraf. Sie ging aus der Arbeitsgruppe „Demenz im Krankenhaus“ hervor, in der die Konzeption des Projektes gemeinsam entwickelt wurde. Vor Beginn des Projektes wurde eine Geschäftsordnung für die Steuerungsgruppe verabschiedet, in der die Aufgaben, Mitglieder und die Arbeitsweise der Gruppe verbindlich festgelegt sind. Die Aufgaben der Steuerungsgruppe lagen in der

- Koordination und Feinabstimmung des Projektes;
- Zielerreichungskontrolle und ggf. Kurskorrektur;
- Sicherstellung des Informationsaustauschs zwischen den Kliniken und den Trägern;
- Beauftragung und Koordination von Arbeitsgruppen;
- Öffentlichkeitsarbeit.

Neben der wissenschaftlichen Begleitung und dem Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser (Projektleitung), der die Gruppe moderierte, nahmen aus jeder beteiligten Klinik ein benannter Projektverantwortlicher teil, der sich bei Verhinderung durch eine ebenfalls festgelegte Person vertreten ließ. Zur Ergebnissicherung wurden alle Sitzungen protokolliert. Man traf sich reihum in den beteiligten Kliniken.

In der Anfangsphase des Projektes wurden in der Steuerungsgruppe vor allem die Projektstrukturen aufgebaut und ein detaillierter Projektplan entwickelt. Der Projektplan umfasste zum einen die im Projekt zu strukturierenden Arbeitsbereiche, darunter in erster Linie die Frage, wie die bevorstehenden Fortbildungen in den einzelnen Häusern organisiert werden sollten. Zum anderen stand im Mittelpunkt, wie Erhebungen der wissenschaftlichen Begleitung umgesetzt werden und welche Screening-Instrumente zum Einsatz kommen sollten. Zur Entwicklung einer Patientendokumentation wurde eine Unterarbeitsgruppe gebildet, um alle relevanten Aspekte berücksichtigen zu können (erforderliche Datenmenge, Integration von Fragekomplexen zum Nachweis von Kosteneffekten, Machbarkeit für das ausführende Personal usw.). Die Unterarbeitsgruppe umfasste wegen der komplexen Anforderung neben der

wissenschaftlichen Begleitung Vertreter aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst sowie aus dem kaufmännischen Sektor und aus dem Controlling.

Im weiteren Projektverlauf kümmerte sich die Steuerungsgruppe um Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit. So wurden ein Projektflyer zur Erläuterung der Konzeption sowie ein zweiter Flyer für den Bereich der Fortbildungen konzipiert und fertiggestellt. Zum anderen wurden ein Roll-Up-Display und ein Projektposter mit ersten Ergebnissen für Veranstaltungen entwickelt sowie eine Projekthomepage (www.dem-i-k.de) eingerichtet. Diskutiert wurde auch der Ablauf öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen wie das Projekt-Kick-Off im April 2011, das Pflegesymposium im Oktober 2011 oder die Konstituierung des Projektbeirats im November 2011.

Daneben war die Steuerungsgruppe ein Gremium, in dem fortlaufend die anstehenden Projektanforderungen und im Prozess auftretende Hemmnisse diskutiert wurden und nach Lösungen gesucht wurde. Dazu zählten z.B. die im Kap. 5.1 beschriebenen Probleme in der Umsetzung der Ärztefortbildungen und in der Anforderung von Konsilen. Gegen Ende der Projektlaufzeit wurden in der Steuerungsgruppe die durchzuführenden Reflexionsworkshops konzipiert und deren Ergebnisse wiederum in die Gruppe eingespielt.

Eine weitere Unterarbeitsgruppe beschäftigte sich mit der Frage, wie ein übertragbares Finanzierungskonzept für die von den katholischen Krankenhäusern erbrachten Mehraufwendungen in Höhe von rund 100.000 Euro pro Jahr und Klinik aussehen könnte. Die Gruppe bestand aus den Finanzierungsexperten und Controllern der beteiligten Häuser, der wissenschaftlichen Begleitung und dem Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser. Sie beschäftigte sich zum einen mit der Frage, wie Kosteneffekte auf der betriebs- und volkswirtschaftlichen Seite darstellbar gemacht werden könnten, was als methodische Herausforderung bewertet werden kann. Zum anderen unternahm sie den Versuch, Vorschläge für ein Finanzierungsmodell zu entwickeln. Aus der Gruppe ging dazu ein erstes Papier hervor, das dem Ministerium schon während der Projektlaufzeit übersandt wurde. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe werden in den Handlungsempfehlungen aufbereitet (vgl. Kapitel 9.).

Neben der Steuerungsgruppe wurde ein Projektbeirat gebildet, in den neben den Mitgliedern der Steuerungsgruppe eine Reihe wichtiger Akteure im Umfeld des Projektes einbezogen waren. Dazu zählen das Ministerium für Gesundheit als Auftraggeber der wissenschaftlichen Begleitung, die Krankenkassen, die für eine Weiterfinanzierung des Projektes nach Modellende gewonnen werden sollten, Institutionen mit zusätzlicher fachlicher Expertise (Demenzverein Saarlouis, Saarländische Alzheimer Gesellschaft, Gerontopsychiatrische Abteilung

der SHG Kliniken) sowie berufliche und verbandliche Interessenvertretungen (Saarländische Ärztekammer, Landespflegerat, Saarländische Pflegegesellschaft). Die erste und konstituierende Sitzung des Projektbeirats, in der alle eingeladenen Institutionen vertreten waren, wurde vom Gesundheitsminister moderiert. Die Projektstruktur und die Arbeitsweise im Projekt sowie erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung wurden vorgestellt. Nach Vorlage des Endberichts und den dazugehörigen Handlungsempfehlungen soll der Projektbeirat wieder informiert werden.

9. Zusammenfassung und Empfehlungen

Die Einführung demenzsensibler Konzepte ist eine komplexe Angelegenheit. Um den Einstieg in die neue Arbeitsweise zu erleichtern, baute die Konzeption von Dem-i-K auf den bereits gesammelten Erfahrungen anderer Projekte mit hilfreichen Strategien, aber auch mit Umsetzungsproblemen auf. So wurde z.B. vor Projektbeginn eine zweitägige Hospitation in Kaufbeuren durchgeführt, wo im Jahr 2000 der erste gerontopsychiatrische KL-Dienst in Deutschland installiert wurde. Die in Kaufbeuren gesammelten Erfahrungen über gravierende Akzeptanzprobleme auf Seiten der „somatischen Pflegekräfte“ konnten durch eine entsprechende Anpassung der Dem-i-K-Konzeption weitgehend reduziert werden. Neben einer Konzentration auf Schwerpunktabteilungen war dabei mit entscheidend, die Mitarbeiter durch dem Projekt vorgeschaltete Schulungen für die Problematik der Demenz und des Delirs zu sensibilisieren, ihnen den Handlungsbedarf zu verdeutlichen, aber auch Optionen für eine andere Praxis aufzuzeigen.

Nach einer intensiven Vorbereitungsphase, die durch eine planende Expertengruppe begleitet wurde, konnte das Projekt Dem-i-K (Demenz im Krankenhaus) Ende 2010 von der Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser aufgelegt werden. Während der Aufwand für die Durchführung des Projekts von den Trägern selbst aufgebracht wurde, übernahm das saarländische Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familien und Frauen die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung, durch die zum einen die Wirkungen des Projekts bewertet und zum anderen übertragbare Handlungsempfehlungen für alle saarländischen Kliniken abgeleitet werden sollten.

Aus der Auswertung geht hervor, dass das Projekt auf allen Zielebenen erhebliche Erfolge erzielt hat. Dabei beziehen sich die positiven Wirkungen sowohl auf die Patienten als auch auf die Mitarbeiter in den involvierten Abteilungen. Mit Hilfe der Patientendokumentation konnte gezeigt werden, dass für einen Großteil der Patienten während des Krankenhausaufenthalts stabile oder sogar verbesserte Werte im körperlichen und psychischen Status erreicht wurden. Diese Ergebnisse sind umso beachtlicher, wenn man sich vor Augen führt, dass Krankenhausaufenthalte für Demenzkranke mit hohen Risiken verbunden sind und daraus sehr häufig Krisensituationen erwachsen, die sich negativ auf die weiteren Lebensperspektiven der Betroffenen auswirken.

Wie im Bericht dargelegt, ist es zudem gelungen, einen erheblichen Anteil Erstdiagnosen zu stellen und die Patienten einer frühen Behandlung zuzuführen. Dies ist als ein wichtiges Ergebnis zu bewerten, wenn man in Rechnung stellt, dass die „Nebendiagnose Demenz“ im Akutkrankenhaus üblicherweise wenig Beachtung erfährt. Man kann daraus schließen, dass

in Akutkrankenhäusern ein hohes Potential für die frühe Identifizierung und Behandlung von Demenzen besteht, wenn die Mitarbeiter den Blick auf das Krankheitsbild richten. Dies betrifft auch die im Rahmen von Demenzen häufig auftretenden Delirien, die unberücksichtigt zu erheblichen negativen Konsequenzen auf die Morbidität und Mortalität der Patienten führen. Bei fast 30% der involvierten Patienten wurden Delirien festgestellt, womit die Grundlage für gezielte medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Interventionen geschaffen wurde.

Aus den zu Beginn und zum Abschluss des Projekts durchgeführten Bestandsaufnahmen in den an Dem-i-K beteiligten Abteilungen lassen sich zusätzliche Wirkungen ableiten. Die Umsetzungserfolge, die man insbesondere im Arbeitsfeld der Pflege erreichen konnte, sind beachtlich. Es hat bei den geschulten Kräften ein Blickwechsel stattgefunden: Die Bedürfnisse der Kranken werden wahrgenommen, und es hat sich eine höhere Sensibilität sowie ein verändertes Problembewusstsein eingestellt. Zudem haben die Pflegekräfte Strategien erlernt, mit den demenzkranken Patienten adäquater umzugehen, und sie fühlen sich nicht mehr so hilflos wie noch zu Beginn des Projekts. Die Kenntnisse über spezielle Versorgungskonzepte und pflegerisch-therapeutische Interventionen sind gewachsen, und in vielen Bereichen wurde ein Abbau von Schwächen der Kliniken in der Demenzversorgung konstatiert. Auch ein Rückgang von Umgangsproblemen lässt sich nachzeichnen. Allerdings besteht bei schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten immer noch der Bedarf an fachlicher Unterstützung durch den KL-Dienst. Alle Kliniken haben zudem Schritte unternommen, in verschiedenen Bereichen demenzfreundliche Strukturen und Prozesse einzuführen. Dabei sind jeweils individuelle, auf den Ressourcen der einzelnen Kliniken aufbauende Maßnahmen entwickelt worden, z.B. in den Bereichen Ernährung, Angehörigenberatung oder Beschäftigung.

Ein wichtiger Befund des Projekts besteht in der Erfahrung, dass die Umsetzung eines demenzfreundlichen Settings entscheidend auch mit dem Ressourceneinsatz zusammenhängt. Da es sich bei Dem-i-K nicht um ein klassisches Modellprojekt handelt, bei dem der projektbedingte Mehraufwand gefördert wird, mussten die Kliniken selbst entscheiden, wie viele Ressourcen sie einsetzen konnten. Dies betraf z.B. die Zahl der in den Modulen 1 bis 5 geschulten Mitarbeiter, den Aufwand für zusätzliche Fortbildungsveranstaltungen für weitere Mitarbeitergruppen sowie die Häufigkeit von Fallbegleitungen. Wie die Erfahrung gezeigt hat, zeichnet sich in denjenigen Kliniken eine größere „Durchdringung“ des Themas und eine problemlosere Übernahme der neuen Arbeitsweisen in der Krankenhausroutine ab, in denen mehr Mittel für die Fortbildungen des Personals und für die Fallbegleitungen eingesetzt werden konnten. Die Wirkungsunterschiede beziehen sich sowohl auf die Sicherheit im Umgang mit den Kranken als auch auf den regelmäßigen Einsatz geeigneter Strategien, wie z.B. das Setzen aktivierender oder orientierender Impulse. Es lässt sich daraus ableiten, dass Fallbe-

gleitungen so regelmäßig stattfinden sollten, dass sie in die Routine des Stationsalltags Eingang finden können. Zudem sollte pro Station ein Mindestmaß an Pflegekräften geschult sein, damit zum Zeitpunkt der Fallbegleitung überhaupt kompetente Ansprechpartner präsent sein können.

Um Ressourcen geht es auch im ärztlichen Tätigkeitsfeld. Hier hat sich gezeigt, dass Probleme entstehen, wenn interne Konsiliare im Rahmen des Projektes verstärkt in Anspruch genommen werden sollen, diese für die zusätzlichen Aufgaben jedoch keine zeitlichen Ressourcen zur Verfügung haben. Auch im Hinblick auf die Identifizierung von demenzkranken oder delirgefährdeten Patienten sind zusätzliche Zeitressourcen für die ärztlichen Konsiliare von großer Bedeutung. Denn anstatt sich darauf zu beschränken, die von den Stationen angeforderten Konsile abzuarbeiten, könnten durch ein gezieltes Suchen nach „Indexpatienten“ auch diejenigen erfasst werden, bei denen der Hilfe- oder Präventionsbedarf nicht ganz so offensichtlich zu Tage tritt.

Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass die Umstellung auf eine demenzsensible Arbeitsweise in den Akutkliniken erhebliche Kosten u.a. für Honorare und Mitarbeiterfreistellungen verursacht, für die es nach den Ergebnisse diverser, im Rahmen des Projekts vorgenommener Analysen keine Gegenfinanzierung gibt. Weil die Träger vor diesem Hintergrund mit sehr begrenzten Finanzierungsspielräumen agieren müssen, kommt es in der Umsetzung von modellhaften Elementen häufig zu Verzögerungen und Hemmnissen. Dieser Aspekt muss letztlich als mitausschlaggebend bewertet werden, wenn man sich fragt, warum es in Deutschland – trotz diverser Bemühungen in der Regel im Rahmen von Modellprojekten – noch immer nicht gelungen ist, eine Musterklinik zu schaffen, in der alle Strukturen und Prozesse auf die spezifischen Bedürfnisse Demenzkranker ausgerichtet sind.

Aus der Evaluation sind neben der Wirkungsanalyse zahlreiche Ergebnisse hervorgegangen, die in übertragbare Handlungsempfehlungen transferiert wurden. Dazu zählen in erster Linie die Kernelemente der Empfehlungen:

- berufsgruppenbezogene Fortbildungen,
- fachärztliche Konsile sowie
- Fallbegleitungen für die Pflegekräfte.

Im Rahmen der Reflexionsworkshops wurden zudem für weitere Handlungsfelder Empfehlungen zum Aufbau demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse entwickelt (vgl. Kapitel 5.2 und nachfolgenden Text).

Zu fundierten Handlungsempfehlungen gehören jedoch – neben der Ausarbeitung von Gestaltungshinweisen für Bausteine einer demenzsensiblen Ausrichtung – auch Hinweise auf zu erwartende Implementationsprobleme sowie auf die Schwierigkeiten, eine feste Verankerung der Innovationen in die selbstverständliche alltägliche Arbeitspraxis zu erzielen. Auch hierzu wurden im Rahmen von Dem-i-K wichtige Erkenntnisse erzielt, denn es musste in allen beteiligten Häusern die Erfahrung gemacht werden, wie mühsam und krisenanfällig der Weg zu einer demenzsensiblen Ausrichtung sein kann. Als wesentliches Implementationsproblem stellte sich neben den begrenzten personellen Kapazitäten die Frage der Haltung zu demenzkranken Patienten heraus. So musste bei den somatischen Ärzten z.B. lange um die Akzeptanz des Konzepts gerungen werden, und dieser Prozess ist in den meisten Kliniken noch nicht abgeschlossen. Die Nebendiagnose Demenz nimmt auf der Prioritätenliste der somatischen Medizin keine vorrangige Rolle ein und beim ärztlichen Personal muss Überzeugungsarbeit geleistet werden, um diese Haltung sukzessive aufzuweichen. Als „Lernerfolg“ des Projektes kann herausgestellt werden, dass die Kooperation mit den fachärztlichen Konsiliaren möglichst schwellenarm gestaltet werden muss. So hat es das Projekt vorangebracht, die ärztlichen Konsile – wenn dies möglich war – innerhalb der internen Struktur des Krankenhauses anzusiedeln. Wenn die externe Variante gelingen soll, scheint eine räumliche Nähe der Kooperationspartner, die eine spontane Abarbeitung von Konsilanfragen ermöglicht, ebenso erforderlich zu sein wie eine hohe personelle Kontinuität.

Zudem kommt es in den Kliniken immer wieder zu Brüchen und zu Zeitverzögerungen, wenn die angestrebten Veränderungen mit einem hohen kommunikativen Aufwand verbunden sind, etwa wenn sie eine Abstimmung zwischen Pflegekräften, Ärzten und Mitarbeitern der Verwaltung erfordern. Wie aus Dem-i-K abgeleitet werden kann, ist die Etablierung von Projektverantwortlichen mit eigenen Entscheidungskompetenzen ein vielversprechender Ansatz, Umstrukturierungen anzustoßen und die Prozesse in Gang zu halten. Auch runde Tische, an denen sich ausgewählte Personen zur gemeinsamen Reflexion des Projektfortschritts zusammenfinden und in denen weitere Umsetzungsschritte geplant und begleitet werden, scheinen sich günstig auszuwirken.

Abschließend lässt sich feststellen, dass der kontinuierliche Aufbau demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse eine aufwendige und zeitintensive Aufgabe darstellt. Die Entwicklungen erfordern Hartnäckigkeit und ein Umdenken aller Beteiligten, damit aus der qualifizierten Einzelaktion von geschulten Pflegekräften und Ärzten eine kollektive Strategie für das gesamte Krankenhaus werden kann. Als unerlässlich hat sich die uneingeschränkte Unterstützung durch die gesamte Leitung herausgestellt, die das Voranschreiten einer demenzsensiblen Ausrichtung zu ihrem persönlichen Anliegen erklären sollte. Auf Bundesebene ist

parallel dazu darauf hinzuwirken, dass die großen Anstrengungen der Träger und Mitarbeiter auf dem mühevollen Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus mit einem finanziellen Ausgleich kompensiert werden können.

Im Folgenden werden die wichtigsten **Handlungsempfehlungen**, die aus dem Projekt Dem-i-K abgeleitet werden können, thesenartig aufbereitet:

1. Die Versorgung Demenzkranker wird zukünftig nicht nur in Pflegeeinrichtungen, sondern auch in Akutkrankenhäusern zum normalen Alltag gehören. Deshalb sollten demenzbezogene Wissensinhalte konsequenter in die Ausbildungsordnungen der Gesundheitsberufe integriert werden. Eine erweiterte Kompetenz ist auch für die Praxisanleiter/innen von Auszubildenden in Pflegeberufen einzufordern.
2. In allen saarländischen Kliniken sollten Qualifizierungsmaßnahmen für Ärzte und Pflegekräfte durchgeführt werden. Zu Inhalten und Struktur dieser Fortbildungen sind im Bericht und im Materialband Vorschläge unterbreitet. Pro Station sollte zunächst mindestens ein Drittel der Mitarbeiter im Themenbereich Demenz/Delir geschult werden. Die Zahl geschulter Kräfte kann im Rahmen von Nachschulungen sukzessive erhöht werden.
3. Die Qualifizierungen sollen durch wöchentliche Fallbegleitungen für Pflegekräfte ergänzt werden, in denen das theoretisch vermittelte Wissen vertieft und verfestigt wird.
4. Um auf die Nebendiagnose Demenz aufmerksam zu werden, empfiehlt sich der Einsatz eines Kurzscreenings (z.B. 3-Uhren-Wörter-Test). Falls sich aus der Testung ein Demenzverdacht ableitet, soll zur Sicherung von Diagnose und (Früh-)Behandlung regelmäßig mit einem fachärztlichen Konsiliar kooperiert werden.
5. Die Etablierung demenzfreundlicher Kliniken ist ein aufwendiger und krisenanfälliger Prozess, der leicht ins Stocken geraten kann. Um einen kontinuierlichen Fortgang der Entwicklungen abzusichern, sind die Benennung von Projektverantwortlichen und die Einrichtung runder Tische mit interdisziplinärer Besetzung anzuraten.
6. Die rückhaltlose Unterstützung durch die gesamte Krankenhausleitung ist unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung demenzfreundlicher Arbeitsweisen. Eine wichtige Aufgabe der Leitungskräfte besteht darin, eine positive Haltung des Personals zu demenzkranken Patienten zu erwirken.
7. Bei der Konzipierung und Umsetzung demenzfreundlicher Strukturen und Prozesse ist es von Vorteil, wenn nach unterschiedlichen Zielgruppen differenziert wird (delirgefährdete bzw. an Delir erkrankte Patienten; Personen in verschiedenen Demenzsta-

dien). Diese Vorgehensweise führt zu bedürfnisgerechten Konzepten (vgl. z.B. den in der Folge beschriebenen Verfahrensvorschlag zur Angehörigenarbeit).

8. Für die Finanzierung des Mehraufwandes, der durch die Einführung demenzsensibler Strukturen und Prozesse entsteht, muss eine sachgerechte Finanzierungsregelung gefunden werden.

In Ergänzung der Thesen werden in der Folge zu einzelnen Handlungsfeldern konkrete Verfahrensvorschläge unterbreitet, die – mit Ausnahme des Vorschlags zum Themenbereich Finanzierung – im Wesentlichen auf den Ergebnissen der Reflexionsworkshops resultieren. Die Verfahrensvorschläge erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern bilden den Diskussionsstand zum Abschluss des Projekts Dem-i-K ab.

Ergebnisse der Kostenanalyse (1)

Ergebnisse der Kostenanalyse: Finanzierung

Thomas Jungen, Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland

Die Modellförderung des Projektes Dem-i-K bezog sich ausschließlich auf die wissenschaftliche Begleitung. Die Umsetzung von Dem-i-K war deshalb mit dem dezidierten Auftrag der Träger an die Steuergruppe versehen, Ansätze für die Gegenfinanzierung des mit der Umsetzung demenzsensibler Konzepte verbundenen Aufwands zu erarbeiten.

In einem ersten Schritt wurde daher geprüft, ob mit der häufigeren Kodierung der Nebendiagnose „Demenz“ eine höhere Vergütung verbunden ist. Dahinter stand die Annahme, dass durch Dem-i-K eine höhere Zahl von Demenzpatienten erkannt und über die Erfassung der relevanten Nebendiagnosen dokumentiert werden kann. Geprüft wurde, ob die zusätzliche Erfassung der Nebendiagnose „Demenz“ zu einer höherbewerteten DRG und damit zu einer höheren Vergütung führt. Das DRG-System ist im Grundsatz so konzipiert, dass neben der Hauptdiagnose, die den Behandlungsgrund erfasst, auch die Nebendiagnosen, die mögliche Komplikationen abbilden, Einfluss auf die Höhe der Krankenhausvergütung haben.

Analysen mit den Daten der Projekthäuser haben ergeben, dass die Kodierung der Nebendiagnose „Demenz“ in der Regel nicht ursächlich für eine höhere Vergütung ist. Die Nebendiagnose „Demenz“ führt nur im Zusammenwirken mit anderen Nebendiagnosen zu einer Höherbewertung und spielt in diesem Zusammenhang nur eine untergeordnete Rolle. Anders ausgedrückt: Die Höherbewertung der DRG ist geknüpft an signifikante weitere Komplikationen, die in der Regel dazu führen, dass auch ohne die Demenz eine Höherbewertung erfolgt wäre.

Die Steuergruppe hat daraufhin verschiedene Ansätze für eine mögliche Finanzierung demenzsensibler Konzepte zusammengestellt und im Anschluss geprüft:

a) Antrag an das InEK zur Änderung der CCL-Zuordnung der Demenzdiagnosen

Derzeit haben nicht alle Demenzdiagnosen einen korrespondierenden CCL-Wert, der möglicherweise zu einer Steigerung des DRG-Schweregrades führen kann. Dies betrifft zum Beispiel die Diagnose F.03 (unspezifische Demenz), die nicht erlösrelevant, aber pflegerisch relevant ist. Erlösrelevant sind nur Diagnosen, in denen vom Facharzt eine Spezifizierung der Demenz vorgenommen wird. Problematisch ist, dass der Facharzt eine eindeutige, vom MDK anerkannte Spezifizierung nur dann vornehmen kann, wenn entsprechende Dokumente bzw. Informationen aus der Vergangenheit vorliegen. Dies kann in vielen Fällen im Krankenhaus nicht vorausgesetzt werden. Die Forderung an das InEK sollte deshalb lauten, dass bei Prüfung durch den Facharzt auch unspezifische Demenzdiagnosen erlösrelevant sind.

b) Finanzierung der Demenz über den OPS und eine Komplexpauschale unter Angabe notwendiger Strukturmerkmale und Standards

- c) Finanzierung der Demenzbehandlung über den OPS für pflegeaufwendige Patienten (Pflegekompex-Score)

Hier wirkt sich die Demenz allerdings nur unter Umständen erlössteigernd aus.

- d) Finanzierung über einen IV-Vertrag

- e) Finanzierung über einen Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntG

Nach Bewertung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsansätze, hat sich die Steuergruppe für die Beantragung eines Zuschlags nach § 5 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz entschieden. Ein Antrag auf einen Zuschlag wurde im September 2010 an die saarländischen Krankenkassen geschickt. Grundlage der Kalkulation des Zuschlags waren die besonderen Leistungen, die für die Versorgung der Demenzkranken erforderlich sind und über DRG's nicht abgegolten werden. Dazu gehören die Identifizierung von Risikopatienten, Aufgaben des Liaisondienstes, die demenzspezifische Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gesonderte zusätzliche Dokumentation, Fallbesprechungen, Angehörigenarbeit und Auswertungen zur Ergebnissicherung. In die Kalkulation sind ausschließlich die Kosten für die Versorgung demenziell Erkrankter eingeflossen, die in der Regelfinanzierung bisher nicht abgedeckt sind. Die Gesamtkosten pro Projektthaus und pro Jahr wurden mit 94.818 € berechnet.

Ende 2010 wurde den saarländischen Krankenkassen der Antrag vorgestellt und mit der Begründung abgelehnt, dass zum einen keine Problemlage bei der Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus zu erkennen sei und zum anderen etwaige anfallende Kosten für die Versorgung demenziell erkrankter Patienten im Krankenhaus von den Krankenhäusern aus der bestehenden Finanzierung zu tragen seien.

Die Option, den zusätzlichen Aufwand über ein mögliches Zusatzentgelt abzudecken, ist eine bedenkenswerte Option, die im Rahmen von Dem-i-K allerdings nicht umgesetzt werden konnte. Abgesehen davon, dass die Krankenhäuser dazu in nennenswertem Umfang Vorinvestitionen zu leisten haben, muss eine Abbildung der Leistungen über einen OPS-Code erfolgen, mit dem diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren erfasst werden. Die Beantragung einer entsprechenden Prozedur beim DIMDI ist mit erheblichem Aufwand verbunden und erfordert eine Abstimmung der relevanten Fachgesellschaften. Dieser Aufwand und die damit verbundenen Kosten hätten den Rahmen von Dem-i-K bei weitem gesprengt.

Mit dem Ziel, gegebenenfalls externe Förderpartner für die Projekthäuser gewinnen zu können, wurden Förderanträge beim Bundesministerium für Bildung und Forschung und bei der Robert-Bosch-Stiftung gestellt. Eine Förderzusage konnte in der Projektlaufzeit von Dem-i-K nicht erreicht werden.

Ergebnisse der Kostenanalyse (2)

Ergebnisse der Kostenanalyse: Ergebnismessung

Thomas Jungen, Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland

Um Effekte aus der Umsetzung demenzsensibler Konzepte ableiten zu können, hat sich die Steuergruppe dafür entschieden, die Qualitätsindikatoren zum Tracer „Demenz“ des Vereins Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e.V. zu nutzen. Der QKK e.V. bietet seinen Mitgliedseinrichtungen Qualitätsindikatoren an, die für das Benchmarking und die Schwachstellenanalyse genutzt werden können. Dazu gehören auch folgende Indikatoren zum Tracer „Demenz“:

- Demenz Diagnosestellung ab 65 Jahre
- Demenz Diagnosestellung ab 90 Jahre
- Demenz Delir
- Demenz Entlassung in häusliche Versorgung
- Demenz Mortalität.

Eine ausführliche Beschreibung der Indikatoren findet sich im QKK-Indikatorenset und ist abrufbar unter: <http://www.ikk-online.de/index.php>

Da alle Dem-i-K-Häuser auch Mitgliedseinrichtungen des QKK e.V. sind, haben die entsprechenden Auswertungen ohne zusätzlichen Aufwand vorgelegen. Mit Zustimmung der Einrichtungsleitungen konnten die Auswertungen auch für Dem-i-K genutzt werden.

Bei einem Vergleich der Projekthäuser konnte kein statistisch signifikantes Ergebnis ermittelt werden. Dies liegt darin, dass der Indikator nur auf Hausebene gemessen wird und Dem-i-K in den Projekthäusern nur in einzelnen Abteilungen umgesetzt wird. Die Steuergruppe hat deshalb beschlossen, eine Analyse auf Fachabteilungsebene vorzunehmen. Die Zustimmung der Einrichtungsleitung zu diesem Vorgehen liegt vor. Die Analyse ist beauftragt. Ein Ergebnis wird erst nach Abschluss von Dem-i-K vorliegen.

Das Demenz-Konsil

Ablauf des Demenzkonsils

1. Die Vorbereitung des Patientenkontakts umfasst das Lesen der Konsilanforderung, das Studium der Patientenakte und die Nachfrage bei den Pflegekräften der Station. In Abhängigkeit von der Komplexität des Einzelfalls und der Kooperation des Stationspersonals dauert die Vorbereitung in aller Regel zwischen 10 und 15 Minuten.
2. Im Patientengespräch versucht der Konsiliarius eine Einschätzung der bestehenden Probleme zu erhalten. Es wird der Mini-Mental-Status-Test und ggf. der Uhrentest eingesetzt. Falls Assistenten für eingehendere Testungen zur Verfügung stehen, kann eine differenziertere Analyse vorgenommen werden (z.B. durch DemTect, GDS, EVA). Es sollte darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse der Testungen nach einem halben Jahr durch einen niedergelassenen Nervenarzt/Psychiater zu überprüfen sind. Informationen zur Einordnung und Abgrenzung der unterschiedlichen Demenzformen und zum Delir sowie eine Systematisierung der diagnostischen Verfahren befinden sich im Skript „Was ist Demenz? Demi-K Information für Ärztinnen und Ärzte“ (vgl. Anhang).
3. Nach der Erhebung des Zustands schlägt der Konsiliarius bei Bedarf eine therapeutische Intervention vor. Bei erstmals diagnostizierten Demenzen wird häufig ein Antidementivum angesetzt. Auch der Einsatz eines niederpotenten oder atypischen Neuroleptikums kann bei extremen Verhaltensauffälligkeiten angeraten sein. Oft kann jedoch gerade das Absetzen ungeeigneter Medikamente ein wichtiger Schritt sein, etwa wenn Nebenwirkungen beobachtet werden oder im Falle eines Delirs. Eine Orientierung zum Medikamenteneinsatz kann der PRISCUS-Liste (vgl. Anhang) der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen entnommen werden. Generell gilt, dass der Psychopharmakaeinsatz bei älteren Menschen mit großer Sorgfalt abzuwägen und Polypharmazie möglichst zu vermeiden ist. Weitere Empfehlungen zur Therapie von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz enthält das Skript „Was ist Demenz? Dem-i-K Information für Ärztinnen und Ärzte“.
4. In Abhängigkeit vom Umfang der Testungen und von der Kooperationsfähigkeit und –willigkeit des Patienten dauert das eigentliche Konsil zwischen 15 und 45 Minuten. Erschwerende Bedingungen bestehen in der Schwerhörigkeit des Patienten oder in einer nicht ungestörten Gesprächsatmosphäre im Mehrbettzimmer. Die Ergebnisse der Testungen, die Einschätzung der Situation, die Diagnose und ggf. die therapeutischen Empfehlungen werden im Konsilbericht dargelegt. Das Verfassen dieses Berichts dauert etwa 10 Minuten. Im Anschluss an das Konsil sollte ein Rückkopplungsgespräch mit dem Stationsarzt und/oder mit der Pflegekraft stattfinden, das sich aufgrund des Zeitdrucks auf die wesentlichen Erkenntnisse in ca. 5 Minuten beschränken sollte. Ein Konsil verlängert sich, wenn Angehörige präsent sind und eine Aufklärung über die Ergebnisse gewünscht wird. Dafür müssen im Durchschnitt 20 Minuten einkalkuliert werden. Angehörigengespräche sind jedoch eher selten.

Förderliche Bedingungen für ein Demenz-Konsil

1. Wegezeiten fallen unterschiedlich ins Gewicht. Dabei spielt eine Rolle, ob es sich um interne oder externe Kooperationsformen mit dem Konsiliararzt handelt.
2. Zu beachten ist, dass der Anteil unproduktiver Zeiten möglichst durch eine Prozessoptimierung reduziert werden sollte. Je besser eine Station auf das Erscheinen des Konsiliariums vorbereitet ist, desto zeitschonender kann das Konsil durchgeführt werden.
3. Zur Unterstützung der Konsilarbeit können folgende Schritte hilfreich sein:
 - Konkretisierung des Konsilscheins. Dieser soll eine konkrete Fragestellung enthalten, mit der sich das Konsil beschäftigen soll z.B.: Welche Störung soll bearbeitet werden? Geht es um den Verdacht auf eine neu aufgetretene Demenz oder um eine bekannte Demenz? Soll eine Delirabklärung erfolgen? Bestehen Verhaltensauffälligkeiten und wenn ja, welche?
 - Günstig ist, wenn Beobachtungen der Angehörigen im Konsilschein aufgenommen sind, weil der Konsiliar die Angehörigen meist nicht antrifft.
 - Der Patient sollte beim Konsil in seinem Zimmer und nicht durch Narkotika beeinträchtigt sein. Sonst können keine aussagekräftigen Testungen vorgenommen werden.
 - Vor und nach dem Konsil sollte ein ärztlicher und/oder pflegerischer Mitarbeiter informiert und ansprechbar sein.
4. Im Materialband ist ein Beispiel für einen konkretisierten Konsilschein abgedruckt.

Ausweitung demenzbezogenen Wissens

Ausweitung des demenzbezogenen Wissens auf alle Abteilungen und Berufsgruppen eines Krankenhauses

1. Für in einzelnen Abteilungen bereits intensiver geschulte Pflegekräfte sollte nach einer gewissen Zeit eine „Auffrischung“ des Wissens erfolgen. Gewünschte Inhalte der Qualifizierungen sollten stationsweise abgefragt werden, z.B. durch Aushang von Vorschlägen oder durch mündliche Abfrage.
2. Für noch nicht geschulte Kräfte sollten mindestens zweitägige Fortbildungskurse an zwei aufeinander folgenden Tagen angeboten werden (erster Tag: Grundlagen; zweiter Tag: Umgangstechniken). Diese Veranstaltungen sollten auch für andere Berufsgruppen geöffnet werden, wie z.B. Krankengymnastik/Physiotherapie, Sozialdienst.
3. Auch für Seelsorger sollte ein Angebot entwickelt werden, das mindestens 2 bis 3 Stunden umfassen müsste. Mit dem Angebot sollen die Seelsorger in die Lage versetzt werden, die Angehörigen Demenzkranker besser beraten zu können. Zudem sollte vermittelt werden, dass auch die demenzkranken Patienten von einem religiösen Beistand profitieren können.
4. Um bereits bei den Auszubildenden demenzbezogenes Wissen aufbauen zu können, sollte mit den Pflegeschulen der Träger diskutiert werden, inwieweit der Themenkomplex „Demenz im Krankenhaus“ bereits ausreichend in die Ausbildung integriert ist. Zudem sollten die Praxisanleiter mindestens in einem Umfang von 16 Stunden geschult werden, damit diese den Schüler/innen im Thema Demenz Unterstützung anbieten können.

Interdisziplinäre Arbeitsweise

Förderung einer interdisziplinären Arbeitsweise im Dreieck zwischen Stationsärzten, Pflegekräften und dem Konsiliar- und Liaisondienst

1. Die Chefärzte der Abteilungen sollten im persönlichen Gespräch durch den Konsiliararzt über die Möglichkeit und den Sinn von Demenz-Konsilen informiert werden. Zudem können demenzspezifische Arbeitsweisen in der Chefarztrunde thematisiert werden.
2. Wichtig sind zudem stationsbezogene Informationsveranstaltungen für die Stationsärzte; bei der Terminierung sollte man sich an die Zeitstruktur der jeweiligen Abteilungen anpassen.
3. Zu empfehlen ist ein „Jour fixe Demenz“, an dem aus allen Abteilungen ein Stationsarzt und eine Pflegekraft (ärztliche und pflegerische Demenzbeauftragte der Abteilungen) teilnehmen. Solche Veranstaltungen können z.B. einmal im Quartal mit einem Zeitumfang von 60 Minuten durchgeführt werden. Vor den Treffen sollten die Themen des Gremiums definiert werden, z.B. wie kann die ärztliche Aufklärung bei Erstdiagnose Demenz organisiert werden.
4. Den Stationsärzten sollte das Angebot unterbreitet werden, den Konsiliararzt bei mehreren Konsilen im Quartal zu begleiten; dies ist zuvor mit den jeweiligen Chefärzten abzustimmen.
5. Bei schwierigen Konstellationen (z.B. demenzkranker Patient mit Weglauftendenz und MRSA; Delir bei nächtlicher Unterbesetzung) sollten anlassbezogene kollegiale Fallbesprechungen durchgeführt werden.

Initiierung erster Schritte in Richtung einer demenzsensiblen Notaufnahme

Verbesserung der Demenzversorgung in der Notaufnahme

Eine demenzsensible Notaufnahme ist ein wesentlicher Baustein auf dem Weg zu veränderten Arbeitsweisen mit demenzkranken Patienten. Derzeit treten bei der Aufnahme dieser Patienten erhebliche Probleme auf, die u. a. auf folgende Faktoren zurückzuführen sind:

- Demenz ist nicht im Blick und demenzkranke Patienten werden nicht erkannt.
- Mangelnde demenzbezogene Kompetenz des Personals; dadurch Verstärkung herausfordernden Verhaltens.
- Ungünstige Rahmenbedingungen für Demenzkranke (Zeitdruck, Hektik, Stress, lange Wartezeiten).

Folgende erste Schritte können unternommen werden, um die Notaufnahmen an das Demenzthema heranzuführen:

- Erweiterung der Informationen über die Situation Demenzkranker in den Notaufnahmen durch Kontaktaufnahme und Austausch mit dem dortigen Personal.
- Sensibilisierungs- und Fortbildungsveranstaltungen mit einem Umfang von mindestens 2 Tagen für die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter anbieten.
- Prozesse mit den Mitarbeitern der Notaufnahme abstimmen (z.B. im Hinblick auf eine schnellere Überleitung der Patienten auf die Station).
- Bei bekannten Demenzen: Wartezeiten reduzieren im Sinne von Triage und ggf. Begleitung/Betreuung organisieren.
- Früherkennung: Überlegungen, ob ein einfaches Frühscreening möglichst bei allen über 70-Jährigen eingesetzt werden könnte (z.B. 3 Wörter-Uhrentest).

Verbesserung der Pflegeleistungen nach Zielgruppen

Anforderungen bei Erstdiagnose	Anforderungen bei Beginn der Demenz	Anforderungen bei Delir
<p>1. Ärztliche Aufklärung von Patient und Angehörigen</p> <p>2. Demenzberatung</p> <p>a) Aushändigen von Informationsmaterial durch das Pflegepersonal; es kann zudem ein Hinweis auf die Materialien ausgehängt werden. Nach Durchsicht bestehender Ratgeber werden folgende Materialien empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falls vorliegend: Regionale Demenzratgeber Angehörigeninformationen aus dem Projekt Dem-i-K (vgl. Anhang) Broschüre der Deutschen Alzheimer Gesellschaft „Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen“ Begleitheft und Informationsbogen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“ Flyer der zuständigen Pflegestützpunkte <p>a) Vermittlung einer Demenzberatung über Demenzzentren oder Pflegestützpunkte</p> <p>Um die reibungslose Überleitung zur Demenzberatung zu gewährleisten, sollten dazu Kooperationsgespräche mit den jeweiligen Institutionen geführt werden.</p> <p>3. Angehörigengruppe</p> <p>Hier stellt sich häufig das Problem, dass solche Gruppen nicht angenommen werden. Die Akzeptanz kann gefördert werden, wenn Angehörige als Experten für ihre Betreuungssituation angesprochen werden, die ihre Erfahrungen an andere weitergeben können.</p>	<p>1. Strukturiertes Aufnahmegespräch</p> <p>In einem ungestörtem Raum bzw. Mitpatienten bitten, das Zimmer während des Gesprächs zu verlassen; die aufnehmende Pflegekraft sollte dieses Gespräch innerhalb von 24h nach der Aufnahme führen. Folgende Inhalte sind zu empfehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was ist Lebensthema/Beruf des Kranken Wie könnte eine schnelle Entlassung umgesetzt werden Wie ist die rechtliche Vertretung organisiert Wie soll mit Weglauftendenz umgegangen werden Inwieweit kann und möchte der Angehörige die Betreuung und Versorgung des Patienten unterstützen (Präsenz am Tag, am Abend oder Rooming-In; Unterstützung beim Essen) <p>2. Rooming-In</p> <ul style="list-style-type: none"> Bereits bei der Aufnahme empfehlen und in der Planung der Zimmerbelegung berücksichtigen (Demenzkranken möglichst in Zweibettzimmern unterbringen) Chef- und Stationsärzte über Angebot Rooming-In informieren Sozialdienst einbeziehen, damit dieser die Beantragung der Kostenübernahme über § 11 Abs. 3 SGB V bei den Krankenkassen übernehmen kann. Begründung der notwendigen Mitaufnahme der Begleitperson liefern. Begleitpersonen müssen nicht zwangsläufig Angehörige sein. <p>3. Entlassungsplanung</p> <p>Vgl. Vorgehen wie bei Erstfällen im Hinblick auf Materialien und Vermittlung einer speziellen Demenzberatung über externe Beratungsspezialisten; zudem Organisation einer Hilfevermittlung über die hausinternen Stellen (Sozialdienst, Casemanagement etc.)</p>	<p>1. Prävention: Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> Themen: Delirauflösende und –protektive Faktoren; Erkennen und Behandeln von Delirien <p>2. Bei Auftreten eines Delirs</p> <ul style="list-style-type: none"> Suche nach der Delirursachen und Ergreifen passender medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen Aufklärung der Angehörigen über den Status des Patienten, die Anästhesisten Angehörige bitten, eine hohe persönliche Präsenz sicherzustellen

Literatur

- Angerhausen, S. (2007): Projekt „Blickwechsel – Nebendiagnose Demenz“. Hrsg. von GSP. Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte. Wuppertal.
- Arolt, V. (1997): Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Heidelberg.
- Bartholomeyczik, S. et al. (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin
- Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.) (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen.
- Diefenbacher, A. (2006): Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma aus konsiliarliaisonpsychiatrischer Sicht. In: Die Psychiatrie 1: 24-28.
- Diefenbacher, A. (2005): Konsiliar- und Liaisondienste: Erfahrungen und Perspektiven. In: *iso*-Institut (Hrsg.): Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger am 12.10.2005 im Internationalen Jugendforum Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut: 71-85.
- Diefenbacher, A.; Reichwaldt, W. (2001): Die Rolle der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine Einführung. In: pan 1: 27-28
- Dutzi, I.; Hestermann, U.; Müller, E.; Oster, P. (2006): Geriatriisch-Internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD). Zwischenbericht des Modellprojektes. Heidelberg. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Fischer, P.; Assem-Hilger, E. (2003): Delir/Verwirrheitszustand. In: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart: 394-408.
- Gurlit, S. (2006): Der alte Mensch im OP. www.alzheimerforum.de/2/8/4/284inh.html
- Herzog, T. et al. (2003): Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst. In: Rudolf, G; Eich, W. (Hrsg.): Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und –psychiatrie. Stuttgart.
- Holt, S.; Schmiedl, S.; Thürmann, P.A. (2010): Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list: In: Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 543-551.
- iso*-Institut (Hrsg.) (2005): Gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im Krankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance? Dokumentation der Fachtagung im Rahmen des BMG-Modellprogramms zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger am 12.10.2005 im Internationalen Jugendforum Bonn. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Kirchen-Peters, S. (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise □ Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. Saarbrücken: *iso*-Institut.
- Kirchen-Peters, S. (2008): Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst. Pioniere warten auf Nachahmer. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41(6): 467-474.
- Kirchen-Peters, S. (2007): Lösungen für eine bessere Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus. In: Alzheimer Info, Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 4: 3-4.
- Kirchen-Peters, S. (2007): Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste vor dem Durchbruch □ Neubewertung eines Modellprojekts vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform. In: Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie 1(3): 220-223.
- Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken: *iso*-Institut.

Kirchen-Peters, S. (2000): „Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde“. Bestandsaufnahme der Versorgungssituation Demenzkranker am Beispiel des Landkreises Saarlouis. Saarbrücken: Landkreis Saarlouis.

Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld.

Leslie, D. et al. (2008) One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. In: Archives of Internal Medicine 14: 27-32.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2012): Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs. Düsseldorf.

Pinkert, C.; Holle, B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45(8): 728-734.

Reichwaldt, W.; Diefenbacher, A. (2001): Die Rolle der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine Einführung. In: Psychiatrie und Altenhilfe News 1: 27-30.

Reischies, F.; Diefenbach, A.; Reichwaldt, W. (2003): Delir. In: Arolt, V.; Diefenbach, A. (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin – Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. Darmstadt: 259-284.

Schäufele, M.; Bickel, H.; Weyerer, S. (1999): Predictors of mortality among demented elderly in primary care. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 14: 946-956.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

D). IX.

“Denkzettel” als Produkt der Expertengruppe “Pflege im Krankenhaus”

DIE KRANKENHAUSPFLEGE – EIN STIEFKIND DER GESUNDHEITSPFLEGE

In jüngster Zeit ist die Pflege in den Blickpunkt der Gesundheits- und Sozialpolitik getreten. Erfreulicherweise zeichnet sich ab, dass es im Bereich der Pflegeversicherung zu wesentlichen, aber auch überfälligen Reformen kommt. Indessen bleibt die Pflege im Krankenhaus hierbei auf der Strecke. Weder sieht man, dass die dort zu beklagenden Defizite überhaupt wahrgenommen werden, noch sind Verbesserungen auch nur ansatzweise erkennbar.

Wir stellen fest:

Die Krankenhauspflege leidet unter massiven finanziellen und strukturellen Defiziten.

Strukturelle Defizite:

- Wir stehen vor einer Arbeitsverdichtung, die die sorgfältige und sachgerechte Pflege gefährdet. Seit 1995 ist eine Fallzahlsteigerung von 19,15% eingetreten, und die Verweildauer ist gleichzeitig um 29,38% gesunken. Auf einen Arzt/eine Ärztin sind 1995 3,3 Pflegenden gekommen; 2012 waren es noch 2,1 Pflegenden. Der Quotient der behandelten Fälle zur Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst lag 1995 noch bei 48,5 Patienten pro Pflegekraft, 2012 waren es schon 65,3 Patienten und dies bei einem steigenden Anteil älterer und an Demenz erkrankter Patienten.* Über 24 Stunden (alle Schichten) hat eine Pflegekraft in Deutschland 13 Patientinnen und Patienten zu versorgen; in England sind es 9, in Norwegen 5. Die hohe Arbeitsverdichtung – gepaart mit knapper Personalausstattung – führt dazu, dass bei Urlaubs- und Krankheitsfällen keine annähernd hinreichende Reserve vorhanden ist.
- Die vorhandenen Kräfte werden durch überbordende Dokumentationspflichten in Anspruch genommen.
- Seit Jahren beklagte Mängel in der Überleitung, auch hervorgerufen durch die zu kurze Verweildauer, führen zu Drehtüreffekten.
- Der Aufbau der Aus- und Weiterbildung ist unübersichtlich.
- Die Pflegekräfte werden nur unzureichend in Beratungen über den Aufbau der Aus- und Weiterbildung mit einbezogen; das Gleiche gilt für die Prozesssteuerung und die Qualitätssicherung.
- Die Pflegekräfte vermissen eine adäquate Ständesvertretung, die ihre Interessen in den vorgenannten Strukturfragen wahrnehmen könnte.

Finanzielle Defizite:

- Die Krankenhauspflege leidet unter einer unattraktiven Tarifstruktur.
- Mit erheblich höherer Verantwortung, etwa bei Übernahme einer Stationsleitung, steigt die Vergütung nur unverhältnismäßig gering.
- Zulagen für Wochenend-, Feiertags- und Nachtdienste sind mit denjenigen in sonstigen Branchen nicht vergleichbar.

*Quelle: Pflege-Thermometer 2014 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

- Der ärztliche Dienst hat sich – zu Recht – bessere Tarife erstritten.
- Sparbemühungen im Krankenhauswesen setzen daher in erster Linie und im Übermaß beim Pflegepersonal an, also unmittelbar bei der Patientenversorgung.
- Unzureichende Investitionsmittel, in der Verantwortung der Länder, werden aus Betriebsmitteln kompensiert, die eigentlich für eine angemessene personelle Ausstattung des Pflegedienstes benötigt werden.
- Es gibt kein hinreichend differenziertes Zahlenwerk für pflegerische Leistungen, erst recht keine verbindlichen Personalbedarfszahlen.
- Es fehlt jede Einstellung auf steigenden Hilfebedarf wegen zunehmend älterer und demenziell erkrankter Patienten.

Die Folgen:

- Das vorhandene Personal ist total überlastet.
- Es sind in hohem Maße Abwanderungen in andere Berufsbranchen zu verzeichnen. Insgesamt planen 9% der Pflegefachpersonen in Europa einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf; in Deutschland sind es 17%.
- Neues, gut qualifiziertes Personal lässt sich kaum noch finden.

Wir streben an:

- Eine Arbeitsweise, die den Patienten, nicht das Budget in den Mittelpunkt rückt.
- Eine Arbeitsweise, die insbesondere die Aktivierung und Anleitung des Patienten (Hilfe zur Selbsthilfe) gewährleistet.
- Eine Arbeitsweise, die eine sorgsame Schulung und Einarbeitung von Nachwuchskräften erlaubt.
- Eine Arbeitsweise, die erlaubt, die neuesten pflegewissenschaftlichen Standards einzusetzen und weiterzuentwickeln zur Optimierung der Patientenversorgung.

Wir fordern:

- Die Erarbeitung und Weiterentwicklung verbindlicher Anhaltswerte für die Pflege.
- Geordnete Finanzströme.
- Was für die Pflege bestimmt ist, muss dort auch ankommen.
- Eine auskömmliche Finanzierung der Praxisanleiterstellen.
- Wegfall der Anrechnung von Ausbildungsplätzen im Stellenplan.
- Eine bundesweit einheitliche Regelung der Aus- und Weiterbildung.
- Eine Überarbeitung des DRG-Systems, das in seiner jetzigen Form falsche Anreize setzt und pflegerische Leistungen mangelhaft darstellt.
- Eine deutliche Straffung der Dokumentationspflichten (vergleichbar mit der SGB XI-Pflege).
- Erarbeitung von Konzepten, die über Jahre tragen, anstelle der jetzt betriebenen Flickschusterei.
- Verbindliche Einbeziehung der Pflege in allen gesundheitspolitisch relevanten Fragen.
- Dies alles sinnvoller- und notwendigerweise im Rahmen eines funktionierenden Kammersystems.

D). X.

Von Michael Floeth*

Strafbarkeit wegen Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt in Fällen sog. Scheinselbständigkeit - Arbeitgeberstellung des „Auftraggebers“ und die insoweit im Rahmen des subjektiven Tatbestandes zu stellenden Anforderungen

Zugleich eine Besprechung des Urteils des BGH vom 5.8.2015 – 2 StR 172/15

In jüngerer Zeit sieht sich die strafrechtliche Praxis vermehrt mit Sachverhalten konfrontiert, in denen die Beschäftigung sog. Scheinselbständiger in Rede steht und – daher – der Vorwurf des Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt nach §§ 266 a Abs. 1, Abs. 2 StGB zu prüfen ist. Regelmäßig steht in solchen Fällen die Frage im Mittelpunkt, ob eine abhängige Beschäftigung vorliegt und der vermeintliche Auftraggeber bzw. sein Vertreter i.S. d. §§ 14 Abs. 1, Abs. 2 StGB auch vorsätzlich hinsichtlich der Arbeitgeberstellung handelte, wird demgegenüber nur selten vertieft.

1. Einleitung

Behandeln die Parteien eines „Dienstverhältnisses“ den „Auftragnehmer“ jedenfalls „nach außen“ als selbständig tätigen Unternehmer und werden seitens des „Auftraggebers“ dementsprechend keine Gesamtsozialversicherungsbeiträge abgeführt, während nach der objektiven Ausgestaltung des „Dienstverhältnisses“ indes Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der „Auftragnehmer“ tatsächlich im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung tätig geworden und insofern als sog. Scheinselbständiger einzustufen sein könnte, so kann dies neben sozialrechtlichen bzw. beitragsrechtlichen auch strafrechtliche Fragen aufwerfen. Regelmäßig stellt sich in einem solchen Sachverhalt nämlich die Frage, ob sich der „Auftraggeber“ bzw. dessen Vertreter i.S. d. §§ 14 Abs. 1, Abs. 2 StGB wegen Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt nach §§ 266 a Abs. 1, Abs. 2 Nr. 2 StGB strafbar gemacht hat. So lagen die Dinge denn auch in dem dem Beschluss des zweiten Strafsenates vom 5.8.2015 zu Grunde liegenden Lebenssachverhalt: Der Angeklagte unterhielt in verschiedenen Städten fünf Autowaschstraßen, von denen er eine selbst betrieb. Für den Betrieb der vier anderen Waschstraßen hatte der Angeklagte insgesamt sechs Personen angeworben, welche auf Provisionsbasis tätig wurden. Die Vorinstanz war insoweit davon ausgegangen, dass es sich bei den sechs Personen nicht um Selbstständige, sondern tatsächlich um Arbeitnehmer des Angeklagten handelte und verurteilte diesen, da er keine Gesamtsozialversicherungsbeiträge für diese gezahlt hatte, wegen Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt.

II. Auftraggeber als Arbeitgeber i.S.d. § 266 a StGB

1. Steht die Beschäftigung von sog. Scheinselbstständigen in Rede, so gilt es zunächst die Frage zu klären, ob der von den Vertragsparteien als selbstständig behandelte „Auftragnehmer“ tatsächlich als Arbeitnehmer und der „Auftraggeber“ daher als Arbeitgeber i. S. d. § 266 a StGB anzusehen ist. Da es an einer eigenständigen strafrechtlichen Bestimmung der Begriffe „Arbeitgeber“ und „Arbeitnehmer“ fehlt, richtet sich ihre Auslegung angesichts der grundsätzlich sozialrechtsakzessorischen Ausgestaltung des Tatbestandes nach dem Sozialversicherungsrecht. Ein Arbeitsverhältnis ist danach dann gegeben, wenn der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber auf Grund eines privatrechtlichen Vertrages nicht selbständige Dienste leistet und zu diesem in einem Verhältnis persönlicher Abhängigkeit steht, die sich bei einer Beschäftigung in einem fremden Betrieb vornehmlich in seiner Eingliederung in den Betrieb des Arbeitgebers sowie einem Zeit, Dauer, Ort und Art der Ausführung der Tätigkeit umfassenden Weisungsrecht des Arbeitgebers äußert. Eine selbständige Tätigkeit ist demgegenüber vornehmlich durch das eigene Unternehmerrisiko, das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit gekennzeichnet. Weist eine Tätigkeit Merkmale auf, die sowohl auf Abhängigkeit als auch auf Selbständigkeit hinweisen, so ist entscheidend, welche Merkmale im Rahmen der vorzunehmenden Gesamtabwägung überwiegen. Maßgebend ist stets das Gesamtbild der Arbeitsleistung wobei nicht auf ein abstraktes Tätigkeitsbild, sondern die konkrete Gestaltung der jeweils in Rede stehenden Tätigkeit abzustellen ist.

2. Das Ergebnis einer solchen sämtliche Umstände des Einzelfalls einbeziehenden Abwägung wird dabei freilich jedenfalls in solchen Fällen, in denen zwar einerseits – gewichtige – für eine abhängige Beschäftigung sprechende Indizien vorliegen, andererseits aber zugleich auch solche Umstände festzustellen sind, die "ernsthaft" für die Annahme einer selbständigen Tätigkeit sprechen, nicht immer eindeutig „auf der Hand“ liegen. Gerade ein solcher Fall lag min offensichtlich auch der Entscheidung vom 5.8.2015 zu Grunde: Auf der einen Seite hatte der als „Auftraggeber“ fungierende Angeklagte sowohl die Öffnungszeiten der von den „Auftragnehmern“ zu leitenden Waschstraßen als auch die Höhe der auf Provisionsbasis erfolgenden Vergütung einseitig festgelegt und zudem die Arbeitskleidung gestellt, was jeweils für die Annahme einer abhängigen Beschäftigung sprach. Auf der anderen Seite waren die angeworbenen „Auftragnehmer“ aber – gleichwohl – nicht zu einer sog. höchstpersönlichen Erbringung der geschuldeten Tätigkeit verpflichtet, sondern konnten ihrerseits weitere Personen beschäftigen und durften zudem auf dem Tankstellengelände – für eigene Rechnung – sog. Eigengeschäfte vornehmen, was jedenfalls bei isolierter Betrachtung eher die Annahme einer selbstständig ausgeübten Tätigkeit nahelegt. Wenn der Senat im Rahmen der vorzunehmenden Abwägung – mit der Vorinstanz - letztlich zur Annahme einer abhängigen Beschäftigung gelangt, so ist dies sicher gut vertretbar. Die Entscheidung belegt allerdings gleichwohl einmal mehr, dass angesichts des Umstandes, dass über den „Aussagegehalt“ einzelner Merkmale zum Teil keine Einigkeit besteht und es zudem an einer eindeutigen Gewichtung der einzelnen Merkmale untereinander fehlt, die vorzunehmende Abwägung mit einer gewissen Unsicherheit verbunden ist.

III: Subjektiver Tatbestand: Bezugspunkt des Vorsatzes

1. Gerade vor dem Hintergrund, dass das Ergebnis einer solchen, sämtliche Umstände des Einzelfalls einbeziehenden Abwägung nicht immer eindeutig „vorhersehbar“ ist; wirkt es nun freilich – zumindest auf den ersten Blick – überraschend, dass man in den Entscheidungsgründen des Beschlusses vom 5.8.2015 keine näheren Ausführungen zum subjektiven Tatbestand liest. Wenn nämlich die Arbeitgebereigenschaft des „Auftraggebers“ erst nach einer umfassenden Gesamtabwägung der für und gegen die Annahme einer abhängigen Beschäftigung sprechenden Umstände festzustellen ist, so versteht es sich doch keinesfalls von selbst, dass der Arbeitgeber bzw. sein Vertreter) i. S. d. §§ 14 Abs. 1, Abs. 2 StGB diese auch nachvollzogen hat und daher wusste, dass tatsächlich eine - die Pflicht zur Abführung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge begründende – abhängige Beschäftigung vorliegt, bzw. die Einordnung als abhängige Beschäftigung zumindest billigend in Kauf genommen hat. Jedenfalls in solchen Fällen, in denen „ernsthaft“ für eine Einordnung als selbständig ausgeübte Tätigkeit sprechende Umstände vorliegen, erscheint es vielmehr durchaus denkbar, dass der Arbeitgeber bzw. sein Vertreter i. S. d. §§ 14 Abs. 1, Abs. 2 StGB tatsächlich zu einer abweichenden Bewertung gelangt sein und sich selbst nicht als Arbeitgeber eingestuft haben könnte. Wäre insofern im vorliegenden Zusammenhang daher nicht eine Prüfung bzw. Erörterung zu erwarten gewesen, inwiefern der Angeklagte die Abwägung bzw. jedenfalls ihr Ergebnis auch subjektiv nachvollzogen hat? Dass die vorstehenden Fragen in den Entscheidungsgründen des Beschlusses vom 5.8.2015 keine Erörterung gefunden haben, wird freilich dann „plausibel“ wenn man bedenkt, dass es nach bereits mehrfach bestätigter Auffassung der Strafsenate des BGH im Rahmen des subjektiven Tatbestandes genügen soll, dass der Arbeitgeber bzw. sein Vertreter i.S. d. §§ 14 Abs. 1, Abs. 2 StGB sämtliche Umstände kennt, die die Stellung als Arbeitgeber – und damit zugleich die daraus resultierende Pflicht zur Abführung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge – begründen. Darauf, dass der Arbeitgeber bzw. sein Vertreter i.S. d. §§ 14 Abs. 1, Abs. 2 StGB darüber hinaus auch den aus diesen Umständen zu ziehenden Schluss, dass er bzw. die von ihm vertretene natürliche Person oder Gesellschaft als Arbeitgeber einzuordnen ist, nachvollzogen hat bzw. eine solche Einordnung zumindest billigend in Kauf genommen hat, soll es demgegenüber nicht ankommen. Soweit die maßgeblichen tatsächlichen Verhältnisse bekannt gewesen sind, komme bei Verkennung der hieraus „folgenden“ Einordnung des „Auftraggebers“ als Arbeitgeber i. S. d. § 266 a StGB allenfalls ein Verbotsirrtum i. S. d. § 17 StGB in Betracht, der im Hinblick auf die Möglichkeit, ein Statusfeststellungsverfahren nach § 7 a SGB IV einzuleiten, regelmäßig vermeidbar sei. Auf dieser Basis bereitet die Begründung vorsätzlichen Handelns in Fällen wie dem vorliegenden dann in der Tat selten Schwierigkeiten, sind dem Arbeitgeber bzw. seinem Vertreter i. S. d. §§ 14 Abs. 1, Abs. 2 StGB die in die erforderliche Abwägung einzustellenden Umstände „als solche“ doch regelmäßig bekannt.

Zu überzeugen vermag ein solches, den Bezugspunkt des Vorsatzes auf die die Arbeitgeberstellung begründenden Umstände beschränkendes Verständnis freilich nicht. Wie sich im Umkehrschluss aus § 16 Abs. 1 StGB ergibt, ist vorsätzliches Handeln - nur - dann gegeben, wenn der Täter alle Umstände kennt, die zum

gesetzlichen Tatbestand gehören. Dement- sprechend muss sich - was als solches unstreitig sein dürfte – der Vorsatz im Rahmen der §§ 266 a Abs. 1, Abs. 2 StGB auch auf das Tatbestandsmerkmal „Arbeitgeber“ beziehen. Da die Auslegung des Merkmals „Arbeitgeber“ einen Rückgriff auf arbeitsrechtliche und sozialrechtliche Fragen voraussetzt und es sich daher um ein sog. normatives Tatbestandsmerkmal handelt, kann indes nicht davon ausgegangen werden, dass der Täter den für die Unrechtsbegründung wesentlichen Bedeutungsgehalt dieses Tatbestandsmerkmals bereits mit der „bloßen“ Kenntnis der Umstände, die die Stellung als Arbeitgeber begründen, hinreichend erfasst hat. Entsprechend den auch sonst hinsichtlich sog. normativer Tatbestandsmerkmale geltenden Anforderungen ist vielmehr zu verlangen, dass der Täter nicht nur die insoweit maßgeblichen tatsächlichen Umstände richtig erfasst, sondern darüber hinaus auch die außerstrafrechtlichen Wertungen zumindest nach Laienart nachvollzogen hat. Ähnlich wie es etwa im Rahmen der § 242 Abs. 1, § 246, § 303 Abs. 1 StGB nicht ausreicht, dass der Täter die Umstände erfasst hat, die dazu führen, dass die in Rede stehende Sache als fremd anzusehen ist, er vielmehr den Umstand, dass diese – zumindest auch – in fremdem Eigentum steht, zumindest „aus Laiensicht“ nachvollzogen haben muss, kann daher auch hinsichtlich des Tatbestandsmerkmals „Arbeitgeber“ i. S. d. § 266 a StGB von einer Erfassung des wesentlichen Bedeutungsgehaltes m. E. erst dann ausgegangen werden, wenn der Täter die insofern vorzunehmende Wertung – jedenfalls – laienhaft nachvollzogen hat. Richtigerweise muss sich der Vorsatz des Täters im Rahmen der § 266 a Abs. 1, Abs. 2 StGB daher auch auf die Einordnung des „Auftraggebers“ als – gem. § 28 e Abs. 1 S. 1 SGB IV zur Beitragsabführung verpflichteter – Arbeitgeber selbst beziehen. Die insofern zu Grunde liegende Abwägung muss daher zumindest auf „Laienebene“ nachvollzogen worden sein. Entgegen einer verbreitet vorzufindenden Formulierung ist es dabei freilich nicht erforderlich, dass der Täter Kenntnis davon hatte bzw. weiß, dass er bzw. die von ihm vertretene natürliche Person oder Gesellschaft als Arbeitgeber einzuordnen ist. Es muss vielmehr genügen, dass der Täter die von ihm erkannte Möglichkeit, dass eine solche Einordnung auf Grund der Umstände des Einzelfalls vorzunehmen ist, billigend in Kauf nimmt. In der Sache wird es daher häufig um die Abgrenzung zur bewussten Fahrlässigkeit gehen, bei der der Täter die Möglichkeit der Einordnung als Arbeitgeber zwar ebenfalls erkannt, gleichwohl aber ernsthaft darauf vertraut hat, dass eine solche Einordnung tatsächlich nicht vorzunehmen ist.

2. Bringt der Arbeitgeber bzw. sein Vertreter vor, er sei - entgegen der objektiven Rechtslage - davon ausgegangen, dass eine selbständige Tätigkeit und gerade keine abhängige Beschäftigung vorgelegen habe, so ist nach Vorstehendem also zu überprüfen, ob er die Möglichkeit einer Einordnung als Arbeitgeber gleichwohl erkannt und eine solche Einordnung billigend in Kauf genommen hat oder aber ernsthaft auf das „Ausbleiben“ einer solchen Einordnung vertraut hat. Insofern bedarf es regelmäßig einer Betrachtung der konkreten Umstände des Einzelfalls. Auch wenn die Frage, ob bereits bedingter Vorsatz vorliegt, daher nicht allgemein beantwortet werden kann, lassen sich gleichwohl gewisse „Leitlinien“ herausbilden.

a.) Dass der Täter – ggf. trotz formeller Bezeichnung des unterzeichneten Vertragswerkes als Werkvertrag, Dienstvertrag etc. – die Einordnung als der Pflicht zur Abführung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge unterfallendes Arbeitsverhältnis zumindest billigend in

Kauf genommen haben muss, dürfte jedenfalls in solchen Fällen nahe liegen, in denen die für eine abhängige Beschäftigung sprechenden Indizien eindeutig überwiegen und das Ergebnis der vorzunehmenden sozialrechtlichen Bewertung daher letztlich von vornherein „klar auf der Hand“ liegt. So wird etwa ein geschäftserfahrener „Auftraggeber“, der dem nicht über die für eine selbständige Tätigkeit erforderlichen Sprachkenntnisse verfügenden „Subunternehmer“ nicht nur Arbeitszeit und Arbeitsort vorgibt, sondern diesem darüber hinaus auch noch „bis ins Detail gehende“ Weisungen zur Art der Ausführung der konkreten Tätigkeit erteilt und das erforderliche Arbeitsgerät zur Verfügung stellt, regelmäßig nicht nur für möglich halten, dass der vermeintliche Subunternehmer ggf. doch als Arbeitnehmer einzustufen ist. In aller Regel wird ihm vielmehr „darüber hinausgehend“ auch bewusst sein, dass eine solche Einordnung (sehr) wahrscheinlich ist. Inwiefern er dann gleichwohl ernsthaft auf das Ausbleiben des tatbestandlichen „Erfolges“, d. h. der Einordnung als Arbeitgeber, vertraut haben will, ist in einer solchen Konstellation nicht ersichtlich. Jedenfalls dann, wenn es der Täter unterlässt – etwa durch die Einleitung eines Statusfeststellungsverfahrens nach § 7 a SGB IV – Klarheit über die sozialrechtliche Einordnung der „beauftragten“ Personen herbeizuführen, liegt es in einem solchen Fall vielmehr nahe, dass er eine tatsächliche Einordnung als Arbeitgeber jedenfalls billigend in Kauf genommen hat.

b.) Entsprechendes gilt dann, wenn das Verhalten der Vertragsparteien darauf angelegt ist, die tatsächlichen Verhältnisse zu verschleiern. Insbesondere ist dabei an solche Fälle zu denken, in denen dem „Auftragnehmer“ in dem zu Grunde liegenden „Vertragswerk“ zwar für eine selbständig ausgeübte Tätigkeit sprechende Rechte eingeräumt werden, zwischen den Vertragsparteien indes bereits bei Vertragsschluss Einigkeit dahingehend besteht, dass die schriftlich festgehaltenen Regelungen „in der Praxis“ nicht so umgesetzt werden sollen, der vermeintliche Subunternehmer vielmehr einem umfassenden Weisungsrecht des „Auftraggebers“ unterliegen soll. Der Abschluss eines solchen „Scheinvertrages“, durch den die tatsächlich gewollte Ausgestaltung des Beschäftigungsverhältnisses „verdeckt“ werden soll, macht nämlich nur dann Sinn, wenn seitens des „Auftraggebers“ gerade damit gerechnet wird, dass er unter Zugrundelegung der wahren Verhältnisse als – zur Abführung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge verpflichteter – Arbeitgeber angesehen werden könnte, und kein Interesse an einer Klärung des Status des zu Grunde liegenden Verhältnisses besteht, eine auf Basis der tatsächlichen Verhältnisse erfolgende Überprüfung durch „Außenstehende“ vielmehr gerade verhindert werden soll. Dass ein so vorgehender „Auftraggeber“ das tatsächliche Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses zumindest billigend in Kauf nimmt, liegt auf der Hand.

c.) Anders liegen die Dinge allerdings dann, wenn denjenigen Umständen, welche die Einordnung des Täters bzw. der von ihm vertretenen natürlichen Person oder Gesellschaft als Arbeitgeber tragen, auch gewichtige Umstände gegenüberstehen, die für die Annahme einer selbständig ausgeübten Tätigkeit des Auftragnehmers sprechen. Zwar dürfte einem geschäftserfahrenen Auftraggeber selbst in einem solchen Fall, in dem die von ihm vorgenommene Einordnung als selbständig ausgeübte Tätigkeit nach den tatsächlichen Verhältnissen zumindest nachvollziehbar bzw. „vertretbar“ erscheint, regelmäßig bewusst sein, dass Sozialgerichte und ordentliche Gerichte „am Ende“ möglicherweise doch anders entscheiden könnten, und er es insofern auch für möglich halten, dass er „am Ende“ ggf. doch als Arbeitgeber eingestuft werden könnte, indes kann alleine

hieraus noch nicht geschlossen werden, dass er eine solche Einordnung zugleich auch billigend in Kauf genommen hat. Solange die vom Arbeitgeber bzw. seinem Vertreter vorgenommene Einordnung als vertretbar erscheint, muss vielmehr regelmäßig von einem ernsthaften Vertrauen auf das Ausbleiben des tatbestandlichen Erfolges, d. h. dem Vorliegen einer Arbeitgeberstellung, ausgegangen werden. Dies muss selbst dann gelten, wenn der Täter es unterlassen hat, die in Rede stehende Frage bzw. seine eigene Bewertung einer „fachmännischen“ Überprüfung zuzuführen, etwa durch die Einleitung eines Statusfeststellungsverfahrens nach § 7 a SGB IV oder die Einholung einer Auskunft eines Rechtsanwaltes. Da eine Pflicht zur Einleitung eines Statusfeststellungsverfahrens bzw. zur Einholung einer anwaltlichen Auskunft weder im SGB IV, noch in sonstigen Bestimmungen des Sozialrechts normiert ist, kann alleine aus dem Umstand, dass der „Auftraggeber“ sich ausschließlich auf seine eigene – auch aus Sicht eines „Fachmannes“ vertretbare – Einschätzung verlässt, regelmäßig noch nicht geschlossen werden, dass er – damit – zugleich auch die seiner Einschätzung widersprechende Einordnung – als abhängige Beschäftigung billigend in Kauf genommen hat. Anderes kann freilich dann gelten, wenn sich für den Täter konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben haben, dass die von ihm vorgenommene Einordnung unzutreffend sein könnte. Unterlässt er es dann auch weiterhin, eine fachmännische Klärung herbeizuführen, so kann dies durchaus dafür sprechen, dass er – nunmehr – die Einordnung als Arbeitgeber billigend in Kauf nimmt. Anhaltspunkte für das Vorliegen bedingten Vorsatzes können sich zudem etwa daraus ergeben, dass gegenüber Prüfern des zuständigen Rentenversicherungsträgers falsche Angaben gemacht werden, lässt doch eine solche Vorgehensweisen in der Regel erkennen, dass der Täter trotz der von ihm vorgenommenen Einordnung fürchtet, er könne als Arbeitgeber eingestuft werden, soweit die tatsächlichen Verhältnisse zutreffend erfasst würden.

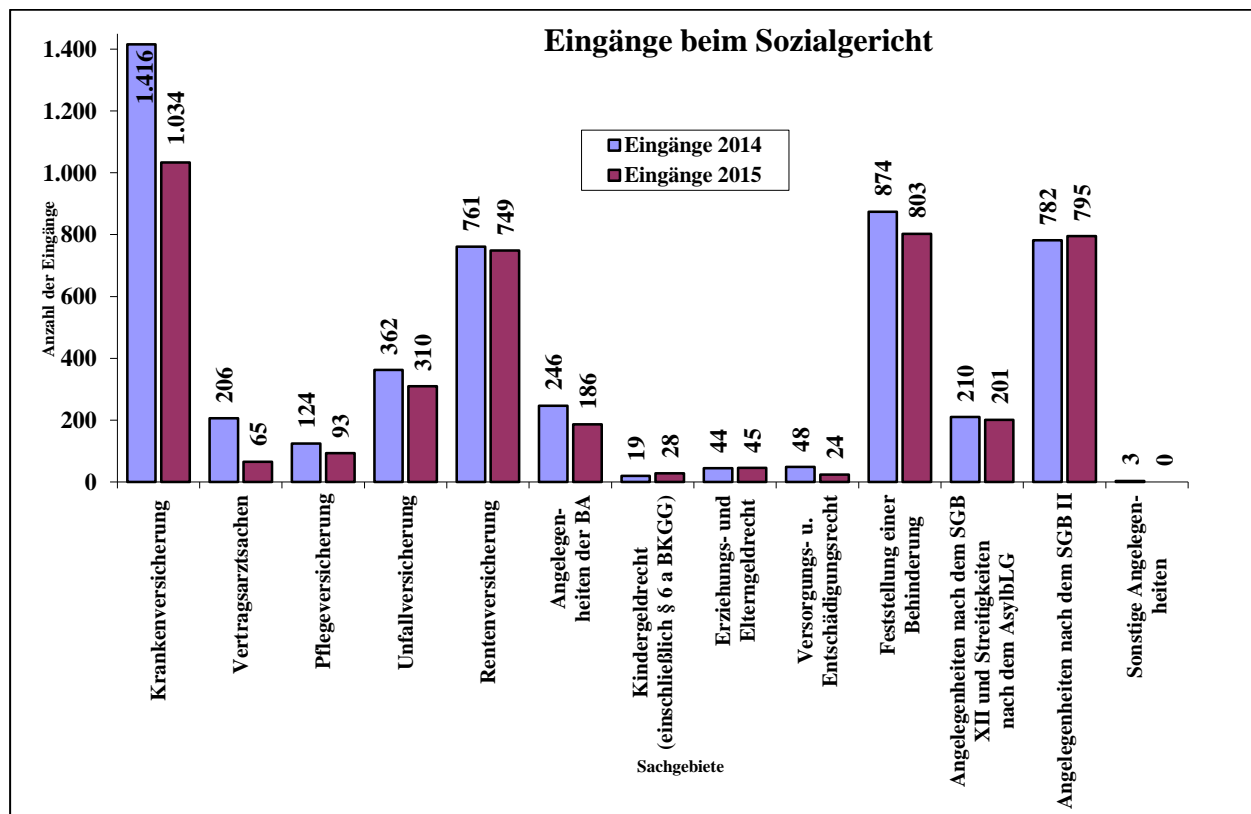


1.1.3 Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den einzelnen Sachgebieten

Tabellarische Darstellung der Eingänge und Erledigungen beim Sozialgericht

Eingänge nach Sachgebieten:

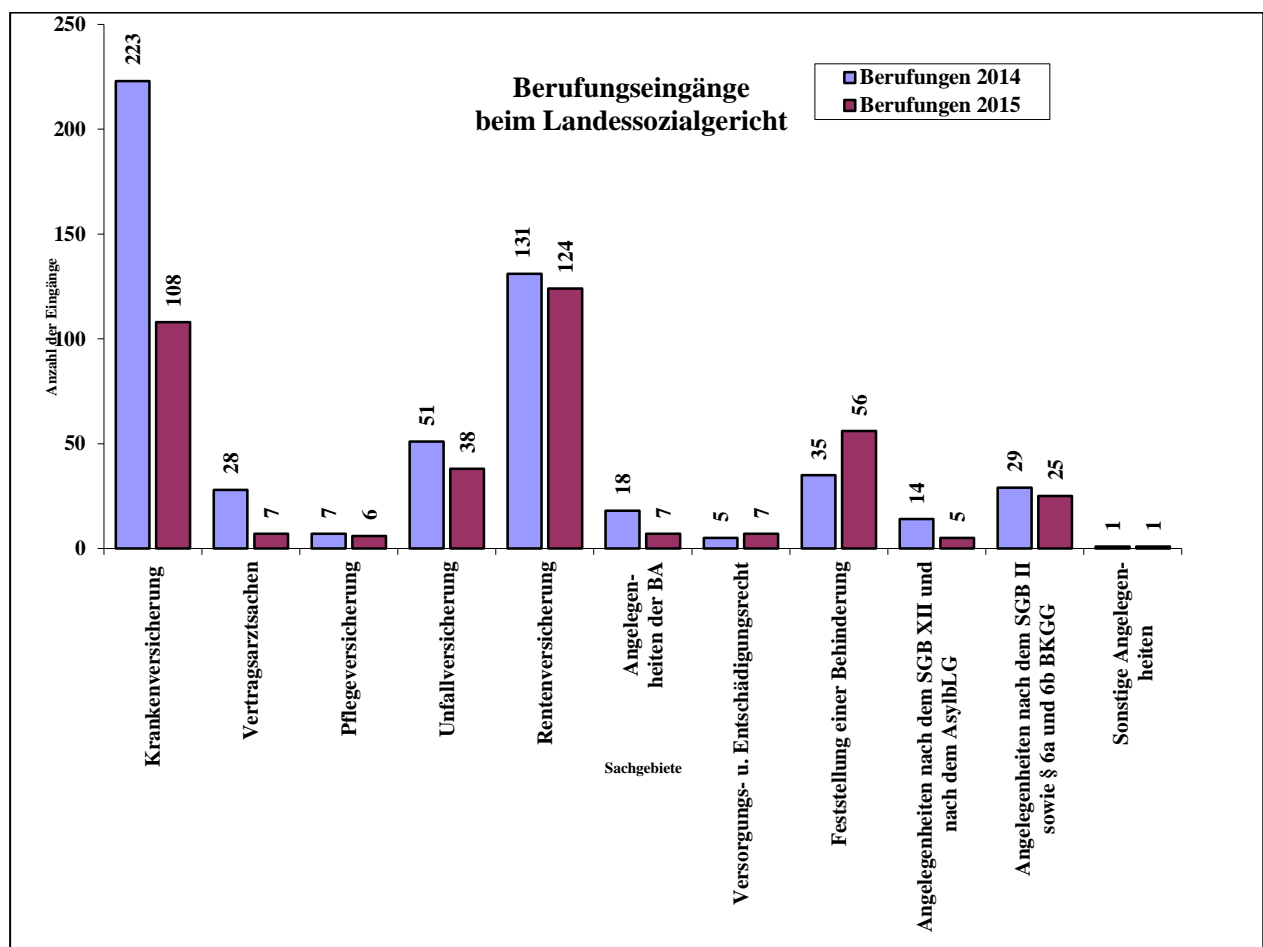
Sachgebiet	Eingänge 2014	Eingänge 2015	Veränderung +/-	Veränderung in %
Klagen und einstw. Rechtsschutz				
Krankenversicherung	1.416	1.034	-382	-27,0
Vertragsarztsachen	206	65	-141	-68,4
Pflegeversicherung	124	93	-31	-25,0
Unfallversicherung	362	310	-52	-14,4
Rentenversicherung	761	749	-12	-1,6
Angelegenheiten der BA	246	186	-60	-24,4
Kindergeldrecht (einschließlich § 6 a BKGG)	19	28	9	47,4
Erziehungs- und Elterngeldrecht	44	45	1	2,3
Versorgungs- u. Entschädigungsrecht	48	24	-24	-50,0
Feststellung einer Behinderung	874	803	-71	-8,1
Angelegenheiten nach dem SGB XII und Streitigkeiten nach dem AsylbLG	210	201	-9	-4,3
Angelegenheiten nach dem SGB II	782	795	13	1,7
Sonstige Angelegenheiten	3	0	-3	-100,0
Summe:	5.095	4.333	-762	-15,0





1.2.3 Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den einzelnen Sachgebieten

Berufungseingänge				
Sachgebiete	Berufungen 2014	Berufungen 2015	Veränderung +/-	Veränderung in %
Krankenversicherung	223	108	-115	-51,6
Vertragsarztsachen	28	7	-21	-75,0
Pflegeversicherung	7	6	-1	-14,3
Unfallversicherung	51	38	-13	-25,5
Rentenversicherung	131	124	-7	-5,3
Angelegenheiten der BA	18	7	-11	-61,1
Versorgungs- u. Entschädigungsrecht	5	7	2	40,0
Feststellung einer Behinderung	35	56	21	60,0
Angelegenheiten nach dem SGB XII und nach dem AsylbLG	14	5	-9	-64,3
Angelegenheiten nach dem SGB II sowie § 6a und 6b BKGG	29	25	-4	-13,8
Sonstige Angelegenheiten	1	1	0	0
Summe:	542	384	-158	-29,2





einem Versicherungsverhältnis mit Krankengeldanspruch versichert sein. Die Verpflichtung zur Vorlage von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, § 46 Satz 1 Ziffer 2 SGB V, besteht auch für Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Sozialgericht für das Saarland, Urteil vom 14.10.2015 - S 1 KR 244/15

§ 33 Abs. 1 SGB V schließt für einen (erwachsenen) körperlich behinderten Krankenversicherten die Hilfsmittelgewährung eines elektrischen Rollstuhlzuggerätes mit Geschwindigkeiten von bis zu 25 km/h aus.

Sozialgericht für das Saarland, Urteil vom 23.10.2015 - S 15 KR 509/15

Kein Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld bei verspäteter Vorlage der AU-Bescheinigung

Die Beteiligten stritten darüber, ob der Anspruch des abhängig beschäftigten Klägers auf Zahlung von Krankengeld nach dem SGB V zum Ruhen gekommen ist. Der Kläger, gesetzlich mit Anspruch auf Krankengeld versichert, erkrankte arbeitsunfähig und erhielt von seinem Arbeitgeber zunächst Entgeltfortzahlung nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz. Im Anschluss bezog der Kläger von der Beklagten Krankengeld. Wegen verspäteter Einreichung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entgegen der gesetzlichen Frist von einer Woche brachte die Beklagte den klägerischen Anspruch auf Krankengeld zum Ruhen.

Die Kammer hat entschieden, dass im vorliegenden Fall ein Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld nicht zulässig ist. Unterfällt ein gesetzlich Krankenversicherter dem Entgeltfortzahlungsgesetz, ist er von der Obliegenheit, seine Arbeitsunfähigkeit selbst der Krankenkasse zu melden, entbunden. Nach § 5 Absatz 1 Satz 5 Entgeltfortzahlungsgesetz wird die Meldepflicht in diesem Fall vielmehr dem behandelnden Vertragsarzt zugewiesen. Eine verspätete Vorlage der Arbeitsunfähig-

keitsbescheinigung führt somit nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs nach § 49 Absatz 1 Nummer 5 SGB 5, da der Vertragsarzt - und damit die Krankenkasse - das Übermittlungsrisiko trägt.

Sozialgericht für das Saarland, Urteil vom 28.10.2015 - S 1 KR 955/13

Die Liposuktion ist weder im ambulanten noch stationären Bereich Gegenstand des Leistungskatalogs in der GKV.

Sozialgericht für das Saarland, Urteil vom 02.12.2015 - S 1 KR 1/13 WA

Eine myeloablative Therapie im Sinne der Fallpauschale 11.01 (2004) liegt vor, wenn aus der ex-ante-Sicht des behandelnden Krankenhausarztes im Rahmen der Konditionierungsbehandlung bei der Chemotherapie eine Dosis gewählt worden ist, die zu einer so weitgehenden Zerstörung der Knochenmarksfunktion führt, dass die anschließende Gabe eines Stammzellentransplantats zwingend erforderlich ist, um das Überleben des Patienten zu sichern. Im Hinblick auf Alter und Komorbiditäten des Patienten kann dies auch bei einer gegenüber dem Standardprotokoll vorgenommenen Dosisreduktion der Fall sein

2.4 Pflegeversicherung

Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 14.07.2015 - L 2 P 6/14

Befristet eine Pflegekasse nach § 32 Abs. 2 Nr. 1 SGB X die Bewilligung von Pflegegeld, ist nach Eintritt des Beendigungsdatums die Aufhebung der Pflegegeldbewilligung nach § 48 SGB X nicht mehr möglich. Ob eine solche Befristung überhaupt rechtmäßig ist, kann dahinstehen, wenn dieser Bewilligungsbescheid bestandskräftig geworden ist.



Erlässt die Pflegekasse nach Fristablauf dennoch einen Aufhebungsbescheid wegen Verbesserung der grundpflegerischen Situation, ist dieser Bescheid in einen Ablehnungsbescheid einer beantragten Pflegeleistung umzu-
deuten (§ 43 Abs. 1 SGB X); der entsprechend erforderliche Leistungsantrag des Pflegebedürftigen (§ 33 SGB XI) kann in einem solchen Fall auch darin gesehen werden, dass er sich gegen diesen Bescheid zur Wehr setzt und damit erkennen lässt, er begehre weiterhin Pflegeleistungen.

Sozialgericht für das Saarland, Urteil vom 29.01.2015 - S 19 P 75/14

Ein Pflegebedürftiger, der ohne Unterbrechung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (§§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI) lebt, hat keinen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach §§ 45b, 45a SGB XI. Zusätzliche Betreuungsleistungen liegen nicht vor, wenn die Leistung, deren Vergütung begehrt wird (hier: Teilnahme an einer Freizeitgruppe), nicht zur Entlastung der pflegenden Angehörigen führt, sondern Ziel der Aktivität die Inklusion des Pflegebedürftigen ist.

2.5 Gesetzliche Unfallversicherung

Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 25.02.2015 - L 2 U 11/14

Der Kläger beehrte die Gewährung von Übergangsleistungen nach § 3 Abs. 2 BKV wegen seiner Wirbelsäulenbeschwerden. Der Ausdruck „Gefahr der Entstehung einer Berufskrankheit“ in § 3 BKV bedeutet, dass ohne Anwendung geeigneter Mittel nach dem Stand der medizinischen-wissenschaftlichen Erkenntnis voraussichtlich eine Krankheit entsteht, die in einem Berufskrankheit-Tatbestand umschrieben ist und bei der auch die übrigen Voraussetzungen dieses Tatbestandes erfüllt sein werden. Eine solche Ge-

fahr besteht mithin, wenn das tatbestandlich vorausgesetzte Krankheitsbild eine Berufskrankheit noch nicht (dauerhaft) erfüllt ist. Es müssen aber bereits erste Krankheitssymptome vorliegen. Diese Voraussetzungen lagen im Falle des Klägers nicht vor. Beim Kläger bestand keine konkret-individuelle Gefahr der Entstehung einer Berufskrankheit nach der Nr. 2108 der Anlage 1 der BKV. Ein zumindest beginnendes Krankheitsbild dieser Berufskrankheit konnte nicht objektiviert werden. Dagegen sprach vor allem, dass die degenerativen Veränderungen in der BWS und HWS etwas stärker ausgeprägt waren als in der LWS. Beim Kläger zeigte sich kein Krankheitsbild einer beginnenden Berufskrankheit, sondern eine Wirbelsäulenerkrankung aus innerer Ursache.

Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 12.08.2015 - L 2 U 34/13

Schiebt eine Hebamme in einer Klinik das Patientenbett in einen anderen Raum und luxiert bei einer Körperdrehung ohne ein Stolpern oder eine sonstige äußere Einwirkung die entsprechend prädisponierte und vorgeschädigte Kniescheibe der Hebamme, handelt es sich wegen alleiniger körperinnerer Ursache nicht um einen Arbeitsunfall im Sinne von § 8 Abs. 1 SGB VII; evtl. Stress spielt hierbei keine Rolle.

Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 19.11.2015 - L 2 U 10/14

Eine Berufsgenossenschaft kann eine bestandskräftig wegen bestimmter Unfallfolgen gewährte Verletztenrente im Sinne von § 48 Abs. 3 SGB X auf dem Status Quo „einfrieren“, diese also von jährlichen Rentenerhöhungen ausnehmen, wenn sie diese Rente aufgrund von Sachverständigengutachten gewährt hat, die die Kausalitätskriterien der gesetzlichen Unfallversicherung nicht beachtet haben. § 48 Abs. 3 SGB X greift auch dann ein, wenn es um fehlerhaft festgestellte Unfallfolgen geht.

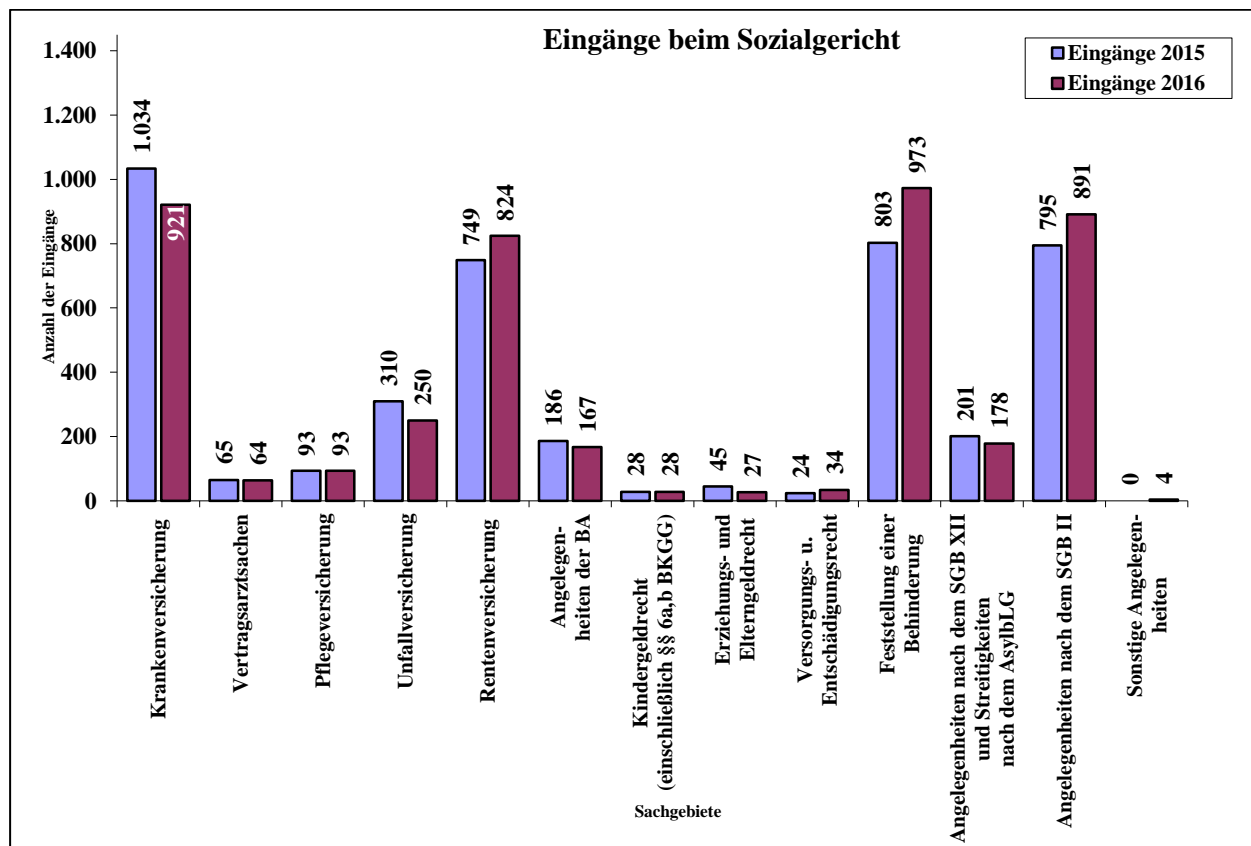


1.1.3 Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den einzelnen Sachgebieten

Tabellarische Darstellung der Eingänge und Erledigungen beim Sozialgericht

Eingänge nach Sachgebieten:

Sachgebiet	Eingänge 2015	Eingänge 2016	Veränderung +/-	Veränderung in %
Klagen und einstw. Rechtsschutz				
Krankenversicherung	1.034	921	-113	-10,9
Vertragsarztsachen	65	64	-1	-1,5
Pflegeversicherung	93	93	0	0
Unfallversicherung	310	250	-60	-19,4
Rentenversicherung	749	824	75	10,0
Angelegenheiten der BA	186	167	-19	-10,2
Kindergeldrecht (einschließlich §§ 6a und 6b BKGG)	28	28	0	0
Erziehungs- und Elterngeldrecht	45	27	-18	-40,0
Versorgungs- u. Entschädigungsrecht	24	34	10	41,7
Feststellung einer Behinderung	803	973	170	21,2
Angelegenheiten nach dem SGB XII und Streitigkeiten nach dem AsylbLG	201	178	-23	-11,4
Angelegenheiten nach dem SGB II	795	891	96	12,1
Sonstige Angelegenheiten	0	4	4	∞
Summe:	4.333	4.454	121	2,8





Beschwerden				
Jahr	Beschwerden gegen Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutz		sonstige Beschwerden einschließlich Nichtzulassungsbeschwerden	
	Eingänge	Erledigungen	Eingänge	Erledigungen
2011	43	36	87	119
2012	41	45	103	109
2013	43	39	65	69
2014	31	33	86	76
2015	53	53	78	87
2016	40	40	59	58

1.2.3 Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den einzelnen Sachgebieten

Berufungseingänge				
Sachgebiete	Berufungen 2015	Berufungen 2016	Veränderung +/-	Veränderung in %
Krankenversicherung	108	67	-41	-38,0
Vertragsarztsachen	7	4	-3	-42,9
Pflegeversicherung	6	3	-3	-50,0
Unfallversicherung	38	37	-1	-2,6
Rentenversicherung	124	107	-17	-13,7
Angelegenheiten der BA	7	13	6	85,7
Versorgungs- u. Entschädigungsrecht	7	9	2	28,6
Feststellung einer Behinderung	56	55	-1	-1,8
Angelegenheiten nach dem SGB XII und nach dem AsylbLG	5	21	16	320,0
Angelegenheiten nach dem SGB II sowie §§ 6a und 6b BKGG	25	28	3	12,0
Sonstige Angelegenheiten	1	4	3	300,0
Summe:	384	348	-36	-9,4

D). XII. a)

Saarländischer Rahmenvertrag gemäß § 92 c Absatz 8 SGB XI zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen

Präambel

Die Partner dieses Rahmenvertrages gehen einvernehmlich davon aus, dass pflegebedürftigen und/oder älteren Menschen ein möglichst langes Verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung ermöglicht werden muss.

Zur Unterstützung dieses Zieles wird im Saarland ein wohnortnahes Netz von Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen eingerichtet. In den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen werden die Beratungs- und Vernetzungs-Aufgaben der Sozialleistungsträger nach SGB V, SGB I und SGB II zusammengeführt. Die Aufgaben nach § 7 a SGB I und nach § 11 SGB II bleiben darüber hinaus Aufgaben, die von den Sozialleistungsträgern in eigener Verantwortung auch außerhalb der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen wahrzunehmen sind.

In den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen wird ein trägerneutrales Beratungsangebot für alle Ratsuchenden aus dem jeweiligen Einzugsgebiet über den Bereich „Pflege“ hinaus vorgehalten.

Dazu wirken in den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen unterschiedliche Träger und Organisationen kooperativ zusammen.

Vertragspartner:

Die im Saarland vertretenen Pflege- und Krankenkassen bzw. ihre Verbände

AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland, Saarbrücken,
BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz,
Knappschaft, Verwaltungsstelle Saarbrücken, Saarbrücken,
IKK Südwest Direkt, Saarbrücken,
Landwirtschaftliche Kranken- und Pflegekasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Saarbrücken,

die Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse (BARMER)), Wuppertal
- DAK- Unternehmen Leben, Hamburg
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Hannover
- Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg -
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), Hamburg - hkk,
Bremen

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Saarland, Saarbrücken.

Für die Landkreise im Saarland und den Regionalverband Saarbrücken:

- der Landkreistag Saarland

Das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales Saarland

§ 1 Gegenstand und Grundlagen

Dieser Vertrag regelt die Rahmenbedingungen für die Arbeit der im Saarland eingerichteten Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen und für ihre Finanzierung.

§ 2 Regionalisierung

- (1) In jedem Landkreis bzw. im Regionalverband Saarbrücken wird zumindest ein Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle eingerichtet. Die Größe eines Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle richtet sich nach der Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner.
- (2) Die Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen können Außenstellen einrichten. Die Außenstellen müssen die an Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen gestellten organisatorischen und strukturellen Anforderungen erfüllen.
- (3) Über die Einrichtung von weiteren bzw. die Auflösung von eingerichteten Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen entscheiden die Pflegekassen/Krankenkassen, die Landkreise bzw. der Regionalverband Saarbrücken und das Land einvernehmlich.

§ 3 Trägerschaft

- (1) Gleichberechtigte Träger der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Dies sind die im Saarland tätigen Pflege- und Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die jeweiligen Landkreise bzw. der Regionalverband Saarbrücken als nach Landesrecht zuständige Stellen. Die Pflege- und Krankenkassen bestimmen, welche Kassenart für einen Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle jeweils federführend ist.

- (2) Die genannten Träger bilden auf Kreis- bzw. Regionalverbandsebene jeweils eine Kooperationsgemeinschaft auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung.
- (3) Die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung bzw. die hierfür von ihnen gegründete gemeinsame Beratungsgesellschaft können sich als Träger an einem Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle beteiligen.

§ 4 Aufgaben der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen

- (1) In den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen werden insbesondere folgende Aufgaben wahrgenommen:

Umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote

Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen

Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote

Aktiver Ausbau ehrenamtlicher Strukturen und offensive Förderung der Selbsthilfe durch ideelle und finanzielle Unterstützung des Aufbaus von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -Kontaktstellen.

- (2) Die an den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen beteiligten Kostenträger- und Leistungserbringer können für das Einzugsgebiet der Pflegestützpunkte Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung schließen.

- (3) Die Leistungen der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen sind wettbewerbsneutral zu erbringen.

- (4) Beratung nach § 7 a SGB I und nach § 11 SGB II wird in der Verantwortung der jeweiligen Pflegekassen bzw. der Sozialhilfeträger in deren Geschäftsstellen erbracht oder zusätzlich zu den genannten Aufgaben in den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen erbracht. Soweit die Beratung nach § 7 a SGB I bzw. § 11 SGB II in den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen erbracht wird, ist sie gleichgewichtig von den jeweiligen Leistungsträgern sicherzustellen.

§ 5 Personelle Ausstattung

- (1) Die Träger der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen stellen sicher, dass in den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen geeignete und entsprechend qualifizierte Fachkräfte in der erforderlichen Anzahl und notwendigen Verteilung auf die einzelnen Berufsgruppen zur Verfügung stehen, damit das Angebot eines Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle nach § 92 c SGB I einschließlich der Pflegeberatung vorgehalten und zeitnah und umfassend wahrgenommen werden kann. In den Kooperationsvereinbarungen ist zu regeln, welche Aufgaben durch beauftragte Kräfte anderer Leistungserbringer erbracht werden.
- (2) Bezogen auf 100.000 Einwohner sollen von den Trägern der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen mindestens drei Vollzeit-Beratungskräfte vorgehalten werden; zusätzlich Verwaltungskräfte in dem erforderlichen Umfang.
- (3) Die Beratungskräfte sollen über eine Ausbildung gemäß § 7 a Abs. 3 SGB I in Verbindung mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes vom 29.08.2008 verfügen. Die Träger der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen stellen sicher, dass die Fachkräfte die gesetzlichen Qualifikationsanforderungen bis zum 30.06.2011 erfüllen.
- (4) Alle Fachkräfte im Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle sind verpflichtet ihre fachliche Beratung und Begleitung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen nach den jeweils aktuell anerkannten fachlichen Standards trägerunabhängig und trägerübergreifend durchzuführen.
- (5) Die wöchentliche Arbeitszeit einer Beratungskraft soll mindestens die Hälfte der tariflichen Arbeitszeit umfassen.
- (6) Durch eine entsprechende Gestaltung des Dienstplanes soll eine ganztägige Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle sichergestellt werden.
- (7) Die im Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben Beschäftigte des bereitstellenden Trägers und unterliegen weiterhin dessen Dienstaufsicht.

§ 6 Sächliche Ausstattung der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen

Die Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen müssen über barrierefrei zugängliche Räume verfügen. Die Arbeitsplätze sind nach den allgemein üblichen Standards auszustatten.

§ 7 Finanzierung

- (1) Die Pflege- und Krankenkassen, die jeweiligen Landkreise/der Regionalverband Saarbrücken und das Land tragen jeweils ein Drittel der notwendigen Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) eines Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle. Die Gesamtkosten aller Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen inklusive Außenstellen nach dieser Vereinbarung werden jährlich von den Vertragspartnern auf Landesebene gemeinsam vereinbart und gemäß dieser Vereinbarung anteilig finanziert.
- (2) Der Zuschuss gemäß § 92 c Abs. 5 SGB I wird unabhängig von der Regelfinanzierung für besondere Aufgaben im Zusammenhang mit der Errichtung des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle verwendet, insbesondere für die räumliche und sächliche Ausstattung für die Beschaffung einer einheitlichen Beratungssoftware, für alle Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen, für die Einrichtung einer einheitlichen Kommunikationsstruktur, für die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter usw..
- (3) Die Vertragspartner stellen der jeweiligen Geschäftsführung ihren auf der Grundlage einer Jahresplanung anfallenden Finanzierungsanteil halbjährig im Voraus zur Verfügung. Die jeweilige Geschäftsführung legt jeweils bis zum Ende des ersten Quartals des Folgejahres eine Jahresrechnung vor.
- (4) Falls sich die im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an der Trägerschaft eines Stützpunktes beteiligen oder Beratungsleistungen des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle in Anspruch nehmen, stehen die entsprechenden Einnahmen dem Pflegestützpunkt/ Beratungs- und Koordinierungsstelle als zusätzliche Finanzierungsmittel zur Verfügung.
- (5) Die Finanzierung durch das Land erfolgt auf der Grundlage der mit den Landkreisen/dem Regionalverband Saarbrücken geschlossenen Vereinbarung, bis eine entsprechende gesetzliche Regelung getroffen ist. Die Verteilung der Landesmittel erfolgt auf die Landkreise und den Regionalverband Saarbrücken nach dem Einwohnerschlüssel des jeweiligen Vorjahres entsprechend der bisherigen Vereinbarung.

§ 8 Weitere beteiligte Organisationen

- (1) In die Tätigkeit der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen sollen nach Möglichkeit insbesondere interessierte Träger der freigemeinnützigen sowie der privaten Pflege, Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Ehrenamtliche und Sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen, Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatungen usw. eingebunden werden. Sie können sich in angemessenen Abständen über die Arbeit des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle beraten und ggf. Empfehlungen über die Weiterentwicklung der Beratungs- und Versorgungsangebote in der Region abgeben.
- (2) Aufwendungen für die Finanzierung entsprechender ehrenamtlicher Aktivitäten und Aktivitäten von beauftragten Trägern sind im Kosten- und Finanzierungsplan jeweils gesondert auszuweisen und insbesondere aus dem Landesanteil zu finanzieren. Sie gelten als Ko-Finanzierung der Mittel des Bundesversicherungsamtes nach § 45 d SGB I.
- (3) Die Träger der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen sollen nach Möglichkeit die im § 92 c Abs. 2 Satz 3 SGB I genannten Kräfte, Träger, Gruppen und Organisationen einbinden bzw. ihre Beteiligung an den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen ermöglichen.
- (4) Der Kooperationsvertrag regelt insbesondere das Ob und das Wie der Beauftragung von Trägern, die eine wettbewerbsneutrale Beratung zu besonderen Spezialthemen im Auftrag der Vertragspartner leisten können. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen der Gesamtkosten gemäß § 7 Abs. 1 des Rahmenvertrages nach Maßgabe von § 8 Abs. 2 dieses Rahmenvertrages.

§ 9 Errichtung, Betrieb und Führung der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren die gemeinsame Trägerschaft der im Landkreis errichteten Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen bzw. ihrer Außenstellen gemäß § 7 a bzw. § 92 c SGB I sowie dem Landesrahmenvertrag vom 19.12.2008 und bilden auf Kreis- bzw. Regionalverbandsebene eine Kooperationsgemeinschaft im Sinne einer BGB-Gesellschaft. Zwischen den Vertragspartnern auf Kreis-/bzw. Regionalverbandsebene sind entsprechende Kooperationsvereinbarungen abzuschließen.
- (2) Die verantwortliche Führung des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle gemäß Gesetz und Vertrag obliegt einem zu bildenden Kooperationsausschuss und einer Geschäftsführung.

- (3) Die Landkreise bzw. der Regionalverband und die benannte federführende Kassenart übernehmen in zweijährigem Wechsel den Vorsitz im zu bildenden Kooperationsausschuss. Die laufende Geschäftsführung obliegt dem jeweils nicht vorsitzführenden Vertragspartner. Sie stellen die partnerschaftliche Führung der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen sicher. Die Kranken- und Pflegekassen bzw. ihre Verbände beginnen mit der laufenden Geschäftsführung.
- (4) Von der Zwei-Jahres-Frist kann im Einvernehmen abgewichen werden.
- (5) Der Kooperationsvertrag regelt die regionale Zuordnung der Geschäftsführung.

§ 10 Aufgaben und Zusammensetzung der Kooperationsausschüsse

- (1) Der jeweilige Kooperationsausschuss hat die Aufgabe, den Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle inklusive der entsprechenden Außenstellen gemäß Gesetz- und Landesrahmenvertrages zu führen und hierzu Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung zu treffen. Hierzu gehören insbesondere:
1. die Feststellung des Personal-, Kosten- und Finanzierungsplanes sowie die Abnahme der Jahresrechnung des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle;
 2. die Festlegung von konzeptionellen Grundsätzen der Stützpunktarbeit unter Berücksichtigung der Bestimmung des Landesrahmenvertrages und der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen;
 3. die Festlegung einer Geschäftsordnung zur Regelung des laufenden Betriebes des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle, der Zusammenarbeit der Fachkräfte dort, der gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung und zur administrativen Führung des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle;
 4. die Festlegung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten und der Einbeziehung Dritter in die Arbeit des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle;
 5. die Festlegung von Grundsätzen der Öffentlichkeitsarbeit.

Darüber hinaus können alle Beteiligte weitere Punkte in den Kooperationsausschuss zur Beratung einbringen.

(2) Mitglieder des Kooperationsausschusses sind:

- jeweils zwei Vertreter des Kreises bzw. Regionalverbandes und der Kranken- und Pflegekassen
- ein Vertreter des Landes.

(3) Beschlüsse des Kooperationsausschusses sind einstimmig zu fassen und sind für den Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle verbindlich.

§ 11 Aufgaben und Wahrnehmung der Geschäftsführung

(1) Die Geschäftsführung des jeweiligen Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle bzw. seiner Außenstellen ist an die Beschlüsse des Kooperationsausschusses gebunden und verantwortlich für deren Umsetzung und die Sicherstellung des laufenden Betriebes des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle.

(2) Hierzu gehört auch die Beantragung und Abwicklung der Anschubfinanzierung, die Vertragsvorbereitungen, die ergänzende Personalisierung nach Vorgaben des Kooperationsausschusses, die Führung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, soweit sich ihre Tätigkeit auf die Umsetzung dieses Vertrages bezieht, die Investitions- und Betriebskostenfinanzierung bzw. ihre Abwicklung, die Vorbereitung der Konzeptentwicklung und die Begleitung der Umsetzung derselben, die Qualitätssicherung, die Evaluation und die öffentliche Kommunikation nach Vorgaben des Kooperationsausschusses.

(3) Die Geschäftsführung hat im Kooperationsausschuss regelmäßig über ihre Arbeit zu berichten.

§ 12 Qualitätssicherung/Evaluation und Datenschutz

(1) Es sind gemeinsame Verfahren zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu vereinbaren. Hierzu ist eine systematische Dokumentation und Evaluation des Beratungs- und Hilfeprozesses sicherzustellen.

(2) Alle Pflegestützpunkte sind verpflichtet, eine einheitliche Software anzuwenden, ihre Daten für eine landesweite Auswertung zur Verfügung zu stellen sowie über die Tätigkeit einen jährlichen Bericht zu verfassen.

(3) Es gelten die gesetzliche Datenschutzregeln, insbesondere die Regelungen zu den §§ 7a und 92 c SGB I. Weiterhin sind alle Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht verpflichtet.

- (4) Von allen Ratsuchenden ist ein schriftliches Einverständnis zur Weitergabe von notwendigen Sozialdaten einzuholen.

§ 13 Organisation und Begleitung der Aufbauphase

Die Aufbauphase der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen wird durch unterstützende Maßnahmen begleitet, insbesondere durch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Geschäftsführer und Beratungskräfte, durch begleitende Fortbildung für alle in den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Träger.

§ 14 Revision, salvatorische Klausel und Schlussbestimmungen

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2009 in Kraft.
- (2) Sie wird zum 01.01.2011 überprüft.
- (3) Sie kann von jeder Vereinbarungspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2010, schriftlich gekündigt werden.
- (4) Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform und der Zustimmung aller Vertragsparteien.
- (5) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein, oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Saarbrücken, 19.12.2008

AOK – Die Gesundheitskasse im
Saarland

BKK Landesverband Rheinland-
Pfalz und Saarland

IKK Südwest Direkt

Knappschaft Verwaltungsstelle
Saarbrücken

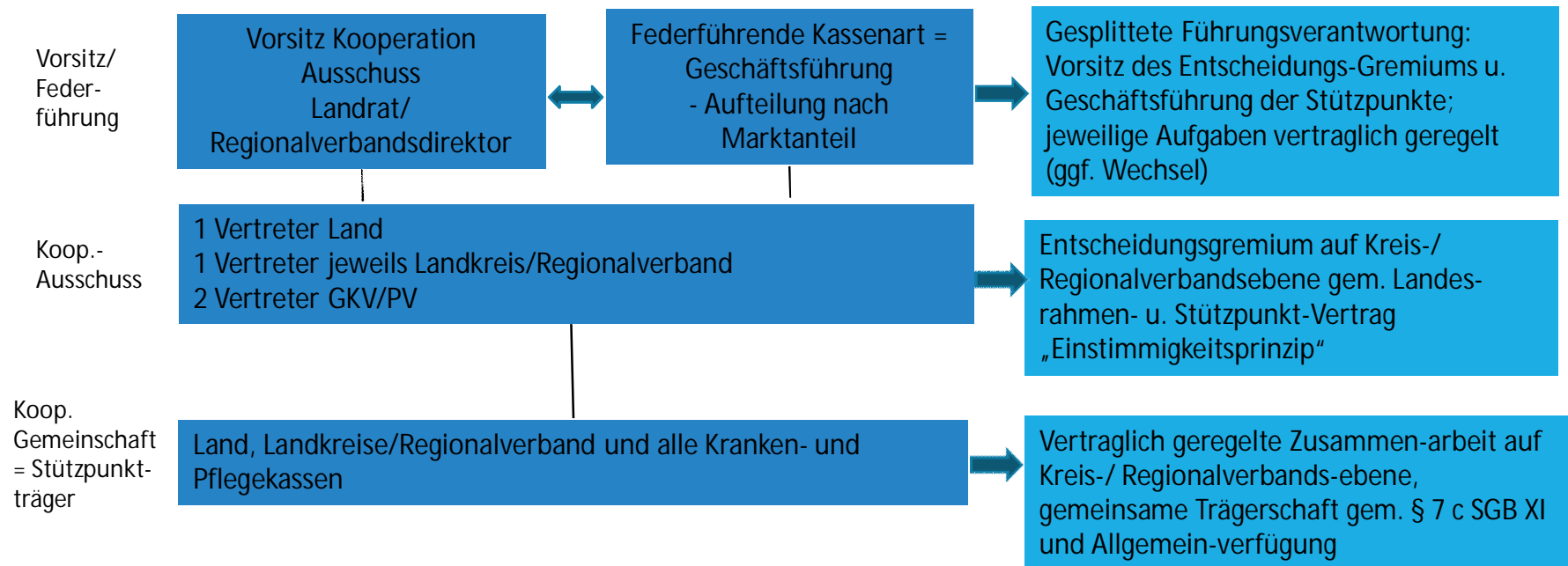
Landwirtschaftliche Kranken-
und Pflegekasse Hessen,
Rheinland-Pfalz und Saarland

VdAK Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V
Für die Krankenkassen

Landkreistag Saarland

Saarland
Ministerium für Justiz, Arbeit,
Gesundheit und Soziales

Stützpunkt-Struktur Saarland



D). XIII.

Moritz, Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, Baden-Baden (Nomos Verlagsgesellschaft) 2013, 253 S., 59 €

„Das Vorhandensein von, mitunter gravierende Ausmaße annehmenden, Missständen in zahlreichen stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland ist empirisch belegbar. Die Lebensbedingungen vieler Menschen in Pflegeheimen sind lebensunwert; der Pflegezustand sowie die Pflegequalität sind zu einem erheblichen Teil mangelhaft. Darüber hinaus lässt sich eine regelmäßige Gewaltanwendung gegenüber den Pflegebedürftigen nachweisen“ (These I). Für das Pflegedilemma macht die Autorin in These II in erster Linie die Finanznot der Pflegekassen verantwortlich. In den Thesen III und IV zieht sie hieraus den Schluss: „Die belegbaren Missstände in den Pflegeheimen verletzen die Grundrechte der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen“. Diese Grundrechtsverletzung sei, obwohl unmittelbar von Dritten verübt, dem Staat zurechenbar. Eine aussichtsreiche Möglichkeit zur Abhilfe stelle die Anrufung des BVerfG dar.

Das ist harter Tobak. Soweit Moritz die Situation in den Pflegeheimen als desaströs beschreibt, stützt sie sich nicht auf eigene Erkenntnisse, sondern auf Quellen, die zu einem großen Teil aus einer Zeit stammen, als Qualitätssicherung in der Pflege noch weitgehend unbekannt war. So verdienstvoll die Arbeiten etwa von Rolf D. Hirsch zur Gewalt gegen ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen waren, um überhaupt Sensibilität für dieses Thema zu schaffen. Sie sind mindestens zehn bis fünfzehn Jahre alt und älter. Hierauf hat der Gesetzgeber erstmals 2001 mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und mit weiteren Reformschritten 2008 und 2012 reagiert. Die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz erheblich erhöhte Prüfungsdichte und die Verbreitung der Ergebnisse durch Transparenzberichte im Internet reichen der Verfasserin offensichtlich noch nicht, obgleich hierdurch bereits ein ganz erhebliches Potential an Pflegekräften für Prüfungsaufgaben gebunden wird, was angesichts des galoppierend fortschreitenden Mangels an Pflegekräften eher besorgniserregend vermerkt werden sollte. Die Ergebnisse aktueller Prüfungen hat die Autorin auf der Grundlage einer verlässlichen wenngleich nicht unumstrittenen Quelle einbezogen: Sie wertet den 3. Pflege-Qualitätsbericht des MDS aus dem April 2012 aus. Ihre Schlussfolgerungen, etwa aus den Zahlen zur Einhaltung von Expertenstandards belegen allerdings einen eher laienhaften Umgang mit der Materie. So ist es schon verwegen, aus der unzureichenden Beachtung eines Expertenstandards jeweils einen Rückschluss auf das Vorliegen gesundheitsgefährdender oder gar lebensbedrohlicher Pflegemängel zu ziehen. Der MDS konstatiert in besagtem aktuellen Bericht in einigen Bereichen der stationären Pflege durchaus eine deutliche Verbesserung. Diese ausgewogene, wenngleich für die Pflegeheime keineswegs makellose Bilanz (z.B. Dekubitus-Prophylaxe weiterhin unzulänglich) passte offensichtlich nicht in die Strategie der Autorin, die den Nachweis benötigte, dass der augenblickliche Zustand in den Pflegeheimen unhaltbar ist und über die Anrufung des BVerfG drakonische Maßnahmen des Gesetzgebers erzwungen werden müssen.

Verantwortlich für den katastrophalen Zustand der stationären Pflege ist nach Auffassung von Susanne Moritz die Pflegeversicherung (völlig unzureichende Finanzausstattung der Pflegekassen, deswegen schlechte Vergütung der Pflegeheime, Folge: niedrige Entlohnung des Pflegepersonals, weswegen Tätigkeiten in der Altenpflege gänzlich unattraktiv sind). Hier erreicht die Argumentation Stammtischniveau! Aus der erwähnten Tatsache, dass die Pflegeversicherung nur eine Teilkaskoversicherung ist, zieht die Autorin keinerlei Konsequenzen. Die – nicht nur nach Ansicht der Autorin – zu niedrigen Pflegesätze sind keineswegs auf die mangelnde Finanzstärke der Pflegekassen zurückzuführen, sondern (zumindest mittelbar) darauf, dass die Pflegebedürftigen und ihre unter dem Damoklesschwert der Unterhaltspflicht stehenden Angehörigen durchweg nicht bereit sind, höhere Preise zu bezahlen. Denn die Leistungspflicht der Pflegeversicherung ist vom Gesetzgeber bewusst limitiert worden und das BVerfG hat gerade dieses Teilkaskosystem, das bei einkommensschwachen Pflegebedürftigen eine Aufstockung durch die Sozialhilfe erforderlich macht, sanktioniert. Höhere Pflegesätze gehen in diesem System ausschließlich zu Lasten des Selbstzahlers bzw. des Sozialhilfeträgers. Kein Pflegesatz wird ohne die maßgebende Mitwirkung des Sozialhilfeträgers festgesetzt und die Pflegekasse verhandelt faktisch (mit treuhänderischem Mandat) nur über den Eigenanteil des Pflegebedürftigen, weil die Pflegesätze je nach Pflegestufe die Versicherungsleistung jeweils um Beträge zwischen 346 und 768 € übersteigen (Barmer GEK Pflegereport 2013, S. 122). Von daher kann es auf die Finanzstärke der Pflegekassen nicht ankommen.

Zwar zeigt die Autorin auf, dass neben dem Bundesgesetzgeber (als Urheber der Pflegeversicherung) auch die Länder (als Verantwortliche für das Heimaufsichtsrecht) für das Pflegedilemma verantwortlich sind. Es wird aber nicht klar, gegen wen man wegen welcher Schutzpflichten im Einzelnen um verfassungsgerichtlichen Rechtsschutz nachsuchen muss. Es hätte vor allem deutlich gemacht werden müssen, dass die Abwehr von Eingriffen in Gesundheit und Leben der Pflegebedürftigen einzig und allein in die Zuständigkeit der Länder fällt, weil sie nur mit den Mitteln des Rechts der Gefahrabwehr zu bewerkstelligen ist. Die Pflegeversicherung hat im Hinblick auf die Qualitätssicherung nur die Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass die Beitragsmittel der Versicherten nicht für mangelhafte Pflege ausgegeben werden. Für Aufgaben der Gefahrenabwehr ist sie nicht zuständig. Diese Aufgabenabgrenzung wird in der Arbeit von Moritz in keiner Weise deutlich. In einem föderalen Staat ist die Klärung dieser Frage aber unausweichlich.

An dieser Stelle muss das Mängelregister aus Raumgründen beendet werden. Die Frage, warum trotz des umfassenden Titels nur die Schutzpflichten gegenüber 30 % der Pflegebedürftigen behandelt werden (70 % werden häuslich gepflegt), bleibt unbeantwortet. Warum ist eigentlich angesichts mindestens ebenso zahlreicher ärztlicher Behandlungsfehler noch niemand auf die Idee gekommen, mit Hilfe des BVerfG den Gesetzgeber zu zwingen, Fehlbehandlungen abzustellen?

Prof. Dr. Peter Udsching, Vorsitzender Richter am BSG a.D.

D). XIV.

Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V i.V.m. § 118a Abs. 2 Satz 2 SGB V

In dem Schiedsverfahren – Aktenzeichen BSA-Ä 1-16 – wurde folgender

Rahmenvertrag

**über
ein Entlassmanagement
beim Übergang in die Versorgung
nach Krankenhausbehandlung**

**nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V
(Rahmenvertrag Entlassmanagement)**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin,

vereinbart bzw. durch das erweiterte Bundesschiedsamt festgelegt:

§ 1

Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten¹ aus voll- und teilstationären Behandlungen durch das Krankenhaus. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlassmanagement andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als im SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner streben an, den Vertrag anzupassen, sobald die Bestimmungen zu den stationsäquivalenten Leistungen in Kraft treten.

§ 2

Zielsetzung

- 1) Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.
- 2) Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.
- 3) Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung besteht gegenüber dem Krankenhaus, während gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements besteht. Hierzu werden die weiteren Einzelheiten in diesem Rahmenvertrag geregelt.
- 4) Für eine im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehene Anschlussversorgung ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu beachten.

¹ Mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen verwendeten Personenbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

§ 3

Entlassmanagement

- 1) Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege). Multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet für die Belange dieses Vertrages die Zusammenarbeit von Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhausapothekern und weiteren am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. Die Krankenhäuser informieren über ihr Entlassmanagement in ihrem Internetauftritt.

Protokollnotiz:

GKV-Spitzenverband und KBV setzen sich dafür ein, dass Informationen über die Standards des Entlassmanagements durch den G-BA in die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) und damit in die strukturierten Qualitätsberichte aufgenommen werden.

- 2) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Für diese Patientengruppen sind spezifische Standards vorzusehen. Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen (z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe) zu prüfen.

- 3) Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.
- 4) Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. Absatz 6 ist dabei zu berücksichtigen. Für den Entlassungstag sorgt das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung. Bei Bedarf nimmt das Krankenhaus hierzu Kontakt mit den Betreuern oder Personensorgeberechtigten oder in Abstimmung mit dem Patienten mit den Angehörigen auf.
- 5) Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert. Widerruft der Patient seine Einwilligung, ist der Widerruf der Krankenkasse unverzüglich zu übermitteln; je nach Zeitpunkt des Widerrufs entfällt die Übermittlung ergänzender Informationen aus dem Entlassplan.
- 6) Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsvorsorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. Das Krankenhaus nimmt den Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse bei genehmigungspflichtigen Leistungen noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers auf. Durch die patientenbezogene

Abstimmung in den genannten Bereichen leitet die Krankenkasse bzw. die Pflegekasse das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren umgehend ein und nimmt ihre Beratungspflicht gegenüber dem Patienten wahr.

- 7) Am Tag der Entlassung erhält der Patient und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen. Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief. Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung.
- 8) Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Der Patient ist über das Erfordernis der rechtzeitigen Inanspruchnahme der verordneten Leistungen zu informieren.

§ 4

Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V

- 1) Das Ordnungsrecht nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V ist auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Abs. 8 SGB V gilt entsprechend.
- 2) Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Abs. 4 SGB V.
- 3) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung sowie von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie für die Versorgung in einem

eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Vorschriften des § 115c SGB V und Verträge nach §§ 130a Abs. 8, 130b und 130c SGB V zu beachten. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend.

- 4) Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt.
- 5) Bei der Mitgabe von Arzneimitteln gelten die Regelungen des § 14 Abs. 7 ApoG, zu deren Anwendung im Entlassmanagement das Nähere die Arzneimittel-Richtlinie regelt. Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel erfolgt in öffentlichen Apotheken. Der Patient hat das Recht der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V.
- 6) Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie § 128 SGB V zu beachten, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen (z. B. § 124 SGB V, § 127 SGB V). Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.
- 7) Da das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a S. 1 SGB V dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient, ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen.
- 8) Die DKG informiert in geeigneter Weise über die bei der Verordnung von Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu beachtenden Bestimmungen; dies gilt insbesondere für die Arznei- und Betäubungsmittelverschreibungsverordnungen.

§ 5

Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

- 1) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt erfolgen.

- 2) Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- 3) Bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist das Muster 1 gemäß Anlage 2/2a Bundesmantelvertrag–Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.

§ 6

Vordrucke

- 1) Für die Verordnung der Leistungen gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V gelten Anlage 2/2a des BMV-Ä sowie die dazugehörigen und mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ versehenen Muster 1, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 26, 27 und 28 der Anlage 2/2a des BMV-Ä sowie die diesbezüglichen Vordruckerläuterungen und die technische Anlage zur Anlage 4a des BMV-Ä. Für die Sonderkennzeichnung im Rahmen der Herstellung der Vordrucke gelten die in der Technischen Anlage zu diesem Rahmenvertrag (Anlage 2) festgelegten Vorgaben. Für die Verschreibung von Betäubungsmitteln gelten die §§ 9 und 15 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und für die Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Für die Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel“ auf den Vordrucken gelten die Vereinbarungen der Landesebene des vertragsärztlichen Bereichs.
- 2) Die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte ist unstatthaft. Satz 1 gilt nicht für die Weitergabe von Vordrucken nach Absatz 1 an Ärzte im Krankenhaus („Nichtvertragsärzte“), die im Rahmen von § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V tätig werden.
- 3) Das Tagesdatum (Feld „Datum“ an Stelle 22 – 29 in Zeile 7 des Personalienfeldes) ist das Ausfertigungsdatum. Die Ausfertigung muss am Entlasstag erfolgen. Ist für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im häuslichen Bereich die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich (zum Beispiel bei der Versorgung mit einem Heimbeatmungsgerät, auf die der Versicherte im Krankenhaus eingestellt wird), kann die Ausfertigung bereits vor dem Entlasstag erfolgen.
- 4) Für das Entlassmanagement erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer

gemäß § 6 Abs. 3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Die Betriebsstättennummer muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.

- 5) Die Kassenärztliche Vereinigung vergibt eine Arztnummer an Krankenhausärzte, die Leistungen im Sinne von § 39 Abs. 1a SGB V erbringen. Die Arztnummer wird von der Kassenärztlichen Vereinigung auf Antrag des Krankenhauses und des Krankenhausarztes vergeben, in deren Bereich der Krankenhausarzt erstmals im Rahmen der Erbringung von Leistungen auf Grundlage dieses Rahmenvertrages für ein Krankenhaus tätig wird. Die LANR kann durch die Krankenhausarztnummer (KHANR) ersetzt werden, sofern die KHANR dieselben Informationen wie die LANR enthält. Die Arztnummer wird nach dem in § 2 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern festgelegten Verfahren erstellt. Vor der Vergabe prüft die Kassenärztliche Vereinigung, ob an den Krankenhausarzt bereits eine Arztnummer vergeben wurde. Bei einer bereits bestehenden Arztnummer entfällt die Generierung der ersten sieben Ziffern der Arztnummer; die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arztgruppenschlüssel nach Satz 3 ergänzen.
- 6) Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß des in der Technischen Anlage (Anlage 2) abgebildeten Musterbeispiels für die Bedruckung einzutragen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 auf die Vordrucke aufzutragen.

In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist die lebenslange Arztnummer gemäß Absatz 5 (LANR) aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 eingedruckt ist.

- 7) Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung. Das Nähere zur Zertifizierung der Software zur Bedruckung regelt die DKG.

- 8) Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beauftragen die Druckereien, den Krankenhäusern Formulare bereitzustellen. Das Nähere zur Bereitstellung regeln die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landeskrankengesellschaften mit den Druckereien. Die Bereitstellung der Formulare erfolgt durch die Druckereien auf Bestellung durch die Krankenhäuser. Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Die Kosten für den Versand der Vordrucke werden durch die Krankenhäuser getragen.

§ 7

Information und Beratung des Patienten

- 1) Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein. Zur Durchführung des Entlassmanagements gehört die Unterstützung durch die Krankenkasse. Für die Information und Einwilligung des Patienten in das Entlassmanagement sind die bundeseinheitlichen Formulare (Anlage 1a und 1b) zu verwenden. Diese enthalten auch Regelungen für die Einwilligung in die Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse und Widerrufsregelungen. Bei Patienten, für die ein gerichtlicher Betreuer bestellt ist oder die durch einen Personensorgeberechtigten vertreten werden, ist der Betreuer oder der Personensorgeberechtigte zu informieren und dessen Einwilligung schriftlich einzuholen.
- 2) Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung. Soweit das Erfordernis besteht, nimmt das Krankenhaus zusätzlich Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse auf, damit diese gemeinsam mit dem Krankenhaus das Entlassmanagement organisiert.
- 3) Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse. Für über § 4 hinausgehende genehmigungspflichtige Leistungen stellen die Krankenkassen auf Anfrage die Antragsunterlagen zur Verfügung. Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes. Die Krankenkassen beabsichtigen, bundes-

einheitliche Antragsformulare für die Beantragung von Anschlussrehabilitation (AR) zur Verfügung zu stellen.

- 4) Dem Recht des Patienten auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V sowie den Wahlrechten des Patienten nach § 2 SGB XI (Leistungen der Pflegeversicherung) oder § 9 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe) ist bei der Umsetzung des Entlassplans durch das Krankenhaus sowie durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse Rechnung zu tragen.

§ 8

Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

- 1) Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.
- 2) Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung des Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung des Patienten zu informieren. Bezieht der Patient vor der Krankenseinweisung Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen, informiert der einweisende Arzt soweit möglich das Krankenhaus bei der Aufnahme im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (z. B. Überleitungsbrief, Medikationsplan, bisherige Angaben zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Angaben zu Pflegestufe/Pflegegrad) über die Versorgung des Patienten.
- 3) Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.
- 4) Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.

§ 9

Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

- 1) Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.

- 2) Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.
- 3) Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:
 - Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
 - Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
 - Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
 - Grund der Einweisung
 - Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
 - Entlassungsbefund
 - Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
 - Weiteres Prozedere/Empfehlungen
 - Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
 - Alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
 - Nachfolgende Versorgungseinrichtung
 - Mitgegebene Befunde

§ 10

Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse

- 1) Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützt die Durchführung des Entlassmanagements des Krankenhauses nach § 3 in geeigneter Weise, beispielsweise durch die regelmäßige Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen. Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Reha-

Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.

- 2) Bei individuellem Erfordernis unterstützt die Krankenkasse und die Pflegekasse die Umsetzung des Entlassmanagements patientenbezogen, z. B. durch die Pflegeberater nach § 7a SGB XI oder durch die Bereitstellung von Informationen zu Leistungserbringern.
- 3) Hat das Krankenhaus gemäß § 3 Absätze 5 und 6 die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse über das Erfordernis einer genehmigungspflichtigen Anschlussversorgung informiert und die notwendigen Antragsunterlagen übermittelt, stellt die Krankenkasse bzw. Pflegekasse die Antragsprüfung sicher und informiert den Patienten und das Krankenhaus unverzüglich über die getroffene Entscheidung.
- 4) Die Krankenkasse stellt zu ihren Geschäftszeiten die telefonische Erreichbarkeit eines für die Unterstützung des Entlassmanagements verantwortlichen Ansprechpartners sicher.

§ 11

Verträge auf Landesebene

Die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen sind bundesweit verbindlich. Die Vertragspartner nach § 115 Abs. 1 SGB V stellen beim Abschluss von Verträgen nach § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V sicher, dass ergänzende Regelungen dem Sinn und Zweck des Rahmenvertrages entsprechen.

§ 12

Inkrafttreten, Kündigung

- 1) Dieser Rahmenvertrag tritt zum 01.07.2017 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.
- 2) Die Vertragspartner verpflichten sich, im Fall einer Kündigung die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet das gemäß § 118a Abs. 2 S. 2 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.

§ 13

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Parteien eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.

Dresden/Berlin, 17.10.2016

Werner Nicolay

Vorsitzender des erweiterten Bundesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung
nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V i.V.m. § 118a Abs. 2 Satz 2 SGB V

D). XV

Liste der Krankenhäuser im Saarland

Regionalverband Saarbrücken

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Saarlandkliniken Evangelisches Stadtkrankenhaus	Großherzog-Friedrich-Straße 44 66111 Saarbrücken	0681 / 3886-0	www.kreuznacherdiakonie.de
Caritas Klinikum Saarbrücken St. Theresia	Rheinstraße 2 66113 Saarbrücken	0681 / 406-0	www.caritasklinik.de
Klinikum Saarbrücken	Winterberg 1 66119 Saarbrücken	0681 / 963-0	www.klinikum-saarbruecken.de
SHG-Kliniken Sonnenberg	Sonnenbergstraße 66119 Saarbrücken	0681 / 889-0	www.shg-kliniken.de
Caritas Klinikum Saarbrücken St. Josef Dudweiler	Klosterstraße 14 66125 Saarbrücken-Dudweiler	06897 / 799-0	www.caritasklinik.de
Knappschaftsklinikum Sulzbach	An der Klinik 10 66280 Sulzbach	06897 / 574-0	www.klinikum-saarbruecken.de
SHG-Kliniken Völklingen	Richardstraße 5-9 66333 Völklingen	06898 / 12-0	www.shg-kliniken.de
Knappschaftsklinikum Püttlingen	In der Humes 35 66346 Püttlingen	06898 / 55-0	www.kk-puettingen.de

Saar-Pfalz-Kreis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Kreis Krankenhaus St.Ingbert	Gesundheitspark 1 66386 St. Ingbert	06894 / 108-0	www.kreis Krankenhaus.de
Universitätsklinikum des Saarlandes	66424 Homburg	06841 / 16-22618	www.uniklinikum-saarland.de

Landkreis Neunkirchen

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Städtisches Klinikum Neunkirchen	Brunnenstraße 20 66538 Neunkirchen	06821 / 18-0	www.krh-nk.de
Saarland Kliniken Fließner Krankenhaus Neunkirchen	Theodor-Fließner-Straße 12 66538 Neunkirchen	06821 / 901-0	www.kreuznacherdiakonie.de
Marienhausklinik St. Josef Kohlhof	Klinikweg 1-5 66538 Neunkirchen	06821 / 363-0	www.marienhausklinik-st-josef-kohlhof.de
Marienhausklinik Ottweiler	Hohlstraße 12 66564 Ottweiler	06824 / 307-0	www.kreis Krankenhaus-ottweiler.de

Landkreis Merzig-Wadern

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Klinikum Merzig	Trierer Straße 148 66663 Merzig	06861 / 705-0	www.mzg.shg-kliniken.de
Marienhausklinik Wadern/Losheim am See St. Josef	Krankenhausstraße 21 66679 Losheim am See	06872 / 903-0	www.marienhausklinik.de
Marienhausklinik Wadern/Losheim am See St. Elisabeth Wadern	Elisabethstraße 1 66687 Wadern	06871 / 501-0	www.marienhausklinik.de
DRK-Klinik Mettlach	Saaruferstraße 10 66693 Mettlach	06864 / 88-0	www.drk-klinik-saar.de

Landkreis Saarlouis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Marienhausklinikum Saarlouis Dillingen Standort Saarlouis	Kapuziner Straße 4 66740 Saarlouis	06831 / 16-0	www.marienhaus-klinikum-saar.de
Krankenhaus Saarlouis vom DRK	Vaubanstraße 25 66740 Saarlouis	06831 / 171-0	www.drk-kliniken-saar.de
Marienhausklinikum Saarlouis Dillingen Standort Dillingen	Werkstraße 3 66763 Dillingen	06831 708-0	www.marienhaus-klinikum-saar.de
St. Nikolaus Hospital Wallerfangen	Hospitalstraße 5 66798 Wallerfangen	06831 / 962-0	www.sankt-nikolaus-hospital.de
Caritas Krankenhaus Lebach	Heeresstraße 49 66822 Lebach	06881 / 501-0	www.caritas-krankenhaus-lebach.de

Landkreis St. Wendel

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Marienkrankehaus St. Wendel	Am Hirschberg 66606 St. Wendel	06851 / 59-01	www.mkh-wnd.de

Liste der Ambulanten Pflegedienste im Saarland

Regionalverband Saarbrücken

Name des Pflegedienstes	Anschrift	Telefon	Hompage
Ökumenische Sozialstation St. Johann e. V.	Schumannstr. 25 66111 Saarbrücken	0681 / 33734	
Aspekt sozialer Pflegedienst GmbH	Bleichstr. 27 66111 Saarbrücken	0172 / 4119191	
Ambulanter Pflegedienst der Langwied gGmbH	Bismarckstr. 23 66111 Saarbrücken	0681 / 6009256	
Haus der Parität, Ambulantes Dienstleistungszentrum	Försterstr. 39 66111 Saarbrücken	0681 / 38850	www.haus-der-paritaet.de
DMSG LV Saarland e.V.	Preußenstr. 13 66111 Saarbrücken	0681 / 379100	
Ambulanter Pflegedienst der AWO Süd-Saar	Malstatter Markt 4 66115 Saarbrücken	0681 / 709510	
Ökumenische Sozialstation Burbach-Malstatt e. V.	Fischbachstr. 93 66113 Saarbrücken	0681 / 47800	www.sozialstation-burbach-malstatt.de
Lana & Lampe Pflegedienste	Seebohmstr. 8 66115 Saarbrücken	0681 / 971616	www.lana-lampe-pflegedienst.de
Ambulanter Pflegedienst St. Jakobus Hospiz gGmbH	Eisenbahnstr. 18 66117 Saarbrücken	0681 / 927000	www.stjakobushospiz.de
Ökumenische Sozialstation Alt-Saarbrücken e. V.	Hirtenwies 42 66117 Saarbrücken	0681 / 52636	
Wohnstift am Reppertsberg	Nußbergterrasse 10 66119 Saarbrücken	0681 / 50090	www.saarbruecker-altenwohnstift.de
Delfin Pflegedienst GmbH	Heuduckstr. 61 66117 Saarbrücken	0681 / 59590610	
Saarbrücker Winterberg mobile Pflege	Winterberg 1 66119 Saarbrücken	0681 / 9631888	www.klinikum-saarbruecken.de
Egon-Reinert-Haus Saarbrücker Altenwohnstift	Königsberger Str. 43 66121 Saarbrücken	0681 / 81070	www.saarbruecker-altenwohnstift.de
TKS Ökumenische Sozialstation Saarbrücken-Dudweiler	Klosterstr. 34 b 66125 Saarbrücken-Dudweiler	06897 / 97570	
Abulanter Pflegedienst Leopolda Hofmann	Saarbrücker Str. 107 66130 Saarbrücken	0681 / 684868	
Gernot Bender, Ambulanter Pflegedienst, Private Sozialstation	Grumbachtalweg 220 66121 Saarbrücken	0681 / 814040	
Ambulante Pflege, Joachim + Sigrid Huber	Gerhardstr. 14 66126 Altenkessel	06898 / 887512	www.pflegedienst-huber.de
A. S. Seniorenservice	Gersweilerstr. 19-21 66119 Saarbrücken	0681 / 8761380	
Pflegedienst Regenbogen Rebekka Hommes	Hauptstr. 68 66127 Saarbrücken-Klarenthal	06898 / 93585-60	www.pflegedienstregenbogen-saar.de
Häuslicher Krankenpflegedienst Gabi Scheidt	Saarbrücker Str. 77 66299 Friedrichsthal	06897 / 87744	www.pflegedienst-g-scheidt.de
TKS Kirchliche Sozialstation Heusweiler gGmbH	Goethestr. 6a 66265 Heusweiler	06806 / 77422	www.tks-sb.de
TKS Ökumenische Sozialstation Halberg/Obere Saar	Saargemünder Str. 159A 66130 Gündingen	0681 / 87610755	www.tks-sb.de

TKS Ökumenische Sozialstation im Sulzbach- / Fischbachtal	Kirchstr. 22 66287 Quierschied	06897 / 65555	
Schwester Ingrid 's ambulanter Pflegedienst Ingrid Maurer-Glod	Am Schafswald 8a 66287 Quierschied	06897 / 67638	www.sw-ingrid.de
TKS Ökumenische Sozialstation Völklingen	Hausenstr. 68 66333 Völklingen	06898 / 25511	www.tks-sb.de
Gabi Kunkel, Häusliche Alten- und Krankenpflege	Haydnstr. 11 66333 Völklingen	06898 / 21293	www.pflegedienst-gabi-kunkel.de
Pflegedienst Arche Noah - Dietmar Hartmann	Leipzigerstr. 10 66359 Bous	06834 / 922772	www.pflegedienst-arche-noah.de
Häusliche Alten- und Krankenpflege Schäfer & Müller GdB	Bahnhofstr. 4-10 66352 Großrosseln	06898 / 943394	www.pflegedienst-schaefer.de
Caritas-Sozialstation Püttlingen	Völklinger Str. 197 66346 Püttlingen	06898 / 96380	www.caritas-saarbruecken.de
Johannes Brück, Pflegedienst	Kirchstr. 9 66265 Heusweiler	06806 / 440655	www.pflegedienst-brueck.de
Pflege Dunkel & Mertes GdB	Überhofer Str. 28 66346 Püttlingen	06806 / 306944	www.pflege-dunkel-und-mertes.de
Häusliche Krankenpflege Andrea König	Am Markt 3 66280 Sulzbach	06897 / 3080	
Pflegeambulanz Köllertal	Pickardstr. 8 66346 Püttlingen	06898 / 964686	
Ambulanter Pflegedienst Karin Rasel	Saarstr. 88 66265 Heusweiler-Holz	06806 / 800961	
Ambulanter Pflegedienst Haus Saarblick	Alte Schulstraße 2 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 207202	
Pflegeteam LaVie GmbH Christian Sauer und Jennifer Hoffmann	Schubertstr. 19 66333 Völklingen	06898 / 4964364	
Ambulanter Pflegedienst der Barmherzigen Brüder Rilchingen	Peter-Friedhofen-Str. 1 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 960-6000	www.bb-rilchingen.de

Saarpfalz-Kreis

Name des Pflegedienstes	Anschrift	Telefon	Homepage
Ökumenische Sozialstation Bexbach e. V.	Schillerstr. 8 66450 Bexbach	06826 / 3091	www.sozialstation-bexbach.de
Ökumenische Sozialstation St. Ingbert-Blies-Mandelbachtal e.V.	Kirchengasse 7 66386 St. Ingbert	06894 / 2534	
Ökumenische Sozialstation Homburg-Kirkel gGmbH	Richard-Wagner-Str. 102 66424 Homburg-Erbach	06841 / 61660	www.sozialstation-homburg.de
Medicus Mobiles Pflegeteam Hohenburg	Gerberstr. 18 66424 Homburg	06841 / 6920	www.pro-seniore.de
Häusliche Krankenpflege Ralph Fabing	Hauptstr. 68 66424 Homburg-Einöd	06848 / 6575	
Gisela Linnemann-Emden Ambulanter Pflegedienst	Zweibrücker Str. 5 66440 Blieskastel-Blickweiler	06842 / 946566	
Ambulanter Pflegedienst DRK-Kreisverband St. Ingbert	Reinhold-Becker-Str. 2 66386 St. Ingbert	06894 / 100211	www.kv-st-ingbert.drk.de
Ambulanter Pflegedienst, Ritter & Partner	Neuweilerweg 20 66386 St. Ingbert	06894 / 382866	
Alten- und Krankenpflegestation Susanne Wörner	Obere Rischbachstr. 13 a 66386 St. Ingbert	06894 / 382268	www.krankenpflege-woerner.de
Rohrbacher Pflegedienst Christine Bleif	Obere Kaiserstr. 238 66386 St. Ingbert	06894 / 570580	www.rohrbacher-pflegedienste.de
Krankenpflege Otto	Berliner Str. 106 66424 Homburg	06841 / 73316	
Külkens Hauskrankenpflege GmbH	Große Heide 4 66399 Mandelbachtal	06803 / 99128	www.kuelkens.de

Ambulanter Pflegedienst Stefanie Kempf-Trompeter	Pastor-Theis-Str. 23 66386 St. Ingbert	06894 / 963063	
Häusliche Krankenpflege Eva Hemmer	Taubenbergerstr. 1 66424 Homburg-Kirrburg	06848 / 730817	
Ethikum GmbH & Co. KG - Pflege und Dienst am Menschen	Marktplatz 2 66424 Homburg	06841 / 5053	

Landkreis Neunkirchen

Name des Pflegedienstes	Anschrift	Telefon	Homepage
Caritas-Sozialstation Eppelborn-Illingen	Johannestr. 14 66557 Illingen-Uchtelfangen	06825 / 3838	www.pflegedienste-saar.de
Gabi Stullgys, Ambulanter Pflegedienst	Lambertusstr. 10 66557 Illingen	06825 / 495740	
Kirchliche Sozialstation Merchweiler-Schiffweiler	Rathausstr. 1 66589 Merchweiler	06825 / 44655	www.kirchliche-sozialstation-merchweiler-
Susanne Beyer und G. Barth GdR, Ambulante Alten- und Krankenpflege	Gerberstr. 2 66557 Illingen	06825 / 496529	
Kirchliche Sozialstation Neunkirchen-Spiesen-Elversberg	Steinwaldstr. 119 66538 Neunkirchen	06821 / 920100	www.sozialstation-neunkirchen.de
Häusliche Krankenpflege Alt und Pulch	Europaplatz 4 66571 Eppelborn	06881 / 87538	
Rainer Marquardt Pflegedienst, PDM	Rohrbacher Str. 23 66583 Spiesen-Elversberg	06821 / 70929	www.pdm-marquardt.de
Birgit Ecker, Humanitas	Storchenplatz 9 66538 Neunkirchen	06821 / 14512	www.humanitas-gmbh.de
Margit Lieblang, Ambulanter Pflegedienst	Goethestr. 12 66538 Neunkirchen	06821 / 17070	
Pflegedienst Ostertal, Ralf Fries	Wiesenstr. 8 66564 Ottweiler	06858 / 60284	
Ambulante Pflege an dem Krankenhaus Neunkirchen gGmbH	Brunnenstr. 20 66538 Neunkirchen	06821 / 182926	www.krh-nk.de
Pflegeteam Stephanie	Hackenberger Trift 13 66583 Spielsen-Elverberg		
Ambulanter Pflegedienst Sandra Scholler	Allenfeldstr. 3 66589 Merchweiler	0177 / 800828	www.pflegedienst-scholler.de
Ambulanter Pflegedienst Manuela Kirsch	Grubenstr. 82 66540 Neunkirchen	06821 / 7496902	www.pflegedienst-kirsch.com
Hilfe zu Hause	Wilhelm-Heinrich-Str. 39 66564 Ottweiler	06824 / 3023276	www.schwesternverband.net
Ambulanter Pflegedienst PLUS Tatjana Zenk und Martina Gathen GbR	Bahnhofstr. 1 66589 Merchweiler-	06825 / 989 93 42	

Landkreis Merzig-Wadern

Name des Pflegedienstes	Anschrift	Telefon	Homepage
Caritas-Sozialstation Merzig-Mettlach-Perl	Poststr. 71 66663 Merzig	06861 / 76076	www.rcvmerzig.caritas.de
Caritas-Sozialstation Hochwald	Merziger Str. 34 66679 Losheim am See	06872 / 504562	www.rcvmerzig.caritas.de
Häusliche Krankenpflege Untere Saar Marianne Schaaf GdbR	Am Eulenwäldchen 21 66663 Merzig	06861 / 79456	www.pflegedienst-schaaf.de

Ambulanter Pflegedienst Saarschleife	Luxemburger Str. 51 66663 Merzig	06861 / 780001	www.pflegedienst-saarschleife.de
AmBEG Martin Heck	Krippwiesstr. 12 66687 Wadern	06871 / 5557	
Heike Marschal Ambulanter Pflegedienst	Haferweg 6 66701 Beckingen	06835 / 93322	
Losheimer Pflegedienst Schmitz-Sauer	Zum Stausee 15 66679 Losheim am See	06872 / 88123	www.losheimerpflegedienst.de
Viva Mobiler Pflegedienst Kirchner und Klein, Jutta Klein	Pfarrer-Gierend-Str. 18 66701 Beckingen-Düppenweiler	06832 / 1568	
Häusliche Krankenpflege Dagmer Kasel	Schankstr. 23 66663 Merzig	06861 / 74043	www.pflegedienst-dagmarkasel.de
Ambulanter Pflegedienst der Seniorenresidenz Saarschleife	Alfred-Becker-Str. 1 66693 Mettlach-Orscholz	06865 / 178100	www.srs-saar.de
Sylvia De Fazio und Roberto De Fazio Ambulanter Pflegedienst	Bahnhofstr. 42 66706 Perl	06867 / 397475	www.pflegedienst-hilfezuhause.de

Landkreis Saarlouis

Name des Pflegedienstes	Anschrift	Telefon	Homepage
Kirchliche Sozialstation Saarlouis-Saarwellingen e.V.	Donatusstr. 36 66740 Saarlouis-Roden	06831 / 91950	www.sozialstation-saarlouis.de
Caritas Sozialstation für die Region Saar-Hochwald e.V.	Bachtalstr. 153 66773 Schwalbach-Hülzweiler	06831 / 958690	www.caritas-saarlouis.de
Caritas-Sozialstation Dillingen-Nalbach e. V.	Dr.-Prior-Str. 3 66763 Dillingen	06831 / 702010	www.caritas-saarlouis.de
Caritas-Sozialstation Wadgassen-Überherrn	Provinzialstr. 10 66787 Wadgassen	06834 / 943495	www.caritas-saarlouis.de
Peter Jungmann, Häuslicher Pflegedienst	Odilienplatz 3 66763 Dillingen	06831 / 703735	www.pflege-jungmann.de
Ambulanter Pflegedienst "Helfende Hände" GmbH Wanda Theis	Wallerfangerstr. 150 66740 Saarlouis	06831 / 6431723	
Ralf Langenfeld, Häusliche Pflege "Privat" GmbH	Hauptstr. 179 66773 Schwalbach	06834 / 952193	www.pflegedienst-saar.de
Hauskrankenpflege Marion Büttner	Nalbacher Str. 141 66763 Dillingen	06831 / 72800	
Pflegestern Zitt GmbH & Co. KG Amb. Alten-, Kranken- und Kinderpflege	Rosenthalstr. 6 66740 Saarlouis-Lisdorf	06831 / 1313	www.pflegestern.de
Häuslicher Pflegedienst "Liebevoller Betreuung" Heike Wenzel	Schulstr. 42 66740 Saarlouis	06831 / 988544	www.liebevollbetreuung.de
Pflege-Stern, D. Winter-Westphal	Differterstr. 16 66802 Überherrn	06836 / 919040	www.pflegestern-winter-westphal.de
Gabriele Zangerle, Kranken-Alten- und Behindertenpflege	Wallerfanger Str. 67a 66780 RehlingenSiersburg	06835 / 4264	
Ambulanter Dienst Pflgeteam Fahrenholz & Meyer	Dechand-Held-Str. 55 66780 Siersburg	06835 / 601650	
Ambulante Kranken-, Alten- und Behindertenpflege Ulrike Janetschek	Beckinger Str. 7 66763 Dillingen	06831 / 703535	
Caritas-Sozialstation Lebach-Schmelz	Pfarrgasse 9 66822 Lebach	06881 / 4839	www.caritas-saarlouis.de
Ambulante Pflege P. Donie	Schwarzenholzer Str. 38 66793 Saarwellingen	06838 / 92020	
Medicus Pflgeteam GmbH Ambulanter Dienst Saarlouis	Bahnhofsallee 5-7 66740 Saarlouis		
ReSie GmbH, Jennefer Bressin	Etzeltweg 1 66780 Rehlingen-Siersburg	06835 / 3574	
Margreth Knobe, Häusliche Krankenpflege	Zum Hangenberg 5 66822 Lebach	06881 / 52543	www.margret-knobe.de

Toni Thewes, "Ihr Pflegeteam"	Hirtenberg 14 66822 Lebach	06881 / 962181	www.pflegeteam-thewes.de
Pflege zu Haus SHB GmbH, Verena Schober	Weinheckstr. 48 66822 Lebach	06881 / 52772	
Sonja und Theo Müller, Häuslicher Pflegedienst	Saarweller Str. 58 66822 Lebach-Hoxberg	06881 / 3788	
Ambulante Pflege Stefana, Andrea Altmeier-Paulus	Saarbrücker Str. 2 66839 Schmelz	06887 / 90210	www.stefana-schmelz.de
Vera Laux-Münz, Häusliche Alten- und Krankenpflege	Bruchstr. 53 66809 Nalbach	06838 / 84938	
Pflegedienst Magdalena Penth	Primsstr. 4 66839 Schmelz	06887 / 90130	www.pflegedienst-penth.de
Die Pflege zu Hause Irma und Anton Szygula	Berliner Str. 43a 66839 Schmelz	06887 / 2852	
Ambulanter Pflegedienst des DRK LV Saarland	Hüttenwerkstr. 12-14 66763 Dillingen		

Landkreis St. Wendel

Name des Pflegedienstes	Anschrift	Telefon	Homepage
Caritas-Pflegedienst Schaumberg	Römerallee 1 66636 Tholey	06853 / 961190	www.pflegedienste-saar.de
Pflegedienst Marga Sticher	Saarbrücker Str. 36 66625 Nohfelden-Türkismühle	06852 / 1563	www.pflegedienst-sticher.de
Pflegedienst Nahetal, Ingeborg Tigmann	Söterner Str. 14a 66625 Nohfelden-Gonnesweiler	06852 / 7171	
Armin Junker, Pflegedienst	Am Scheibchen 16 66620 Nonnweiler	06873 / 6156	www.pflegedienst-armin-junker.de
Cura Vita Ambulanter Krankenpflegedienst	Rotenberger Weg 6 66640 Namborn Roschberg	06857 / 776	www.curavita-helgmalter.de
delta Ambulante Krankenpflege Wild/Dausend	Talbrückstr. 2a 66629 Oberkirchen	06855 / 7173	www.delta-krankenpflege.de
Ambulanter Pflegedienst für Kinder und Erwachsene Sr. Renate Scholl	Zur Langheck 15 66636 Tholey-Überroth	06888 / 8661	
Gesellschaft für ambulante Pflegedienste mbH	Klosterstr. 1 66606 St. Wendel-Bliesen	06854 / 6366	www.marienhaus-gmbh.de
Ambulanter Pflegedienst der AWO Nord-Saar	Julius-Bettingen-Str. 5 66606 St. Wendel	06851 / 935316	
Privatpflege Elfi Bick	Saarstr. 9 66606 St. Wendel-Winterbach	06851 / 81638	
Ambulanter Pflegedienst Scholler Sandra	Zur Heckwies 26 66606 St. Wendel	06851 / 937719	www.pflegedienst-scholler.de
Helene Kraus Ambulanter Pflegedienst im Gesundheitszentrum in Urexweiler	Gesundheitszentrum Im Brüh 66646 Marpingen	06827 / 8515	
Hospital Daheim Ambulanter Dienst der Stiftung Hospital	Alter Woog 1 66606 St. Wendel	06851 / 8908-124	

Liste der Einrichtungen für behinderte Menschen im Saarland

Regionalverband Saarbrücken

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Wohnverbund Saarbrücken	Türkenstraße 23, 66111 Saarbrücken	0681 / 473056	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe zum Wohnheim Johannes von Gott	Katharinenstraße 14, 66115 Saarbrücken	06805 / 9602000	www.bb-rilchingen.de
Wohnverbund Saarbrücken	Dragonerstraße 7-9 66117 Saarbrücken	0681 / 54112	www.awo-saarland.de
Wohnheim der Lebenshilfe	Stettiner Straße 10, 66121 Saarbrücken	0681 / 98055-0	info@lebenshilfe-saarbruecken.de
Wohnheim für Behinderte	Am Staden 10 66121 Saarbrücken	0681 / 93621-0	www.reha-marketing.de
Therapeutische Wohngruppe	Gerhardstraße 19 66126 Altenkessel	06898 / 80303	www.lebenshilfe-obere-saar.de
Hanns-Joachim-Haus	Mühlenweg 5 66129 Bübingen	06805 / 2010	www.hanns-joachim-haus-jugendhilfe.de
Außenwohngruppe Hanns-Joachim-Haus	Steinbruchweg 12 und 14 66129 Saarbrücken-Bübingen	06805 / 2010	www.hanns-joachim-haus-jugendhilfe.de
Sozialtherapie Talmühle Bischmisheim	Talmühle 66132 Saarbrücken	06893 / 8007-91	
Trainingswohngruppe "Peter-Friedhofen-Haus"	Peter-Friedhofen-Straße 1 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9602000	www.bb-rilchingen.de
Außenwohngruppe "St. Josef"	Bahnhofstraße 90 66271 Bad Rilchingen-Hanweiler	06805 / 9602000	www.bb-rilchingen.de
Wohnheim "St. Kamillus"	Peter-Friedhofen-Straße 1 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9601470	www.bb-rilchingen.de
Außenwohngruppe	Vogelsbach 6 66271 Bad Rilchingen-Hanweiler	06805 / 960-0	www.bb-rilchingen.de
Wohnheim "St. Elisabeth"	Konrad-Adenauer-Straße 29a 66271 Bad Rilchingen-Hanweiler	06805 / 9602000(0)	www.bb-rilchingen.de
Außenwohngruppe	Bliesransbacher Straße 7 66271 Bad Rilchingen-Hanweiler	06805 / 960-1470	www.bb-rilchingen.de
Außenwohngruppe	Bleisstraße 2a 66271 Bad Rilchingen-Hanweiler	06805 / 960-2000	www.bb-rilchingen.de
Außenwohngruppe	Saarbrücker Straße 34 66271 Bad Rilchingen-	06805 / 960-1470	www.bb-rilchingen.de
Wohngruppe "Rexrothhöhe"	Waldstraße 30 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9274-0	www.lebenshilfe-obere-saar.de
Außenwohngruppe	Waldstraße 30 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9274-0	www.lebenshilfe-obere-saar.de
Außenwohngruppe	Kuchlinger Straße 2a 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9274-0	www.lebenshilfe-obere-saar.de

Therapeutische Wohngruppe	Waldstraße 30 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9274-0	www.lebenshilfe-obere-saar.de
Intensiv-Wohngruppe	Waldstraße 30 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9274-0	www.lebenshilfe-obere-saar.de
Wohnheim Johannes von Gott	Peter-Friedhofen-Straße 1 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 9602000	www.bb-rilchingen.de
Wohnverbund Völklingen	Bergstraße 31 66333 Völklingen	06898 / 1690656	www.awo-saarland.de
Wohnverbund Völklingen	Bismarckstraße 98 66333 Völklingen	06898 / 1690656	www.awo-saarland.de
Wohnheim für behinderte Menschen	Senftener Platz 3 66346 Püttlingen	06898 / 690745	www.awo-saarland.de
Wohnheim für behinderte Menschen	Zur Bergehalde 66346 Püttlingen	06898 / 690896	www.awo-saarland.de

Saar-Pfalz-Kreis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Wohnheim für schwerstbehinderte Menschen	Gesundheitspark 10 66386 St. Ingbert	06894 / 92170	www.lebenshilfe-saarpfalz.de
Haus der Lebenshilfe	Im Schiffelland 4 66386 St. Ingbert	06894 / 92170	www.lebenshilfe-saarpfalz.de
Außenwohngruppe	Gesundheitspark 10 66386 St. Ingbert	06894 / 92170	www.lebenshilfe-saarpfalz.de
Außenwohngruppe	Bierbacher Straße 98 66424 Homburg		
Behindertenzentrum Homburg	Kettelerstraße 37 66424 Homburg	06984 / 92170	www.lebenshilfe-saarpfalz.de
Wohnstätte	Kaiserstraße 26 66424 Homburg	06894 / 172000	
Uniklinikum Homburg Fachzentrum Ebersberg	Haus 93 66424 Homburg	06841 / 16-22251	www.med-rz.uni-sb-de
Sozialpsychiatrie Facheinrichtung für Menschen mit psychischer Erkrankung	Pfarrer-Peter-Straße 6a 66440 Blieskastel	06842 / 51020	
Außenwohngruppe	Kardinal-Wendel-Straße 7 66440 Blieskastel	06842 / 51020	
Außenwohngruppe	Am Ginsterberg 19 66440 Blieskastel	06842 / 51020	
Außenwohngruppe	Pirminiusstraße 49 66440 Blieskastel	06842 / 51020	
Außenwohngruppe	Blickweiler Straße 10 66440 Blieskastel	06842 / 51020	
Haus Sonne	Neukahlenberger Hof 66440 Blieskastel	06842 / 92380	www.haussonne.de
Haus Soone Jean-Schoch-Werkgemeinschaft	66453 Gershiem-Walsheim	06843 / 9000-0	www.haussonne.de

Landkreis Neunkirchen

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Wohnheim für psy. Behinderte	Bachstraße 1 66538 Neunkirchen	06821 / 9221-33	www.asb-online.de
Außenwohngruppe	Wellesweilerstraße 46 66528 Neunkirchen	06821 / 9221-33	www.asb-online.de
Außenwohngruppe	Friedrich-Ebert-Straße 17 66538 Neunkirchen	06821 / 3221-33	www.asb-online.de
Wohnstätte Weierswies I	Weierswies 11a 66538 Neunkirchen	06821 / 9811-0	www.lebenshilfe-werk.de
Außenwohngruppe	Schloßstraße 37 66538 Neunkirchen	06821 / 9811-0	www.lebenshilfe-werk.de
Therapeutische Wohngruppe	Schloßstraße 37 66538 Neunkirchen	06821 / 9811-0	www.lebenshilfe-werk.de
Wohnstätte Weierswies II	Weierswies14 66538 Neunkirchen	06821 / 9811-0	www.lebenshilfe-werk.de
Wohnheim reha gmbh im Sinnertal	Sinnertalerweg 9-11 66538 Neunkirchen	06821 / 99981-0	www.reha-marketing.de
Wohnheim für schwerstmehrfach-behinderte Menschen	Bildstocker Straße 6 66538 Neunkirchen	06821 / 99981-0	www.reha-marketing.de
Wohnstätte Johanna-Ruppert-Haus	Lautenbacherstraße 8 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Wohnstätte	Biedersbergweg 30 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Orientierungsgruppe	Andreasstraße 3 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Außenwohngruppe	Vogelstraße 8 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Außenwohngruppe	Andreasstraße 21 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Wohntraining	Andreasstraße 5 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Wohntraining	Andreasstraße 22 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Außenwohngruppe	Mendelsohnstraße 45 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Wohntraining	Heitzengasse 55 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Außenwohngruppe	Bürgermeister-Regitz-Straße 97 66538 Neunkirchen	06821 / 7930	www.wzb.de
Häuser im Eichenwäldchen	Fürther Straße 31 66564 Ottweiler	06824 / 909-0	
Wohnstätte Johanna-Ruppert-Haus	Johann-Wichern-Straße 8 66564 Ottweiler	06824 / 9319050	www.wzb.de

Außenwohngruppe	Juchemstraße 18 66571 Eppelborn	06821 / 9221-33	www.asb-online.de
Außenwohngruppe	Prümburgstraße 8a 66571 Eppelborn	06821 / 922-33	www.asb-online.de
Haus Hubwald	Vor der Hub 66571 Eppelborn	06806 / 95132-0	
Therapeutische Wohngruppe	Am Beckerwald 25 und 27 66583 Spiesen-Elversberg	06821 / 7930	www.wzb.de
Johanna-Ruppert-Haus	Am Beckerwald 29 66583 Spiesen-Elversberg	06821 / 7930	www.wzb.de
Wohnheim "Tom-Mutters-Haus"	Gewerbepark 19-21 66583 Spiesen-Elversberg	06821 / 78937	
Wohnheim Haus Elisabeth	Alexanderstraße 16 66583 Spiesen-Elversberg	06821 / 78516	www.behindertenwerk- lebenshilfe.de

Landkreis Merzig-Wadern

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Laurentiushöhe	Haardter Weg 30 66663 Merzig	06861 / 9116-0	www.schwesternverband-saar.de
Außenwohngruppe Haus F	Haardter Weg 30 66663 Merzig	06861 / 9116-0	www.schwesternverband-saar.de
Außenwohngruppe	Im Urth 9 66663 Merzig-Schwemlingen	06861 / 9116-0	www.schwesternverband-saar.de
Außenwohngruppe "Forellenhof"	Luxemburger	06861 / 9116-0	www.schwesternverband-saar.de
Außenwohngruppe "Johanneshof"	Am Sportplatz 66663 Merzig-Schwemlingen	06861 / 9116-0	www.schwesternverband-saar.de
Heim für psychisch Kranke	Zum Ingelsborn 15 66679 Losheim-Scheiden	06872 / 92270	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Lindenweg 4 66679 Losheim-Britten	06871 / 13041	
Haus Vogelschau	Vogelschau 9-11 66679 Losheim-Britten	06872 / 5005-0	www.wohnstift-myosotis.de
Wohnheim für Behinderte	Weiskircher Straße 34 66687 Wadern-Nunkirchen	06874 / 1831-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Im Sinnespfad 14-16 66687 Wadern	06874 / 921865	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Marktplatz 19 66687 Wadern	06874 / 1831-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Gerichtsstraße 10 66687 Wadern	06874 / 1831-0	www.awo-saarland.de
Therapeutische Wohngruppe	Weiskircher Straße 34 6667 Wadern	06874 / 1831-0	www.awo-saarland.de
Bauernhof Münchweiler	Münchweiler 12 66687 Wadern-Nunkirchen	06874 / 186813-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Im Flürchen 24 66687 Wader-Nunkirchen	06874 / 182109	www.awo-saarland.de

Heim für psychisch Kranke	Saarbrücker Straße 51 66687 Wader-Nunkirchen	06874 / 18689-0	www.awo-saarland.de
Wohnheim für Behinderte "Felsenhof"	Zum Fels 24 66687 Wadern-Bardenbach	06871 / 90980	

Landkreis Saarlouis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Sonnenresidenz	Lisdorfer Straße 23-25 666740 Saarlouis	06831 / 932-0	www.awo-saarland.de
Wohnheim	Ferdinand-Heil-Straße 15 66740 Saarlouis		
Wohnheim Arche Noah	Metzer Straße 24 66740 Saarlouis	06831 / 48430	
Wohnheim Sonnenschein	Brückenstraße 20 66740 Saarlouis	06831 / 82649	
Wohnheim Morgensonne	Ferdinand-Heil-Straße 17 66740 Saarlouis	06831 / 48419	
Wohnheim Sterntaler	Höhenstraße 11 66740 Saarlouis	06831 / 891763	
Wohnheim Goldmund	Am Hang 6 66740 Saarlouis	06831 / 891390	
Wohnheim Regenbogen	Metzer Straße 26 66740 Saarlouis	06831 / 48430	
Wohnheim Villa Bethesda	Dorfstraße 30 66740 Saarlouis	06831 / 5013654	
Wohnheim für Behinderte	Cäcilienstraße 19 66763 Dillingen	06831 / 767-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Elisabethstraße 20 66763 Dillingen	06831 / 717-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Elisabethstraße 22 66763 Dillingen	06831 / 717-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Elisabethstraße 24 66763 Dillingen	06831 / 717-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Annastraße 18 66763 Dillingen	06831 / 717-0	www.awo-saarland.de
Außenwohngruppe	Sophienstraße 7 66763 Dillingen	06831 / 717-0	www.awo-saarland.de
Wohnverbund	Espeltsstraße 7 66763 Dillingen	06831 / 701433	www.awo-saarland.de
Wohnverbund Dillingen	Elisabethstraße 9 66763 Dillingen	06831 / 7889656	www.awo-saarland.de
Therapeutische Wohngruppe	Annastraße 18 66763 Dillingen	06831 / 717-0	www.awo-saarland.de
Wohnheim für Behinderte	Von-Haussen-Straße 8 66780 Rehlingen	06835 / 7270	
Wohnheim für Behinderte	Wallerfanger Straße 14 66780 Rehlingen	06835 / 1794	

Außenwohngruppe	Brotstraße 9 66780 Rehlingen-Fremersdorf	06861 / 9116-110	
Wohnheim Wadgassen	Wadgasser Straße 177 66787 Wadgassen	06834 / 4007810	www.awo-saarland.de
Wohnheim für geistig behinderte Menschen Sägemühle	Roderner Weg 66793 Saarwellingen	06838 / 9827-10	
Wohnhaus Wald	Bahnhofstraße 267a 66793 Saarwellingen	06838 / 9827-70	
Außenwohngruppe	Mühlenstraße 19c 66809 Nalbach	06831 / 717-0	www.awo-saarland.de
Trainingswohngruppe	Diefflerstraße 171 66809 Nalbach	06838 / 9827-70	

Landkreis St. Wendel

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Wohngruppe für psychisch Kranke	Alsfassener Straße 53a 66606 St. Wendel	06851 / 1004	www.awo-saarland.de
Haus Günter Wegmann	Urweiler Straße 33 66606 St. Wendel	06851 / 9301-0	
Therapeutische Wohngruppe	Urweiler Straße 33 66606 St. Wendel	06851 / 9301-0	
Wohnheim für geistig Behinderte "Haus Paquet"	Beethovenstraße 37 66606 St. Wendel	06851 / 9301-0	
Wohnheim für geistig Behinderte "Haus August- Ludwig und Anni Deppe"	Schmollstraße 1 66606 St. Wendel	06851 / 9301-0	
Heim für psychisch Kranke	Am Hammerberg 1 66620 Nonnweiler	06873 / 9001-0	www.awo-saarland.de
Heim für chronisch alkoholranke Männer und Frauen	Frühlingsstraße 24 66625 Nohfelden-Gonnesweiler	06852 / 80960	www.awo-saarland.de

Liste der Stationären Altenhilfeeinrichtungen im Saarland

Regionalverband Saarbrücken

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Altenzentrum Langwiedstift	Bismarckstr. 23, 66111 Saarbrücken	0681 / 60090	www.stiftung-langwied.de
Pflegeheim St. Johann	Försterstr. 37, 66111 Saarbrücken	0681 / 37061	
Johanna-Kirchner-Haus Altenkrankenheim Saarbrücken	Trifelstraße 35 66113 Saarbrücken	0681 / 99100	www.awo-saarland.de
Seniorenheim "Haus Sonnenwinkel" GmbH	Im Füllengarten 14-16, 66115 Saarbrücken	0681 / 755990	
Seniorenzentrum PROCON Winterberg	Theodor-Heuss-Str. 120 66119 Saarbrücken	0681 / 85979	www.seniorenzentrum-winterberg.de
Altenheim am Schloßberg	Am Schloßberg 7-9 66119 Saarbrücken	0681 / 9631801	www.klinikum-saarbruecken.de
Wohnstift Am Reppertsberg	Nußbergstr. 10, 66119 Saarbrücken	0681 / 5009-90	www.saarbruecker-altenwohnstift.de
Langwiedstift-Willi-Graf-Haus	Großherzog-Friedrich-Str. 89, 66111 Saarbrücken	0681 / 96990	www.stiftung-langwied.de
Egon-Reinert-Haus	Königsbergerstr. 43, 66121 Saarbrücken	0681 / 8107-0	www.saarbruecker-altenwohnstift.de
Ev. Altenheim "Am Steinhübel"	Meißenwies 16, 66121 Saarbrücken	0681 / 665030	www.kreuznacherdiakonie.de
Haus Hohenzollern	Hohenzollernstr. 43 66117 Saarbrücken	0681 / 58605-220	www.awo-saarland.de
Senioren- u. Pflegeheim Elisabeth	Am Neuhauser Weg 6 66125 Sbr.-Dudweiler	06897 / 7773-0	
Haus Sonn'Abend	Theodor-Heuss-Str. 12, 66130 Sbr.-Güdingen	0681 / 883060	www.haus-sonnabend.de
Wichernhaus	Deutschemstr. 12 66117 Saarbrücken	0681 / 9254-102	www.kreuznacherdiakonie.de
AWO-Seniorenzentrum Landhaus im Hofgarten	Im Hofgarten 2, 66131 Sbr.-Ensheim	06893 / 8023-0	www.awo-saarland.de
SeniorenHaus Bischmisheim	Lindenweg 3, 66132 Sbr.-Bischmisheim	0681 / 98901-0	www.seniorenhaus-bischmisheim.de
Seniorenhaus St. Irmina	Klosterstr. 14, 66125 Sbr.-Dudweiler	06897 / 91910-0	www.seniorenhaus-dudweiler.de
DRK Sozialzentrum	Theodor-Heuss-Str. 7-11, 66125 Sbr.-Dudweiler	06897 / 965980	
ASB Seniorenzentrum Brebach	Kurt-Schumacher-Str. 18 66130 Sbr.-Brebach	0681 / 8800450	www.asb-saarland.de
Haus Eligius Vitalis GmbH	Am Krenzelsberg 19 66115 Saarbrücken	0681 / 99272499	www.vitalis-senioen.de
CASA REHA Seniorenpflegeheim "Elisabethenhof"	Gustav-Moog-Str. 4 66121 Saarbrücken		
Brigitte-Winkler-Haus	Schillerstr. 67 66265 Heusweiler	06898 / 6905-0	www.awo-saarland.de
Alten- und Pflegeheim Haus St. Vinzenz	Peter-Friedhofen-Str. 1 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 960-0	www.bb-rilchingen.de

Caritas-Altenheimstätte St. Barbara	St. Barbarahöhe 1 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 39-0	www.st.barbarahoeh.de
Hanns-Joachim-Haus	Klosterstr. 33 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 201-0	www.hanns-joachim-haus-
Haus Saarblick	Rebenstr. 41 66271 Kleinblittersdorf	06805 / 8133	www.sbeonline.de
Seniorenzentrum Sulzbach	Auf der Schmelz 38, 66280 Sulzbach	06897 / 92150	www.awo-saarland.de
Alten- u. Pflegeheim St. Anna	St. Ingberter Str. 20, 66280 Sulzbach	06897 / 5780	www.st-anna-neuweiler.de
Haus Maria Theresia	Dahlbachweg 4, 66287 Quierschied- Fischbach	06897 / 64101	
Seniorenresidenz im Taubenfeld	Klostergasse 2, 66287 Quierschied ab	06897 / 63737	www.gesa-saar.de
Gevita Seniorenresidenz "Zur Helene"	Martin-Luther-Str. 2, 66299 Friedrichsthal	06897 / 9420	www.gevital.de
Alten- u. Pflegeheim Haus Emilie	Kirschbergstr. 20, 66333 Völklingen	06898 / 1580	www.haus-emilie.de
Altenheim St. Josef	Nordring 4, 66333 Völklingen	06898 / 2070	www.altenheim-voelklingen.de
Seniorenzentrum Ludweiler	Spessartstr. 1, 66333 Völklingen	06898 / 9400	www.awo-saarland.de
Altenheim St. Augustin	Espenstr. 1, 66346 Püttlingen	06898 / 695-0	www.st-augustin-puettingen.de
Haus im Warndt GmbH	Zum Kesselbrunnen 2, 66352 Großrosseln	06898 / 43424	
Cura med Karlsbrunn	Fröbelweg 3, 66352 Großrosseln	06809 / 99710	www.cura-med.de
Seniorenresidenz Viktoria	In der Humes 40 66346 Püttlingen	06898 / 6905-0	www.awo-saarland.de
Cura med Karlsbrunn (Apalliker)	Fröbelweg 3, 66352 Großrosseln	06809 / 99710	www.cura-med.de
AWO Seniorenzentrum St. Josef	Rathausstr. 1 66292 Riegelsberg	06806 / 9930-0	www.awo-saarland.de
Altenheim Bergfriede	Klosterweg 1, 66359 Bous	06834 / 9204-0	www.seniorenhaus-bous.de
Pflege- und Wohnheim für Schwerstmehrfachbehinderte	Martin Luther Str. 94, 66280 Sulzbach	06897 / 2910	www.awo-saarland.de
Seniorenresidenz "Im Burgwinkel"	Sprenger Str. 19, 66346 Püttlingen-	06806 / 86000	
BeneVit Pflege im Saarland GmbH Haus Heusweiler-Holz	Alleestr. 8 66265 Heusweiler-Holz		

Saar-Pfalz-Kreis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Caritas-Altenzentrum St. Barbara	St. Barbara Str. 28, 66386 St. Ingbert	06894 / 9170	www.caritas-altenzentrum-st-barbara.de
Mathildienstift St. Ingbert gGmbH	Elversbergerstr. 53, 66386 St. Ingbert	06894 / 9259-0	www.awo-saarland.de
Fidelis Haus	Karl-August-Woll-Str. 40, 66386 St. Ingbert	06894 / 9830	www.awo-saarland.de
Bruder Konrad Haus	Karl-August-Woll-Str. 40, 66386 St. Ingbert	06894/9830	www.awo-saarland.de
Seniorenheim vor den Unikliniken	Ringstr. 78, 66424 Homburg	06841 / 1452	www.seniorenheim-homburg.de
pro seniore Residenz Hohenburg	Gerberstr. 18, 66424 Homburg	06841 / 6920	www.pro-seniore.de
pro seniore Residenz Am Steinhübel	Am Steinhübel 8, 66424 Homburg	06841 / 6990	www.pro-seniore.de
Diakoniezentrum Haus Am Schloßberg	Schwesterhausstr. 9, 66424 Homburg	06841 / 9030	www.diakonissen-speyer.de
pro Seniore Residenz Erbach	Glanstr. 1, 66424 Homburg	06841 / 7080	www.pro-seniore.de
Caritas-Altenzentrum St. Josef	In den Lohgärten 6, 66440 Blieskastel	06842 / 92030	www.caritas-speyer.de
Seniorenzentrum Haus am Berg	Schloßbergstr. 60, 66440 Blieskastel	06842 / 538953	www.seniorenzentrum-haus-am-berg.de
Seniorenheim Höcherberg gGmbH	Amselstr. 1, 66450 Bexbach	06826 / 93230	www.sh-hoecherberg.de
Seniorenresidenz "Auf dem Bellem"	Zur Kurklinik 16, 66440 Blieskastel	06842 / 542408	www.seniorenresidenz-auf-dem-bellem.de
Haus im Blumengarten	Niederbexbacherstr. 60, 66450 Bexbach	06826 / 93338-0	www.awo-saarland.de
DRK Seniorenresidenz Gersheim	An der Mühle 2, 66453 Gersheim	06843 / 80050	
ASB Seniorenheim St. Andreas	St. Andreas Str. 5 66424 Homburg	06841 / 18996-10	www.asb-saarland.de
Caritas SeniorenHaus Mandelbachtal	Adenauerstr. 135a 66399 Mandelbachtal	06893 / 8022-0	www.seniorenhaus-mandelbachtal.de
ASB Seniorenzentrum Kirkel-Limbach	Kirchenstr. 11 66459 Kirkel-Limbach	06841 / 984900	www.asb-saarland.de

Landkreis Neunkirchen

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Karl-Ferdinand-Haus	Unterer Markt 2, 66538 Neunkirchen	06821 / 903-363	www.kreuznacherdiakonie.de
Caroline-Fliedner-Haus	Thomas-Mann-Str. 12, 66538 Neunkirchen	06821 / 903-565	www.kreuznacherdiakonie.de
Altenheim St. Vinzenz	Hermannstr. 10, 66538 Neunkirchen	06821 / 99979-0	www.marienhaus-gmbh.de
Alten- u. Pflegeheim "Am Berg"	Altstr. 3, 66540 Neunkirchen-	06858 / 313	
Marie-Juchacz-Haus	Marie-Juchacz-Ring 70, 66654 Ottweiler	06824 / 90040	www.awo-saarland.de
Häuser im Eichenwäldchen Haus I	Fürther Str. 31, 66564 Ottweiler	06824 / 909199	www.schwesternverband.net
Häuser im Eichenwäldchen Haus II	Fürther Str. 31, 66564 Ottweiler	06824 / 909199	www.schwesternverband.net
Haus Bliesau	Heeresstr. 31, 66564 Ottweiler	06824 / 30280	www.schwesternverband.net
Haus Hubwald	Vor der Hub, 66571 Eppelborn	06806 / 95132-0	www.schwesternverband.net
Seniorenheim "St. Josef"	Am Kloster 1, 66571 Eppelborn	06881 / 96010	www.gfa-mainz.de
Alten- und Pflegeheim St. Martin	Klosterstr. 48, 66578 Schiffweiler	06821 / 964920	www.ah-schiffweiler.de
Pflegeheim Spiesen	Neunkircher Str. 92, 66583 Spiesen-Elversberg	06821 / 97280-0	www.pflegeheimspiesen.de
Altenpflegeheim Haus Furpach	Beim Wallratsroth 25, 66538 Neunkirchen-Furpach	06821 / 9360	www.awo-saarland.de
Altenpflegeheim Elversberg	Beethovenstr. 85, 66583 Spiesen-Elversberg	06821 / 9240	www.awo-saarland.de
Seniorenzentrum Illingen	Am Dimmelsbach 5 66557 Illingen	06825 / 94276-0	www.ghg-im-asb.de
Haus Pestalozzi	Pestalozzistr. 25 66578 Heiligenwald	06821 / 964830	
Altenheim Haus Immaculata	Pastor-Erhard-Bauer-Str. 4 66589 Merchweiler	06825 / 959710	www.seniorenhaus-immaculata.de
Alten- u. Pflegeheim Elisabeth	Brunnenstr. 10 66578 Heiligenwald	06821 / 96120	www.ctt-trier.de/ahz-schiffweiler
AWO Seniorenzentrum St. Barbara	Poststr. 10, 66589 Merchweiler	06825 / 4031-0	www.awo-saarland.de

Pflegezentrum Annaheim	Im Katzentümpel 1, 66540 Wiebelskirchen	06821 / 90470-0	www.annaheim-wiebelskirchen.de
Haus am Mühlenweg	Am Mühlengarten 2 66564 Ottweiler-Fürth	06858 / 97910	www.schwesternverband.de

Landkreis Merzig-Wadern

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Altenheim von Fellenbergstift	Torstr. 28, 66663 Merzig	06861 / 705-6143	www.shg-kliniken.de
Altenwohn- u. Pflegeheim Heinrich-Albertz-Haus	Am Stadtwald 29, 66663 Merzig	06861 / 9374-0	www.awo-saarland.de
Alten- und Pflegeheim Kloster Marienau	Zum Schotzberg 1a, 66663 Merzig	06861 / 93100	www.ah-schwemlingen.de
SRS-Pflegezentrum Saarschleife	Alfred-Becker-Str. 1, 66693 Mettlach-Orscholz	06865 / 1780	www.srs-saar.de
Laurentiushöhe	Haardter Weg 30, 66663 Merzig	06861 / 91160	www.mzg-sls.schwesternverband.de
Altenheim St. Franziskus	Franziskusstr. 1, 66706 Perl-Besch	06867 / 911920	www.ah-perl-besch.de
Seniorengalerie Moselpark Perl	Auf dem Sabel 16-22, 66706 Perl	06867 / 922-0	www.seniorengalerie-moselpark.de
Altenheim St. Maria	Johannisstr. 27, 66687 Wadern	06871 / 5040	www.marienhaus-gmbh.de
Pflegeheim Haus Mühlberg GmbH	Messbachweg 3, 66687 Wadern-Krettnich	06871 / 90360	
DRK-Klinik Mettlach, Altenheim	Saaruferstr. 10, 66693 Mettlach	06864 / 880	www.drk-kliniken.de
Altenheim Oppen GmbH	Oppener Str. 46, 66701 Beckingen	06832 / 91836	
Wohnstift Myosotis 47	Saarstr. 47 66679 Losheim	06872 / 50050	www.wohnstift-myosotis.de
Alten- u. Pflegeheim Haus Weiherberg	Weiherbergstr. 56, 66679 Losheim	06872 / 9201-0	www.haus-weiherberg.de
Seniorenresidenz St. Marzellus Alten- und Pflegeeinr	Karcherstr. 3 66701 Beckingen	06835 / 50080	www.st-marzellus.de
Pflegeheim St. Sebastian	Weiskircher Str. 28, 66687 Wadern-Nunkirchen	06874 / 18190	www.ctt-trier.de/wadern-nunkirchen
AWO-Seniorenheim Rosenresidenz Beckingen	Dillinger Str. 8, 66701 Beckingen	06835 / 9595-0	www.awo-saarland.de
Senioren Pension "Zur Mühle"	Am Mühlenberg 3, 66679 Lsoheim-Waldhölzbach	06872 / 1500	www.seniorenheim-zur-muehle.de
Haus Blandine	Herrenschwamm 6, 66701 Beckingen-Düppenw.	06832 / 9214000	www.hausblandine.de
Wohnstift Myosotis 24	Saarstr. 24 66679 Losheim	06872 / 5005-0	www.wohnstift-myosotis.de
Seniorenresidenz St. Mattheis	In der Perch 3 66709 Weiskirchen	06876 / 9111	www.awo-saarland.de

Landkreis Saarlouis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
AWO Altenheim	Prälat-Subtil-Ring 3a, 66740 Saarlouis	06831 / 176-0	www.awo-saarland.de
St. Nikolaus Hospital	Hospitalstr. 5, 66798 Wallerfangen	06831 / 9620	www.sankt-nikolaus-hospital.de
Haus St. Barbara	Oberdorfstr. 27, 66780 Rehlingen	06861 / 9338-0	www.schwesternverband.net
Ev. Altenheim Luise-Deutsch-Haus	Vier-Winde-Str. 41, 66773 Schwalbach	06834 / 90905-102	www.kreuznacherdiakonie.de
Alten- u. Pflegeheim St. Franziskus	Franziskusweg 1 66763 Dillingen	06831 / 7009-0	www.altenheim-dillingen.de
Altenheim St. Antonius	Neunkircher Str. 71, 66780 Rehlingen-Niedaltdorf	06833 / 226	
Alten- u. Pflegeheim St. Augustin	Provinzialstr. 109, 66806 Ensdorf	06831 / 966890	www.altenheim-sankt-augustin.de
Haus am Talbach	Dorfstr. 6, 66839 Schmelz-Limbach	06887 / 9026-0	www.gesa-saar.de
Alten- u. Pflegeheim St. Martin	Hauptstr. 93-97, 66780 Rehlingen-Siersburg	06835 / 50030	
St. Hildegard	In den Waldwiesen 2 66787 Wadgassen-Hostenb.	06834 / 90904-0	www.altenheim-hostenbach.de
DRK-Gästehaus für Wohnen in der Pflege	Provinzialstr. 52, 66787 Wadgassen-Schaffh.	06834 / 9404-0	www.drk-kliniken-saar.de
DRK-Gästehaus für Wohnen in der Pflege	Schlesierallee 19, 66822 Lebach	06881 / 9353-0	www.drk-kliniken-saar.de
Seniorenwohnpark Stefana	Saarbrücker Str. 2, 66839 Schmelz	06887 / 902100	www.stefanagmbh.de
DRK-Gästehaus für Wohnen in der Pflege	Saarlouiser Str. 12, 66763 Dillingen	06831 / 9794-0	www.drk-kliniken-saar.de
DRK-Gästehaus für Wohnen in der Pflege	Talstr. 2, 66773 Schwalbach-Hülzweiler	06831 / 9561-0	www.drk-kliniken-saar.de
Sonnenresidenz Saarlouis	Lisdorfer Str. 23 66740 Saarlouis	06831 / 923-0	www.awo-saarland.de
Seniorenpalais Saarpark	Brückenstr. 74, 66763 Dillingen	06831 / 768200	www.senioren-palais.de
Vitarium Pflegewohnen	Rathausplatz 3 66839 Schmelz	06887 / 305799	www.vitapositas.de
Sonnenresidenz Primsmühle	Mühlenstr. 19 66809 Nalbach	06838 / 8626-0	www.awo-saarland.de
Sozialkonzept Schulze-Kathrin-Hof	Victoria Str. 22 66793 Saarwellingen	06838 / 980-0	www.pflegeheim-schulze-kathrinhof.de
Betreuungszentrum ABZ Überherrn GmbH	Am Brückenhof 1, 66802 Überherrn	06836 / 8000-0	www.abz-ueberherrn.de
AWO Seniorenhaus Am Markt	Poststr. 7 66822 Lebach	06881 / 89950	www.awo-saarland.de
Seniorenzentrum Saarlouis Bahnhofsallee	Bahnhofsallee 5-7 66740 Saarlouis	06831 / 8903-0	www.victors-residenz.com
BeneVit Pflege im Saarland GmbH Haus Bachtal	Sebastianstr. 16 b 66773 Schwalbach-Elm		

Landkreis St. Wendel

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Caritas Seniorenzentrum "Haus am See"	Zur Altenheimstätte 66625 Nohfelden 12	06852 / 9080	www.haus-am-see.de
Altenhifecentrum der Stiftung Hospital	Alter Woog 1, 66606 St. Wendel	06851 / 89080	www.stiftung-hospital.com
Residenz zur alten Mühle	Kirmesplatz 12-14, 66643 Marpingen	06855 / 9020	www.awo-saarland.de
Alten- u. Pflegeheim Haus Bostalsee	Bosbacherstr. 21 a, 66625 Nohfelden	06852 / 9021-0	www.haus-bostalsee.de
Alten- u. Pflegeheim Haus Petersberg	In der Mess 30-32, 66620 Nonnweiler-Kastel	06873 / 9007-0	www.haus-petersberg.de
Alten- u. Pflegeheim St. Hubertus	Ringwallstr. 40, 66620 Otzenhausen	06873 / 325	
KSL Seniorenheim Haus Ostertal	Frohnhofer Str. 11, 66606 St. Wendel-Werschweiler	06858 / 9000-0	www.haus-ostertal.de
Seniorenheim St. Stephanus	Rosenstr. 4, 66649 Oberthal	06854 / 9016-0	www.st-stephanus.de
Seniorenheim Tholey	Jahnstr. 2 a, 66636 Tholey	06853 / 50095-96	www.gfa-mainz.de
Seniorenheim St. Remigus	Burgstr. 32, 66629 Freisen	06855 / 92040	www.stiftung-hospital.com
Caritas SeniorenHaus Hasborn	Im Wohnpark 2 66636 Thoely-Hasborn	06853 / 97946-0	www.seniorenhaus-hasborn.de
St. Laurentius	Auf der Acht 6, 66640 Namborn	06857 / 699868	www.stifung-hospital.com

Liste der Pflegestützpunkte im Saarland

Regionalverband Saarbrücken

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Pflegestützpunkt Beratungsstelle Saarbrücken	Stengelstraße 12 66117 Saarbrücken	0681 / 506-5322	www.psp-saar.ne
Pflegestützpunkt Beratungsstelle Sulzbach	Rathaus 66280 Sulzbach	06897 / 92467-98	www.psp-saar.ne
Pflegestützpunkt Beratungsstelle Völklingen	Rathausstraße 4-6 66333 Völklingen	06898 / 135555	www.psp-saar.ne

Saar-Pfalz-Kreis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Pflegestützpunkt	Am Forum 1 66424 Homburg	06841 / 104-8076	www.psp-saar.ne

Landkreis Neunkirchen

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Pflegestützpunkt	Knappschaftsstraße 1 66538 Neunkirchen	06821 / 102674	www.psp-saar.ne

Landkreis Merzig-Wadern

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Pflegestützpunkt	Bahnhofstraße 27 66663 Merzig	06861 / 80477	www.psp-saar.ne

Landkreis Saarlouis

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Pflegestützpunkt	Choisyring 9 66740 Saarlouis	06831 / 120630	www.psp-saar.ne

Landkreis St. Wendel

Name der Einrichtung	Anschrift	Telefon	Homepage
Pflegestützpunkt	Mommstraße 27 (Gebäude J) 66606 St. Wendel	06851 / 801-5251	www.psp-saar.ne

D). XVI. Publikationen

Die nachstehenden Publikationen zum Thema Pflege und Soziales finden Sie unter <http://www.saarland.de/publikationen-soziales.htm>. Diese sind zum Teil direkt als Download vorhanden, aber auch als Printversion mit Bestellmöglichkeit.

Die Notfall-Mappe



Die Notfallmappe

<http://www.saarland.de/109790.htm>



Demographischer Wandel: Zahlen, Daten, Fakten

<http://www.saarland.de/94999.htm>



5. Landesplan: Menschen mit Behinderungen im Saarland

<http://www.saarland.de/96084.htm>



Landesseniorenplan: Teil 3

<http://www.saarland.de/97764.htm>



Familienförderung von Anfang an: Frühe Hilfen

<http://www.saarland.de/47758.htm>



Der Familienhelfer: Ratgeber für Familien im Saarland

<http://www.saarland.de/108370.htm>



Demographischer Wandel: Generationen Gemeinsam

<http://www.saarland.de/95124.htm>



Aktionsplan der Landesregierung in leichter Sprache

<http://www.saarland.de/96252.htm>



Infoschrift zum Einstieg oder Wiedereinstieg in den Pflegeberuf

<http://www.saarland.de/118074.htm>



Bewusst älter werden – Bewusst älter sein Ratgeber von Fritz Beske

<http://www.saarland.de/109967.htm>



Mitwirkungsrechte in Heimeangelegenheiten Mitwirken heißt mitgestalten

<http://www.saarland.de/109353.htm>



Arzneimittel – aber sicher

<http://www.saarland.de/116287.htm>



Das Saarland lebt gesund!

<http://www.saarland.de/93953.htm>



Impfen – Das Schutzprogramm für die ganze Familie

<http://www.saarland.de/96777.htm>



Sicherheit für ältere Menschen im Saarland

<http://www.saarland.de/124474.htm>



Wohnen in den eigenen vier Wänden

<http://www.saarland.de/121457.htm>

Herausforderung Demenz im Krankenhaus

Ergebnisse und Lösungsvorschläge
aus dem Projekt Dem-I-K.

Dr. Sabine Klöpper-Peters



Ministerium für
Gesundheit

SAARLAND
Gleichheit durch Vielfalt

Herausforderung Demenz im Krankenhaus

<http://www.saarland.de/120294.htm>



INTELLIGENT LEBEN –
TECHNISCHE HILFEN IM ALLTAG

SAARLAND
VAK
Verein für
Arbeitskranke

Ministerium für
Gesundheit
SAARLAND
Gleichheit durch Vielfalt

Intelligent Leben – Technische Hilfen im Alltag

<http://www.saarland.de/125358.htm>

Information, Hilfe und Beratung

Das Leitungsamt des Landesamt für Soziales



Landesamt für
Soziales

SAARLAND
Gleichheit durch Vielfalt

Informationen, Hilfe und Beratung

<http://www.saarland.de/114558.htm>

Behindert - was nun?

Diese Broschüre informiert Sie über Rechte und
Nachteilsausgleiche – von A wie Antragstellung
bis Z wie Zusatzurlaub für Schwerbehinderte.



Behindert – was tun?

<http://www.saarland.de/119634.htm>

Medizinisch-
Pädagogischer
Dienst (MPD)
Ein Angebot des Landesamtes für Soziales



Landesamt für
Soziales
Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Physische und Familie
SAARLAND

Medizinisch-Pädagogischer Dienst (MPD)

<http://www.saarland.de/116634.htm>

Erster Armuts- und Reichtums-
bericht für das Saarland

Kompakte Fassung



Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Physische und Familie

SAARLAND
Landesamt für Soziales

Erster Armuts- und Reichtumsbericht für das Saarland

<http://www.saarland.de/134028.htm>

„Saarland inklusiv – unser Land für
Alle“ – Teilhabe gemeinsam gestalten

100 Prozent für alle Jahrgangskohorten und inklusive Teilhabestützpunkte



Ministerium für
Soziales, Gesundheit,
Physische und Familie

SAARLAND
Landesamt für Soziales

“Saarland inklusiv – unser Land für alle“ – Teilhabe gemeinsam gestalten

<http://www.saarland.de/132280.htm>



Der Pflegebeauftragte
SAARLAND



Geschäftsstelle des Pflegebeauftragten
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie
Dienstgebäude
Ursulinenstraße 8-16
66111 Saarbrücken
www.soziales.saarland.de

www.saarland.de
[f/saarland.de](https://www.facebook.com/saarland.de)
[t/saarland_de](https://twitter.com/saarland_de)

Saarbrücken 2017

Der Pflegebeauftragte

SAARLAND

