



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland

Abschlussbericht

Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland

Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Das Kompetenzteam:

Werner Göpfert-Divivier, iSPO-Institut Saarbrücken

Ursula Mybes, Büro Mybes, Köln

Prof. Dr. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und
Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel



Büro Ursula Mybes
Grundlagenarbeit, Beratung
und Fortbildung für die Praxis
der Altenhilfe, Köln
info@buero-mybes.de



Prof. Dr. Gerhard Igl
Institut für Sozialrecht
und Sozialpolitik
in Europa, Kiel
office@instsozialaw.uni-kiel.de

KOMPETENZTEAM „ENTBÜROKRATISIERUNGSPOTENZIALE“

Inhaltsverzeichnis	Seite
Zusammenfassung	1
1	
Das Projekt zur Identifikation von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)	32
1.1 Auftrag des BMFSFJ und Vorgehensweise	33
1.2 Ausgangssituation und Ergebniserwartung	35
1.3 Die Referenzheime des Projektes	36
2	
Begriff und Geschichte der Entbürokratisierung (Dirk Groß)	40
2.1 Vorbemerkung	41
2.2 Bürokratische Herrschaft nach Max Weber	41
2.3 Entbürokratisierung und Bürokratiekritik	44
2.3.1 Abgrenzung des Begriffs	44
2.3.2 Phasen der Entbürokratisierungsdiskussion in Deutschland	45
2.3.2.1 Die Phase der „Aktiven Politik“ und Planung (1966-1977)	46
2.3.2.2 Die Phase der Entbürokratisierung (1978-1989)	47
2.3.2.3 Die Phase des New Public Management (1990-1998)	49
2.3.2.4 Die Phase des aktivierenden Staates (seit 1999)	51
2.4 Entbürokratisierung in der Altenhilfe	54
2.4.1 Ausgangslage	54
2.4.2 Zum Begriff der Entbürokratisierung	56
2.5 Fazit	59
Literaturverzeichnis	60
3	
Ergebnisse in den einzelnen Untersuchungsbereichen	64
3.1	
Pflegedokumentation (Angelika Mahlberg-Breuer / Ursula Mybes)	65
3.1.1 Aufgabenstellung im Untersuchungspaket Pflegedokumentation	65
3.1.2 Ablauf der Untersuchung	67
3.1.3 Art und Umfang der analysierten Pflegedokumentationen	68

3.1.3.1	Befunde	68
3.1.3.2	Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse	70
3.1.4	Überdokumentation	72
3.1.4.1	Befunde	72
3.1.4.2	Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse	79
3.1.5	Unterdokumentation	80
3.1.5.1	Befunde	81
3.1.5.2	Beurteilung	87
3.1.6	Einflussnahme der Prüfinstanzen	88
3.1.6.1	Befunde	88
3.1.6.2	Beurteilung	90
3.1.7	Ablauforganisation und Informationsbeschaffung	91
3.1.8	Bedeutung des Themas aus Sicht der projektbeteiligten Heime	91
3.1.9	Zusammenfassung und Empfehlung	93
	Anlage	95
	Literaturverzeichnis	99
3.2	Haustechnik / Hauswirtschaft (Ursula Mybes / Angelika Mahlberg-Breuer)	101
3.2.1	Haustechnik	102
3.2.1.1	Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets Haustechnik	102
3.2.1.2	Untersuchungsergebnis: Prüfungen im Fachbereich Haustechnik	104
3.2.1.3	Untersuchungsergebnis: Dokumentationspflichten	110
3.2.1.4	Untersuchungsergebnis: Bürokratiefördernde Rechtsvorschriften	112
3.2.1.5	Untersuchungsergebnis: Aufwand für Fortbildung, Schulung und Unterweisung	114
3.2.1.6	Untersuchungsergebnis: Organisation der Informationsbeschaffung	117
3.2.1.7	Zusammenfassung und Bewertung	119
	Anlage	121

3.2.2	Hauswirtschaft	122
3.2.2.1	Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets Hauswirtschaft	122
3.2.2.2	Untersuchungsergebnis: Prüfungen im Fachbereich Hauswirtschaft	122
3.2.2.3	Untersuchungsergebnis: Dokumentationspflichten	128
3.2.2.4	Untersuchungsergebnis: Bürokratiefördernde Rechtsvorschriften	130
3.2.2.5	Untersuchungsergebnis: Aufwand für Fortbildung, Schulung und Unterweisung	132
3.2.2.6	Untersuchungsergebnis: Organisation der Informationsbeschaffung	133
3.2.2.7	Zusammenfassung und Bewertung	135
	Anlage	137
	Literaturverzeichnis	139
3.3	Personal (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)	141
3.3.1	Zusammenfassung	142
3.3.2	Ablauf der Untersuchung im Untersuchungspaket Personal	145
3.3.3	Ergebnisse	147
3.3.3.1	Organisation der Personalverwaltung und Lohnbuchhaltung	147
3.3.3.2	Tarifbindung	151
3.3.3.3	Befristungen./Kündigungen	152
3.3.3.4	Betriebliche Mitbestimmung	155
3.3.3.5	Personalbezogene Aspekte bei externen Prüfungen	157
3.3.3.6	Arbeitsschutz	159
3.3.3.7	Umgang mit Personal im Wartestand	161
3.3.3.8	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV)	163
3.3.3.9	Fachkraftquote./Fachkräfte	164
3.3.3.10	Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen	166
3.3.3.11	Einsatz von besonderen Personalgruppen und Zusammenarbeit mit den entsprechenden externen Stellen	170
3.3.3.12	Umgang mit externen personalbezogenen Anfragen	175

3.4	Bewohner/-innen und Pflege (Angelika Mahlberg-Breuer / Ursula Mybes)	179
3.4.1	Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets	180
3.4.2	Ausgeprägt bürokratiebelastete Aufgaben	181
3.4.2.1	Schadensmeldungen an Krankenkassen	181
3.4.2.2	Handhabung der Praxisgebühr	189
3.4.2.3	Widersprüche bei Ablehnung von bei der Krankenkasse beantragten Hilfsmitteln	200
3.4.2.4	Umsetzung von Medizinproduktegesetz und Medizinprodukte-Betreiberverordnung	211
3.4.2.5	Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung	220
3.4.3	Geringer bürokratiebelastete Aufgaben	231
3.4.3.1	Zusammenarbeit mit Ärzten / Ärztinnen	231
3.4.3.2	Zusammenarbeit mit Krankenhäusern	232
3.4.3.3	Zusammenarbeit mit Apotheken	233
3.4.3.4	Zusammenarbeit mit Krankenkassen	233
3.4.3.5	Zusammenarbeit mit Pflegekassen	234
3.4.3.6	Zusammenarbeit mit Behörden	234
3.4.3.7	Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betreuern / Betreuerinnen	235
3.4.3.8	Ein- und Auszug von Bewohnern /.Bewohnerinnen	235
3.4.3.9	Weitere Aufgaben	236
3.4.4	Zusammenfassung und Bewertung	236
	Anlage	238
	Literaturverzeichnis	248
3.5	Prüfverfahren (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)	250
3.5.1	Zusammenfassung	251
3.5.2	Durchführung der Arbeiten im Untersuchungspaket Prüfverfahren	252
3.5.3	Annahmen vor den Erhebungen	254
3.5.4	Prüfungen der Heimaufsicht und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)	254
3.5.4.1	Rechtsgrundlagen	254
3.5.4.2	Mehrfachkontrollen und fehlende Abstimmung zwischen Heimaufsicht und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung	255

3.5.4.3	Bürokratie bei Ankündigung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Heimaufsichts- und MDK-Kontrollen	257
3.5.4.4	Bezug zu den Entbürokratisierungsvorschlägen aus juristischer Sicht	261
3.5.5	Prüfungen nach der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) und dem Medizinproduktegesetz (MPG)	262
3.5.5.1	Rechtsgrundlagen	262
3.5.5.2	Aufgaben der Betreiber von Medizinprodukten	262
3.5.5.3	Praxis der Einrichtungen und Überwachungsbehörden zur Umsetzung von MPG und MPBetreibV	263
3.5.5.4	Der (bürokratische) Aufwand der Heime	264
3.5.5.5	Bezug zu den Ergebnissen der rechtlichen Beurteilung	265
3.5.6	Behördliche Lebensmittelhygienekontrollen nach dem Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB), dem Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) und der Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV)	265
3.5.6.1	Rechtsgrundlagen	265
3.5.6.2	Aufgaben der Lebensmittel herstellenden, verarbeitenden und in Verkehr bringenden Betriebe	266
3.5.6.3	Praxis der Einrichtungen und Überwachungsbehörden zur Umsetzung der Rechtsvorschriften	266
3.5.6.4	Der (bürokratische) Aufwand der Heime	268
3.5.6.5	Bezug zu den Ergebnissen der rechtlichen Beurteilung	269
	Literaturverzeichnis	270
3.6	Bauen/Bauvorhaben (Ursula Mybes)	272
3.6.1	Vorbemerkungen	273
3.6.2	Ergebnisse	273
3.6.3	Fazit	278
	Anlage	285
4	Entbürokratisierungspotenziale in Rechtsvorschriften - Gesetze und Verordnungen (Prof. Dr. Gerhard Igl)	287

4.1	Vorgehensweise	288
4.1.1	Stand der Diskussion und Befassung mit Entbürokratisierungspotenzialen in der Pflege	288
4.1.2	Der Gutachtenauftrag: Drei Ebenen für Entbürokratisierungspotenziale	289
4.1.3	Methodik der Vorgehensweise auf der Ebene staatlicher Regulierungstätigkeit	290
4.1.4	Behandelte Rechtsgebiete: Heimrecht - Sozialleistungsrecht - Ordnungsrecht	290
4.1.5	Zwecke und Logiken des Ordnungsrechts und des Sozialleistungsrechts	292
	Literaturverzeichnis	295
4.2	Ordnungsrecht (Prof. Dr. Gerhard Igl / Silke Hammdorf)	297
4.2.1	Allgemeine Einschätzung zu den Entbürokratisierungs- potenzialen im Ordnungsrecht	298
4.2.2	Zusammengefasste Einschätzungen zu den einzelnen ordnungsrechtlichen Bereichen	299
4.2.2.1	Brandschutz	299
4.2.2.2	Arbeitsschutz	300
4.2.2.3	Medizinprodukte	300
4.2.2.4	Hygieneanforderungen	301
4.2.3	Brandschutz	302
4.2.4	Arbeitsschutz	339
4.2.4.1	Überwachung der Arbeitsmittel	339
4.2.4.2	Schutz der Beschäftigten am Arbeitsplatz	345
4.2.5	Medizinproduktegesetz	351
4.2.6	Hygieneanforderungen	357
4.2.6.1	Infektionsschutz	357
4.2.6.2	Hygieneanforderungen / Infektionsschutz im Heimgesetz	362
4.2.6.3	Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Artikel 1 der Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung)	365
4.2.6.4	Lebensmittelrechtliche Überwachung	375
4.2.6.5	Gesundheitsdienstgesetze	388

	Literaturverzeichnis	392
4.3	Heimgesetz (Prof. Dr. Gerhard Igl)	394
4.3.1	Entbürokratisierung im Heimgesetz: Wie kann dem Verbraucherschutz unbürokratisch Rechnung getragen werden?	395
4.3.2	Zusammengefasste Einschätzungen zu den heimrechtlichen Vorschriften	398
4.3.3	Betreutes Wohnen - neue Wohnformen	405
4.3.4	Anzeigepflicht	407
4.3.5	Gestaltung des Heimvertrags	411
4.3.6	Entgelterhöhung	416
4.3.7	Beendigung des Heimvertrags	420
4.3.8	Mitwirkung der Heimbewohnerinnen und -bewohner	424
4.3.9	Überwachung der Einrichtungen - Koordinierung von Heimaufsicht und MDK	431
4.3.9.1	Überwachung	431
4.3.9.2	Koordinierung	440
4.3.9.3	Problemanalyse	441
4.3.9.4	Vorschläge zur Entbürokratisierung	446
	Anlage	451
	Literaturverzeichnis	454
4.4	Sozialleistungsrecht (Prof. Dr. Gerhard Igl / Viktoria Tallich)	457
4.4.1	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI	460
4.4.1.1	Zusammenfassung	460
4.4.1.2	Handlungsempfehlungen	462
4.4.2	Untersuchungsgegenstand und Vorgehensweise	463
4.4.3	Ausgestaltung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	464
4.4.3.1	Inhalt der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	464
4.4.3.2	Unterschied zwischen Fachkraftquote nach § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI und Fachkraftquote des § 5 HeimpersonalVO	473

4.4.3.3	Personengruppen, die unter den Personenkreis mit besonderem Bedarf gefasst werden	478
4.4.3.4	Anwendung der Minderungsmöglichkeit nach § 115 Abs. 3 SGB XI	483
4.4.3.5	Unterschiede im Zusammenhang mit Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen zwischen dem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI und den LQV nach § 80a SGB XI	483
4.4.3.6	Unterschiede zwischen allgemeinen Einrichtungen und solchen mit spezifischen Versorgungsaufträgen (Spezialpflegeheime)	486
4.4.3.7	Verhältnis der Vereinbarungen zum Personalbedarf für die Behandlungspflege und hinsichtlich der sozialen Betreuung bzw. zur Gewährung des besonderen Pflegebedarfs nach § 75 Abs. 3 SGB XI in den LQV zur Möglichkeit die Pflegeklasse abweichend von der Pflegestufe nach § 84 Abs. 3 Satz 3 SGB XI festzusetzen	487
4.4.3.8	Vereinbarungen über die bedarfsgerechte personelle Ausstattung mit Personal aus nicht pflegerischen Berufsgruppen	487
4.4.3.9	Enthalten die Verträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI auf Landesebene Maßstäbe und Grundsätze für die am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung, aus denen sich die personelle Ausstattung einer Pflegeeinrichtung entsprechend dem nach § 72 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Versorgungsauftrag der Einrichtung schlüssig ableiten lässt?	488
4.4.3.10	Präventionsmethoden im Bereich der aktivierenden Pflege in den LQV	489
4.4.3.11	Was sollte zwingender Bestandteil der LQV sein?	490
4.4.4	Bewertung der LQV	490
4.4.4.1	Sind LQV sinnvoll?	490
4.4.4.2	Repräsentieren die LQV Struktur und Inhalt der Leistungen so nachvollziehbar und vollständig, dass sie als tragfähige Basis von Pflegesatzverhandlungen gelten können (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI)?	492
4.4.4.3	Gibt es Optimierungsmöglichkeiten?	493
4.4.4.4	Wie wird die Stellung der Einrichtung im Verhältnis zu den Pflegekassen bei Abschluss der Vereinbarung wahrgenommen (Über-/Unterordnungsverhältnis, Vertragspartnerschaft auf gleicher Augenhöhe)?	494
4.4.4.5	Welche Bedeutung haben die LQV für die Qualitätssicherung? Wie nützlich wäre eine Pflegeprüfverordnung?	495

4.4.4.6	Wie ist der Verwaltungsaufwand zu beurteilen? Wie steht dieser im Verhältnis zu dem damit erreichbaren Ergebnis?	496
4.4.4.7	Sollte in den LQV weiterhin nach Pflegestufen oder stattdessen wie z. T. gefordert nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit unterschieden werden?	497
4.4.4.8	Wie sind die Auswirkungen auf die Selbstverwaltung?	497
4.4.4.9	Herstellen von mehr Transparenz	497
4.4.4.10	LQV als Ausdruck der Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip	498
4.4.4.11	Individualisierung der LQV	498
4.4.4.12	Bewertung der LQV unter dem Aspekt des „Vereinbarungsprinzips“ und ob sie eine Gefahr für die Individualisierung darstellen würden	499
4.4.4.13	Beurteilung der Akzeptanz der LQV bei Pflegeheimen und Pflegekassen	499
4.4.4.14	Bewertung der vom Gesetz vorgeschriebenen und in der Gesetzesbegründung geplanten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI im Hinblick auf die LQV	499
4.4.4.15	Sind die Zielvorstellungen des Gesetzgebers - der effektive Schutz gegen illegale Praktiken zum Schaden der Pflegebedürftigen und Interessen der Pflegekräfte - erreicht worden?	500
4.4.4.16	Sind die LQV im Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Einrichtung hinreichend aussagekräftig und transparent, um als Grundlage des Pflegeheimvergleiches geeignet zu sein? Wird der Pflegeheimvergleich nach § 92a SGB XI dadurch ermöglicht bzw. verbessert?	500
4.4.4.17	Beurteilung der Relevanz der als Voraussetzung für den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeprägten Pflegestufen (§ 15 SGB XI) zur Charakterisierung der Leistungsinhalte nach § 43 SGB XI (d.h. des Ressourcenbedarfs bzw. -verbrauchs)	501
	Anlage	502
	Literaturverzeichnis	505
5	Handlungsempfehlungen	507
5.1	Handlungsempfehlungen für Gesetzgebung und Verwaltung	507
5.2	Handlungsempfehlungen für Träger und Einrichtungen	519

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vor- und Nachteile bürokratischer Organisationen	43
Abbildung 2: Phasen der Verwaltungsreform und Entbürokratisierung in der Bundesrepublik	52
Abbildung 3: Aspekte der Entbürokratisierung	59
Abbildung 4: Prüfungen durch Externe (Haustechnik)	106
Abbildung 5: Prüfungen durch Prüfinstanzen (Haustechnik)	108
Abbildung 6: Prüfungen durch Externe (Hauswirtschaft)	124
Abbildung 7: Prüfungen durch Prüfinstanzen (Hauswirtschaft)	126
Abbildung 8: Themenaspekte der Telefoninterviews im Untersuchungspaket Personal	146
Abbildung 9: Good-practice Beispiel: Urlaubsplanung	149
Abbildung 10: Good-practice Beispiel: Umgang mit schwierigen Mitarbeitenden	154
Abbildung 11: Good-practice Beispiel: Umgang der Heimleitung mit der Mitarbeitervertretung (MV)	156
Abbildung 12: Good-practice Beispiel: Der Geregelte Umgang zwischen Altenpflegeschule und Heim	167
Abbildung 13: Good-practice Beispiel: Umgang mit dem Thema „Sturz“	185
Abbildung 14: Good-practice Beispiel: Umgang mit der Praxisgebühr	194
Abbildung 15: Good-practice Beispiel: Umgang mit dem Thema „Hilfsmittelbeschaffung“	204
Abbildung 16: Good-practice Beispiel: Umgang mit der Heimmitwirkungsverordnung	223

Zusammenfassung

Auftrag des BMFSFJ¹ und Vorgehensweise (Kapitel 1)

Gemäß der Ausschreibung des BMFSFJ bestand der Auftrag darin, ein Kompetenzteam zu bilden, das sowohl in der Forschung versierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als auch in Pflege- und Organisationsberatung erfahrene Fachleute in einem multiprofessionellen Team vereint. Das Ziel bestand darin, verallgemeinerungsfähige und differenzierte Aussagen über eine mögliche Überbürokratisierung in der stationären Altenhilfe zu treffen. Im Einzelnen sollten

- überflüssige und änderungsbedürftige Vorschriften auf der Ebene des Bundes und der Länder identifiziert,
- innerorganisatorische Schwachstellen aufgedeckt,
- der Aufwand für Pflegeplanung und -dokumentation untersucht
- sowie Abstimmungsprobleme bei der Ausführung leistungs- und aufgabenrechtlicher Vorschriften der unterschiedlichen Organe offen gelegt werden.

Mit der Umsetzung des Projekts beauftragt wurde das iSPO-Institut² in Saarbrücken. Gemäß der Vorgabe des Auftraggebers hat iSPO ein multiprofessionelles Kompetenzteam zusammengestellt, das neben den Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftlern um den Institutsleiter Werner Göpfert-Divivier Ursula Mybes vom Büro Mybes³ mit ihren Mitarbeitenden sowie Prof. Dr. Gerhard Igl,⁴ Universität Kiel, mit seinen Mitarbeitenden umfasst.

Die Bearbeitung fand zielorientiert in Themenpaketen zu allen Aspekten statt, bei denen nach einschlägiger Einschätzung Entbürokratisierungspotenziale zu vermuten sind. Dazu war eine ausreichende Zahl an Referenzheimen aus allen Bundesländern erforderlich, die zu der Mitarbeit im Projekt bereit war. Als Äquivalent erhielten die Heime fachliche Rückmeldungen auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse, die sie bei ihren weiteren innerbetrieblichen Entwicklungen verwenden können.

Das Ergebnis des Projekts ist diese qualitative Studie. Sie ist nicht repräsentativ, bildet aber die vielfältige Praxis stationärer Altenhilfe in Deutschland ab und liefert den politisch und fachlich Verantwortlichen übertragbare Empfehlungen.

Ausgangssituation und Ergebniserwartung

Grundlegende Annahme im Kompetenzteam war, dass die beleuchteten Aspekte möglicher (Über-)Bürokratie als nicht gewollte Nebeneffekte bei dem Versuch entstehen, die stationäre Versorgung älterer und/oder pflegebedürftiger Menschen optimal

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

² iSPO, Saarbrücken: Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung.

³ Dipl. Haushaltswissenschaftlerin, mit den Ressourcen ihres Büros (u.a. Dipl. Pflegemanagerin, Dipl. Psychologin): Grundlagenarbeit Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe, Köln.

⁴ Dr. jur. Gerhard Igl: Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel; geschäftsführender Vorstand des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa.

zu gestalten. Es geht um Wechselwirkungen zwischen äußeren Rahmenbedingungen, internen Ausgestaltungen und Regelungen auf Verwaltungsebene (in erster Linie der Kontrollinstanzen). In diesem Prozess entstehen Effekte, die beabsichtigte positive Wirkungen relativieren bzw. überlagern und dabei häufig zu (überhöhter) Bürokratie führen.

Begriff und Geschichte der Entbürokratisierung (Kapitel 2)

In den letzten Jahren mehren sich in vielen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens in der Bundesrepublik die Klagen über ein Übermaß an Regulierung, Bürokratie und Verwaltungsaufwand. Spätestens mit dem im Juli 2003 beschlossenen Strategiekonzept „Initiative Bürokratieabbau“ der Bundesregierung ist Bürokratiekritik (wieder) in den Mittelpunkt der politischen, rechtlichen und verwaltungswissenschaftlichen Diskussion gerückt.

Bürokratische Herrschaft nach Max Weber

Die wissenschaftliche Fundierung von Bürokratie geht auf die Arbeiten von Max Weber (1864-1920) zurück, der „Bürokratie“ als soziologischen Grundbegriff prägte. Wesentliche Merkmale von Bürokratien sind demnach: (1) Ein geordnetes System von Regeln auf der Basis einer Satzung, (2) eine hierarchisch gegliederte, unpersönliche Ordnung, (3) die Abgrenzung von Kompetenzen und Zuordnung von Funktionen, Verantwortlichkeiten und Befugnissen, (4) die Auslese der Funktionsträger nach formalen Qualifikationen, (5) das schriftliche Erfassen und Dokumentieren aller Vorgänge sowie (6) die Konzentration von Herrschaft durch Wissen.

Als Vorteil einer bürokratischen Organisation wird allgemein vor allem ihre Objektivität, Stetigkeit, Berechenbarkeit, Planbarkeit und Zuverlässigkeit angesehen. Umgekehrt besteht dagegen die Gefahr, dass Bürokratie zum Selbstzweck wird, indem sie ihre interne Organisation gegenüber den eigentlichen Zielen in den Vordergrund stellt (Bürokratismus).

Entbürokratisierung und Bürokratiekritik

Im Zusammenhang mit Entbürokratisierung müssen weitere Begriffe näher betrachtet werden. Dies sind vor allem die *Deregulierung*, also die Lockerung oder völlige Aufhebung *rechtlicher* Regelungen, die Verschiebung von Tätigkeiten oder Leistungen vom öffentlichen in den privaten Sektor (*Privatisierung*) und die *Dezentralisierung*, also die Delegation von Kompetenzen an eine selbstständige Einheit innerhalb einer Organisation.

Will man die „Karriere“ des Begriffes der Entbürokratisierung angemessen darstellen und verstehen, muss man ihn in die allgemeine innenpolitische Entwicklung der Bundesrepublik seit Ende der 1960er Jahre einordnen:

Die Phase der aktiven Politik

Im Verlaufe der 1960er Jahre kam auf Bundesebene ein verwaltungspolitischer Diskurs in Gang, in dem die Vorstellung vom expansiven Wohlfahrts- und Interventionsstaat bestimmend war. Verbunden wurde dies mit der Forderung einer umfassenden Modernisierung der Regierungs- und Verwaltungsstrukturen. Diese Periode wurde vor

allem durch vier große Reformvorhaben geprägt: die Finanzreform, die Reform der Ministerialverwaltung, die Reform des öffentlichen Dienstrechts und die Gebietsreform. Diese Phase gilt bis heute als die intensivste Verwaltungsreformbewegung in der Bundesrepublik und stellt gleichzeitig den Ausgangspunkt dar für die „Karriere“ des Begriffs der Entbürokratisierung, wie wir ihn heute diskutieren.

Die Phase der Entbürokratisierung

Mitte der 1970er Jahre kam es in Deutschland zu einem grundlegenden Wandel in der Betrachtung des Regierungs- und Verwaltungsapparates. Generell, so lautete die Kritik, habe sich der Staat zuviel zugemutet. Nicht nur, dass er zu viel Geld ausbebe, seine wichtigsten Handlungsinstrumente - also Recht und Verwaltung - seien zu komplex geworden. Kritisiert wurde darüber hinaus die „Gängelung des Bürgers“ durch die stark ausgebaute Bürokratie des Wohlfahrtsstaates. Sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene wurden von verschiedenen Kommissionen Vorschläge für Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen erarbeitet und zudem einige Anstrengungen zur Verbesserung des Verhältnisses von Bürgern und Verwaltung unternommen.

Die Phase des New Public Management

Im Laufe der Regierungszeit von Kanzler Helmut Kohl wandte man sich verstärkt dem international dominierenden Modernisierungsdiskurs unter dem Stichwort „New Public Management“ zu. Dies beinhaltete eine verstärkte Schwerpunktsetzung auf Maßnahmen im Bereich der *Privatisierung*, u.a. diejenigen der Deutschen Bundesbahn, der Unternehmen der Deutschen Bundespost sowie der Flugsicherung. Auf kommunaler Ebene lag der Schwerpunkt der Reformbemühungen auf der *Binnenmodernisierung*. Dort wurden Maßnahmen im Sinne des Neuen Steuerungsmodells (NSM) - der deutschen Variante des New Public Management - eingeführt. Ziel des NSM war der Aufbau einer unternehmensähnlichen dezentralen Führungs- und Organisationsstruktur.

Die Phase des aktivierenden Staates

Seit Ende der 1990er Jahre werden die Unzulänglichkeiten des öffentlichen Sektors, politische Ziele umzusetzen und gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen, nicht mehr nur dem Staat oder der Bürokratie zugewiesen sondern auch der Gesellschaft insgesamt. Zu nennen ist etwa der Einbau von Elementen stärkerer Selbstverantwortung in den Sozialversicherungszweigen (z.B. im Bereich Pflegeversicherung) sowie die Versuche, bürgerschaftliches Engagement (wieder) stärker zu fördern.

Entbürokratisierung in der Altenhilfe

Die aktuellen Bemühungen um Entbürokratisierung in der Altenhilfe haben ihren Ursprung im seit 1999 laufenden Regierungsprogramm „Moderner Staat - Moderne Verwaltung“ mit den Schwerpunkten E-Government, modernes Verwaltungsmanagement und Bürokratieabbau. Im Rahmen der „Initiative Bürokratieabbau“ wurde auch ein Projekt zur „Entbürokratisierung in der Altenhilfe“ geschaffen. Entbürokratisierung in der Altenhilfe manifestierte sich u.a. im so genannten „Runden Tisch Pflege“, einer gemeinsamen Initiative der Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung

(BMGS) und Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Von vier Arbeitsgruppen beschäftigte sich eine explizit mit der Thematik „Entbürokratisierung“.

Die Bemühungen um Entbürokratisierung in der Altenhilfe legen den Schwerpunkt auf die *Praxis der Entbürokratisierung*. Es geht um das Aufspüren von Entbürokratisierungspotenzialen sowie um das Erarbeiten von praktischen Empfehlungen und weniger um eine explizite Begriffsbildung bzw. theoretische Aufarbeitung.

Das „Kompetenzteam zur Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ hat daher im Rahmen seines Auftrages auch eine Aufarbeitung des Begriffes der Entbürokratisierung vorgenommen. Wir gehen dabei - aufbauend auf den oben skizzierten Entwicklungen - von einem Verständnis der *Entbürokratisierung als Oberbegriff* aus. Demnach ist Entbürokratisierung in der Altenhilfe als *Sammelbegriff* zu verstehen für die Bemühungen zur Beseitigung kontraproduktiver bzw. der Vereinfachung rechtlicher Regelungen, eine Effizienzsteigerung der am Prozess der Pflege beteiligten Organisationen sowie der Aufgabenverteilungen untereinander, eine Aufgabenentlastung des Staates sowie das Bestreben, Bürokratie zukünftig zu vermeiden.

Im Einzelnen fallen folgende Aspekte unter einen umfassenden Entbürokratisierungsbegriff:

- (1) **Deregulierung:** Abbau bzw. Vereinfachung von Gesetzen und Vorschriften, die für stationäre Einrichtungen gelten;
- (2) **Effizienzsteigerung:** Reduktion von hausgemachter Bürokratie bei allen beteiligten Organisationen (etwa durch ein funktionierendes und *selbstbestimmt gewolltes* Qualitätsmanagement);
- (3) **Schnittstellenmanagement:** Hinreichende Definition der Kompetenzen und Zuständigkeiten der am Prozess der Pflege beteiligten Institutionen;
- (4) **Prävention:** Instrumente mit dem ausdrücklichen Ziel der Vermeidung zukünftiger Bürokratie (z.B. Gesetzesfolgenabschätzung);
- (5) **Bürgerbeteiligung:** Mitwirkung der Bürger bei der Bewältigung gesellschaftlicher Aufgaben im Bereich der Altenhilfe.

Fazit

Die vorzufindenden Bemühungen um Entbürokratisierung zielen weitgehend auf die Praxisebene und die Frage, wo Entbürokratisierungspotenziale bestehen und wie Bürokratie im alltäglichen Ablauf reduziert bzw. vermieden werden kann. Publikationen, die sich begrifflich oder theoretisch mit Entbürokratisierung auseinandersetzen, fehlen derzeit weitgehend. Eine begriffliche Fundierung ist aber nötig, um Entbürokratisierungspotenziale systematischer fassen zu können. Die Ausführungen in Kapitel 2 stellen dazu einen ersten Versuch dar.

Untersuchungspaket „Pflegedokumentation“ (Kapitel 3.1)

Im Bereich der stationären Altenhilfe betrifft der Bürokratievorwurf in besonderem Maße die Pflegedokumentation. Im Unterschied zu anderen im selben Zusammen-

hang genannten Themen wurde die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation relativ früh in unterschiedlichen Initiativen in Angriff genommen. Vor diesem Hintergrund fiel die Entscheidung, die Bürokratie in der Pflegedokumentation als erstes Untersuchungspaket zu bearbeiten. Als Bürokratie verursachend können in Bezug auf die Pflegedokumentation angenommen werden

- Rechtsvorschriften
- Prüfkriterien, Empfehlungen und Auflagen der Prüfinstanzen MDK⁵ und Heimaufsicht
- die Gestaltung und Handhabung der Pflegedokumentation in den Heimen.

Die Untersuchung und der Bericht befassen sich mit dem Beitrag von Prüfinstanzen und Heimen, nicht jedoch mit der rechtlichen Situation. Sie wurde inzwischen mehrfach analysiert und die Ergebnisse sind der Fachöffentlichkeit bekannt.⁶ Danach sind die Entbürokratisierungsansätze von den gesetzlichen Rahmenbedingungen gedeckt. Allerdings muss die Handlungszuordnung im Bedarfsfall den haftungsrechtlichen Anforderungen der Gerichte standhalten. Dazu bedarf es ggf. ergänzender und nachweisbarer Maßnahmen/Dokumentation. Daher wird vielfach bezweifelt, dass tatsächlich eine Vereinfachung der Pflegedokumentation erreicht wird.

Die Ergebnisse der Analyse von 276 überwiegend auf gutem Niveau geführten Pflegedokumentationen aus 29 Heimen belegen, dass die Mehrheit der Verantwortlichen auf der Suche nach der optimalen Pflegedokumentation ist. Dafür sprechen die Vielfalt der Systeme, die Häufigkeit des Systemwechsels und der Veränderung von Teilen der Pflegedokumentation, die große Zahl der das System ergänzenden Eigenentwicklungen, Ausuferungen im Bereich der Basisformulare und die Vielzahl von Einlegeblättern. Ein zentrales Problem ist die Frage nach dem geeigneten Ansatz und Detaillierungstiefe der Pflegeplanung.

Überdokumentation, d.h. die Ermittlung und Dokumentation von Daten, die für die Pflege nicht benötigt und nicht genutzt werden, besteht in beträchtlichem Umfang. Zentrale Probleme sind der unangemessene Umfang und die mangelnde Handlungsorientierung der Pflegeplanung, umfangreiche Einzelnachweise, Doppel- und Mehrfachdokumentation sowie ungeeignete Vorgaben zur Anwendung von Skalen bzw. zur Ermittlung von Daten.

Überdokumentation bindet Zeit und frustriert die Pflegenden, die Pflegedokumentation und pflegerisches Tun als nicht zusammengehörend erleben. Sie fördert das mechanische Abarbeiten von Dokumentationspflichten, ohne die erwartete Sicherheit zu bieten.

⁵ Medizinischer Dienst der Krankenkassen

⁶ Unter anderem: Johannes Kamm: Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation. In: Weniger Bürokratie - Mehrheit für die Pflege. Effiziente Pflegedokumentation im Praxistest. Vincentz Forum Altenhilfe (Tagungsunterlagen Nürnberg 11.05.2004), S. 16 ff

Volker Großkopf, Michael Schanz: Konfliktpunkt Dokumentation - Eine rechtliche Untersuchung der Entbürokratisierungsbestrebungen. In: Rechtsdepesche 06/2004, S. 108 ff

Gleichzeitig fehlen zum Teil Daten oder sie werden nicht inhaltlich verknüpft, d.h. es besteht eine Unterdokumentation. Diese ist in den Projektheimen nicht gravierend, aber festzustellen sowohl in Bezug auf pflegerische Kernthemen wie z.B. Essen und Trinken oder Mobilität als auch in Bezug auf vorhandene, jedoch in der Pflegedokumentation nicht oder kaum abgebildete Themen wie z.B. Schmerz oder Kontrakturen. Unterdokumentation gefährdet die Qualität der Pflege.

Die Pflegedokumentation wird nicht in allen, aber in vielen Heimen in hohem Maße an bekannten oder vermuteten Erwartungen der Prüfinstanzen ausgerichtet. Aufgegriffen werden bekannte Prüfkriterien, mündliche Empfehlungen oder Berichte von Kollegen/-innen. Nicht wenige Heime befragen Heimaufsicht und/oder MDK vor einer Veränderung der Pflegedokumentation. Teilweise werden Empfehlungen umgesetzt, von denen man fachlich bedingt oder nicht überzeugt ist. Berichte über fachlich begründeten - und dann erfolgreichen - Widerstand sind selten. Die Haltung mancher Leitenden scheint zwiespältig: Man klagt über den MDK/die Heimaufsicht, befragt sie jedoch, interpretiert die Antwort als Vorgabe und delegiert so, zugespitzt formuliert, einen Teil der eigenen Verantwortung an die Prüfinstanzen.

Fachlich unangemessene Erwartungen von Prüferinnen und Prüfern wurden nur in sehr geringer Zahl festgestellt. Fehlerhafte Prüfberichte, widersprüchliche Erwartungen von MDK und Heimaufsicht oder andere belastende Vorgehensweisen von Prüferinnen und Prüfern wurden nicht oder nur sehr vereinzelt benannt.

Die Ansprechpartner/-innen in den Heimen wirkten an der Untersuchung engagiert mit und ihr Interesse am Thema belegt den in den Heimen bestehenden Veränderungsdruck und Informationsbedarf. Sie räumen jedoch mehrheitlich dem Thema Pflegedokumentation im Rahmen der Entbürokratisierungsdebatte einen eher geringen Stellenwert ein.

Überdokumentation

Überdokumentation ist in beträchtlichem Umfang belegt. Die Untersuchungsergebnisse stammen aus Heimen, in denen - nicht durchgängig, aber vielfach - schon einiges getan wurde, um die Pflegedokumentation fachgerecht und handhabbar zu gestalten. Die Untersuchenden haben im Rahmen von Qualitätsprüfungen in den letzten ca. drei Jahren annähernd 500 Pflegedokumentationen begutachtet. Im Vergleich mit diesen sind in knapp zwei Dritteln der projektbeteiligten Heime die Pflegedokumentationen von deutlich höherer, in fast der Hälfte von guter bis hervorragender Qualität. Doch in allen wird - in unterschiedlichem Maße - überdokumentiert.

Die Analyse von Art und Ausmaß der Überdokumentation belegt, dass die aktuellen Bemühungen um eine entbürokratisierte Pflegedokumentation zu Recht drei Themen in den Mittelpunkt rücken:

- 1 die Pflegeplanung mit handlungsleitendem Charakter, idealerweise verbunden mit einer Tagesablaufplanung⁷
- 2 die Pflegeplanung mit überschaubarer Gliederungstiefe und Seitenzahl, so dass sie gelesen und verstanden werden kann.
- 3 die Abzeichnung von Leistungskomplexen an Stelle des Führens umfangreicher Einzelnachweise.

Die detailliert untersuchten Aspekte der Erfassung und Dokumentation von Daten, die nicht gebraucht werden (nicht bei diesem/dieser Bewohner/-in, nicht zu diesem Zeitpunkt, grundsätzlich nicht) und mit denen nicht gearbeitet wird sowie der Doppel- und Mehrfachdokumentation finden in der Fachdiskussion kaum Beachtung, bieten jedoch ebenfalls erhebliche Entschlackungsmöglichkeiten.

Überdokumentation in den verschiedenen Varianten sollte vor allem aus drei Gründen vermieden werden:

- Überdokumentation bindet Zeit, die sinnvoll eingesetzt werden könnte.
- Die Pflegenden erleben die Pflegedokumentation als Ballast und nicht als unverzichtbare Arbeitsgrundlage, als schwierig, aber nicht hilfreich.
- Der Pflegeleitung vermitteln Teile der Überdokumentation trügerische Sicherheit. Pflegerische Versäumnisse und Pflegefehler lassen sich durch Termin- und Intervallvorgaben möglicherweise geringfügig reduzieren, jedoch nicht verhindern. Sie fördern einen mechanischen Arbeitsstil und Entpflichtungsneigungen statt selbstständiges, verantwortliches Handeln herauszufordern.

Unterdokumentation

Die Befunde zur Unterdokumentation sind - der vergleichsweise hohen durchschnittlichen Qualität der analysierten Pflegedokumentationen entsprechend - weder quantitativ noch qualitativ gravierend. Sie zeigen dennoch typische, weit verbreitete Mängel auf bzw. sie bilden das ganze thematische Spektrum von Unterdokumentation ab. Diese betrifft zum einen die in allen Heimen beachteten Themen, zu diesen liegen Befunde vor. Zum anderen wurden "weiße Flecken" identifiziert, d.h. Themen, die noch nicht ausreichend ins Bewusstsein gerückt sind und nicht dokumentiert werden.

Die Analyse und Darstellung einiger ausgewählter Aspekte der Unterdokumentation soll aufzeigen, dass die Debatte um die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation teilweise unter falschen Vorzeichen steht. Anzustreben ist nicht die "schlanke", sondern die fachgerechte Pflegedokumentation. Zu diesem Zweck kann zwar oft ihr Umfang beträchtlich reduziert werden, nicht jedoch ihr fachlicher Gehalt, der sogar weiter zu verbessern ist.

⁷ Erfolgt die Maßnahmenplanung als letzter Schritt der Pflegeplanung in Form einer Tagesablaufstruktur, erleichtert dies den Pflegenden die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen und verhindert eine neue Variante der Doppeldokumentation.

Einflussnahme der Prüfinstanzen

Die Heime orientieren sich bei Ausgestaltung und Führung der Pflegedokumentation mehrheitlich an den ihnen bekannten oder von ihnen vermuteten Anforderungen der Prüfinstanzen.

Sie tun dies zum Teil ohne davon überzeugt zu sein, dass die Vorgaben notwendig und fachlich richtig sind und zum Teil auf bloßes Hörensagen hin. Deutlich werden

- eine verbreitete fachliche Unsicherheit. Nicht wenige Verantwortliche scheinen dankbar zu sein für konkrete Vorgaben, die ihnen eigene Entscheidungen und eigenes Argumentieren abnehmen.
- eine verbreitete Neigung, die Prüfinstanzen zufrieden zu stellen aus Sorge vor tiefer gehenden oder wenig wohlwollenden weiteren Prüfungen.
- die verbreitete Sorge, dem Träger durch kritische Befunde zu schaden bzw. selbst einen Ansehensverlust beim Träger zu erleiden.

Heime, die von den externen Prüferinnen und Prüfern nur diejenigen Anforderungen übernehmen, von denen sie selbst fachlich überzeugt sind, haben mit dieser Haltung Erfolg.

Der oft geäußerte Vorwurf, die Prüfinstanzen bewirkten durch ihre Forderungen Bürokratie in der Pflegedokumentation, wird durch die Untersuchung nicht belegt.

Die Zahl unangemessener Forderungen ist insgesamt nicht groß und könnte durch fachlich fundierten Widerstand weiter reduziert werden. Sie werden weit überwiegend in der Prüfsituation geäußert und im Prüfbericht nicht wiederholt. Den Prüfenden sollte eine noch konsequentere Konzentration auf inhaltliche Aspekte und weitgehende Abstinenz in Bezug auf Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pflegedokumentation nahe gelegt werden. Nicht bekannt ist allerdings, wie oft Pflegeverantwortliche genau dazu Rat erbitten und die Antwort dann als Vorgabe der Prüfinstanz fehlinterpretieren.

Prüfberichte mit erheblichen Fehlern, widersprüchliche Erwartungen, Willkür der Prüfenden und ein "Hineinregieren" in die Einrichtungen werden durch die Untersuchung nicht belegt.

Positive bzw. akzeptable Erfahrungen mit den Prüfinstanzen überwiegen. Berichte über negative Prüferfahrungen sind in der stationären Altenhilfe populär. Die Beratungserfahrungen der Berichterstatterinnen werden durch die Untersuchung, in der Kritik konkret benannt und belegt werden musste, bestätigt: Vorwerfbare Prüffehler sind eher selten. Der Dialog zwischen Heimen und Prüfinstanzen bei Meinungsverschiedenheiten ist verbesserungsbedürftig.

Untersuchungspaket „Haustechnik / Hauswirtschaft“ (Kapitel 3.2)

Haustechnik

Die aus 26 Projektheimen vorliegenden Informationen und Einschätzungen zeigen keine gravierenden Bürokratiebelastungen des Fachbereichs Haustechnik auf.

Diesen - personell knapp ausgestatteten - Fachbereich zu führen und dabei sowohl die technisch-handwerklichen Anforderungen als auch die geltenden Rechtsvorschriften zu erfüllen, ist eine Aufgabe, bei der der Hausmeister alter Prägung angesichts des heute üblichen technischen Standards stationärer Altenhilfeeinrichtungen an seine Grenzen stößt.

Für Heime und Träger stellen sich hier Aufgaben der Personalentwicklung, der Überprüfung der Aufbauorganisation und des Informationssystems sowie der Einführung oder Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass

- die rechtlichen Anforderungen zur Prüfung von Anlagen, Ausstattung, Betriebsmitteln und in der Pflege eingesetzter Geräte in den Heimen überwiegend akzeptiert und als fachlich sinnvoll bewertet werden.
- Kritik vor allem an Vorschriften zum Umgang mit ortsveränderlichen Elektrogeräten und zur Umsetzung von MPG⁸ und MPBetreibV⁹ geübt wird. Hier erscheint der Aufwand zum Teil unverhältnismäßig und es sollten gemeinsam mit den Prüfinstanzen praktikable Verfahren entwickelt werden.
- die von Prüfinstanzen vorgenommenen Kontrollen mit einem begrenzten Aufwand verbunden sind und die Forderungen der Prüfenden in aller Regel als angemessen gelten. Darüber hinaus werden die Prüfenden als Informationsquelle genutzt und geschätzt.
- wahrgenommene Dokumentationspflichten sowohl auf internen Vereinbarungen als auch auf Rechtsvorschriften beruhen. Sie werden überwiegend als unproblematisch bzw. als hilfreich erlebt. Wie hoch der vielfach kritisierte Zeitaufwand für Dokumentationsaufgaben ist, hängt wesentlich von der Praktikabilität des eingesetzten Systems ab.
- der Aufwand für Qualifizierungsmaßnahmen begrenzt und aus Sicht der Befragten fachlich geboten ist.
- erhebliche Probleme bei der Informationsbeschaffung für den Fachbereich Haustechnik bestehen. Es ist für die Verantwortlichen mit erheblichem Aufwand verbunden, alle für Altenhilfeeinrichtungen geltenden Rechtsvorschriften in der aktuellen Fassung zu erhalten. Einen besseren Informationsstand wünscht sich ein Großteil der Befragten.
- Heimleitungen und Träger mancherorts selbst einen Beitrag leisten könnten, um den Organisations-, Prüf- und Dokumentationsaufwand im Fachbereich Haustechnik zu reduzieren. Dazu müssten Prüf- und Dokumentationsfrequenzen hinterfragt und ggf. reduziert werden, intern erbrachte, an Externe vergebene und von Prüfinstanzen vorgenommene Kontrollen besser aufeinander abgestimmt,

⁸ Medizinproduktegesetz

⁹ Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten

und Festlegungen im Qualitätsmanagementsystem auf ihre Angemessenheit hin geprüft werden.

Hauswirtschaft

Die aus 24 Projektheimen vorliegenden Informationen und Einschätzungen lassen keine gravierenden bürokratischen Belastungen des Fachbereichs Hauswirtschaft erkennen.

Die Befragungsergebnisse zeigen:

- Es werden umfangreiche Eigenkontrollen in Bezug auf Reinigungsergebnisse und Hygienestandards durchgeführt. Sie beruhen teilweise auf Rechtsvorschriften, ebenso jedoch auf internen Vereinbarungen und sie werden für erforderlich gehalten.
- Es finden teilweise Doppelprüfungen durch die zuständigen Behörden statt; eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten wird gewünscht. Zudem sollten Prüfinhalte und Beurteilungskriterien definiert, kommuniziert und einheitlich, d.h. personenunabhängig angewandt werden.
- Der mit behördlichen Prüfungen einhergehende Vorbereitungs-, Durchführungs- und Nachbereitungsaufwand wird als angemessen beurteilt, die Prüfungen werden für erforderlich gehalten. Informationen und Empfehlungen der Prüfenden werden meist geschätzt.
- Die aus Rechtsvorschriften abgeleiteten Prüf-, Informations-, Qualifikations- und Dokumentationspflichten werden insgesamt akzeptiert und umgesetzt.
- Kritik wird geübt an unpraktikablen und zu detaillierten Vorgaben zur Form der Information der Mitarbeiter/-innen (Aushang von Sicherheitsdatenblättern)¹⁰ und der Auslegung durch einzelne Behörden.

Die Umsetzung neuer Wohnbereichs- oder Wohnbereichsküchenkonzepte, erschwere Inhalte von Rechtsvorschriften oder Auslegung durch Prüfinstanzen wurden nicht benannt.

Untersuchungspaket „Personal“ (Kapitel 3.3)

Das Untersuchungspaket umfasst die das Personal betreffenden Aspekte im weiteren Sinne, etwa Personalauswahl, rechtliche und administrative Regelungen, Personalverwaltung und -entwicklung, Arbeit mit besonderen Personalgruppen, Zusammenarbeit mit externen Stellen, die nach Einschätzung der Verantwortlichen in den Referenzheimen möglicherweise Entbürokratisierungspotenzial enthalten.

¹⁰ Wer als Hersteller, Einführer oder erneuter Inverkehrbringer gefährliche Stoffe, gefährliche Zubereitungen oder Zubereitungen nach Artikel 14 Nr. 2.1 Buchstabe b der Richtlinie 1999/45/EG in den Verkehr bringt, hat den Abnehmern nach Maßgabe der Richtlinie 91/155/EWG ein Sicherheitsdatenblatt in deutscher Sprache zu übermitteln. Das Sicherheitsdatenblatt kann in Papierform oder, sofern der Empfänger über die erforderlichen Empfangseinrichtungen verfügt, in elektronischer Form übermittelt werden. Es beschreibt detailliert die Gefahren, die von dem Produkt ausgehen sowie Notfall- und Erste Hilfe-Maßnahmen.

Hingegen existieren nach Ansicht des Kompetenzteams im Bereich Personal wohl keine nennenswerten Entbürokratisierungspotenziale. Vielmehr können Optimierungsansätze angenommen werden, die *interne Entbürokratisierungsaspekte* wie Verwaltungsabläufe oder das betriebliche Personalmanagement betreffen.

In der Summe sind keine Entbürokratisierungspotenziale festzustellen.

Das ist das Resümee nach Ende der Erhebungen und Auswertung der Daten. Wenn die Befragten im Zusammenhang mit Personal von Bürokratie sprechen, bezieht sich dies bei genauerem Hinsehen auf die Erfahrung, dass die Spielräume in den Heimen im Allgemeinen eng geworden sind.

Durch einen komplexeren Unterstützungsbedarf der meisten Bewohnerinnen und Bewohner und zunehmend kostenbewussten Angehörigen ist folgende negative Wirkungskette zu beobachten:

- Das Personalbudget eines Heimes ist begrenzt, es muss nach professionellen Gesichtspunkten bewirtschaftet werden.
- Die Auslastungssituation ist in allen Heimen schwieriger geworden; Auslastung ist Risiko- und Erfolgsfaktor zugleich.
- Die restriktive Begutachtungspraxis des MDK führt dazu, dass das verfügbare Personalvolumen aus Sicht der Heime nicht dem tatsächlichen Arbeitsaufwand zur Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern entspricht.
- Damit gehen erheblich höhere inhaltliche Anforderungen an Personaleinsatzplanung und -struktur einher.
- Als Folge der vorausgehend genannten Faktoren sind die Flexibilisierungsanforderungen hoch. Die Heime versuchen dem mit einem sachgerechten Personalmix Rechnung zu tragen (Vollzeit- bis kleinvolumig Beschäftigte; Mitarbeiter/-innen unterschiedlicher Beschäftigtengruppen).

Heime sehen sich fremdbestimmt und überfordert mit Anliegen Dritter, die mit wenig Rücksicht auf interne Anforderungen nicht als Partner, sondern als Anordnungsinstanz auftreten.

Dadurch - und durch die Absicherung gegen tatsächliche und vermutete Anforderungen externer Prüforgane (z.B. an die Pflegedokumentation) - entsteht Bürokratie, die kontraproduktiv ist (Kapitel 3.3.3.5). Die Referenzheime nennen Belege dafür: Praxismaterialien werden doppelt erstellt, einmal als Handlungsorientierung im Pflege- und Betreuungsalltag und zusätzlich in der von den Prüfenden geforderten Logik und Form. Sie sind in diesen Fällen ohne Praxisbezug und Handlungsorientierung.

Beispiele guter Praxis weisen auf innerbetriebliche Optimierungschancen hin.

Eine Ergebnisdimension im Erhebungspaket „Personal“ bezieht sich auf die Abläufe innerhalb der Heime und ihrer Trägerstruktur. Hier wurde vermutet, dass suboptimale Ablaufstrukturen und Prozesse in gewissem Umfang interne Entbürokratisierungspotenziale beinhalten. Die Auswertungen bestätigen diese Vermutung: In einzelnen Zu-

sammenhängen bestehen Optimierungsmöglichkeiten. Als Zusammenfassung und mit Verweis auf das jeweilige Unterkapitel sind folgende Ergebnisse erwähnenswert:

Eine professionelle Hard- und Softwareausstattung optimiert innerbetriebliche Kernprozesse und spart damit Zeit und Geld.

Im Bereich Personalverwaltung (Kapitel 3.3.3.1) leistet eine auf die Detailanforderungen abgestimmte und mit Schnittstellen zu einzelnen Arbeitsbereichen ausgestattete Software einen erheblichen Beitrag zur Prozessoptimierung und Fehlerreduzierung. Gleichzeitig liefert sie viele der in verschiedenen Zusammenhängen benötigten Daten zeitsparend und zeitnah.

Ein in der Praxis lebendiges Qualitätsmanagement optimiert die betrieblichen Abläufe, fördert Personalzufriedenheit und hilft Zeit und Kosten zu sparen.

Deutlich wird hinsichtlich der Personalverwaltung und generell im Umgang mit Personal, wie wichtig ein durchdachtes und in der Praxis lebendiges Qualitätsmanagement ist. Es ist die Grundlage zur Planung und der effizienten Umsetzung von Personalführungs- und Personalentwicklungskonzepten.

Die Handhabung BAT¹¹ naher Tarifverträge wird in der Praxis häufig als Bürokratisierungsproblem wahrgenommen.

Bei der Anwendung tarifrechtlicher Regelungen finden sich sowohl extern als auch intern verursachte bürokratische Überhöhungen (etwa hinsichtlich der Gehaltsermittlung und Anwendung diverser Zulagenregelungen). Sie werden von den Befragten überwiegend mit dem BAT und verwandten Tarifwerken in Verbindung gebracht, während man Haustarife als Positivbeispiele anführt. Verwaltungsvereinfachungen sind aber auch innerhalb der BAT nahen Regelwerke möglich. (Kapitel 3.3.3.2)

Die gesetzlichen Regelungen zum Kündigungsschutz führen auf Grund der aus betrieblicher Sicht negativen Erfahrungen mit der Rechtsprechung zu einem erhöhten innerbetrieblichen Bürokratieaufwand.

Der Umgang mit Stellenbefristungen und Kündigungsschutz (Kapitel 3.3.3.3) verdeutlicht, wie Regelungen, die zunächst geringe Bürokratieanteile enthalten, in der Alltagsumsetzung zu unproduktiven Effekten führen. Beispielsweise die Erfahrung, dass Mitarbeitende, wenn sie erst einmal im Betrieb arbeiten, auch bei andauernder Minderleistung kaum entlassen werden können. Dies führt zu einer betrieblichen Praxis, in der Abläufe und Tatbestände mehrfach abgesichert und dokumentiert werden.¹²

Betriebsintern verhindern bzw. minimieren professionelle Konzepte zur Personalentwicklung (PE-Konzepte¹³) bürokratischen Aufwand.

Umfassende PE-Konzepte berücksichtigen auch Mitbestimmungsaspekte. Sie eröffnen den Betrieben Handlungsspielräume und ermöglichen eine effiziente und partner-

¹¹ Bundesangestelltentarif

¹² Anzumerken ist, dass dieser Aspekt sicherlich in jedem anderen Betrieb ebenfalls zu beobachten ist.

¹³ Personalentwicklungskonzepte

schaftliche Zusammenarbeit. Die Auswertungen zur betrieblichen Mitbestimmung (Kapitel 3.3.3.4) verdeutlichen, wie unterschiedlich bürokratieaufwändig in den Heimen - bei gleicher Rechtssituation (Grundlage: das Betriebsverfassungsgesetz) - verfahren wird.

Der effektive und umfassende Umgang mit den geltenden Arbeitsschutzregelungen wird durch deren Vielfältigkeit erschwert. Externe Sachverständige und Servicefirmen sollen dieses Defizit kompensieren.

Arbeitsschutz (Kapitel 3.3.3.6) wird übereinstimmend als extrem reguliert und unübersichtlich beschrieben. Die Telefoninterviews verdeutlichen, dass es schwer fällt, den Überblick über die rechtlichen Anforderungen zu bewahren. Viele Einrichtungen helfen sich, indem sie externe Fachlichkeit einkaufen. Allerdings haben externe Anbieter von Fachlichkeit ein eigenes Geschäftsinteresse und gegebenenfalls einen fachlich verengten Blick, was dazu führen kann, dass weitere (Über-)Regulierungen im Betrieb stattfinden.

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) haben in den Augen der Praktikerinnen und Praktiker ihren Zweck nicht erreicht.

Der Umgang mit Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen wurde im Rahmen des Erhebungspakets *Personal* abgefragt (Kapitel 3.3.3.8). Die Einschätzung, wonach die LQV ihren Zweck nicht erreicht haben, hat sich dabei bestätigt. Dieser Bereich wurde in Kapitel 4.4 juristisch aufgearbeitet und mit der Empfehlung versehen, die LQVs abzuschaffen und deren inhaltliches Anliegen in anderer Form unter Vermeidung von überflüssiger Bürokratie zu verfolgen.

Diskussionen um den Sinn der Fachkraftquote sind kein Entbürokratisierungsthema.

Diesbezügliche Klagen sind Teil der aktuellen Fachdiskussion. Im Hinblick auf Entbürokratisierung spielt das Thema jedoch eine untergeordnete Rolle. (Kapitel 3.3.3.9)

Die Zusammenarbeit zwischen Heimen und Altenpflegeschulen ist mehrheitlich strukturiert und effizient. Früher reklamiertes Dominanzverhalten der Altenpflegeschulen ist kaum noch vorhanden.

Die Vermutung, dass es in der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Altenpflegeschulen Entbürokratisierungspotenzial geben könnte, hat sich nicht bestätigt. Auffällig ist, dass die Praxisvarianten hinsichtlich der Inhalte und des erforderlichen Zeitaufwands weit auseinander gehen. In Kapitel 3.3.3.10 wird skizziert, wie im Sinne guter Praxis die Zusammenarbeit zeiteffizient und ergebnisorientiert organisiert werden kann.

Zivildienstleistende (ZDL) sind in den Heimen immer seltener im Einsatz. Zunehmend werden Mitarbeitende im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ), Praktikantinnen/Praktikanten und vermehrt Ein-Euro-Kräfte beschäftigt. Der Bürokratieaufwand im Umgang mit diesen besonderen Personalgruppen wird teils als übertrieben bewertet.

Die Auswertungen (Kapitel 3.3.3.11) verdeutlichen, dass bei der Arbeit mit ZDL der Zeitaufwand für verpflichtende Einführungen, Belehrungen und Anleitungen im Verhältnis zur kürzeren Dauer des Zivildienstes als nicht mehr verhältnismäßig eingestuft werden. Die Arbeit mit FSJ hingegen ist bei geringerem administrativem Aufwand für die befragten Heime mehrheitlich interessant. Beim Einsatz von Ein-Euro-Kräften wird neben einem hohen Bürokratieaufwand in der Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit bzw. mit der ARGE ein zu geringes Mitspracherecht bei der Auswahl der Kräfte moniert.

Datenabfragen externer Stellen werden hingenommen, weil sie selten vorkommen.

Externe, personalbezogene Anfragen enthalten Entbürokratisierungspotenzial. Noch immer sind sie überwiegend handschriftlich und mit einem beträchtlichen Zeitaufwand zu beantworten. Da Heime in diesen Fällen Dienstleister für die abfragenden Organe sind, sollte im Sinne der Kundenorientierung eine vereinfachte und den Einrichtungen angepasste Abfragemethodik gewählt werden (auf Datenträger und in einer den übrigen vorzuhaltenden Statistiken entsprechenden Form). (Kapitel 3.3.3.12)

Untersuchungspaket „Bewohner/-innen und Pflege“ (Kapitel 3.4)

Aufgabenstellung im Untersuchungspaket Bewohner/-innen und Pflege war die Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen bei Aufgaben im Zusammenhang mit

- der Bereitstellung pflegerischer, medizinischer und therapeutischer Leistungen,
- der Bereitstellung von Leistungen der sozialen Betreuung,
- der Sicherstellung der Mitwirkung an der Gestaltung des Lebens im Heim,
- der Kooperation mit den Bewohnern und Bewohnerinnen, Nahestehenden, Betreuerinnen/Betreuern und Ehrenamtlichen.

Gerade in Bezug auf dieses Leistungspaket wird von den Heimen eine ständig steigende Belastung durch wachsende Aufgabenfülle, überbordende Bürokratie und enger werdende Handlungsspielräume beklagt.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass sich die Heimverantwortlichen durch einen Teil der in diesem Untersuchungspaket diskutierten Aufgaben erheblichen bürokratischen Belastungen ausgesetzt sehen.

Sowohl bei den als ausgeprägt bürokratiebelastet beurteilten

- Schadensmeldungen an Krankenkassen,
- Tätigkeiten zur Entrichtung der Praxisgebühr,
- Widerspruchsverfahren bei Ablehnung beantragter Hilfsmittel,

als auch bei der als teilweise bürokratiebelastet beurteilten Kooperation mit

- Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern,
- Kranken- und Pflegekassen,

- Behörden,
- Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern

mögen die benannten Probleme Außenstehenden überwiegend kleinteilig, wenig komplex und als gut zu bewältigen erscheinen. Belastend werden sie jedoch erstens dadurch, dass sie ständig für eine Vielzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern, in unterschiedlichsten Konstellationen und mit zahlreichen Beteiligten zu bearbeiten sind.

Zweitens stellen sie zum Teil die Heime vor berechnete, aber nicht leicht zu bewältigende fachliche Anforderungen. Schadensmeldungen an Krankenkassen z.B. sind nur dann mit begrenztem emotionalem und Arbeitsaufwand bearbeitbar, wenn das Heim pflegefachlich und organisatorisch gut aufgestellt und rechtlich gut informiert ist.

Drittens handelt es sich bei einem Großteil der Aufgaben um solche, die nicht zum Leistungskatalog der Heime gehören, diesen jedoch zuwachsen, entweder, weil adäquate Umsetzungsregelungen fehlen (Beispiel Praxisgebühr) oder weil die Bewohner/-innen und ihre Angehörigen überfordert sind (Beispiel Widerspruchsverfahren). Mängel in der medizinischen Versorgung der Bewohner/-innen und ausufernde Konflikte wären unausweichlich, wenn die Heimverantwortlichen hier nicht tätig würden.

Die Angebote und organisatorischen Lösungen, mit denen Heime auf neue Erwartungen und Aufgaben reagieren, sind unterschiedlich überzeugend. Sie reichen von der unreflektierten oder aus vielfältigen Befürchtungen und Bedenken resultierenden vollständigen Übernahme neuer Aufgaben bis zum fachlich souverän gestalteten Beratungsangebot. Es ist davon auszugehen, dass personelle und zeitliche Ressourcen zunehmend aus dem Bereich der Sozialen Betreuung verlagert werden in die bewohnerbezogene Heimverwaltung sowie die Beratung zum Heimeinzug und zum Umgang mit Kranken-, Pflegekassen und Behörden. Die Situation wird weiter verschärft durch eine zunehmende Bewohnerfluktuation.

Als ebenfalls ausgeprägt bürokratiebelastet werden die Umsetzung von MPG und MPBetreibV sowie der Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes (HeimmitwirkungsVO, HeimG) beurteilt. Die Einschätzung der erstgenannten Rechtsvorschriften beruht weitgehend auf Annahmen. Da mit der Umsetzung erst begonnen wird, liegen noch keine Anwendungs- und Prüferfahrungen vor. In Bezug auf die Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung liegen einleuchtende Beschreibungen der Probleme der Kooperation mit einer zunehmend gebrechlichen Bewohnerschaft vor. Dem Eindruck der Berichtersteller/-innen nach werden jedoch vorhandene Möglichkeiten, überforderte Heimbeiräte durch Externe zu unterstützen oder Heimfürsprecher/-innen zu bestellen, wo kein Heimbeirat gebildet werden kann, eher selten genutzt.

Untersuchungspaket „Prüfverfahren“ (Kapitel 3.5)

In Bearbeitung des Erhebungspakets *Prüfverfahren* hat sich das Kompetenzteam aus Praktikabilitätsgründen auf folgende Kontrollen konzentriert:

- Prüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und Prüfungen der Heimaufsicht,
- Kontrollen gemäß MPG und MPBetreibV sowie
- Überwachung der Lebensmittelhygiene entsprechend Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG), Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB) und Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV).

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Eine überbordende Bürokratie im Rahmen externer Überwachungsaktivitäten ist nicht zu identifizieren. Der im Gesetz angelegte Bürokratieaufwand der Heime für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und die behördliche Überwachung ist in der Regel angemessen und zielführend.

Ergebnisse zum Bereich „Prüfungen von MDK und Heimaufsicht“

- Über die Erfahrungen mit der einzelnen Prüfinstanz wird überwiegend positiv berichtet. Die Vorgehensweisen und Regelungen sind weitgehend angemessen. Dies trifft für die Prüfungen des MDK in stärkerem Maße zu als für Prüfungen der Heimaufsicht. Bei ihr wird gelegentlich bemängelt, dass keine Rückmeldungen im Heim ankommen bzw. diese nicht ohne weiteres in qualitätssichernde Maßnahmen transformiert werden können.
- Die Abstimmung der beiden Prüforgane ist hingegen trotz der Koordinierungsvorgaben im Heimgesetz und im SGB XI in Bezug auf Terminabsprachen und Prüfinhalte verbesserungsbedürftig.
- Einrichtungen und ausführenden Behörden entstehen Mehraufwendungen und damit zusätzliche Kosten durch Mehrfachkontrollen.
- Unterschiedliche Anforderungen der beiden Prüforgane an gleiche Prüfgegenstände führen zu kontraproduktiver Bürokratie, weil die Heime Unterlagen ohne innerbetrieblichen handlungsleitenden Charakter in der jeweiligen Logik der anfordernden Instanz erstellen, kontinuierlich aktualisieren und für den Prüffall bereithalten.
- Aus dem Bedürfnis nach Absicherung und aus rechtlicher Unsicherheit wappnet man sich in vielen Heimen vorbeugend für Eventualitäten. Auf der Grundlage von Berichten anderer Einrichtungen über deren Prüferfahrungen werden vielfach aufwändige Regelungen getroffen, die weit über das von Prüfinstanzen dann tatsächlich geforderte Maß hinausgehen.

Ergebnisse zum Bereich „behördliche Kontrollen zu eingesetzten Medizinprodukten“

- In den Referenzheimen liegen kaum verwertbare Erfahrungen zur behördlichen Überwachung vor. Aussagen zu Bürokratie und Ablauf der Prüfungen sind deshalb nur bedingt möglich.
- Obwohl die entsprechenden Rechtsgrundlagen z.T. bereits seit einigen Jahren gelten, haben viele der Referenzheime bisher keine abgestimmten Strategien zur hausinternen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben entwickelt.

- Von Seiten der Haustechniker und Sicherheitsbeauftragten wird berichtet, dass im Einzelfall überzogene oder fachlich inadäquate interne Vorgaben zu Mehrarbeit und unnötiger Bürokratie führen.

Ergebnisse zum Bereich „behördliche Lebensmittelhygienekontrollen“

- Für behördliche Kontrollen der Lebensmittelhygiene sind keine Entbürokratisierungspotenziale zu identifizieren.
- Lebensmittelhygienische Kontrollen werden überwiegend als zielorientiert beschrieben. Auch die Stellungnahmen der Prüfenden werden meist als sachlich bewertet; sie hätten beratenden Charakter.
- Die Rechtsgrundlagen zur Lebensmittelhygiene sind umfassend. Sie beinhalten auch bürokratische Vorgaben, die in den Heimen umzusetzen sind. Diese werden vor dem Hintergrund des besonderen Schutzbedürfnisses von Bewohnerinnen und Bewohnern, aber auch zum Schutz der Mitarbeitenden als angemessen eingestuft.
- Die Einbettung des Regelungsbereichs in das betriebs- bzw. trägerinterne Qualitätsmanagement führt bei Einführung zu einem gewissen Aufwand, weil bestehende Prozessregelungen modifiziert werden müssen. Im weiteren Verlauf stellen sich dann aber Synergieeffekte ein und bürokratischer Aufwand lässt sich minimieren.
- In der Hauswirtschaft sind häufig Mitarbeitende beschäftigt, die lebensmittelhygienische Vorgaben nur schlecht lesen oder verstehen können. Der Kontroll-, Qualifizierungs- und Nachbereitungsaufwand wird hierdurch gesteigert.

Untersuchungspaket „Bauen / Bauvorhaben“ (Kapitel 3.6)

Das Thema *Bau von Altenhilfeeinrichtungen* ist ausgeprägt bürokratiebelastet. Die Umsetzung von Neubau- und Modernisierungsmaßnahmen im Bereich des Altenwohnbaus stellt an Bauherren und Architekten hohe fachlich-konzeptionelle, planungsstrategische und betriebswirtschaftliche Anforderungen. Der bürokratische Hürdenlauf erstreckt sich über alle Projektphasen von der Bedarfserklärung und Konzeptentwicklung bis hin zur Dokumentation und Abrechnung.

Zentrale Probleme sind:

- Das Fehlen einer verbindlichen baurechtlichen Gebäude-Einstufung der Wohnformen im Alter (z.B. Pflegeheime, Betreutes Wohnen, Hausgemeinschaften) verursacht Unsicherheiten und u.U. Rückschläge im Planungsprozess und ist teilweise der Wohnqualität der Einrichtungen abträglich.
- Die geltende Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) wird als nicht mehr zeitgemäß und somit als bei der Realisierung innovativer Wohnkonzepte hinderlich beurteilt.
- In einzelnen Bundesländern ist die Einhaltung detaillierter Planungsempfehlungen Voraussetzung der Baugenehmigung und ggf. der finanziellen Förderung von Bauvorhaben. Diese Planvorgaben behindern weit mehr als die kriti-

sierte HeimMindBauV die Realisierung innovativer, individueller und auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmter Konzepte.

- Die Umsetzung neuer Rechtsvorschriften oder Verwaltungspraktiken stellt eine zunehmende finanzielle Belastung der Heimträger dar.
- Der Vorteil einer finanziellen Förderung von Bauvorhaben wird vielfach beträchtlich gemindert oder sogar aufgehoben durch zeitliche Verzögerungen und Kosten, die das Förderverfahren mit sich bringt.
- Bauherren und Architekten vermissen bei den zu beteiligenden Behörden vielfach sowohl eine verwaltungsinterne Abstimmung von Prüfkriterien und Bewilligungsbedingungen als auch die Bereitschaft, Entscheidungen zu treffen und die Verantwortung hierfür zu übernehmen.

Vor diesem Hintergrund regen die befragten Expertinnen und Experten an,

- die bislang länderspezifischen Vorschriften zu harmonisieren und ihre Auslegung möglichst weitgehend zu vereinheitlichen.
- zu prüfen, ob es bereits Beispiele einer guten oder verbesserten Verwaltungspraxis in Bezug auf Altenwohnbauprojekte gibt und diese ggf. zu dokumentieren und zu publizieren.
- die Verwaltungsmodernisierung zu forcieren. Notwendig sind Anlaufstellen innerhalb der Verwaltung, die vergleichbar den Ämtern für Wirtschaftsförderung, potenziellen Bauherren helfen, die von ihnen konzipierten Projekte unter Bedarfsaspekten zu prüfen und bestätigte Angebote zügig am Markt zu platzieren.

Aus *juristischer Sicht* liefern die Expertenhearings und -befragungen vor allem Hinweise auf allgemeine Entbürokratisierungsprobleme. Besondere Entbürokratisierungsprobleme wie etwa die Frage nach dem Sinn der HeimMindBauV oder der Unterstellung neuer Wohnformen unter das HeimG werden an anderer Stelle in Kapitel 4.3 erörtert.

Aus juristischer Sicht ist zu den allgemeinen Entbürokratisierungsfragen wie folgt Stellung zu nehmen:

- *Forderung nach einer Harmonisierung der länderspezifischen Vorschriften und deren Auslegung*

Angesichts der Föderalismusdiskussion ist diese Forderung ein eher gegen den Zeitgeist formuliertes Anliegen.

Dass die Länder verhältnismäßig gleich lautende Landesbauordnungen haben, beruht auf der Bad Dürkheimer Vereinbarung vom 21.01.1955 zwischen Bund und Ländern, wonach sich die für die Bauaufsicht zuständigen Minister verpflichteten, den Bereich „im Grundsätzlichen einheitlich“ zu regeln. Deswegen hat der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz keinen Gebrauch gemacht. Im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft ist dann eine Musterbauordnung entworfen worden. Aus all dem geht hervor, dass eine Vereinheitlichung von Landesrecht eher die Ausnahme ist.

Die Forderung nach einer Koordinierung der Landesbauordnungen ist als Indiz zu werten, dass die jüngste Änderung der Musterbauordnung aus dem Jahre 2002 offenbar noch nicht in allen Bundesländern umgesetzt ist. Was die Auslegung von Gesetzen angeht, so sind die Länder grundsätzlich - auch bei den meisten Bundesgesetzen - für die Ausführung und damit für die Auslegung von Gesetzen zuständig. Das Bundesverwaltungsgericht kann - unter engen Voraussetzungen - nur zu einer einheitlichen Auslegung des Bundesrechts, nicht aber zu einer bundesweiten Vereinheitlichung der Auslegung von Landesrecht beitragen, da es als Revisionsgericht nur die Verletzung von Bundesrecht rügen kann.

- *In der Frage der Umsetzung von Rechtsvorschriften zu Lasten der Bauherren* sind zwei Problemkreise zu unterscheiden.
Einmal geht es darum, dass der Veranlasser von Leistungen der Verwaltung hierfür auch die Kosten trägt. Bisher wurde die Inanspruchnahme von Verwaltungshandeln durch Verwaltungsgebühren abgedient. Jetzt werden durch die Verschlankung von Behörden vermehrt Aufgabenbereiche herausverlagert. Die Kosten hierfür trägt wie bisher der Veranlasser.
- *Finanzielle Förderung und Einhaltung der Förderrichtlinien*
Hier ist es schwer, einen richtigen Maßstab zu finden. Zuwendungsgeber wollen naturgemäß ihre Vorstellungen durchsetzen. Das kann zu mehr Bürokratie und ggf. zu Zeitverzögerungen führen. Schon aus europarechtlichen Gründen (europäisches Beihilfenrecht) sollten nur noch einzelne modellhafte und innovative Projekte gefördert werden.
- *Koordinierung der Behördentätigkeit*
Das Thema beschäftigt die Verwaltungstätigkeit seit langem. Zunehmend werden Lösungen diskutiert, durch Servicestellen für bestimmte Bereiche einen einheitlichen Ansprechpartner zu gewährleisten („one-stop - one shop“). Im Behindertenrecht versucht man dem Problem mit gemeinsamen Servicestellen Herr zu werden. In einer modernen Verwaltung müsste es generell möglich sein, solche Koordinierungen vorzunehmen.
- *Ausschreibungspraxis*
An den geltenden (europa-)rechtlichen Vorgaben führt kein Weg vorbei.

Entbürokratisierungspotenziale in Rechtsvorschriften (Kapitel 4.1)

Die Ausführungen im rechtlichen Teil des Gutachtens konzentrieren sich auf die Ebene der staatlichen Tätigkeit beim Vorschriftenerlass; zudem werden teilweise Probleme der Gesetze ausführenden Verwaltungstätigkeit angesprochen. Diese konnten jedoch nicht systematisch erfasst werden, weil hierzu bisher keine repräsentativen sozial- und verwaltungswissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Gebiet der Pflege vorliegen. Eigenständige, aber nicht repräsentative Erhebungen wurden für den Bereich der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gemäß § 80a SGB XI (im Rahmen von Interviews) vorgenommen (Kapitel 4.4.1). Teilweise konnten Praxiserfah-

rungen auch auf dem Gebiet der ordnungsrechtlichen Vorschriften einbezogen werden (Kapitel 4.2).

Mit folgenden Fragestellungen wurde gearbeitet:

- Was ist Sinn und Zweck einer Vorschrift (= Zwecksetzung der Vorschrift)?
- Ist die Vorschrift überhaupt geeignet zur Erreichung des Zwecks beizutragen (= Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung)?
- Geht es nicht anders, zeitlich, finanziell oder sonstig weniger belastend (= Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung)?
- Wenn eine Vorschrift geeignet und erforderlich ist: Stehen Zweckerreichung und Mitteleinsatz in einer angemessenen Relation (= Angemessenheit)?

Mit dieser Vorgehensweise - Überprüfung nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit – wird nur das Verhältnis von Zweckerreichung zum Bürokratieaufwand erfasst. Nicht erfasst werden dabei die Probleme einer mangelnden, fehlerhaften oder nicht zweckentsprechenden Umsetzung einer Vorschrift in der Gesetze ausführenden Verwaltungspraxis und durch die Adressaten einer Vorschrift (Implementierungsproblematik). Soweit solche Implementierungsprobleme jedoch bekannt sind und in der Praxis signifikant artikuliert und beschrieben werden, erfolgt ein Rückgriff auch auf solches Praxiswissen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (Kapitel 4.4.1) und für einige Bereiche des Heimgesetzes (Kapitel 4.3).

Ordnungsrecht (Kapitel 4.2)

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Brandschutzrecht

Die brandschutztechnischen Regelungen in den Bundesländern ähneln sich sehr. Es gibt Verordnungen über die Überprüfung bestimmter brandschutztechnischer Anlagen, die dem Betreiber auferlegen, die Anlagen durch einen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Daneben werden durch die Feuerwehr Brandverhütungsschauen durchgeführt, bei denen unter anderem die Einhaltung bauordnungsrechtlicher Vorgaben überprüft wird. Die Vorschriften dienen dem Schutz der Bewohner der Altenpflegeheime im Brandfall und berücksichtigen bei dem Schutz des Lebens und der Gesundheit der Bewohner die eingeschränkte Mobilität dieser Personen. Dieser Aspekt führt zu einer hohen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung der mit diesen Regelungen für die Betreiber von Altenpflegeheimen verbundenen Einschränkungen.

Die Untersuchung hat zudem ergeben, dass es nicht zu doppelten behördlichen Prüfungen für denselben Aspekt kommt. Diese sind weder im Gesetz angelegt noch in der Verwaltungspraxis begründet. Die für die Überwachung zuständigen Behörden haben jeweils eigene Überwachungsbereiche.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Prüfungsintervalle für die Brandverhütungsschau mit drei bis fünf Jahren relativ hoch sind. Dementsprechend ist auch der mit ihnen verbundene Verwaltungsaufwand als nicht besonders hoch einzustufen.

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Arbeitsschutzrecht

Die untersuchten Regelungen des Arbeitsschutzes sind verhältnismäßig. Probleme in der Praxis wie z.B. widersprüchliche Anweisungen der Behörden bezüglich sich überschneidender Bereiche können durch Absprachen der Behörden, welcher Schutz - beispielsweise Arbeits-, Brand- oder Gesundheitsschutz - Vorrang hat, gelöst werden. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Überwachungen nicht sehr häufig stattfinden. Die Regelungen über den Arbeitsschutz sind somit aus juristischer Sicht nicht aufzuheben.

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Medizinprodukterecht

Die Regelungen über die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle von Medizinprodukten sind verhältnismäßig. Angesichts der Gefahren für die Gesundheit der Bewohner und der Beschäftigten, die mit dem Einsatz einiger Medizinprodukte verbunden sind, sollte auch die gesetzliche Verpflichtung zur Führung von Bestandsverzeichnissen beibehalten werden. Dies erleichtert dem Betreiber auch die eigene Überwachung seiner Geräte und stellt damit deren Funktionsfähigkeit sicher.

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Hygienerecht

Die Vorschriften über die Hygieneüberwachung sind alle verhältnismäßig. Sie bieten den Behörden genügend Spielraum, um auf die Besonderheiten des einzelnen Altenpflegeheimes einzugehen und den Überwachungsumfang sowie die -häufigkeit zu minimieren.

Eine Zusammenlegung der Aufgabenbereiche Infektionshygiene, Trinkwasserüberwachung und Lebensmittelüberwachung im Sinne einer Konzentration aller Überwachungsbereiche in einer Person, sodass nur eine Person oder eine Stelle einer Behörde alle Überwachungen an einem Tag durchführt, würde den zeitlichen Aufwand der Betreiber von Altenpflegeheimen sicherlich verringern, dürfte jedoch in der Praxis nicht umzusetzen sein, da für jeden hygienischen Bereich offenbar eigene Berufe zu erlernen sind.

Sehr förderlich erscheint das *System der Risikoanalyse*, das im Rahmen der Lebensmittelüberwachung in Schleswig-Holstein und Hamburg bereits bis Ende 2005 angewendet wurde und seit Anfang 2005 in allen Bundesländern anzuwenden ist. Dies führt zu einem Überwachungskonzept, das die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt und dadurch sowohl eine effektive Überwachung als auch eine möglichst geringe Belastung für hygienisch einwandfreie Altenpflegeheime bietet.

Zudem könnte bei ähnlichen Überwachungen - wie z.B. der Überwachung der Einhaltung der Hygieneanforderungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und dem HeimG - auf eine Zusammenarbeit der Behörden hingewirkt werden, sodass entweder beide gemeinsam eine Überwachung durchführen oder eine Verständigung darüber erfolgt welche Altenpflegeheime gerade überwacht wurden.

Heimgesetz (Kapitel 4.3)

Betreutes Wohnen - neue Wohnformen

Die Abgrenzung zur Anwendbarkeit des HeimG¹⁴ im Verhältnis zum Betreuten Wohnen ist in einer schon im Gesetzgebungsverfahren besonders umstrittenen Vorschrift enthalten (§ 1 Abs. 2 HeimG). Dies gilt für den auslegungsbedürftigen Passus der *untergeordneten* Bedeutung des Entgelts für Dienst- und Pflegeleistungen im Verhältnis zur Miete (§ 1 Abs. 2 Satz 2 HeimG).

Unabhängig von dieser Abgrenzungsproblematik speziell in Richtung auf das Betreute Wohnen wird gerügt, dass § 1 HeimG der Entwicklung neuer Formen des Zusammenwohnens von älteren Menschen und der Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen entgegensteht. In der Praxis der Heimaufsichtsbehörden sei nicht klar, ob das Gesetz zur Anwendung komme oder nicht.

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat in den im Juli 2005 vorgelegten 10 Eckpunkten zur Entbürokratisierung im Heimrecht¹⁵ unter Nr. 5 zur vorstehenden Problematik folgende Lösungen angeboten:

„1. Auf ambulant betreute Wohngemeinschaften findet das Heimrecht keine Anwendung.“ Dies gilt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Bewohnerinnen und Bewohner können Betreuungs- und Pflegedienste frei wählen (auch den Pflegedienst des Trägers).
- Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Zusammenleben in der Wohngemeinschaft selbstbestimmt gestalten.
- In der Wohngemeinschaft leben nicht mehr als 12 betreuungsbedürftige Personen.“

„2. Die Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen wird unterstützt und unbefristet zugelassen.“ Um das Entstehen neuer Wohn- und Betreuungsformen zu unterstützen wird die Erprobungsregel des § 25 a Heimgesetz neu gestaltet. Die Befristung der Geltungsdauer entfällt.

- Die Erprobung neuer Wohn- und Betreuungsformen soll von Vorgaben des Heimgesetzes und seiner Verordnungen befreit werden, wenn dies mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist.“

Diese Änderungen können wesentlich zur Bewältigung der Abgrenzungsproblematik und damit zur Entbürokratisierung beitragen.

Damit die Heimaufsichtsbehörde den Überblick darüber behält, ob eine ambulant betreute Wohngemeinschaft oder eine neue Wohn- und Betreuungsform vorliegt, sollte allerdings eine Anzeigepflicht eingeführt werden.

¹⁴ Heimgesetz

¹⁵ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte vom 13.07.2005.

Bei den neuen Wohn- und Betreuungsformen sollte eine Lösung angestrebt werden, nach der der Heimaufsicht zunächst die Möglichkeit gegeben wird, die Realisierung des Konzeptes in der Praxis für einen gewissen Zeitraum zu beobachten. Hat sich das Konzept bewährt, soll die Befreiung von den Vorschriften des HeimG auf Dauer erteilt werden.

Anzeigepflicht

Die Anzeigepflicht nach § 12 HeimG besteht bezüglich der Anzeige vor Inbetriebnahme des Heimes (Abs. 1) und bei Änderungen (Abs. 3).

Die Anzeigepflicht hinsichtlich der Personalangaben - Name und berufliche Ausbildung - für Betreuungskräfte soll entfallen. Nötig sind nur noch Angaben in Bezug auf die Heim- oder Pflegedienstleitung (Übernahme des Vorschlags aus: 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht,¹⁶ Ziff. 4).

Die Anforderung der unverzüglichen Anzeige von Änderungen gem. § 12 Abs. 3 HeimG wird gelockert. Eine regelmäßige Anzeige von Änderungen soll ein- oder zweimal im Jahr stattfinden. Für eine einmal im Jahr zu liefernde Änderungsanzeige spricht die jährliche Prüfung im Rahmen der Überwachung (§ 15 Abs. 4 HeimG). Es könnte auch daran gedacht werden, die Anzeige von Änderungen zeitlich vor die Prüfung nach § 15 Abs. 4 HeimG zu legen, damit ein Zusammenhang mit der Überwachung gegeben ist und die Aufsichtsbehörde direkt auf mögliche Änderungen eingehen kann.

Gestaltung des Heimvertrages

Im Heimvertrag müssen nicht nur die einzelnen Leistungen des Trägers (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und weitere Leistungen), sondern auch die Entgeltbestandteile für diese einzelnen Leistungen gesondert aufgeführt werden (§ 5 Abs. 3 HeimG). Dies dient der Transparenz und damit der Erleichterung der Rechtsverfolgung. Für Bezieher von Leistungen aus der Pflegeversicherung oder nach Sozialhilferecht müssen jedoch Art, Inhalt und Umfang der Leistungen nach § 5 Abs. 3 HeimG, also auch die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, den Pflegesatzvereinbarungen entsprechen (§ 5 Abs. 5 und 6 HeimG). Die Transparenzvorschriften erlangen ihre volle Bedeutung demnach nur für diejenigen Bewohner/-innen, die für ihren Aufenthalt im Heim nicht auf die vorgenannten Sozialleistungen angewiesen sind. Das bedeutet aber nicht, dass die Transparenzvorschriften deswegen insgesamt obsolet wären.

Der Bundesgerichtshof hat es für die Verträge mit Beziehern von Sozialleistungen zur Pflege in Einrichtungen (§ 5 Abs. 5 HeimG) genügen lassen, wenn der Kostenblock Unterkunft und Verpflegung ohne Aufgliederung aufgeführt wird.¹⁷ Das Gericht sieht den dem Transparenzanliegen zu Grunde liegenden Verbraucherschutzgedanken dadurch als gewahrt an, dass pflegeversicherte Personen durch die Normen des Pflegeversicherungsrechts inhaltlich eine günstigere Rechtsstellung erfahren.¹⁸ Unter

¹⁶ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

¹⁷ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04.

¹⁸ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04, Rn. 14.

Entbürokratisierungsgesichtspunkten ist hier also für die vertragaufstellenden Einrichtungsträger eine Erleichterung durch die Rechtsprechung gegeben.

Zur Klarstellung zwischen den Vorschriften des Pflegeversicherungsrechts zur Vereinbarung des Leistungsblocks „Unterkunft und Verpflegung“ und dem Heimgesetz könnte eine Änderung darin bestehen, dass im § 87 SGB XI und im § 76 Abs. 2 SGB XII der Block „Unterkunft und Verpflegung“ in Leistungsbeschreibung wie Vergütung getrennt ausgewiesen wird, oder dass nach § 5 Abs. 5 HeimG eine getrennte Darstellung von Leistungen und Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nur dann erforderlich ist, wenn auch sozialleistungsrechtlich bzw. in der Pflegesatzvereinbarung eine solche Trennung vorgenommen worden ist.

Entgelterhöhung

Bei den Vorschriften zur Entgelterhöhung wird - wie schon bei der Vertragsgestaltung nach § 5 HeimG - zwischen sog. Selbstzahlern und Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG) unterschieden. Ein Zweck der Vorschrift kann darin gesehen werden, dass es dem Heimbewohner rechtzeitig möglich sein soll, sich bei einer Erhöhung des Entgelts um einen anderen Heimplatz zu kümmern. Hier steht ihm auch ein besonderes Kündigungsrecht zur Seite (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 2 HeimG). Weiter bezweckt die Vorschrift die Erleichterung der Rechtsdurchsetzung seitens des Heimbewohners.

Die Vorschriften werden vor allem unter zwei Gesichtspunkten als bürokratieaufwändig kritisiert:

- Die Darstellung einer Entgelterhöhung aufgeteilt nach den verschiedenen Leistungsblöcken sei sehr aufwändig. Sie nütze dem Heimbewohner wenig, da es diesem vor allem auf die Höhe des Entgelts insgesamt, nicht jedoch auf einzelne Positionen ankomme.
- Bei Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe sei fraglich, ob nach Abschluss der Pflegesatzvereinbarung bzw. nach der Entscheidung der Schiedsstelle das Erhöhungsverfahren noch einmal durchgeführt werden müsse. Auch sei nicht klar, wie bei einer rückwirkenden Vereinbarungsgeltung bzw. Festsetzung durch die Schiedsstelle vorzugehen sei.

Bisher hat sich erst das Schleswig-Holsteinische Oberverwaltungsgericht (OVG) in einer gegen eine Heimaufsichtsbehörde gerichteten Klage eines Heimträgers zur Frage geäußert, wie die Vorschriften des § 7 Abs. 3 HeimG bei einer rückwirkenden, durch eine Pflegesatzerhöhung bewirkten Entgelterhöhung auszulegen sind.¹⁹ Das Oberverwaltungsgericht sah in § 7 Abs. 3 HeimG nur die Aufforderung, *vorgesehene* Erhöhungen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden sollen, schriftlich geltend zu machen und nach den Anforderungen der Vorschrift zu begründen. Bei in Pflegesatzverhandlungen vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten Vergütungen gelte dies gemäß dem Wortlaut der Vorschrift nicht.

¹⁹ Schleswig-Holsteinisches Oberverwaltungsgericht, Urt. vom 13. Oktober 2005, Az: 2 LB 37/05, teilweise abgedruckt in: bpa-Magazin 06/2005.

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat in den im Juli 2005 vorgelegten 10 Eckpunkten zur Entbürokratisierung im Heimrecht²⁰ unter Nr. 5 („Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert“) angekündigt, dass die derzeit unterschiedlichen Regelungen zum Inkrafttreten einer Entgelterhöhung im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3) und im SGB XI (§ 85 Abs. 6) harmonisiert werden. Es wird in Anlehnung an die Rechtsprechung des OVG Schleswig-Holstein vorgeschlagen:

§ 7 Abs. 3 HeimG gilt für Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung oder Sozialhilfe in Einrichtungen nur für die vorherige Ankündigung des Erhöhungsbegehrens, nicht jedoch, wenn das Entgelt durch Pflegesatzverhandlungen vereinbart worden oder durch eine Schiedsstelle festgesetzt worden ist.

Beendigung des Heimvertrages

Bei der Vertragsbeendigung durch Tod des Heimbewohners endet das Vertragsverhältnis mit dem Todestag des Bewohners. Allerdings ist hier die Möglichkeit gegeben, zwischen den Vertragspartnern die Fortgeltung des Vertrages über die Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten bis zu zwei Wochen nach dem Sterbetag zu vereinbaren (§ 8 Abs. 8 Satz 2 HeimG). Bei pflegeversicherten Personen gilt, dass die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger mit dem Tag endet, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat in den im Juli 2005 vorgelegten 10 Eckpunkten zur Entbürokratisierung im Heimrecht²¹ unter Nr. 5 („Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert“) angekündigt, dass die derzeit unterschiedlichen Regelungen zur Beendigung des Heimvertrages im Todesfall im Heimgesetz (§ 8 Abs. 8) und im SGB XI (§ 87a Abs. 1) harmonisiert werden.

Dies wird bedeuten, dass in § 8 Abs. 8 die Sätze 2 und 3 gestrichen werden. Eine Vereinbarung über die Weitergeltung des Heimvertrages ist dann nicht mehr möglich. Mit dieser geplanten Regelung wird zwar im Verhältnis zwischen dem Heimvertrag und den Beendigungsvorschriften der Pflegeversicherung für den pflegeversicherten Heimbewohner Klarheit geschaffen. Dies geschieht jedoch um den Preis einer Verlagerung von Kosten der Nichtbelegung auf den Heimträger. Weiter werden damit die Erben eines Heimbewohners noch einmal in besonderer Weise privilegiert.

Eine andere Möglichkeit könnte darin bestehen, in § 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI den Satzbestandteil „oder verstirbt“ zu ergänzen um eine Regelung, die auf § 8 Abs. 8 Satz 2 und 3 HeimG Bezug nimmt. Damit wäre auch für die pflegeversicherten Heimbewohner eine Fortgeltungsmöglichkeit zu Lasten eventuell vorhandener Erben - nicht zu Lasten der Pflegeversicherung - gegeben.

²⁰ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

²¹ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

Heimmitwirkung

Die Mitwirkung des Heimbeirates bei Entgelterhöhungen bleibt wegen mangelnder Einflussmöglichkeiten dann ohne Wirkung, wenn es sich um Entgelte handelt, die im Rahmen von Pflegesatzvereinbarungen bestimmt werden (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG). Da bisher sozialwissenschaftlich noch nicht erhoben ist, ob die Beteiligung des Heimbeirates hier nur als Formalie verstanden wird, jedoch zurzeit entsprechende Erhebungen angestellt werden, wird Folgendes vorgeschlagen:

Ergibt sich auf Grund der bisher noch ausstehenden sozialwissenschaftlichen Erhebungen, dass die nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG erforderliche Beteiligung des Heimbeirates nicht angemessen ist, sollten die Informations- und Beteiligungsrechte neu gestaltet werden. So könnte vorgesehen werden, dass dem Heimbeirat nur dann ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt wird, wenn er dieses gegenüber dem Heimträger fordert (Initiativrecht des Heimbeirates). Der Heimträger hat die Heimaufsichtsbehörde davon zu informieren, dass der Heimbeirat dieses gefordert hat. Für diesen Fall würden dann die in § 7 Abs. 4 und 5 HeimG aktuell gegebenen Regelungen gelten.

Heimgesetz, Ordnungsrecht und SGB XI: Überwachung, Qualitätsprüfung und Koordinierung der Prüftätigkeit

Bei der Prüftätigkeit der Heimaufsichtsbehörden im Verhältnis zu anderen Behörden ist zu unterscheiden zwischen den ordnungsrechtlichen Behörden (z.B. Hygieneanforderungen) und den Pflegekassen bzw. den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung.

Prüftätigkeit der Heimaufsicht und der ordnungsrechtlichen Behörden

Bei den im HeimG angelegten Doppelprüfungen (Infektionsschutz; Hygiene) ist klarzustellen, dass die zuständigen Fachbehörden vorrangig tätig werden.

Die Prüfungen sollen sich auf die Ergebnisqualität konzentrieren. Neben diesem Anliegen an die Verwaltungspraxis kann auch ein entsprechender gesetzlicher Hinweis dienlich sein.

Bei den regelmäßigen Prüfungen fragt sich, ob die nach dem HeimG gegebene Verpflichtung zu einer regelmäßigen jährlichen Prüfung aufrechterhalten werden muss. Vorzuziehen ist ein Ersatz der Prüfung durch Vorlage eines Qualitätsnachweises durch unabhängige Sachverständige. Außerdem könnten Prüfintervalle in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung bestimmt werden.

Kooperation und Koordination zwischen Heimaufsicht und MDK

Die Überwachung nach dem HeimG erstreckt sich auf die Erfüllung der Anforderungen des Heimgesetzes an den Betrieb eines Heimes (§ 15 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 11 HeimG). Damit sind die Gegenstände der Überwachung sehr weit gefasst.

Nach dem SGB XI bezieht sich die Prüfung (nur) auf die erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Präzisierend wird gesagt, dass es sich bei den erbrachten Leistungen um allgemeine Pflegeleistungen, um die medizinische

Behandlungspflege, die soziale Betreuung und die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie um die Zusatzleistungen handelt. Weiter wird präzisiert, dass sich Prüfungen auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse dieser Leistungen sowie deren Abrechnung erstrecken (§ 112 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). In dem Katalog der Überwachungsgegenstände des § 11 Abs. 1 HeimG enthalten die Ziffern 1, 3, 5, 6 und 7 Regelungen, die mit den Prüfungsgegenständen nach dem SGB XI vergleichbar sind.

Es wird folgende Koordinierungsordnung zwischen Landesverbänden der Pflegekassen bzw. MDK und Heimaufsichtsbehörden vorgeschlagen:

1. Die gesetzlichen Zuständigkeiten für die Qualitätsprüfung erstrecken sich für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Medizinischen Dienste auf alle Ebenen der Qualitätsprüfung.
2. Die Heimaufsichtsbehörden sind vorrangig für die Prüfung der Strukturqualität, die Medizinischen Dienste vorrangig für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität zuständig. Diese Vorrangregel kann nur für den Fall einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung sowie durch eine Verwaltungsvereinbarung durchbrochen bzw. geändert werden.
3. Im Falle einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, können die Heimaufsichtsbehörden ebenso wie die Medizinischen Dienste auf allen Ebenen der Qualität Prüfungen vornehmen.
4. Die Prüfung gleichartiger Qualitätsgegenstände durch die Heimaufsicht und den MDK (Doppelprüfung) hat außer im Falle der Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, zu unterbleiben.
5. Die Landesverbände der Pflegekassen schließen mit den Verwaltungsträgern der Heimaufsichtsbehörden Verwaltungsvereinbarungen zu folgenden Gegenständen:

Optional:

- Wahrnehmung von Prüfaufgaben aus dem jeweiligen vorrangigen Prüfbereich, ggf. auch gemeinsame Aufgabenwahrnehmung

Obligatorisch:

- Vorbereitung und Durchführung einer Prüfung vor Ort (gegenseitige Information über vorhandene oder geplante Prüfungen; Durchführung gemeinsamer Prüfungen; nachgehende Information bei getrennten Prüfungen)
- Prüfabstände, auch in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung
- Vorkehrungen zur Vermeidung von Doppelprüfungen
- gegenseitige Information über den geplanten Einsatz sanktionierender Instrumente und Information über die durchgeführten Sanktionen;
- Abstimmung der Beratung der Einrichtung bei vorliegenden Qualitätsmängeln und bei ihrer Abhilfe.

6. Die Einrichtungen und ihre Trägerverbände erhalten eine Abschrift der Verwaltungsvereinbarung.

Die Vorrangregel bei der Wahrnehmung der Prüfaufgaben, kombiniert mit einer Verwaltungsvereinbarung, mit der optional die Verteilung der Prüfaufgaben zwischen Heimaufsicht und MDK geregelt werden kann, und die weiter verpflichtende Kooperations- und Koordinationsgegenstände enthält, hat mehrere Vorteile gegenüber der bisherigen Rechtslage:

- Die gesetzlichen Zuständigkeiten jeweils für die Prüfung auf allen Ebenen der Qualität bleiben für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Medizinischen Dienste bestehen.
- Die Wahrnehmung der Prüfaufgaben folgt einer Vorrangregelung, die sich an den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientiert und damit eine grundsätzlich sachgerechte Zuordnung der jeweiligen Prüfaufgaben zu den Prüfinstanzen erlaubt.
- Die Prüfinstanzen können in Ansehung der spezifischen Erfordernisse vor Ort die Aufgabenwahrnehmung flexibel gestalten. Eine Übertragung von Sanktionsbefugnissen ist jedoch nicht möglich.
- Die Prüfinstanzen werden gesetzlich verpflichtet, in Verwaltungsvereinbarungen die Vorgehensweise bei Prüfungen festzulegen und damit Transparenz gegenüber den Einrichtungen zu erzeugen.
- Das grundsätzliche Verbot der Doppelprüfung ist Ausfluss des Gebotes effizienten Verwaltungshandelns. Es dient ebenfalls der Entbürokratisierung.

Sozialleistungsrecht (Kapitel 4.4)

Zweck der LQV

Die LQV wurden vor allem unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung eingeführt. Ausschlaggebend war der Gedanke, dass nur die beschriebene Leistung Gegenstand von Qualitätssicherung sein kann. Im Unterschied zum Versorgungsvertrag, dessen Voraussetzung die Sicherung eines für alle Einrichtungen gleichen Qualitätsstandards ist, stellen die LQV auf die einzelne Einrichtung ab und sollen die Leistungen gerade dieser Einrichtung beschreiben

Dieses den LQV zu Grunde liegende Konzept ist zunächst überzeugend und stellt sich als theoretisch stimmig dar. Der Umgang der Praxis mit den LQV lässt hingegen Zweifel an der Stimmigkeit aufkommen, zumindest aber an ihrer Wirksamkeit. Bis auf wenige Ausnahmen werden die LQV nicht als taugliches Instrument verstanden, die erforderlichen Voraussetzungen für die Qualitätssicherung zu schaffen. Das Meinungsbild zu Sinn und Zweck der LQV lässt sich insgesamt als weitgehend negativ beschreiben, auch wenn im Einzelnen Differenzierungen angebracht werden, die zum Teil damit zu tun haben, dass die Praxis der Erstellung von LQV in den Bundesländern in inhaltlicher wie quantitativer Hinsicht recht unterschiedlich ist.

Gestaltungsweisen der LQV

Die LQV sind sehr unterschiedlich aufgebaut und inhaltlich ausgestaltet: Einige sind sehr ausführlich und enthalten detaillierte Beschreibungen, andere erfüllen lediglich die Mindestvoraussetzungen. Auffällig ist darüber hinaus, dass die Beschreibung der Inhalte häufig wenig konkret ist. Es wird mit unbestimmten Rechtsbegriffen und mit Grundsätzen gearbeitet; dies erschwert eine spätere Nachprüfbarkeit. Damit ist festzustellen, dass der Konkretisierungszweck der LQV nicht erfüllt wird.

Weiterhin werden in der LQV zum Teil lediglich Daten abgefragt, die bereits Gegenstand des Versorgungsvertrages sind. Auffällig ist, dass in den LQV die hier untersucht worden sind, kaum zusätzliche Leistungen beschrieben werden; es wird vielmehr häufig auf den Rahmenvertrag verwiesen. Lediglich in einzelnen Fällen kommt es zu einer zusätzlichen Leistungsverpflichtung (etwa wenn Prophylaxen genannt sind).

Besonderer Bedarf

Divergenzen zeigen sich auch bei der Bestimmung des besonderen Bedarfs, weil offenbar nicht sicher ist, welche Personengruppen darunter zu subsumieren sind und ob dafür z.B. § 75 Abs. 3 SGB XI eine Art Leitlinie darstellt. Zum Teil wird das Problem umgangen, indem man bestimmte Situationen schildert, andere Formulierungen wählt oder lediglich die Verfahrensweise bestimmt, wie ein besonderer Bedarf festzustellen ist. Fraglich ist auch, ob sich in Spezialeinrichtungen per se der besondere Bedarf anders darstellt oder ob unabhängig von der Einrichtung der besondere Bedarf eine einheitliche Beschreibung für besondere Pflegegruppen ist.

Personelle Ausstattung des Pflegeheims - Qualifikation der Mitarbeitenden

Probleme ergeben sich bei der personellen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeitenden. Es stellt sich die Frage, inwiefern sich die Anforderungen von denen nach § 5 HeimpersonalVO unterscheiden und was überhaupt unter einer Fachkraft zu verstehen ist (d.h. ob die Fachkraftdefinition des SGB XI oder die der HeimpersonalVO Grundlage ist). Überwiegend deckt sich die personelle Ausstattung mit Anforderungen der HeimpersonalVO. Es wird entweder darauf verwiesen oder die Darstellung in den LQV entspricht ihr. Damit läuft § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI weitgehend ins Leere.

Pflegestufen versus Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit

Konsens herrscht weitgehend in der Frage, ob man in den LQV weiterhin nach Pflegestufen oder stattdessen nach der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit gliedern sollte. Praktikabilitätsgründe und der ansonsten hohe Verwaltungsaufwand sprechen für eine Gliederung nach Pflegestufen.

Ungleiche Vertragspartnerschaft

Die LQV sind als ein Vertrag konzipiert. Idealerweise sollen sich damit gleichberechtigte Partner gegenüberstehen. Dies ist in der Praxis jedoch offenbar nicht der Fall. Das

Verhältnis von Pflegekassen zu Einrichtungen wird überwiegend als Über- bzw. Unterordnungsverhältnis wahrgenommen, wobei die Gründe zum Teil divergieren. Einige Pflegekassenvertreter sind bemüht, das Verhältnis als das gleichberechtigter Vertragspartner darzustellen. Wenn aber gleichzeitig darauf verwiesen wird, dass für den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung der Nachweis einer wirksamen LQV nötig ist, verdeutlicht dies die Abhängigkeit der Einrichtungen. Sie müssen demnach möglichst schnell LQV abschließen, wenn sie an einer schnellen Pflegesatzvereinbarung interessiert sind.

Einschätzungen

Übereinstimmung herrscht in der Feststellung, dass die LQV einen enormen Verwaltungsaufwand verursachen, der sich im Ergebnis meist nicht rentiert. Vorherrschend wird konstatiert, dass die Gesetzeszwecke (Ermöglichung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und eines Pflegeheimvergleichs, Transparenz und Unterbindung von illegalen Praktiken) nicht erreicht worden sind. Damit wird den LQV die Eignung für diese Zielerreichung abgesprochen.

Überwiegend Einigkeit herrschte weiterhin in der Beantwortung der Frage, ob die LQV sinnvoll sind: Die Frage wird verneint und für die Abschaffung der LQV plädiert. Die Gründe sind unterschiedlich. Ursächlich sind unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche an die LQV: Pflegeeinrichtungen bzw. ihre Interessenvertreter erhoffen sich durch die Darstellung der Leistungen eine bedarfsgerechte(re) Vergütung. In ihren Augen wäre dies eine Vergütungserhöhung. Weil dieser Effekt in der Regel nicht eingetreten ist, sind die Leistungsbeschreibungen inzwischen stark eingeschränkt und auf ein Minimum reduziert worden. Eine weitergehende Bindung wird wegen der Befürchtung vermieden, dass dies im Falle der Nichteinhaltung zu einer Vergütungskürzung führen könnte.

Die Vertreter der Pflegekassen und Sozialhilfeträger sehen hingegen in den LQV eher die Möglichkeit, Personalwerte genauer festzulegen bzw. eine Verbesserung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Dass sich dies parallel in einer Verbesserung der vereinbarten Vergütung niederschlagen sollte, sehen sie aus ihrer Perspektive naturgemäß nicht.

1	Das Projekt zur Identifikation von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)	32
1.1	Auftrag des BMFSFJ und Vorgehensweise	33
1.2	Ausgangssituation und Ergebniserwartung	35
1.3	Die Referenzheime des Projektes	36

1 Das Projekt zur Identifikation von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)

1.1 Auftrag des BMFSFJ und Vorgehensweise (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)¹

Kompetenzteam bilden

Nach den Ausschreibungsunterlagen des Auftraggebers war die Vorgabe, ein Kompetenzteam zu bilden, das sowohl in der praxisorientierten Forschung erfahrene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als auch in der Pflege- und Organisationsberatung versierte Fachleute umfasst und darüber hinaus - im Sinne eines multiprofessionellen Ansatzes - unterschiedliche Fachdisziplinen und Professionen einbezieht.

Differenzierte und verallgemeinerungsfähige Aussagen über etwaige Überbürokratisierung treffen

Weiterhin war gefordert, aufbauend auf den Ergebnissen der Kurzexpertise „Entbürokratisierungspotenziale in stationären Einrichtungen der Altenpflege“ (Institut für Gerontologie - IfG - an der Universität Dortmund: Eckhart Schnabel, Frauke Schönberg; Dortmund im Mai 2003) differenzierte und verallgemeinerungsfähige Aussagen über eine etwaige Überbürokratisierung in der stationären Altenpflege zu identifizieren. Im Einzelnen, so das Anforderungsprofil, sollen

- überflüssige und änderungsbedürftige Vorschriften auf der Ebene des Bundes und der Länder identifiziert,
- innerorganisatorische Schwachstellen aufgedeckt,
- der Aufwand für die Pflegeplanung und -dokumentation untersucht sowie
- Abstimmungsprobleme bei der Ausführung leistungs- und aufgabenrechtlicher Vorschriften der unterschiedlichen Instanzen offen gelegt werden.

Eine hinreichende Anzahl an Referenzheimen finden

Um Ergebnisse mit bundesweiter Relevanz zu erzielen, war möglichst schnell eine hinreichende Anzahl an zur Zusammenarbeit bereiten stationären Einrichtungen in ganz Deutschland zu finden. Als Äquivalent für die Mitarbeit im Projekt haben die Referenzeinrichtungen - gemäß der Vorgabe des Auftraggebers - Rückmeldungen zu den Ergebnissen der Untersuchungen als Grundlage für ihre innerbetriebliche Entwicklung erhalten.

Das Endprodukt: Eine qualitative Studie mit übertragbaren Empfehlungen

Als Endprodukt liegt jetzt, wie vom Auftraggeber gefordert, eine qualitative Studie vor, die nicht repräsentativ ist, aber doch die vielfältige Praxis in Deutschland abbildet, Entbürokratisierungspotenziale aufzeigt und den politisch und fachlich Verantwortlichen übertragbare Empfehlungen liefert, ohne dass dabei zentrale Anforderungen an

¹ iSPO-Institut, Saarbrücken

eine qualitativ hochwertige stationäre Pflege in Deutschland außer Acht gelassen werden.

Bearbeitung der Thematik als externe und unabhängige, systematische und an der Praxis orientierte Überprüfung der Sachverhalte

Mit der Umsetzung des Projekts beauftragt wurde das iSPO-Institut² in Saarbrücken. Gemäß der Vorgabe des Auftraggebers hat iSPO ein multiprofessionelles Kompetenzteam zusammengestellt, das erfahrene Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sowie in der Pflege- und Organisationsberatung versierte Fachleute vereint. Dem Team gehören neben den Sozialwissenschaftlern um den Institutsleiter Werner Göpfert-Divivier Ursula Mybes vom Büro Mybes³ mit ihren Mitarbeitenden sowie Prof. Dr. Gerhard Igl,⁴ Universität Kiel, an.

Rückkoppelung im Projektverlauf als Arbeitsprinzip

Den beteiligten Referenzheimen hat die Mitarbeit im Projekt Vorteile für ihre interne Weiterentwicklung gebracht:

- Sie erhielten ein Feedback im Sinne fachlicher Rückmeldung, u.a. anlässlich der drei Präsentations- und Austauschtreffen.
- Mit der Teilnahme am Projekt hatten die Einrichtungen Gelegenheit zur bundesweiten Außendarstellung und die Chance, themenbezogene Informationen aus erster Hand zu erhalten.
- Zwischenergebnisse im Projektverlauf wurden den beteiligten Einrichtungen exklusiv präsentiert.
- Den Einrichtungen haben sich weiterführende Kontakte eröffnet und schließlich nehmen sie an einer exklusiven Abschlussveranstaltung teil, in deren Rahmen die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Die Zusammenarbeit gestaltete sich vertrauensvoll und partnerschaftlich. Alle Angaben der Einrichtungen wurden streng vertraulich behandelt. Die Heime haben mit ihren unterschiedlichen Möglichkeiten engagiert zum Gesamtergebnis beigetragen. Bemerkenswert ist, dass es hinsichtlich keines der Ergebnisse Kontroversen zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungen und dem Kompetenzteam gegeben hat.

Die Projektbearbeitung fand im Rahmen von einzelnen Themenpaketen statt. Zur Bearbeitung des ersten Untersuchungspakets zum Thema *Pflegedokumentation* mussten z.B. zunächst bewohnerbezogene Strukturdaten übermittelt und ein entsprechender Fragebogen ausgefüllt werden. In der Folge waren die näher zu untersuchenden

² iSPO, Saarbrücken: Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung.

³ Dipl. Haushaltswissenschaftlerin, mit den Ressourcen ihres Büros (u.a. Dipl. Pflegemanagerin, Dipl. Psychologin): Grundlagenarbeit Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe, Köln.

⁴ Dr. jur. Gerhard Igl: Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht Christian-Albrechts-Universität zu Kiel; Lehrstuhl für Öffentliches und Sozialrecht; geschäftsführender Vorstand des Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa.

Pflegedokumentationen nach den Kriterien des Kompetenzteams auszuwählen, zu anonymisieren und in Kopie weiterzugeben. Im Untersuchungspaket Pflegedokumentation wurde direkt auf bewohnerbezogene und organisationsbezogene Daten zurückgegriffen, die seitens der Heime zur Verfügung gestellt aber nicht interpretiert wurden. In allen anderen Untersuchungspaketen wurden Informationen aus Fragebögen und Aussagen von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern bearbeitet.

Dem Auftraggeber wurde ein Teil der Ergebnisse zeitnah zur Verwendung am Runden Tisch Pflege und im Rahmen der politischen Entscheidungsprozesse übergeben. Drei interne Fachveranstaltungen im April, Juli und November 2005 dienten der Information der Einrichtungen.

Darüber hinaus wurden im Februar und im Juni 2005 in Expertenhearings Fragen des Heimgesetzes, des SGB XI und der entsprechenden Prüfverfahren, der Entgeltgestaltung sowie zum (Neu-)Bau von Altenhilfeeinrichtungen bearbeitet.

Die jetzt in ihrer Gesamtheit vorliegenden Ergebnisse des Projekts dienen letztendlich der Verbesserung der Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen. Sie ist u.a. zu erreichen durch eine Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, wenn unnötiger bürokratischer Aufwand vermieden werden kann. Die Ergebnisse der Studie leisten darüber hinaus einen Beitrag zur Effizienzsteigerung und Kostensparnis, wenn die Adressaten - neben der Praxis sind dies die Verantwortlichen in Politik und Fachöffentlichkeit - in gemeinsamer Verantwortung die Ergebnisse umsetzen.

1.2 Ausgangssituation und Ergebniserwartung

(Über-)Bürokratie als nicht gewollte Nebeneffekte von Regelungen

Grundsätzlich, so die Einschätzung des Kompetenzteams, ist davon auszugehen, dass alle im Themenzusammenhang zu beleuchtenden Aspekte möglicher (Über-)Bürokratie⁵ als nicht gewollte Nebeneffekte der Bestrebungen entstehen, stationäre Pflege bzw. das Leben von hilfe- und unterstützungsbedürftigen Menschen optimal zu organisieren. „Optimal“ bezieht sich dabei auf die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie im Weiteren ihrer Angehörigen und gesetzlichen Vertreter (deren Bedürfnisse und Wünsche und ihr Verständnis von Qualität), auf die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Definition der Kostenträger und der (sozial-)politisch Verantwortlichen, aber auch auf die Aspekte, die den Trägern von Pflegeheimen hinsichtlich ihrer betriebsinternen Logik wichtig sind.

Im Verlauf der Auftragsbearbeitung war es notwendig, neben einer Auflistung der Bandbreite möglicher Aspekte eine Gewichtung potenzieller bürokratischer Hemmnisse vorzunehmen, denn nicht alle wirken sich gleichermaßen belastend aus. Weiterhin war zu unterscheiden zwischen den aus gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen resultierenden und „hausgemachten“ also träger- bzw. einrichtungsbedingten Hemmnissen.

⁵ Vgl. hierzu im Detail die Ausführungen in Kapitel 2.

Insgesamt, so haben die Untersuchungen gezeigt, geht es um komplexe Wechselwirkungen zwischen Rahmenbedingungen, wie sie von außen vorgegeben werden und internen Gestaltungsspielräumen in der jeweiligen Trägerausprägung, aber auch um Regelungen auf der Ebene sonstiger Akteure (u.a. der Kontrollinstanzen), denn bei dem Bestreben, die vorher genannten Ziele zu fördern, entstehen constraintendierte Effekte, die die beabsichtigten Wirkungen relativieren bzw. überlagern.

Sozialpolitische Einordnung

Sozialpolitisch ist das Projekt vor dem Hintergrund der Bestrebungen einzuordnen, der demografischen Entwicklung und den gesamtgesellschaftlichen Veränderungen Rechnung zu tragen und dauerhaft eine hochwertige und gleichzeitig bezahlbare Versorgung alternder und hilfebedürftiger Menschen sicherzustellen. Die stationäre Altenpflege ist in der Bandbreite der vielfältigen Angebote, Dienste und Einrichtungen aktuell und sicherlich auch in Zukunft eine Säule der Versorgung. Die Anbieter sehen sich derzeit jedoch einer zunehmenden Kritik ausgesetzt, die sich vor allem auf die hohen monatlichen Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer sowie auf die Frage bezieht, ob als Äquivalent ein bedarfsgerechtes und an den Wünschen und Vorlieben der Hochbetagten und pflegebedürftigen alten Menschen orientiertes Leben sichergestellt ist.

Die Leistungsanbieter verweisen gerne auf die Überfrachtung gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungen, die eine Menge an Arbeitszeit und damit viele Ressourcen absorbieren, die besser für die direkte Pflege und Betreuung am Menschen verwendet würden. Demgegenüber tragen Aufsicht über die stationäre Pflege führende Instanzen vor, dass ohne entsprechende passgenaue Regelungen und Prüfungen nicht in jedem Fall die zu fordernde Qualität gesichert ist.

Generell mehren sich in den letzten Jahren die Klagen aus den personenbezogenen Dienstleistungsbereichen über eine Zunahme von Bürokratie, Regulierung und Verwaltung. Der Anteil an Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten steige ständig und damit stehe weniger Zeit für die eigentliche Arbeit mit den Zielgruppen zur Verfügung. Ursachen werden in praxisfremden und überhöhten gesetzlichen Regelungen, Verordnungen und Vorschriften gesehen.

1.3 Die Referenzheime des Projektes

Das Projekt startete am 1. Juli 2004 und wurde im April 2006 beendet. Einbezogen waren 28 Einrichtungen der stationären Altenpflege. Nach einer verbindlichen Willensbekundung und nach Rückkoppelung mit dem BMFSFJ wurde die Gruppe der Referenzeinrichtungen konstituiert. Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung haben die Beteiligten ihre Zusage zur Zusammenarbeit schriftlich bekundet.

Für die Erarbeitung einer qualitativen Studie war die Auswahl der Praxisakteure nach sorgfältig definierten Kriterien wichtig. Neben

- Einrichtungen aus allen Bundesländern (vgl. die nachfolgende Übersicht) umfasst die Gruppe der Referenzheime

- Einrichtungen in freigemeinnütziger, privater und kommunaler Trägerschaft und
- unterschiedlich große Einrichtungen (orientiert an der Platzzahl).
- Weitere Kriterien für die Aufnahme einer Einrichtung in die Gruppe der Referenzheime waren die Bandbreite des Leistungsspektrums bzw. des Diversifizierungsgrads (zwischen ausschließlich stationärem Pflegeangebot und einem Altenhilfezentrum mit abgestuften, vielschichtigen Angeboten) und
- unterschiedliche Varianten der Einbindung der Einrichtung in die Trägerstruktur (Solitäreinrichtung - Teil eines größeren Trägers - Haupt- oder Filialbetrieb).
- Berücksichtigt sind zudem verschiedene Heimtypen („traditionelles Konzept“ versus „neueres Wohnkonzept“) ebenso wie
- der Grad der Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen und der Ort der Bearbeitung zentraler Verwaltungsfunktionen (weitgehende Autonomie innerhalb der Einrichtung - „von oben vorgegebene“ Ablaufprozesse - Durchführung bestimmter Aufgaben durch den übergeordneten Träger).
- Schließlich waren verschiedene Leitungsmodelle und Aufbauorganisationen sowie
- das Ausmaß des Outsourcings bestimmter Leistungen Auswahlkriterien.

Strukturdaten der Referenzeinrichtungen im Überblick

Die Bundesländer sind in der Gruppe der Referenzeinrichtungen wie folgt vertreten:

Mit 3 Einrichtungen: Niedersachsen, Schleswig-Holstein

Mit 2 Einrichtungen: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen

Mit 1 Einrichtung: Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Saarland, Sachsen

Die Einrichtungen bieten insgesamt 2.510 stationäre Wohn-/Pflegeplätze an bei folgender Verteilung nach der Größe der Einrichtungen:

Heime mit bis zu 60 Plätzen:	9
Heime mit 60 - 120 Plätzen:	11
Heime mit 120 - 200 Plätzen:	6
<u>Heime mit über 200 Plätzen:</u>	<u>2</u>
Heime gesamt:	28

Bei einer qualitativen Studie steht die proportionale *Verteilung* etwa *nach Trägerzugehörigkeit* nicht im Vordergrund. Trotzdem wurde versucht, die in der stationären Alten-

hilfe vorwiegend tätigen Träger bei der Auswahl der Referenzeinrichtungen entsprechend zu berücksichtigen. Die 28 Heime gehören folgenden Trägern an:

Arbeiterwohlfahrt:	3 Heime
Caritas/Kath. Träger:	8 Heime
Diakonie/Ev. Träger:	7 Heime
Dem Paritätischen angeschlossen:	5 Heime
Deutsches Rotes Kreuz:	3 Heime
<u>Private Träger:</u>	<u>2 Heime</u>
gesamt:	28 Heime

Übersicht der Referenzeinrichtungen

- St. Elisabeth, Wohnen und Pflege im Alter, Stiftung Haus Lindenhof, Aalen
- Seniorenresidenz Kinzigtal GmbH, Gengenbach
- BRK Senioren- und Servicezentrum Neutraubling, BRK Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz, Neutraubling
- AWO Seniorenresidenz Egenhofen, AWO Bezirksverband Oberbayern, Egenhofen
- Evangelisches Pflegeheim Lutherstift gGmbH, Diakonieverein Lankwitz und Steglitz, Berlin
- Altenpflegeheim der Stadt Müncheberg, Müncheberg
- Stiftungsdorf Rönnebeck, Haus an der Weser, Bremer Heimstiftung, Bremen
- Alten- und Pflegeheim, Georg-Behrmann-Stiftung, Hamburg
- Katharinenstift-Wichernhaus, Martin-Luther-Stiftung, Hanau
- Caritaszentrum Offenbach, Caritasverband Offenbach
- DRK-Pflegeheim Bergen-Rotensee, DRK Kreisverband Rügen, Bergen auf Rügen
- Pflegeheim Rolf Grond, Volkssolidarität Kreisverband Rostock-Stadt, Rostock
- DRK-Altenzentrum Elkartallee, Gesellschaft für soziale Einrichtungen des DRK Landesverbandes Niedersachsen, Hannover
- Haus Christophorus, Christophorus-Stift gGmbH, Hildesheim
- Caritas-Seniorenzentrum, Haus Simeon, Caritasverband für die Diözese Osnabrück, Sögel
- Seniorenhaus St. Margareta, Katholische Kirchengemeinde St. Margareta, Königswinter

- St. Josef Seniorenhaus, Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur HI. Maria, Meckenheim
- AWO-Seniorenzentrum, AWO Bezirksverband Rheinland, Idar-Oberstein
- Alten- und Pflegeheim Haus Helena, Mehren
- Altenhilfezentrum St. Wendel, Stiftung Hospital St. Wendel
- Sozialkulturelles Zentrum Gorbitz, Wohnen mit Pflege, Volkssolidarität Dresden
- Seniorenzentrum Rosengarten, Volkssolidarität Verwaltungs-gGmbH Sachsen-Anhalt, Könnern
- Albertinenstift Harrislee, DIAKO Flensburg, Harrislee
- Haus Eichengrund, Diakonie-Hilfswerk Schleswig-Holstein, Rendsburg
- Wohnpflege Mettenhof, Kieler Servicehäuser der AWO, Kiel
- Friedrich-Zimmer-Haus, Diakonisches Zentrum Sophienhaus, Weimar
- Deutschordens Seniorenhaus gGmbH, Erfurt
- Altenpflegeheim Luisenhaus, Katholische Pfarrgemeinde St. Peter und Paul, Naumburg

2	Begriff und Geschichte der Entbürokratisierung (Dirk Groß)	40
2.1	Vorbemerkung	41
2.2	Bürokratische Herrschaft nach Max Weber	41
2.3	Entbürokratisierung und Bürokratiekritik	44
2.3.1	Abgrenzung des Begriffs	44
2.3.2	Phasen der Entbürokratisierungsdiskussion in Deutschland	45
2.3.2.1	Die Phase der „Aktiven Politik“ und Planung (1966-1977)	46
2.3.2.2	Die Phase der Entbürokratisierung (1978-1989)	47
2.3.2.3	Die Phase des New Public Management (1990-1998)	49
2.3.2.4	Die Phase des aktivierenden Staates (seit 1999)	51
2.4	Entbürokratisierung in der Altenhilfe	54
2.4.1	Ausgangslage	54
2.4.2	Zum Begriff der Entbürokratisierung	56
2.5	Fazit	59
	Literaturverzeichnis	60

2.1 Vorbemerkung

In den letzten Jahren mehren sich in vielen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens in der Bundesrepublik die Klagen über ein Übermaß an Regulierung, Bürokratie und Verwaltungsaufwand. Spätestens mit dem im Juli 2003 beschlossenen Strategiekonzept „Initiative Bürokratieabbau“¹ der Bundesregierung ist Bürokratiekritik (wieder) in den Mittelpunkt der politischen, rechtlichen und verwaltungswissenschaftlichen Diskussion gerückt.

Dabei fällt eine Tendenz auf, die sich bereits in früheren Diskussionen gezeigt hat: Die allgemeine Diskussion um Entbürokratisierung, aber auch um Gesetzes- und Verwaltungsvereinfachung, bringt eher ein dumpfes Unbehagen zum Ausdruck, als dass die Konsequenzen derartiger Bemühungen sorgfältig zu Ende gedacht werden. Man ist für Entbürokratisierung bzw. für Gesetzes- und Verwaltungsvereinfachung, ohne Konsens darüber, was eigentlich gemeint ist. Unter dem Banner „Entbürokratisierung“ sammelt sich viel Unzufriedenheit und die Konkretisierung wird gerne „auf später“ verschoben.²

Damit entsteht eine Gefahr, die Ellwein vor einigen Jahren treffend wie folgt beschrieben hat:

„Man kann für Entbürokratisierung sein, ohne ein Programm oder ein greifbares Ziel zu haben. Man kann damit für etwas sein, ohne es je zu erreichen, und man kann dafür beliebig jemanden anderes haftbar machen - Entbürokratisieren bedeutet immer auch Teilnahme an einem 'Schwarze-Peter-Spiel', in dem die Schuld zuweisende Karte nimmermüd zwischen Bonn und Brüssel, den Landeshauptstädten und Bonn, den Politikern und den Beamten, der politischen Führung und den Interessenverbänden herumgereicht wird“.³

Ziel des vorliegenden Exkurses ist es, den Begriff „Entbürokratisierung“ theoretisch greifbar zu machen, um damit eine theoretische Fundierung der konstruktiven und Ziel führenden Umsetzung von Entbürokratisierungsbemühungen zu schaffen.

2.2 Bürokratische Herrschaft nach Max Weber

Um sich dem Thema Entbürokratisierung zu nähern, muss zunächst auf den Begriff der Bürokratie selbst eingegangen werden. Erstmals wurde er von dem französischen Regierungsbeamten Vincent de Gornay (1712 - 1759)⁴ verwendet. Er sprach mit Blick auf die - von ihm konstatierte - Reglementierungswut der Regierung von der „bureaucratie“ als der Krankheit der Schreibstuben und Kanzleien und bezeichnete diese als zuweilen sogar vierte oder fünfte Regierungsform.⁵

¹ Die „Initiative Bürokratieabbau“ ist neben dem „Modernen Verwaltungsmanagement“ und „E-Government“ eine der drei Säulen des Regierungsprogramms „Moderner Staat - moderne Verwaltung“, mit dem die Bundesverwaltung seit 1999 umfassend reformiert werden soll, vgl. dazu ausführlich die Internetseite <http://www.staat-modern.de/-,10008/Buerokratieabbau.htm>

² Vgl. Ellwein 1989a, S. 307

³ Ellwein 1989a, S. 307f.

⁴ Gornay gehörte zum Kreis der so genannten „Physiokraten“, die den Merkantilismus durch einen Verzicht des Staates auf Eingriffe in die Wirtschaft, d.h. durch die „Herrschaft der Natur“ ersetzen wollten.

⁵ Vgl. dazu ausführlich: Wunder 1986

Die wissenschaftliche Fundierung von Bürokratie geht jedoch auf die Arbeiten von Max Weber⁶ (1864 - 1920) zurück, der „Bürokratie“ als soziologischen Grundbegriff geprägt hat. Weber untersuchte Bürokratie unter dem Aspekt der Herrschaft, die er als „Chance, für einen Befehl bestimmten Inhalts, bei (..) [konkret benannten] Personen Gehorsam zu finden“,⁷ definierte. Er unterschied dabei drei mögliche Herrschaftsformen:⁸

- die **charismatische Herrschaft** beruht auf der „außeralltäglichen Hingabe an die Heiligkeit oder Heldenkraft oder die Vorbildlichkeit einer Person und der durch sie offenbarten oder geschaffenen Ordnungen“; sie ist demnach durch ein „*Führer-Anhänger-Verhältnis*“ gekennzeichnet;
- die **traditionelle Herrschaft**, die sich „auf den Alltagsglauben an die Heiligkeit von jeher geltender Traditionen und die Legitimität der durch sie zur Autorität Berufenen“ gründet und die somit durch ein „*Herr-Diener-Verhältnis*“ beschreibbar ist und
- die **bürokratische Herrschaft**, die Weber als „legale Herrschaft mit bürokratischem Verwaltungsstab“ definiert, die „auf dem Glauben an die Legalität gesetzter Ordnungen und des Anweisungsrechts der durch sie zur Ausübung der Herrschaft Berufenen“ aufbaut. Beim Herrschaftstyp Bürokratie besteht also ein *Verhältnis „Vorgesetzter-Untergebener“*.

Bürokratie unterscheidet sich von den anderen Herrschaftsformen insbesondere durch ihre rechtsstaatliche und demokratische Ausrichtung. Damit ist deutlich, warum Weber in der Entwicklung der bürokratischen Verwaltung „*die Keimzelle des modernen oczidentalten Staates*“⁹ sieht. Bürokratie ist das Kennzeichen jeder modernen Form von Verwaltung im öffentlich staatlichen Bereich, aber auch in weiteren Bereichen wie in Unternehmen, Betrieben, Verbänden, Parteien, Kirchen, usw., in denen Herrschaft auf der Basis einer rational-legalen Ordnung ausgeübt wird.

Wesentliche Merkmale von Bürokratien sind:¹⁰

- Ein geordnetes System von Regeln auf der Basis einer Satzung
- Eine hierarchisch gegliederte, unpersönliche Ordnung
- Die Abgrenzung von Kompetenzen und Zuordnung von Funktionen, Verantwortlichkeiten und Befugnissen
- Die Auslese der Funktionsträger nach formalen Qualifikationen
- Das schriftliche Erfassen und Dokumentieren aller Vorgänge

⁶ Max Weber war ein deutscher Jurist, Nationalökonom und Soziologe. Er gilt zusammen mit Auguste Comte, Emile Durkheim, Ferdinand Tönnies und Vilfredo Pareto als einer der „Urväter der Soziologie“. Zu seinen wichtigsten Werken zählen die "Die protestantische Ethik und der 'Geist' des Kapitalismus" (1905) und das Monumentalwerk "Wirtschaft und Gesellschaft" (1922), das u.a. eine grundlegende Darstellung der Soziologie als Wissenschaft und die in diesem Kontext wichtigen Definitionen von „Macht“ und „Herrschaft“ enthält.

⁷ Weber 1976, S. 28.

⁸ Weber 1976, S. 124

⁹ Weber 1976, S. 128

¹⁰ Zimmermann 2003, S. 43

- Die Konzentration von Herrschaft durch Wissen

Als Vorteil einer bürokratischen Organisation wird allgemein ihre technische Überlegenheit gegenüber anderen Organisations- und Herrschaftsformen in komplexen, arbeitsteiligen und hochgradig differenzierten Gesellschaften hervorgehoben. Betont wird vor allem die Objektivität, Stetigkeit, Berechenbarkeit, Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Bürokratie.

Allerdings löst gerade die unpersönliche Objektivität ein Unbehagen an Bürokratie aus und lässt sie als befremdlich wenn nicht gar bedrohlich erscheinen. Aus individueller Perspektive sind die überpersönlichen Zwecke und Ziele der Bürokratie oftmals nicht einsehbar und verständlich. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Bürokratie zum Selbstzweck wird, indem sie ihre interne Organisation gegenüber den eigentlichen Zielen in den Vordergrund stellt (Bürokratismus).¹¹

In der folgenden Tabelle sind Vor- und Nachteile der bürokratischen Organisation im Sinne Max Webers gegenübergestellt. Unterschieden wird dabei zwischen Vor- und Nachteilen für den Staat und für die Bürger auf vier grundlegenden Dimensionen einer Organisation.

Abbildung 1: Vor- und Nachteile bürokratischer Organisationen

Organisationsmerkmale	Vorteile		Nachteile	
	Für den Staat	Für den Bürger	Für den Staat	Für den Bürger
Arbeitsteilung	Spezialisierung, Kompetenzgarantie	Zuständigkeitsgarantie	Negativkoordination, selektive Perzeption	Zuständigkeitslabyrinth
Regelbindung	Steuerungsentlastung	Berechenbarkeit	Kontrollüberlastung	Verrechtlichung
Hierarchie	Steuerung und Kontrolle	Verantwortlichkeit	Konfliktverdichtung	Einschränkung der Flexibilität
Professionalität	Fachkompetenz	Fachkompetenz	Betriebsblindheit	„Extertokratie“

Quelle: Seibel, 1986, S. 142

Damit wird als ein generelles Problem jeder bürokratischen Organisation bzw. bei der grundsätzlichen Kritik am bürokratischen Prinzip die fehlende Anpassung an sich wandelnde Ziele in einer sich permanent wandelnden gesellschaftlichen Umwelt deutlich.

Bürokratien haben auf Grund ihrer strukturellen Merkmale in der Regel Schwierigkeiten sich dem sozialen Wandel anzupassen. In der Folge sinkt ihre Leistungsfähigkeit und sie sind *von Reformulierungen ihrer gesetzten Ordnung abhängig*, um weiterhin effektiv zu sein. Und: Mit zunehmendem sozialem Wandel werden zwangsläufig die Anpassungsschwierigkeiten der Bürokratie größer.¹²

¹¹ Vgl. Zimmermann 2003, S. 43

¹² Vgl. Zimmermann, 2003, S. 44

Genau hier setzen die Bestrebungen der Deregulierung, der Gesetzes- und Verwaltungsvereinfachung und auch der Entbürokratisierung an.

Im folgenden Kapitel werden diese Begriffe gegeneinander abgegrenzt und in die innenpolitische Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland ab Mitte der 1960er Jahre eingeordnet.

2.3 Entbürokratisierung und Bürokratiekritik

2.3.1 Abgrenzung des Begriffs

Will man konkrete Maßnahmen einer Entbürokratisierung beurteilen, so muss der Begriff gegenüber konkurrierenden Begriffen abgegrenzt und es muss genauer angegeben werden, was genau unter Entbürokratisierung verstanden wird. Dabei konkurriert Entbürokratisierung mit einer Reihe weiterer Reformbestrebungen wie der Aufgabenkritik, der Privatisierung, Dezentralisierung und Entscheidungsdelegation, der Bürgernähe, Verwaltungsreform und Deregulierung, einer Gesetzes- und Verwaltungsvereinfachung, dem Abbau von Staatsaufgaben und dem Vorhaben einer Konzentration auf Kernaufgaben oder Haushaltskonsolidierung.

Erste Annäherungen an den Begriff „Entbürokratisierung“ ermöglichen die Ausführungen von Seibel, der darunter „einen Sammelbegriff für die verschiedenen Formen einer Effizienzsteigerung der Behördenorganisation, einer Verbesserung des unmittelbaren Kontaktverhaltens zwischen Bürger und Verwaltung, einer allgemeinen Aufgabenentlastung des Staates und einer Befreiung der Wirtschaft von Staatsaufgaben“ versteht.¹³

Er vertritt demnach die Auffassung, dass es „reine“ Entbürokratisierung nicht gebe, ebenso wie es ja auch keine „reine“ Bürokratie im Sinne Max Webers gibt. Im Zusammenhang mit Entbürokratisierung müssen nun - so Seibel - vor allem die Begriffe der *Deregulierung*, der *Privatisierung* und der *Dezentralisierung* näher betrachtet werden. Sie lassen sich wie folgt voneinander abgrenzen:¹⁴

- Der Begriff der **Deregulierung** stammt aus den USA. Er zielt auf Lockerungen oder völlige Aufhebungen *rechtlicher* Regelungen. Im amerikanischen Sprachgebrauch umfasst der Begriff der Deregulierung aber auch einen Rückzug des Staates aus bestimmten Aufgabenfeldern, also einen Vorgang, der im Deutschen als „Privatisierung“ bezeichnet wird (siehe unten). Im politischen Bereich hat sich in der Bundesrepublik eine dem Begriff der Deregulierung entsprechende populäre Bezeichnung nicht durchsetzen können. In der wissenschaftlichen Diskussion dagegen wurde der Begriff eingedeutscht und als Entregelung bezeichnet. Er meint dann ebenfalls die Lockerung oder Aufhebung einer rechtlichen Regelung und nicht die Verschiebung einer Leistung vom öffentlichen in den privaten Sektor.
- Eine Verschiebung von Tätigkeiten oder Leistungen vom öffentlichen in den privaten Sektor wird in der Bundesrepublik mit dem Begriff der **Privatisierung**

¹³ Vgl. Seibel 1986, S. 141

¹⁴ Vgl. Seibel 1986, S. 140f.

gefasst. Folgerichtig werden im politischen Bereich seit einiger Zeit auch Maßnahmen der Privatisierung als Bemühungen um Entbürokratisierung reklamiert. Der Focus liegt jetzt aber eindeutig nicht auf organisatorischen Reformmaßnahmen, sondern auf der Entlastung des Staates durch Aufgabenverzicht.

- Auch der Begriff der **Dezentralisierung** spielt traditionell eine wichtige Rolle in der Entbürokratisierungsdiskussion. Unter Dezentralisierung wird allgemein die Delegation von Kompetenzen an eine selbstständige Einheit innerhalb einer Organisation verstanden. Geschehen kann dies durch eine Kompetenzstärkung im Rahmen bereits bestehender Aufgaben, etwa durch die Nutzung von Ermessensspielräumen, die einer dezentralen Einheit einen größeren Handlungsspielraum eröffnet.

Ungeachtet aller Unterschiede weisen die genannten Begriffe eine gemeinsame Tendenz auf:

- Sie wollen einerseits den Staat und die Gemeinden von Aufgaben und strukturellen Eigenkomplexitäten entlasten
- und andererseits das „Publikum“ (also Unternehmen und Bürger/-innen) der öffentlichen Körperschaften von Belastungen durch die Staatstätigkeit im Allgemeinen und negativen Effekten der bürokratischen Organisation im Besonderen befreien.

Hier werden also gesellschaftspolitische („ordnungspolitische“) und verwaltungspolitische Ziele vermischt.¹⁵

2.3.2 Phasen der Entbürokratisierungsdiskussion in Deutschland

Die Kritik an der Bürokratie in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion hat in der Bundesrepublik Deutschland Ende der 1970er Jahre eingesetzt. Mit „Bürokratie“ ist dabei in erster Linie die öffentliche Verwaltung von Bund, Ländern und Gemeinden gemeint. Will man die „Karriere“ des Begriffes der Entbürokratisierung angemessen darstellen und verstehen, muss man ihn in die allgemeine innenpolitische Entwicklung der Bundesrepublik seit Ende der 1960er Jahre einordnen.

Überblicksartig lassen sich *vier große Phasen der „Entbürokratisierung“* unterscheiden:¹⁶

- (1) Die Phase der „Aktiven Politik“ und Planung in den 1960er/1970er Jahren
- (2) die Bemühungen um Entbürokratisierung, Entstaatlichung und mehr Bürger-nähe seit Mitte der 1970er bis in die 1980er Jahre
- (3) die Diskussionen um eine Binnenmodernisierung der Verwaltungen unter den Schlagworten New Public Management und Neues Steuerungsmodell seit Anfang der 1990er Jahre sowie

¹⁵ Vgl. Seibel 1986, S. 141

¹⁶ Vgl. dazu ausführlich Seibel 1986, S. 144 ff.; Seibel 1997, S.91ff.; Bogumil 2004, S. 2 ff., Wollmann 2004, Olck/Ott/Backhaus-Maul 2003

- (4) die Diskussionen um den aktivierenden Staat bzw. den Gewährleistungsstaat und die Bürgergesellschaft seit Ende der 1990er Jahre (vgl. Abbildung 2).

2.3.2.1 Die Phase der „Aktiven Politik“ und Planung (1966 - 1977)

Im Verlaufe der 60er Jahre kam auf Bundesebene ein verwaltungspolitischer Diskurs in Gang, in dem die Vorstellung vom expansiven Wohlfahrts- und Interventionsstaat bestimmend war. Verbunden wurde dies mit der Forderung einer umfassenden Modernisierung der Regierungs- und Verwaltungsstrukturen. Dieser Diskurs wurde unter der Großen Koalition (1966 - 1969) begonnen und verstärkt nach Bildung der sozialliberalen Koalition (1969) geführt.¹⁷

Den Reformbemühungen dieser Phase war die Überzeugung gemein, eine modernisierte Verwaltung sei notwendige Voraussetzung für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung. Die Verwaltung sollte in die Lage versetzt werden, eine vorausschauende und integrative staatliche Politik zu ermöglichen bzw. zu unterstützen. Die Begriffe „Planung“ und „aktive Politik“ waren sowohl Schlagworte der allgemeinen politischen Diskussion (Bildungsplanung, Globalsteuerung, Raumordnung, Infrastrukturplanung bis hin zur Investitionslenkung) wie auch der Verwaltungsreformbemühungen auf Landes-, Bundes- und Gemeindeebene.¹⁸

Diese Periode wurde vor allem durch vier große Reformvorhaben geprägt:¹⁹

- Bei der **Finanzreform** von 1969 ging es um einen stärkeren Ausgleich der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit zwischen den Bundesländern durch die Schaffung eines Länderfinanzausgleichs und das Instrumentarium der Gemeinschaftsaufgaben (Art. 104a, Abs. 4 GG).
- Die Reform der **Ministerialverwaltung** zielte auf die Stärkung der Planungs- und Koordinierungsfähigkeit der zentralstaatlichen Ebene.
- Die vom Bund initiierte Reform des **öffentlichen Dienstrechts** zielte auf die Schaffung eines einheitlichen öffentlichen Dienstrechtes und die Aufhebung der Dreiteilung in Beamte, Angestellte und Arbeiter.
- Schließlich wurden mit der **Gebietsreform** in allen acht Flächenländern der alten BRD die Zahl der Kreise und Gemeinden drastisch reduziert.

Rückblickend werden insbesondere die Gebietsreform und die Finanzreform als weitgehend erfolgreich eingestuft, wohingegen die Reform der Ministerialverwaltung und insbesondere diejenige des öffentlichen Dienstrechtes als weitgehend gescheitert gelten.

Die genannten Verwaltungsreformen haben auch die Reform der Sozialen Dienste auf die Tagesordnung gesetzt. Insgesamt hat die Phase der späten 1960er und frühen 1970er Jahre im sozialen Dienstleistungssektor ein bemerkenswert breites Repertoire an Reformimpulsen und Innovationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene hervorgebracht.

¹⁷ Wollmann 2004, S. 8

¹⁸ Bogumil 2004, S. 3

¹⁹ Vgl. dazu vor allem Bogumil 2004, S. 3f. sowie Seibel 1997, S. 93ff.

Es reicht von der sozialstaatlichen Erweiterung der Geschäftsgrundlage des Sozialstaates durch den Bundesgesetzgeber (z.B. die Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes, die Ausweitung der Sozialhilfeansprüche, die Kodifizierung des Sozialrechts und die Reform des Jugendhilferechtes) über die Gründung von Fachhochschulen zur Professionalisierung des kommunalen Personals (durch die Länder) bis zum Umbau der kommunalen Sozial- und Jugendverwaltungen und zur stärkeren Inpflichtnahme der Wohlfahrtsverbände.²⁰

Diese Phase der aktiven Politik gilt bis heute im Hinblick auf die Reformobjekte und hinsichtlich der Erfassung aller gebietskörperschaftlichen Ebenen als die intensivste Verwaltungsreformbewegung in der Bundesrepublik. Nicht selten wird sie sogar mit dem Begriff der Verwaltungsmodernisierung schlechthin identifiziert.²¹ Für die „Karriere“ des Begriffs der Entbürokratisierung, wie wir ihn heute diskutieren, stellt diese Phase den Ausgangspunkt dar.

2.3.2.2 Die Phase der Entbürokratisierung (1978 - 1989)

Mitte der 1970er Jahre kam es in Deutschland - ausgelöst u.a. durch den drastischen Einbruch des wirtschaftlichen Wachstums seit 1974 („Ölschock“) - zu der sog. „Tendenzwende“, also einem grundlegenden Wandel in der Betrachtung des Regierungs- und Verwaltungsapparates. Generell, so lautete die Kritik, habe sich der Staat zuviel zugemutet. Nicht nur, dass er zu viel Geld ausbebe, seine wichtigsten Handlungsinstrumente - also Recht und Verwaltung - seien zu komplex geworden. Kritisiert wurde darüber hinaus die „Gängelung des Bürgers“ durch die stark ausgebaute Bürokratie des Wohlfahrtsstaates. Gebündelt wurde dies in Formeln wie „Gesetzesflut“ und „Bürokratisierung“.

Interessanterweise stammte diese Kritik nicht allein aus dem konservativen und liberalen Lager, sondern auch aus linksbürgerlichen Kreisen, die Ende der 1970er Jahre zur Gründung der Partei „Die Grünen“ führte. Entbürokratisierung ist also in der Bundesrepublik neo-liberalen bzw. neo-konservativer Herkunft, war jedoch der Sache nach spätestens Anfang der 1980er Jahre - wenn auch mit unterschiedlichen politischen Akzentuierungen - in der Gesellschaft breit akzeptiert.²²

Vor dem Hintergrund der oben geschilderten Entwicklung kam es seit Ende der 1970er Jahre zu einer Reformbewegung unter den Schlagworten „*Entbürokratisierung*“ bzw. „*Rechts- und Verwaltungsvereinfachung*“. In nahezu allen Bundesländern wurden ab 1978 eigene Reformkommissionen eingesetzt, deren Auftrag darin lag, Vorschläge für Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen zu erarbeiten.²³ Nach dem Regierungswechsel im Jahre 1983 wurde eine „*Unabhängige Kommission für Rechts- und Verwaltungsvereinfachung*“ ins Leben gerufen.²⁴

²⁰ Bönker/Wollmann 2000, S. 40

²¹ Vgl. Seibel 1997, S. 93

²² Vgl. Seibel 1997, S.97f., Seibel 1986, S. 138f., 146; Bogumil 2004. S. 4

²³ Eine umfassende Dokumentation und Analyse der Entbürokratisierungsbemühungen in den Ländern findet sich bei Helmrich 1989, vgl. auch Ellwein/Heese 1985 sowie Seibel 1986, S. 148ff.

²⁴ Vgl. dazu ausführlich BMI 1987; nach ihrem Vorsitzenden, dem Parlamentarischen Staatssekretär im Bundesministerium des Innern wurde sie auch als „Waffenschmidt-Kommission“ bekannt.

Die Arbeit dieser Kommissionen kann wie folgt zusammengefasst werden:²⁵

1. Im Vordergrund der Kommissionstätigkeiten standen Rechtsbereinigung und -vereinfachung. Hier gab es - trotz der bereits seit den 1950er Jahren in allen Bundesländern erfolgten Rechtsbereinigungen - noch erhebliche „Entbürokratisierungspotenziale“. Im Ergebnis konnte die Zahl der gültigen Landesgesetze deutlich reduziert werden.
2. An zweiter Stelle standen Maßnahmen und Vorschläge zur Verwaltungsvereinfachung und zur Verlagerung von Zuständigkeiten im politisch administrativen System. Beispielhaft lassen sich die Abschaffung von Beiräten, der Verzicht auf die Beteiligung des staatlichen Gesundheitsamtes in bestimmten Fällen oder der Abbau Investitionen hemmender Maßnahmen nennen.
3. Dagegen fällt die Gruppe von Vorschlägen, die auf einen ausdrücklichen Aufgabenverzicht hinauslaufen, eher gering aus.
4. Etwas stärker besetzt ist wiederum die Gruppe der Vorschläge, die auf die Verbesserung der Bürgernähe durch die Verwaltung zielen, wobei allerdings oft Äußerlichkeiten im Vordergrund standen.

Lag also der Schwerpunkt der Arbeiten der genannten Kommissionen eindeutig im Bereich der Lockerung, Vereinfachung oder Aufhebung rechtlicher Regelungen (Deregulierung), so hat sich parallel dazu seit Ende der 1970er Jahre ein Klimawechsel zu Gunsten von mehr Bürgerfreundlichkeit vollzogen. Vor dem Hintergrund der Zunahme staatlicher Interventionstätigkeiten wurden die Probleme der Leistungsfähigkeit und Steuerbarkeit staatlichen Handelns immer offensichtlicher. Zudem wurde deutlich, dass die Wirksamkeit bestimmter Dienstleistungen von der Mitwirkung der Bürger abhängig ist.

Entsprechend stehen die Verbesserung des Verhältnisses von Bürger und Verwaltung im Vordergrund einer Sachverständigenanhörung im Bundesministerium des Inneren (1980). Flankiert wurde diese Anhörung durch ein Forschungsprogramm zur Verbesserung der Bürgernähe sozialer Dienstleistungen. Wichtigstes Ergebnis der Sachverständigenanhörung war ein Kriterienkatalog zur Verbesserung des Verhältnisses Bürger/Verwaltung für den nachgeordneten Bereich der Bundesverwaltung (Juli 1981). Ein späteres Ergebnis dieser Bemühungen ist ein Kriterienkatalog zur Verbesserung des Verhältnisses Bürger/Verwaltung mit einem dazugehörigen Leitfaden (erschieden im März 1986).

Insgesamt avancierte *Bürgernähe* in dieser Zeit neben den Zielvorstellungen *Zweckmäßigkeit*, *Wirtschaftlichkeit* und *Rechtmäßigkeit* zu einem vierten Hauptkriterium für den Erfolg von Verwaltungshandeln.²⁶

Im Bereich der Sozialen Dienstleistungen fielen einige der in der Phase der „Aktiven Planung“ begonnenen Reformen dem Diktat des Rotstiftes zum Opfer (z.B. die 4. Novelle des Bundessozialhilfegesetzes, die Reform des Jugendhilferechts oder die Neu-

²⁵ Ellwein 1989b, S. 10f.

²⁶ Bogumil 2004, S.4f., Seibel 1986, S. 147

organisation der kommunalen sozialen Dienste). Als Innovation brachte diese Phase neben der zunehmenden staatlichen Selbsthilfeförderung etwa die Ausbreitung von Sozialstationen hervor, die verstärkt als Alternative zu den kostenintensiven stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen angesehen wurden.²⁷

2.3.2.3 Die Phase des New Public Management (1990 - 1998)

Im Laufe der Regierungszeit der konservativ-liberalen Regierung unter Kanzler Helmut Kohl (1982 - 1998) wurde dann eine neue Phase der Modernisierungs- und Entbürokratisierungsdiskussion eingeleitet. Kohl wollte den Staat auf seine Kernaufgaben zurückführen und knüpfte damit an dem international zunehmend dominierenden neoliberal geprägten Modernisierungsdiskurs unter dem Stichwort „New Public Management“ an.²⁸

Das bedeutet für ihn von Beginn an neben der Fortführung der Rechts- und Verwaltungsvereinfachung eine verstärkte Schwerpunktsetzung auf Maßnahmen im Bereich der *Privatisierung*. Ihren Höhepunkt erreichten diese Bemühungen mit den zu Beginn der 1990er Jahre beschlossenen Privatisierungen der Deutschen Bundesbahn (seit 01.01.1994 Deutsche Bahn AG), der Unternehmen der Deutschen Bundespost (Postdienst, Postbank, Telekom) sowie der Flugsicherung (1993), nachdem der Bund sich zuvor bereits aus den großen Industriekonzernen (Volkswagen AG, VEBA AG, VIAG AG und Salzgitter AG) zurückgezogen hatte.²⁹ Wenn auch nicht im gleichen Umfang, wurden auch auf Länderebene erhebliche Privatisierungsprogramme aufgelegt.³⁰

Eine gewisse Kontinuität weist dagegen das Thema Entbürokratisierung im Sinne von *Deregulierung* und *Reduzierung von Vorschriften* sowohl auf Bundes- wie auf Landesebene auf. Ein Beispiel hierfür ist etwa auf Bundesebene die 1993 eingesetzte „Schlichter-Kommission“, die sich um die Beschleunigungen von Genehmigungsverfahren bemühte. Darüber hinaus hat es in dieser Phase in nahezu allen Bundesländern Bemühungen um den Abbau von Standards sowie der Verringerung bzw. Vereinfachung von Vorschriften gegeben.³¹

Auf kommunaler Ebene hingegen liegt der Schwerpunkt der Reformbemühungen eindeutig auf der *Binnenmodernisierung*. Ausgangspunkt war insbesondere ein viel beachteter Aufsatz von Gerhard Banner, dem damaligen Leiter der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt), der die deutschen Kommunalverwaltungen als ein „System organisierter Unverantwortlichkeit“ beschrieb. Darauf aufbauend entwickelte die KGSt das Neue Steuerungsmodell (NSM), das sozusagen

²⁷ Bönker/Wollmann 2000, S. 41f

²⁸ New Public Management (NPM) bezeichnet ein Bündel verwaltungspolitischer Reformstrategien, die überwiegend von einer betriebswirtschaftlichen Interpretation des Verwaltungshandelns geleitet werden. Das Reformmodell des NPM wird häufig mit Maßnahmen zur Privatisierung und Deregulierung, zur Auslagerung und Verselbstständigung von Verwaltungseinheiten, zur Einführung von Wettbewerbselementen in das Verwaltungshandeln sowie mit der Übernahme privatwirtschaftlicher Managementmethoden in den öffentlichen Bereich in Verbindung gebracht; vgl. dazu ausführlich Schröter/Wollmann 2005, S. 63ff.

²⁹ Vgl. dazu mit weiteren Anmerkungen Jann/Wewer 1998, S. 234f.

³⁰ Reichard 2004, S. 93

³¹ Jann/Wewer 1998, S. 237, Reichard 2004, S. 92f.

die deutsche Variante der Reformideen der internationalen New Public Management Bewegung darstellte.³²

Ziel des NSM ist der Aufbau einer unternehmensähnlichen dezentralen Führungs- und Organisationsstruktur. Seit 1993 wurden Maßnahmen im Sinne des NSM auf kommunaler Ebene nahezu flächendeckend eingeführt, wobei nach einer euphorischen Aufbruchstimmung in den ersten drei Jahren bis 1998 eher Ernüchterung und eine zunehmende Reformmüdigkeit eingeleitet. Insofern sind sowohl im Hinblick auf den Umsetzungsstand wie auch hinsichtlich der erzielten Ergebnisse in Richtung dezentrale Ressourcenverantwortung relativ große interkommunale Unterschiede festzustellen.³³

Auf Bundes- und Landesebene wurde das Thema Binnenmodernisierung erst später aufgegriffen. Die internen Instrumente zur Leistungssteigerung der Verwaltung im Sinne des New Public Management spielen auf Bundesebene erst seit der Einrichtung des Sachverständigenrates „Schlanker Staat“³⁴ im Jahre 1995 eine Rolle. Der Sachverständigenrat hat 1997 seinen Abschlussbericht vorgelegt. Schwerpunkte der Arbeit waren vor allem Aufgabenkritik, Gesetzesbedarfsprüfung und Flexibilisierung der Haushaltswirtschaft. Kritisiert wird an diesem Bericht vor allem die Konzentration auf Privatisierung sowie das Fehlen einer Organisationskritik, die einen direkten Zusammenhang mit einer umfassenden Modernisierungsstrategie im Sinne des New Public Management erkennen lasse.³⁵

Die New Public Management-Bewegung hat auch im Bereich der Sozialen Arbeit und der Sozialen Sicherung einen umfassenden Reformschub ausgelöst, der Parallelen zu der Modernisierungsdiskussion der späten 1960er und frühen 1970er aufweist.³⁶ Ein Schwerpunkt lag auf der Binnenmodernisierung der Jugend- und Sozialverwaltungen in Folge der Umsetzung des Neuen Steuerungsmodells, aber auch im Bereich der Sozialen Arbeit (etwa in Form einer grundlegenden Umgestaltung der Aufbauorganisationen der Verwaltungen).

Ein zweiter Schwerpunkt betrifft die Einführung von Markt- und Wettbewerbselementen sowie von betriebswirtschaftlichen Instrumenten und Verfahren in die soziale Arbeit. Eine der Konsequenzen dieser Steuerungsformen sind die in einzelnen Sozialversicherungszweigen punktuell und graduell zu beobachtenden Tendenzen einer so genannten „materiellen Privatisierung“.³⁷

Die Pflegeversicherung gilt als Prototyp einer materiellen Privatisierung von öffentlichen Sozialausgaben, weil sie nur noch eine öffentliche Teilfinanzierung für ein sozial-

³² Vgl. Banner 1991, KGSt 1993

³³ Bogumil 2004, S. 5; Bogumil 2002 mit weiteren Quellen

³⁴ Schlanker Staat war das Leitbild der konservativ-liberalen Regierung, das insbesondere in der Koalitionsvereinbarung von 1994 propagiert wurde. Der schlanke Staat soll - vereinfacht gesagt - wirtschaftlicher und mit weniger Personal arbeiten.

³⁵ Bogumil 2002, S. 45f.; einen umfassenden Überblick über die Modernisierungsbemühungen auf Bundes- und Landesebene findet man in dieser Phase z.B. bei König/Fürchtner 1998, Konzendorf 1998 sowie Bürsch/Müller 1999

³⁶ Vgl. dazu ausführlich Brönker/Wollmann 2003, S. 37ff.

³⁷ Materielle Privatisierung meint Privatisierung bzw. private Verantwortungsübernahme für eine bisher öffentliche, sozialrechtlich geregelte Aufgabe.

rechtlich explizit als öffentliche Aufgabe definiertes Risiko übernimmt. In der Folge sind etwa im Bereich der ambulanten Pflege eine Vielzahl privatgewerblicher Leistungsanbieter entstanden. Weiterhin ist zu beobachten, dass die Strategie der Einführung betriebswirtschaftlicher Instrumente und Verfahren in den Einrichtungen und Diensten freier Leistungsanbieter und deren verbindliche Regelung in Form von Vereinbarungen grundlegende innerorganisatorische Veränderungen bei den Trägern eingeleitet haben.³⁸

2.3.2.4 Die Phase des aktivierenden Staates (seit 1999)

Die Dominanz des Management-Leitbildes New Public Management ist allerdings bereits seit Ende der 1990er Jahre vorüber. Man wendet sich nun nicht mehr dem „*schlanken Staat*“, sondern dem „*aktivierenden Staat*“³⁹ zu.

³⁸ Vgl. dazu ausführlich Olk/Otto/Backhaus-Maul 2003

³⁹ Zum Konzept des aktivierenden Staates vgl. ausführlich von Bandemer/Hilbert 2005 sowie Dahme u. a. 2003 für die Soziale Arbeit

Abbildung 2: Phasen der Verwaltungsreform und Entbürokratisierung in der Bundesrepublik

	Aktive Politik und Planung	Entbürokratisierung	New Public Management	Selbstverantwortung
Leitbild	Hoheitlicher Staat	Leistender Staat	Schlanker Staat	Aktivierender Staat
Zeitraum	1966 – 1977	1978 - 1989	1990 - 1998	seit 1998
Entbürokratisierungsmodell	Binnenmodernisierung	Deregulierung Bürgernähe	Privatisierung Binnenmodernisierung	Deregulierung Bürgernähe
Reformobjekt	Organisation Personal	Recht Organisation	Finanzen Personal	Recht Organisation
Rolle des Bürgers	Untertan	Klient	Kunde	Koproduzent
Beispiele	Finanzreform Funktionalreform Dienstrechtsreform Länder-Neugliederung	„Waffenschmidt-Kommission“ Entbürokratisierungskommissionen der Länder	Privatisierung Post, Bahn, Flugsicherung Neues Steuerungsmodell (KGSt)	Hartz-Kommission Rürup-Kommission Bürgerkommune

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Seibel 1997 und Olk/Otto/Backhaus-Maul 2003

Die Unzulänglichkeiten des öffentlichen Sektors, politische Ziele umzusetzen und gesellschaftliche Veränderungen zu erreichen, werden nicht mehr nur dem Staat oder der Bürokratie zugewiesen, sondern auch der Gesellschaft insgesamt. Gesellschaftliche Akteure sollen nun stärker in die Problembewältigung eingebunden werden, sie sollen nicht länger von oben herab gesteuert oder versorgt, sondern vielmehr motiviert und aktiviert werden.⁴⁰

In diese Richtung gehen zum einen die Vorschläge verschiedener Reformkommissionen (Hartz, Rürup). Insbesondere in den Sozialversicherungszweigen werden in der Folge die Bemühungen intensiviert, Elemente stärkerer Selbstverantwortung einzubauen (etwa die private Ergänzung zur gesetzlichen Rentenversicherung oder im Bereich der Krankenversicherung). Zum anderen gibt es zahlreiche Versuche, bürgerschaftliches Engagement zu fördern. Insbesondere auf lokaler Ebene sind seit 1998 zunehmend Versuche beobachtbar, die Bürger (wieder) in die öffentliche Dienstleistungsproduktion einzubeziehen. Innovative Praxisbeispiele dazu gibt es vor allem in kleinen und mittleren Kommunen (u.a. in den Bereichen Soziales, Jugend und Senioren).

Auch auf Landes- und Bundesebene ist diese Tendenz zu beobachten. Man denke an das Landesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement in Baden-Württemberg oder die durch den Deutschen Bundestag eingesetzte Enquetekommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“.⁴¹

Dem Leitbild des aktivierenden Staates folgt auch das Regierungsprogramm „Moderner Staat - Moderne Verwaltung“, mit dem die Bundesregierung von SPD und Grünen seit 1999 die Bundesverwaltung umfassend reformieren will. Dieses Programm umfasst drei Schwerpunkte: E-Government, modernes Verwaltungsmanagement und Bürokratieabbau.⁴²

Mit der Initiative Bürokratieabbau wird vor allem das Ziel verfolgt, Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen spürbar von überflüssigen Verwaltungspflichten zu befreien. Gleichzeitig sollen Effizienz und Effektivität des Verwaltungshandelns gestärkt werden. Die Initiative Bürokratieabbau konzentriert sich dabei auf die fünf Handlungsfelder:

- (1) Arbeitsmarkt und Selbstständigkeit
- (2) Wirtschaft und Mittelstand
- (3) Forschung, Technologie und Innovation
- (4) Zivilgesellschaft und Ehrenamt sowie
- (5) Dienstleistungen und Bürgerservice.

Operativ setzt die Initiative Bürokratieabbau in erster Linie auf Deregulierung, indem geltendes Recht vereinfacht und überflüssige Regelungen abgeschafft oder beste-

⁴⁰ Bogumil 2004, S. 6

⁴¹ vgl. dazu mit weiteren Beispielen Bogumil 2002, S. 60ff.

⁴² Vgl. zum Programm BMI 1999, 2002, 2004a; weitere ausführliche Informationen finden sich in einem eigens eingerichteten Internetportal unter <http://www.staat-modern.de/>

hende Regelungen verständlicher gefasst werden sollen. Vielfach sind darüber hinaus Maßnahmen zur Optimierung von Geschäftsprozessen, vor allem unter Einsatz moderner Informationstechnik sowie Reorganisation von Behördenstrukturen, vorgesehen.⁴³

Zudem wurden weitere flankierende Maßnahmen ergriffen, um Bürokratieauswuchs zu vermeiden und die Qualität neuer Regelungsvorhaben zu erhöhen. Ziel ist nicht nur Abbau und Reduktion bestehender "Bürokratie", sondern es soll auch frühzeitiger im Rechtsetzungsverfahren dafür Sorge getragen werden, dass keine neue Bürokratie aufgebaut wird.

Als präventivem Instrument kommt hier der **Gesetzesfolgenabschätzung (GFA)** besondere Bedeutung zu.⁴⁴

Im Zuge dieser Initiative rückt explizit das Thema „Entbürokratisierung in der Altenhilfe“ in den Mittelpunkt der Bemühungen. Im Folgenden wird auf diesen Bereich näher eingegangen.

2.4 Entbürokratisierung in der Altenhilfe

2.4.1 Ausgangslage

Die Initiative Bürokratieabbau wurde mit einem Kabinettsbeschluss vom 26. Februar 2003 („Mittelstand fördern - Beschäftigung schaffen - Bürgergesellschaft stärken“) gestartet. Gegenstand des ersten Kabinettsbeschlusses war u.a. ein dreizehn Projekte umfassendes Sofortprogramm in Bereichen, in denen erhebliche Entlastungspotenziale für viele Bürger/-innen und Unternehmen gesehen wurden.

Dazu zählten von Beginn an Vorhaben im hier besonders interessierenden Bereich der Sozialen Arbeit und der Sozialen Sicherung (etwa die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die Vereinfachung des Melde- und Beitragssystems in der Sozialversicherung).⁴⁵

In der Folge wurden weitere Projekte zum Abbau der Bürokratie verabschiedet.⁴⁶ Dazu gehört der Bereich „Entbürokratisierung in der Altenhilfe“, der dem Zweig „Zivilgesellschaft und Ehrenamt“ zugeordnet wurde. Reagiert wird damit auf die im Gesundheits- und Pflegesektor immer lauter gewordenen Klagen hinsichtlich eines Übermaßes an Regulierung und Bürokratisierung, das nicht zuletzt zu Lasten der kranken und pflegebedürftigen Menschen gehe.⁴⁷ Dabei wird vielfach die Grundkonzeption der 1995 reformierten Pflegeversicherung („erste Teilkasko-Absicherung“) als Ausgangs-

⁴³ Vgl. BMI 2004b, S. 5f.

⁴⁴ Vgl. hierzu vor allem das Handbuch zur Gesetzesfolgenabschätzung (Böhret/Konzendorf 2001); weitere Informationen zur Gesetzesfolgenabschätzung finden sich unter <http://www.staat-modern.de/Buerokratieabbau/-,12261/Gesetzesfolgenabschaetzung.htm>

⁴⁵ BMI 2004b, S. 6f.

⁴⁶ Die Initiative Bürokratieabbau umfasst derzeit (Stand: August 2005) 76 Einzelprojekte. Eine Übersicht ist im Internet einsehbar unter <http://www.staat-modern.de/Buerokratieabbau/11922/Projekte-im-Ueberblick.htm>

⁴⁷ Schönberg 2004, S. 17

punkt für vielfältige Schwierigkeiten - auch im Sinne von Bürokratieproblemen - in der ambulanten und stationären Pflege angesehen.⁴⁸

„Entbürokratisierung in der Altenhilfe“ manifestiert sich u.a. im so genannten „Runden Tisch Pflege“, einer gemeinsamen Initiative der Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Dem Runden Tisch Pflege gehörten Verantwortliche und Beteiligte in Fragen der Pflege, also Vertreter/-innen von Bund, Ländern, Kostenträgern, Einrichtungsträgern, Verbänden, Verbraucherorganisationen und Gewerkschaften an. Von den insgesamt vier Arbeitsgruppen beschäftigt sich eine explizit mit der Thematik „Entbürokratisierung“ und folgenden Aufgaben:

- Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen und -notwendigkeiten
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Schnittstellenprobleme von SGB V, SGB XI, und BSHG
- Bewertung der Notwendigkeit bestehender und weiterer gesetzlicher Regelungen und
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Koordination und Kommunikation verschiedener Aufsichts- und Prüfinstanzen

Flankierend dazu hat das BMFSFJ im Mai 2003 von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) in Dortmund eine Expertise zu den Entbürokratisierungspotenzialen in stationären Einrichtungen der Altenpflege erarbeiten lassen⁴⁹ und in der Folge wurden in einem Kompetenzteam das iSPO-Institut (Institut für Sozialforschung, Praxisberatung und Organisationsentwicklung GmbH) gemeinsam mit dem Büro Ursula Mybes (Köln) und Prof. Dr. Gerhard Igl vom Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa (Kiel) mit der „Evaluation von Entbürokratisierungspotenzialen in der stationären Altenhilfe“ beauftragt.

Die genannten Aktivitäten legen den Schwerpunkt auf die „Praxis“ der Entbürokratisierung. Es geht um das Aufspüren von Entbürokratisierungspotenzialen sowie um das Erarbeiten von praktischen Empfehlungen und weniger um eine explizite Begriffsbildung bzw. theoretische Aufarbeitung.

Im Auftrag an das Kompetenzteam „Entbürokratisierung“ heißt es explizit: Es sollen überflüssige und änderungsbedürftige Vorschriften identifiziert, innerorganisatorische Schwachstellen aufgedeckt und der Aufwand für die Pflegeplanung und -dokumentation analysiert werden. Darüber hinaus geht es um das Offenlegen der Abstimmungsprobleme bei der Ausführung leistungs- und aufgabenrechtlicher Vorschriften.

Im Verlauf der Projektbearbeitung hat sich jedoch gezeigt, dass eine begriffliche Fundierung notwendig ist, um das anspruchsvolle und komplexe Thema systematisch zu bearbeiten. Im Folgenden werden deshalb aus den bisherigen Ausführungen *Anforderungen an den Begriff der Entbürokratisierung* abgeleitet. Dabei geht es nicht um die Bewertung der einzelnen Reformbemühungen der letzten Jahrzehnte. Vielmehr soll

⁴⁸ Wittenius 2004, S. 12

⁴⁹ Schönberg 2003

der historische Rückblick und die darin enthaltene Bandbreite der Entbürokratisierungsbemühungen genutzt werden, um einen ganzheitlichen Ansatz von Entbürokratisierung zu formulieren.

2.4.2 Zum Begriff der Entbürokratisierung

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist dabei zunächst die von Seibel zitierte Definition von *Entbürokratisierung als Oberbegriff*. Demnach ist Entbürokratisierung in der Altenhilfe als *Sammelbegriff* zu verstehen für

- die Bemühungen zur Beseitigung kontraproduktiver bzw. der Vereinfachung rechtlicher Regelungen,
- eine Effizienzsteigerung der am Prozess der Pflege beteiligten Organisationen sowie der Aufgabenverteilungen untereinander,
- eine Aufgabenentlastung des Staates sowie
- das Bestreben, Bürokratie zukünftig zu vermeiden.

Im Einzelnen fallen demnach folgende Aspekte unter einen umfassenden Entbürokratisierungsbegriff (vgl. dazu auch Abbildung 3):

(1) Deregulierung

Als Entbürokratisierung im engeren Sinne kann die Deregulierung als wesentlicher Bestandteil der Bemühungen um Entbürokratisierung angesehen werden. Es geht um den Abbau bzw. die Vereinfachung von Gesetzen und Vorschriften, die für stationäre Einrichtungen gelten. Der Auftrag der Entbürokratisierung richtet sich demnach an den Gesetzgeber. Es handelt sich um ein sehr komplexes Unterfangen, geht es in diesem Zusammenhang doch u.a. um Staatsrecht und allgemeines Verwaltungsrecht, um Haftungsrecht, Recht der psychisch und demenziell Kranken, um Gesundheitsrecht, Sozialrecht, Arbeitsrecht, aber auch um Arbeitsschutzrecht, Berufsrecht, Heimrecht, Wohn- und Mietrecht sowie um Erbrecht oder Europarecht.

Nicht zu vergessen sind die Regelungen in den Landespflegegesetzen, den Vertragsregelungen zwischen Einrichtungen und Kostenträgern sowie relevante Verordnungen (VO) wie GefahrstoffVO, LärmVO oder NahrungsmittelmaschinenVO.⁵⁰

Dennoch hat, wer Vorschriften abbaut oder vereinfacht, „lediglich seine Hausaufgaben gemacht“. Deregulierung ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Entbürokratisierung.

(2) Effizienzsteigerung

Entbürokratisierung bedeutet demnach auch „vor der eigenen Tür zu kehren“. Oftmals wird unter Entbürokratisierung das verstanden, was „die anderen“ (der Gesetzgeber, die Krankenkassen) der eigenen Organisation aufbürden, nach dem Motto: „Wir sind schon hoch belastet und dann wird uns soviel zusätzliche Arbeit auferlegt.“ Zu fragen ist: Inwiefern gelingt es, hausgemachte Bürokratie innerhalb einer Organisation abzubauen (etwa durch ein funktionierendes und *selbstbestimmt gewolltes* Qualitätsmana-

⁵⁰ Vgl. Schönberg 2004, S. 18

gement). Es geht weiterhin etwa um die Schaffung klarer Verantwortungsbereiche und Kommunikationsstrukturen, den Abbau von Doppel- und Mehrfacharbeit, die Verbesserung des Schnittstellenmanagements der verschiedenen internen Leistungsprozesse, die geschickte Ausgestaltung der Arbeitszeit sowie um die Förderung der Motivation der Mitarbeitenden zur niveauvollen Pflege am Bewohner.⁵¹

Die Forderung nach Effizienzsteigerung richtet sich aber nicht allein an die Träger der Altenhilfeeinrichtungen. Eine Reihe weiterer Akteure sind beteiligt und damit angefragt: der Bund, die Länder, die Kommunen (mit ihren jeweiligen Verwaltungen), die Heimaufsicht, die Kranken- und Pflegekassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und viele mehr. Sie alle sind gefordert, interne Entbürokratisierungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

(3) *Schnittstellenmanagement*

In einer demokratischen Gesellschaft darf gefragt werden, welche Leistungen der Staat in einem bestimmten Bereich - etwa in der Pflegeversicherung - übernimmt und welche nicht. Entscheidend aus Sicht der Entbürokratisierung ist, dass dabei Schnittstellenprobleme - und damit zusätzliche Bürokratie - vermieden werden. Die Frage, *welche* Leistungen der Staat übernimmt oder finanziert ist dagegen inhaltlich - und damit an anderer Stelle - zu beantworten.

Ähnliches gilt für die Einführung von Wettbewerbselementen im Bereich der sozialen Arbeit. Im Sinne einer Entbürokratisierung ist es das Recht des Staates, Druck auf Einrichtungen der Altenhilfe auszuüben hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsreserven und einer Effizienzsteigerung. Ob der dabei beschrittene Weg der Richtige ist, muss ebenfalls an anderer Stelle beantwortet werden. Wichtig ist aber in jedem Fall, dass Kompetenzen und Zuständigkeiten der Beteiligten hinreichend definiert sind.

Im Umkehrschluss dürfen die Träger von Altenhilfeeinrichtungen nach Entbürokratisierung der externen Qualitätssicherung fragen, denn nicht nur aus Kostengründen ist zu vermeiden, dass vorhandene Prüfinstanzen unkoordiniert nebeneinander her arbeiten und durch unnötige Überschneidungen erheblicher bürokratischer Aufwand betrieben wird.

Insgesamt ist die Frage, ob eine wirtschaftliche und sinnvolle Nutzung vorhandener Ressourcen eher durch ein System gestärkt wird, das den Aspekt der Überprüfung der Qualität in den Einrichtungen stärker in den Mittelpunkt stellt oder durch ein System, das größeren Wert auf dialogische Prozesse einer Qualitätsentwicklung im Konsens legt.⁵²

(4) *Prävention*

Nicht nur bestehende Bürokratie abzubauen ist wichtig. Es gilt vielmehr auch, neue Bürokratie zu vermeiden. Der Blick auf die verschiedenen Bemühungen um Entbürokratisierung seit den 1960er Jahren zeigt, dass vielfach der Versuch Bürokratie an der

⁵¹ Wittenius 2004, 15

⁵² Vgl. dazu die unterschiedlichen Regelungen der §§ 78ff. KJHG im Vergleich zu den Regelungen des § 93 BSHG, Merchel 1999, S. 170ff.

einen Stelle abzubauen an anderen Stellen neuer Bürokratie die Türen geöffnet hat. Ein sicherlich treffendes Beispiel hierfür ist die Einführung der Pflegeversicherung.

Im Bereich des Rechtes ist in jüngster Zeit mit der Gesetzesfolgenabschätzung ein Instrument mit dem ausdrücklichen Ziel einer Prävention eingeführt worden. Entbürokratisierung bedeutet demnach nicht nur Abbau und Reduktion bestehender Bürokratie sondern auch, frühzeitig im Rechtsetzungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass keine neue Bürokratie entsteht.

In diesem Zusammenhang ist von Konzepten der ex-ante Evaluierung zu sprechen, die darauf abzielen, Wirkungen einer zukünftigen Intervention im voraus abzuschätzen. Ziel ist die Verbesserung zukünftiger Politik durch die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden. Ex-ante Evaluationen müssen nicht auf den Bereich des Rechts beschränkt bleiben. Sie können sich auch auf materielle, personelle, finanzielle oder institutionelle Eingangs- und Rahmenbedingungen von Programmen und Projekten im Bereich „Alter und Pflege“ beziehen.⁵³

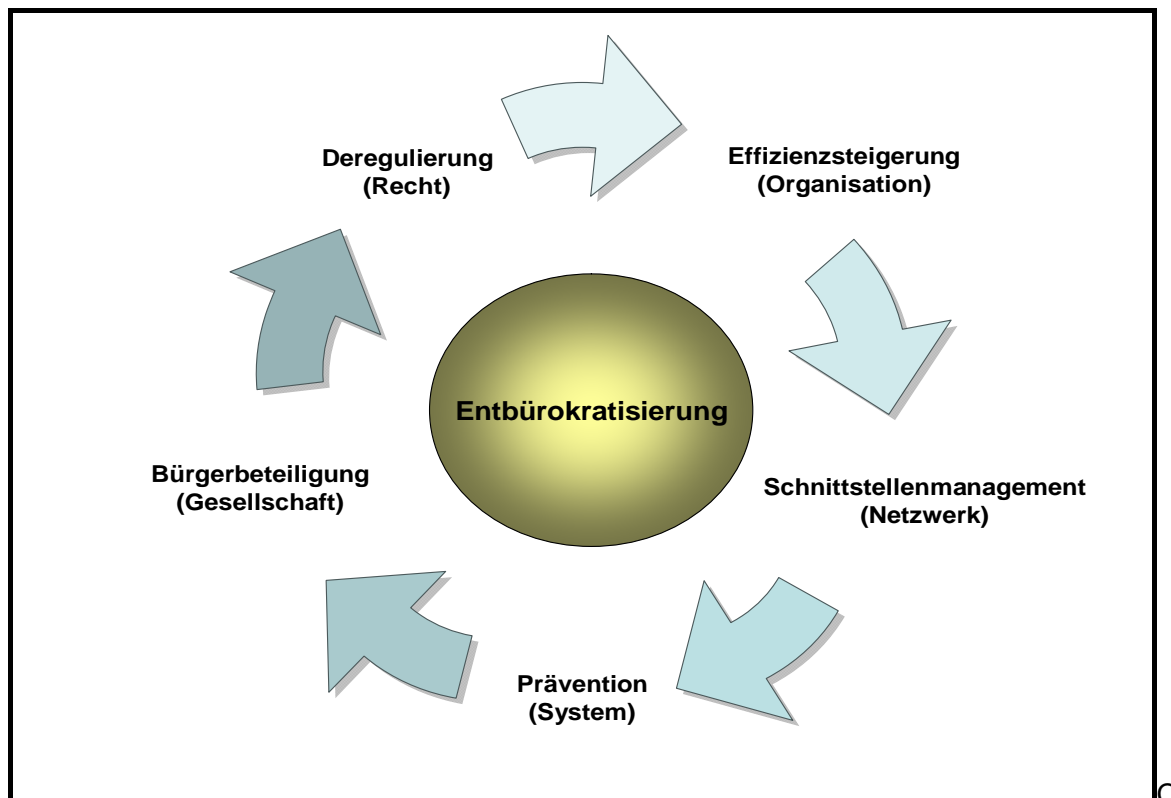
(5) *Bürgerbeteiligung*

Betrachtet man Entbürokratisierung im weitesten Sinne, kann gefragt werden, welche Aufgaben und Leistungen der einzelne Bürger selbst bei der Bewältigung gesellschaftlicher Aufgaben übernehmen soll. Dabei geht es im Wesentlichen um zwei Fragen:

- (a) Welche Modelle der privaten Verantwortungsübernahme für bisher öffentliche, sozialrechtlich geregelte Aufgaben - insbesondere im Bereich der Pflegeversicherung - sind effizienzsteigernd (Frage der materiellen Privatisierung)?
- (b) Unter welchen Bedingungen führt eine Delegation von Verantwortung auf die kommunale Ebene dazu, dass für Bürger ein Anreiz besteht, sich an der Planung und Umsetzung lokaler Politik - etwa in der Altenhilfe - zu beteiligen?

⁵³ Vgl. Stockmann 2004, S. 16

Abbildung 3: Aspekte der Entbürokratisierung



Quelle: eigene Darstellung

2.5 Fazit

Die vorzufindenden Bemühungen um Entbürokratisierung zielen weitgehend auf die Praxisebene und die Frage, wo Entbürokratisierungspotenziale bestehen und wie Bürokratie im alltäglichen Ablauf reduziert bzw. vermieden werden kann. Dagegen fehlen weitgehend Publikationen, die sich begrifflich oder theoretisch mit Entbürokratisierung auseinandersetzen. Eine begriffliche Fundierung ist u.E. aber nötig, um Entbürokratisierungspotenziale noch systematischer fassen zu können. Die Ausführungen in diesem Kapitel stellen dazu einen ersten Versuch dar.

Sie liefern eine eher historisch begründete als theoretisch abgeleitete Beschreibung dessen, was unter Entbürokratisierung im Zuge des Auftrags an das Kompetenzteam verstanden wird.

Darüber hinaus wird aber weiterer Forschungsbedarf gesehen. Insbesondere in der mit „Entbürokratisierung“ beschriebenen Reformphase ab Ende der 1970er Jahre gibt es interessante Ansätze einer stärker theoretisch orientierten Auseinandersetzung mit dem Begriff Entbürokratisierung, an die eine weitere Beschäftigung mit der Thematik anknüpfen könnte.⁵⁴ Dabei wird es wichtig sein, Entbürokratisierung in den gesamten Kontext der Reform- und Modernisierungsdiskussion einzubetten. Die hier skizzierten Überlegungen haben verdeutlicht, wie komplex diese Aufgabe ist.

⁵⁴ Vgl. z. B. Ellwein 1989a, S. 307ff., Seibel 1986, S. 138ff., Leis 1982, S. 170ff.

Literaturverzeichnis

Bandemer, Stephan von / Hilbert, Josef (2005): Vom expandierenden zum aktivierenden Staat, in: Blanke, Bernhard / Bandemer, Stephan / von Nullmeier, Frank / Wewer, Götz (Hrsg.): Handbuch zur Verwaltungsreform, 3., völlig überarb. und erw. Aufl., Opladen, S. 26-35

BMI - Bundesministerium des Innern (2004a): Strategien zur Modernisierung der Bundesverwaltung. 2. Phase des Regierungsprogramms „Moderner Staat - Moderne Verwaltung, URL: http://www.staat-modern.de/Anlage/original_687500/Strategie-zur-Modernisierung-der-Bundesverwaltung-Phase-2-des-Regierungsprogramms.pdf, 04.08.2005

BMI - Bundesministerium des Innern (2004b): Initiative Bürokratieabbau. Zwischenbericht nach 12 Monaten, URL: http://www.staat-modern.de/Anlage/original_622467/Zwischenbericht-nach-zwoelf-Monaten.pdf, 04.08.2005

BMI - Bundesministerium des Innern (2002): Moderner Staat - Moderne Verwaltung. Bilanz 2002, URL: http://www.staat-modern.de/Anlage/original_548945/Moderner-Staat-Moderne-Verwaltung-Bilanz-2002.pdf, 04.08.2005

BMI - Bundesministerium des Innern (1999): Moderner Staat - Moderne Verwaltung. Das Programm der Bundesregierung, URL: http://www.staat-modern.de/Anlage/original_550397/Moderner-Staat-Moderne-Verwaltung-Das-Programm-der-Bundesregierung.pdf, 04.08.2005

BMI - Bundesministerium des Innern (1987): Unabhängige Kommission für Rechts- und Verwaltungsvereinfachung des Bundes 1983 - 1987: Eine Zwischenbilanz, Bonn

Bogumil, Jörg (2004): Public Sector Refomen - Ansätze, Analysen, Ausblick. Antrittsvorlesung am Fachbereich Politik- und Verwaltungswissenschaft der Universität Konstanz, URL: <http://homepage.rub.de/Joerg.Bogumil/>, 28.07.05

Bogumil, Jörg (2002): Verwaltungsmodernisierung und aktivierender Staat, in: Perspektiven des demokratischen Sozialismus, Heft 1/2002, S. 43-65, URL: <http://homepage.rub.de/Joerg.Bogumil/>, 08.08.2005

Böhret, Carl / Konzendorf, Götz (2001): Handbuch Gesetzesfolgenabschätzung (GFA). Gesetze, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften, Baden-Baden

Bönker, Frank / Wollmann, Hellmut (2003): Von konservativen Wohlfahrtsstaaten, institutionellen Restriktionen und Reformwellen: Einige politikwissenschaftliche Überlegungen zu den gegenwärtigen Veränderungen im Bereich der sozialen Dienste, in: Olk, Thomas / Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Soziale Arbeit als Dienstleistung. Grundlagen, Entwürfe und Modelle, Neuwied, S. 28-44

Bönker, Frank / Wollmann, Hellmut (2000): Reform der sozialen Dienste zwischen „kommunaler Sozialstaatlichkeit“ und Verwaltungsmodernisierung, in: Reis, Claus / Schulze-Böing, Matthias (Hrsg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen.

- Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle“, 2., unveränderte Aufl., Berlin, S. 35-54
- Bürsch, Michael / Müller, Brigitte (1999): Verwaltungsreformen in den deutschen Bundesländern, Bonn, 1999, URL: <http://library.fes.de/fulltext/stabsabteilung/00927toc.htm>, 08.08.2005
- Dahme, Heinz-Jürgen / Otto, Hans-Uwe / Trube, Achim / Wohlfahrt, Norbert (2003) (Hrsg.): Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat, Opladen
- Ellwein, Thomas (1989a): Perspektiven und Grenzen der Entbürokratisierungsbemühungen, in: Helmrich, Herbert (Hrsg.): Entbürokratisierung: Dokumentation und Analyse, München, S.307-320
- Ellwein, Thomas (1989b): Verwaltung und Verwaltungsvorschriften. Notwendigkeit und Chance der Vorschriftenvereinfachung, Opladen
- Ellwein, Thomas / Heese, Joachim Jens (1985) (Hrsg.): Verwaltungsvereinfachung und Verwaltungspolitik, Baden-Baden
- Jann, Werner / Wewer, Götz (1998): Helmut Kohl und der schlanke Staat. Eine verwaltungspolitische Bilanz, in: Wewer, Götz (Hrsg.): Bilanz der Ära Kohl, Opladen, S. 229-266
- KGSt - Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (1993): Das neue Steuerungsmodell. Begründung, Konturen, Umsetzung, KGST-Bericht 5/1993, Köln.
- Konzendorf, Götz (1998): Verwaltungsmodernisierung in den Ländern. Überblick und Einblicke (Speyerer Forschungsberichte 187), Speyer
- König, Klaus / Fürchtner, Natascha (1998) (Hrsg.): „Schlanker Staat“ - Verwaltungsmodernisierung im Bund. Zwischenbericht, Praxisbeiträge, Kommentare (Speyerer Forschungsberichte 183), Speyer
- Leis, Günther (1982): Die Bürokratisierungsdebatte: Der Stand der Auseinandersetzung, in: Hesse, Hans-Joachim (Hrsg.): Politikwissenschaft und Verwaltungswissenschaft, Opladen, S. 168-189
- Merchel, Joachim (1999): Die Qualitätsentwicklungsvereinbarung. Welche Anforderungen sind an die Akteure der Praxis zu stellen? In: Kröger, Rainer (Hrsg.): Leistung, Entgelt und Qualitätsentwicklung in der Jugendhilfe, Neuwied / Kriftel, S. 170-185
- Reichard, Christoph (2004): Verwaltungsmodernisierung in den Bundesländern, in: Jann, Werner / Bogumil, Jörg / Bouckaert, Geert / Budäus, Dietrich / Holtkamp, Lars / Kißler, Leo / Kuhlmann, Sabine / Mezger, Erika / Reichard, Christoph / Wollmann, Hellmut (Hrsg.): Status-Report Verwaltungsreform. Eine Zwischenbilanz nach 10 Jahren, Berlin, S. 87-99
- Olck, Thomas / Otto, Hans-Uwe / Backhaus-Maul, Holger (2003): Soziale Arbeit als Dienstleistung - Zur analytischen und empirischen Leistungsfähigkeit eines theoretischen Konzepts, in: Olck, Thomas / Otto, Hans-Uwe (Hrsg.): Soziale Arbeit als Dienstleistung. Grundlegungen, Entwürfe und Modelle, Neuwied, S. IX-LXXII

Schönberg, Frauke (2004): Das Bürokratie-Problem in der Altenpflege - Anmerkungen aus soziologischer Sicht, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 6, S. 17-23

Schönberg, Frauke (2003): Entbürokratisierungspotenziale in der stationären Altenpflege. Unveröffentlichte Kurzexpertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Dortmund

Schröter Eckhard / Wollmann, Hellmut (2005): New Public Management, in: Blanke, Bernhard / Bandemer, Stephan / von Nullmeier, Frank / Wewer, Göttrik (Hrsg.): Handbuch zur Verwaltungsreform, 3., völlig überarb. und erw. Aufl., Opladen, S. 63-74

Seibel, Wolfgang (1997): Verwaltungsreformen, in: König, Klaus / Siedentopf, Heinrich (Hrsg.): Öffentliche Verwaltung in Deutschland, 2. Aufl., Baden-Baden, S. 87-106

Seibel, Wolfgang (1986): Entbürokratisierung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Verwaltung, Jg. 19, Heft 2, S. 137-162

Stockmann, Reinhard (2004): Evaluation in Deutschland, in: Stockmann, Reinhard (Hrsg.): Evaluationsforschung. Grundlagen und ausgewählte Handlungsfelder, 2., überarbeitete und aktualisierte Aufl., Opladen, S. 13-43

Weber, Max (1976): Wirtschaft und Gesellschaft, 5., rev. Aufl., Tübingen

Wittenius, Ulrich (2004): Bürokratieabbau in der Pflege - in der Qualitätssicherung ist sie möglich, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 1, S. 12-18

Wollmann, Hellmut (2004): Verwaltungspolitische Reformdiskurse - zwischen Lernen und Vergessen, Erkenntnis und Irrtum, in: Edeling, Thomas / Jann, Werner / Wagner, Dieter (Hrsg.): Wissensmanagement in Politik und Verwaltung, Opladen, URL: <http://www2.rz.hu-berlin.de/verwaltung>, 11.08.05

Wunder, Bernd (1986): Geschichte der Bürokratie in Deutschland, Frankfurt a.M.

Zimmermann, Gunter E. (2003): Stichwort „Bürokratie“, in: Schäfers, Bernhard (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie, 8., überarb. Aufl., Opladen, S. 42-45

3	Ergebnisse in den einzelnen Untersuchungsbereichen	64
3.1	Pflegedokumentation (Angelika Mahlberg-Breuer / Ursula Mybes)	65
3.1.1	Aufgabenstellung im Untersuchungspaket Pflegedokumentation	65
3.1.2	Ablauf der Untersuchung	67
3.1.3	Art und Umfang der analysierten Pflegedokumentationen	68
3.1.3.1	Befunde	68
3.1.3.2	Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse	70
3.1.4	Überdokumentation	72
3.1.4.1	Befunde	72
3.1.4.2	Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse	79
3.1.5	Unterdokumentation	80
3.1.5.1	Befunde	81
3.1.5.2	Beurteilung	87
3.1.6	Einflussnahme der Prüfinstanzen	88
3.1.6.1	Befunde	88
3.1.6.2	Beurteilung	90
3.1.7	Ablauforganisation und Informationsbeschaffung	91
3.1.8	Bedeutung des Themas aus Sicht der projektbeteiligten Heime	91
3.1.9	Zusammenfassung und Empfehlung	93
	Anlage	95
	Literaturverzeichnis	99

3 Ergebnisse in den einzelnen Untersuchungsbereichen

3.1 Pflegedokumentation (Angelika Mahlberg-Breuer / Ursula Mybes)¹

3.1.1 Aufgabenstellung im Untersuchungspaket „Pflegedokumentation“

Im Bereich der stationären Altenhilfe betrifft der Bürokratievorwurf in besonderem Maße die Pflegedokumentation. Im Unterschied zu anderen im selben Zusammenhang genannten Themen wurde die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation relativ früh, konkret und in unterschiedlichen Initiativen in Angriff genommen. In vier Bundesländern liegen Vorschläge vor, die bundesweit Beachtung finden. Es sind dies die

1. Ergebnisse des vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in Auftrag gegebenen Projektes "Entbürokratisierung der Pflegedokumentation"
2. Musterdokumentation für stationäre Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz als Arbeitsergebnis einer vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz eingesetzten Arbeitsgruppe
3. Ergebnisse des schleswig-holsteinischen Modellprojektes zur vereinfachten Pflegedokumentation. Die Pflegedokumentation wurde in einer Einrichtung entwickelt, Evaluation und Verbreitung durch Seminare wurden bzw. werden vom Sozialministerium Schleswig-Holstein gefördert
4. "Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation". Empfehlung des Landespflegeausschusses Niedersachsen

Es gibt weitere Projekte und Arbeitsgruppen bei Verbänden und Trägern und es ist mit weiteren Musterdokumentationen und Handreichungen zu rechnen.

Die gewerblichen Anbieter von Pflegedokumentationssystemen reagieren zum Teil mit dem Angebot von "Light"-Varianten der bisherigen Systeme, zum Teil forcieren sie die fachlich-inhaltliche Diskussion und legen dar, dass auch die vorhandenen und verbreitet eingesetzten Dokumentationssysteme nicht zur Überdokumentation zwingen.

Auf Heimebene wird versucht, aus der vermeintlichen Fülle von Veröffentlichungen die relevanten Informationen heraus zu filtern. Dabei besteht eine erhebliche Verunsicherung hinsichtlich der rechtlichen Zulässigkeit der reduzierten Pflegedokumentation und ihrer Akzeptanz durch die Prüfinstanzen. Festzustellen ist auch, dass in etlichen Heimen den Pflegenden die Umstellung auf eine zwar vereinfachte, jedoch nicht zu Ende gedachte Dokumentation abverlangt wird mit der erwartbaren Folge einer baldigen weiteren Korrektur. Es fällt auf, dass vielfach über zu verändernde oder einzuspärende Formulare und Handzeichen diskutiert wird, weniger jedoch über die Frage, welche Ziele mit der Pflegedokumentation bzw. ihrer Überprüfung und Neuausrichtung verfolgt werden.

¹ Büro Ursula Mybes, Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe, Köln

Vor dem Hintergrund dieser Beratungs- und Fortbildungserfahrungen fiel früh die Entscheidung, die "Bürokratie in der Pflegedokumentation" als erstes Untersuchungspaket zu bearbeiten. Die Ergebnisse des Hearings am 01.10.2004 in Nürnberg bestätigen den Eindruck, dass die Praxis zeitnah konkrete Handlungsleitlinien erwartet.

Als Bürokratie verursachend können in Bezug auf die Pflegedokumentation angenommen werden

- Rechtsvorschriften
- Prüfkriterien, Empfehlungen und Auflagen der Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht
- die Gestaltung und Handhabung der Pflegedokumentation in den Heimen.

Untersuchung und Bericht befassen sich mit dem Beitrag von Prüfinstanzen und Heimen, nicht jedoch mit der rechtlichen Situation. Sie wurde inzwischen mehrfach analysiert und die Ergebnisse sind der Fachöffentlichkeit bekannt.²

Danach sind die Entbürokratisierungsansätze von den gesetzlichen Rahmenbedingungen gedeckt. Allerdings muss die "Handlungszuordnung" im Bedarfsfall den haftungsrechtlichen Anforderungen der Gerichte standhalten. Dazu bedarf es ggf. ergänzender und nachweisbarer Maßnahmen/Dokumentation. Daher wird vielfach bezweifelt, dass tatsächlich eine Vereinfachung der Pflegedokumentation erreicht wird. Die Bedenken gelten vor allem dem bayerischen Modell, das lediglich ein Handzeichen der für den Pflegeprozess verantwortlichen - nicht unbedingt der durchführenden - Pflegekraft pro Schicht vorsieht.

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse der Untersuchung von Pflegedokumentationen aus den zum Erhebungszeitpunkt 29 projektbeteiligten Heimen³ sowie der Befragung der jeweiligen Leitungsverantwortlichen. Er befasst sich mit den Fragen:

- Welche Dokumentationssysteme werden verwendet und wie sind sie ausgestaltet?
- Wie wird dokumentiert? Dabei werden Aspekte der Über- und Unterdokumentation betrachtet.
- Welche Rolle spielen die Prüfinstanzen Heimaufsicht und MDK in Bezug auf die Ausgestaltung und Führung der Pflegedokumentation?
- Wie ist das Leitungshandeln der im Heim Verantwortlichen, insbesondere der Pflegeleitung, in Bezug auf die Pflegedokumentation einzuschätzen?
- Welche Entbürokratisierungspotenziale können aufgezeigt werden?

² Unter anderem: Johannes Kamm: Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation. In: Weniger Bürokratie - Mehrheit für die Pflege. Effiziente Pflegedokumentation im Praxistest. Vincentz Forum Altenhilfe (Tagungsunterlagen Nürnberg 11.05.2004), S. 16 ff
Volker Großkopf, Michael Schanz: Konfliktpunkt Dokumentation - Eine rechtliche Untersuchung der Entbürokratisierungsbestrebungen. In: Rechtsdepesche 06/2004, S. 108 ff

³ Im weiteren Projektverlauf wurde ein Heim aus der Untersuchung genommen.

Zusammenfassend werden Ansätze zur Weiterentwicklung dargestellt.

3.1.2 Ablauf der Untersuchung

Datenerhebung und Datenauswertung erfolgten im Zeitraum von Mitte September bis Ende Dezember 2004 in folgenden Schritten:

1. Anschreiben an die 30⁴ projektbeteiligten Heime am 13.09.2004⁵ mit der Bitte um die Zusammenstellung folgender Informationen bzw. Überlassung folgender Materialien:
 - Informationen zur Bewohnerstruktur (Anzahl und Pflegestufenverteilung)
 - Mustermappe der Pflegedokumentation (Leerexemplar)
 - Kopierte und anonymisierte Pflegedokumentationen von 10% der Bewohner/-innen.⁶ Die Auswahl erfolgte nach vorgegebenen Kriterien (betreffend die Pflegestufenverteilung und pflegerische Besonderheiten) durch die Ansprechpartner/-innen vor Ort.
 - Informationen zu haus- oder trägerinternen Vorgaben zum Führen der Pflegedokumentation
 - Kopien (Auszüge) der Prüfberichte von MDK und Heimaufsicht mit Aussagen zur Pflegedokumentation aus den letzten beiden Jahren
2. Zusendung der erbetenen Unterlagen durch die projektbeteiligten Heime, erbeten bis zum 06.10.2004, tatsächlich abgeschlossen am 24.11.2004
3. Sichtung der Unterlagen aus 29 Heimen auf Vollständigkeit und Erbitten fehlender Unterlagen bei 27 von 29 Heimen, beginnend am 11.10.2004, abgeschlossen am 08.12.2004. Einarbeitung der nachgereichten Unterlagen
4. Auswertung von 276 Pflegedokumentationen sowie der Zusatzinformationen: November und Dezember 2004
5. Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung sowie Durchführung von Telefoninterviews mit den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in den Heimen: 22.11. bis 03.12.2004. Die Telefoninterviews dienten der weiteren Datenaufnahme sowie der Rückmeldung an die Heime.
6. Abschluss der Auswertungsarbeiten und Erstellen des Berichts an den Auftraggeber: bis Ende Dezember 2004

Parallel zur Datenerhebung und -auswertung erfolgten

1. die Sichtung von Veröffentlichungen zum Thema sowie Internet- und Telefonrecherchen zu auf die Pflegedokumentation bezogenen Entbürokratisierungsbestrebungen von Bundesländern und Verbänden

⁴ Eine Einrichtung schied mit Verweis auf den für sie nicht leistbaren Arbeitsaufwand frühzeitig aus.

⁵ Vgl. Anlage

⁶ Mindestens drei Pflegedokumentationen bei Kleinstheimen

2. die inhaltliche Auswertung der bekanntesten Vorschläge zur entbürokratisierten Pflegedokumentation
3. der Erfahrungsaustausch mit Heimen und Trägern, die bereits vor der aktuellen Entbürokratisierungsdiskussion eine knappe, aber zielgerichtete Pflegedokumentation eingeführt hatten
4. die Diskussion der Auswertungskriterien, Zwischenergebnisse und Einschätzungen der Befunde mit Pflege- und Dokumentationsexperten.

Die ausgeprägte Kooperationsbereitschaft der Ansprechpartner/-innen in den projektbeteiligten Heimen belegt ein großes Interesse am Thema bzw. den in den Heimen erlebten Veränderungsdruck.

3.1.3 Art und Umfang der analysierten Pflegedokumentationen

3.1.3.1 Befunde

Es wurden 276 Pflegedokumentationen (Bewohner/-innen der Pflegestufen I bis III und "Härtefälle") analysiert, dies entspricht 9,92 Prozent der belegten Plätze in den 29 projektbeteiligten Heimen. In der Stichprobe sind, gemessen an der Belegungsstruktur der Heime, "Härtefälle" und Bewohner/Bewohnerinnen der Pflegestufe III über-, die Bewohner/Bewohnerinnen der Pflegestufen II und I dagegen unterrepräsentiert, weil sich die mit der Auswahl betrauten Ansprechpartner/-innen in den Heimen vorrangig darauf konzentrierten, das erbetene breite Spektrum von Pflegeproblemen sicherzustellen. Diese Prioritätensetzung hat keine Auswirkungen auf die Ergebnisse der Analyse.

Von den 29 projektbeteiligten Heimen dokumentieren 14 manuell, sechs EDV-gestützt und neun in Mischsystemen (7 überwiegend manuell, 2 überwiegend EDV-gestützt). Wo manuell (14 x) bzw. überwiegend manuell (7 x) dokumentiert wird, werden überwiegend Systeme bekannter Anbieter verwendet (17 x),⁷ und seltener (4 x) Eigenentwicklungen des Heimträgers.

In den EDV-gestützt dokumentierenden Heimen (6) sind fünf verschiedene Anbieter vertreten.

Bei den Mischsystemen (9) handelt es sich um

- manuell geführte käufliche (3) oder eigenentwickelte (2) Systeme, die ergänzt werden um eine Pflegeplanung in Word
- EDV-gestützte Pflegedokumentationen, die ergänzt werden um einzelne Einlegeblätter aus käuflichen manuellen Systemen (2)
- ein manuell geführtes käufliches System, das ergänzt wird um eine Pflegeplanung und Durchführungsnachweise in Word (1)
- die Kombination der System-Elemente zweier Anbieter manueller Dokumentationen, ergänzt um Anamnese und Pflegeplanung in Word (1).

⁷ Davon einmal eine selbst gefertigte Kombination der System-Elemente zweier Anbieter

23 von 29 Heimen arbeiten mit bis zu 15 ergänzenden Einlegeblättern, die sie selbst entwickelt haben.⁸ Dies gilt sowohl bei manuellen Systemen (11 x) als auch bei EDV-gestützter Dokumentation (5 x) und bei Mischsystemen (7 x).

In Bezug auf die Ausstattung der Dokumentationssysteme wurde untersucht, welche Basisformulare (= in jeder Dokumentation, bei jedem/jeder Bewohner/-in einzusetzende Formulare) und welche Zusatzformulare (= bei Bedarf, d.h. bei bestimmten Bewohnerinnen und Bewohnern oder in bestimmten Pflegesituationen einzusetzende Formulare) verwendet werden. Die Auswertung wurde in Bezug auf die manuellen Systeme vorgenommen, die in den Projektheimen überwiegend genutzt werden.

In allen 21 Heimen in denen ausschließlich oder überwiegend manuell dokumentiert wird, werden die sieben Basisformulare verwendet, die auch in der MDK-Prüfanleitung⁹ gefordert werden. Daneben werden in den Heimen zwischen drei und neun weitere Basisformulare eingesetzt; deren Gesamtzahl liegt damit bei zehn (3 x), elf (7 x), zwölf (5 x), 13 (5 x) oder 16 (1 x).

Bei den Zusatzformularen wird eines einheitlich in allen 21 Heimen eingesetzt, dazu kommen ein bis zehn weitere Zusatzformulare.

Die Gesamtausstattung liegt bei mindestens 13 und höchstens 24 Basis- und Zusatzformularen. Fünf Heime setzen 13 bis 17 Formulare ein, acht Heime 18 Formulare, acht Heime 19 bis 24 Formulare.

In 13 der 29 Heime wurde in den vergangenen Jahren das Pflegedokumentationssystem vollständig ausgetauscht. Dabei wurde dreimal ein manuelles durch ein EDV-System abgelöst, zweimal war es umgekehrt, einmal erfolgte ein Softwarewechsel, fünfmal Eigenentwicklungen. Zwei Heime wechselten das manuelle System aus, wobei eines das neue System einrichtungsbezogen modifizierte.

Drei dieser 13 Heime beabsichtigen einen nochmaligen Wechsel des Systems bzw. einen Wechsel der Software. Von den 16 Heimen, die in den vergangenen Jahren keinen Systemwechsel vornahmen, werden fünf im Jahr 2005 sicher oder voraussichtlich von der manuellen zur EDV-gestützten Dokumentation wechseln.

Neun von 29 Heimen haben ihr System zwar nicht ausgetauscht, jedoch verändert. Sie wurden hierzu meist vom Heimträger veranlasst. Die Veränderungen bestehen in der Ergänzung von Einlegeblättern, dem Wechsel des Pflegemodells, der Korrektur der Form der Pflegeplanung oder dem Austausch von Risikoerfassungsskalen.

Vier dieser neun Einrichtungen haben ihr Pflegedokumentationssystem trotz Austausch zusätzlich wesentlich verändert. Dabei wurde die eigenentwickelte Pflegedokumentation weiterentwickelt, ergänzt und an neue pflegfachliche Erkenntnisse an-

⁸ 1 Eigenentwicklung : 5 Heime
2-5 Eigenentwicklungen : 6 Heime
6-10 Eigenentwicklungen : 6 Heime
11-15 Eigenentwicklungen : 6 Heime

Diese Angaben beziehen sich auf die 10 % untersuchter Pflegedokumentationen.

⁹ MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, 2. Ausgabe 07.06.2000, Seite 88ff

gepasst. Die Möglichkeiten der jetzt leistungsfähigeren Software werden umfassender genutzt.

Die Umstellungen werden überwiegend positiv bewertet (16), nur von drei Gesprächspartnerinnen und -partnern wird auf die Verunsicherung der Mitarbeiter/-innen verwiesen bzw. auf Mängel im Umstellungsprozess.

In zehn der 29 Heime halten es die Ansprechpartner/-innen für möglich, durch die Veränderung oder Intensivierung der internen Begleitmaßnahmen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Umgang mit der Pflegedokumentation zu erleichtern. Genannt werden vor allem Gruppen- und Einzelschulungen und jeweils einmal die Weiterentwicklung des Benutzerhandbuchs, die Benennung von "Patent", die unsichere Kolleginnen und Kollegen betreuen sollen sowie die Anforderung von Fachberatung beim Träger. In einem Heim hält man eine intensivere Begleitung zwar für erforderlich, ist aber unsicher in Bezug auf die Maßnahmen.

Neunzehn Heime verneinen die Frage nach der Notwendigkeit intensiverer oder veränderter Begleitmaßnahmen; überwiegend halten sie diese für optimiert (10). Andere sehen zeitliche Probleme (2), wollen den bevorstehenden Systemwechsel abwarten (3) oder begründen ihre Einschätzung nicht (5).¹⁰

3.1.3.2 Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse

Es erfolgen zu viele Eigenentwicklungen.

Die Zahl der Eigenentwicklungen einzelner Einlegeblätter oder - seltener - vollständiger Pflegedokumentationssysteme überrascht in Anbetracht des Angebots professioneller Anbieter. Diese orientieren sich am aktuellen Erkenntnisstand und bieten aufeinander abgestimmte Dokumentationselemente an.

Ergänzende Eigenentwicklungen beziehen sich oft auf aktuell ins Bewusstsein gerückte Pflegeprobleme. Offenbar erscheint es den Verantwortlichen näherliegend, eigene Formulare zu entwickeln als sich mit den Möglichkeiten der Dokumentation im vorhandenen System auseinander zu setzen.

Eigenentwicklungen binden nicht nur viel Zeit, die Ergebnisse überzeugen oft weder inhaltlich (mangelnde Erfordernis, mangelnde Abstimmung auf die anderen Dokumentationselemente) noch formal (improvisierte Aufmachung und Handhabung, dadurch oft geringe Akzeptanz).

Es werden zu viele Formulare als Basisformulare geführt.

Beispiele sind Risikoerfassungsskalen (Dekubitus-, Sturz-, Ernährungsrisiko), Wunddokumentation und Überleitungsbogen.

Ausschlaggebend scheint das Sicherheitsbedürfnis der Pflegeverantwortlichen zu sein. Doch statt der gewünschten Absicherung wird damit eine eher verhängnisvolle Situation erzeugt, indem zahlreiche Werte kontinuierlich ermittelt und ebenso kontinuierlich ignoriert werden, d.h. sie bleiben ohne Auswirkungen auf das pflegerische Tun.

¹⁰ Eine Doppelnennung

Es werden insgesamt zu viele Einlegeblätter verwendet.

Manche Einlegeblätter sind überflüssig (z.B. Jahresübersicht/Hygieneblatt, PEG-Protokoll), andere sogar fragwürdig (z.B. Protokoll Bedarfsmedikation), manche werden flächendeckend statt bei entsprechender Indikation (d.h. bei bestimmten Personen, in definierten Situationen, befristet) eingesetzt. Dies gilt sogar für Skalen, deren Qualität und Nutzen von Pflegeetheoretikern/Pflegeetheoretikerinnen und Pflegepraktikern/ Pflegepraktikerinnen übereinstimmend bezweifelt werden, allen voran Skalen zur Ermittlung des Sturzrisikos. Es ist eine Tendenz erkennbar, pro Pflegeproblem ein Einlegeblatt zu führen.

Abgesehen von Handhabungs- und Orientierungsproblemen der Pflegekräfte führt diese Entwicklung dazu, dass die Kernstücke der Pflegedokumentation, die Pflegeplanung und der Pflegebericht, inhaltlich entleert und entwertet werden.

Das Pflegedokumentationssystem wurde in den letzten Jahren in einem Großteil der projektbeteiligten Heime entweder grundsätzlich oder kontinuierlich im Detail verändert.

Eine eindeutige Beurteilung der diesbezüglichen Leitungsentscheidungen ist nicht möglich; die Befunde legen jedoch zumindest folgende Fragen nahe:

- Wird möglicherweise zu viel investiert in die Veränderung der Ausstattung des Systems statt in die Weiterentwicklung des Dokumentierens?
- Basieren Umstellungen auf einer ausreichenden Analyse der Vor- und Nachteile des vorhandenen Systems, und liegt ein Kriterienkatalog für die Auswahl des neuen Systems vor?
- Fallen Entscheidungen für neue Pflegedokumentationen oder für eine Modifizierung unter angemessener Beteiligung der vor Ort Verantwortlichen?
- Sind die mit der Umstellung auf eine EDV-gestützte Pflegedokumentation verbundenen Erwartungen realistisch?
- Werden der Aufwand und die unbeabsichtigten, aber unvermeidlichen Nebenwirkungen von Umstellungen realistisch eingeschätzt?

Die Untersuchenden gewannen den Eindruck, dass zu oft die Lösung bestehender Dokumentationsprobleme im Wechsel oder in der Veränderung des Systems gesucht wird.

Die Pflegeverantwortlichen versprechen sich von verstärkten/veränderten Begleitmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen offenbar keine wesentlichen Verbesserungen.

Zwei Drittel der Ansprechpartner/-innen halten die vorhandenen Begleitmaßnahmen für ausreichend bzw. weitere nicht für möglich.

Diejenigen Ansprechpartner/-innen, die verstärkte Begleitmaßnahmen erwägen, rund ein Drittel, setzen nahezu ausschließlich auf Schulungen, andere Maßnahmen (Benutzerhandbuch, "Paten") sind die Ausnahme.

Ein Zusammenhang zur Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation (u.a. zum Pflegesystem) wird offenbar von beiden Gruppen nicht gesehen, zumindest nicht angesprochen.

3.1.4 Überdokumentation

Besonderes Augenmerk wurde bei der Analyse der Pflegedokumentationen auf die Überdokumentation gerichtet, d.h. auf Situationen, in denen über das fachlich und rechtlich gebotene Maß hinaus dokumentiert wird. Auch das Dokumentieren von Informationen, die für die Pflege ohne Bedeutung sind, weil sie keine Hilfe darstellen oder die Ergebnisse nicht evaluiert werden, wird als Überdokumentation gewertet.

Beim Lesen insbesondere dieses und des Folgekapitels kann der Eindruck einer insgesamt geringen Qualität der analysierten Pflegedokumentationen entstehen. Das Gegenteil ist der Fall: Die Qualität der Pflegedokumentationen ist zwar durchaus unterschiedlich, aber insgesamt hoch, teilweise hervorragend. Da dem Arbeitsauftrag entsprechend keine Gesamtanalyse erfolgte, sondern gezielt Entbürokratisierungspotenziale ermittelt wurden, sind positive Befunde zu anderen Aspekten der Pflegedokumentation nicht dargestellt. Dies geschah jedoch in der mündlichen Rückmeldung an die Heime.

3.1.4.1 Befunde

Mangelnde Aussagekraft der Pflegeanamnese

In 44 der analysierten 276 Pflegedokumentationen ist die Aussagekraft der Pflegeanamnese gering, in 232 Dokumentationen ist sie angemessen. Die kritischen Befunde betreffen zehn Heime. In 35 der 44 Anamnesen ohne ausreichende Aussagekraft wird ein Ankreuzverfahren genutzt und auf Freitext mit ergänzenden Informationen (weitgehend) verzichtet. Bei den neun anderen unzulänglichen Anamnesen sind die ergänzend formulierten Texte wenig informativ, unabhängig davon, ob sie das Ankreuzverfahren ergänzen oder ersetzen sollen.

Nicht aussagekräftige Pflegeanamnesen sind irrelevant für das pflegerische Tun und stellen insofern eine Überdokumentation dar. Diese ist in Bezug auf die Anamnese für die untersuchten Heime aber als eher unbedeutend einzuschätzen.

Pflegeplanung ohne handlungsleitenden Charakter

116 der analysierten 276 Pflegedokumentationen enthalten Pflegeplanungen ohne ausreichende Handlungsvorgaben für die Pflegenden, 160 Pflegeplanungen werden positiv beurteilt. Bei den kritisch beurteilten Pflegeplanungen können die Pflegenden der Maßnahmenplanung nicht konkret entnehmen, welche Leistungen sie erbringen sollen. Nur zwei Einrichtungen setzen Tagespläne ein, die den Pflegenden pro Schicht aufzeigen, welche Tätigkeit zu welchem Zeitpunkt durchzuführen ist.

Der Pflegeplan ist ein zentrales Element der Pflegedokumentation. Die Erstellung, Evaluation und Überarbeitung bindet viel Pflegezeit, die dann gut investiert ist, wenn der Pflegeplan alltagstauglich ist. Pflegeplanungen, für die dies nicht gilt, werden von

den Pflegenden als Ballast erlebt. Das Problem der mangelnden Handlungsorientierung von Pflegeplanungen ist ausgeprägt und folgenreich.

Unangemessener Umfang der Pflegeplanung

Pro Heim wurde je eine Pflegedokumentation der Pflegestufen I bis III im Hinblick auf Gliederungstiefe, Seitenzahl und Übersichtlichkeit der Pflegeplanung überprüft. Die Pflegeplanungen von 20 Heimen werden unter diesem Aspekt als unangemessen, die von neun Heimen als angemessen beurteilt.

In 21 Heimen orientiert man sich bei der Pflegeplanung am Pflegemodell der 13 AEDL nach Monika Krohwinkel, wobei in zwei Heimen die AEDL um ein bis drei Bereiche ergänzt werden. Vier Einrichtungen orientieren sich an den ATL nach Liliane Juchli. In jeweils einem weiteren Heim liegen Pflegeplanungen nach beiden Modellen vor.

In zwölf Heimen werden bei der Pflegeplanung alle AEDL- bzw. ATL-Bereiche berücksichtigt, in zwei weiteren bleibt die AEDL 13 (Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen) weitgehend unberücksichtigt, in einem Heim werden vier AEDL-Bereiche als bei jedem/jeder Bewohner/-in zu planen vorgegeben. In sieben Heimen werden nur diejenigen AEDL- bzw. ATL-Bereiche betrachtet, in denen aus Sicht der planenden Pflegekraft ein Problem besteht. In drei Einrichtungen bezieht sich die Planung auf so genannte prioritäre Pflegeprobleme und -ziele, in zwei Heimen auf diejenigen Kategorien, die bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (Einstufungsbegutachtung) zu Grunde gelegt werden. In je einem weiteren Heim werden nur potenzielle Pflegeprobleme berücksichtigt bzw. es erfolgt eine willkürlich wirkende Problemerkennung ohne erkennbare Gliederung.

Von den 20 Einrichtungen, bei denen der Umfang der Pflegeplanung als unangemessen beurteilt wird, haben zwölf das Problem der starken Zergliederung der Pflegeplanung: Zehn von ihnen planen jedes ermittelte Teilproblem entsprechend den Schritten des Pflegeprozesses. In einer Einrichtung wird nur das prioritäre Pflegeziel geplant; diese Pflegeplanung erschließt sich nur über weitere Elemente der Pflegedokumentation. Ein Heim baut die Pflegeplanung auf einer "Hauptpflegediagnose" auf, aus der sich alle anderen Probleme ableiten lassen.

Die Seitenzahl umfasst bei den ausgewerteten manuellen und in Word erstellten, immer als Ausdruck vorliegenden Pflegeplanungen (insgesamt 63) ohne markante Unterschiede zwischen den Pflegestufen meist zwischen elf und 15 Seiten (28 x), aber auch durchaus erheblich weniger (1 bis 5 Seiten: 17 x, 6 bis 10 Seiten: 10 x) oder erheblich mehr (16 bis 20 Seiten: 3 x, 21 bis 25 Seiten: 2 x, bis zu 43 Seiten: 3 x) Seiten. Als angemessen ist in der Regel ein Umfang von elf bis 15 Seiten anzusehen, bei einem größeren Umfang stellt sich die Frage nach der Nutzbarkeit, bei einem geringeren Umfang die nach der inhaltlichen Vollständigkeit der Pflegeplanung.

Von den 21 Einrichtungen, die manuell oder überwiegend manuell dokumentieren, verfügen zehn über übersichtlich gestaltete Pflegeplanungen. In den übrigen elf Heimen ist die Übersichtlichkeit der Pflegeplanungen nicht gegeben. Dies ist die Folge zu starker Untergliederung (6 x), der Dokumentation von Evaluationsergebnissen auf

dem Pflegeplanungsblatt (3 x), des Umfangs der Pflegeplanung (1 x) oder zu vieler erfasster Informationen und Verknüpfungen (1 x).

Von den acht EDV-gestützt dokumentierenden Heimen kann nur bei zweien sicher gesagt werden, dass die Pflegeplanungen unübersichtlich sind. Bei den übrigen sechs Heimen wäre eine Beurteilung nur anhand einer Bildschirmansicht möglich.

Die Vielfalt der praktizierten Planungsansätze spiegelt die Unsicherheit bezüglich der Auswahl der in die Planung aufzunehmenden Aspekte wider. "Des Guten zu viel" geschieht ebenso oft wie schlicht zu wenig. Eine pflegewissenschaftlich abgesicherte und pflegepraktisch umsetzbare diesbezügliche Empfehlung wäre für die Heime außerordentlich hilfreich.

Unangemessener Umfang der Leistungsnachweise

Für 23 der 29 projektbeteiligten Heime konnte die Zahl der Leistungsnachweise ermittelt werden, für sechs EDV-gestützt dokumentierende Heime war dies nicht möglich. Von den 23 Heimen dokumentieren 21 manuell und zwei EDV-gestützt.

Bei den manuell dokumentierenden Einrichtungen (21) wurde jeweils eine Pflegedokumentation der Pflegestufen I bis III ausgezählt (63). Erfasst sind die Leistungsnachweise für Grund- und Behandlungspflege in 24 Stunden; nicht ausgezählt wurden die Handzeichen auf sonstigen Formularen wie Lagerungsplänen, Trink- und Ernährungsprotokollen, Vordrucken zur Erfassung der Vitalwerte oder der Inkontinenzversorgung, Skalen zur Ermittlung von Dekubitus- und Sturzrisiko, Pflege- und Wundberichten o.ä..

Sechs der manuell dokumentierenden Heime arbeiten mit reduzierten Leistungsnachweisen. Dabei orientieren sich vier von ihnen an den Modellprojekten in Bayern (1), Rheinland-Pfalz (2) und Schleswig-Holstein (1), zwei haben den reduzierten Leistungsnachweis frühzeitig selbst und unabhängig von den aktuellen Entwicklungen erarbeitet. Zwei der sechs Heime haben zwar die Zahl der Handzeichen reduziert, flankierend aber weitere Zusatzformulare eingeführt.

Im Verlauf eines 24h-Tages werden in den manuellen Leistungsnachweisen für Grund- und Behandlungspflege in den untersuchten Pflegedokumentationen (63) meist zwischen elf und 29 (17 x) oder 30 bis 49 (26 x) Handzeichen gesetzt, seltener bis zu zehn Handzeichen (8 x) oder 50 bis 60 Handzeichen (11 x). Einmal werden 84 Handzeichen gesetzt.

Es liegen vier auswertbare Dokumentationen aus zwei EDV-gestützt dokumentierenden Heimen vor. Dort wird jede Einzelleistung per Mausklick bestätigt, dies sind 16, 19, 32 und 89 Einzelnachweise.

In der Debatte um die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ist die Reduzierung der Einzelnachweise ein zentrales, in Bezug auf die mögliche Zeitersparnis vermutlich überschätztes Thema. Wo die entsprechenden organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden (Bezugspflegesystem, nachvollziehbare zeitliche Gliederung von Schichten), können Einzelnachweise reduziert werden.

Die vermutete Zeitersparnis sollte nicht das einzige oder zentrale Argument sein. Entscheidend ist, dass Handzeichen-Wüsten in der Pflegedokumentation nicht erforderlich sind, dass das dauernde Setzen ihres Namenskürzels die Pflegenden belastet und das mechanische Bearbeiten der Pflegedokumentation fördert.

Erfassen von Daten, die nicht ausgewertet und/oder aus denen keine Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Fehlende inhaltliche Verknüpfung erhobener Daten. Mängel bei der Platzierung innerhalb der Pflegedokumentation

Bei 146 der 276 analysierten Pflegedokumentationen fallen die o.g. Mängel auf, für 130 gilt dies nicht. Betroffen sind in hohem Maße Informationen, die auf Zusatzformularen untergebracht sind. Beispiele der festgestellten Mängel sind u.a.:

- das Führen eines Trinkprotokolls ohne Evaluation
- Dokumentation der Vergabe einer Bedarfsmedikation auf einem separaten Formular, keine Dokumentation der Wirkung im Pflegebericht
- erheblicher Gewichtsverlust innerhalb eines Jahres ohne erkennbare Reaktion.

Ein möglicher Grund ist die mangelnde Bündelung und schlechte Auffindbarkeit von Daten und ihre Streuung über zahlreiche Einlegeblätter. Dem kann entgegen gewirkt werden durch eine Beschränkung auf die Kernbestandteile der Pflegedokumentation. Sie kann zu einer qualitativen Verbesserung führen, nicht jedoch zu einer Reduzierung des Schreibaufwands.

Ein anderer möglicher Grund ist die Neigung nicht weniger Mitarbeiter/-innen, die mit einer umfangreichen Pflegedokumentation verbundenen Arbeitsaufträge "abzuarbeiten". Der Arbeitsauftrag lautet, bestimmte Werte zu bestimmten Zeiten zu ermitteln und zu dokumentieren; was dann geschehen soll, ist weniger klar. Die einzig dauerhaft wirksamen Maßnahmen sind hier die Weiterentwicklung des Pflegesystems hin zu einer verbindlichen Bezugspersonenpflege, die Entpflichtungstendenzen entgegenwirkt sowie die pflegfachliche Förderung der Mitarbeiter/-innen.

Doppel- oder Mehrfachdokumentation gleicher Sachverhalte

Eine Doppel- oder Mehrfachdokumentation gleicher Sachverhalte liegt in 209 der 276 analysierten Pflegedokumentationen aus 27 der 29 Heime vor. Einem Heim gelingt es, sie zu vermeiden, in Bezug auf ein weiteres ist keine sichere Beurteilung möglich.

Doppeldokumentation wird für 22 Heime in 169 Pflegedokumentationen nachgewiesen. Vier Heime dokumentieren doppelt und dreifach (in 28 Pflegedokumentationen) und in einer Einrichtung liegen Doppel-, Drei- und Vierfachdokumentation vor (in 12 Pflegedokumentationen).

Betroffen sind vor allem (Benennung nach abnehmender Häufigkeit) Pflegebericht und Zusatzformulare, Pflegebericht und Leistungsnachweise, ärztliche Verordnung und Zusatzformulare, Pflegeplanung und Leistungsnachweise sowie Pflegebericht und Basisformulare.

Doppel- und Mehrfachdokumentation entsteht, wo die Pflegenden den Aufbau des Pflegedokumentationssystems und die Verknüpfung seiner Elemente nicht verstehen, und sie resultiert aus einem nicht reflektierten Sicherheitsbedürfnis. Sie erschwert das Auffinden von Informationen, bläht die Pflegedokumentation auf und bindet Zeit.

Pauschale Ermittlung und Dokumentation von Daten ohne Notwendigkeit im Einzelfall

In elf der 29 projektbeteiligten Heime werden Daten pauschal ermittelt und dokumentiert, ohne dass dies für die sachgerechte Pflege der Bewohner/-innen erforderlich wäre.

Ausgenommen sind die beiden Heime, die turnusmäßig Vitalwerte erheben. Dieses Vorgehen wird von den Untersuchenden als sinnvoll erachtet, weil so im Bedarfsfall Vergleichswerte vorliegen.

Die Vorgabe eines Turnus zur Erhebung und/oder Dokumentation betrifft vor allem Themen wie den Eintrag in den Pflegebericht, Wundbeschreibungen und den Ernährungszustand (jeweils Mehrfachnennungen). Jeweils einmal wird vorgegeben die Durchführung des Fingertests, das Führen eines Wundberichts pro Wunde, das Anlegen einer Fotodokumentation (Dekubitus), das Führen von Trinkprotokollen in Hitzeperioden, der Einsatz von Lagerungsplänen, das Führen eines Protokolls bei PEG-Sondenernährung, die Feststellung des Hautzustandes und die Erhebung des Zahnstatus bei Heimeinzug.

Pauschalregelungen liegen Sicherheitsbedürfnisse der Pflegeleitung zu Grunde, nicht selten aber auch Trägervorgaben, die einem einmaligen Negativerlebnis (nicht unbedingt im selben Haus) entspringen und gelegentlich entsprechen sie der Empfehlung von Prüfinstanzen. Angestrebt wird die möglichst vollständige Erfassung von Risiken und Problemen. Dabei besteht die Gefahr, dass neu auftretende Probleme übersehen werden, weil der Zeitpunkt ihrer routinemäßigen Betrachtung noch nicht gekommen ist. Die Förderung der kontinuierlichen Pflegebeobachtung scheint eher erfolgversprechend.

Anwendung von Skalen turnusmäßig statt in Entscheidungssituationen

In 16 der 29 beteiligten Heime werden Skalen turnusmäßig statt in Entscheidungssituationen eingesetzt. Für 13 Heime trifft dies nicht zu. Von acht dieser 13 Heime liegen keine Angaben zum Einsatz von Skalen vor, in den anderen fünf erfolgt der Einsatz bewohner- bzw. situationsbezogen.

13 von 16 Heimen wenden eine Skala zur Erfassung des Dekubitusrisikos turnusmäßig an. In zwei Einrichtungen werden jeweils eine Sturz- und eine Risikoerfassungsskala turnusmäßig eingesetzt, in einer weiteren erfolgt einmal im Quartal die Anwendung des Mini-Mental State Examination und ebenfalls intervallweise die Dekubitusrisikoerfassung.

Eine nicht zur Überdokumentation führende Alternative ist die Anwendung der Skalen bei Heimeinzug und danach bewohner- und situationsentsprechend. Dazu müssen konkrete Vorgaben bestehen, deren Umsetzung laufend trainiert wird. Grundsätzlich

sollten nur Skalen eingesetzt werden, deren Anwendung zu brauchbaren Ergebnissen führt.

Einsatz von Skalen, die inhaltlich nur bedingt verstanden bzw. deren Anwendungsergebnisse nicht umgesetzt werden

In 19 der 29 Heime werden Skalen eingesetzt, die entweder inhaltlich nur bedingt verstanden werden oder deren Ergebnisse nicht - mit Hilfe der Pflegedokumentation nachvollziehbar - umgesetzt werden. Dies betrifft 71 der 276 analysierten Pflegedokumentationen.

- In drei der 19 Heime gibt es Anhaltspunkte dafür, dass nicht verstanden wurde, dass Norton- und Braden-Skala zwar beide das Dekubitusrisiko erfassen, dass aber die ermittelten Punktwerte nicht gleichbedeutend sind. In einem dieser Heime wird zusätzlich ein ermitteltes Sturzrisiko nicht in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- In einem Heim werden jeweils im Rahmen der von der Pflegeleitung durchgeführten Pflegevisite die Braden-Skala, eine Skala zur Erfassung des Sturzrisikos, die Cohen-Mansfield-Skala und eine Skala zur Beurteilung des Ernährungszustandes angewandt. Der Pflegedokumentation ist nicht zu entnehmen, was mit den ermittelten Werten geschieht.
- In einem Heim werden unterschiedliche Demenzerfassungsskalen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialen Dienstes eingesetzt. Es wird ein unvollständig aus einer Fachzeitschrift kopierter Biografiebogen - er liegt nur zur Hälfte vor - eingesetzt, dessen Bedeutung unklar bleibt. Inwieweit die Ergebnisse den Pflegenden mitgeteilt werden und wie sie das pflegerische Tun beeinflussen, ist nicht nachzuvollziehen.
- Eine Einrichtung prüft Dekubitus- und Sturzrisiko sowie den Ernährungsstatus anhand eines Formulars. Insbesondere in Bezug auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist nicht erkennbar, dass die Pflegenden die Daten nutzen.
- In sechs Heimen werden die ermittelten Punktwerte der Dekubitusrisikoskalen unzureichend berücksichtigt bzw. das Ergebnis des Beratungsgesprächs mit dem Bewohner/der Bewohnerin (Bestandteil der Skalenanwendung) bleibt unverständlich und es erfolgt keine Maßnahmenplanung.
- In drei Heimen ist nicht erkennbar, welche Relevanz das Ergebnis der Anwendung der Cohen-Mansfield-Skala bzw. des Mini-Mental State Examination hat.
- In drei Heimen ist den ausgewerteten Pflegedokumentationen keine nachvollziehbare Reaktion auf ein ermitteltes Sturz- und ein ermitteltes Dekubitusrisiko zu entnehmen.
- In einem Haus wird der Ernährungsstatus überprüft ohne erkennbare Konsequenz.

Die Handhabung von Skalen muss geschult und geübt werden und bindet dabei und in der Anwendung Zeit. Nur wenn die erhobenen Daten in der Pflege berücksichtigt werden, werden die Instrumente von den Pflegenden akzeptiert.

Vorgabe standardisierter Intervalle für die Überarbeitung bzw. Neuschrift

In 16 der 29 Heime liegen derartige Vorgaben vor, in 13 Heimen nicht. Die Vorgaben (z.T. Doppel- oder Mehrfachnennungen) beziehen sich auf die

- Evaluation der Pflegeplanung (11 x)
- Anpassung und/oder Neuschrift der Anamnese (8 x)
- Neuschrift der Leistungsnachweise (2 x)
- Häufigkeit der Eintragung in den Wundbericht (1 x)
- Häufigkeit der Eintragung in den Pflegebericht (1 x).

Die Vorgabe von Intervallen entspricht Sicherheitsbedürfnissen. Nicht auszuschließen ist auch der Einfluss von Qualitätssicherungs- bzw. Zertifizierungsmaßnahmen, die die Vorgabe von Prüfintervallen fördern. Wenn Eintragungen erfolgen, weil sie "fällig" sind und nicht weil die Situation dies erfordert, wird überdokumentiert.

Weitere Aspekte der Überdokumentation

Weitere Aspekte der Überdokumentation konnten keinem Themenkomplex zugeordnet werden. Beispiele sind:

- die monatliche Überprüfung der Erforderlichkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen
- die rückwirkende Berechnung der von den Bewohnerinnen und Bewohnern aufgenommenen kcal anhand der Ernährungsprotokolle durch die Hauswirtschaftsleitung
- ein separater Wundbericht für jede Wunde.

Wünschenswert: Schriftliche Vorgaben zum Führen der Pflegedokumentation

15 der 29 Heime verfügen über ausführliche schriftliche Vorgaben zum Führen der Pflegedokumentation, zehn Heime über eher allgemein formulierte Hinweise und in vier Heimen liegen keine Vorgaben schriftlich vor.

In 17 der 29 Heime liegen ausführliche Informationen/Vorgaben zum Pflegeprozess vor, in sechs Heimen sind sie eher allgemein formuliert und in weiteren sechs Heimen liegen schriftliche Erörterungen des Pflegeprozesses nicht vor.

Acht der 29 Heime verfügen über ein Qualitätshandbuch, sechs Heime über ein Benutzerhandbuch des Anbieters der Pflegedokumentation und in neun Heimen werden sonstige Hilfsmittel (Rundschreiben, Dienstanweisungen, Standards o.ä.) eingesetzt. In zwei Heimen werden der Einsatz von Qualitäts- bzw. Benutzerhandbuch und sonstigen Hilfsmitteln kombiniert. Vier Heime verzichten auf alle schriftlichen Vorgaben.

Ausführliche schriftliche Vorgaben zur Pflegedokumentation helfen nicht nur den Pflegenden, sondern auch den Pflegeleitungen. Das Schreiben einer Handlungsanleitung zwingt sie, alle Aspekte der Dokumentation zu durchdenken und stimmige Entscheidungen zu treffen.

3.1.4.2 Zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse

Die Untersuchungsergebnisse belegen Überdokumentation in beträchtlichem Umfang, und sie stammen aus Heimen, in denen - nicht durchgängig, aber vielfach - schon einiges getan wurde, um die Pflegedokumentation fachgerecht und handhabbar zu gestalten. Die Untersuchenden haben im Rahmen von Qualitätsprüfungen in den letzten ca. drei Jahren annähernd 500 Pflegedokumentationen begutachtet. Im Vergleich mit diesen sind in knapp zwei Dritteln der projektbeteiligten Heime die Pflegedokumentationen von deutlich höherer, in fast der Hälfte von guter bis hervorragender Qualität. Doch in allen wird - in unterschiedlichem Maße - überdokumentiert.

Die Analyse von Art und Ausmaß der Überdokumentation belegt, dass die aktuellen Bemühungen um eine "entbürokratisierte" Pflegedokumentation zu Recht drei Themen in den Mittelpunkt rücken:

1. die Pflegeplanung mit handlungsleitendem Charakter, idealerweise verbunden mit einer Tagesablaufplanung¹¹
2. die Pflegeplanung mit überschaubarer Gliederungstiefe und Seitenzahl, so dass sie gelesen und verstanden werden kann.

Welcher Weg dabei zu gehen ist, bedarf zwingend der qualifizierten pflegfachlichen Diskussion. Es ist zu klären, ob und unter welchen Bedingungen es vertretbar ist, nur prioritäre Probleme/Ziele oder nur eine begrenzte Zahl von AEDL - verbindlich vorgegeben oder den Planenden zur Auswahl überlassen - in der Pflegeplanung zu berücksichtigen. Aus Sicht der Untersuchenden besteht zum Teil die Gefahr einer zu weit gehenden Reduzierung der Pflegeplanung.

3. die Abzeichnung von Leistungskomplexen an Stelle des Führens umfangreicher Einzelnachweise.

In Bezug auf die Grundpflege ist die Abzeichnung von Leistungskomplexen unproblematisch, sie setzt allerdings einen geeigneten organisatorischen Kontext (Bezugspflegesystem, nachvollziehbare zeitliche Gliederung von Schichten) voraus. Bei den pauschal als Behandlungspflege bezeichneten Leistungen unterschiedlichster Art - vom Auftragen einer Rheumasalbe über die Vergabe fachgerecht vorbereiteter oraler Arzneimittel bis zum Wechsel einer Trachealkanüle - ist die Diskussion dagegen nicht abgeschlossen. Dies ist jedoch besonders in Bezug auf Heime bzw. Wohnbereiche mit Hausgemeinschaftscharakter zeitnah erforderlich.

¹¹ Erfolgt die Maßnahmenplanung als letzter Schritt der Pflegeplanung in Form einer Tagesablaufstruktur, erleichtert dies den Pflegenden die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen und verhindert eine neue Variante der Doppeldokumentation.

Die detailliert untersuchten Aspekte der Erfassung und Dokumentation von Daten, die nicht gebraucht werden (nicht bei diesem/dieser Bewohner/-in, nicht zu diesem Zeitpunkt, grundsätzlich nicht) und mit denen nicht gearbeitet wird sowie der Doppel- und Mehrfachdokumentation finden in der Fachdiskussion kaum Beachtung, bieten jedoch ebenfalls erhebliche Entschlackungsmöglichkeiten.

Zu vermeiden sind die verschiedenen Varianten von Überdokumentation vor allem aus drei Gründen:

- Überdokumentation bindet Zeit, die sinnvoll eingesetzt werden könnte.
- Die Pflegenden erleben die Pflegedokumentation als Ballast und nicht als unverzichtbare Arbeitsgrundlage, als schwierig, aber nicht hilfreich.
- Der Pflegeleitung vermitteln Teile der Überdokumentation trügerische Sicherheit. Pflegerische Versäumnisse und Pflegefehler lassen sich durch Termin- und Intervallvorgaben möglicherweise geringfügig reduzieren, jedoch nicht verhindern. Sie fördern einen mechanischen Arbeitsstil und Entpflichtungsneigungen statt selbstständiges, verantwortliches Handeln herauszufordern.

Die inhaltliche Arbeit an Pflegeprozess und Pflegedokumentation sowie der Dialog zwischen Pflegenden und verantwortlicher Pflegefachkraft ist alternativlos.

3.1.5 Unterdokumentation

Die Diskussion über die Entbürokratisierung wird weitgehend so geführt als gebe es derzeit in der Pflegedokumentation nur ein Zuviel und nicht auch ein Zuwenig.

Unter "Unterdokumentation" verstehen die Untersuchenden das Fehlen von Aufzeichnungen, deren Inhalte für die Pflege unverzichtbar sind. Es wurden alle 276 Pflegedokumentationen daraufhin überprüft, ob sie angemessen und nachvollziehbar geführt werden, d.h. ob die für die Pflege und Betreuung erforderlichen Informationen vorliegen. Dabei wurde die Pflegedokumentation im Ganzen betrachtet, d.h. nicht nur einzelne Formulare oder ihre Entsprechungen in der EDV, sondern auch ihre inhaltliche Verknüpfung.

Es wurden die folgenden Pflegesituationen betrachtet:

- Essen und Trinken/Ernährungszustand
- Neurologische, gerontopsychiatrische und psychiatrische Erkrankungen
- Dekubitus(gefährdung), sonstige Wunden
- Ausscheidung
- Mobilität
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Aufwändige Behandlungspflege
- Pflege bei schwerwiegender somatischer Erkrankung

Bewohnerbezogene Aussagen, d.h. Hinweise zur konkreten Unterdokumentation in den einzelnen Pflegedokumentationen, werden hier nicht getroffen, dies erfolgte jedoch im Rahmen der Rückmeldung an die Einrichtungen.

Als Unterdokumentation kann auch das Fehlen von Handzeichen in Leistungsnachweisen oder der Unterschrift der für die Erstellung verantwortlichen Pflegefachkraft in Stammbblatt und/oder Pflegeplanung gewertet werden. Diese eher formalen Aspekte wurden nicht berücksichtigt.

3.1.5.1 Befunde

Essen und Trinken/Ernährungszustand

Unterdokumentation zu diesem Thema wurde festgestellt in 127 der 276 Pflegedokumentationen. Informationen zu Essen und Trinken und zum Ernährungszustand sind festgehalten

- im Stammbblatt
- in der Pflegeanamnese
- teilweise in der Biografie
- in der Pflegeplanung
- bei den Vitalwertkontrollen
- in den Leistungsnachweisen
- in den Erhebungsbögen zur Erfassung des Ernährungszustandes
- in den Dekubitus- oder Sturzrisikoerfassungsskalen
- im Pflegebericht
- teilweise in Ernährungsprotokollen
- teilweise in Trinkprotokollen
- teilweise als ärztliche Verordnung.

Eine Unterdokumentation wird festgestellt

- bei den Stammdaten, wenn Aussagen zur Kostform und der Art der Ernährung (z.B. über PEG-Sonde) fehlen oder entsprechende Diagnosen nicht übertragen werden.
- in der Biografie, wenn keinerlei Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen, Essenszeiten und/oder sonstigen Gewohnheiten im Bereich der Ernährung festgehalten werden.
- in der Pflegeanamnese, wenn die Ursache für die Einschränkung, der Grad des Hilfebedarfs und die Bedeutung der Einschränkung für den/die Bewohner/-in nicht dokumentiert werden.
- in der Pflegeplanung, wenn z.B. bei erkanntem Risiko keine handlungsleitenden Maßnahmen in Form eines Trinkplans festgelegt werden oder wenn das

Problem nicht mit dem/der zuständigen Arzt/Ärztin besprochen ist und entsprechende Maßnahmen geplant werden. Dies bezieht ausdrücklich auch die Maßnahmen ein, die durchzuführen sind, wenn die vereinbarte Trinkmenge nicht erreicht wird.

- im Trinkprotokoll, wenn dieses lückenhaft geführt wird und/oder wenn die Gesamttrinkmenge in 24 Stunden nicht berechnet wird.
- im Pflegebericht, wenn das Problem bzw. die ergriffenen Maßnahmen nicht evaluiert werden, wenn Eintragungen mit Aufforderungscharakter für die nächste Schicht von dieser nicht berücksichtigt werden.
- bei den Vitalwerten, wenn auf Gewichtsveränderungen/Veränderungen des BMI (Body-Mass-Index) nicht reagiert wird.
- bei der Erhebung des Ernährungsstatus, wenn der ermittelte Wert nicht zu Konsequenzen führt.
- bei der ärztlichen Verordnung, wenn bei einer Ernährung über PEG-Sonde Angaben zur Art der Sondennahrung, zur Menge, zur Vergabeart (u.U. auch Fließgeschwindigkeit), zum Vergabezeitpunkt und zur ergänzenden Flüssigkeit fehlen.
- beim Führen eines Ernährungsprotokolls (täglich oder an festgelegten Tagen im Monat), wenn nur die Nahrungsmenge, nicht aber die Art der Nahrung dokumentiert wird.
- wenn die Auswirkungen von Veränderungen beim Essen und Trinken bzw. des Ernährungszustandes nicht berücksichtigt werden, z.B. bezogen auf die Sturzgefahr, das Dekubitusrisiko, die Entstehung von Kontrakturen, die Veränderung von Konzentrations- und/oder Orientierungsfähigkeit etc..

Es gibt weitere Kriterien, die bei der Beurteilung, ob mit dem Thema Essen und Trinken/Ernährungszustand sachgerecht umgegangen wird, berücksichtigt werden können und/oder müssen, so beispielsweise die Frage nach geeigneten Hilfsmitteln zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder die Frage nach der Dokumentation durch Externe wie Ernährungsberater/-innen. Mit dem Ziel der Begrenzung des Auswertungsaufwandes wurde derartigen Fragen nicht nachgegangen.

Dokumentationslücken betrafen in den genannten 127 Pflegedokumentationen die Flüssigkeitsaufnahme (72 x), die Nahrungsaufnahme (33 x), den Umgang mit Diabetes mellitus (10 x), Reaktionen auf Gewichtsverlust (6 x), die Ernährung über PEG-Sonde (5 x) und den Umgang mit ständigem Erbrechen (1 x).

Neurologische, gerontopsychiatrische und psychiatrische Erkrankungen

Eine erkennbare Unterdokumentation in Bezug auf den Umgang mit aus diesen Erkrankungen resultierendem Verhalten bestand in 20 der 276 analysierten Pflegedokumentationen. Die geringe Anzahl an Befunden zu diesem Thema ist damit zu erklären, dass sich z.B. Demenz in der Pflegedokumentation primär in ihren Auswirkungen auf Essen und Trinken, Ausscheidung, Körperpflege, Mobilität, Medikation etc. abbil-

det. Die Frage, wie dies zu bewerten ist, ob hier eine generelle Unterdokumentation vorliegt, wäre eine eigene Untersuchung wert.

Informationen zu neurologischen, gerontopsychiatrischen oder psychiatrischen Erkrankungen werden festgehalten

- im Stammbblatt
- in der Pflegeanamnese
- in der Pflegeplanung
- im Pflegebericht
- als ärztliche Verordnung
- in der Skala zur Dekubitusrisikoerfassung
- in der Skala zur Sturzrisikoerfassung
- seltener in der Biografie.

Der Einsatz von Testverfahren (Cohen-Mansfield-Skala, Mini-Mental State Examination und Uhrentest) stellt die Ausnahme dar. Lediglich in zwei der 29 untersuchten Einrichtungen werden Testverfahren eingesetzt. Wo diese Tests nicht eingesetzt werden, wird dies nicht als Unterdokumentation bewertet, wenn anhand der Pflegedokumentation die Pflegesituation nachvollziehbar beschrieben ist.

Eine Unterdokumentation wird festgestellt

- in der Pflegeanamnese und in der Pflegeplanung bei der Beschreibung der Einschränkung und der Festschreibung konkreter Maßnahmen.
- im Pflegebericht, in dem die Reaktionen der Pflegekräfte auf ein verändertes Verhalten der Bewohner/-innen nicht nachvollziehbar beschrieben werden oder die Suche nach der Ursache für das Verhalten nicht dokumentiert wird.

Es gibt weitere Kriterien, die bei der Beurteilung, ob mit der o.g. Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird, berücksichtigt werden können und/oder müssen, so beispielsweise die Frage nach der Eignung von Orientierungshilfen oder tagesstrukturierenden Maßnahmen. Mit dem Ziel der Begrenzung des Auswertungsaufwandes werden derartige Fragen nicht aufgegriffen.

Dokumentationslücken betrafen in den 20 Pflegedokumentationen den Umgang mit demenziellen Erkrankungen (10 x), die Nachvollziehbarkeit der Erkrankungen (4 x), den Umgang mit Unruhezuständen (3 x), den Umgang mit Verhaltensveränderungen (2 x) und den Umgang mit einer erkannten Suizidgefahr (1 x).

Dekubitus(gefährdung), sonstige Wunden

Unterdokumentation zu diesem Thema wurde festgestellt in 72 der 276 Pflegedokumentationen. Informationen über eine Dekubitusgefährdung, einen Dekubitus und/oder sonstige Wunden werden festgehalten

- im Stammbblatt

- in der Pflegeanamnese
- in der Pflegeplanung
- im Leistungsnachweis
- im Pflegebericht
- als ärztliche Verordnung
- in der Skala zur Dekubitusrisikoerfassung
- in der Wunddokumentation
- im Lagerungsplan/Bewegungsprotokoll

Eine Unterdokumentation stellt dar

- das Fehlen der Dekubitusrisikoerfassung
- das Fehlen der Wunddokumentation
- die fehlende Nachvollziehbarkeit einer Wundbeschreibung
- das Fehlen der Hautbeschreibung
- das Fehlen einer handlungsleitenden Planung besonders in Bezug auf die Lagerungen, die Lagerungshäufigkeit in 24 Stunden (hier auch der Wechsel der Sitzposition bei Aufenthalt außerhalb des Bettes), den Hinweis auf Lagerungshilfsmittel, eine angemessene Hautpflege, eine angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- das Fehlen einer handlungsleitenden Beschreibung der Wundversorgung
- das Fehlen von Lagerungsprotokollen und/oder Bewegungsplänen und deren lückenhaftes Führen.

Es gibt weitere Kriterien, die bei der Beurteilung, ob mit der o.g. Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird, berücksichtigt werden können und/oder müssen, so beispielsweise die Frage nach geeigneten Lagerungshilfsmitteln oder Hilfsmitteln zur Mobilisierung. Mit dem Ziel der Begrenzung des Auswertungsaufwandes werden derartige Fragen nicht aufgenommen. Nicht berücksichtigt werden konnte außerdem, inwieweit die im Rahmen einer Wundversorgung und/oder Prophylaxe eingesetzten Arzneimittel dem aktuellen Stand pflegfachlicher Erkenntnisse entsprechen und ob mit den verordnenden Ärzten/Ärztinnen über die Angemessenheit der Behandlung diskutiert wurde.

Dokumentationslücken betrafen in den 72 Pflegedokumentationen die nicht nachvollziehbare Maßnahmenplanung (31 x), Mängel in der Wunddokumentation (15 x), die nicht nachvollziehbare Dokumentation des Dekubitusrisikos (12 x), den gesamten Umgang mit dem Dekubitusrisiko (9 x) und die fehlende Berücksichtigung der Dekubitusgefahr in der Pflegeplanung (5 x).

Ausscheidung

Unterdokumentation zu diesem Thema wurde festgestellt in 43 der 276 Pflegedokumentationen, wobei 22 Befunde eine Einrichtung betreffen. Informationen über Ausscheidungen und Ausscheidungsverhalten sind festgehalten

- im Stammblatt
- in der Pflegeanamnese
- in der Pflegeplanung
- im Leistungsnachweis
- im Pflegebericht
- teilweise als ärztliche Verordnung
- teilweise in der Skala zur Dekubitusrisikoerfassung
- teilweise im Bilanzierungsformular oder im Formular zum Nachweis von Ein- und Ausfuhr
- im Formular zum Nachweis der Toilettenbesuche
- im Miktionsprotokoll.

Eine Unterdokumentation stellt dar

- das Fehlen relevanter Informationen im Stammblatt, in der Pflegeanamnese, u.U. in der Biografie
- das Fehlen von Diagnosen
- das Fehlen einer Pflegeplanung, in der das Problem beschrieben ist und anhand derer handlungsleitende Maßnahmen abgeleitet werden können
- die fehlende Nachvollziehbarkeit der Ermittlung individueller Zeiten für einen Toilettenbesuch.

Es gibt weitere Kriterien, die bei der Beurteilung, ob mit der o.g. Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird, berücksichtigt werden können und/oder müssen, so beispielsweise die Angemessenheit der verwendeten Inkontinenzprodukte oder sonstiger Hilfsmittel. Mit dem Ziel der Begrenzung des Auswertungsaufwandes werden derartige Fragen nicht aufgenommen.

Dokumentationslücken betrafen in den 43 Pflegedokumentationen den Umgang mit Obstipation (18 x),¹² die Ermittlung von individuellen Zeiten für das Aufsuchen der Toilette (17 x), den Umgang mit einer bestehenden Inkontinenz (5 x) und den Umgang mit ständiger Diarrhoe (3 x).

¹² Alle Befunde stammen aus einer Einrichtung.

Mobilität

Unterdokumentation zu diesem Thema wurde festgestellt in 42 der 276 Pflegedokumentationen. Informationen über die Mobilität sind festgehalten

- im Stammbblatt
- in der Pflegeanamnese
- in der Pflegeplanung
- im Leistungsnachweis
- im Pflegebericht
- teilweise als ärztliche Verordnung
- in der Skala zur Sturzrisikoerfassung
- teilweise in der Skala zur Dekubitusrisikoerfassung
- im Lagerungsplan und/oder Bewegungsprotokoll
- teilweise im Nachweis durchgeführter Bewegungstherapien
- seltener in der Biografie.

Eine Unterdokumentation stellt dar

- das Fehlen relevanter Informationen in Stammbblatt und Pflegeanamnese
- das Fehlen einer Pflegeplanung, in der das Problem beschrieben wird und anhand derer handlungsleitende Maßnahmen abgeleitet werden können.

Es wird nicht als Unterdokumentation gewertet, wenn keine Sturzrisikoskala eingesetzt wird. Es müssen jedoch Beobachtungen festgehalten, Reaktionen und ergriffene Maßnahmen der Pflegenden evaluiert und Sturzereignisse systematisch analysiert werden.

Der sachgerechte Umgang mit einer Kontrakturgefahr oder mit bereits bestehenden Kontrakturen kann anhand der vorliegenden Pflegedokumentationen nicht schlüssig beurteilt werden, da in der Regel der konkrete Hinweis auf Kontrakturen fehlt. Es kann nicht beurteilt werden, ob keine Kontrakturen vorliegen oder ob diese nicht dokumentiert werden.

Es gibt weitere Kriterien, die bei der Beurteilung, ob mit der o.g. Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird, berücksichtigt werden können und/oder müssen. Beispielsweise die Frage nach geeigneten Schuhen, nach geeigneter Kleidung, nach einer angemessenen Wohnumfeldgestaltung. Mit dem Ziel der Begrenzung des Auswertungsaufwandes werden derartige Fragen nicht aufgenommen.

Dokumentationslücken betrafen in den 42 Pflegedokumentationen die Nachvollziehbarkeit des Sturzrisikos (32 x), den Umgang mit Stürzen/die Reaktion auf Stürze (5 x), die Nachvollziehbarkeit geplanter Prophylaxen (2 x), den Umgang mit Kontrakturen (2 x) und die Nachvollziehbarkeit einer festgestellten Bewegungseinschränkung (1 x). In

Bezug auf Kontrakturen vermuten die Untersuchenden eine generelle Unterdokumentation.

Weitere Themen

Die wenigen Befunde zu den Themen

- freiheitseinschränkende Maßnahmen (u.a. Fixierungen oder Psychopharmaka)
- aufwändige Behandlungspflege (Umgang mit Tracheostoma)
- Pflege bei schwerwiegender somatischer Erkrankung (insbesondere im Hinblick auf Schmerzzustände und den Umgang damit, etwa die fehlende Beschreibung der Wirkung von Schmerzmitteln)

werden hier nicht dargestellt. Die Berichterstellerinnen vermuten eine generelle Unterdokumentation beim Thema Schmerz.

Eine Unterdokumentation wurde durchweg zur Pflegeanamnese und Pflegeplanung festgestellt. Eine Unterdokumentation in der Pflegeanamnese stellt das Fehlen aussagekräftiger Informationen zur Situation des Bewohners/der Bewohnerin dar. Häufig fehlen diese Informationen dort, wo die Pflegeanamnese in einem Ankreuzverfahren erhoben wird und erklärende schriftliche Hinweise nicht formuliert werden. Eine Unterdokumentation der Pflegeplanung liegt u.a. vor, wenn

- die Pflegeplanung nicht aussagekräftig ist
- die Ursachen, die zu einem Problem führen, nicht benannt sind
- die Bedeutung, die die Einschränkung für die Betroffenen hat, nicht dargestellt wird.

3.1.5.2 Beurteilung

Die Befunde zur Unterdokumentation sind - der vergleichsweise hohen durchschnittlichen Qualität der analysierten Pflegedokumentationen entsprechend - weder quantitativ noch qualitativ gravierend. Sie zeigen dennoch typische, weit verbreitete Mängel auf bzw. sie bilden das ganze thematische Spektrum von Unterdokumentation ab. Diese betrifft zum einen die in allen Heimen beachteten Themen, zu diesen liegen Befunde vor. Zum anderen wurden "weiße Flecken" identifiziert, d.h. Themen, die noch nicht ausreichend ins Bewusstsein gerückt sind und nicht dokumentiert werden.

Analyse und Darstellung einiger ausgewählter Aspekte der Unterdokumentation erfolgten um aufzuzeigen, dass die Debatte um die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation teilweise unter falschen Vorzeichen erfolgt. Anzustreben ist nicht die "dünne", sondern die fachgerechte Pflegedokumentation. Um dies zu erreichen, kann zwar oft ihr Umfang beträchtlich reduziert werden, doch nicht ihr fachlicher Gehalt. Dieser muss im Gegenteil weiter verbessert werden.

3.1.6 Einflussnahme der Prüfinstanzen

3.1.6.1 Befunde

Klagen über Bürokratie bei der Pflegedokumentation sind häufig verbunden mit Klagen über die Erwartungen der Prüfinstanzen Heimaufsicht und MDK an die Pflegedokumentation. Bei der Untersuchung dieses Teilaspekts wurde darauf geachtet, ausnahmslos Empfehlungen und Auflagen zu betrachten, die den projektbeteiligten Heimen im Zusammenhang mit Prüfungen tatsächlich erteilt wurden. Berichte über die Erfahrungen Dritter wurden nicht berücksichtigt.

Von den 29 Heimen wurden in den letzten beiden Jahren 14 Heime vom MDK begutachtet (in der Regel einmal, in einem Fall zweimal). Von den 15 anderen Heimen wurden neun noch nie vom MDK besucht, sechs in früheren Jahren. Besuch von der Heimaufsicht erhielten 21 Heime (19 einmal, zwei zweimal), acht Heime wurden von der Heimaufsicht in den letzten beiden Jahren entweder nicht besucht oder es erfolgte keine Überprüfung der Pflegedokumentation. Sechs Heime wurden in den letzten beiden Jahren weder von der Heimaufsicht noch vom MDK in Bezug auf die Pflegedokumentation überprüft.

Ein häufig vorgebrachter Vorwurf ist der, die Empfehlungen/Auflagen von Prüfinstanzen seien umfangreich und fachlich oft unangemessen.

Insgesamt wurden von den Ansprechpartnerinnen und -partnern in den Heimen 26 konkrete im Rahmen von Prüfungen benannte Vorgaben als unangemessen identifiziert. Bei 25 dieser Vorgaben teilen die Berichterstatterinnen diese Einschätzung. Der Befund wird dadurch deutlich relativiert, dass 16 dieser Vorgaben ein Heim betreffen und von einer - im betreffenden Bundesland überregional einschlägig bekannten - Heimaufsicht stammen. Die übrigen zehn Vorgaben stammen von vier weiteren Institutionen (jeweils MDK). Es handelt sich ausnahmslos um mündlich geäußerte Erwartungen und Empfehlungen, sie werden mit zwei Ausnahmen umgesetzt. Im einzelnen handelt es sich um

- die Forderung von Zusatzformularen ungeachtet bereits bestehender Dokumentationsmöglichkeiten (4)
- die Forderung der pauschalen Anwendung von Zusatzformularen (5)
- die Vorgabe starrer Evaluationsrhythmen (2)
- die Vorgabe der Häufigkeit von Eintragungen oder Erhebungen (10) bzw.
- sonstige Vorgaben unterschiedlichen Inhalts (5).

Aufwändige Korrekturen des Pflegedokumentationssystems wurden von Prüfinstanzen in den projektbeteiligten Heimen nur vereinzelt ausgelöst.

- Die Umstellung auf ein anderes Pflegemodell erfolgte einmal, jedoch auf Grund eines Anbieterwechsels. In einem anderen Heim monierte der MDK zu Recht, dass das Pflegemodell sich in der Pflegedokumentation nicht wieder finde.

- Die Umstellung des gesamten Systems wurde vom MDK in einer Einrichtung ausgelöst und dort positiv beurteilt. In einer zweiten Einrichtung wurden von der - nicht sachgerecht handelnden - Heimaufsicht umfangreiche Eigenentwicklungen angestoßen.
- Auf die Umstellung oder Erweiterung der eingesetzten Skalen zur Risikoeinschätzung wurde ebenfalls in zwei Fällen Einfluss genommen.

Weitere populäre Vorwürfe an die Adresse beider Prüfinstanzen werden durch die Untersuchung ebenfalls nicht belegt:

- Von widersprüchlichen Aussagen von MDK und Heimaufsicht wird dreimal berichtet, jedoch werden sie nur in einem Fall konkret benannt. Allerdings fanden im untersuchten Zeitraum Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht nur in elf Heimen statt.¹³
- Ein Widerspruch zwischen den Aussagen in der mündlichen und der schriftlichen Stellungnahme wird einmal beanstandet.
- Dass mündlich getroffene Einschätzungen/Vorgaben im schriftlichen Bericht fehlten, berichten vier Ansprechpartner/-innen (zweimal Fehlen positiver Befunde, einmal fehlerhafte Aussage im Prüfbericht, einmal Verzicht auf die Wiederholung von mündlich nachdrücklich vorgetragenen Forderungen).
- Aus drei Heimen wird berichtet, dass nach erfolgtem Widerspruch bzw. zusätzlicher Erläuterung eine Reaktion der Prüfinstanz ausblieb, zweimal werden die Reaktionen als unangemessen betrachtet.
- Abweichende Einschätzungen/Vorgaben verschiedener Prüfer/-innen derselben Prüfinstanz erfolgten nicht, wohl aber
- abweichende Einschätzungen/Vorgaben desselben Prüfers/derselben Prüferin bei verschiedenen Prüfeterminen in einem Fall. In einem anderen Fall wird beanstandet, dass der Prüfer/die Prüferin "in jedem Jahr etwas Neues" fordere.

Die Einrichtungen richten Gestaltung und Führung der Pflegedokumentation in hohem Maße an den Prüfinstanzen aus, wobei sie

- mündliche Forderungen der Prüfer/-innen - auch solche, die im Prüfbericht nicht wiederholt werden und fachlich nicht überzeugen - umsetzen (sehr häufig genannt).
- Anforderungen, die ihnen über Dritte (Träger, Kollegen/-innen, externe Berater/-innen, Anbieter o.ä.) bekannt werden, umsetzen (sehr häufig genannt). Diese Umsetzung erfolgt vielfach ohne die Prüfung des Kontextes, in dem andernorts Prüfer/-innen Stellung nahmen.
- sich an der MDK-Prüfanleitung orientieren (mehrfach genannt).

¹³ Durch eine Prüfinstanz in zwölf Heimen, durch keine Prüfinstanz in sechs Heimen

Im Untersuchungsverlauf wurde deutlich, dass nicht nur Erfahrungen im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI, sondern auch Erwartungen, die MDK-Mitarbeiter/-innen bei Begutachtungen zur Feststellung der Pflegestufe äußern, die Gestaltung der Pflegedokumentation beeinflussen.

Nur einzelne Heimverantwortliche geben an, den schriftlichen Prüfbericht abzuwarten, berichten von erfolgreichem Widerspruch und fachlichem Streit bzw. geben an, nur Empfehlungen umzusetzen, von denen sie auch selbst überzeugt sind.

Positive Erfahrungen mit Prüfinstanzen wurden nicht direkt erfragt, jedoch von zehn Ansprechpartnerinnen und -partnern benannt (6 x pauschal, 4 x begründet mit hilfreichen konkreten Maßnahmen/Ratschlägen).

3.1.6.2 Beurteilung

Die Heime orientieren sich bei Ausgestaltung und Führung der Pflegedokumentation mehrheitlich an den ihnen bekannten oder von ihnen vermuteten Anforderungen der Prüfinstanzen.

Sie tun dies zum Teil ohne davon überzeugt zu sein, dass die Vorgaben notwendig und fachlich richtig sind und zum Teil auf bloßes Hörensagen hin. Deutlich werden

- eine verbreitete fachliche Unsicherheit. Nicht wenige Verantwortliche scheinen dankbar zu sein für konkrete Vorgaben, die ihnen eigene Entscheidungen und eigenes Argumentieren abnehmen.
- eine verbreitete Neigung, die Prüfinstanzen zufrieden zu stellen aus Sorge vor tiefer gehenden oder wenig wohlwollenden weiteren Prüfungen.
- die verbreitete Sorge, dem Träger durch kritische Befunde zu schaden bzw. selbst einen Ansehensverlust beim Träger zu erleiden.

Diejenigen Heime, die von den externen Prüferinnen und Prüfern nur annehmen, was sie fachlich überzeugt, sind mit dieser Haltung erfolgreich.

Der oft geäußerte Vorwurf, die Prüfinstanzen bewirkten durch ihre Forderungen Bürokratie in der Pflegedokumentation, wird durch die Untersuchung nicht belegt.

Die Zahl unangemessener Forderungen ist insgesamt nicht groß und könnte durch fachlich fundierten Widerstand weiter reduziert werden. Sie werden weit überwiegend in der Prüfsituation geäußert und im Prüfbericht nicht wiederholt. Den Prüfenden sollte eine noch konsequentere Konzentration auf inhaltliche Aspekte und weitgehende Abstinenz in Bezug auf Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pflegedokumentation nahe gelegt werden. Nicht bekannt ist allerdings, wie oft Pflegeverantwortliche genau dazu Rat erbitten und die Antwort dann als Vorgabe der Prüfinstanz fehlinterpretieren.

Im Einzelfall - hier bei einer Heimaufsicht - stellt sich die Frage nach der Kontrolle der Prüfinstanz bzw. nach der Rückendeckung des Trägers für das drangsalierte Heim.

Prüfberichte mit erheblichen Fehlern, widersprüchliche Erwartungen, Willkür der Prüfenden und ein "Hineinregieren" in die Einrichtungen werden durch die Untersuchung nicht belegt.

Positive bzw. akzeptable Erfahrungen mit den Prüfinstanzen überwiegen.

Berichte über negative Prüferfahrungen sind in der stationären Altenhilfe populär. Die Beratungserfahrungen der Berichterstatterinnen werden durch die Untersuchung, in der Kritik konkret benannt und belegt werden musste, bestätigt: Vorwerfbare Prüffehler sind eher selten, der Dialog zwischen Heimen und Prüfinstanzen bei Meinungsverschiedenheiten ist verbesserungswürdig.

3.1.7 Ablauforganisation und Informationsbeschaffung

Wenn Pflegende über Belastungen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation klagen, sind oft auch arbeitsablauforganisatorische Erschwernisse gemeint. Die Ablauforganisation rund um die Pflegedokumentation ist ein wichtiges Thema, konnte jedoch im Rahmen der Untersuchung nicht in den Blick genommen werden. Sie wurde lediglich in zwei Fragen beim Telefoninterview angesprochen, um zumindest einen Eindruck zu erhalten.

Die erste Frage bezog sich auf mögliche Doppel- oder Mehrfachdokumentation von biografischen und Stammdaten in der Phase des Heimeinzugs. Dies wird von Pflege Mitarbeiter/-innen oft als Problem benannt. In 17 (Stammdaten) bzw. 24 (Biografie) von 29 Einrichtungen wird eine Doppeldokumentation verneint, das Problem ist nicht gravierend.

Die zweite Frage bezieht sich auf die dokumentationsbezogenen Arbeitsabläufe in Früh-, Spät- und Nachtdienst und mögliche Spielräume zur Verbesserung. 14 von 29 Ansprechpartner/-innen halten die Möglichkeiten zur Optimierung der Arbeitsabläufe für ausgeschöpft, 15 sehen noch Handlungsbedarf. Eine Einschätzung der Qualität der Arbeitsablauforganisation ist für die Untersuchenden nicht möglich.

Um Hinweise auf mögliche diesbezügliche Erwartungen der Ansprechpartner/-innen zu erhalten, wurden diese gefragt, wie sie an fachlich fundierte und aktuelle Informationen zum Thema Pflegedokumentation gelangen. Genannt wurden Fachlektüre (29), Erfahrungsaustausch mit Kollegen/-innen (29), der Besuch von Fortbildungen (27), Trägerinformationen (24), Anbieterinformationen (19), Anfragen bei MDK und Heimaufsicht (16).

Neun von 29 Gesprächspartner/-innen wünschen sich weitere Angebote und Informationsquellen, so z.B. themenbezogene Newsletter "mit ausschließlich relevanten Informationen" (7), aber auch mehr Vorgaben durch oder engere Abstimmung mit Prüfinstanzen (4). 20 Ansprechpartner/-innen halten sich für ausreichend gut informiert.

3.1.8 Bedeutung des Themas aus Sicht der projektbeteiligten Heime

Das Thema "Pflegedokumentation" steht weit oben in der Liste der Entbürokratisierungsforderungen und es ist das in der Fachöffentlichkeit meistdiskutierte, ihm gelten vielfältige Aktivitäten.

Es überrascht daher zunächst, wenn die danach befragten Ansprechpartner/-innen in den Heimen sie mehrheitlich für eher unbedeutend halten. Auf die Frage "Für wie bedeutsam halten Sie das Thema Pflegedokumentation im Vergleich zu anderen Themen im Rahmen der Diskussion um Entbürokratisierungspotenziale?" antworteten 14 von 29 Gesprächspartnerinnen und -partnern, sie hielten es für unbedeutend, neun messen ihm eine mittlere Bedeutung bei und nur fünf halten es für wichtig oder sehr wichtig. Eine Gesprächspartnerin gibt keine Einschätzung ab.

Möglicherweise neigt die Mehrheit der Befragten der - durch die Untersuchungsergebnisse belegten - Auffassung der Berichterstatte(r)innen zu, dass Bürokratie in der Pflegedokumentation weder durch Rechtsvorschriften noch durch die Prüfinstanzen entsteht, sondern weit überwiegend durch innerbetriebliche Entscheidungen, Vorgaben und Umsetzung. Es ist nicht einschätzbar, ob sich die Gewichtung des Themas bei den Gesprächspartner/-innen durch die Projektbeteiligung verändert hat.

Auf die Frage "Wo sehen Sie in der eigenen Einrichtung konkrete Entbürokratisierungspotenziale bei der Pflegedokumentation?", die nach der pflegfachlichen Rückmeldung gestellt wurde, benannten sechs Heime keine Potenziale, zwei davon mit Verweis auf die Prüfinstanzen.

Die übrigen 23 Ansprechpartner/-innen benannten (N = 56) die Reduzierung von Leistungsnachweisen (14 x), den Abbau von Doppel- und Mehrfachdokumentation (9 x), verschiedene Veränderungen der Ausstattung des Systems (9 x), die Korrektur von Evaluations-, Erhebungs- und Eintragungshäufigkeiten (8 x), die Umstellung auf oder den veränderten Umgang mit der EDV-gestützten Dokumentation (7 x), die Reduzierung des Umfangs von Eintragungen (6 x), Veränderungen bei der Dokumentation ärztlicher Verordnungen (3 x), den Ausbau der Bezugspflege (1 x), die Einbeziehung der Verwaltung (1 x) und die automatisierte Zeitbedarfsermittlung je Bewohner/-in (1 x). Eine Gesprächspartnerin äußerte sich nicht zu Entbürokratisierungspotenzialen, sondern wünscht konkretere Vorgaben seitens des MDK.

Die Frage, ob sie konkrete "entbürokratisierende" Maßnahmen planten, verneinten elf Ansprechpartner/-innen, vier von ihnen mit Verweis auf die Prüfinstanzen, an deren Erwartungen die Pflegedokumentation ausgerichtet sei, vier mit Verweis auf die geplante Einführung der EDV-Dokumentation und drei ohne Angabe von Gründen.

Die übrigen 18 Gesprächspartner/-innen planen (N = 29) die Überprüfung von Teilaspekten der Ausstattung oder Handhabung der Pflegedokumentation (8 x), weitere Analysen der eigenen und sonstiger Systeme (6 x), Rücksprachen mit dem MDK (3 x), Rücksprachen mit dem Anbieter bzw. anderen Anwenderinnen und Anwendern des Systems (3 x), einen veränderten Umgang mit der EDV (3 x), Planungstreffen mit Kolleginnen und Kollegen (3 x) und diverse andere Maßnahmen (3 x). Ein Gesprächspartner erwägt die Einführung eines weiteren Zusatzformulars (Sturzrisikofassung).

Die Einschätzung vorhandener Potenziale und die geplanten Maßnahmen sind für die Untersuchenden nicht in jedem Fall verständlich und stimmig.

Die Ansprechpartner/-innen in den Heimen äußerten sich zufrieden mit der Projektteilnahme im Untersuchungspaket 1. Der Arbeitsaufwand wurde als hoch beurteilt, positiv wurde angemerkt, dass dies rechtzeitig angekündigt wurde. Der Zeitplan wurde als angemessen, die Klarheit der Anfrage und die Ansprechbarkeit der Untersuchenden positiv beurteilt. Die fachliche Stellungnahme und Rückmeldung zur eigenen Pflegedokumentation wurde gerne entgegengenommen und durchweg als hilfreich empfunden.

3.1.9 Zusammenfassung und Empfehlung

Die Ergebnisse der Analyse von 276 überwiegend auf gutem Niveau geführten Pflegedokumentationen aus 29 Heimen belegen, dass die Mehrheit der Verantwortlichen auf der Suche ist nach der optimalen Pflegedokumentation.

Dafür sprechen die Vielfalt der Systeme, die Häufigkeit des Systemwechsels und der Veränderung von Teilen der Pflegedokumentation, die große Zahl der das System ergänzenden Eigenentwicklungen, Ausuferungen im Bereich der Basisformulare und die Vielzahl von Einlegeblättern. Ein zentrales Problem ist die Frage nach dem geeigneten Ansatz und Detaillierungsgrad der Pflegeplanung.

Überdokumentation, d.h. die Ermittlung und Dokumentation von Daten, die für die Pflege nicht benötigt und nicht genutzt werden, besteht in beträchtlichem Umfang. Zentrale Probleme sind der unangemessene Umfang und die mangelnde Handlungsorientierung der Pflegeplanung, umfangreiche Einzelnachweise, Doppel- und Mehrfachdokumentation sowie ungeeignete Vorgaben zur Anwendung von Skalen bzw. zur Ermittlung von Daten.

Überdokumentation bindet Zeit und frustriert die Pflegenden, die Pflegedokumentation und pflegerisches Tun als nicht zusammengehörend erleben. Sie fördert das mechanische "Abarbeiten" von Dokumentationspflichten ohne die erwartete Sicherheit zu bieten.

Gleichzeitig fehlen zum Teil Daten oder sie werden nicht inhaltlich verknüpft, d.h. es besteht eine Unterdokumentation. Diese ist in den Projektheimen nicht gravierend, aber festzustellen sowohl in Bezug auf pflegerische Kernthemen wie z.B. Essen und Trinken oder Mobilität als auch in Bezug auf vorhandene, jedoch in der Pflegedokumentation nicht oder kaum abgebildete Themen wie z.B. Schmerz oder Kontrakturen. Unterdokumentation gefährdet die Qualität der Pflege.

Die Pflegedokumentation wird nicht in allen, aber in vielen Heimen in hohem Maße an bekannten oder vermuteten Erwartungen der Prüfinstanzen ausgerichtet. Aufgegriffen werden bekannte Prüfkriterien, mündliche Empfehlungen oder Berichte von Kolleginnen und Kollegen. Nicht wenige Heime befragen Heimaufsicht und/oder MDK vor einer Veränderung der Pflegedokumentation. Teilweise werden Empfehlungen umgesetzt, von denen man fachlich bedingt oder nicht überzeugt ist. Berichte über fachlich begründeten - und dann erfolgreichen - Widerstand sind selten. Die Haltung mancher Leitenden scheint zwiespältig: Man klagt über den MDK/die Heimaufsicht, befragt sie jedoch, interpretiert die Antwort als Vorgabe und delegiert so, zugespitzt formuliert, ein Stück eigener Verantwortung an die Prüfinstanzen.

Fachlich unangemessene Erwartungen von Prüferinnen und Prüfern wurden in Bezug auf eine Heimaufsicht festgestellt, sonst jedoch nur in sehr geringer Zahl. Fehlerhafte Prüfberichte, widersprüchliche Erwartungen von MDK und Heimaufsicht oder andere belastende Vorgehensweisen von Prüferinnen und Prüfern wurden nicht oder nur sehr vereinzelt benannt.

Die Ansprechpartner/-innen in den Heimen wirkten an der Untersuchung engagiert mit und ihr Interesse am Thema belegt den in den Heimen bestehenden Veränderungsdruck und Informationsbedarf. Sie räumen jedoch mehrheitlich dem Thema Pflegedokumentation im Rahmen der Entbürokratisierungsdebatte einen eher geringen Stellenwert ein.

Der vorliegende Bericht betrifft Heime, von denen die meisten bereits in die Optimierung der Pflegedokumentation investiert haben. Das Resümee der Analyse unter Entbürokratisierungsaspekten lautet kurz gefasst: Eine Zentrierung der Pflegedokumentation auf die für eine fachgerechte und individuelle Pflege erforderlichen Inhalte ist nötig. Dazu bedarf es einerseits einer Reduzierung des Umfangs der Dokumentation und andererseits einer Vervollständigung der Inhalte. Um dies leisten zu können, braucht die Praxis Orientierungshilfen.

Benötigt werden erstens **Handlungsleitlinien zur Pflegedokumentation**, die den Verantwortlichen Anhaltspunkte für Auswahl und Gestaltung des Pflegedokumentationssystems und Dokumentationsregeln liefern. Sie sollten auch Grundlage des fachlichen Dialogs von Heimen und Prüfinstanzen sein. Diese Handlungsleitlinien

- werden zeitnah benötigt, um die Situation in den Heimen zu stabilisieren und der Vergeudung von Ressourcen in zahllosen Einzelprojekten entgegen zu wirken.
- sollen theoretisch fundiert und praxisnah formuliert sein und den Pflegeleitungen konkrete Umsetzungsbeispiele (aber nicht Formulare) an die Hand geben.
- sollen ein plausibles Spektrum von Pflegeproblemen abdecken. Gegenwärtig verändern sich Pflegedokumentationen jeweils dann und nicht immer zum Vorteil, wenn ein Thema in der Fachöffentlichkeit aktuell diskutiert wird.
- sollen ein Mindestmaß an Einheitlichkeit der Pflegedokumentation in der stationären Altenhilfe fördern. Zurzeit finden Mitarbeiter/-innen oft bei Stellenwechsel ihnen unbekannte Dokumentationssysteme vor, in die sie sich mit hohem Aufwand einarbeiten. Den Ausbildungsstätten wird von Heimseite vielfach die unzulängliche Vermittlung von Dokumentationswissen vorgeworfen, hier könnten Handlungsleitlinien eine Verbesserung und Annäherung bewirken.

Gebraucht werden zweitens **Qualifizierungsangebote für Pflegeleitungen**, um diese fachlich und in ihrer Leitungsposition zu stabilisieren. Diese Qualifizierungsangebote sollen

- pflegefachliche und Dokumentationskenntnisse festigen und erweitern. Die Anfälligkeit für Dokumentationsmoden, die Neigung zur "sicheren" Dokumentation, die Ausrichtung an den Erwartungen der Prüfinstanzen können nur abge-

baut, die notwendige inhaltliche Arbeit kann nur geleistet werden, wenn die Pflegeleitung fachlich "sattelfest" ist.

- auf die Pflegedokumentation bezogene Fragen der Mitarbeiterführung und -entwicklung beinhalten.
- das Thema Pflegedokumentation im organisatorischen Kontext behandeln. Oft muss parallel am Pflegesystem, an den Arbeitszeitregelungen, an der Gestaltung der Dienstübergaben, am Delegationsverfahren etc. gearbeitet werden, um die Pflegedokumentation nachhaltig zu verbessern.

Anlage

Anschreiben an die Referenzheime vom 13.9.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen termingerecht die Informationen zum "Untersuchungspaket 1 - Pflegedokumentation" zusenden zu können. Sie erhalten mit dieser Mail konkrete Angaben zu den von uns benötigten Unterlagen und zu der von Ihnen zu treffenden Bewohnerauswahl.

Bitte tragen Sie in die Liste ein, welches Pflegedokumentationssystem in Ihrer Einrichtung eingesetzt wird, und nennen Sie uns für mögliche Rückfragen den Namen und die Durchwahl eines/einer Ansprechpartners/Ansprechpartnerin.

1 Mustermappe der Pflegedokumentation

Wir benötigen eine Mustermappe mit allen Einlegeblättern, aus denen die Pflegedokumentation in Ihrer Einrichtung besteht. Bitte ordnen Sie die Formulare entsprechend den für Ihre Einrichtung geltenden Vorgaben an. Bei einer EDV-gestützten Pflegedokumentation benötigen wir alle Ansichten im Ausdruck und alle manuell geführten Formulare.

2 Erbetene Unterlagen je Bewohner/-in

Wir bitten Sie, uns ____ Pflegedokumentationen in Kopie und anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

2.1 Stammdaten

Bitte kopieren Sie das Stammbblatt bzw. drucken Sie alle Stammdaten aus. Achten Sie bitte darauf, dass alle Stammdaten, die in der EDV hinterlegt sind, auf dem Ausdruck erscheinen. U.U. müssen unterschiedliche Ansichten aufgerufen und ausgedruckt werden.

2.2 Pflegeanamnese

Bitte kopieren Sie die Anamnese und teilen Sie uns mit, ob die Anamnese die Ist-Situation des/der Bewohners/Bewohnerin bei Einzug widerspiegelt, oder ob sie regelmäßig neu erstellt wird (z.B. bei der Evaluation und/oder Neuschrift einer Pflegeplanung; bei einer Verlegung in ein Krankenhaus, bei der die Anamnese als Verlegungsbericht - üblich bei einigen EDV-Programmen - mitgegeben wird).

2.3 Biografie

Bitte kopieren Sie die in der Pflegedokumentation hinterlegte Biografie und teilen Sie uns mit, ob für die Erhebung biografischer Daten ein weiteres Formular eingesetzt wird, von dem die Informationen übertragen werden. Sofern ein solches Formular existiert, bitten wir um eine bewohnerbezogene Kopie.

2.4 Verlaufsberichte

Bitte kopieren Sie uns von allen Verlaufsberichten (z.B. Pflegebericht, Wunddokumentation, Verlaufsbeschreibungen der Therapeuten etc.) die jeweils beiden letzten und den aktuellen.

Bei einer EDV-gestützten Pflegedokumentation bitten wir um einen Ausdruck der Eintragungen ab dem 01.01.2004.

2.5 Durchführungs-/Leistungsnachweise

Bitte kopieren Sie uns die Durchführungsnachweise (Grund- und Behandlungspflege und ggf. weitere Nachweise wie die des Sozialen oder Begleitenden Dienstes) von Juli und August und die aktuellen.

2.6 Weitere Nachweise

Bitte kopieren Sie alle weiteren Leistungsnachweise, auch Protokolle genannt (z.B. Trink-, Ernährungs-, Lagerungs-, Bewegungs-, Vitalzeichen-, Fixierungs-, Miktionsprotokoll und ein Diabetesüberwachungsblatt) von Juli und August und die aktuellen Nachweise.

2.7 Erhebungsbögen

Sofern Sie in Ihrer Einrichtung Einschätzungs- oder Erhebungsbögen einsetzen (z.B. Dekubitusrisikoerfassung, Sturzrisikoerfassung, Erfassungsbögen zur Bestimmung des Ernährungszustandes, Erfassungsbögen zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit) oder Testverfahren (Mini-Mental-Status-Test, Uhren Test, Cohen Mansfield Test, etc.) bitten wir um die Kopie von drei Einschätzungen. Wenn diese nicht vorliegen, erbitten wir die aktuelle.

2.8 Ärztliche Verordnung

Bitte kopieren Sie alle Einlegeblätter oder deren Entsprechung in der EDV, die den Bereich der ärztlichen Verordnung berühren (z.B. die ärztlichen Verordnungen, die Kommunikation mit dem Arzt, die Vergabe von Betäubungsmitteln). Hier genügen uns das zuletzt archivierte und das aktuelle Einlegeblatt. Wird EDV-gestützt dokumentiert, sollte der Zeitraum vom 01.01.2004 bis zum Ausdrucksdatum abgebildet sein.

2.9 Überleitungsbögen

Sofern Sie Überleitungs-/Verlegungsbögen vorbereiten, benötigen wir diese in Kopie. Zusätzlich bitten wir um eine Kopie des letzten Überleitungsbogens. Wenn bei einer EDV-gestützten Pflegedokumentation ein aktueller Ausdruck nicht möglich ist, erbitten wir lediglich die Kopie des letzten Überleitungsbogens bzw. derjenigen Unterlagen, die bei der letzten Verlegung den weiterbehandelnden Personen zur Verfügung gestellt wurden.

2.10 Pflegeplanung

Bitte kopieren Sie für uns die aktuelle und die zuletzt archivierte Pflegeplanung.

U.U. führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Einlegeblätter, die hier nicht genannt wurden. Diese erbitten wir ebenfalls in Kopie, wobei es bei manuell geführten Nachweisen reicht, wenn sie uns ab Juli 2004 vorliegen. Bei weiteren Berichten (z.B. Thromboseprophylaxe/-behandlung) benötigen wir die beiden letzten und den aktuellen. Bei einer EDV-gestützten Dokumentation sollte der Zeitraum ab 01.01.2004 abgebildet sein.

3 Bewohnerauswahl

Bitte beachten Sie bei der Bewohnerauswahl, dass die Auswahl nach Pflegestufen die Pflegestufenverteilung in Ihrer Einrichtung widerspiegelt¹⁴ und dass

¹⁴ Ausnahmen sind die Einrichtungen, von denen drei Pflegedokumentationen erbeten werden. Hier sollten die Pflegestufen 1-3 je einmal vertreten sein.

alle Wohnbereiche gleichermaßen berücksichtigt werden. Füllen Sie die Übersicht zur Bewohnerzahl und die Pflegestufenverteilung bezogen auf einen aktuellen Stichtag aus.

Wir bitten Sie, bei der Bewohnerauswahl darauf zu achten, dass möglichst viele pflegerische Besonderheiten sowohl bei einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern als auch bei der Gesamtauswahl vorhanden sind. Zusätzlich möchten wir Sie bitten, die Anzahl derjenigen Bewohner/-innen zu notieren, bei denen die jeweilige pflegerische Besonderheit zutrifft.

Bei einer definierten Anzahl von Bewohner/-innen möchten wir die Auswahl steuern.

3.1 Pflegestufe 1

Wir bitten um die Pflegedokumentation eines/einer Bewohners/Bewohnerin, der/die demenziell erkrankt ist, körperlich ausgesprochen mobil und in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingeschränkt ist.

Bei Heimen über 90 Plätze erbitten wir zwei Pflegedokumentationen, die nach den beschriebenen Kriterien ausgewählt wurden.

3.2 Pflegestufe 2

Wir bitten um die Pflegedokumentation eines/einer Bewohners/Bewohnerin, der/die über PEG-Sonde ernährt wird, mit einem Blasenverweilkatheter versorgt ist, in der Mobilität eingeschränkt ist und dadurch einerseits ein hohes Sturzrisiko und andererseits ein erhöhtes Dekubitusrisiko hat.

Bei Heimen über 90 Plätze erbitten wir zwei Pflegedokumentationen, die nach den beschriebenen Kriterien ausgewählt wurden.

3.3 Pflegestufe 3

Wir bitten um die Pflegedokumentation eines/einer Bewohners/Bewohnerin, bei dem/der Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erforderlich ist, mit Inkontinenzmaterial versorgt wird, bei dem/der eine Wunde behandelt wird, der/die weitgehend immobil ist bei bereits bestehenden Kontrakturen.

Bei Heimen über 90 Plätze erbitten wir zwei Pflegedokumentationen, die nach den beschriebenen Kriterien ausgewählt wurden.

3.4 "Härtefälle"

Wenn eine/r Ihrer Bewohner/-innen in die Kategorie „Härtefall“ eingestuft ist, bitten wir Sie um dessen/deren Pflegedokumentation.

4 MDK- und Heimaufsichtsprüfungen

Sollte in Ihrer Einrichtung in den beiden vergangenen Jahren durch den MDK und/oder die Heimaufsicht eine Prüfung erfolgt sein, in deren Folge Aussagen zur Pflegedokumentation im Abschlussbericht festgehalten wurden, bitten wir Sie, die bei o.g. Prüfung ausgewählten Bewohner/-innen bei der Bewohnerauswahl zu berücksichtigen. Bitte kennzeichnen Sie die Pflegedokumentation entsprechend, und kopieren Sie die entsprechenden Passagen des Prüfberichts für uns.

5 Vorgaben zum Führen der Pflegedokumentation

5.1 Handlungsanleitung zum Führen der Pflegedokumentation

Wenn Sie in Ihrer Einrichtung eine Handlungsanleitung zum Führen der Pflegedokumentation entwickelt haben, erbitten wir diese in Kopie. Bei einer EDV-gestützten Pflegedokumentation erbitten wir das Handbuch, wenn in ihm einrichtungsspezifische Vorgaben festgehalten wurden.

5.2 Inhaltliche Vorgaben

Sollten in Ihrer Einrichtung Vorgaben inhaltlicher Art zum Führen der Dokumentation vorliegen (z.B. Hinweise/Aussagen zur Formulierung bezogen auf eine

Wundbeschreibung oder auf das Führen des Pflegeberichtes), erbitten wir eine Kopie.

5.3 Vorgaben zur Häufigkeit

Sollten Sie in Ihrer Einrichtung festgelegt haben, in welcher Häufigkeit bestimmte Eintragungen vorzunehmen sind, erbitten wir eine Kopie (z.B. Abstände, in denen Eintragungen in den Pflegebericht vorzunehmen sind; Abstände, in denen Wunden/Hautzustände zu beschreiben sind; Abstände, in denen Einschätzungen wiederholt werden; Angaben zur Häufigkeit der Durchführung von Vitalwertkontrollen aus pflegerischer Sicht).

5.4 Vorgaben zur Dokumentation

Sofern es in Ihrer Einrichtung Vorgaben bezüglich der Dokumentation besonderer Ereignisse gibt (z.B. bei Bekanntwerden einer MRSA-Infektion, bei Hautdefekten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, bei Stürzen etc.), erbitten wir ebenfalls eine Kopie dieser Vorgaben.

5.5 Zusätzliche Hilfsmittel

Bitte teilen Sie uns mit, welche zusätzlichen Hilfsmittel mit bewohnerbezogenen Informationen Sie neben der Pflegedokumentation führen (z.B. Medikamentenbuch, Tropfen-, Insulinplan, Übergabebuch/-protokoll, Visitenliste/-buch, Plan für Vitalwertkontrollen, Bade-/ Duschplan, Stuhlgangliste, Mobilisationsplan).

5.6 Aktualitäts- und Dauersignale

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie Aktualitäts- und Dauersignale einsetzen (sowohl bei einer manuell geführten als auch bei einer EDV-gestützten Pflegedokumentation) und wie diese Signale verwendet werden (welche Bedeutung hat welche Farbe/welches Symbol etc.).

5.7 Einlegeblätter/Entsprechungen in der EDV

Bitte tragen Sie ein, welche Formulare/Einlegeblätter Sie als Basisformulare¹⁵ und welche Sie als Zusatzformulare¹⁶ in der Pflegedokumentation führen.

5.8 Statistik

Wenn Sie Statistiken bezogen auf das Auftreten/Vorhandensein pflegerischer Besonderheiten führen, erbitten wir die Statistiken von Juli und August und wenn möglich eine kurze Verfahrensbeschreibung (wie werden die Informationen gesammelt etc.).

Wir sind uns bewusst, dass Sie uns äußerst sensible Daten zur Verfügung stellen und sichern Ihnen strengste Vertraulichkeit zu. Sowohl im Rahmen unserer ständigen Beratung als auch im Rahmen dieses Projektes behandeln wir alle Informationen aus den Einrichtungen höchst vertraulich.

Wir verursachen mit unseren Materialwünschen Ihrem Haus einen nicht unerheblichen Arbeitsaufwand und danken Ihnen im Voraus für Ihre Mühen. Unser Projektplan sieht einen Rücklauf bis zum 06.10.2004 vor, und wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Termin einhalten könnten. Nach der Auswertung aller Dokumente wollen wir im November 2004 in einem Telefoninterview eventuelle offene Fragen klären, Ihnen eine kurze Rückmeldung geben und Ihre Fragen und Anregungen zum Thema aufnehmen. Dazu werden wir rechtzeitig Telefontermine mit Ihnen vereinbaren.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit und grüßen Sie herzlich aus Köln.

¹⁵ Diese Formulare werden in allen Pflegedokumentationen geführt.

¹⁶ Diese Formulare werden ergänzend in bestimmten Situationen der Pflegedokumentation beigelegt.

Literaturverzeichnis

MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2000): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege, 2. Ausgabe, Essen, S. 88 ff

Großkopf, Volker / Schanz, Michael (2004): Konfliktpunkt Dokumentation - Eine rechtliche Untersuchung der Entbürokratisierungsbestrebungen, in: Rechtsdepesche, Heft 6/2004, S. 108 ff

Kamm, Johannes (2004): Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation, in: Vincentz Forum Altenhilfe: Weniger Bürokratie - Mehrheit für die Pflege, Effiziente Pflegedokumentation im Praxistest / Tagungsunterlagen vom 11.05.2004, Nürnberg, S. 16 ff

3.2	Haustechnik / Hauswirtschaft (Ursula Mybes / Angelika Mahlberg-Breuer)	101
3.2.1	Haustechnik	102
3.2.1.1	Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets Haustechnik	102
3.2.1.2	Untersuchungsergebnis: Prüfungen im Fachbereich Haustechnik	104
3.2.1.3	Untersuchungsergebnis: Dokumentationspflichten	110
3.2.1.4	Untersuchungsergebnis: Bürokratiefördernde Rechtsvorschriften	112
3.2.1.5	Untersuchungsergebnis: Aufwand für Fortbildung, Schulung und Unterweisung	114
3.2.1.6	Untersuchungsergebnis: Organisation der Informationsbeschaffung	117
3.2.1.7	Zusammenfassung und Bewertung	119
	Anlage	121
3.2.2	Hauswirtschaft	122
3.2.2.1	Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets Hauswirtschaft	122
3.2.2.2	Untersuchungsergebnis: Prüfungen im Fachbereich Hauswirtschaft	122
3.2.2.3	Untersuchungsergebnis: Dokumentationspflichten	128
3.2.2.4	Untersuchungsergebnis: Bürokratiefördernde Rechtsvorschriften	130
3.2.2.5	Untersuchungsergebnis: Aufwand für Fortbildung, Schulung und Unterweisung	132
3.2.2.6	Untersuchungsergebnis: Organisation der Informationsbeschaffung	133
3.2.2.7	Zusammenfassung und Bewertung	135
	Anlage	137
	Literaturverzeichnis	139

3.2 Haustechnik / Hauswirtschaft (Ursula Mybes / Angelika Mahlberg-Breuer)¹

3.2.1 Haustechnik

3.2.1.1 Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets Haustechnik

Aufgabenstellung des Untersuchungspakets war die Identifizierung bürokratischer Belastungen im Fachbereich Haustechnik in stationären Altenhilfeeinrichtungen.

Ausgehend von in der Beratungsarbeit der vergangenen Jahre aufgenommenen Klagen von Trägern und Heimleitungen über zunehmende Anforderungen an die Haustechnik wurden folgende Teilaspekte untersucht:

- Art und Umfang der Leistungen, die vom Fachbereich Haustechnik erbracht werden, weil Rechtsvorschriften oder deren Auslegung durch Prüfinstanzen dies erfordern
- Art und Umfang von Dokumentationspflichten
- Art und Umfang externer Prüfungen der Haustechnik in den Jahren 2002 bis 2004
- Organisation der Informationsbeschaffung
- Aufwand für Qualifizierungsmaßnahmen
- Eingesetzte Organisationshilfsmittel und Qualitätsmanagement

Als Kontextfaktoren im Fachbereich Haustechnik wurden erhoben:

- die Personalausstattung
- die aufbauorganisatorische Einbindung
- die Anteile von Eigen- und Fremdleistungen.

Die schriftliche Befragung fand im Januar 2005 statt.² Ein fristgerechter Rücklauf bis Mitte Februar 2005 erfolgte aus 11 von 28 Projektheimen, 15 Heime reichten ihre Unterlagen bis zu fünf Wochen später ein, zwei Heime beantworteten die Anfrage nicht. Bearbeitet wurde die Anfrage in der Regel von einer Person (19x), seltener von 2 Personen (7x). Es handelt sich dabei zumeist um die (stellvertretende) Einrichtungsleitung/Geschäftsführung (13x) oder den verantwortlichen Haustechnik-Mitarbeiter (11x). Andere in die Bearbeitung einbezogene Stelleninhaber/-innen sind die Hauswirtschafts- bzw. Serviceleitung/Betriebsleitung Wirtschaft (3x), die Pflegeleitung (2x), der Abteilungsleiter Haustechnik beim Träger (1x), eine externe Fachkraft für Arbeitssicherheit (1x), eine Verwaltungsmitarbeiterin (1x) und der für das Qualitätsmanagement auf Trägerebene Verantwortliche (1x).

¹ Büro Ursula Mybes, Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe, Köln

² Vgl. Anlage

Etliche Einrichtungen waren mit dem Fragebogen zum Untersuchungspaket überfordert; dies schlägt sich in der Qualität der eingereichten Unterlagen und damit in deren Auswertbarkeit nieder:

- Die Anfrage wurde vielfach nur ausschnittweise bearbeitet.
- Es bestehen extreme Unterschiede in der Bearbeitungsqualität; selten wurde zur Bearbeitung die gesamte Haustechnik-Kompetenz des Unternehmens in Anspruch genommen (Fachbereichsmitarbeiter/-innen, Einrichtungsleitung/Verwaltung, Qualitätsmanagement, Fachabteilung beim Träger, externe Fachberater/-innen).
- Fragen wurden zum Teil missverstanden und Informationen im Fragebogen fehlplaziert. Angaben und Querverweise sind nicht durchweg verständlich und widerspruchsfrei.
- Kenntnisse der gültigen Rechtsvorschriften sind bei einem Teil der Befragten eingeschränkt vorhanden. Zum Teil werden Sachverhalte den Rechtsvorschriften falsch zugeordnet, teilweise wird nicht unterschieden zwischen Rechtsvorschriften, Trägervorgaben und heiminternen Arbeitsabsprachen.
- Die erbetenen Informationen zu Arbeitszeitbedarf und Kosten konnten weitgehend nicht erteilt werden.

Telefonische Kontakte mit einem Großteil der Heime waren erforderlich, um durch gezielte Nachfragen die Daten zu vervollständigen. Dies war jedoch nur bedingt erfolgreich.

Die Erfahrungen bei der Bearbeitung des Fragebogens veranlassten mehrere Einrichtungsleitungen nicht nur zur Kontaktaufnahme und zu Erklärungen zu Minderleistungen/Überforderung der Haustechnikleitung, dem Reorganisationsbedarf im Fachbereich oder zur noch bevorstehenden Einführung eines Qualitätsmanagements in der Haustechnik, sondern auch zur Inangriffnahme bekannter, jetzt erneut deutlich werdender Leistungs- und Organisationsprobleme.

Auf die geplanten Telefoninterviews wurde in Absprache mit Projektleitung und Projektheimen verzichtet. Stattdessen wurden die Ergebnisse den Referenzheimen im Juli 2005 in Meckenheim im Rahmen der 2. Präsentationsveranstaltung des Kompetenzteams vorgestellt und gemeinsam erörtert sowie in der Folge mit ausgewählten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern überprüft.

Trotz schwieriger Erhebungskonstellationen wird deshalb die Aussagekraft der vorgelegten Untersuchungsergebnisse nach Einschätzung der Autorinnen lediglich dadurch eingeschränkt, dass die angestrebte Verknüpfung heimbezogener Informationen (Größe, Aufbauorganisation und Personalausstattung der Haustechnik) mit der jeweiligen Einschätzung der Bürokratiebelastung nicht erfolgen konnte.

Der Bericht zum Untersuchungspaket *Haustechnik* wurde im Mai 2006 fertig gestellt.

3.2.1.2 Untersuchungsergebnis: Prüfungen im Fachbereich Haustechnik

Prüfungen im Fachbereich Haustechnik erfolgen in Eigenregie, d.h. durch Mitarbeiter/-innen der Einrichtung, die zentrale Haustechnik-Abteilung oder eine Tochterfirma des Trägers, durch beauftragte Externe (Hersteller, Fachfirmen und Sachverständige) sowie durch Prüfinstanzen.

Der Schnittstellenverlauf zwischen Eigen- und Fremdleistungen wird maßgeblich vom Zuschnitt des Fachbereichs (klassische Hausmeister- oder anspruchsvollere Haustechniker-Aufgaben) sowie von dessen quantitativer und qualitativer Personalausstattung bestimmt.

In die nachfolgenden Darstellungen von Eigen- und Fremdleistungen wurden die meistgenannten Prüf- und Wartungsleistungen aufgenommen, zu denen sich die Heime auf Grund von Rechtsvorschriften veranlasst sehen und die sie gleichzeitig überwiegend für fachlich geboten halten. Nicht aufgenommen sind die zahlreichen Wartungs-, Reparatur- und Instandhaltungsaufgaben, die im laufenden Betrieb eines Großhaushalts regelmäßig anfallen.

Vollständige oder weitgehend vollständige Aufstellungen der selbst wahrgenommenen oder an Externe vergebenen Prüf- und Wartungsaufträge liegen nur aus wenigen Heimen (7) vor. In diesen Fällen sind die Fragebogen von Mitarbeitern der Haustechnik selbst bzw. mit ihrer Beteiligung bearbeitet worden. Hier existieren entweder Jahresplanungen der turnusmäßig wiederkehrenden Aufgaben oder es ist bereits ein Qualitätsmanagement in der Haustechnik installiert.

Prüfungen in Eigenleistung

In den meisten Heimen (15 von 26) wird nur ein Haustechnik-Mitarbeiter beschäftigt, meist in Vollzeitarbeit (11x), teils in Teilzeitarbeit (4x). Nur in großen Heimen oder in Verbundlösungen sind zwei (5x) und mehr (6x) Mitarbeiter verfügbar.

Zivildienstleistende und 1-EUR-Kräfte stehen in zehn Heimen zur Verfügung. Die haustechnischen Mitarbeiter (55) verfügen überwiegend (47) über eine Ausbildung in einem handwerklichen oder technischen Beruf, es werden nur wenige unausgebildete Kräfte beschäftigt (8). Zum Teil liegen Doppel- und Mehrfachqualifikationen vor. Es handelt sich dabei nicht immer um einschlägige (z.B. Elektroinstallateur), sondern vielfach auch um fachfremde Ausbildungen (z.B. Betonbauer, Bürokaufmann) oder um die traditionellen Hausmeister-Berufe (Maurer, Maler, Schlosser). Zahlreiche haustechnische Mitarbeiter verfügen über Zusatzqualifikationen (Sicherheitsbeauftragte, elektrotechnisch unterwiesene Personen, Aufzugswärter etc.).

Für den verantwortlichen Mitarbeiter im Fachbereich Haustechnik liegen in zwölf Heimen Stellenbeschreibungen vor. Teilweise stammen sie jedoch aus der Mitte der neunziger Jahre und benennen eher die herkömmlichen Hausmeister-, als die aktuellen Haustechniker-Aufgaben. In jeweils sieben Heimen liegen zum Untersuchungszeitpunkt keine oder nach Aussage der Projektpartner überarbeitungsbedürftige Stellenbeschreibungen vor.

Ein auch den Fachbereich Haustechnik einbeziehendes Qualitätsmanagementsystem besteht in acht Einrichtungen, in einem Heim befindet es sich im Aufbau. Die übrigen 13 Heime, die hierzu Unterlagen einreichten (keine Bearbeitung dieses Teils der Anfrage: 4x), behelfen sich mit teils schlüssig konzipierten und umfangreichen, teils sehr rudimentären Listen, Plänen und Kalendern.

Die Voraussetzungen zur Bewältigung der vielfältigen Anforderungen an die Haustechnik im Bereich der Eigenleistung wie in der Kooperation mit Fachfirmen, Sachverständigen und Prüfinstanzen sind damit sehr unterschiedlich. Aus Rechtsvorschriften abzuleitende Prüfungen erbringen die haustechnischen Mitarbeiter der projektbeteiligten Einrichtungen in sehr unterschiedlichem Umfang.

Die meist benannten Aufgaben in diesem Zusammenhang sind:

- der Kontrollgang Haustechnik (Brandschutz, Wegesicherheit, Unfallverhütung, ...); Häufigkeit: werktäglich bis wöchentlich
- die Prüfung des Fehlerstromschutzschalters; Häufigkeit: halbjährlich
- die Prüfung von Leitern und Tritten; Häufigkeit: halbjährlich bis jährlich
- Aufzugskontrollen (innen, außen, Notruf, Türen, auffällige Geräusche); Häufigkeit: monatlich
- die Prüfung der allgemeinen Beleuchtung, Fluchtwegebeleuchtung; Häufigkeit: unterschiedlich in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Kontrollgänge
- die Überprüfung der Bürodrehstühle; Häufigkeit: jährlich
- die Prüfung der Individualsanitärbereiche der Bewohner/-innen (Lüftung, Filter); Häufigkeit: halbjährlich
- die Prüfung von Abflüssen und Bodeneinläufen; Häufigkeit: halbjährlich
- die Kompressor-Prüfung (optische Prüfung, Reinigung, Befestigung, Anschlüsse); Häufigkeit: halbjährlich
- die Systemprüfung medizinischer Hilfsmittel bei Standort- oder Nutzerwechsel; Häufigkeit: bei Bedarf, abhängig von Platzzahl und Bewohnerstruktur
- die Überprüfung der Kraftfahrzeuge; Häufigkeit: wöchentlich bis alle 2 Wochen

Etliche Haustechniker übernehmen jedoch auch Anteile der im Folgekapitel dargestellten überwiegend fremdvergebenen Arbeiten.

Prüfungen durch beauftragte Externe

Die projektbeteiligten Heime arbeiten jeweils mit rund 15 bis 25 Herstellern, Fachfirmen, Autohäusern, Fachingenieuren etc. zusammen, denen sie Prüfaufträge erteilen. Die nachfolgende - sicher nicht vollständige - Aufstellung der meistgenannten extern vergebenen Prüfaufgaben und praktizierten Prüfintervalle zeigt, dass die Interpretation von Rechtsvorschriften, Herstellerhinweisen und die eigenen Sicherheitsbedürfnisse zu überwiegend übereinstimmenden, in Teilen jedoch überraschend abweichenden Prüfintervallen führt.

Haustechnik-Expertinnen und -experten weisen darauf hin, dass bereits bei der Bau-, Ausstattungs- und Einrichtungsplanung von Heimen auf robuste Lösungen und einen geringen Prüf-, Reparatur- und Wartungsaufwand geachtet werden sollte.

Abbildung 4: Prüfungen durch Externe (Haustechnik)

	Was wird geprüft?	Wie oft wird geprüft?
1	Brandmeldeanlage	monatlich bis vierteljährlich
2	Rauchabzugsanlagen	jährlich
3	Brand- und Rauchschutztüren	jährlich
4	Löschanlage, Wandhydranten, Sprinkleranlage	jährlich
5	Handfeuerlöscher	jährlich bis alle 2 Jahre
6	Aufschaltung Brandmeldeanlage Polizei, Feuerwehr	jährlich
7	Aufzugsanlagen	monatlich bis vierteljährlich
8	Lüftungsanlage und Klimatechnik	jährlich
9	Warmwasseraufbereitung	halbjährlich
10	Sanitäranlagen, Trinkwasseranlage	jährlich
11	Heizungsanlage, Regelungstechnik	vierteljährlich bis jährlich
12	Raumluftechnische Anlagen Küche	halbjährlich bis jährlich
13	Blitzschutz	alle 2 bis 3 Jahre
14	Gaswarnanlage	jährlich
15	Haussicherheit, Unfallschutz	halbjährlich
16	Hygiene	halbjährlich
17	Antennenanlage	jährlich
18	Notstrom	halbjährlich
19	Einbruchmeldeanlage	vierteljährlich
20	Schädlingsbekämpfung	8 x jährlich bis halbjährlich

	Was wird geprüft?	Wie oft wird geprüft?
21	Automatische Tür- und Toranlagen	halbjährlich bis jährlich
22	Sicherheitsbeleuchtung	jährlich
23	Telefon- und Personenrufanlage	monatlich bis jährlich
24	Ortsfeste elektrische Anlagen	alle 4 Jahre
25	Ortsveränderliche elektrische Betriebsmittel	halbjährlich bis jährlich
26	Abwasserhebeanlage	jährlich
27	Küchentechnik	jährlich
28	Kältetechnik	jährlich
29	Spültechnik Küche	jährlich
30	Fettabscheider	monatlich bis halbjährlich
31	Trinkwasseranalyse	halbjährlich
32	Waschschleudermaschinen, Trockner	jährlich
33	Medizinprodukte	halbjährlich bis jährlich
34	Medizingeräte Physiotherapie	halbjährlich bis jährlich
35	Hubbadewannen, Lifter	jährlich
36	Desinfektionsautomaten (Steckbeckenspüle)	jährlich
37	Hebetechnik Behindertenbus	jährlich
38	Fahrzeugpark	alle 2 Jahre

Prüfungen durch Prüfinstanzen

Aussagen zu den nicht selbst veranlassten, sondern von Prüfinstanzen durchgeführten Prüfungen haben 19 von 26 Heimen in gut und drei Heime in bedingt auswertbarer Form getroffen; vier Heime machten hierzu keine Angaben. Benannt werden folgende Prüfungen, Prüfinstanzen und Prüfintervalle:

Abbildung 5: Prüfungen durch Prüfinstanzen (Haustechnik)

	Was wird geprüft? ³	Von wem wird geprüft?	Wie oft wird geprüft? ⁴
1	Haupt- und Zwischenprüfung Personenaufzuganlagen	TÜV	jährlich
2	Lastenaufzuganlagen	TÜV	alle 2 Jahre
3	Fuhrpark	TÜV	alle 2 Jahre
4	Ortsfeste elektrische Anlagen	TÜV	alle 4 Jahre
5	Brandmeldeanlagen	TÜV	alle 3-4 Jahre
6	Raumluftechnische Anlagen	TÜV	alle 3-4 Jahre
7	Rauchschtztüren	TÜV	alle 3-4 Jahre
8	Blitzschutzanlage	TÜV	alle 3-4 Jahre
9	Sicherheitsbeleuchtung	TÜV	alle 3-4 Jahre
10	Notstromanlage	TÜV	alle 3-4 Jahre
11	Automatische Türen	TÜV	jährlich
12	RWA-Anlagen ⁵ / Rauchabzug	Feuerwehr	jährlich
13	Einhaltung von Brandschutzbestimmungen allgemein	- Feuerwehr - Amt für Brand- und Katastrophenschutz - Bauaufsicht - Kreisverwaltung	jährlich/alle 2 Jahre
14	Lüftung Produktionsküche	Bezirksschornsteinfeger	jährlich
15	Brenner, Brennstoffe, Immissionen	Bezirksschornsteinfeger	jährlich
16	Lüftungsanlage	Bezirksschornsteinfeger	jährlich
17	Belehrung/Kontrolle zur betrieblichen Organisation des Arbeitsschutzes etc.	Berufsgenossenschaft Gesundheits- und Wohlfahrtspflege	jährlich

³ Die Aufstellung ist vermutlich nicht ganz vollständig, da im Fragebogen fehlplatzierte Aussagen nicht ausgewertet wurden.

⁴ Angegeben sind die überwiegend genannten Intervalle.

⁵ Rauchwarnanlagen

	Was wird geprüft?	Von wem wird geprüft?	Wie oft wird geprüft?
18	Arbeitsschutzbegehung	Amt für Arbeitsschutz	jährlich
19	Organisation der Befreiung von im Fahrkorb (Aufzug) eingeschlossenen Personen	Landesamt für Arbeitsschutz	keine Angabe
20	Trinkwasser (u.a. Legionellen)	- Landesgesundheitsamt - Gesundheitsamt - Fachinstitut für Hygiene und öffentliche Gesundheit	jährlich/alle 2 Jahre
21	Keimfreiheit der Desinfektionsspüle	Fachinstitut Universität Köln	jährlich

Diese Prüfungen werden in Bezug auf

- Ankündigung und Terminabstimmung
- den Aufwand für Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung
- Prüfverlauf, Inhalt und Eingangstermin des Prüfberichts

insgesamt trotz mancher Kritik im Detail als unproblematisch beurteilt.⁵

Es ist hilfreich, wenn Termine rechtzeitig bekannt gegeben werden bzw. vereinbart und notfalls auch verschoben werden können. Unangemeldete Prüftermine sind problematisch, weil die Prüfenden begleitet (Schlüssel, Kenntnis der Räumlichkeiten, Eigeninteresse des Heimes) und Bewohner/-innen wie Mitarbeiter/-innen ggf. über den Termin und erwartbare Beeinträchtigungen des Ablaufs (z.B. Stilllegen des Aufzugs) informiert werden müssen.

Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Prüfungen sind den Befragungsergebnissen zufolge mit vertretbarem Aufwand verbunden.

Positiv beurteilt werden Prüfungen, wenn Mängel sofort benannt, Ursachen wie mögliche Maßnahmen gleich erörtert werden wenn Prüfberichte unaufgefordert und zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Teilweise geschieht dies im direkten Anschluss an die Prüfung, teilweise muss der Bericht angefordert werden, obwohl er als Nachweis gegenüber anderen Stellen benötigt wird. Beanstandet wird teilweise von sachkundigen Haustechnikern, dass nach veralteten technischen Regeln und Normen geprüft werde (hier: TÜV), dass Behörden erst nach entsprechenden Vorfällen tätig werden (hier: Gesundheitsamt nach Todesfällen im näheren Umfeld) und dass mit manchen Prüfenden (hier: Bezirksschornsteinfeger) kein fachlicher Austausch möglich sei.

⁵ Diese Ergebnisse stimmen mit den Erhebungen in Kapitel 3.5 „Externe Prüfungen“ überein.

3.2.1.3 Untersuchungsergebnis: Dokumentationspflichten

Umfangreiche Dokumentationspflichten werden von den fachpraktisch aber verwaltungsfern tätigen Mitarbeitern der Haustechnik als bürokratische Belastung erlebt. Art und Anzahl der regelmäßig zu dokumentierenden erledigten Aufgaben und durchgeführten Prüfungen wurden deshalb erfragt. Auswertbare Antworten liegen aus insgesamt 20 Heimen vor. Erfasst sind ausschließlich die für Heimmitarbeiter/-innen bestehenden Dokumentationspflichten, nicht die beauftragter Fachfirmen oder externer Sachverständiger.

Umfang der Dokumentationspflichten

Insgesamt werden 183 Dokumentationspflichten benannt. Davon werden 75 auf Rechtsvorschriften zurückgeführt, 66 beruhen auf internen Vereinbarungen, in 16 Fällen trifft beides zu. Bei 26 Dokumentationspflichten fehlt die Begründung.

Die Zahl der pro Heim dokumentierten Tätigkeiten ist sehr unterschiedlich. Eine Einrichtung gibt an, es bestehe keinerlei Dokumentationspflicht, eine andere benennt 45 verschiedene Arten von Aufzeichnungen. Die übrigen Heime haben bis zu zehn (13x) bzw. bis zu 20 (5x) Aufzeichnungen festgelegt.

Auffällig sind die Unterschiede bei den Angaben zur Prüfhäufigkeit, die den Aufwand wesentlich mitbestimmt.

Grundlage und Inhalt

Die intern vereinbarten Aufzeichnungen dienen der Arbeitsorganisation, der Sicherstellung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit, der Leistungsüberwachung der Haustechnik-Mitarbeiter und dem Qualitätsmanagement. Sie betreffen:

- klassische Hausmeisteraufgaben wie Instandsetzungs- und Renovierungsarbeiten, Reparaturen, hausinterne Transporte, Abfallentsorgung, turnusmäßige Überprüfung des Zustands von Bewohnerzimmern und Sanitärbereichen, Vor- und Nachbereitung von Festen und Veranstaltungen, Schlüsselverwaltung, Mobil- und Materialausgabe, Reinigungsarbeiten, die Pflege von Außenanlagen u.a.m.
- Funktionskontrollen und Wartungsaufgaben von Anlagen, Maschinen und Geräten in den hauswirtschaftlichen Funktionsbereichen (Produktionsküche, Hauswäscherei, Wohnbereichsküchen)
- Funktionskontrollen und Wartungsaufgaben bei Elektrobetten, Rollstühlen, Hubbädewannen, Steckbeckenspülen etc.
- Kostenüberwachung und Kostenzuordnung (z.B. bei Telefon, Benzin), Dokumentation des Materialverbrauchs der Haustechnik
- Überwachung des Kfz-Bestands
- Haustechnik-Aufgaben wie die Überwachung von Wasserversorgung, Telefon- und Rufanlage, von Heizungs-, Lüftungs-, Aufzugsanlagen sowie der Elektroinstallationen

Die intern vereinbarten Dokumentationspflichten werden von den Bearbeiterinnen und Bearbeiter des Fragebogens durchweg positiv beurteilt, d.h. für erforderlich gehalten.

Die mit Rechtsvorschriften begründeten Dokumentationspflichten beziehen sich auf Elektrobetten, sonstige Medizinprodukte, ortsfeste und ortsveränderliche Elektrogeräte, den Brandschutz sowie auf Leitern und Tritte.

14 Befragte geben an, dass in ihrem Heim die Überprüfung von Elektrobetten (MPG und MPBetreibV)⁶ dokumentiert wird. Von den elf Befragten, die dazu Stellung nehmen, äußern sich drei negativ, sechs positiv und für zwei von ihnen hat die Dokumentation sowohl vorteilhafte als auch nachteilige Auswirkungen. Die kritischen Äußerungen beziehen sich auf den Zeitaufwand insbesondere beim anfänglichen Aufbau der Listen und der Verfahrensfestlegung. Vereinzelt ist dabei festzustellen, dass unnötig aufwändige und komplizierte Vorgehensweisen gewählt wurden. Die positiven Äußerungen betreffen den Zugewinn an Sicherheit für Bewohner/-innen und Mitarbeiter-schaft sowie die rechtliche Absicherung im Schadensfall.

Prüfungen sonstiger Medizinprodukte und entsprechende Aufzeichnungen nehmen die Mitarbeiter des Fachbereichs Haustechnik nur in vier Heimen vor.

Sieben Heime dokumentieren die Prüfung ortsfester und ortsveränderlicher Elektrogeräte (BGV A2)⁷, sechs von ihnen beurteilen die Dokumentationspflicht (und zwar 4x positiv, 1x negativ, 1x positive und negative Aspekte). Die Befürworter/-innen betonen den Gewinn an Sicherheit, die bessere Auffindbarkeit und den Werterhalt vorhandener Elektrogeräte, die kritische Äußerung ("Schreiben dauert oft länger als die Prüfung") den Zeitbedarf.

Den Brandschutz (Brandschutzverordnungen, BGV A2, TPrüfV NRW⁸) und Aufzeichnungen hierzu benennen zehn Befragte (Prüfung von Feuerschutztüren, Sprinkleranlagen, Fehlerstromschutzschaltern, Brandmeldern, Feuerlöschern, RWA-Anlagen, Brandschutzvorhängen u.a.). Beurteilungen liegen aus sieben Heimen vor. Sie sind überwiegend (5x) positiv (Sicherheitsaspekte), einmal negativ (Zeitaufwand) und einmal werden positive wie negative Aspekte benannt.

Die Funktionstüchtigkeit von Leitern und Tritten (BGV D36)⁹ dokumentieren fünf Heime; vier von ihnen beurteilen die Dokumentationspflicht (3x positiv, 1x negativ) mit den vorgenannten Begründungen.

⁶ MPG: Medizinproduktegesetz

MPBetreibV: Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten

⁷ Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit A2 - Elektrische Anlagen und Betriebsmittel

⁸ Technische Prüfverordnung Nordrhein-Westfalen

⁹ Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit D36 - Leitern und Tritte

3.2.1.4 Untersuchungsergebnis: Bürokratiefördernde Rechtsvorschriften

Die Frage nach den Fachbereich Haustechnik betreffenden bürokratiefördernden Rechtsvorschriften beantworten zwölf von 26 Heimen nicht, zehn benennen konkrete Kritikpunkte und vier Fragebogenbearbeiter/-innen äußern sich eher zustimmend.

Stellvertretend für diejenigen, die eher Vor- als Nachteile benennen, stehen die folgenden Ausführungen eines Heimleiters. Sie verweisen gleichzeitig auf die Ursachen eines gelegentlich heimintern veranlassten hohen Absicherungsaufwands:

"Alle Prüfungen haben sich trotz des zeitlichen und finanziellen Aufwands als berechtigt erwiesen. Die Prüfungen und Wartungen führten zu erhöhter technischer Sicherheit und vor allem zu Rechtssicherheit, so dass man bei strittigen Fragen auf einer guten und sicheren Position steht. Das Problem liegt eigentlich in der aktuellen Rechtsauffassung. Die Heime müssen bei Unfällen oder Zwischenfällen den Nachweis bringen, dass alle Maßnahmen zur Verhinderung von Vorfällen getroffen wurden, und dies kann sicher nur mit dem zurzeit bestehenden System erfolgen. Wenn ein Geschädigter umgekehrt den Nachweis bringen müsste, dass dem Heim Versäumnisse anzulasten sind, könnte einfacher gearbeitet werden."

Die kritischen Feststellungen (insgesamt 19) beziehen sich in vier Fällen nicht auf Rechtsvorschriften, sondern auf Heim- oder Trägerentscheidungen zur Vergabe von Wartungsaufträgen bzw. auf als übertrieben erachtete Festlegungen im trägereigenen Qualitätsmanagement. Beanstandet werden ein zu hoher Aufwand (Zeit, Kosten) in Bezug auf die Wartung von Aufzugsanlagen (2x), die Wartung von Brandmeldeanlagen (1x) bzw. die Kontrolle der Wassereinspeisung (1x).

Von vier Befragten wird kritisiert, dass nach Vorgabe von Prüfinstanzen Leistungen an Fachfirmen vergeben werden müssen, die von den eigenen Haustechnik-Mitarbeitern erbracht werden könnten (Überprüfung von Automatiktüren, Brandschutztüren und Rufanlagen); damit ließen sich Kosten reduzieren.

Jeweils mehrfach werden die Bestimmungen zum Umgang mit ortsveränderlichen Elektrogeräten gemäß BGV A2, die Umsetzung von MPG und MPBetreibV im Allgemeinen und speziell der geforderte Umgang mit Elektrobetten als problematisch beurteilt. Diese Themen waren auch zentrale Aspekte der Erörterungen sowohl bei dem Treffen der Projektheime in Meckenheim im Juli 2005 als auch beim vorausgegangenen Praktikerhearing "Hauswirtschaft/Haustechnik" im November 2004.

Bei den ortsveränderlichen Elektrogeräten (4x benannt) besteht Unsicherheit im Hinblick darauf, in welchem Umfang bewohnereigene Elektrogeräte geprüft werden müssen; in der BGV A2 werden lediglich "Betriebsmittel" benannt. Die Verantwortlichen in den Heimen gehen mehrheitlich davon aus, dass zumindest diejenigen bewohnereigenen Elektrogeräte geprüft werden müssen, die von den Pflegenden betätigt werden (z.B. Fön, Rasierapparat) oder mit denen Betreuungs- und Reinigungsmitarbeiter/-innen in Berührung kommen (z.B. Radio, Fernsehgerät, Lampe). Für erforderlich hält man zumeist auch die Überwachung sonstiger von den Bewohnerinnen und Bewohnern eingesetzter Elektrogeräte und -hilfsmittel (z.B. Heizlüfter, Heizkissen, Heizdecken), da von ihnen erhebliche Gefahren ausgehen können.

Kritisiert wird zum einen die Art der vorgeschriebenen Kontrollen (Sicht-, Funktions- und Sicherheitsprüfung unter Einsatz eines entsprechenden Messgeräts, Ausdrucken oder manuelles Anfertigen eines Prüfprotokolls), zum anderen die Prüfhäufigkeit. Die zwar nicht gesetzlich vorgeschriebene, jedoch empfohlene Kontrolle aller Geräte zweimal pro Jahr wird aus Zeit- und Kostengründen für nicht realisierbar gehalten. Es besteht die Möglichkeit, die Prüffristen zu verlängern, wenn die Fehlerquote bei weniger als 2% liegt. Diese Möglichkeit wird von den Befragten nicht erwähnt.

Vorschläge der Befragten

Vorgeschlagen wird von den befragten Praktikern bzw. Praktikerinnen, die o.g. Messungen und Aufzeichnungen seltener durchzuführen oder darauf zu verzichten und stattdessen situationsangemessene interne Standards umzusetzen:

- Sichtprüfung und Funktionskontrolle vor jeder Nutzung durchführen
- Funktionsbeeinträchtigte bzw. offensichtlich beschädigte Geräte aus dem Verkehr ziehen
- Mitarbeiter/-innen anleiten und schulen, um Bedienungsfehler zu minimieren und um für Gefahren zu sensibilisieren
- regelmäßige Sichtkontrollen von Kabeln durchführen
- Bewohner/-innen und Angehörige darauf hinweisen, dass nur Geräte mitgebracht werden dürfen, die sich in einem ordnungsgemäßen Zustand befinden und den üblichen Sicherheitsbestimmungen entsprechen.

Mehrfach (von 4 Heimen) beanstandet werden die Vorgaben in MPG und MPBetreibV. Danach müssen alle Medizinprodukte einschließlich aller Elektropflegebetten jährlich geprüft, das Personal eingewiesen und entsprechende Aufzeichnungen vorgenommen werden. "Unter diese Bestimmungen fällt alles vom Heftpflaster bis zum Hebelifter" wird festgestellt. Gefordert werden

- die Überprüfung "lediglich der notwendigen und lebenserhaltenden Geräte".
- der Verzicht auf die Eichung von Personenwaagen (ausreichend sei der kontinuierliche Einsatz derselben Waage für den jeweiligen Bewohner/die jeweilige Bewohnerin unter festgelegten Rahmenbedingungen)
- der Verzicht auf Detailvorgaben zur Art der Umsetzung von MPG und MPBetreibV, z.B. die Freistellung der Art der Dokumentation.
- die Verlängerung der Prüffristen von einem auf zwei Jahre bei geringer Fehlerquote mit Verweis auf anfallende Kosten (hier: 20 EUR/Prüfsiegel/Jahr)
- der Verzicht auf jährlich wiederkehrende aufwändige Messungen und die Dokumentation von Prüfergebnissen. Stattdessen sollten, wie für die ortsveränderlichen Elektrogeräte bereits beschrieben, die Schulung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zur Vermeidung von Handhabungsfehlern und die regelmäßige qualitätsgesicherte Durchführung von Sichtkontrollen forciert werden

Extrem belastet fühlt man sich insbesondere in einem Projektteam, dem bis zur vollständigen Umsetzung der MPBetreibV die tägliche Kontrolle von Pflegebetten (Prüfung und Dokumentation) auferlegt wurde.

Jeweils aus einer der 24 Einrichtungen, die das Untersuchungspaket *Haustechnik* bearbeiteten, wurden folgende Probleme benannt:

- Es wird ein Widerspruch gesehen zwischen der Verpflichtung zu desinfizierenden Waschverfahren und der Einhaltung der Biostoffverordnung.
- Es wird festgestellt, die Gefahrstoffverordnung stelle übertriebene Anforderungen an die Dokumentation (Menge, Lagerort, Betriebsanweisung) des Umgangs mit Gefahrstoffen. Der Aufwand für die Erstellung, Einführung und die Aktualisierung des Gefahrstoffverzeichnisses sei zu hoch. Bei Einhaltung notwendiger Voraussetzungen (Einweisung vor Nutzung und turnusmäßig, Führung von Sicherheitsdatenblättern, Durchführung regelmäßiger Kontrollen durch den/die Bereichsverantwortliche/n) solle mehr Spielraum zur situationsangepassten Umsetzung gelassen werden.
- Aufzüge müssen laut BetrSichV¹⁰ neben Haupt- und Zwischenprüfung zusätzlich einer sicherheitstechnischen Bewertung (hier durch den TÜV) unterzogen werden, "die nur Kosten verursacht". Zahl und Turnus der Prüfung von Aufzuganlagen seien korrekturbedürftig.

3.2.1.5 Untersuchungsergebnis: Aufwand für Fortbildung, Schulung und Unterweisung

Da von Heimleitungen und Trägern häufig berichtet wird, Arbeitszeiteinsatz und Kosten für vorgeschriebene Qualifizierungsmaßnahmen im Haustechnik-Bereich seien in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen, wurde erfragt, welchen Aufwand die projektbeteiligten Einrichtungen diesbezüglich in den Jahren 2002 bis 2004 betrieben haben.

Von den 26 Heimen, die dieses Untersuchungspaket bearbeiteten,

- haben zwei diesen Teilaspekt der Anfrage nicht beantwortet
- haben drei im genannten Zeitraum keine Qualifikationsmaßnahmen für die haustechnischen Mitarbeiter/-innen durchgeführt (eine dieser Einrichtungen wurde erst im Jahr 2003 eröffnet)
- haben 21 Qualifikationsmaßnahmen für Haustechnik-Mitarbeiter/-innen angeboten (externe und/oder interne)

Fortbildungsinhalte

Die Qualifikationsmaßnahmen galten folgenden Themen (53 Nennungen insgesamt):

- Grundlagen- und Aufbau-seminare für Sicherheitsbeauftragte aus dem Bereich Haustechnik (9x)

¹⁰ Betriebssicherheitsverordnung

- Fortbildungen zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz einschließlich Arbeitsschutzbegehungen und Sitzungen des Arbeitsschutz-Ausschusses mit hohem Fortbildungsanteil (8x)
- Schulungen zu MPG und MPBetreibV, Umgang mit Elektro-Pflegebetten, elektrische Messungen an Pflegebetten (7x)
- Seminare und Unterweisungen zum Themenkomplex "Elektrische Anlagen und Betriebsmittel" (ortsveränderliche Elektrogeräte, Rufanlagen-Prüfer, BGV A2-Einweisungen, Handhabung von Prüfgeräten, elektrotechnisch unterwiesene Person, ...) (7x)
- Betriebsbeauftragten-Fortbildung für Aufzugsanlagen, Aufzugwärter-Einweisung, Maßnahmen zur Personenbefreiung (6x)
- Grund- und Auffrischungsseminare Erste Hilfe (4x)
- Brandschutztraining, Brandschutz-Fortbildung (4x)
- Seminare zu Trinkwasserversorgung, Legionellenbekämpfung und Hygiene in raumluftechnischen Anlagen (3x)
- Seminar zur Krankenhaus- und Pflegeheim-Bauverordnung des betreffenden Bundeslandes (1x)
- Wassersparmaßnahmen bei WC-Spülkästen (1x)
- Fortbildung zu MRSA (Multi-Resistenter Staphylococcus-Aureus) (1x)
- Fachbelehrung Haustechnik (1x)
- Eintragungen in das Installationsverzeichnis (1x)

Teilnehmer/-innen

Teilgenommen haben an diesen Maßnahmen

- Hausmeister, Haustechniker, haustechnische Mitarbeiter/-innen¹¹ (34x)
- Interne Sicherheitsbeauftragte¹² (10x)
- Alle Mitarbeiter/-innen der Einrichtung bzw. eine Gruppe von ca. 20 Mitarbeitenden (4x)
- Aufzugwärter¹³ (2x)
- Mitglieder des Arbeitsschutz-Ausschusses (insgesamt sechs, einer davon ist der Hausmeister) (1x)

Nicht auswertbar waren die Angaben zu zwei Maßnahmen.

¹¹ Zum Teil liegen keine konkreten Angaben vor. Eine Zuordnung ist jedoch in Verbindung mit den Angaben zu den Fortbildungsinhalten möglich.

¹² Dies sind nicht immer, jedoch meist Haustechnik-Kräfte.

¹³ Dies sind nicht immer, jedoch meist Haustechnik-Kräfte.

Arbeitszeiteinsatz

In Bezug auf den Arbeitszeiteinsatz wurden bei der Auswertung nur die auf haustechnische Mitarbeiter/-innen entfallenden Arbeitstage und -stunden berücksichtigt.

Für ihre Qualifizierung wurde/n

- in 5 Heimen weniger als ein Arbeitstag/Jahr
- in 8 Heimen ein bis zwei Arbeitstage/Jahr
- in 5 Heimen zwei bis vier Arbeitstage/Jahr
- in 2 Heimen vier bis fünf Arbeitstage/Jahr

angesetzt. Für eines der 21 Heime liegen keine auswertbaren Angaben vor.

Die Dauer der Seminare liegt bei mehreren Tagen (1x 4 Tage, 17x 3 Tage), zwei Tagen (7x), einem Tag (13x) oder weniger als einem Arbeitstag (eine bis acht Stunden 11x); bei vier Seminaren liegen keine Angaben zur Dauer vor.

Kosten

Für 26 der angebotenen Fortbildungen liegen keine Angaben zu den Teilnahmegebühren vor. Zum Teil ließen sie sich von den Befragten nicht mit vertretbarem Aufwand ermitteln, zum Teil sind sie in den Einrichtungen nicht bekannt, da sie über ein Zentralbudget umlagefinanziert werden oder durch die Pauschalvergütung eines Fortbildungsinstituts abgedeckt sind.

Für insgesamt 19 Fortbildungen sind keine Kosten angefallen. Mindestens sieben dieser Maßnahmen wurden von Berufsgenossenschaften durchgeführt.

Für acht Seminare liegen Angaben zu den Teilnahmegebühren vor, Aussagen zu den Kosten pro Einrichtung sind jedoch nicht möglich. Der Seminartag zu Haustechnik-Themen kostete in den Jahren 2002 bis 2004 zwischen 33 EUR und 560 EUR, im Durchschnitt wurden 156 EUR bezahlt.

Beurteilung des Aufwands aus Sicht der Heime

Die Befragten wurden gebeten, die aus Rechtsvorschriften abzuleitenden Qualifizierungspflichten für haustechnische Mitarbeiter/-innen zu benennen und in Bezug auf Erforderlichkeit und Aufwand zu beurteilen.

Von 18 Heimen wurde die Frage nicht bearbeitet. Eine Einrichtung sieht keine aus Rechtsvorschriften abzuleitende Verpflichtung zur Qualifizierung, eine weitere verweist allgemein auf "Brandschutz, Aufzug". Weitere sechs Befragte benennen konkret MPG/MPBetreibV (4x), BGV A2 (2x), ArbSchG¹⁴ (1x), TPrüfV NRW (1x), BGV A5¹⁵ (1x), Biostoffverordnung (1x).

¹⁴ Arbeitsschutzgesetz

¹⁵ Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit A5 - Erste Hilfe

Die Qualifizierungsvorgaben werden durchweg als erforderlich und vom Aufwand her vertretbar beurteilt. Dieser Einschätzung schließen sich die befragten Haustechnik-Experten/-Expertinnen an.

3.2.1.6 Untersuchungsergebnis: Organisation der Informationsbeschaffung

Den Überblick über die Entwicklung der den Bereich Haustechnik betreffenden Rechtsvorschriften zu gewinnen und zu behalten, stellt für viele Heime ein mit Unsicherheit und hohem Zeitaufwand einhergehendes Problem dar.¹⁶ Ist die Rechtsvorschrift in stationären Altenhilfeeinrichtungen anzuwenden? Wie ist sie konkret umzusetzen? Welches ist die aktuell gültige Version? Wurden bisher geltende Rechtsvorschriften durch neue abgelöst oder in Teilen verändert? Sind zusätzlich zu den bundesweit geltenden Rechtsvorschriften Regelungen der Bundesländer zu beachten? Wie werden sie regional angewandt?

"Die Informationen reichen nicht aus. Es besteht immer das Gefühl, dass Verordnungen im Dickicht der Vorschriften übersehen wurden. Gleichzeitig orientieren sich Vorschriften an Krankenhäusern und sind auf Altenheime der dritten und vierten Generation nicht sinnvoll übertragbar." So die Stellungnahme eines Befragten.

Im Untersuchungspaket "Haustechnik" wurde daher erfragt, wie die Informationsbeschaffung organisiert ist und welche diesbezüglichen Probleme und Veränderungswünsche bestehen.

Fragen zu diesem Themenkomplex beantworteten 15 Heime vollständig, acht teilweise und drei nicht (gesamt 26).

Zuständigkeiten

Angaben zur Zuständigkeit für die Informationsbeschaffung liegen aus 19 Heimen vor, sieben trafen dazu keine Aussage.

In acht Heimen ist die Aufgabe der Informationsbeschaffung einer Person, Stelle oder Abteilung eindeutig zugeordnet, zehnmal werden zwei bis vier Zuständige benannt und in einem Heim wird die Aufgabe zum Befragungszeitpunkt gerade neu zugeordnet.

Als Zuständige (35) werden benannt

- die Einrichtungsleitung/Geschäftsführung (13x)
- der Träger, die Fachabteilung beim Träger, der Qualitätsmanagementbeauftragte des Trägers (8x)
- der Leiter der Haustechnik bzw. der Hausmeister (5x)
- eine externe Fachkraft für Arbeitssicherheit, ein beauftragtes Ingenieurbüro, der externe Facility-Manager (3x)
- die Hauswirtschafts- bzw. Serviceleitung (3x)

¹⁶ Vgl. hierzu den Ergebnisbericht zum Hearing "Hauswirtschaft/Haustechnik" vom November 2004 in Mülheim/Ruhr.

- die interne Fachkraft für Arbeitssicherheit (2x)
- die Pflegeleitung (1x).

Informationsstand

Der Informationsstand in Bezug auf die relevanten Rechtsvorschriften wird von je neun Befragten als ausreichend bzw. als verbesserungsbedürftig beurteilt. Die kritischen Einschätzungen stammen überwiegend aus denjenigen Heimen, in denen die Haustechnik-Verantwortlichen die Fragebogenbearbeitung übernommen haben oder darin einbezogen waren. Acht Heime enthielten sich der Beurteilung.

Die Verbesserungsvorschläge richten sich an den Träger bzw. die übergeordnete Verbandsebene, die Prüfinstanzen, die Berufsgenossenschaft, Fachverlage sowie an die eigenen Vorgesetzten:

- Der Träger müsste für mehr Informationen und durch häufigere bzw. regelmäßige Hausmeister-Treffen und -Fortbildungen für einen besseren Informationsfluss sorgen (3x).
- Es besteht Regelungsbedarf auf Verbandsebene; hier sollten die Zuständigkeiten für die zentrale Recherche, zeitnahe und einheitliche Informationsweitergabe und die einheitliche Steuerung notwendiger Veränderungen in der Praxis angesiedelt sein (1x).
- Die Prüfinstanzen sollten die Heime zeitnah und eigeninitiativ statt lediglich bei Begehungen über neue oder geänderte Rechtsvorschriften informieren. Ein Vorteil dieser Vorgehensweise wird darin gesehen, dass regionale Besonderheiten sofort berücksichtigt werden könnten (2x).
- Es fehlt eine Zusammenfassung aller für Altenhilfeeinrichtungen geltenden Vorschriften und Normen in übersichtlicher und geraffter Form. Es ist schwierig, sich Rechtsvorschriften durch eigene Lektüre zu erschließen (2x).
- Es fehlt ein "Informationsdienst Haustechnik", der turnusmäßig Informationen zu neuen oder geänderten Rechtsvorschriften direkt an die Haustechnik sendet (1x).
- Es dringen zu spät zu wenige Informationen bis auf die Ebene der haustechnischen Mitarbeiter durch. Die Haustechnik benötigt u.a. deshalb einen eigenen Internetzugang (2x).

Informationsquellen

Die Frage nach den genutzten Informationsquellen wurde von 24 Heimen beantwortet. Als Informationsquellen werden benannt (Mehrfachnennungen):

- Fortbildungsveranstaltungen (20x)
- Fachzeitschriften (19x)
- Träger- und Verbandsinformationen (18x)
- Informationen der Prüfinstanzen (13x)

- sonstige Quellen wie externe Sicherheitsberater/-innen, Herstellerinformationen, Mitarbeiter/-innen der im Hause tätigen Fachfirmen und Handwerksbetriebe, Medienberichte, Haustechnik-Kollegen/-Kolleginnen aus anderen Heimen (12x)
- das Internet (10x)

Die wenigsten Heime verlassen sich auf nur eine (1x), zwei (2x) oder drei (5x) Informationsquellen; die meisten nutzen vier (8x), fünf (7x) oder gar 6 (1x) Möglichkeiten parallel.

3.2.1.7 Zusammenfassung und Bewertung

Die aus 26 Projektheimen vorliegenden Informationen und Einschätzungen zeigen keine gravierenden Bürokratiebelastungen des Fachbereichs Haustechnik auf.

Diesen - personell knapp ausgestatteten - Fachbereich zu führen und dabei sowohl die technisch-handwerklichen Anforderungen als auch die geltenden Rechtsvorschriften zu erfüllen, ist eine Aufgabe, bei der der Hausmeister alter Prägung angesichts des heute üblichen technischen Standards stationärer Altenhilfeeinrichtungen an seine Grenzen stößt.

Für Heime und Träger stellen sich hier Aufgaben der Personalentwicklung, der Überprüfung der Aufbauorganisation und des Informationssystems sowie der Einführung oder Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass

- aus Rechtsvorschriften resultierende Pflichten zur Prüfung von Anlagen, Ausstattung, Betriebsmitteln und in der Pflege eingesetzter Geräte in den Heimen überwiegend akzeptiert und als fachlich sinnvoll bewertet werden.
- Kritik vor allem an den Vorschriften zum Umgang mit ortsveränderlichen Elektrogeräten und zur Umsetzung von MPG und MPBetreibV geübt wird. Hier erscheint der Aufwand zum Teil unverhältnismäßig und es sollten gemeinsam mit den Prüfinstanzen praktikable Verfahren entwickelt werden.
- die von Prüfinstanzen vorgenommenen Kontrollen mit begrenztem Aufwand verbunden sind und die Forderungen der Prüfenden in aller Regel als angemessen gelten. Darüber hinaus werden die Prüfenden als Informationsquelle genutzt und geschätzt.
- wahrgenommene Dokumentationspflichten sowohl auf internen Vereinbarungen als auch auf Rechtsvorschriften beruhen. Sie werden überwiegend als unproblematisch bzw. als hilfreich erlebt. Wie hoch der vielfach kritisierte Zeitaufwand für Dokumentationsaufgaben ist, hängt wesentlich von der Praktikabilität des eingesetzten Systems ab.
- der Aufwand für Qualifizierungsmaßnahmen begrenzt und aus Sicht der Befragten fachlich geboten ist.
- große Probleme bei der Informationsbeschaffung für den Fachbereich Haustechnik bestehen. Es ist für die Verantwortlichen mit erheblichem Aufwand ver-

bunden, alle für Altenhilfeeinrichtungen geltenden Rechtsvorschriften in der aktuellen Fassung zu erhalten. Einen besseren Informationsstand wünscht sich ein Großteil der Befragten.

- Heimleitungen und Träger mancherorts selbst einen Beitrag leisten könnten, um den Organisations-, Prüf- und Dokumentationsaufwand im Fachbereich Haustechnik zu reduzieren. Dazu müssten Prüf- und Dokumentationsfrequenzen hinterfragt und ggf. reduziert werden, intern erbrachte, an Externe vergebene und von Prüfinstanzen vorgenommene Kontrollen besser aufeinander abgestimmt, und Festlegungen im Qualitätsmanagementsystem auf ihre Angemessenheit hin geprüft werden.

Anlage

Anschreiben an die Referenzheime vom 12.1.2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bericht zum Untersuchungspaket 1 - Pflegedokumentation liegt dem Auftraggeber vor. Den vielfach geäußerten Wunsch, der Bericht möge den projektbeteiligten Heimen bald zur Verfügung gestellt werden, haben wir dem BMFSFJ übermittelt.

Heute erhalten Sie die Unterlagen zum Untersuchungspaket 2a - Haustechnik, Teil 2b - Hauswirtschaft wird zeitnah folgen.

Sie erhalten mit diesem Schreiben zwei Arten von Anlagen:

1. Fragebögen. Diese bitten wir auszufüllen, die erbetenen Kopien beizufügen und uns beide zusammen zuzuschicken.
2. "Suchhilfen". Diese sollen Ihnen helfen, nichts zu vergessen beim Bearbeiten der Fragebögen. Bei den "Suchhilfen" bitten wir dann um Rücksendung, wenn Sie Ergänzungen darin vorgenommen haben.

Wir hoffen, dass die Bearbeitung unserer Anfrage für Sie nicht nur aufwendig, sondern auch interessant und möglicherweise in Teilen hilfreich ist. Sollten wir in diesem Erhebungspaket Aspekte nicht angesprochen haben, die Ihrer Meinung nach wichtig sind, sind wir für einen Hinweis dankbar.

Zum Ablauf der Erhebung und mit Blick auf unsere Zusammenarbeit folgende Bitten bzw. Anmerkungen:

1. Bitte bestätigen Sie uns den Eingang dieser E-Mail (Anschreiben mit 9 Anlagen).
2. Bitte senden Sie uns die erbetenen Unterlagen bis zum 12. Februar 2005 zu. Wir freuen uns über jede Rücksendung vor diesem Termin. Wenn sich bei Ihnen abzeichnet, dass Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, sind wir dankbar für die frühzeitige Absprache eines neuen Termins.

Da im ersten Halbjahr 2005 fünf Untersuchungspakete anstehen, ist es für beide Seiten hilfreich, wenn der enge Zeitplan eingehalten werden kann.

3. Für Fragen zum Untersuchungspaket 2a - Haustechnik stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
4. Adressat Ihrer Rücksendung ist das Büro Ursula Mybes

Nach der Auswertung aller Dokumente wollen wir im März 2005 in einem Telefoninterview offene Fragen klären, Ihnen eine kurze Rückmeldung geben und Ihre Fragen und Anregungen aufnehmen. Dazu werden wir rechtzeitig Telefontermine mit Ihnen vereinbaren.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit und grüßen Sie herzlich aus Köln.

Anlagen des Anschreibens: Fragebogen zu

1. Personalausstattung und Aufbauorganisation des Fachbereichs Haustechnik
2. Art und Umfang von Fremdleistungen in der Haustechnik
3. Art und Umfang von Eigenleistungen
4. Dokumentationspflichten des Fachbereichs Haustechnik im Überblick
5. Den Fachbereich Haustechnik betreffende Prüfungen in den Jahren 2002 bis 2004
6. Informationsbeschaffung, Qualifizierungsmaßnahmen, Organisationshilfsmittel und Qualitätsmanagement

Suchhilfen

7. Auswahl technischer Anlagen, Geräte und Maschinen in Sozialeinrichtungen
8. Für den Fachbereich Haustechnik relevante Rechtsvorschriften
9. Prüfpflichtige Anlagen und Einrichtungen in Heimen (Beispiel Nordrhein-Westfalen)

3.2.2 Hauswirtschaft

3.2.2.1 Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets Hauswirtschaft

Aufgabenstellung im Untersuchungspaket war die Identifizierung bürokratischer Belastungen im Fachbereich Hauswirtschaft stationärer Altenhilfeeinrichtungen.

Es wurden die gleichen Teilaspekte wie bei der Haustechnik untersucht; sie werden hier nicht erneut dargestellt.

Die schriftliche Befragung fand im Februar 2005 statt.¹⁷ Ein fristgerechter Rücklauf bis zum 01. März 2005 erfolgte aus neun von 28 Projektheimen, 15 Heime reichten ihre Unterlagen bis zu acht Wochen später ein, vier Heime beantworteten die Anfrage nicht.

Bearbeitet wurde die Anfrage in der Regel von einer Person (12x), von zwei (10x), selten von drei Personen (2x). Bei den Personen, die die Anfrage ohne ausgewiesene Unterstützung anderer Stelleninhaber/-innen bearbeiteten, handelt es sich um Einrichtungsleitung/Geschäftsführung (7x), die Hauswirtschaftsleitung (3x) und die Serviceleitung/Betriebsleitung Service (2x). Wo zwei Personen die Bearbeitung der Anfrage durchführten, handelt es sich um Küchenleitung/Hauswirtschaftsleitung (6x), Einrichtungsleitung/Hauswirtschaftsleitung (1x) Pflegeleitung/Hauswirtschaftsleitung (1x), Qualitätsbeauftragten/Hauswirtschaftsleitung (1x) und Küchenleitung in der Funktion als Qualitätsbeauftragter/Einrichtungsleitung (1x). In den beiden Heimen, in denen drei Personen an der Bearbeitung beteiligt waren, handelt es sich um Küchenleitung/Hauswirtschaftsleitung/Qualitätsbeauftragte/n bzw. um Haustechnik-/Hauswirtschafts- und/oder Pflegeleitung.

Die in Bezug auf die Auswertbarkeit der zur Verfügung gestellten Unterlagen im Kapitel 3.2.1.1 für die Haustechnik getroffenen Aussagen gelten in gleicher Weise für die Hauswirtschaft.

Auf die geplanten Telefoninterviews wurde in Absprache mit Projektleitung und Projektheimen verzichtet. Statt dessen wurden die Ergebnisse im Juli 2005 im Rahmen der 2. Präsentationsveranstaltung des Kompetenzteams in Meckenheim den Referenzheimen vorgestellt und gemeinsam erörtert. Der Bericht zum Untersuchungspaket *Hauswirtschaft* wurde im Mai 2006 fertig gestellt.

3.2.2.2 Untersuchungsergebnis: Prüfungen im Fachbereich Hauswirtschaft

Prüfungen im Fachbereich Hauswirtschaft erfolgen in Eigenregie, d.h. durch Mitarbeiter/-innen der Einrichtung, durch Auditteams des Trägers, durch beauftragte Externe (Fachfirmen, Sachverständige) sowie durch Prüfinstanzen.

In die nachfolgenden Darstellungen von Eigen- und Fremdleistungen wurden die meist genannten Kontrollen/Prüfungen aufgenommen, zu denen sich die Heime - wie

¹⁷ Vgl. Anlage

bei der Haustechnik - auf Grund von Rechtsvorschriften veranlasst sehen und die sie für fachlich geboten halten.

Vollständige oder weitgehend vollständige Aufstellungen der selbst durchgeführten Kontrollen/Prüfungen liegen aus 19 der in die Auswertung einbezogenen 24 Heime vor. Zweimal wurde dieser Fragebogenteil nicht bearbeitet, einmal sind die aufgeführten Kontrollen nicht relevant für den Fachbereich Hauswirtschaft und zwei Heime führen keine eigenen Kontrollen durch.

Aufstellungen zu den an Externe vergebenen Prüf- und Wartungsaufträgen liegen aus 15 Heimen vor. Fünf Heime bearbeiteten diesen Fragebogenteil nicht und vier Heime beauftragen keine Externen.

Die Häufigkeit der Kontrollen ist entweder in einer Jahresplanung als Bestandteil des Qualitätsmanagements für die Hauswirtschaft festgelegt oder sie erfolgen turnusmäßig.

Prüfungen in Eigenleistung

Bei den in den meisten Heimen beschäftigten Hauswirtschaftsleitungen handelt es sich um Personen mit einer einschlägigen Fachausbildung. Aus sieben der 24 in die Auswertung einbezogenen Heime liegen Stellenbeschreibungen der Hauswirtschaftsleitung vor, aus zwei Heimen die der Küchenleitung und aus fünf Einrichtungen die beider Stelleninhaber/-innen. Drei Heime arbeiten mit einem Dienstleister zusammen und in einer Einrichtung hat der Stelleninhaber „Serviceleitung“ zusätzlich die Funktion des Hauswirtschaftsleiters inne. Aus sechs Heimen liegt keine Stellenbeschreibung vor. Die Stellenbeschreibungen aus vier Heimen sind nicht mehr aktuell. Aus 13 Heimen liegen umfangreiche, den Bereich Hauswirtschaft betreffende, Auszüge aus dem Qualitätshandbuch vor. Sieben Heime reichten Checklisten ein, die auf ein Qualitätsmanagementsystem schließen lassen. Aus vier Heimen liegen weder Auszüge noch Checklisten vor.

In den Heimen werden unterschiedliche Prüfungen, die sich aus Rechtsvorschriften ableiten lassen, durchgeführt. Prüfende sind in der Regel die Hauswirtschafts- und Küchenleitungen, seltener Hygienebeauftragte, Arbeitssicherheitsbeauftragte, Qualitätsbeauftragte, beim Träger angesiedelte Prüfer/-innen oder Auditteams, hausinterne Auditteams, Einrichtungsleitung und Geschäftsführung.

Die meist benannten Aufgaben sind:

- der Kontrollgang zu hygienischen Aspekten; Häufigkeit: täglich bis jährlich
- die Kontrollen der Personalhygiene und Aspekte der Arbeitssicherheit; Häufigkeit: täglich bis jährlich
- die allgemeine Hausbegehung; Häufigkeit: monatlich bis jährlich
- die Kontrolle der Hausreinigung; Häufigkeit: wöchentlich bis halbjährlich
- die Kontrolle der Etagenküchen; Häufigkeit: monatlich bis halbjährlich
- die Kontrolle der Produktionsküche; Häufigkeit: wöchentlich bis halbjährlich

- die Kontrolle der Wäscheversorgung; Häufigkeit: zweimonatlich bis halbjährlich
- die Kontrollen in Zusammenhang mit dem HACCP-Konzept;¹⁸ Häufigkeit: täglich bis halbjährlich

Weitere, jeweils nur einmal benannte Aufgaben sind:

- die Durchführung von Innenrevisionen; Häufigkeit: jährlich
- die Durchführung interner Audits; Häufigkeit: jährlich
- die Lieferantenbewertung; Häufigkeit: vierteljährlich
- der technische Rundgang; Häufigkeit: jährlich
- die Kontrolle der Fettabscheider; Häufigkeit: monatlich
- die Kontrolle von Abluftanlagen und Reinigung von Filtern; Häufigkeit: vierteljährlich

Prüfungen durch beauftragte Externe

Die projektbeteiligten Heime arbeiten - anders als in der Haustechnik - in der Hauswirtschaft mit weniger Fachfirmen/Sachverständigen zusammen, denen sie Prüfaufträge erteilen. Von den 24 in die Auswertung einbezogenen Heimen erteilen 15 Prüfaufträge an Externe. Vier Heime erteilen keine Aufträge und aus fünf Heimen liegt dieser Fragebogenteil nicht vor.

Abbildung 6: Prüfungen durch Externe (Hauswirtschaft)

	Was wird geprüft?	Wie oft wird geprüft?
1	Trink-/Brauchwasserkontrolle	jährlich bis alle 2 Jahre
2	Eichung von Messgeräten	alle 2 Jahre
3	Dunstabzug/Lüftung	vierteljährlich
4	Gasprüfung	jährlich
5	Arbeitssicherheit	jährlich
6	Kontrolle der Feuerlöscher	alle 2 Jahre
7	Hygiene	monatlich bis halbjährlich
8	Überwachungsaudits	jährlich
9	Schädlingsbekämpfung	vierteljährlich bis jährlich
10	Austausch von Filtern in Leitungsanlagen	./.

¹⁸ Instrument zur Gefahrenidentifikation, -bewertung und -beherrschung; H: Hazard (Gefährdung, Gefahr); A: Analysis (Analyse, Untersuchung); C: Critical (kritisch, entscheidend); C: Control (Lenkung, Überwachung); P: Point (Punkt, Schritt, Stelle)

	Was wird geprüft?	Wie oft wird geprüft?
11	Überprüfung der Dokumentation nach HACCP	jährlich
12	Überprüfung der Gefahrstoffe	jährlich
13	Unfallverhütung in der Wäscherei	jährlich
14	Überprüfung des Hygienestandards	jährlich
15	Kontrolle von Geräten in der Wäscherei	alle 2 Jahre
16	Überprüfung der Erdöltanks	TÜV
17	Überprüfung der Aufzüge	TÜV

Weitere Aufträge wurden im Überprüfungszeitraum ein- bis zweimalig erteilt.

- Zertifizierung durch den TÜV
- Audit analog der MDK-Prüfung nach §80 SGB XI
- Reinigungsgutachten vor Wechsel der Reinigungsfirmen
- Überwachungsaudit nach Zertifizierung
- Küchenanalyse
- Arbeitsablauforganisation und Personaleinsatzplanung im Fachbereich Hauswirtschaft
- Angehörigenbefragung
- Informationsveranstaltungen zu Veränderungen im Bereich der Arbeitssicherheit und Unfallverhütung
- Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zwei Heime benennen außerdem die Durchführung und Dokumentation betriebsärztlicher Untersuchungen.

Prüfungen durch Prüfinstanzen

Aussagen zu den nicht selbst veranlassten, sondern von Prüfinstanzen durchgeführten Prüfungen haben 21 der 24 in die Auswertung einbezogenen Heime getroffen. In einem Heim wurde im Untersuchungszeitraum keine Prüfung durchgeführt, ein Heim arbeitet mit Dienstleistern zusammen, die überprüft werden und ein Heim bearbeitete diesen Teil des Fragebogens nicht.

Benannt werden folgende Prüfungen, Prüfinstanzen und Prüfintervalle:

Abbildung 7: Prüfungen durch Prüfinstanzen (Hauswirtschaft)

	Was wird geprüft?	Von wem wird geprüft?	Wie oft wird geprüft?
1	Wirtschaftlichkeitskontrolle	Landesamt [...]	jährlich
2	Heimaufsicht	Landesamt [...]	jährlich
3	Lebensmittelhygiene	- Gesundheitsamt - Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt	jährlich
4	Infektionsschutz	Gesundheitsamt	jährlich
5	Geräte und bauliche Situation und Teile Lebensmittelhygiene	Gewerbeaufsichtsamt	2-3 Termine pro Jahr
6	Hygiene Ernährung	MDK	bisher nur einmalig in einem Projektheim
7	Hygiene Etagenküchen	Stadtgesundheitsamt	jährlich
8	Hygiene Produktionsküche	- Lebensmittelamt - Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt	vierteljährlich bis jährlich
9	Überprüfung des Heimbetriebs/Hauswirtschaft	Heimaufsicht	jährlich
10	Arbeitssicherheit und Brandschutztechnik	Amt für Arbeitsschutz und technische Sicherheit	jährlich
11	Hygienekontrolle (HACCP)	Veterinäramt	halbjährlich
12	Überprüfung der Essensqualität	MDK	bisher nur einmalig in einem Projektheim
13	- Trinkwasser - Hygienische Überprüfung und Beratung - Nachkontrolle Hygiene	Fachbereich Gesundheit der Region [...]	jährlich jährlich ./.

	Was wird geprüft?	Von wem wird geprüft?	Wie oft wird geprüft?
14	Mutterschutz/Hauswirtschaft	Gewerbeaufsichtsamt	im Bedarfsfall
15	Betriebsbegehung	Berufsgenossenschaft Gesundheits- und Wohlfahrtspflege	alle 1,5 Jahre
16	Kontrolle Caterer	Landkreis	halbjährlich
17	Vorbeugender Brandschutz	Feuerwehr	jährlich
18	Brandsicherheitsschau	Feuerwehr	zuletzt 2003

Diese Prüfungen werden in Bezug auf

- Ankündigung und Terminabstimmung,
- den Aufwand für Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung,
- Prüfverlauf, Inhalt und Eingangstermin des Prüfberichts

als unproblematisch beurteilt. Die unangekündigten Prüfungen im Zusammenhang mit der Lebensmittelhygiene werden begrüßt und positiv beurteilt. Kritisiert wird diese Praxis von keinem der projektbeteiligten Heime.

Positiv beurteilt werden Prüfungen, wenn bekannt ist, welche Unterlagen bereit zu stellen sind, wenn Mängel sofort benannt und Ursachen wie Maßnahmen sofort erörtert werden. Die Beratung durch die Prüfenden wird ebenfalls begrüßt und Kritik wird, wenn sie begründet und auf Gesetze, Rechtsvorschriften o.ä. zurückzuführen ist, als hilfreich bezeichnet.

Beanstandet wird, dass Prüfergebnisse einer Prüfinstanz je nach Prüfer/-in verschieden sind (hier: Gesundheits- bzw. Gewerbeaufsichtsamt), dass die Rückmeldungen einzelner Prüfer/-innen willkürlich erscheinen und nicht durch Angaben von Gesetzen oder Rechtsvorschriften begründet werden.

Beanstandet wird weiter, dass gleiche Sachverhalte von unterschiedlichen Prüfinstanzen geprüft werden. Dies betrifft:

- das Gewerbeaufsichtsamt, das Gesundheitsamt und den MDK bei der Überprüfung hygienischer Aspekte
- den MDK und die Heimaufsicht im Bereich der Ernährung (z.B. Überprüfung der Speisenpläne)
- das Lebensmittelamt und das Stadtgesundheitsamt bei der Kontrolle der Produktionsküche

- das Veterinäramt und die Berufsgenossenschaft Gesundheits- und Wohlfahrts-
pflege in den Bereichen Hygiene und Arbeitssicherheit

3.2.2.3 Untersuchungsergebnis: Dokumentationspflichten

Von den 24 Heimen, die Unterlagen einreichten, beschreiben 17 die Dokumentationspflichten ausführlich, fünf teilweise (1x nicht auswertbar) und zwei Heime bearbeiteten diesen Fragenbogenabschnitt nicht.

Umfang der Dokumentationspflichten

Von den in die Auswertung einbezogenen 21 Heimen werden insgesamt 155 Dokumentationspflichten benannt. Davon werden 69 auf Rechtsvorschriften zurückgeführt, 57 beruhen auf internen Vereinbarungen, für fünf trifft beides zu. Für 24 angegebene Dokumentationspflichten fehlt die Begründung. Nach Bereinigung aller Mehrfachnennungen verbleiben 45 inhaltlich unterschiedliche Dokumentationspflichten von denen 26 auf Rechtsvorschriften zurückgeführt werden und 19 auf interne Vereinbarungen.

Die Zahl der pro Heim dokumentierten Tätigkeiten ist unterschiedlich und liegt zwischen 2 (1x) und 20 (1x). Dazwischen liegen die anderen Heime mit 3 (2x), 4 (4x), 5 (3x), 6 (1x), 7 (2x), 8 (3x), 10, 11, 12 und 19 (je 1x) Dokumentationspflichten.

Auffällig sind die Unterschiede bei den Angaben zur Prüfhäufigkeit bzw. zur Häufigkeit von Schulungen und Belehrungen, die den Aufwand wesentlich mitbestimmen. Eine Einrichtung führt beispielsweise fünfmal pro Jahr, ein anderes Heim vierteljährlich und drei weitere Heime führen nur einmal pro Jahr Schulungen zum Infektionsschutzgesetz durch.

Grundlage und Inhalt

Die intern vereinbarten Aufzeichnungen dienen der Arbeitsorganisation, der Sicherstellung der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit, der Leistungsüberwachung der Hauswirtschafts-Mitarbeiter/-innen und dem Qualitätsmanagement. Sie betreffen:

- die Dokumentation durchgeführter Leistungen wie Hol- und Bringendienste, Durchführung zusätzlicher Reinigungsarbeiten
- die Erfassung jeder Veranstaltung (Kostenverfolgung)
- die Dokumentation durchgeführter Begehungen von Bewohnerzimmern
- die Kontrolle der Leistungen von Fremdfirmen und die Lieferantenbeurteilung
- die Dokumentation der Wäscheversorgung, die Durchführung von Inventuren und das Führen von Bestandslisten
- die Kostenüberwachung und Kostenzuordnung (Inkontinenzmaterial, Desinfektionsmittel, sonstige Verbrauchsgüter), Dokumentation des Materialverbrauchs der Hauswirtschaft

Die intern vereinbarten Dokumentationspflichten werden von den Bearbeitern/Bearbeiterinnen des Fragebogens durchweg positiv beurteilt, d.h. für erforderlich gehalten.

Begrüßt wird, dass durch diese Dokumentationspflichten die Mitarbeiter/-innen stärker in die Verantwortung genommen werden.

Die mit Rechtsvorschriften begründeten Dokumentationspflichten beziehen sich auf die Dokumentation durchgeführter Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten, auf den Umgang mit Lebensmitteln von der Anlieferung über die Lagerung und Verarbeitung bis hin zur Abgabe an die Bewohner/-innen, einschließlich Temperaturkontrollen und Abfallentsorgung. Weiter sind Speisenpläne zu führen und Zusatzstoffe auszuweisen. Belehrungen der Mitarbeiter/-innen (z.B. zum Infektionsschutzgesetz) und Brandschutzunterweisungen sind ebenso zu dokumentieren wie das Angebot, die Durchführung und die Teilnahme an Fortbildungen und die Unterweisungen zu Erste-Hilfe-Maßnahmen.

Weitere Tätigkeiten, die der Dokumentationspflicht auf Grund gesetzlicher Vorgaben unterliegen, sind:

- die Schädlingsbekämpfung
- das Führen von Dienstplänen
- das Anlegen von und die Schulung zu Sicherheitsdatenblättern
- die Überwachung zentraler Desinfektionsanlagen.

An Rechtsvorschriften und Richtlinien nennen die Heime

- Infektionsschutzgesetz
- Unfallverhütungsvorschriften
- Gefahrstoffverordnung
- Heimgesetz
- MDK-Prüfanleitung
- HACCP
- diverse Hygienevorschriften
- Lebensmittelhygieneverordnung
- Gesetz zur Vermeidung, Verwertung und Beseitigung von Abfällen.

Von den 21 in die Auswertung einbezogenen Heimen geben 18 Einschätzungen hinsichtlich der Gesetze bzw. Vorschriften ab, aus denen sich Dokumentationspflichten ableiten lassen. 16 schätzen diese als erforderlich und sinnvoll ein. Ein zertifiziertes Heim beschreibt die Reduzierung der Dokumentationspflichten auf ein vertretbares Maß als vorteilhaft für die Mitarbeiter/-innen und betont gleichzeitig, dass die Zusammenarbeit mit ebenfalls zertifizierten Firmen den Dokumentationsaufwand zusätzlich reduziert. Ferner wird berichtet, dass sich durch eine genaue Prüfung der Vorschriften und Gesetze und eine Anpassung an die Einrichtung der Aufwand verringern lasse.

Ein Heim beschreibt, dass nur wenige Dokumentationspflichten für die Hauswirtschaft bestehen, weil viele Aufgaben an Fremdfirmen vergeben wurden, die für die Doku-

mentation zuständig sind. Acht Heime bezeichnen die Dokumentationspflichten als erforderlich und sinnvoll; Aufwand und Nutzen halten sich die Waage. Zwei weitere Heime weisen darauf hin, dass das Einbinden der Dokumentation in die tägliche Routine keine Mehrbelastung darstellt und ein Heim beschreibt die Gesetze für die Hauswirtschaft als überschaubar.

Für sechs Heime steht der Sicherheitsaspekt im Vordergrund und zwar sowohl bezogen auf die Nachweisbarkeit durchgeführter Maßnahmen als auch bezogen auf die Vermeidung gesundheitlicher Risiken für die Bewohner- und Mitarbeiterschaft durch Vorgaben der Lebensmittelhygiene und das HACCP-System. Zwei Einrichtungen weisen darauf hin, dass durch die Verpflichtung zur Dokumentation durchgeführter Tätigkeiten die Mitarbeiter/-innen stärker in die Pflicht genommen werden.

Kritik äußern drei Heime: Sie bezieht sich auf

- den hohen Zeitbedarf für die Aktualisierung und den Aushang von Sicherheitsdatenblättern und den hohen Zeitaufwand für die Erstellung von Abfallplänen
- die Verpflichtung zur Dokumentation, da sie kein Garant dafür sei, dass Tätigkeiten tatsächlich durchgeführt werden
- die Ablehnung von Monatsübersichten zur Dokumentation durchgeführter Reinigungsarbeiten und die Forderung des zuständigen Veterinäramtes nach täglich neu einzusetzenden Formularen

3.2.2.4 Untersuchungsergebnis: Bürokratiefördernde Rechtsvorschriften

Die Frage nach den Fachbereich Hauswirtschaft betreffenden bürokratiefördernden Rechtsvorschriften beantworten zwei von 24 Heimen nicht. Von den 22 bearbeiteten Fragebögen sind 15 gut oder bedingt gut, sieben jedoch nicht auswertbar. Nur vier Befragte äußern konkrete Kritik, elf halten die bestehenden Bestimmungen für nicht veränderungsbedürftig bzw. äußern sich positiv: "Die Vorschriften und daraus resultierende Leistungen halte ich für insgesamt berechtigt, da sie im Wesentlichen der Sicherheit des Betreibers und dem Schutz des Kunden dienen. Natürlich wäre eine Konzentration von verstreuten, vereinzelt Vorschriften in einer Verordnung wünschenswert wie z.B. in der Betriebssicherheitsverordnung oder der Arbeitsstättenverordnung geschehen."

Die kritischen Beiträge beziehen sich in keinem Fall auf den Inhalt von Rechtsvorschriften, sondern ausnahmslos auf deren *Umsetzung*:

- Das Infektionsschutzgesetz schreibt die Dokumentation der Durchführung von Sicht-, Unterhalts- und Grundreinigung gemäß festgelegten Reinigungs- und Desinfektionsplänen vor. Diese Dokumentation wird von der Befragten als sinnvoll erachtet.

Die Heimaufsichtsbehörden der betreffenden Region richten jedoch an die Dokumentation so unterschiedliche Anforderungen, dass der Träger ungeachtet des einheitlich umgesetzten Qualitätsmanagements in seinen Einrichtungen unterschiedliche Dokumentationsstandards implementieren müsste.

- Das Gesetz zur Vermeidung, Verwertung und Beseitigung von Abfällen gibt Regeln für die Abfallentsorgung vor. Diese werden zwar im betreffenden Heim, nicht jedoch von den Mitarbeitern des Müllentsorgungsunternehmens eingehalten, weil sie entweder nicht bekannt oder logistisch nicht umsetzbar sind. Gefordert werden eindeutige und umsetzbare Regelungen und eine bessere Information der Großhaushalte durch die Entsorgerfirmen.
- Die Gefahrstoffverordnung schreibt den Aushang der aktuellen Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen vor. Das nachfolgende Zitat enthält Kritik und Änderungsvorschlag zugleich (derselbe Sachverhalt wird auch von einem zweiten Heim kritisiert).

"Das geforderte Aushängen der Sicherheitsdatenblätter ist wenig sinnvoll, da im Ernstfall kein Mitarbeiter im jeweiligen Sicherheitsdatenblatt nachlesen wird wie z.B. beim Verschlucken eines Reinigungsmittels vorzugehen ist. Jeder Mitarbeiter wird unverzüglich den Notarzt, die Feuerwehr oder den Giftnotruf telefonisch informieren. Diese Nummern hängen in jedem Arbeitsbereich aus. Das Sicherheitsdatenblatt halte ich für den eintreffenden Notarzt bereit. Ich hänge keine Sicherheitsdatenblätter aus, da die Informationsflut bereits ein bedenkliches Ausmaß erreicht hat. Der Mitarbeiter hat in Stresssituationen keinen Überblick, wenn die Wandflächen mit Informationen tapeziert sind."

- Von einem Mitarbeiter des örtlichen Gesundheitsamtes wird für den Reinigungsbereich gefordert, Reinigungspläne und detaillierte Informationen (Betriebsanweisungen und Sicherheitsdatenblätter der verschiedenen Reinigungs- und Desinfektionsmittel mit chemischen, medizinischen und physikalischen Angaben) nicht nur vorzuhalten, sondern auch in allen Sprachen zu schulen und in alle Sprachen der ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu übersetzen.

"Dies ist auch erfolgt. Auf Grund dieses enormen Aufwands hat unsere Reinigungsfirma angekündigt, dass sie zuverlässig arbeitende ausländische Mitarbeiterinnen nicht weiterbeschäftigen könne. Bei den Hygienekontrollen des Gesundheitsamtes werden insbesondere ausländische Mitarbeiterinnen nach ihrem aktiven Wissen geprüft, bei Sprachschwierigkeiten wird dies als Kompetenzdefizit interpretiert."

- Von der Berufsgenossenschaft wird gefordert, Hygienepläne mit Angaben in den Sprachen aller beschäftigten Mitarbeiter/-innen auszuhängen. Der Wechsel eines Reinigungsmittels führt zu einem erheblichen Aufwand (Austausch aller relevanten Hygienepläne, Änderung im Hygieneordner und im Hauswirtschaftsordner).
- Schulungen zur Gefahrstoffverordnung und Biostoffverordnung sollen Reinigungskräften chemische und biologische Kenntnisse vermitteln, die auf der Leitungsebene vorhanden sein müssen, aber nicht bei Reinigungskräften.

Weitere Beispiele einer aus Sicht der Praxis unnötig aufwändigen Umsetzung der genannten Rechtsvorschriften liegen vor, sie wurden sämtlich von einem Befragten eingebracht.

3.2.2.5 Untersuchungsergebnis: Aufwand für Fortbildung, Schulung und Unterweisung

Auch in Bezug auf den Fachbereich Hauswirtschaft wurde der in den Jahren 2002 bis 2004 betriebene Qualifizierungsaufwand erfragt. Von den insgesamt 24 Heimen, die diesen Fragenkomplex bearbeiteten, trafen 19 auswertbare und 5 nicht oder nur sehr eingeschränkt auswertbare Aussagen. So wurde z.B. der trägereigene Fortbildungskatalog beigefügt ohne Angaben zur Nutzung durch die Einrichtung oder es wurde lediglich die Anzahl durchgeführter Maßnahmen benannt. Bei der Auswertung wurden all diejenigen Fortbildungen ausgeklammert, die nicht projektrelevanten Inhalten galten (PC-Schulung, Demenz, Arbeitstechniken etc.), ebenso grundständige Ausbildungen einzelner Mitarbeiter/-innen (z.B. zur Hauswirtschafterin) sowie Qualitätszirkel- und Ausschusssitzungen.

Fortbildungsinhalte und Teilnehmer/-innen

Die Qualifikationsmaßnahmen galten folgenden Themen (157 Nennungen insgesamt):

- allgemeine und spezielle Aspekte der Hygiene wie Händedesinfektion, Umgang mit Desinfektionsmitteln/-plänen, Personalhygiene, Großküchen- und Lebensmittelhygiene, Umsetzung des HACCP-Konzepts, Hygiene in der Hauswäscherei und im Umgang mit Wäsche, Anwendung von Hygienechecklisten, Umsetzung von Hygienekonzepten, Einzelschulungen im Zusammenhang mit Hygieneaudits, Weiterbildung zum/zur und Fortbildung von Hygienebeauftragten (59x)
- allgemeine Infektionsschutzbelehrungen und Fortbildungen zu speziellen Themen wie MRSA, Norwalk-Viren, Krätze, Verhalten beim Auftreten von Infektionskrankheiten (30x)
- allgemeine und fachliche (Küche und Wäscherei betreffende) Arbeitsschutzbelehrungen, Unfallverhütung allgemein und speziell (z.B. Stolper- und Sturzunfälle) (20x)
- Belehrungen zur Gefahrstoffverordnung und zum Umgang mit Reinigungsmitteln (18x)
- Brandschutz-Belehrungen (14x)
- Grund- und Auffrischungsseminare in Erster Hilfe (8x)
- diverse andere Fortbildungen, z.B. zu Gesetzen und Verordnungen in der Hauswirtschaft, Fortbildungen des örtlichen Gesundheitsamtes (8x)

Zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gehörten Mitarbeiter/-innen der Einrichtung aus den hauswirtschaftlichen Teilbereichen Produktionsküche/“Spülerei“⁶/Hausrestaurant, Hauswäscherei, Hausreinigung und Wohnbereichsservice sowie Mitarbei-

⁶ In der Praxis etablierte Formulierung

ter/-innen von Dienstleistungsunternehmen (z.B. Gebäudereinigungsfirmen). Konkretere Zuordnungen sind nicht möglich.

Arbeitszeiteinsatz und Kosten

Aussagen zum Zeiteinsatz für Qualifizierungsmaßnahmen pro Heim und Jahr sind, da die Angaben zur Teilnehmerzahl entweder unvollständig oder in nicht interpretierbarer Form ("Alle Mitarbeiter der Küche") vorliegen, nicht möglich.

Bei den in den Jahren 2002 bis 2004 durchgeführten Qualifizierungsmaßnahmen handelt es sich zumeist um kurz dauernde Unterweisungen von weniger als einer Stunde (40x), ein bis zwei Stunden (33x), bis zu drei Stunden (33x) oder bis zu vier Stunden (2x) Dauer. Mehr als vier bis zu acht Stunden dauerten 17 Fortbildungen. An zwei bis drei Tage umfassenden Fortbildungen nahmen Mitarbeiter/-innen der Hauswirtschaft in den betreffenden drei Jahren zehnmal teil, 21 Maßnahmen umfassten insgesamt sechs Tage und eine Weiterbildung zum/zur Hygienebeauftragten 30 Tage.

Aussagen zu den Kosten pro Maßnahme bzw. pro Heim und Jahr können nicht getroffen werden, da nur vereinzelte Kostenangaben vorliegen. Ein Großteil der kurz dauernden Unterweisungen wird von eigenen Fach- und Führungskräften vorgenommen, ferner von Beschäftigten von Behörden und Berufsgenossenschaft, von Betriebsärzten/-ärztinnen, pauschal vergüteten externen Hygiene- und Arbeitssicherheitsfachkräften oder sie werden über ein Zentralbudget umlagefinanziert. Bekannt und im Fragebogen benannt sind i.d.R. nur die Kosten der von Fach- und Führungskräften besuchten externen Seminare.

Beurteilung des Aufwands aus Sicht der Heime

Von den 24 Heimen, die den Fragebogen bearbeitet haben, geben 16 die erbetene Beurteilung des aus Rechtsvorschriften resultierenden Aufwands an Qualifizierungsmaßnahmen nicht ab.

Die übrigen acht Heime leiten die Notwendigkeit der Maßnahmen aus Infektionsschutzgesetz, Arbeitsschutzgesetz, Gefahrstoffverordnung, Arbeitsstättenverordnung, Betriebssicherheitsverordnung, Lebensmittelhygieneverordnung, Biostoffverordnung, Rollstuhlverordnung und Wäschereiverordnung ab. Sie beurteilen sie ausnahmslos und uneingeschränkt auch als fachlich geboten; kritische Stellungnahmen zum Aufwand liegen nicht vor.

3.2.2.6 Untersuchungsergebnis: Organisation der Informationsbeschaffung

Obwohl der Bedarf an Informationen über aktuelle Rechtsvorschriften und ihre Anwendung in dem die Teilbereiche Verpflegung, Hausreinigung und Wäschepflege umfassenden Fachbereich Hauswirtschaft vielfältig und hoch ist und obwohl die aktuellen Heimkonzepte (u.a. Wohngruppenkonzepte, Dezentralisierung hauswirtschaftlicher Leistungen, Alltagsbegleitung durch hauswirtschaftliche Präsenzkräfte) Heime wie Prüfinstanzen vor neue Herausforderungen stellen, ist die Verunsicherung der Verantwortlichen hinsichtlich der Anwendung von Rechtsvorschriften geringer als in der Haustechnik. Erklärt werden kann dies u.a. mit den stärker standardisierten Ausbildungswegen der Leitungskräfte, der Verfügbarkeit bedarfsgerechter, d.h. auf die

Hauswirtschaft im Altenheim zugeschnittener Fortbildungsangebote, dem Angebot mehrerer praxisorientierter Fachzeitschriften und Informationsdienste und den Aktivitäten von Berufsverbänden.

Ebenso wie der Fachbereich Haustechnik wurde auch die Hauswirtschaft befragt, wie die Beschaffung von Informationen über aktuelle Rechtsvorschriften organisiert ist und ob diesbezügliche Probleme bestehen.

Zuständigkeiten

Angaben zur Zuständigkeit für die Informationsbeschaffung liegen aus 23 Heimen vor, eines traf dazu keine Aussage.

In vier Heimen ist die Aufgabe der Informationsbeschaffung einer Person, Stelle oder Abteilung eindeutig zugeordnet, ansonsten werden zwei (9x), drei (7x) oder vier (3x) Zuständige benannt.

Als Verantwortliche (55) werden angegeben:

- die Einrichtungsleitung/Geschäftsführung (17x)
- die Fachbereichsleitung Hauswirtschaft bzw. Serviceleitung (15x)
- die Küchenleitung (10x)
- der Träger, die Fachabteilung beim Träger, der Qualitätsmanagementbeauftragte des Trägers, ein einrichtungsübergreifend tätiger Gastronom, die Geschäftsführung des trägereigenen Serviceunternehmens (6x)
- die Pflegeleitung (3x)
- sonstige Personen/Stellen (Hygienebeauftragte, Sicherheitsbeauftragte, Verwaltungsmitarbeiter, MAV) (4x)

Informationsstand

Ihr Informationsstand in Bezug auf die relevanten Rechtsvorschriften wird von zwölf Befragten als ausreichend, von acht Befragten als insgesamt ausreichend, jedoch verbesserungsbedürftig und von zwei Befragten als unzureichend beurteilt. Aus einem Heim liegt keine Beurteilung vor.

Bei denjenigen, die sich schlecht informiert fühlen, gilt die Kritik einmal der unvollständigen Informationsweitergabe, im anderen Fall einem Mangel an Fortbildung zu aktuellen Themen.

Diejenigen Befragten, die Verbesserungen für erforderlich halten, fordern:

- gezieltere Fortbildungsangebote mit umfassenden Hintergrundinformationen, regelmäßige interne Schulungen und Teambesprechungen (3x)
- mehr konkrete Informationen nicht nur zu den zu beachtenden Rechtsvorschriften, sondern auch zu den Möglichkeiten der Umsetzung in den Heimalltag (2x)
- den organisierten fachlichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen und Kolleginnen in vergleichbaren Positionen (1x)

- spezifischere Informationen und kompaktere Kommentare der zuständigen Abteilung des Spitzenverbandes (1x)
- einen Leitfaden mit Stichwortregister für jeden hauswirtschaftlichen Teilbereich mit Hinweisen auf relevante Gesetze und Verordnungen (1x)

Informationsquellen

Die Frage nach den genutzten Informationsquellen wurde von 23 Heimen beantwortet. Als Informationsquellen werden benannt (Mehrfachnennungen):

- Fachzeitschriften/Informationsdienst Berufsverband (21x); es werden bis zu fünf Fachzeitschriften bezogen und regelmäßig ausgewertet.
- Fortbildungsveranstaltungen (21x); es werden trägerinterne wie externe Veranstaltungen besucht.
- Trägerinformationen (17x); hierbei handelt es sich überwiegend um einrichtungsübergreifende Arbeitstreffen von Küchen-, Hauswirtschafts- und Heimleitungen sowie um Rundschreiben der Träger oder des Spitzenverbands.
- Informationen von Herstellern, Lieferanten, beauftragten Fachfirmen und Sachverständigen (15x).
- Informationen von Prüfinstanzen (14x); hierbei wird auf Rundschreiben, Aussagen im Rahmen von Prüfterminen sowie die Auswertung von Prüfberichten verwiesen.
- Das Internet (12x); in einem Heim sind über das trägereigene Intranet benötigte Informationen jederzeit abrufbar.
- Sonstige Quellen (8x); genannt werden Fachbücher, Betriebsarzt/-ärztin, Broschüren, Kataloge, Prospekte, Messebesuche und der Austausch mit Fachkollegen/-kolleginnen.

Die meisten Heime (jeweils fünf) geben an, dass sie drei, vier, fünf oder sieben Quellen regelmäßig nutzen, zwei Heime benennen sechs, eines lediglich eine Informationsquelle.

3.2.2.7 Zusammenfassung und Bewertung

Die aus 24 Projektheimen vorliegenden Informationen und Einschätzungen zeigen keine gravierenden bürokratischen Belastungen des Fachbereichs Hauswirtschaft auf. Die Befragungsergebnisse zeigen:

- Es werden umfangreiche Eigenkontrollen in Bezug auf Reinigungsergebnisse und Hygienestandards durchgeführt. Sie beruhen teilweise auf Rechtsvorschriften, ebenso jedoch auf internen Vereinbarungen und werden für erforderlich gehalten.
- Es finden teilweise Doppelprüfungen durch Behörden statt, eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten wird gewünscht. Zudem sollten Prüfinhalte und Be-

urteilungskriterien definiert, kommuniziert und einheitlich, d.h. personenunabhängig angewandt werden.

- Der mit behördlichen Prüfungen einhergehende Vorbereitungs-, Durchführungs- und Nachbereitungsaufwand wird als angemessen beurteilt, die Prüfungen werden für erforderlich gehalten und Informationen und Empfehlungen der Prüfenden meist geschätzt.
- Die aus Rechtsvorschriften abgeleiteten Prüf-, Informations-, Qualifikations- und Dokumentationspflichten werden insgesamt akzeptiert und umgesetzt.
- Kritik wird geübt an unpraktikablen und zu detaillierten Vorgaben zur Form der Information der Mitarbeiter/-innen (Aushang von Sicherheitsdatenblättern) und der Auslegung durch einzelne Behörden.

Die Umsetzung neuer Wohnbereichs- oder Wohnbereichsküchenkonzepte, erschwerende Inhalte von Rechtsvorschriften oder Auslegung durch Prüfinstanzen wurden nicht benannt.

Anlage

Anschreiben an die Referenzheime vom 1.2.2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

etwas später als geplant erhalten Sie die Unterlagen zum Untersuchungspaket Hauswirtschaft.

Der Rücklauf zum Teil Haustechnik hat bereits begonnen, was uns sehr freut.

Sie erhalten mit diesem Schreiben zwei Arten von Anlagen:

1. Fragebögen. Diese bitten wir auszufüllen, die erbetenen Kopien beizufügen und uns beide zusammen zuzuschicken.
2. "Suchhilfen". Diese sollen Ihnen helfen, nichts zu vergessen beim Bearbeiten der Fragebögen. Bei den "Suchhilfen" bitten wir dann um Rücksendung, wenn Sie Ergänzungen darin vorgenommen haben.

Wir hoffen auch bei diesem Untersuchungspaket, dass die Bearbeitung unserer Anfrage für Sie nicht nur aufwendig, sondern auch interessant und möglicherweise in Teilen hilfreich ist. Sollten wir Aspekte nicht angesprochen haben, die Ihrer Meinung nach wichtig sind, sind wir für einen Hinweis dankbar.

Zum Ablauf der Erhebung und mit Blick auf unsere Zusammenarbeit folgende Bitten bzw. Anmerkungen:

1. Bitte bestätigen Sie uns den Eingang dieser E-Mail (Anschreiben mit zehn Anlagen).
2. Bitte senden Sie uns die erbetenen Unterlagen bis zum 01. März 2005 zu. Wir freuen uns über jede Rücksendung vor diesem Termin. Wenn sich bei Ihnen abzeichnet, dass Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, sind wir dankbar für die frühzeitige Absprache eines neuen Termins.
3. Für Fragen zum Untersuchungspaket 2b - Hauswirtschaft stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
4. Adressat Ihrer Rücksendung ist das Büro Ursula Mybes

Nach der Auswertung aller Dokumente wollen wir im März 2005 in einem Telefoninterview offene Fragen klären, Ihnen eine kurze Rückmeldung geben und Ihre Fragen und Anregungen aufnehmen. Dazu werden wir rechtzeitig Telefontermine mit Ihnen vereinbaren.

Und noch eine Bitte: Parallel zu unserer Zusammenarbeit mit den Projektheimen wird im Institut unseres Projektpartners Prof. Dr. Igl in Kiel ein Rechtsgutachten zum Thema "Entbürokratisierungspotenziale" erstellt. Frau Silke Hamdorf, wissenschaftliche Mitarbeiterin von Herrn Prof. Dr. Igl, hat einige Fragen formuliert, deren Beantwortung ihr bei der Erarbeitung des Gutachtens helfen kann. Ein Teil dieser Fragen ist bei uns Erhebungspaketen zugeordnet und wird im weiteren Projektverlauf nochmals aufgegriffen. Wir bitten Sie jedoch, Frau Hamdorfs Arbeit durch die Beantwortung der in Anlage 10 formulierten Fragen zu unterstützen. Sie können die Anlage 10 der Einfachheit halber bei uns einreichen; wir werden sie weiterleiten.

Anlagen des Anschreibens

Fragebogen zu

1. Personalausstattung und Aufbauorganisation des Fachbereichs Hauswirtschaft
2. Art und Umfang von Eigen- und Fremdleistungen in der Hauswirtschaft
3. Leistungserbringung aufgrund von Rechtsvorschriften oder Forderungen von Prüfungsinstanzen
4. Dokumentationspflichten des Fachbereichs Hauswirtschaft im Überblick
5. Den Fachbereich Hauswirtschaft betreffende Prüfungen in den Jahren 2002 bis 2004
6. Informationsbeschaffung, Qualifizierungsmaßnahmen, Organisationshilfsmittel und Qualitätsmanagement

Suchhilfen

7. Auswahl technischer Anlagen, Geräte und Maschinen in Sozialeinrichtungen
8. Für den Fachbereich Hauswirtschaft relevante Rechtsvorschriften
9. Elemente des Hauswirtschaftskonzeptes

Anfrage aus dem Institut von Prof. Dr. Igl

10. Fragen von Frau Hamdorf, wissenschaftliche Mitarbeiterin von Prof. Dr. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Kiel

Literaturverzeichnis

Kompetenzteam zur Identifikation von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland (2004): Ergebnisbericht zum Hearing "Hauswirtschaft/Haustechnik" vom 2.11.2004 in Mülheim/Ruhr, internes Papier, Saarbrücken, Köln, Kiel

3.3	Personal (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)	141
3.3.1	Zusammenfassung	142
3.3.2	Ablauf der Untersuchung im Untersuchungspaket Personal	145
3.3.3	Ergebnisse	147
3.3.3.1	Organisation der Personalverwaltung und Lohnbuchhaltung	147
3.3.3.2	Tarifbindung	151
3.3.3.3	Befristungen./Kündigungen	152
3.3.3.4	Betriebliche Mitbestimmung	155
3.3.3.5	Personalbezogene Aspekte bei externen Prüfungen	157
3.3.3.6	Arbeitsschutz	159
3.3.3.7	Umgang mit Personal im Wartestand	161
3.3.3.8	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV)	163
3.3.3.9	Fachkraftquote / Fachkräfte	164
3.3.3.10	Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen	166
3.3.3.11	Einsatz von besonderen Personalgruppen und Zusammenarbeit mit den entsprechenden externen Stellen	170
3.3.3.12	Umgang mit externen personalbezogenen Anfragen	175

3.3 Personal (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)¹

3.3.1 Zusammenfassung

Das Untersuchungspaket „Personal“ umfasst Personal betreffende Aspekte im weiteren Sinne, etwa Personalauswahl, rechtliche und administrative Regelungen, Personalverwaltung und -entwicklung, Arbeit mit besonderen Personalgruppen, Zusammenarbeit mit externen Stellen, die nach Einschätzung der Expertinnen und Experten in den Referenzheimen möglicherweise Entbürokratisierungspotenzial enthalten.

In der Summe sind keine Entbürokratisierungspotenziale festzustellen.

Das ist das Resümee nach Ende der Erhebungen und Auswertung der Daten. Wenn die Befragten im Zusammenhang mit Personal von Bürokratie sprechen, bezieht sich dies bei genauerem Hinsehen auf die Erfahrung, dass die Spielräume in den Heimen im Allgemeinen eng geworden sind. Durch einen komplexeren Unterstützungsbedarf der meisten Bewohnerinnen und Bewohner und zunehmend kostenbewussten Angehörigen ist folgende negative Wirkungskette zu beobachten:

- Das Personalbudget eines Heimes ist begrenzt, es muss nach professionellen Gesichtspunkten bewirtschaftet werden.
- Die Auslastungssituation ist in allen Heimen schwieriger geworden; die Auslastung ist Risiko- und Erfolgsfaktor zugleich.
- Die restriktive Begutachtungspraxis des MDK führt, bei stagnierendem Personalvolumen, zu einem erhöhten Arbeitsaufwand bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern.
- Damit gehen erheblich höhere inhaltliche Anforderungen an Personaleinsatzplanung und -struktur einher.
- Als Folge dieser Faktoren sind die Flexibilisierungsanforderungen hoch. Die Heime versuchen dem mit einem sachgerechten Personalmix Rechnung zu tragen (Vollzeit- bis kleinvolumig Beschäftigte; Mitarbeiter/-innen unterschiedlicher Beschäftigtengruppen).

Die Heime sehen sich fremdbestimmt und meist überfordert mit Anliegen Dritter, die mit wenig Rücksicht auf interne Anforderungen nicht als Partner, sondern als Anordnungsinstanz auftreten.

Dadurch - und durch die Absicherung gegen tatsächliche und vermutete Anforderungen externer Prüforgane (z.B. an die Pflegedokumentation) - entsteht Bürokratie, die kontraproduktiv ist (Kapitel 3.3.3.5). Die Referenzheime nennen Belege dafür: Praxismaterialien werden doppelt erstellt, einmal als Handlungsorientierung im Pflege- und Betreuungsalltag und zusätzlich in der von den Prüfenden geforderten Logik und Form. Sie sind im letzten Fall ohne Praxisbezug und Handlungsorientierung.

¹ iSPO-Institut, Saarbrücken

Beispiele guter Praxis weisen auf innerbetriebliche Optimierungschancen hin.

Eine Ergebnisdimension im Erhebungspaket „Personal“ bezieht sich auf die Abläufe innerhalb der Heime und ihrer Trägerstruktur. Hier wurde vermutet, dass suboptimale Ablaufstrukturen und Prozesse in gewissem Umfang interne Entbürokratisierungspotenziale beinhalten. Die Auswertungen bestätigen diese Vermutung: In einzelnen Zusammenhängen bestehen Optimierungsmöglichkeiten. Als Zusammenfassung und mit Verweis auf das jeweilige Unterkapitel sind folgende Ergebnisse zu nennen:

Eine professionelle Hard- und Softwareausstattung optimiert innerbetriebliche Kernprozesse und spart damit Zeit und Geld.

Im Bereich Personalverwaltung (Kapitel 3.3.3.1) leistet eine auf die Detailanforderungen abgestimmte und mit Schnittstellen zu einzelnen Arbeitsbereichen ausgestattete Software einen erheblichen Beitrag zur Prozessoptimierung und Fehlerreduzierung. Gleichzeitig liefert sie viele der in verschiedenen Zusammenhängen benötigten Daten zeitsparend und zeitnah.

Ein in der Praxis lebendiges Qualitätsmanagement optimiert die betrieblichen Abläufe, fördert Personalzufriedenheit und hilft Zeit und Kosten zu sparen.

Deutlich wird hinsichtlich der Personalverwaltung und generell im Umgang mit Personal, wie wichtig ein durchdachtes und in der Praxis lebendiges Qualitätsmanagement ist. Es ist die Grundlage zur Planung und der effizienten Umsetzung von Personalführungs- und Personalentwicklungskonzepten.

Die Handhabung BAT naher Tarifverträge wird in der Praxis häufig als Bürokratisierungsproblem wahrgenommen.

Bei der Anwendung tarifrechtlicher Regelungen finden sich sowohl extern als auch intern verursachte bürokratische Überhöhungen (etwa hinsichtlich der Gehaltsermittlung und Anwendung diverser Zulagenregelungen). Sie werden von den Befragten überwiegend mit dem BAT und verwandten Tarifwerken in Verbindung gebracht, während man Haustarife als Positivbeispiele anführt. Verwaltungsvereinfachungen sind aber auch innerhalb der BAT nahen Regelwerke möglich. (Kapitel 3.3.3.2)

Die gesetzlichen Regelungen zum Kündigungsschutz führen auf Grund der aus betrieblicher Sicht negativen Erfahrungen mit der Rechtsprechung zu einem erhöhten innerbetrieblichen Bürokratieaufwand.

Der Umgang mit Stellenbefristungen und Kündigungsschutz (Kapitel 3.3.3.3) verdeutlicht, wie Regelungen, die zunächst geringe Bürokratieanteile enthalten, in der Alltagsumsetzung zu unproduktiven Effekten führen. Beispielsweise die Erfahrung, dass Mitarbeitende, wenn sie erst einmal im Betrieb arbeiten auch bei andauernder Minderleistung kaum entlassen werden können. Dies führt zu einer betrieblichen Praxis, in der Abläufe und Tatbestände mehrfach abgesichert und dokumentiert werden.

Betriebsintern verhindern bzw. minimieren professionelle Konzepte zur Personalentwicklung (PE-Konzepte) bürokratischen Aufwand.

Umfassende PE-Konzepte berücksichtigen auch Mitbestimmungsaspekte. Sie eröffnen den Betrieben Handlungsspielräume und ermöglichen eine effiziente und partnerschaftliche Zusammenarbeit. Die Auswertungen zur betrieblichen Mitbestimmung (Kapitel 3.3.3.4) verdeutlichen, wie unterschiedlich bürokratieaufwändig in den Heimen - bei gleicher Rechtssituation (Grundlage: das Betriebsverfassungsgesetz) - verfahren wird.

Der effektive und umfassende Umgang mit den geltenden Arbeitsschutzregelungen wird durch ihre Vielfältigkeit erschwert. Externe Sachverständige und Servicefirmen sollen dieses Defizit kompensieren.

Arbeitsschutz (Kapitel 3.3.3.6) wird übereinstimmend als extrem reguliert und unübersichtlich beschrieben. Die Telefoninterviews verdeutlichen, dass es schwer fällt den Überblick zu bewahren. Viele Einrichtungen helfen sich, indem sie externe Fachinstanzen beauftragen. Dass dabei ggf. eine zusätzliche Überregulierung geschieht, weil die Anbieter auch ein Umsatzinteresse haben, wird nicht bemerkt.

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen haben in den Augen der Praktikerinnen und Praktiker ihren Zweck nicht erreicht.

In Kapitel 4.4 juristisch aufgearbeitet und mit der Empfehlung versehen, sie in der vorliegenden Form nicht weiter zu praktizieren, wurde der Umgang mit Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen im Rahmen des Erhebungspakets „Personal“ zu personalbezogenen Aspekten abgefragt (Kapitel 3.3.3.8). Die Einschätzungen haben sich bestätigt, wonach die LQV ihren Zweck nicht erreicht haben.

Diskussionen um den Sinn der Fachkraftquote sind kein Entbürokratisierungsthema.

Entsprechende Klagen sind Teil der aktuellen Fachdiskussion. Im Hinblick auf Entbürokratisierung spielt das Thema jedoch eine untergeordnete Rolle. (Kapitel 3.3.3.9)

Die Zusammenarbeit zwischen Heimen und Altenpflegeschulen ist mehrheitlich strukturiert und effizient. Früher reklamiertes Dominanzverhalten der Altenpflegeschulen ist kaum noch vorhanden.

Die Vermutung, dass es in der Zusammenarbeit zwischen Heimen und Altenpflegeschulen Entbürokratisierungspotenzial geben könnte, hat sich nicht bestätigt. Auffällig ist, dass die Praxisvarianten hinsichtlich der Inhalte und des erforderlichen Zeitaufwands weit auseinander gehen. In Kapitel 3.3.3.10 wird skizziert, wie im Sinne guter Praxis die Zusammenarbeit zeiteffizient und ergebnisorientiert organisiert werden kann.

Zivildienstleistende (ZDL) sind in den Heimen immer seltener im Einsatz. Zunehmend werden Mitarbeitende im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ), Praktikantinnen/Praktikanten und vermehrt 1-Euro-Kräfte beschäftigt. Der Bürokratieauf-

wand im Umgang mit diesen besonderen Personalgruppen wird teils als übertrieben bewertet; Verbesserungsvorschläge werden benannt.

Die Auswertungen (Kapitel 3.3.3.11) verdeutlichen, dass bei der Arbeit mit ZDL der Zeitaufwand für verpflichtende Einführungen, Belehrungen und Anleitungen im Verhältnis zur kürzeren Dauer des Zivildienstes als nicht mehr verhältnismäßig eingestuft werden. Die Arbeit mit FSJ hingegen ist bei geringerem administrativem Aufwand für die befragten Heime mehrheitlich interessant. Beim Einsatz von 1-Euro-Kräften wird neben einem hohen Bürokratieaufwand in der Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit bzw. mit der ARGE ein zu geringes Mitspracherecht bei der Auswahl der Kräfte moniert.

Datenabfragen externer Stellen werden hingenommen, weil sie selten vorkommen.

Externe, personalbezogene Anfragen enthalten Entbürokratisierungspotenzial. Noch immer sind sie überwiegend handschriftlich und mit einem beträchtlichen Zeitaufwand zu beantworten. Da Heime in diesen Fällen Dienstleister für die abfragenden Organe sind, sollten diese im Sinne der Kundenorientierung eine vereinfachte und den Einrichtungen angepasste Abfragemethodik wählen (auf Datenträger und in einer den übrigen vorzuhaltenden Statistiken entsprechenden Form). (Kapitel 3.3.3.12)

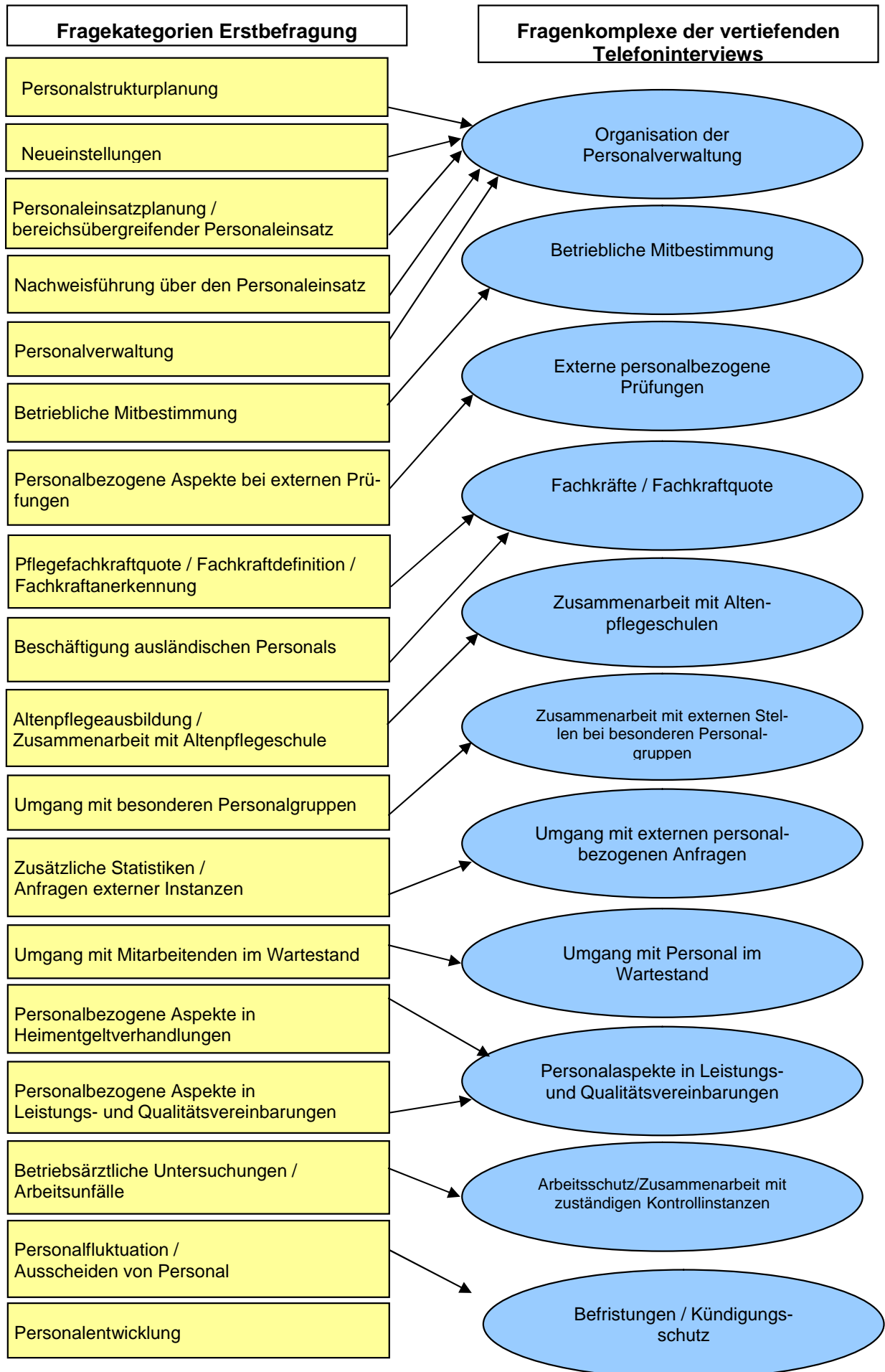
3.3.2 Ablauf der Untersuchung im Untersuchungspaket Personal

Die Arbeiten im Erhebungspaket fanden zwischen April und Dezember 2005 statt. Der lange Zeitraum erklärt sich aus dem Bestreben, die beteiligten Heime möglichst nicht parallel mit mehreren Erhebungspaketen zu befassen. Im zweiten Teil des Projektzeitraums ließ sich dieses Ansinnen jedoch nicht mehr durchhalten.

Gegen Ende der Projektzeit im zweiten Halbjahr 2005 waren jeweils meist zwei Erhebungsvorhaben parallel in Gang. Im Einzelnen stellt sich die Bearbeitung des Pakets „Personal“ wie folgt dar:

- Eine erste schriftliche Abfrage im April 2005 beinhaltete die Bitte um Stellungnahme zu den im nachfolgenden Schaubild aufgeführten Aspekten. Sie resultieren aus einer umfassenden Stoffsammlung im Kompetenzteam, aus Expertenbefragungen und der Auswertung der Praktikerhearings.
- Ende Mai 2005 lagen Rückmeldungen aus 25 der 28 Heime vor.
- Die Sichtung und Auswertung der Unterlagen war, mit Nachfragen in einzelnen Heimen, bis Ende Juni 2005 beendet.
- Bis Mitte Juli 2005 wurde eine Themenliste für vertiefende Telefoninterviews zusammengestellt und ein Leitfaden dafür erarbeitet. Er umfasst die im nachfolgenden Schaubild blau gekennzeichneten Themenaspekte.

Abbildung 8: Themenaspekte der Telefoninterviews im Untersuchungspaket Personal



- Im September und Oktober 2005 konnten in 21 Heimen mit den für Personalfragen Zuständigen (Heimleitungen, Mitarbeiter/-innen der Personalverwaltungen, Personal- und Verwaltungsleitungen, erfahrene Sachbearbeiter/-innen) vertiefende Telefoninterviews durchgeführt werden.
- 15 der 21 Interviews fanden mit mehreren Gesprächspartner/-innen statt (innerhalb eines Gesprächs bzw. in zwei bis drei Telefonaten). Die Telefongespräche dauerten zwischen 60 und 90 Minuten. Zu Beginn der Befragungsrunde wurden Interviews jeweils von zwei iSPO-Mitarbeitenden geführt. Zum Teil wurden die Telefonate auf Band aufgezeichnet und anschließend als Exzerpt für die Auswertung aufbereitet. Ferner wurden vier Gespräche institutsintern im kollegialen Diskurs auf Zielführung, Ergebnisrelevanz und Effektivität hin reflektiert.
- Die Auswertung der Telefoninterviews war Ende November 2005 beendet. Bis dahin vorliegende Hintergrund- und Praxismaterialien der Heime, aber auch Informationen aus den Expertenhearings, wurden eingearbeitet.
- Der Bericht zum Untersuchungspaket Personal wurde von Dezember 2005 bis Januar 2006 erstellt. Eine abschließende Rückkoppelung mit einzelnen Praxisakteuren der Referenzheime komplettierte die Erhebung.

Annahme zu Beginn der Erhebung

Im Bereich „Personal“ existieren vermutlich keine nennenswerten Entbürokratisierungspotenziale. Optimierungsansätze betreffen *interne Entbürokratisierungsaspekte*, wie Verwaltungsabläufe oder das betriebliche Personalmanagement. Durch Korrekturen der Abläufe ggf. frei werdende Ressourcen stünden der direkten Betreuung der Bewohner/-innen zur Verfügung.

3.3.3 Ergebnisse

3.3.3.1 Organisation der Personalverwaltung und Lohnbuchhaltung

Tätigkeiten der Personalverwaltung

Die Personalverwaltung und Lohnbuchhaltung regeln die 21 vertiefend befragten Heime sehr unterschiedlich. Je nach Größe der Einrichtung und/oder des Trägers bzw. Trägerverbands ist die Personalverwaltung und Lohnbuchhaltung in der Einrichtung selbst (elf Nennungen) oder in einer einrichtungsübergreifenden Zentralverwaltung (zehn Heime) angesiedelt. Aus der jeweiligen Konstellation resultiert der Umfang der vorbereitenden Arbeiten in den Heimen. Erforderliche Daten werden teilweise von Hand eingegeben (sechs Nennungen) und zur bearbeitenden Stelle (auch: per Fax oder Post) transferiert. In einer Reihe von Heimen werden die erforderlichen Daten zur Erleichterung des Datentransfers bereits im jeweiligen Arbeitsbereich per PC erfasst. Die Personalverwaltung bzw. Lohnbuchhaltung kann dann über eine Schnittstelle auf diese Daten zugreifen.

Mehrheitlich setzen die Heime zumindest für einzelne Arbeitsbereiche PC-Programme (17 Nennungen), bzw. selbst entwickelte Datenbanken ein. Im Wesentlichen handelt

es sich um Personalverwaltungs-, Dienstplanungs-, Zeiterfassungs- und Lohnbuchhaltungsprogramme, die nicht immer miteinander vernetzt sind bzw. nicht über mit anderen Teilprogrammen kompatible Schnittstellen verfügen. Auffällig ist, dass in sieben Fällen die Inkompatibilität etwa der Software zur Dienstplangestaltung mit dem Lohnbuchhaltungsprogramm durch einen zeitaufwändigen Datentransfer per Hand kompensiert wird. 12 Heime arbeiten mit einem umfassenden Softwarepaket, das es ermöglicht, die benötigten Arbeitsschritte abgestimmt und zeiteffizient zu erledigen.

Im Idealfall lassen sich die Daten, die in der Personalverwaltung anfallen bzw. benötigt werden (etwa bei Einstellung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters) sowie die Dienstplanung, der Umgang mit Urlaubs-, Fort-, Weiterbildungs-, Krankheitstagen, aktuelle personen- und gehaltsrelevante Informationen aber auch die monatliche Berechnung der Zuschläge und Gehaltsüberweisungen effizient verbinden.

Acht Heime wenden Softwarepakete als Insellösungen an. Hier müssen ergänzende und zuarbeitende Anteile manuell verrichtet werden (etwa: die Eingabe der Arbeitszeiten, das Auszählen zuschlagsrelevanter Zeiten). In zwei Heimen werden die zuvor aus PC-Programmen gefilterten Daten per Post bzw. Fax weitergeleitet.

Als Optimierungspotenzial nennen die Befragten:

- Durch den Wegfall von Dateneingaben bzw. dem Datentransfer per Hand wird Arbeitszeit gespart und es fallen Fehlerquellen weg.
- Das Berechnen von Zulagen und Zuschlägen geschieht per Mausklick und ist damit ebenfalls deutlich weniger zeitaufwändig.
- Als Handlungs- bzw. Steuerungswissen benötigte Daten (etwa Fehlzeiten, Plus- und Minusstunden, verbliebene Urlaubstage) stehen tagesaktuell und leicht abrufbar allen Abteilungen und Funktionsträgern zur Verfügung.
- Meldungen an die Sozialversicherungsträger erfolgen als Programmfunktion unkompliziert und zeitsparend.
- Statistische Daten stehen mit geringem zusätzlichem Zeitaufwand zu Verfügung.

Vereinzelt (drei Heime) werden Leistungen der Personalverwaltung und Lohnbuchhaltung von externen, träger- oder verbandsfremden Serviceanbietern (etwa Steuerberatungsbüros) zugekauft.

Fünf Heime befinden sich zum Befragungszeitpunkt im Umstellungsprozess auf eine optimierte Gesamtsoftware. Dazu sind umfangreiche Anpassungen in der Personalverwaltung und Lohnbuchhaltung nötig. Die Personal- und Dienstplanung muss umgebaut werden. Im Einzelnen sind Arbeitsabläufe neu zu definieren und zu strukturieren und das gesamte Qualitätsmanagement anzupassen. In der Übergangsphase „fährt man aus Sicherheitsgründen doppelgleisig“. Dafür erwartet man in der Folge eine z.T. erhebliche Zeitersparnis, bei größeren Heimen mit einem Volumen von bis zu einer Vollzeitstelle.

Personalverwaltung

Die Interviews zeigen, dass leistungsfähige PC-Programme allein noch keine Garantien für eine optimierte Personalverwaltung sind. Ebenso wichtig sind durchdachte und gestraffte betriebliche Abläufe. In der Terminologie des Qualitätsmanagements geht es dabei um optimierte Kernprozesse mit Ablauf- und Rahmenstandards zu wesentlichen Punkten wie der Einstellung neuer Mitarbeiter/-innen, Dienst- und Einsatzplanung, Personalführungsgespräche, Umgang mit Fehltagen oder der Urlaubsplanung.

Nachfolgend wird der Prozess der Urlaubsplanung und -verwaltung als Teil der Personalverwaltung exemplarisch dargestellt. Entbürokratisierungspotenzial ist hier grundsätzlich nicht festzustellen. Wenn Aufwand entsteht, hat dies in der Regel drei Ursachen:

- (1) Die tarifkonforme Anwendung der Urlaubsregelungen bereitet Probleme. In der Folge kommt es zu Auseinandersetzungen mit dem Personal bzw. der Personalvertretung und ggf. zu aufwändigen Nachbesserungen.
- (2) Es ist ein Defizit an Führungsqualität festzustellen. Leitungsverantwortliche scheuen konkrete und transparente Vorgaben. Es kommt zu langwierigen, individuellen Aushandlungsprozessen, deren Ergebnis selten allen sachgerechten Gesichtspunkten Rechnung trägt.
- (3) Es liegen allgemeine Planungs- und Organisationsmängel vor. Indiz dafür sind große Mengen an Urlaubstagen, die im letzten Jahresquartal noch immer nicht genommen wurden. U.a. hat dies betriebswirtschaftlich zur Folge, dass im Rahmen des Jahresabschlusses eine Rückstellung vorgenommen werden muss.

Das folgende Beispiel guter Praxis veranschaulicht, wie optimierte Urlaubsplanung bzw. -bewirtschaftung aussehen kann.

Abbildung 9: Good-practice Beispiel: Urlaubsplanung

Beispiel guter Praxis: Urlaubsplanung

- Anfang Oktober erstellt die Verwaltung jeder Organisationseinheit eine Aufstellung über die Urlaubsansprüche mit Angaben über die Resturlaubstage im laufenden Jahr (differenziert nach verplanten und noch nicht geplanten Urlaubstagen) und den Urlaubsanspruch im kommenden Jahr.
- Ebenfalls Anfang Oktober erhält jede Organisationseinheit von der Fachbereichsleitung Vorgaben zum Umgang mit der bereichsinternen Planung, die einzuhalten sind (in der Regel: Information über die durchschnittlich pro Vier-Wochen-Plan zu gewährende Anzahl von Urlaubstagen; Hinweise über die Anzahl der Personen, die gleichzeitig in Urlaub sein dürfen; Nennen der Anzahl an Fach- und Hilfskräften, die gleichzeitig in Urlaub sein dürfen sowie Aussagen zur Berücksichtigung von Wochenenden bei der Urlaubsplanung).

- Das Urlaubsjahr ist das Kalenderjahr. Resturlaub wird nur im Ausnahmefall in das Folgejahr übertragen (etwa wenn Urlaub wegen Krankheit, Weiterbildung oder aus betrieblichen Gründen nicht genommen werden konnte).
- Die Urlaubsplanung berücksichtigt in der jeweiligen Organisationseinheit die betrieblichen Anforderungen und Wünsche der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dazu gibt es verbindliche Regeln für unterschiedliche Beschäftigungsgruppen wie Alleinerziehende oder Eltern schulpflichtiger Kinder.
- Der Urlaub wird vollständig verplant. Dazu kennzeichnen Mitarbeiter/-innen Zeiträume als feststehenden Haupturlaub (ca. 50%) und Zeiträume als geplant, aber ggf. nach betrieblichen oder privaten Anforderungen veränderbar.
- Die Urlaubsplanung auf der Grundlage eines Rahmen- oder Jahresdienstplans ist bis Ende November des zu Ende gehenden Jahres abgeschlossen.
- Die Urlaubsplanung wird von der Fachbereichsleitung geprüft. Bei Bedarf veranlasst sie über die Bereichsverantwortlichen Korrekturen. Bis Mitte Dezember wird die Planung für das kommende Jahr offiziell bewilligt.
- Ab der letzten Dezemberwoche liegen in den Arbeitsbereichen Vorplanungen mit den Rahmendienstplänen des kommenden Jahres aus. Unterhalb der Rahmenplanung ist die Urlaubsplanung eingetragen. In freien Zeilen können Mitarbeiter/-innen Dienst- und Freiwünsche eintragen, die dann bei der Erstellung des aktuellen Dienstplans nach Möglichkeit berücksichtigt werden (ohne dass darauf ein Anspruch besteht).
- Spätestens 14 Tage vor Antritt des Urlaubs beantragen die Mitarbeiter/-innen den geplanten Urlaub schriftlich. Der Antrag wird von den direkten Vorgesetzten und von der Fachbereichsleitung bewilligt.
- Damit dieses Verfahren funktioniert, liegen den Dienstplanverantwortlichen alle notwendigen Informationen vor, sodass sie bzw. er bei Bedarf die Berechnung des Urlaubsanspruchs erklären, die Urlaubsgewährung bzw. den Eintrag von Urlaubstagen im Dienstplan korrekt vornehmen kann und die Urlaubstage in der Arbeitszeitbilanz korrekt berücksichtigt werden können (als manuelle Dienstplanführung oder im Dienstplanprogramm).

Beurteilung

Die Personalverwaltung leidet in aller Regel nicht unter überhöhten *externen* Bürokratievorgaben. Suboptimale Konstellationen resultieren aus mangelhaften *internen* Organisationsabläufen, Ausstattungsdefiziten und Planungsschwächen.

Es fällt auf, dass Häuser mit fundiertem Qualitätsmanagement und entsprechend optimierten Prozessen sowie ggf. ergänzenden Softwarepaketen mit Schnittstellen zu relevanten Bereichen die Personalverwaltung in der Regel bürokratiearm organisieren. Die grundsätzliche Organisation von Lohnbuchhaltung und Personalverwaltung spielt dabei eine untergeordnete Rolle.

3.3.3.2 Tarifbindung

Die Mehrzahl der befragten Einrichtungen (13 Heime) wendet derzeit den Bundesangestelltentarif (BAT) oder ein vergleichbares Regelwerk an (i.d.R. die allgemeinen Vertragsrichtlinien - AVR - bei kirchlichen Trägern). Auffällig ist, dass die Befragten sich über die BAT nahen Regelwerke fast ausnahmslos kritisch äußern. Diese werden als „problematisch weil zu unflexibel“, „inadäquat im Aufwand und in der Auswirkung auf die Personalstruktur“ oder als „nicht mehr zeitgemäß“ bezeichnet.

Nachteilig wirken sich nach den Aussagen der Befragten folgende Aspekte aus:

- Das Gehalt setzt sich aus zu vielen Bestandteilen zusammen, die laufend überprüft und ggf. aktualisiert werden müssen.
- Verfahren zur Festlegung der Ortszuschläge sind aufwändig (vor allem, wenn beide Ehepartner nach BAT bezahlt werden).
- Es sind verschiedene Zulagen bzw. Zuschläge anzuwenden, entsprechende Daten zu erfassen und Berechnungen vorzunehmen. Beispielsweise gilt die Regelung, dass auch während Mutterschutz und Urlaub Zuschläge zu zahlen sind, deren Berechnung einen hohen Zeitaufwand mit sich bringen.

Die befragten Heime greifen in der Mehrheit zur Gehaltsberechnung auf (z.T. selbst entwickelte) Softwareprogramme zurück. Immerhin 11 Einrichtungen führen Teile der Berechnungen manuell durch (etwa aus den Dienstplänen zu errechnende Zuschläge). Zumindest in diesen Fällen ist ein nicht unerhebliches Optimierungspotenzial zu konstatieren.

2006 werden drei der befragten Heime ihre Tarifgrundlage ändern. Fünf Heime bzw. Träger haben sich von BAT nahen Tarifen gelöst und einen Haustarif eingeführt. Dieser gilt aber nur für seitdem eingestelltes Personal. Damit müssen die Einrichtungen für eine längere Übergangszeit zwei Tarifwerke anwenden. Dies führt dazu, dass PC-Programme parallel angewandt bzw. mehrere Gehaltsberechnungen durchgeführt werden.

Die Befragten der fünf Heime mit Haustarif bewerten die Umstellung positiv. Sie bewerten die monatliche Zeitersparnis mit bis zu zwei Arbeitstagen. Haustarife zeichnen sich nach ihren Darlegungen durch folgende Positivmerkmale aus:

- Das Gehalt setzt sich aus weniger Bestandteilen zusammen.
- Mitarbeitenden wird monatlich ein Festbetrag ausgezahlt. Das Abrechnen der (verbliebenen) Zuschläge bzw. Zulagen findet in unterschiedlichen Intervallen statt, beispielsweise einmal pro Quartal.
- Die Bezahlung ist leistungsbezogen entsprechend der Tätigkeitsmerkmale.

- Lebensalterstufen und Ortszuschlagsregelungen sind ebenso weggefallen wie nicht mehr zeitgemäße Zulagen.
- Zuschlagregelungen wie der Nachzuschlag sind einem modernen Heimbetrieb angepasst (der Beginn des Nachtdienstes etwa wurde in der Regel auf 21.00 Uhr verlegt), es werden leistungsbezogene Prämien gezahlt.
- Die Haustarife sind, das räumen die Befragten ein, vor allem für jüngere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interessant.
- Einzelne Regelungen, etwa die Abrechnung von Zuschlägen nur einmal im Quartal, hätte auch in BAT nahen Regelwerken realisiert werden können.

Beurteilung

BAT nahe Tarifregelungen bedingen nach Ansicht der Befragten Zeit-, Personal- und Bürokratieaufwand. Haustarife hingegen seien geeignet, Verfahren und Abläufe zur Gehaltsberechnung zu rationalisieren und damit eine Verwaltungsvereinfachung zu erreichen.

Diesen Einschätzungen ist jedoch nur bedingt zuzustimmen. Auch innerhalb der BAT nahen Regelungen ließen sich bürokratische Überhöhungen vermeiden, etwa indem in Absprache mit der Personal- bzw. Mitarbeitervertretung² für bestimmte Bereiche Pauschalen vereinbart werden, anstatt Zuschläge im Einzelfall differenziert entlang der Dienstpläne zu berechnen. Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass interne Optimierungspotenziale vorhanden sind.

3.3.3.3 Befristungen./Kündigungen

Umgang mit Befristungen

In den 21 vertiefend befragten Häusern sind Neueinstellungen inzwischen in allen Bereichen überwiegend befristet. Begründet wird dies mit Vorgaben des Trägers und Flexibilitätsanforderungen, die aus Belegungsschwankungen, veränderter Bewohnerstruktur und aus dem Umgang mit tarifvertraglich bedingten Restriktionen resultieren.

Die Dauer der Befristungen reicht in Abstufungen bis zu einem Jahr (17 Nennungen). Im Anschluss an eine (erste) Befristung werden meist die Möglichkeiten des Teilzeit- und Befristungsgesetzes voll ausgeschöpft. Im Höchstfall bedeutet dies, dass bis zu drei Befristungen innerhalb von zwei Kalenderjahren umgesetzt werden (12 Heime).

Durch die Vielzahl von Befristungen ergibt sich nach Aussagen der Befragten ein erhöhter Kontrollaufwand, der durch PC-Programme erleichtert wird. Je nach Software lassen sich Termine und Fristen einpflegen, sodass die Software, neben anderen Funktionen, die Terminüberwachung übernimmt.

In drei Heimen besteht jenseits befristeter Neueinstellungen ein generelles Aussetzen unbefristeter Einstellungen. Damit müssen auch Mitarbeitende, die man aus fachlicher Sicht gerne halten würde, zum Ende einer Befristung ausscheiden.

² Die Begriffe Mitarbeitervertretung und Personalvertretung werden synonym verwendet.

Vielfach gilt die Regelung, wonach Mitarbeitende mit befristeten Arbeitsverträgen erst die Arbeit aufnehmen, wenn der Arbeitsvertrag rechtsverbindlich unterzeichnet ist. Dies sei betriebliche Praxis, seit man schlechte Erfahrungen gemacht habe. Treten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Arbeit an, ohne dass eine Befristung schriftlich fixiert ist, können sie, so die Berichte, auf unbefristete Einstellung klagen. Großteils hat man deshalb die frühere Verwaltungspraxis umgestellt, wonach Mitarbeitende nicht selten erst einige Wochen nach Arbeitsbeginn ihren Arbeitsvertrag erhalten haben.

Den Gesamtaufwand für die Heime im Umgang mit Befristungen beziffern die Gesprächspartner/-innen mit bis zu 15 Stunden pro Personalfall (vom Einstellungsprocedere mit dem Einbeziehen der Personalvertretung, über das Erstellen bzw. Modifizieren der befristeten Arbeitsverträge und die nötigen Belehrungen und Gespräche mit den Betroffenen bis hin zum Abstimmungsbedarf mit dem Träger oder Verband).

Beurteilung

Der Aufwand im Umgang mit Befristungen ist in zeitlicher und verwaltungstechnischer Hinsicht trotz zeitgemäßer Software hoch. Geltende Tarifregelungen und die aus der Bewohnerstruktur resultierenden hohen Anforderungen an eine flexible Personalplanung lassen kaum eine andere Möglichkeit. In der Zusammenfassung ist festzuhalten: Entbürokratisierungspotenziale im Sinne des Erkenntnisinteresses sind trotzdem lediglich in geringem Umfang festzustellen.

Umgang mit Kündigungen

Betriebsbedingte Kündigungen wurden in den befragten Heimen bisher so gut wie nicht ausgesprochen. In der Person einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters begründete Kündigungen hingegen kommen hin und wieder vor. Aus diesen resultieren u.U. arbeitsgerichtliche Auseinandersetzungen (davon berichten 10 der 21 Heime).

Solche Verfahren seien nicht wünschenswert und kämen selten vor. Wenn sie allerdings in Gang gesetzt werden, sind sie langwierig, „zeit- und nervenaufwändig“. Die Beweislast für Fehlverhalten oder Minderleistungen liege beim Arbeitgeber; „im Klagefall haben wir beim Arbeitsgericht fast immer schlechte Karten“. Vier Heime haben in letzter Zeit auf eine Kündigung verzichtet, obwohl diese „eigentlich nötig gewesen wäre“. Man hat den damit verbundenen Aufwand und Unannehmlichkeiten gescheut.

Sieben der befragten Einrichtungen haben seit Jahren keine Kündigung mehr ausgesprochen. Sie setzen statt zu kündigen auf ein spezielles Vorgehen zum Umgang mit problematischen Mitarbeitenden. Sie lassen schwierige Situationen nicht erst entstehen und achten von der Probezeit an auf gezielte Personalführung und Kommunikation. Regelmäßige Mitarbeitergespräche im Team und mit den Vorgesetzten und eine systematische Fort- und Weiterbildung gehören dazu. Die Versetzung in einen anderen Bereich und/oder der gezielte Personaleinsatz auf der Grundlage einer Stärken- und Schwächenanalyse tun ein Übriges.

So habe man z.B. ältere Mitarbeiter/-innen mit Lernwiderständen im Umgang mit Computer und Software gezielt in Teams mit jüngeren Kolleginnen und Kollegen ein-

geteilt und bei Bedarf zusätzlich eine individuelle PC-Schulung organisiert. Damit war das Problem in überschaubarer Zeit gelöst. Ähnlich wird bei pflegefachlichen Defiziten verfahren: gezielte Fort- und Weiterbildungsinhalte sowie eine entsprechende Zusammensetzung der Teams zeigen schon bald den gewünschten Effekt.

Abbildung 10: Good-practice Beispiel: Umgang mit schwierigen Mitarbeitenden

Beispiel guter Praxis: Umgang mit schwierigen Mitarbeitenden

Trotz des unterschiedlichen Umgangs mit (schwierigen) Mitarbeitenden gibt es in den befragten Heimen im Problemfall ein vergleichbares Vorgehen:

- Zunächst führt man (mehrere) Kritikgespräche (unter Einbezug der zuständigen Bereichsleitung und/oder der Heimleitung).
- Die Personalvertretung wird je nach betrieblicher Praxis bereits zu diesem Zeitpunkt informiert.
- Der nächste Schritt ist eine schriftliche Ermahnung,
- danach folgen (drei) schriftliche Abmahnungen.
- Parallel zu allen Schritten steht der oder die Betreffende „unter besonderer Beobachtung“.
- Wiederholt sich das Fehlverhalten, wird es detailliert erfasst und dokumentiert.
- In mehreren Häusern werden ab einem frühen Zeitpunkt die juristische Fachinstanz (und auch die Personalvertretung) des Heimes oder des Trägers hinzugezogen.

Wenn trotzdem eine Trennung unumgänglich ist, versuchen die Heime in der Regel gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass sich das geltende Recht, auch bei eindeutigen und schwerwiegenden fachlichen oder strafrechtlichen Vergehen, zum Schutz der Arbeitnehmer/-innen und zum Nachteil der Betriebe auswirkt. Um langwierige und kostenintensive Prozesse zu vermeiden, einigen sich Einrichtungen und scheidende Mitarbeiter/-innen daher meist auf Abfindungen und/oder Auflösungsverträge.

Beurteilung

Die geltenden Kündigungsschutzregelungen sichern Arbeitnehmer/-innen einen hohen Arbeitsplatzschutz. Die Heime als Arbeitgeber reagieren mit Befristungen bzw. dem Aussetzen unbefristeter Arbeitsverhältnisse, um die Zahl möglicher personenbedingter Kündigungen gering zu halten. Sind arbeitsrechtliche Streitigkeiten nicht zu umgehen, sichern sich die Heime durch minutiöse und (zeit)aufwändige Nachweise des festgestellten Fehlverhaltens ab. Dies erfordert i.d.R. innerbetriebliche Regelungen mit einem hohen Verwaltungsaufwand. Demgegenüber stehen Ansätze zum Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Teile umfassender Qualitätsmanagement- und Personalentwicklungskonzepte sind. Ihr Ziel ist das Vermeiden von Rechtsstreitigkeiten.

Entbürokratisierungspotenzial im Umgang mit Kündigungen ist nicht zu identifizieren. Festzustellen sind Optimierungsmöglichkeiten, etwa die Überprüfung und Effektuierung interner Abläufe und Regelungen im Hinblick auf bürokratieintensive und damit kostspielige Tätigkeitsanteile.

3.3.3.4 Betriebliche Mitbestimmung

Regelungen zur betrieblichen Mitbestimmung

Auch die betriebliche Mitbestimmung ist in den befragten 21 Einrichtungen vielfältig und unterschiedlich geregelt. Die Bandbreite reicht von „es gibt keine Mitarbeitervertretung“ (drei Häuser) bis hin zu differenzierten, langjährig etablierten und ggf. in ein Gesamtsystem der trägerweiten Personalvertretung eingebundene Mitarbeitervertretungen mit Freistellungen oder zumindest Teilfreistellungen (zehn Häuser).

Am Beispiel des Verfahrens bei einer Neueinstellung lassen sich die unterschiedlichen Vorgehensweisen veranschaulichen: In einigen Häusern wird, so die Berichte, die Mitarbeitervertretung von einer bereits erfolgten Neueinstellung lediglich in Kenntnis gesetzt. In der größeren Anzahl der Heime bezieht man die Mitarbeitervertretung bereits ab einem frühen Zeitpunkt in den Entscheidungsprozess ein.

Solch unterschiedliche Praxis setzt sich in den auf eine Ausschreibung folgenden Handlungsschritten fort. Es geht um die Beteiligung bei der Vorauswahl, um Anwesenheit bei Bewerbungsgesprächen, bis hin zur Rücksprache der Leitung mit der Personalvertretung bevor eine Einstellungsentscheidung gefällt wird.

Übereinstimmend betonen die Befragten, dass ein Einstellungsprozess bei „buchstabengetreuer Anwendung des Betriebsverfassungsgesetzes“ bis zu drei Monate dauern kann (u.a. weil Termine für Gespräche und Rücksprachen einzuhalten sind).

Heime mit einer aktiven und kooperativen Mitarbeitervertretung haben in der Regel Standards für den Umgang miteinander entwickelt, die auf der Grundlage des Betriebsverfassungsgesetzes und innerverbandlicher Richtlinien die Zusammenarbeit strukturieren.

Als Beispiel guter Praxis kann gelten, wie zwei der befragten Heime den Umgang zwischen Leitung und Personalvertretung geregelt haben. Gemeinsam hat man sich auf ein den betrieblichen Anforderungen angepasstes Verfahren geeinigt:

Abbildung 11: Good-practice Beispiel: Umgang der Heimleitung mit der Mitarbeitervertretung (MV)

Beispiel guter Praxis:
„Umgang der Heimleitung mit der Mitarbeitervertretung (MV)“

- Es gibt regelmäßige und anlassunabhängige Treffen (im Zwei-Wochen-Rhythmus bzw. einmal im Monat) zwischen Leitung und MV. Dabei werden allgemeine Informationen ausgetauscht und das Heim betreffende Fragen - auch betriebswirtschaftliche Aspekte - sowie Fragen aus der Belegschaft besprochen. Die Treffen dauern i.d.R. zwei Stunden.
- Damit, so wird berichtet, sind MV und Betriebsleitung im kontinuierlichen Dialog. Die MV ist in wichtige betriebliche Entwicklungen und Entscheidungsprozesse so eingebunden, dass als Folge selten ein Dissens, sondern vielmehr ein Klima konstruktiver Zusammenarbeit entsteht.
- Spezielle Themen der Treffen sind etwa geplante Prämienzahlungen, Personalisierungsfragen, betriebliche Aktivitäten für das Personal zur Pflege der Gemeinschaft und nicht zuletzt die Planung von Fort- und Weiterbildungen.
- Bei Neueinstellungen und anderen individuellen Personalfragen hält man engen, auch telefonischen Kontakt. Es gilt das Prinzip, „lieber einmal mehr miteinander reden als anschließend Missverständnisse auszuräumen“.

Die beiden Heime die dieses Verfahren praktizieren, beurteilen den (Zeit-)Aufwand als „angemessen und nicht überzogen“. Mitarbeitervertreter/-innen werden für die genannten und andere, im Einzelfall gemeinsam festgelegte Tätigkeiten, freigestellt. Entsprechende Zeiten sind in den Dienstplänen berücksichtigt und belasten weder den Betrieb noch die Teams über die Maßen.

Zehn weitere Heime berichten in unterschiedlicher Ausprägung von ähnlichen Abläufen, die einen gesunden Ausgleich zwischen Anforderungen der betrieblichen Mitbestimmung und betrieblichen Erfordernissen zum Ziel haben. Man achtet gemeinsam auf die praxistaugliche Auslegung der Mitbestimmungsrichtlinien und bleibt im Alltag handlungsfähig. Auch hier wird der kontinuierliche, enge Dialog zwischen MV und Betriebsleitung als Erfolgsgarant betont.

In anderen Einrichtungen (es handelt sich etwa um ein Drittel der Referenzheime) sind nach Aussage der Befragten „selbstbewusste Mitarbeitervertretungen“ tätig. Es wird von häufigen und kurzfristig einberufenen Sitzungen der MV berichtet, die dann in der Regel negative Auswirkungen auf die Arbeitsteams der MV-Mitglieder haben. Der Umgang mit der betrieblichen Mitbestimmung ist in diesen Fällen „von Ärger geprägt und frisst viel Zeit“. Befragte schätzen den jährlichen Zeitaufwand in diesen Fällen für die verschiedenen Aktivitäten auf eine Dreiviertelstelle. Die betreffenden Mitarbeiter/-innen sind häufig nicht nur auf Einrichtungsebene tätig, sondern auch beim

überregionalen Träger und auf Verbandsebene. Zudem nehmen sie regelmäßig an unterschiedlichen Qualifizierungsmaßnahmen teil.

Die MV trifft sich in unterschiedlichen Intervallen: wöchentlich, häufiger jedoch monatlich, einmal im Quartal bzw. zwei- bis dreimal jährlich. Die Dauer der Besprechungen reicht von einer Stunde bis zu einem Arbeitstag. Zwei Heime erwähnen, dass die MV ein- bis zweimal jährlich (die Häufigkeit richtet sich nach den anstehenden Themen) eine Mitarbeitervollversammlung einberuft.

Die Freistellung der Mitglieder der Personalvertretung orientiert sich am individuellen Arbeitsanfall und ist mit einem definierten und überschaubaren monatlichen Zeitvolumen hinterlegt. Teilweise wird mit einer Teilfreistellung gemäß Betriebsvereinbarung gearbeitet.

Beurteilung

Trotz der Vielfalt der Praxisvarianten werden die Vorteile eines Vorgehens deutlich, bei dem die Beteiligung der Mitarbeitervertretung und der Umgang miteinander Teil des Qualitätsmanagementkonzepts sind. Auf diese Weise gelingt es, den rechtlichen Anforderungen Rechnung zu tragen, ohne dass der Zeitaufwand ausufert.

Potenzial für interne Entbürokratisierung wird insofern gesehen, als sich innerbetrieblich effiziente Lösungen benennen lassen, die bei überschaubarem Zeitaufwand allen Belangen gerecht werden.

3.3.3.5 Personalbezogene Aspekte bei externen Prüfungen³

Prüfungen der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

MDK und Heimaufsicht kontrollieren als externe Prüfinstanzen regelmäßig Personalaspekte in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Andere Kontrollorgane wie Berufsgenossenschaft oder Gesundheitsamt berücksichtigen Personal eher mittelbar, etwa im Hinblick auf Arbeits- und Infektionsschutz.

Prüfintervalle und Prüfpraxis der Kontrollinstanzen variieren. Die Heimaufsicht etwa prüft routinemäßig meist einmal im Jahr, in einigen Regionen aber auch lediglich alle zwei Jahre bzw. „nur unregelmäßig“. In letzteren Fällen finden teilweise lediglich Prüfungen nach Aktenlage ohne Vor-Ort-Begehung oder anlassbezogene Kontrollen statt. Im Übrigen erhalten die Heimaufsichtsbehörden regelmäßig die Personallisten der Heime.

Sowohl bei Kontrollen des MDK als auch bei Prüfungen der Heimaufsicht erhalten die Heime teilweise im Vorfeld Erfassungsformulare, die ausgefüllt bereitzuhalten sind. Teilweise verwenden die Heime dazu selbst entwickelte Dateien, in denen mit überschaubarem Aufwand personelle Veränderungen fortlaufend in der Abfrage-logik der Kontrollinstanzen erfasst werden.

³ Vgl. hierzu auch Kapitel 3.5 und 4.3.9

Die von MDK und Heimaufsicht geforderten personalbezogenen Informationen sind im Wesentlichen identisch. Verlangt werden u.a.:

- aktuelle Personallisten (mit Angaben zur Dauer der Betriebszugehörigkeit, zum Einsatzbereich, mit Kennzeichnung bei befristetem Arbeitsverhältnis, Geburtsdatum), unterteilt nach Qualifikationen (mit Qualifikationsnachweisen) und Stellenumfang (Stellenbesetzungslisten) sowie der Nennung des Anteils an Voll- und Teilzeitstellen
- Ausdrucke oder Kopien der aktuellen Dienstpläne
- Einsicht in die Fortbildungsplanung und -nachweise
- (teilweise) Vorlage der in der Einrichtung bestehenden Teilzeitverträge (zum Abgleich zwischen Stundenvolumen und Personallisten)
- Vorlage der Stellenbeschreibungen und z.T. der Einarbeitungskonzepte.

Die geforderten Daten, so die Befragten, können mit überschaubarem Aufwand aus vorhandenen PC-Programmen bzw. selbst entwickelten Datenbanken herausgefiltert werden; sie sind zur qualifizierten Betriebsführung ohnehin erforderlich.

Lediglich drei Gesprächspartner/-innen berichten, dass sie die Daten nicht in der von den Prüfenden gewünschten Form vorhalten. Der Aufwand, sie dann im Vorfeld der Prüfung in der geforderten Logik zusammenzustellen, wird auf bis zu 10 Stunden pro Prüfung geschätzt. Hier liegt innerbetriebliches Optimierungspotenzial, das suboptimalen betrieblichen Abläufen geschuldet ist.

Vereinzelt halten große Träger einrichtungsübergreifend prüfungsbezogene Informationen vor (2 Nennungen). Teilweise sind Formulare der Prüfinstanzen, Checklisten und Richtlinien zum Umgang mit externen Prüfungen hinterlegt. In einem Fall werden in größeren Abständen externe Prüfungen anhand der Erfahrungen in bereits geprüften, trügereigenen Heimen simuliert. Auf diese Weise stellt man sich auf Prüfungssituationen ein und identifiziert im Vorfeld vorhandene Schwachstellen.

Sonstige externe personalbezogene Prüfungen

Finanzamt und Rentenversicherungsträger

Personalbezogene Prüfungen des Finanzamts (Lohnsteuerprüfungen) finden je nach Gegebenheit vor Ort, bei der externen Dienstleistungsinstanz oder in der Zentralverwaltung statt. Der Zeitaufwand wird als adäquat eingestuft. Die Bereitstellung der Daten sei unkompliziert, weil sie für innerbetriebliche Zwecke ohnehin vorgehalten werden. Die Prüfungen sind Routine.

Gleiches gilt für Überwachungen der Rentenversicherungsträger („Sozialversicherungskontrolle“). Auch hier liegen, so die Befragten, die Daten im Rahmen der sachgemäßen und professionellen Betriebsführung in aktueller Form vor.

Die Prüfintervalle beider Prüfinstanzen sind unterschiedlich. Die Angaben reichen von jährlichen Kontrollen bis zu Abständen von drei bis vier Jahren.

Gesundheitsamt / Gewerbeaufsichtsamt / Berufsgenossenschaft⁴

Im Hinblick auf Personalbelange prüfen Gesundheitsamt, Gewerbeaufsichtsamt und Berufsgenossenschaft in erster Linie Aspekte des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit. Prüfungen des Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsamtes sind nach den Aussagen der Befragten nicht immer zu unterscheiden. Sie werden teilweise von beiden Instanzen zusammen durchgeführt. Kontrolliert werden die Einhaltung der arbeitsmedizinischen Untersuchungen oder etwa, ob und in welchen Abständen Schulungen zum Infektionsschutz durchgeführt werden.

Die Kontrollen von Gesundheitsamt, Gewerbeaufsichtsamt und Berufsgenossenschaft werden ebenfalls als unproblematisch bezeichnet. Sie finden unregelmäßig, mit einem von den Heimen als angemessen eingestuften Zeitaufwand statt. Auch hier, so die Befragten, liegen die erforderlichen Daten im Rahmen der betrieblichen Aufzeichnungen - etwa als Teil des Qualitätsmanagements - vor.

Beurteilung

Bei aller Unterschiedlichkeit in Prüfpraxis und -intervallen der einzelnen Organe fällt auf, dass Heime mit gut entwickelter betrieblicher Aufbau- und Ablauforganisation die Anforderungen mit überschaubarem Arbeitsaufwand erfüllen.

Heimaufsicht und MDK fordern vergleichbare personalbezogene Daten mit unterschiedlicher Akzentuierung. Den Heimen macht dies wenig Probleme. Sie haben sich auf die Anforderungen eingestellt und diese in die betrieblichen Abläufe integriert. In Interviews wird deutlich, dass man pragmatisch damit umgeht.

Hingewiesen wird immer wieder auf den insgesamt benötigten, nicht unerheblichen Zeitaufwand. Kaum ein anderer Bereich sei so stark reglementiert wie die stationäre Pflege. Man müsse auch bei guter innerbetrieblicher Organisation jede Kontrolle vor- und nachbereiten, geforderte Daten und Unterlagen erfassen bzw. bereithalten, am Prüfungstag ggf. Dienstpläne umstellen und präsent sein sowie erteilte Auflagen umsetzen. All dies erfordert umfassende Personalressourcen.

Trotzdem bleibt als Resümee die Einschätzung, dass externe Prüfungen im Hinblick auf die hier abgefragten Personalaspekte kein besonders bürokratieintensiver Bereich sind.

3.3.3.6 Arbeitsschutz

Der Bereich Arbeitsschutz umfasst eine Vielzahl von Aspekten. U.a. sind dies:

- Verhalten bei Arbeitsunfällen,
- Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft,
- betriebsärztliche Untersuchungen,
- externe und interne Beauftragungen für verschiedene Belange - etwa Arbeitssicherheits- und Hygienebeauftragte - oder

⁴ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW

- Schulungen rund um das Thema Arbeitsschutz.

Aus rechtlicher Sicht wird im Kapitel 4.2 auf den Arbeitsschutz eingegangen. In den Interviews zum vorliegenden Erhebungspaket bewerten die Einrichtungen den Bereich übereinstimmend als sehr unübersichtlich. Die Regelungen seien überzogen, über Vorschriften werde versucht, jedes kleine Risiko auszuschalten. Aufgefallen ist, dass die Befragten meist nur allgemeine Auskünfte gegeben haben. In den Heimen fällt es schwer, den Überblick zu bewahren. Immer wieder komme es vor, dass man erst nach In-Kraft-Treten einer Regelung anlässlich einer Überprüfung davon erfahre.

Grundsätzlich werden Arbeitsschutzfragen von Leitungskräften verantwortet. Über Details konnten sie jedoch meist nur bedingt Auskunft geben. Hierzu hätten die Vor-Ort-Beauftragten in den Arbeitsbereichen, bzw. die externen Dienstleister, die mit der Wahrnehmung der Angelegenheiten beauftragt sind, angesprochen werden müssen.

Externe und interne Beauftragte/Fachkräfte für Arbeitsschutzbelange

Von den 21 befragten Einrichtungen arbeiten 12 mit externen Beauftragten bzw. mit Fachkräften für Arbeitsschutz/-sicherheit, die per Werkvertrag für das Heim tätig sind. Im Einzelnen sind sie verantwortlich für die:

- Informationsbeschaffung zu aktuellen arbeitsschutzrechtlichen Vorgaben und deren Weitergabe an die Bereiche, ihre Leitungen und das dort tätige Personal,
- Umsetzung der Regelungen vor Ort, die entsprechende Dokumentation,
- Schulung der Mitarbeitenden und die entsprechende Nachweisführung.

Korrespondierend zu externen Beauftragungen sind mit einer Ausnahme in allen Heimen eine Reihe interner Beauftragter benannt. Vielfach sind dies die Leitungsverantwortlichen. Lediglich in vier Heimen gibt es Freistellungen mit einem definierten Stundenumfang. Meist erwartet man auch von Nicht-Leitungskräften, dass sie die Aufgaben im Rahmen ihrer allgemeinen Arbeitszeit erledigen.

Handreichungen, Checklisten und differenzierte Handbücher zur Umsetzung arbeitsschutzrechtlicher Vorgaben halten 15 der 21 Heime bereit. Über Qualität und Praxistauglichkeit dieser Unterlagen kann keine Aussage getroffen werden. In anderen Zusammenhängen fällt jedoch immer wieder auf, dass solche Materialien z.T. nicht auf dem neuesten Stand und damit in der Praxis nur bedingt hilfreich sind.

Als vergleichsweise unkompliziert werden die Regelungen zu betriebsärztlichen Untersuchungen und bei Arbeitsunfällen beschrieben. Der Aufwand sei lediglich punktuell hoch, er bestehe im Bearbeiten der häufig mehrseitigen handschriftlich auszufüllenden Formulare der verschiedenen Organe (Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Unfall- oder Haftpflichtversicherung). Ärgerlich sei, dass jede Instanz andere Formulare für den gleichen Sachverhalt verwende. Damit entstehe in der Bearbeitung ein nicht unerheblicher Aufwand. Weil Arbeitsunfälle aber nur selten vorkommen, sieht man trotzdem kein nennenswertes Bürokratieproblem.

Beurteilung

Übereinstimmend wird der Bereich von den Befragten als sehr aufwändig und unübersichtlich beschrieben, weil einzelne Vorschriften sehr detaillierte Regelungen enthalten. Wiederholt werden bestehende Vorgaben als gegeben hingenommen, daher werden Entbürokratisierungspotenziale nicht gesehen.

Durch die Regelung, externe Fachdienstleister mit der Durchführung zu beauftragen, versuchen die Heime den Aufwand in Grenzen zu halten. Dass dabei durch die Eigeninteressen externer Dienstleister u.U. das Gegenteil erreicht und bestimmte Aufgaben oberhalb geforderter Standards erfüllt werden, hat sich u.a. auch bei den Recherchen zum Erhebungspaket Hauswirtschaft/Haustechnik gezeigt (vgl. Kapitel 3.2).

Wenn in Heimen in größerem Ausmaß der Überblick über die zahlreichen Regelungen verloren zu gehen droht, sollte dies zu denken geben. Ursachen ausschließlich in Organisations- und Managementfehlern der Heime zu sehen, dürfte zu kurz greifen.

3.3.3.7 Umgang mit Personal im Wartestand

Zu „Personal im Wartestand“ zählen Mitarbeitende in Mutterschutz, Elternzeit, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bzw. im Studium sowie Langzeitkranke. Nach den Telefoninterviews ergibt sich folgendes Bild:

Die Heime halten in unterschiedlicher Art und Weise den Kontakt zu den betreffenden Mitarbeitenden. Als Kontakte werden aus Sicht der Heime verstanden: (Kranken-) Hausbesuche, Anrufe (etwa zum Geburtstag), Einladungen zu Betriebsveranstaltungen, aber auch Einladungen zu Fortbildungen, das Zusenden der Hauszeitschrift sowie aus einem Verwaltungsanlass resultierende Telefonate bzw. Briefe.

Häufigkeit und Art der Kontakte sowie die Zuständigkeit im Heim variieren. Verantwortlich sind i.d.R. die unmittelbar Vorgesetzten, hin und wieder die Verwaltung oder auch die Heimleitung. Der Bereich wird von den Befragten insgesamt als unproblematisch und nicht bürokratierrelevant eingestuft.

Mitarbeiterinnen in Mutterschutz bzw. Elternzeit

Die betrieblichen Abläufe bei Schwangerschaften sind in den Heimen mit unwesentlichen Abweichungen ähnlich:

- Die Mitarbeiterin teilt mit, dass sie schwanger ist und legt - je nach betrieblicher Praxis im Arbeitsbereich, bei der Personalabteilung im Haus oder bei der Zentralverwaltung - eine Schwangerschaftsbescheinigung vor (enthält u.a. den voraussichtlichen Geburtstermin).
- Die Mitarbeiterin wird von der zuständigen Leitungskraft über die Mutterschutzvorschriften informiert.
- Die Personalverwaltung meldet dem Gewerbeaufsichtsamt die Schwangerschaft (mittels Vordruck; er wird als praktikabel und gut zu handhaben eingestuft).

- In Einzelfällen fordert das Gewerbeaufsichtsamt eine Arbeitsplatzbeschreibung der betreffenden Mitarbeiterin; diese wird dann der Mitteilung beigelegt.
- Unter Berücksichtigung der Mutterschutzbestimmungen wird die entsprechende Dienstplanung modifiziert.
- Die Mitarbeiterin teilt der Einrichtung spätestens zwei Wochen nach der Geburt (i.d.R. bereits im Verlauf der Schwangerschaft) schriftlich ihre Wünsche zur Wahrnehmung der Elternzeit mit.

Für die Einrichtung ist es wichtig, rechtzeitig und verbindlich zu wissen, wann eine Mitarbeiterin wieder zur Verfügung steht, damit dies in der Dienstplanung berücksichtigt werden kann.

Die Praxis der Gehaltsberechnung für die Zeit des Mutterschutzes variiert. Einrichtungen, die ein Dienstplan-, Gehalts- und/oder Personalverwaltungsprogramm einsetzen, haben die jeweils geltenden einrichtungs- oder trägerinternen Vergütungsregelungen für Schwangere dort hinterlegt. Der Aufwand für (Sonder-)Berechnungen wird in diesen Fällen gegenüber der normalen Gehaltsabrechnung als marginal bezeichnet.

In einigen wenigen Heimen sind noch immer umfangreiche manuelle Berechnungen erforderlich. Es seien zahlreiche Aspekte wie etwa anteiliges Weihnachts- und Urlaubsgeld, ggf. in den Zeitraum fallende Änderungen der Lebensaltersstufe oder Eingruppierungen zu berücksichtigen. Ändere sich dann der voraussichtliche Geburtstermin, müsse alles neu berechnet werden. Diesen Zeitaufwand geben die Befragten mit bis zu 2,5 Stunden pro Personalfall an.

Die administrative Handhabung der Mutterschutzbestimmungen ist in allen Heimen Routine. Hinsichtlich der Berücksichtigung in der Personaleinsatzplanung gibt es in den meisten Heimen Trägervorgaben (etwa: befristete Einstellung einer Schwangerschaftsvertretung, eine Umbesetzung im Rahmen der betrieblichen Regelungen, Kompensation der fehlenden Arbeitsstunden durch Mehrarbeit in Teilzeit beschäftigter Kolleginnen und Kollegen).

Langzeitkranke

Der Umgang mit Langzeitkranken ist ebenfalls größtenteils effizient geregelt. Für die Phase zu Beginn einer längeren Erkrankung bestehen eher weiche, individuelle Lösungen. Man reagiert mit betriebsüblichen Vertretungsregelungen; ggf. gibt es eine Rücksprache mit der bzw. dem Betroffenen, in der nach Gesundheitsprozess und den Perspektiven gefragt wird. In vielen Fällen bietet der Betrieb Unterstützung im Rahmen seiner Möglichkeiten an.

Liegt eine belegte Langzeiterkrankung vor, gibt es in aller Regel standardisierte Abläufe, etwa zur Zahlung des Krankengeldes, zur Klärung der Berufsunfähigkeit und Regelung von Vertretungen.

Steht nach einer Langzeiterkrankung die Frage der Rückkehr bzw. einer Wiedereingliederung an, muss das so genannte *Wiedereingliederungsmanagement* angewendet werden. Zum Erhebungszeitpunkt arbeiten erst sechs Heime damit. Zu dem Ver-

fahren gehören regelmäßige Gespräche zur Standortbestimmung und Planung des Eingliederungsprozesses (zwischen Heim- bzw. Bereichsleitung und dem/der Mitarbeiter/-in). Wo praktiziert, dauern die Gespräche im Schnitt 30 Minuten. Ergebnis und Absprachen werden protokolliert, man legt die nächste Kontaktaufnahme und Rückbindung zu getroffenen Absprachen auf Wiedervorlage.

Mitarbeitende in Fort- und Weiterbildung/Studium

Der Umgang mit Fort- und Weiterbildungen wird als unbürokratisch eingestuft. Entsprechende Vorhaben sind im Rahmen der Personalentwicklung, der Personaleinsatzplanung und der jährlichen Fort- und Weiterbildungsplanung berücksichtigt und gemäß § 80 SGB XI dokumentiert. Die Konditionen für die Mitarbeitenden richten sich nach den betriebsüblichen Verabredungen.

Probleme gibt es hin und wieder vor allem mit Teilzeitbeschäftigten, wenn strittig ist, wie etwa die Teilnahme an einer Fortbildung in Arbeitszeit umgerechnet wird. Es hat sich gezeigt, dass transparente und grundsätzliche Regelungen zwischen Heimleitung und Mitarbeitervertretung helfen, Zeit zu sparen und im Einzelfall Konflikte zu vermeiden.

Beurteilung

Der Umgang mit den vorgenannten Personalgruppen ist kein beachtenswerter Aspekt der Entbürokratisierungsdiskussion.

3.3.3.8 Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV)

Das Thema Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) wird aus juristischer Sicht in Kapitel 4.4 bearbeitet. Zusätzlich war es in Bezug auf Personalaspekte Inhalt dieses Erhebungspaketes. Demnach haben 12 der befragten Heime eine LQV abgeschlossen. Je nach Trägerstruktur und Aufgabenverteilung wird der Erarbeitungsprozess wie folgt beschrieben:

- Ohne direkte Beteiligung der Heime wurden fünf LQV erstellt. Die Arbeit wurde jeweils auf Trägerebene mit Hilfe der regelmäßig von den Heimen zur Verfügung gestellten personal- und bewohnerbezogenen Daten und auf Grundlage der geltenden Leistungskataloge durchgeführt. Verantwortlich waren die Controlling- und/oder die Qualitätsmanagementabteilungen der Träger.
- In Kooperation zwischen Trägern und Einrichtungen wurden die restlichen sieben LQV erarbeitet. Hier waren vor allem die Leitungsverantwortlichen (Heim-, Pflegedienst- und Verwaltungsleitung) einbezogen. Der Zeitaufwand im einzelnen Heim wird unterschiedlich beziffert, hielt sich aber in überschaubaren Grenzen (Angaben: zwischen zwei Stunden und fünf Arbeitstagen).

Schwierig war nach Schilderung der Befragten die Erarbeitung insofern, als keine bzw. uneinheitliche Vorgaben zu Inhalt, Form und Struktur der LQV zur Verfügung standen. Umfangreicher Abstimmungs- bzw. Überarbeitungsbedarf zwischen den Vertragspartnern sowie auf Einrichtungs- und/oder Trägerebene waren die Folge. Ledig-

lich im Einzelfall standen Orientierungshilfen von Kostenträgern oder des Spitzenverbands zur Verfügung.

Form, Struktur und Inhalt der LQV variieren erheblich. Das Spektrum reicht von der einfachen Aufzählung von Leistungen und Personal bis zu mehrseitigen komplexen Texten mit detaillierten Angaben zur Personalausstattung und -struktur und den Angeboten des Hauses.

Kritisiert wird, dass in den LQV teilweise Passagen aus bestehenden Versorgungsverträgen übernommen wurden. Die in den LQV festgeschriebenen Inhalte gingen nicht über dort bereits definierte Leistungen nach § 80 SGB XI hinaus. Damit stelle sich die Frage nach dem Sinn der LQV. Nur in Einzelfällen werden in den vorliegenden LQV weitergehende Leistungen festgeschrieben. Hier bezieht sich die Kritik darauf, dass jegliche Refinanzierungsgrundlage als Folge der LQV fehle.

Problematisch ist nach Einschätzung der Befragten, dass Entgelte und LQV getrennt verhandelt werden. Dies führe dazu, dass in den Verhandlungsrunden die Kostenträger auf die jeweils andere Verhandlungsrunde verweisen und dann eine Einigung schwer ist bzw. auf Kosten der Heime zustande kommt. Interessant ist, dass 2005 in drei Fällen Entgeltverhandlungen stattfanden, ohne dass der Abschluss einer LQV erforderlich war.

Beurteilung

Die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Telefoninterviews sind mit den Ergebnissen der Beurteilung aus rechtlicher Sicht identisch: LQV sind in der vorliegenden Form entbehrlich. Den Einrichtungen entsteht ein (Mehr-)Aufwand ohne erkennbaren Zusatzeffekt.

3.3.3.9 Fachkraftquote./Fachkräfte⁵

Einsatz von Fachkräften./Kontrolle der Fachkraftquote

Alle 21 vertiefend befragten Einrichtungen arbeiten zum Befragungszeitpunkt oberhalb der gesetzlich geforderten 50%-Fachkraftquote (zwischen 51% und 63%).

Die Fachkraftquote wird durch die regelmäßige Kontrolle der aktuellen Personallisten überwacht (Anteil der Fach- und Hilfskräfte, Fachkräfte nach Qualifikation, Anteil der Voll- und Teilzeitstellen mit dem jeweiligen Stellenvolumen). Aktualisierungen werden im Arbeitsvollzug vorgenommen, sodass man über tagesaktuelle Daten verfügt.

Die Listen werden nach Aussage der Befragten mit überschaubarem Aufwand geführt. Sie sind Grundlage für fachliche und betriebswirtschaftliche Entscheidungen und damit Steuerungsinstrument. Die Einhaltung der Fachkraftquote wird durch drei externe Instanzen kontrolliert:

- von der Heimaufsicht durch die regelmäßigen Personalmeldungen und im Rahmen der Vor-Ort-Kontrollen,

⁵ Vgl. dazu auch die juristischen Ausführungen in Kapitel 4.4.3.2

- vom MDK in den Qualitätsprüfungen vor Ort und
- von den Kostenträgern im Rahmen der vorzulegenden Unterlagen für Vergütungsverhandlungen.

Das Einhalten der Fachkraftquote wird auch betriebsintern ständig überprüft. Im Einzelfall kommt es trotzdem immer wieder zu einer zeitweiligen Unterschreitung. In drei Heimen hat es daraufhin Rückzahlungsforderungen der Kostenträger gegeben. Die Mehrheit der Heime berichtet jedoch, dass eine ausnahmsweise Unterschreitung von den Kostenträgern hingenommen wird und nicht zu Problemen führt.

Einsatz ausländischer Fachkräfte

Ausländische Fachkräfte beschäftigen 14 der 21 Heime dann, wenn deren Qualifikation nach deutschem Recht anerkannt ist bzw. die Ausbildung in Deutschland absolviert wurde.

Vier Einrichtungen arbeiten bewusst nicht mit ausländischen Fachkräften. Bei hinreichender Anzahl von Bewerberinnen und Bewerbern lege man großen Wert auf die Ausbildungsqualität und gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift. In drei Heimen sind gegenwärtig keine ausländischen Fachkräfte im Einsatz; man ist jedoch bei Eignung der Bewerber/-innen grundsätzlich dazu bereit.

Vier Einrichtungen berichten, dass sie früher bei Bedarf Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter im Anerkennungsprozess begleitet haben. Der Aufwand sei enorm gewesen, heute betreibe man ihn nicht mehr, weil:

- Pflegekassen und Heimaufsicht unterschiedliche Anerkennungskriterien anwendeten, dies verkomplizierte den Vorgang;
- teilweise unterschiedliche Anerkennungskriterien innerhalb der gleichen Instanz vorlagen und
- die Anerkennungsverfahren langwierig und verwaltungsaufwändig waren.

Einschätzungen der Befragten zur Fachkraftquote

Die Fachkraftquote wird von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern vielfach als überholt bewertet, nötig seien stattdessen Qualifizierungsinitiativen, um eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung zu sichern und damit das Niveau der pflegfachlichen Versorgung zu optimieren. Problematisiert wird u.a. die in der Alltagspraxis häufig beobachtete Diskrepanz zwischen der formalen Qualifikation und der tatsächlichen Kompetenz der Fachkräfte. Zudem sei es immer schwerer, ausreichend qualifizierte Fachkräfte zu finden, die den steigenden fachlichen und organisatorischen Anforderungen gerecht werden. Dies gelte besonders für leitende Mitarbeitende.

Weiterhin wird die Auffassung vertreten, dass nicht in allen Bereichen eine 50%-Quote erforderlich ist. Vielfach seien - etwa bei neuen Wohngruppenkonzepten für Demenzzranke - „mehr Hände“ zur hauswirtschaftlichen Versorgung und zur Tagesstrukturierung erforderlich, die, etwa als fundierte, basisqualifizierte Kräfte, die Arbeit der Fachkräfte ergänzten. Ungeachtet der Qualifikation wird von allen eine hohe

Kommunikationskompetenz und Erfahrung im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen erwartet.

Beurteilung

Die Erhebungen haben keine Entbürokratisierungspotenziale im Umgang mit Fachkräften bzw. der Fachkraftquote ergeben. Die geäußerte Kritik ist Teil fachlicher Erörterungen und keine Entbürokratisierungsproblematik.

3.3.3.10 Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen

Alle 21 befragten Heime arbeiten mit mindestens einer Altenpflegeschule zusammen. Regelmäßig mit einer Altenpflegeschule kooperieren sieben Heime; 11 pflegen die Zusammenarbeit mit zwei und eine Einrichtung mit drei Altenpflegeschulen. Zwei Heime sind Teil eines trägereigenen bzw. auf Trägerebene organisierten so genannten Bildungs- bzw. Kompetenzzentrums. Dabei handelt es sich in einem Fall um einen Verbund, der auch Kliniken unterhält und damit neben Altenpflegekräften auch Krankenschwestern/Krankenpfleger und Krankenpflegehelfer/-innen ausbildet. Bei dem anderen Beispiel handelt es sich um die verbindliche Kooperation mit trägereigenen Schulen einmal für Altenpflege und zum anderen einer Fachschule für Physiotherapie.

In 12 Fällen ist die Zusammenarbeit durch Kooperationsverträge verbindlich geregelt. Drei Einrichtungen bieten darüber hinaus Auszubildenden weiterer Schulen, mit denen keine schriftlichen Kooperationsverträge bestehen, einen Praxiseinsatz an.

Mehrere Befragte berichten, dass die Zusammenarbeit mit einer Altenpflegeschule, mit der man bisher kooperiert hatte, beendet wurde. Gründe lagen vor allem in der Haltung der Verantwortlichen der Altenpflegeschule. Die Leitung des Heimes erlebte sich nicht als Partner der Schule.

Die Heime setzen Schüler/-innen aller Ausbildungsjahre ein (in der Regel 1-3 pro Ausbildungsjahr). Überwiegend handelt es sich um Erstauszubildende, in geringerem Umfang auch um Umschüler/-innen (sechs Nennungen) gefördert von der örtlichen Arbeitsagentur, die eine Zweitausbildung absolvieren.

Regelungen zur Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen

An allen Standorten ist die Zusammenarbeit inhaltlich und organisatorisch überwiegend gut geregelt, wenn auch nur zum Teil schriftlich festgelegt (10 Nennungen). In unterschiedlicher Bandbreite wird von einem regelmäßigen Informationsaustausch zwischen Schule und Heim gesprochen. Folgendes Beispiel kann als gelingende Praxis angesehen werden:

Abbildung 12: Good-practice Beispiel: Der geregelte Umgang zwischen Altenpflegeschule und Heim

- Beispiel guter Praxis:**
Der geregelte Umgang zwischen Altenpflegeschule und Heim
- Das Verhältnis zwischen Ausbildungsstätte und Heim ist partnerschaftlich und gleichberechtigt.
 - Ausbildungsstätte und Heim haben sich über den Ausbildungsverlauf und die Zeiten, in denen die Auszubildenden dem Heim zur Verfügung stehen, möglichst im Detail verständigt. Damit können die Auszubildenden in der Dienstplanung verlässlich berücksichtigt werden.
 - Es gibt regelmäßige Telefonkontakte und es finden
 - regelmäßige, themenzentrierte Treffen mit jeweils unterschiedlichen Teilnehmenden aus dem Heim statt (etwa: Heim-, Pflegedienst-, Wohnbereichsleitung, Praxisanleitende/Mentorinnen und Mentoren).
 - Es sind feste Zeiten bekannt und verabredet, in denen man erreichbar bzw. ansprechbar ist.
 - Das Heim erhält regelmäßige schriftliche und/oder mündliche Informationen der Schule zu den vermittelten Inhalten (mit Richtlinien zur Anwendung und ggf. Hinweisen zu Änderungen bisheriger Praxis, etwa: veränderte grundpflegerische Techniken).
 - Umgekehrt informieren Heime die Schule regelmäßig schriftlich und/oder mündlich über innerbetriebliche Regelungen zum Praxiseinsatz der Schüler/-innen.
 - Es finden Treffen zwischen Schulen und Mentoren zur Reflexion der Praxiseinsätze statt, aber auch zu deren Information und Weiterqualifizierung, etwa wenn sich Veränderungen praxisrelevanter Lerninhalte und/oder in der Handhabung der Praxisbeurteilungen ergeben haben.
 - Punktuell gibt es wechselseitige Einladungen zu Veranstaltungen mit Interesse für den Kooperationspartner.
 - In einzelnen Fällen wird berichtet, dass Leitungskräfte der Heime als Dozentinnen und Dozenten in den Altenpflegeschulen tätig sind.

Die Auflistung ist ein Leitfaden, der als Anregung für eine fundierte Zusammenarbeit zwischen Altenpflegeschule und Heim gelten kann. Durch die genannten Regelungen lassen sich wechselseitige Missverständnisse vermeiden.

Regelungen zu Bewerbungsverfahren und der Auswahl von Altenpflegeschülerinnen und -schülern

Interessierte bewerben sich überwiegend parallel bei der Altenpflegeschule und im Heim (12 Nennungen). Schule und Heim stimmen sich untereinander ab, sodass Dop-

pelungen etwa hinsichtlich der Weitergabe der Bewerbungsunterlagen oder des Ausfertigers der Ausbildungsverträge vermieden werden.

Auch die Bewerberauswahl findet in der Regel im engen Austausch statt, wenn auch mehrheitlich Heime und Schulen getrennt zu Vorstellungsgesprächen einladen. Lediglich zwei Heime beschreiben, dass sie Bewerbungsgespräche gemeinsam mit der Altenpflegeschule durchführen.

Hinsichtlich der administrativen Tätigkeiten ist das Verwaltungsverfahren vergleichbar mit den bekannten Abläufen bei Neueinstellungen bzw. in der Personalverwaltung.

Achtmal berichten Heime, dass als Einstieg in das Bewerbungsverfahren um einen Ausbildungsplatz ein Vorpraktikum verlangt wird. Wenn in diesen Heimen jemand bereits ein Freiwilliges Soziales Jahr bzw. seinen Zivildienst absolviert hat, wird auf ein Vorpraktikum verzichtet.

Nach Aussagen von fünf Heimen ist es in ihrer Region üblich, dass sich künftige Altenpflegeschüler/-innen unmittelbar und nur bei der Schule bewerben, diese treffe auch die Auswahl. Drei der fünf Heime monieren dieses Vorgehen, weil sie dabei keine ausreichende Mitsprachemöglichkeit haben.

Regelungen zur Einsatzplanung der Auszubildenden

Die Planung der Praxiseinsätze sowie der Ferien- bzw. Urlaubszeiten der Schüler/-innen obliegt in allen Fällen der jeweiligen Altenpflegeschule. Im Rahmen der Kooperationsvereinbarungen gestalten jedoch die Einrichtungen die Einsatzplanung der Schüler/-innen mit.

Generell für die Altenpflegeschüler/-innen verantwortlich sind in den Heimen entweder die Heimleitung (3 Nennungen), die Pflegedienstleitung (6 Nennungen), Wohnbereichsleitungen (9 Nennungen) oder die Praxisanleitungen/Mentoren (3 Nennungen).

Probleme für die Heime, etwa personelle Engpässe in den Schulferien oder bei Unterrichtsblöcken, entstehen offenbar kaum. Lediglich drei Heimvertreter/-innen erwähnen, dass diese Problematik hin und wieder eintritt. Zur Vermeidung, arbeiten Altenpflegeschulen Schülereinsatzpläne aus (möglichst zu Ausbildungsbeginn für alle drei Ausbildungsjahre), die an die Heime weitergegeben werden. Damit ist, so die Mehrheit der Befragten, der Schülereinsatz langfristig planbar und in die Dienstplanung zu integrieren.

Den Stellenwert von Schülerinnen und Schülern für die Einrichtung sehen einige der Befragten „im zusätzlich verfügbaren Personal in den Wohngruppen“. Ein Heim betont, dass die Ausbildung Teil des Personalentwicklungskonzepts ist und man sich auf diese Weise den Nachwuchs selbst ausbildet. Man hat das Ziel, freie Stellen nach Möglichkeit aus den eigenen Reihen bzw. aus dem eigenen Nachwuchs besetzen zu können. Alle anderen Verfahren seien auf Dauer mit zu vielen Unwägbarkeiten behaftet und nicht sinnvoll.

Insgesamt wird die Einsatzplanung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern als unkompliziert und problemlos mit dem Bedarf der Einrichtung in Einklang zu bringen ein-

gestuft. Lediglich zwei Heime fühlen sich von den Planungen der Altenpflegeschule fremd bestimmt.

Regelungen zum Nachweis und der Bewertung des Schülereinsatzes

Zur Dokumentation des Praxiseinsatzes in der Einrichtung werden Arbeitszeit- (10 Nennungen) bzw. Tätigkeitsnachweise (11 Nennungen) verwendet, die von den Auszubildenden monatlich zu führen sind. Die Nachweise werden je nach betrieblicher Praxis von der zuständigen Heim-, Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung bzw. den Praxisanleitungen abgezeichnet und bei Bedarf miteinander besprochen. Der Aufwand hält sich übereinstimmend in vertretbaren Grenzen.

Aufwändiger sei - abhängig von den unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Schüler/-innen - die Kontrolle und ggf. Unterstützung der Auszubildenden beim Erstellen der Tätigkeitsberichte und -nachweise für die Schule (7 Nennungen). Der Zeitaufwand wird mit bis zu zwei Stunden pro Schüler/-in und Monat angegeben. Zuständig sind in aller Regel die Mentorinnen und Mentoren.

Sieben Gesprächspartner/-innen berichten, dass zur Beurteilung der Praxiseinsätze in den Heimen standardisierte und gemeinsam mit der Schule erarbeitete Beurteilungsbögen zur Verfügung stehen. Ansonsten hat man sich eigene Vorlagen entwickelt bzw. formuliert den Beurteilungstext von Fall zu Fall frei (3 Nennungen). Beurteilungen zu schreiben sei Routinearbeit und der Aufwand nur dann größer, wenn es sich um problematische Einsätze handele. Dann müsse man sich nicht selten mit Kolleginnen und Kollegen beraten und mehr Zeit investieren.

Einschätzungen der Praxisakteure zu Einsatz und Umgang mit Altenpflegeschülerinnen und -schülern

Der Einsatz von und Umgang mit Altenpflegeschülerinnen und -schülern wird als relativ aufwändig beschrieben (18 Nennungen). Sie bedürfen einer engen Anleitung, zwischen der in der Schule vermittelten Theorie und den Anforderungen bzw. Handhabungen in der Praxis gibt es teilweise eklatante Unterschiede. Schwierig sei auch, dass Schüler/-innen auf Grund der Gegebenheiten im Heim möglichst vom ersten Tag an mitarbeiten müssten und die Zeit für Anleitung und Begleitung ständig von den tagessaktuellen Anforderungen im Heim bedroht sei.

Inhalte wie Qualitätsmanagement, Pflegeprozess, Zeitmanagement oder auch grundlegende Informationen zu den Strukturen des Altenhilfe- und Gesundheitssystems kommen oft zu kurz. Dass die Heime trotzdem Altenpflegeschüler/-innen beschäftigen, trägt u.a. der Einschätzung Rechnung, in Zukunft noch stärker als bisher auf in der eigenen Einrichtung ausgebildete Fachkräfte angewiesen zu sein.

Beurteilung

Zum gesamten Themenbereich „Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen“ ist festzustellen: Entbürokratisierungspotenziale sind aus den Darlegungen der Befragten kaum abzuleiten. Effektivität und Effizienz werden von der Qualität der externen Kooperationen und von professionell organisierten Abläufen bestimmt. Dies betrifft die Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen generell und im Detail vor allem die Bewer-

bungs- und Auswahlverfahren, die Schülereinsatzplanung und die Regelungen zum Nachweis und der Bewertung der Einsätze.

Die Ausführungen zeigen, dass ein Hand-in-Hand-Arbeiten zum Wohle aller Beteiligten vor allem dann gelingt, wenn regelmäßig in verbindlich verabredeten Strukturen miteinander kommuniziert wird und nicht nur dann, wenn Probleme auftauchen. Hierfür grundlegend wichtig ist, dass sich die Schulleitungen als Partner der Heime definieren und nicht als anordnungsberechtigte Instanz. Dass offenbar Heime zunehmend den Wert selbst ausgebildeten (Nachwuchs-)Personals erkennen, ist Indiz für eine weitsichtige Zukunftsplanung.

3.3.3.11 Einsatz von besonderen Personalgruppen und Zusammenarbeit mit den entsprechenden externen Stellen

Gemeint sind Zivildienstleistende, junge Leute im Freiwilligen Sozialen Jahr, Praktikantinnen und Praktikanten sowie 1-Euro-Kräfte. Nachfolgend werden jeweils die Anforderungen an das Heim und Aspekte der Zusammenarbeit mit der zuständigen externen Stelle skizziert.

Zivildienstleistende (ZDL)

Von den 21 Einrichtungen beschäftigen derzeit noch 12 ZDL, vier weitere haben derzeit unbesetzte Stellen. Fünf Häuser geben an, dass sie inzwischen bei der stark verkürzten Einsatzzeit keine Verwendungsmöglichkeit für ZDL sehen.

Als Erschwernisgründe für den Einsatz von ZDL nennen die Häuser:⁶

- Es gibt inzwischen zu wenig Interessenten, damit schwindet die Wahrscheinlichkeit geeignete Kräfte zu finden. (10 Nennungen)
- Der Moderationsbedarf bei problematischen Einsätzen bzw. Personen wird immer größer; Probleme lassen sich i.d.R. nicht im Sinne des Heimes regeln. (7 Nennungen)
- Freistellungen für Schulungen und Urlaub im Verhältnis zur verkürzten Einsatzzeit sind nicht mehr stimmig. (7 Nennungen)
- Der Gesamtaufwand rund um den Einsatz von Zivildienstleistenden ist inzwischen im Verhältnis zum Nutzen für den Betrieb zu hoch. (8 Nennungen)

Vier Heime würden trotz dieser Aussagen gerne weiter Zivildienstleistende beschäftigen, „wenn sich *geeignete* Interessenten melden“. Dies sei aber zunehmend nicht mehr der Fall. Der Einsatz eines „guten“ ZDL mache immer noch Sinn, vor allem dort, wo keine zeitintensive Einarbeitung erforderlich sei, z.B. in Begegnungsstätten.

Hinsichtlich der formalen und administrativen Abwicklung geben von den 21 Heimen 12 an, dass in den übergeordneten Bezirks- bzw. Regionalverbänden des Trägers für die Koordination des ZDL-Einsatzes und die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für

⁶ Mehrfachnennungen

Zivildienst eine zuständige Stelle ausgewiesen ist, von deren (Zu-)Arbeit man profitiere. Das einzelne Heim kann sich auf die Arbeit mit den ZDL vor Ort konzentrieren.

Trotzdem wird der organisatorische und bürokratische Aufwand vor und zu Beginn eines Einsatzes von etwa der Hälfte der Befragten als hoch bewertet. Genannt wird ein Zeitbedarf bei Dienstantritt eines Zivildienstleistenden von bis zu einem Arbeitstag. Die übrigen Befragten beurteilen die Arbeit mit ZDL als Routine und eher unbürokratisch.

Positive Einschätzungen liegen dann vor, wenn die Betreuung der ZDL im Rahmen eines funktionierenden Personalmanagements und auf der Grundlage effizienter Personalverwaltung geregelt ist. Dann stehen geeignete Kommunikationswege zur Verfügung, die helfen, die jungen Männer als Mitarbeiter auf Zeit effektiv einzusetzen.

Umgang mit Bewerbungen für eine ZDL-Stelle

Das Verfahren ist mit der Auswahl sonstigen Personals vergleichbar: Es geht um klare Zuständigkeiten (häufig erledigt die Heimleitung diese Arbeit), das Sichten von Bewerbungen, bzw. um „dezenzte Öffentlichkeitsarbeit“ zur Gewinnung geeigneter Interessenten, um Rücksprache mit den Verantwortlichen in den infrage kommenden Einsatzbereichen im Haus, schließlich um Vorstellungsgespräche und die Bewerberauswahl.

Anschließend wird der Einstellungsbeschluss an die zuständige Verwaltungsstelle (i.d.R. angesiedelt beim eigenen Träger/-verband) bzw. an den Regionalbeauftragten des Bundesamts für den Zivildienst weitergeleitet. Von dort erhält der Bewerber seinen Einberufungsbescheid. Der Aufwand für diese administrativen Arbeiten wird mit durchschnittlich zwei Stunden pro ZDL beziffert.

Einstellung, Einführung und Belehrung zu Beginn des Einsatzes im Heim

Die eigentliche Einstellung ist mit den Abläufen beim Eintritt anderer Mitarbeiter/-innen in den Betrieb gleichzusetzen. Es geht um das Anlegen der Personalakte, das Ausfüllen und Weiterleiten des Nachweisblattes sowie um die Soldberechnung und -verwaltung. Schließlich ist die ärztliche Untersuchung sicherzustellen.

Zu Beginn des Einsatzes werden die Zivildienstleistenden hausintern in die Arbeit mit alten und pflegebedürftigen Menschen eingeführt. Sie erhalten eine Belehrung zu Schweigepflicht, Datenschutz, Trägerleitbild und ggf. Qualitätsmanagement. Diese Arbeiten sind genauso umfangreich wie bei regulären Neueinstellungen und damit, bei der inzwischen kurzen Verweilzeit der ZDL im Betrieb, zu aufwändig.

11 der Befragten geben an, dass Handreichungen als Orientierungshilfe (Checklisten, Informationsmaterialien, Handbücher) zur Verfügung stehen. Darüber hinaus müssen die Zivildienstleistenden während des gesamten Einsatzes begleitet werden („vielfach sind auch erzieherische Anteile erforderlich“).

Grundsätzlich werden auch bei Zivildienstleistenden die für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gültigen Konzepte zur Einführung, Einarbeitung und Anleitung genutzt (10

Nennungen). Als Einsatzfelder werden genannt: Haustechnik, Hauswirtschaft, Soziale Dienste, Pflege und die Bewohnerbetreuung.

Beurteilung

Der Einsatz von Zivildienstleistenden ist vergleichbar mit der Beschäftigung anderen Personals und damit zu einem guten Teil Routine. Ergänzt wird der Umgang mit Zivildienstleistenden um die Zusammenarbeit mit den für den Zivildienst zuständigen Stellen.

Wenn Schwierigkeiten auftreten, entsteht meist ein hoher Aufwand. Erforderlich sind dann mehrere Moderationsgespräche mit dem Betreffenden und den Verantwortlichen des Einsatzbereiches, in deren Verlauf evtl. der Regionalbeauftragte und/oder der beim Träger Zuständige hinzugezogen werden. Ursachen für Probleme liegen nach Angaben der Befragten immer häufiger in der Persönlichkeit eines Zivildienstleistenden begründet, insbesondere in fehlender Motivation und Unzuverlässigkeit.

Als Hinweis auf Entbürokratisierungspotenzial kann der inzwischen nicht mehr adäquate Zeitaufwand für die verschiedenen internen, aber auch externen Aktivitäten zur Einführung, Schulung und Anleitung der Zivildienstleistenden gesehen werden. Bei der deutlich verkürzten Dienstzeit sollte hier eine Konzentration auf das Nötige erfolgen.

Mitarbeitende im Freiwilligen Sozialen Jahr/Praktikantinnen und Praktikanten

15 Heime geben an, dass sie als Ausgleich für Zivildienstleistende Mitarbeitende im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) und/oder Praktikantinnen und Praktikanten beschäftigen bzw. künftig beschäftigen werden. Drei Heime bieten kein Freiwilliges Soziales Jahr an und ebenfalls drei beschäftigen keine Praktikanten.

Das Freiwillige Soziale Jahr und/oder Praktika werden vielfach als Vorphase für eine geplante Altenpflegeausbildung absolviert. Teilweise geht es Jugendlichen dann darum, die Zeit bis zum 17. Lebensjahr zu überbrücken (eine Zulassungsvoraussetzung zur Altenpflegeausbildung) oder zu überprüfen, ob eine spätere Berufstätigkeit in der Altenpflege in Frage kommt.

Aus Sicht der Heime bietet vor allem das FSJ die Möglichkeit, Bewerber/-innen für einen Ausbildungsplatz im Vorfeld kennen zu lernen. Interessenten für das FSJ bewerben sich i.d.R. bei der zuständigen Stelle des Trägers bzw. Verbandes und nur vereinzelt (4 Nennungen) unmittelbar im Heim. In der Regel melden die Heime ihrem Träger bzw. dem Verband freie Stellen und nennen ihr Anforderungsprofil (7 Nennungen). Die übergeordnete Stelle vermittelt dann geeignete Bewerber/-innen. Auswahl und Einstellung erfolgen vor Ort, analog zum üblichen hausinternen Procedere. Der Aufwand für Auswahl, Einstellung und Personalverwaltung hält sich in überschaubaren Grenzen.

Neben Jugendlichen im FSJ beschäftigen die meisten Heime Praktikantinnen und Praktikanten allgemeinbildender Schulen (Haupt- und Realschulen, Berufsbildende Schulen), aus Qualifizierungsmaßnahmen (u.a. Familienpflege-; Hauswirtschaftsschu-

len) oder auch von Fachhochschulen (Fachrichtung Sozialarbeit, -pädagogik oder Pflege).

Wie FSJ werden Praktikantinnen und Praktikanten in den Bereichen Pflege, Betreuung, Soziale Dienste und Hauswirtschaft eingesetzt. Die Dauer der Einsätze variiert je nach Schulform und deren Praktikumsvorgaben zwischen vier Wochen und einem Jahr.

Der Aufwand im Umgang mit FSJ und Praktikanten ist nach Angaben vieler der Befragten geringer als bei Zivildienstleistenden. Im Hinblick auf flankierende Arbeiten mit den jeweils zuständigen externen Stellen ergeben sich ähnliche Abläufe wie in der Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen. Bei (Schul-)Praktikanten geht es um Absprachen mit der jeweiligen Schule zum Einsatz, den schulischen Anforderungen, Vorgespräche, den Abgleich der wechselseitigen Erwartungen, die Beurteilung der Tätigkeit, die Moderation von Problemen und der dann nötigen Rücksprachen mit der Schule.

Beurteilung

Entbürokratisierungspotenzial wird nicht benannt und ist aus unserer Sicht nicht erkennbar.

Arbeit mit 1-Euro-Kräften

16 Heime setzen 1-Euro-Kräfte ein. Sie erfüllen Sonderaufgaben als Präsenzkkräfte in der Bewohnerbetreuung (u.a. Kommunikation, Beschäftigung, Betreuung) oder sind als Hilfskräfte in Haustechnik oder Hauswirtschaft tätig.

Aufwand der Heime beim Einsatz von 1-Euro-Kräften

Wie hoch der Aufwand für den Einsatz von 1-Euro-Kräften für die Heime ist, wird zunächst davon beeinflusst, ob das Heim selbst 1-Euro-Kräfte beantragt (10 Nennungen) oder ob die Arbeitsagentur wegen der Einsatzmöglichkeiten von 1-Euro-Kräften angefragt hat (4 Fälle).

Werden die Heime von sich aus initiativ, sind zunächst Kontaktgespräche mit der Regionalagentur für Arbeit notwendig. Wird von dort eine Zusammenarbeit vom Grundsatz her befürwortet, muss ein Antrag gestellt werden. Dazu ist ein mehrseitiger Vordruck⁷ handschriftlich auszufüllen. Dessen Bearbeitung durch die Arbeitsagentur dauerte vielfach (13 Nennungen) bis zu mehreren Monaten.

Demgegenüber sei nach Eingang eines Positivbescheids der Einsatzbeginn meist sehr kurzfristig („von einem Tag auf den anderen und ohne große Ankündigung“). Die Folge: Einführung und Anleitung der Kräfte müssen improvisiert werden und sind nicht so sorgfältig, wie eigentlich erforderlich.

An zwei Standorten bilden mehrere Träger einen so genannten Netzwerkservice, dessen Aufgabe die einrichtungsübergreifende Antragstellung und Zusammenarbeit mit

⁷ Ein Gesprächspartner berichtet, dass der Trägerverband sich mit den zuständigen Arbeitsagenturen auf einen vereinfachten Antragsbogen einigte.

der Arbeitsagentur ist. Das einzelne Heim ist jetzt nur noch für die Begleitung vor Ort und die Nachweisführung über die Arbeitszeit der 1-Euro-Kräfte zuständig.

Mit den 1-Euro-Kräften wird eine Tätigkeitsvereinbarung geschlossen. Die verwaltungstechnische Umsetzung ist im Vergleich zu regulären Mitarbeitenden „im reduzierten Umfang ähnlich“. Die Personalverwaltungen haben sich auf die entsprechenden Regelungen eingestellt und Regelabläufe entsprechend angepasst.

Probleme aus Sicht der Heime

Die Heime kritisieren vor allem, dass sie zu wenig in die Bewerberauswahl einbezogen werden und Bewerber/-innen meist nur unzureichend darüber informiert sind, was sie in einem Altenpflegeheim erwartet (zehn Nennungen). In der Folge sei es nicht verwunderlich, wenn viele 1-Euro-Kräfte überfordert sind. Immer wieder komme es zu Problemen, deren Bearbeitung für alle Beteiligten unerfreulich sei und die viel Zeit in Anspruch nehme. Der Einsatz in einem Alten(pflege)heim sei eben nicht vergleichbar mit Laubsammeln im Stadtpark, so einer der Befragten.

Fünf Einrichtungen haben versucht das Problem zu lösen, indem sie Konzepte zum Einsatz von 1-Euro-Kräften entwickelten. Beispielsweise gibt es - analog zur Arbeit mit Altenpflegeschülern - hausinterne Mentoren, die für die Anleitung und Begleitung verantwortlich sind. In anderen Heimen gibt es regelmäßige Jour-fix-Termine, an denen eine Leitungskraft den 1-Euro-Kräften für Rückfragen zur Verfügung steht.

Als weiteres Problem wird identifiziert (10 Nennungen), dass bei der Arbeitsagentur zuständige Mitarbeitende offensichtlich nicht ausreichend in ihre Aufgaben eingearbeitet sind. Das produziere Fehler, die einen hohen Rücksprache- und Austauschbedarf nach sich ziehen. Geäußert wird mehrfach, dass man sich von der Arbeit der zuständigen Fallmanager mehr versprochen habe.

12 Befragte wünschen sich eine intensivere Zusammenarbeit mit der Arbeitsagentur auf struktureller und organisatorischer Ebene. Eine Kooperation im Einzelfall allein reiche als tragfähige Basis für eine gute Zusammenarbeit nicht aus.

Hauptprobleme sind die mangelnde Zuverlässigkeit der 1-Euro-Kräfte „zumindest zu Beginn der Tätigkeit“ (17 Nennungen; es liegen Mehrfachnennungen vor), fehlende Belastbarkeit (13 Nennungen) und Schwierigkeiten im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern (11 Nennungen).

Nur von einem Teil der 1-Euro-Kräfte, so die bisherigen Erfahrungen, kann erwartet werden, dass sie regelmäßig am Arbeitsplatz erscheinen und in der Lage sind, ihr tägliches Arbeitspensum zu absolvieren. Damit fehle in einem Heim unabdingbar notwendige Planungssicherheit. 1-Euro-Kräfte würden zwar nicht als feste Größe im Dienstplan berücksichtigt, sie seien aber etwa bei Aktionen und Veranstaltungen sehr wohl hilfreiche Zusatzkräfte. Deshalb müsse ihr Einsatz verlässlich möglich sein, sonst mache das Ganze keinen Sinn.

Fünf Heime berichten von wiederholten Problemen mit einzelnen 1-Euro-Kräften, so dass die Betroffenen in Absprache mit dem zuständigen Fallmanager wieder abgezogen und ersetzt wurden. Im Einzelnen habe man zugewiesene Personen aus frühe-

ren Maßnahmen gekannt und sich über die Zuweisung der Arbeitsagentur gewundert („es war uns klar, dass das nicht funktionieren kann“).

Trotz solcher Probleme wollen die meisten Häuser aus sozialen bzw. karitativen Beweggründen weiter mit 1-Euro-Kräften arbeiten. Die soziale und finanzielle Situation der meisten Betroffenen sei katastrophal und man wolle helfen. Sieben Heime zahlen pro Stunde mehr als den vorgegebenen Mindestsatz. Aus einer Einrichtung wird berichtet, dass man den Einsatz der 1-Euro-Kräfte gegen den Widerstand der Mitarbeitervertretung durchgesetzt hat.

In acht Heimen haben sich inzwischen offensichtlich die Arbeit mit 1-Euro-Kräften und die Zusammenarbeit mit der Regionalagentur für Arbeit eingespielt. Man macht durchaus positive Erfahrungen, die 1-Euro-Kräfte seien im Arbeitsalltag kaum mehr wegzu-denken. In zwei Häusern wurden, so die Berichte, erste 1-Euro-Kräfte in ein reguläres Arbeitsverhältnis übernommen.

Beurteilung

Der Einsatz von 1-Euro-Kräften ist für die Heime zunächst sehr aufwändig und vor allem im Hinblick auf den Aufbau der Kooperations- und Kommunikationsstrukturen mit den Regionalagenturen für Arbeit, aber auch im Hinblick auf die Auswahl, Anleitung und Begleitung der 1-Euro-Kräfte mit Schwierigkeiten verbunden.

Dass mehrseitige Formulare von Hand auszufüllen sind, ist für die Heime ebenso hinderlich wie die Erfahrung, dass Kräfte ohne hinreichende Rückkoppelung mit den Heimen zugewiesen werden und die Arbeitsaufnahme einer neuen Kraft oft (zu) kurzfristig ansteht.

Interessant ist, dass nach einiger Zeit eine Reihe von Heimen gemeinsam mit der Agentur für Arbeit Modalitäten entwickelt haben, innerhalb derer 1-Euro-Kräfte mit Nutzen für alle Beteiligten tätig sind. Dass es bereits erste Übernahmen in ein reguläres Arbeitsverhältnis gab, unterstreicht den Nutzen für Heim und Betroffene.

Entbürokratisierungspotenzial kann in der Optimierung und Professionalisierung des Umgangs zwischen Agentur für Arbeit und Heim gesehen werden. Im Einzelnen lassen sich die Zuweisungspraxis, die Handhabung von Formularen und die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagern und Heimen verbessern.

3.3.3.12 Umgang mit externen personalbezogenen Anfragen

Verschiedene externe Instanzen wenden sich mit regelmäßigen Anfragen zu personalbezogenen Aspekten an die Heime. Je nach Größe des Trägers und Organisation der Personalverwaltung richten sie sich direkt an die Einrichtungen oder an die Zentralverwaltungen auf Trägerebene. Nachfolgend gehen wir auf die wichtigsten Anfragen ein und erörtern den Arbeitsaufwand.

Anfragen der Statistischen Landesämter

Die Statistischen Landesämter erheben personalbezogene Daten der Heime durchschnittlich alle zwei Jahre. Bis 2003 waren die Abfragen weitgehend als manuell aus-

zufüllende Erhebungsbogen konzipiert. Inzwischen ist die Umstellung auf Datenträger im Gang.

Nach Aussage der Gesprächspartner/-innen ermöglicht die Systematik der Abfragen es nicht, ohne weiteres auf in den Heimen ohnehin vorhandene personalbezogene Übersichten bzw. Datenbanken zurückzugreifen. Vielmehr sei es erforderlich, die geforderten Informationen herauszufiltern und in der gewünschten Form bereitzustellen. Der Aufwand hierfür wird als hinnehmbar beschrieben, weil die Anfragen selten sind. Immerhin beträgt er jedoch bis zu einem Arbeitstag pro Anfrage.

Drei Heime geben an, dass sie sich inzwischen zur Minimierung der Arbeit eine eigene Datenbank in der Abfragelogik des Statistischen Landesamtes entwickelt haben. Sie wird kontinuierlich zusätzlich zu den zur Betriebsführung erforderlichen Listen und Übersichten geführt. Damit sind die gewünschten Daten jederzeit aktualisiert verfügbar. Dies zeigt, wie seitens der Einrichtungen Aufwand minimiert werden kann.

Anfragen von Kommunen und/oder Landkreisen

Kommunen und Landkreise erheben personalbezogene Daten in stationären Einrichtungen der Altenhilfe meist einmal im Jahr. Diese Daten dienen z.B. als Grundlage für ihre Altenhilfeberichterstattung und -planung. Es geht u.a. um die Gesamtpersonalausstattung, den Anteil an Fach- und Hilfskräften und um die Anzahl der Voll- und Teilzeitstellen.

Auch hier sind die Angaben nicht ohne weiteres aus vorhandenen Dateien zu übernehmen. Sie müssen herausgefiltert und handschriftlich in die entsprechende Vorlage übertragen werden. Der Aufwand umfasst ca. vier Arbeitszeitstunden pro Anfrage. Er wird als angemessen eingestuft.

Anfragen des eigenen Trägers bzw. verbandsinterne Anfragen zum Personal

Ggf. fragt der eigene Träger und/oder der Verband (monatlich, pro Quartal und/oder jährlich) personalbezogene Daten in der Einrichtung ab. Solche Abfragen werden als unproblematisch beschrieben, weil sie datenträgergestützt sind und sich auf Informationen beziehen (etwa zur Personalfuktuation und dem Qualifikationsstand), die im Betrieb ohnehin dokumentiert werden. Der Arbeitsaufwand wird mit maximal zwei Stunden im Jahr als angemessen eingestuft.

Sonstige Anfragen

Weitere Anfragen sind etwa die jährlichen Erhebungen der Regionalagenturen für Arbeit zu Beschäftigungstrends. Auch diese Angaben sind bislang handschriftlich vorzunehmen. Die Bearbeitungszeit wird mit bis zu vier Stunden pro Anfrage beziffert.

Gelegentlich nehmen Heime freiwillig an weiteren Erhebungen teil, in deren Verlauf ähnliche Anfragen zum Personal zu beantworten sind. Es geht um die Teilnahme an einem Betriebsvergleich oder um Anfragen von Universitäten bzw. Fachhochschulen im Rahmen von Forschungsvorhaben. Die Bearbeitungsanforderungen bewegen sich im Rahmen der vorausgehenden Beschreibungen.

Beurteilung

Die Beleuchtung der Bearbeitung externer, personalbezogener Anfragen fördert insofern Entbürokratisierungspotenzial zu Tage, als das Ausfüllen von Papierformularen zu Gunsten datenträgergestützter Erfassungsmethoden ersetzt werden sollte. Damit ist eine Zeitersparnis möglich.

Weiterhin vertreten wir die Ansicht, dass sich solche Anfragen ebenso wie andere externe Anforderungen an die Heime mehr als bisher an den betrieblichen Abläufen orientieren und berücksichtigen sollten, dass dafür Arbeitszeit aufzuwenden ist und Kosten entstehen. Die Denkweise, dass jeder zusätzliche aus dem verhandelten Pflege-satz zu finanzierende Zeitaufwand sich als Minimierung der Zeit von Personal bei den Bewohnerinnen und Bewohnern auswirkt, dürfte zu noch verantwortungsvollerem Umgang externer Stellen mit ihren Anforderungen an die Heime führen.

3.4	Bewohner/-innen und Pflege (Angelika Mahlberg-Breuer / Ursula Mybes)	179
3.4.1	Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets	180
3.4.2	Ausgeprägt bürokratiebelastete Aufgaben	181
3.4.2.1	Schadensmeldungen an Krankenkassen	181
3.4.2.2	Handhabung der Praxisgebühr	189
3.4.2.3	Widersprüche bei Ablehnung von bei der Krankenkasse beantragten Hilfsmitteln	200
3.4.2.4	Umsetzung von Medizinproduktegesetz und Medizinprodukte-Betreiberverordnung	211
3.4.2.5	Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung	220
3.4.3	Geringer bürokratiebelastete Aufgaben	231
3.4.3.1	Zusammenarbeit mit Ärzten / Ärztinnen	231
3.4.3.2	Zusammenarbeit mit Krankenhäusern	232
3.4.3.3	Zusammenarbeit mit Apotheken	233
3.4.3.4	Zusammenarbeit mit Krankenkassen	233
3.4.3.5	Zusammenarbeit mit Pflegekassen	234
3.4.3.6	Zusammenarbeit mit Behörden	234
3.4.3.7	Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betreuern / Betreuerinnen	235
3.4.3.8	Ein- und Auszug von Bewohnern / Bewohnerinnen	235
3.4.3.9	Weitere Aufgaben	236
3.4.4	Zusammenfassung und Bewertung	236
	Anlage	238
	Literaturverzeichnis	248

3.4 Bewohner/-innen und Pflege

(Angelika Mahlberg-Breuer / Ursula Mybes)

3.4.1 Aufgabenstellung und Durchführung des Untersuchungspakets

Aufgabenstellung im Untersuchungspaket 4 "Bewohner/-innen und Pflege" war die Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen bei Aufgaben im Zusammenhang mit

- der Bereitstellung pflegerischer, medizinischer und therapeutischer Leistungen
- der Bereitstellung von Leistungen der sozialen Betreuung
- der Sicherstellung der Mitwirkung an der Gestaltung des Lebens im Heim
- der Kooperation mit den Bewohnern und Bewohnerinnen, Nahestehenden, Betreuern/Betreuerinnen und Ehrenamtlichen.

Gerade in Bezug auf dieses Leistungspaket wird von den Heimen eine ständig steigende Belastung durch wachsende Aufgabenfülle, bürokratische Wucherungen und enger werdende Handlungsspielräume beklagt.

Vorbereitung, Datenerhebung und Datenauswertung erfolgten im Zeitraum von Anfang September bis Mitte November 2005 in folgenden Schritten:

- Das Anschreiben an die 28 projektbeteiligten Heime wurde am 12.09.2005 versandt mit der Bitte, zwei Fragebögen zu bearbeiten und Terminwünsche für die geplanten Telefoninterviews anzugeben.
 - Der Fragebogen 1 enthält eine Auflistung möglicherweise bürokratiebelasteter Aufgaben im Bereich "Bewohner/-innen und Pflege". Sie wurde Anfang September 2005 erstellt und mit nicht projektbeteiligten Heimen vorab getestet.
 - Die Ansprechpartner/-innen in den Projektheimen wurden gebeten, für jede aufgeführte Aufgabe im Ankreuzverfahren anzugeben, ob sie das Entbürokratisierungspotenzial als hoch, vorhanden oder nicht vorhanden beurteilen.
 - Im Fragebogen 2 sollte für jede Aufgabe mit hohem Entbürokratisierungspotenzial das bestehende Problem benannt und in seinen praktischen Auswirkungen beschrieben werden. Darüber hinaus sollten Lösungsansätze für bestehende Probleme beschrieben werden.
- Der Rücklauf aus allen 28 Projektheimen erfolgte per Fax oder E-Mail im Zeitraum vom 14. bis 30.09.2005.

Der Fragebogen 1 war von allen Befragten bearbeitet worden, jedoch unterschiedlich vollständig. Vereinzelt wurden in den später geführten Interviews Fehlinterpretationen des Fragebogens deutlich, es wurden mündlich andere Einschätzungen abgegeben als zuvor schriftlich oder es wurde den Gesprächspartnerinnen und -partnern selbst deutlich, dass sie nicht extern verur-

sachten Bürokratieaufwand beklagten, sondern "hausgemachte" Organisationsmängel (z.B. umständliche Postverteilung oder Beschaffung von Arztrezepten).

Der Fragebogen 2 wurde nur in 14 von 28 Heimen bearbeitet; es wurden zwischen einem und zehn Kritikpunkten benannt. Aussagekräftig und unmittelbar verwertbar waren dabei die Problembeschreibungen aus sechs Heimen; bei weiteren acht Heimen wurde in den Interviews um Erläuterung gebeten.

- Die Telefoninterviews wurden mit Gesprächspartner/-innen aus allen 28 Heimen im Zeitraum vom 19. bis 30.09.2005 geführt. Befragt wurden 24 x eine Person, 2 x zwei und 2 x drei Personen, wobei es den Heimverantwortlichen überlassen blieb, wer der oder die Gesprächspartner/-innen waren. Es handelt sich um Einrichtungsleitung/Geschäftsführung (18 x), Pflegeleitung oder stellvertretende Pflegeleitung (8 x), Mitarbeiter/-innen der Verwaltung (4 x), Qualitätsbeauftragte (3 x) und eine Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes (1 x).
- Die Auswertung der Befragungsergebnisse erlaubt eine klare Benennung der aus Sicht der Heime ausgeprägt, gering oder kaum bürokratiebelasteten Aufgaben. Die Ergebnisse wurden Vertreterinnen und Vertretern der Projektheime bei einem Arbeitstreffen am 04.11.2005 in Naumburg vorgestellt, die fachliche und rechtliche Bewertung und mögliche Lösungsansätze mit ihnen diskutiert.
- Die Auswertungsarbeiten und die Erstellung des Berichts wurden im April 2006 abgeschlossen.

3.4.2 Ausgeprägt bürokratiebelastete Aufgaben

Es wurden fünf Aufgabengruppen als aus Sicht der Heime ausgeprägt bürokratiebelastet identifiziert; es sind dies

- Schadensmeldungen an die Krankenkassen, z.B. nach Sturzereignissen
- die Handhabung der Praxisgebühr bei der Zusammenarbeit mit Haus-, Fach- und Notärzten
- Widersprüche bei Ablehnung von bei der Krankenkasse beantragten Hilfsmitteln
- die Umsetzung von Medizinproduktegesetz und Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- die Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung.

3.4.2.1 Schadensmeldungen an Krankenkassen

Erläuterung

So genannte Schadensmeldungen erfolgen vor allem nach Sturzereignissen, jedoch auch z.B. bei Dekubitus, Volumenmangel oder Exsikkose. Wird die Krankenkasse durch anfallende Krankentransport- oder Behandlungskosten auf ein Sturzereignis o.ä. aufmerksam, löst dies Nachfragen aus. Teilweise wird nach jedem nicht vorab bewilligten Krankentransport auch ohne anschließenden Krankenhausaufenthalt re-

cherchiert, selbst wenn es sich nur um eine Kontrolluntersuchung des Herzschrittmachers o.ä. handelt.

Nur eine Minderheit der Heime (4) berichtet von einer unaufwändigen Kooperation mit den Krankenkassen und sieht keine Entbürokratisierungspotenziale. Die Mehrheit der Heime fühlt sich belastet (4) oder stark belastet (20) bis "schikaniert".

Problembeschreibung

Beklagt werden vor allem folgende Probleme:

- **Formulare:** Kranken- und Haftpflichtversicherung verwenden unterschiedliche Formulare. Die einzelnen Krankenkassen verwenden jeweils eigene, unterschiedliche Formulare. Es kommt zur mehrfachen (bis zu vierfachen) Nachfrage der Krankenkasse mit jeweils unterschiedlichen Formularen, die Abweichungen im Detail aufweisen. Manche Fragen sind missverständlich formuliert. Es werden, besonders wenn bei den Krankenkassen die bearbeitenden Abteilungen wechseln, immer neue Schilderungen des Vorgangs angefordert. Daher werden im Heim Kopien angefertigt, abgelegt und bei Neubearbeitung verglichen. Es entsteht in den Heimen der Eindruck, dass die Mehrfachbefragung zu widersprüchlichen Aussagen der Heimmitarbeiter/-innen führen soll.
- **Termine:** Die Rückfragen der Krankenkassen erfolgen oft erst nach Monaten, in mehreren Fällen erst zwei bis vier Jahre nach dem Ereignis. Je länger der Vorfall zurückliegt, desto schwieriger wird es für das Heim, die Fragen exakt und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Auswertung der Pflegedokumentation ist aufwändig, die beteiligten Pflegekräfte erinnern sich nicht mehr ausreichend genau oder stehen nicht mehr zur Verfügung.
- **Teilungsabkommen:** Etliche Heime haben mit ihren Haftpflichtversicherungen Teilungsabkommen getroffen, die bei jedem Sturz o.ä. greifen, auch wenn den Heimmitarbeitenden kein Pflege- oder Betreuungsfehler unterlaufen ist und eine Schuld vom Heim ausdrücklich nicht anerkannt wird. Die Teilungsabkommen hinterlassen zwiespältige Gefühle. Einerseits verkürzen sie das Hin und Her mit den Krankenkassen. Andererseits werden die Kosten der Haftpflichtversicherung thematisiert und die umstandslose Umsetzung des Teilungsabkommens hinterlässt das ungute Gefühl der Anerkennung einer Mitschuld. Teilungsabkommen führen zu höheren Prämien, teilweise versuchen Haftpflichtversicherer, Risiken wie den Sturz auszuklammern.
- **Pflegedokumentation:** Oft wird die Pflegedokumentation bzw. ein Auszug hieraus angefordert. Die Heime sind jedoch nicht berechtigt, Kopien der Pflegedokumentation weiterzuleiten. Einzelne behelfen sich offensichtlich, indem sie sich bei Heimeinzug pauschal die Weitergabe der Pflegedokumentation bzw. von Auszügen daraus von Bewohnern und Bewohnerinnen bewilligen lassen, dies ist ein unzulässiges Verfahren. Aus einigen Einrichtungen wird berichtet, dass die Krankenkassen inzwischen vor einer Anforderung von Auszügen der Pflegedokumentation eine entsprechende Einverständniserklärung von Bewohnern und Bewohnerinnen oder Betreuern einholen.

- Verunsicherte Mitarbeiter/-innen: Die Pflegenden sind z.T. verunsichert, was wann wie dokumentiert werden muss. Die Sturzprotokolle werden "sicherheitshalber" immer länger, es werden "sicherheitshalber" auch Geschehnisse als Sturz dokumentiert, die anders einzuordnen sind (Bewohnerin hat sich hingekniet und konnte nicht mehr alleine aufstehen). Immer neue Schulungen, eine ständig wechselnde Befragungspraxis und pauschale Schuldzuweisungen/Vorwürfe irritieren.

Umgang der Heime mit Schadensmeldungen

Von den 24 Heimen, die sich durch Schadensmeldungen belastet oder sehr belastet fühlen, liegen Verfahrensangaben vor.

Zumeist sind die Heime selbst für die Schadensmeldung, die Beantwortung aller Rückfragen von Krankenkassen und ggf. Haftpflichtversicherungen zuständig (17). Dabei überwiegen schlechte Erfahrungen und es wird ein hoher Aufwand betrieben.

Die anderen Heime (7) erteilen keinerlei direkte Auskünfte an Krankenkassen, sondern der Träger oder von ihm beauftragte Juristinnen/Juristen übernehmen dies. Heimintern ist ein Sturzprotokoll anzufertigen, das der Pflegedokumentation beigelegt wird. Entscheidend ist, dass geeignete Standards und Verfahren zur Sturzprophylaxe umgesetzt sind und dass die Mitarbeiter/-innen fachgerecht dokumentieren. Die nachvollziehbare Dokumentation ist auch deshalb wichtig, weil die Nachfragen oft erst nach Monaten erfolgen. Besteht ein Teilungsabkommen mit der Haftpflichtversicherung des Heimes, reicht zum Teil die Bearbeitung eines Vordruckes für die Versicherung aus, die dann die Krankenkasse informiert bzw. umgekehrt. Überwiegend müssen separate Vordrucke für Haftpflichtversicherung und Krankenkasse bearbeitet werden. Das Verfahren erfordert Sorgfalt, wird aber nach Angaben der Interviewpartner/-innen als weniger belastend beurteilt.

Lösungsvorschläge der Heime

Als notwendige interne Maßnahmen werden von den Gesprächspartnerinnen und -partnern am Beispiel Sturz benannt

- die Reflexion der Ursachen von Stürzen
- eine fachgerechte Sturzprophylaxe sowie die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln (Hüftprotektoren o.ä.)
- eine gute, auch mit zeitlichem Abstand nachvollziehbare Dokumentation von Sturzereignissen
- die fortlaufende Schulung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen.

Die teilweise gegensätzlichen Vorschläge der Gesprächspartner/-innen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Heimen und Krankenkassen bei Schadensfällen lauten:

- Verzicht auf Schadensmeldungen. Der Arztbericht und/oder das Sturzprotokoll sollten ausreichen.

- Sofortige Teilung der Kosten zwischen Kranken- und Haftpflichtversicherung bei jedem Vorfall, "da es auch nach aufwändiger Recherche sowieso immer darauf hinausläuft".
- Verzicht auf Fragebogen in der Papierversion, statt dessen EDV-gestützte Bearbeitung
- Einmalige Schadensmeldung entweder an die Krankenkasse oder an die Haftpflichtversicherung basierend auf dem Sturzprotokoll
- Einmalige Schadensmeldung, keine Mehrfachabfragen, Verwenden eines einheitlich anzuwendenden Formulars
- Abschluss von Teilungsabkommen
- Verzicht auf Teilungsabkommen und Klären der Schuldfrage

Fachliche Bewertung

Die Art des Umgangs der Krankenkassen mit Schadensmeldungen enthält für die Heime etliche Zumutungen; dies belegen glaubwürdige Erfahrungsberichte aus den Projektheimen.

Nach unserer Einschätzung sind aber nicht alle projektbeteiligten Heime fachlich und administrativ so gut aufgestellt, dass sie im Schadensfall eine professionell-gelassene Haltung einnehmen, Nachfragen der Krankenkassen als zumindest grundsätzlich legitim beurteilen und mit begrenztem Aufwand bearbeiten können.

Der Aufwand für die Bearbeitung von Schadensmeldungen und die emotionale Betroffenheit der Heimverantwortlichen hierbei lassen sich jedoch, wie Beispiele guter Praxis zeigen, durchaus verringern. Ein solches Beispiel ist nachfolgend abgebildet. Die Entwicklung und Umsetzung verlangt den Heimträgern wie den Leitungskräften erhebliche Anstrengungen ab. Diese dienen in erster Linie einer angemessenen Pflegequalität, die Erleichterung der Bearbeitung dennoch auftretender Schadensfälle ist ein Zusatznutzen. Das Beispiel bezieht sich erneut auf den Sturz, ebenso muss jedoch Schadensfällen anderer Art vorgebeugt werden.

Abbildung 13: Good-practice Beispiel: Umgang mit dem Thema „Sturz“

Umgang mit dem Thema "Sturz"
- Ein Beispiel guter Praxis -

1 Zielsetzung

Vermieden werden sollen Stürze jeglicher Art, u.a. Stürze¹

- bei der Körperpflege
- bei der Verrichtung der Notdurft
- bei pflegerischen Maßnahmen durch das Pflegepersonal und andere an der Pflege und Betreuung beteiligte Personen
- bei Weglauftendenzen
- vom Stuhl oder Sessel
- vom Toilettenstuhl
- aus dem Rollstuhl/mit dem Rollstuhl
- aus dem Bett
- im Zimmer/außerhalb des Zimmers.

2 Festlegung und Umsetzung eines angemessenen Standards

Dies beinhaltet

- die Erfassung des Sturzrisikos anhand der elf von der Expertenarbeitsgruppe Sturzprophylaxe zusammengestellten und erläuterten häufigsten Sturzrisikofaktoren²
 - Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen
 - Sehbeeinträchtigungen
 - Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung
 - Erkrankungen, die zu kurzfristiger Ohnmacht führen
 - Ausscheidungsverhalten
 - Angst vor Stürzen
 - Sturzvorgeschichte
 - Verwendung von Hilfsmitteln
 - Schuhe (Kleidung)
 - Medikamente

¹ Horst Marburger und Jens Schumann: Ersatzansprüche bei Unfällen in Alten- und Pflegeheimen. Schriftreihe der Zeitschrift „Wege zur Sozialversicherung“, Band 56, 1. Auflage, 2005, Seite 131ff

² Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Sonderdruck Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege", Seite 18ff. Osnabrück 2005

- Gefahren in der Umgebung
- die Anpassung des Expertenstandards an die Bedingungen der Einrichtung
- ein Bewegungstraining mit den Bewohnern und Bewohnerinnen zum Erhalt der Beweglichkeit (Beteiligung am Projekt "Sturzprävention" der AOK Baden-Württemberg)
- den Einsatz geeigneter Hilfsmittel wie
 - Hüftprotektoren
 - Schutzhelm
 - Knie- und Ellenbogenschutz
 - Rollator
 - Gehwagen
 - sonstige Gehhilfen
 - u.a.m.
- die Auswahl geeigneter Schuhe und Kleidung
- die Anpassung der Ernährung (Fehl- oder Mangelernährung kann zur Reduzierung der Muskelkraft und in der Folge zu Stürzen führen)
- den weitest gehenden Verzicht auf Fixierungsmaßnahmen
- eine qualifizierte Pflegedokumentation mit folgenden Elementen:
 - Erfassen der Vorgeschichte, d.h. Erfragen und wenn möglich Beurteilen früherer Sturzereignisse
 - Erfassen des Risikos im Rahmen der Anamnese bzw. in Situationen, in denen auf Grund der Veränderung des Gesundheitszustandes ein erhöhtes Sturzrisiko wahrscheinlich ist
 - Erstellen eines individuellen Maßnahmenplanes zur Sturzprophylaxe unter Einbeziehung der Betroffenen und der Angehörigen
 - Analysieren jedes Sturzereignisses im Rahmen von Fallbesprechungen und ggf. Neuanpassung der Maßnahmen unter Einbeziehung der Betroffenen und der Angehörigen
 - Aufnehmen eines Hinweises über ein Sturzereignis in den Pflegebericht
 - Beschreiben des Sturzereignisses in einem Sturzprotokoll anhand von Kriterien, die die Pflegeleitung vorgibt
- die fortlaufende Mitarbeiterschulung in definierten Zeitabständen
- die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben und der Umsetzung des

Standards im Rahmen allgemeiner, routinemäßig durchgeführter Pflegevisiten

- die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben und Umsetzung des Standards im Rahmen themenbezogener Pflegevisiten, z.B. im Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten von Stürzen oder bei Pflegeproblemen, die eine erhöhte Sturzgefahr zur Folge haben können (z.B. Veränderungen des Ernährungszustandes)

3 Beantwortung der Anfragen von Krankenkassen mit Standardschreiben

Inhalt des Standardschreibens:

Das Heim setzt fachlich angemessene Standards um. Es ist seiner Aufsichtspflicht nachgekommen. Weitere Rückfragen der Krankenkasse sind an Bewohner/- innen bzw. Betreuer/-innen zu richten.

4 Erfahrungen

- Rückgang von Sturzereignissen und deren Folgen auf Grund der verbesserten Fachlichkeit der Mitarbeiter/-innen und durch den Einsatz von Hilfsmitteln
- Deutlicher Rückgang der Anfragen der Krankenkassen und angemessener Umgang der Sachbearbeiter/-innen mit dem Heim

Rechtliche Bewertung

Rechtsgrundlagen

Erleidet in einem Pflegeheim ein/eine Bewohner/-in einen gesundheitlichen Schaden, können mehrere Anspruchslagen entstehen:

- Strafrechtlich kommt Körperverletzung in Betracht. Täter bzw. Tatbeteiligte können die Heimleitung, die Pflegeleitung und das Pflegepersonal sein.
- In der zivilrechtlichen Rechtsbeziehung zwischen Bewohner/-in und Einrichtung/Träger:
 - Verletzung des Heimvertrages (vertragliche Haftung)
 - Deliktische Haftung (§ 823 BGB)
- In der zivilrechtlichen Rechtsbeziehung zwischen Bewohner/-in und Mitarbeiter/-in:
 - Deliktische Haftung (§ 823 BGB)
- In der Rechtsbeziehung zwischen Einrichtung/Träger und Pflegekasse:

- Verletzung des Versorgungsvertrages bzw. der LQV: Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 115 Abs. 2 SGB XI) oder Kürzung der Vergütung (§ 115 Abs. 3 SGB XI) sowie die weiteren Sanktionsmöglichkeiten in § 115 Abs. 4 bis 6 SGB XI.
- In der Rechtsbeziehung zwischen Einrichtung/Träger und Krankenkasse:
- Gesetzlicher Anspruchsübergang der zivilrechtlichen Ansprüche des/der Bewohners/Bewohnerin auf die Krankenkasse, wenn diese mit ihren Leistungen wegen des Schadens eintritt (§ 116 SGB X).

Ist die Einrichtung/der Träger gegen diese Schadensrisiken versichert, tritt die Versicherung mit ihren Rechten nach dem Versicherungsvertragsgesetz hinzu. Teilweise existieren hier Teilungsabkommen. Diese liegen der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht vor.

Der Bundesgerichtshof hat jüngst in zwei Urteilen zu den rechtlichen Fragen bei Gesundheitsschäden von Bewohnern/Bewohnerinnen einer Einrichtung Stellung genommen. In den beiden dem Sachverhalt zu Grunde liegenden Konstellationen hat die Krankenkasse eines Heimbewohners aus übergangenen Ansprüchen des Bewohners aus dem Heimvertrag (vgl. § 116 Abs. 1 SGB X) geklagt (BGH, Ur. v. 28. April 2005, Az.: III ZR 399/04 - „Schuldhaftes Pflichtverletzung durch Pflegepersonal“; Ur. v. 14. Juli 2005, Az.: III ZR 391/04 - „Sturzprophylaxe“).

Rechtliche Bewertung des Beispiels guter Praxis

Die Festlegung, Umsetzung und systematische Überprüfung fachlich angemessener Standards bei der Pflege, gerade auch im Hinblick auf kritische Pflegesituationen wie Stürze u.a. ist angetan, dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse (vgl. § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, auch entsprechend anwendbar auf die heimvertragliche Beziehung) zu genügen.

Handelt eine Einrichtung im vorgenannten Sinn, ist sie allerdings nicht davon befreit, der Krankenkasse wegen ihres übergegangenen Rechts wie dem/der in seiner Gesundheit verletzten Heimbewohner/-in gegenüber zu treten. Die Krankenkasse ist in die Rechte des/der Heimbewohners/Heimbewohnerin eingetreten (vgl. § 116 Abs. 1 SGB X).

Die geübte gute Praxis nützt der Einrichtung jedoch unabhängig vom Anspruchsgegner (Bewohner/-in oder Krankenkasse) beim Nachweis einer fehlenden Pflichtverletzung aus dem Heimvertrag. Im Übrigen trägt die Krankenkasse bzw. der/die Bewohner/-in die Beweislast für die Behauptung einer Pflichtverletzung der Einrichtung. Dies gilt auch bei der Pflichtverletzung durch das Pflegepersonal, denn es gibt keine Annahme, dass eine Gesundheitsschädigung im Pflegeheim pflichtwidrig durch das Pflegepersonal verursacht worden ist (BGH, Ur. v. 14. Juli 2005, Az.: III ZR 391/04). Beweiserleichterungen können nur nach allgemeinen Grundsätzen gegeben sein (BGH, Ur. v. 21. Oktober 2004, Az.: III ZR 254/03).

3.4.2.2 Handhabung der Praxisgebühr

Erläuterungen

Seit dem Jahr 2004 müssen gesetzlich versicherte Bewohner/-innen ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin bei Inanspruchnahme pro Quartal 10 EUR Praxisgebühr zahlen. Bei Zahlung wird ein Beleg ausgestellt. Bei Überschreitung des Höchstbetrages der Eigenbeteiligung an den Arzneimittelkosten kann eine Befreiung von der Zuzahlung einschließlich Praxisgebühr beantragt werden. Die Mehrzahl der 28 projektbeteiligten Heime schätzt die diesbezüglichen Entbürokratisierungspotenziale als hoch (14 x) oder vorhanden (6 x) ein, acht Heime sehen keinen Handlungsbedarf.

Voraussetzung der fachärztlichen Behandlung gesetzlich versicherter Bewohner/-innen ist das Vorliegen einer Überweisung durch den Hausarzt/die Hausärztin. Die Entbürokratisierungspotenziale beim Thema "Fachärztliche Behandlung und Praxisgebühr" sind aus Sicht der Projektheime hoch (6 x) bzw. vorhanden (15 x), nur sechs Gesprächspartner/-innen schätzen die Situation als unkompliziert ein, eine Gesprächspartnerin äußerte sich hierzu nicht.

Unsicherheit herrscht in Bezug auf die Erhebung der Praxisgebühr durch Urlaubsvertreter/-innen, ärztliche Bereitschaftsdienste und bei notärztlicher Versorgung, d.h. in nicht alltäglichen, dann aber meist kritischen Situationen. Die Entbürokratisierungspotenziale werden zwar überwiegend als hoch (6 x) oder vorhanden (10 x) eingeschätzt, es liegen jedoch nicht in allen Heimen entsprechende Erfahrungen vor, so dass in zwölf Heimen kein diesbezüglicher Veränderungsbedarf gesehen wird.

Problembeschreibung

Hausärzte/Hausärztinnen

Die Einrichtungen haben unterschiedliche Lösungen für den Umgang mit der Praxisgebühr gefunden; im Wesentlichen werden vier Verfahren beschrieben:

- Verfahren 1 (6 x): Angehörige und Betreuer/-innen stellen die Bezahlung der Praxisgebühr sicher. Im Notfall springt vorübergehend das Heim ein.
- Verfahren 2 (1 x): Wie Verfahren 1. Im Notfall übernimmt das Heim die Aufgabe und erhebt dafür eine Gebühr.
- Verfahren 3 (20 x): Die Heimverwaltung stellt für einen Großteil der Bewohner/-innen die Bezahlung der Praxisgebühr sicher. In sechs dieser Heime ist dies eine kaum noch hinterfragte Praxis, in sechs weiteren Heimen wird der erforderliche hohe Aufwand thematisiert und in acht Heimen wird der Arbeitszeiteinsatz der Verwaltung als hoch oder sehr hoch beschrieben und beklagt.
- Verfahren 4 (1 x): In den Wohnbereichen sind Kassen mit Verwahrgeldern der Bewohner/-innen vorhanden. Die Praxisgebühr wird beim Besuch von Hausarzt/Hausärztin bar bezahlt.

Überraschend oft (in ca. 50 % der Heime, die die Aufgabe übernommen haben), wird die Praxisgebühr durch die Mitarbeiter/-innen des Hauses bar entrichtet; dies gestaltet sich unterschiedlich aufwändig:

- Die Hausärzte/Hausärztinnen nehmen die Praxisgebühr bei ihren Hausbesuchen ein. Dies geschieht im Ausnahmefall direkt im Wohnbereich. Besonders wenn Ärzte/Ärztinnen unangemeldet oder zu ungünstigen Zeiten kommen oder wenn kein Barbetrag hinterlegt ist, entstehen Belastungen für die Pflegenden. Häufiger wird die Praxisgebühr in der Verwaltung abgeholt, wobei oft die Hausbesuche außerhalb der Bürozeiten der Verwaltung erfolgen. Daher lassen manche Ärzte/Ärztinnen die Praxisgebühr zu günstigeren Zeiten von eigenen Mitarbeitenden abholen. Beanstandet wird von Heimseite, dass die Mitnahme oder Abholung oft nicht gesammelt für alle im Hause lebenden Patienten/Patientinnen erfolgt, sondern sukzessive. Einige Heime haben die Verwaltung der Praxisgebühr an die Rezeption verlagert, da diese über viele Stunden des Tages hinweg besetzt ist. Dort liegen entsprechende Informationen vor, hier werden die 10 EUR ausgezahlt. Bei der Rezeption verbleibt eine Belegkopie, das Original geht an den/die Bewohner/-in. Alle Nachfragen (von Bewohnern/Bewohnerinnen, Angehörigen, Betreuern/Betreuerinnen, Wohnbereichen, Ärzten/Ärztinnen) werden an die Rezeption gerichtet.
- Immerhin sechs der befragten Einrichtungen bringen die Praxisgebühren in die Arztpraxen (in 10 bis 28 Praxen). Die betreffenden Hausärzte/Hausärztinnen akzeptierten weder Überweisung noch Einzugsermächtigungen noch seien sie bereit, die Gebühr selbst vor Ort zu erheben. Auch wenn 1-Euro-Mitarbeiter/-innen, Zivildienstleistende o.ä. eingesetzt werden, wird der Aufwand für Wege- und Wartezeiten in den Praxen von den Heimen doch deutlich empfunden, wegen noch nicht erteilter Befreiungen vor allem im ersten Quartal des Jahres.
- Die übrigen ca. 50 % der Heime überweisen die Praxisgebühr entweder direkt von Verwahrgeldkonten der Bewohner/-innen oder sie treten in Vorleistung und fordern die Gebühr über die Monatsrechnung zurück oder der Betrag wird von Bewohnern/Bewohnerinnen, Angehörigen bzw. Betreuern/Betreuerinnen bar erstattet.

Die aufwändigen mit der Bezahlung der Praxisgebühr verbundenen Einzeltätigkeiten sind in den projektbeteiligten Heimen unterschiedlich gut organisiert. Wo diese Aufgabe vom Heim übernommen wird, ist der Aufwand jedoch immer beträchtlich.

Fachärzte/Fachärztinnen

Fachärzte/Fachärztinnen werden nur bei Vorliegen einer Überweisung und des Zahlungsbelegs für die Praxisgebühr tätig. Die Überweisungen werden zum Teil beim Hausarztbesuch ausgestellt, zum Teil telefonisch erbeten und dann von Angehörigen oder vom Heim in den Praxen abgeholt. Vereinzelt werden Überweisungen "auf Vorrat" ausgestellt, ein unzulässiges Verfahren.

Probleme entstehen, wenn im betreffenden Quartal der Hausarzt/die Hausärztin noch nicht tätig wurde, aber eine fachärztliche Behandlung nötig wird. Dann ist die Praxisgebühr zu entrichten.

Wenn bei Rückverlegung von Bewohnern/Bewohnerinnen aus dem Krankenhaus die fachärztliche Betreuung erforderlich ist, kann ein Besuch eines/einer Heimmitarbeiters/Heimmitarbeiterin in der Hausarztpraxis (Einlesen der Chipkarte, Entrichten der Praxisgebühr, Abholung der Überweisung) erforderlich sein, wenn Angehörige oder Betreuer/-in nicht zeitnah zur Verfügung stehen.

Dem Eindruck nach wird aber die Zusammenarbeit mit den Fachärzten/Fachärztinnen unter dem Stichwort "Praxisgebühr" vor allem deshalb als aufwändiger angesehen, weil

- sie nicht so eingespielt ist wie die mit den Hausärzten/Hausärztinnen.
- lange auf Termine gewartet werden muss.
- weniger Hausbesuche stattfinden und die Fahrt des Bewohners/der Bewohnerin in die Praxis aufwändig ist (Beantragung des Transportscheins, Beantragung des Krankentransports oder Organisieren einer Begleitung bei der Taxifahrt).

Notärzte/Notärztinnen

Notärztliche Einsätze erfolgen eher selten, doch die Tatsache, dass auch hierbei die Praxisgebühr zu entrichten ist, hat in der Mehrzahl der projektbeteiligten Heime dazu geführt, dass die längst abgeschafften Bargelddepots - und mit ihnen alle damit verbundenen Probleme - wieder Einzug in die Wohnbereiche gehalten haben. Man wolle vermeiden, dass die Pflegenden bei Notarzteinsätzen die Praxisgebühr "aus der Kitteltasche" bezahlen müssen. Einzelne Heime erwarten dies jedoch von ihren Mitarbeitenden.

Nur wenige Einrichtungen (4) stellen dar, dass eine Rechnungsstellung durch die Notärzte/Notärztinnen bzw. eine diesbezügliche Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung erreicht werden konnte.

Eine solche Regelung ist jedoch schon deshalb sinnvoll, weil teilweise bei jedem Notarzteinsatz statt einmal im Quartal die Praxisgebühr verlangt und entrichtet wurde, was zu Problemen der Rückforderung von dem/der Bewohner/-in führte.

Lösungsvorschläge der Heime

Neun Interviewpartner/-innen äußern Vorstellungen zum Bürokratieabbau im Umgang mit der Praxisgebühr.

Ein Teil der Vorschläge könnte von den Heimen selbst umgesetzt werden, da sie sich primär auf die eigene Organisation beziehen:

- Erteilen von Einzugsermächtigungen an die Hausärzte/Hausärztinnen
- Sammelüberweisungen für alle Patienten eines Arztes/einer Ärztin durch das Heim

- Vereinbarung mit Angehörigen/Betreuern/Betreuerinnen bei Abschluss des Heimvertrages, dass für alle Kosten im Zusammenhang mit der ärztlichen Betreuung turnusmäßig vorab ein Barbetrag hinterlegt wird
- Vereinbarung mit Angehörigen/Betreuern/Betreuerinnen bei Abschluss des Heimvertrages, dass die Aufgabe selbst übernommen wird.

Die übrigen, nicht durchweg zu Ende gedachten Vorschläge lauten:

- Abschaffung der Praxisgebühr, Ausgleich durch höhere Beiträge
- Ersetzen des Malus-Systems durch ein Bonus-System
- Erheben der Praxisgebühr nur einmal jährlich im letzten Quartal, weil so die Befreiungen leichter zu berücksichtigen sind
- Entrichtung einer Pauschale zu Jahresbeginn, "spitze" Abrechnung am Jahresende
- Heimärzte/Heimärztinnen einführen und deren Vergütung KV-unabhängig regeln. Nebeneffekte: Weniger Krankenhauseinweisungen und dadurch weitere Einsparungen
- Den Krankenkassen (nicht den Ärzten/Ärztinnen) Einzugsermächtigungen erteilen

Fachliche Bewertung

Bei Einführung der Praxisgebühr hat die Mehrzahl der befragten Heime die damit verbundenen umfangreichen Aufgaben übernommen, nur eine Minderheit hat andere Lösungen gefunden.

Diejenigen Heime, die sich der Aufgabe angenommen haben, begründen dies wie folgt:

- Es werde angenommen, dass sich aus der im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI benannten Verpflichtung zur sozialen Betreuung auch eine Verpflichtung zu Dienstleistungen rund um die Praxisgebühr ableiten lasse.
- Die Heimbewohner/-innen seien durchweg nicht in der Lage, sich selbst um die Bezahlung der Praxisgebühr zu kümmern, die Belege zu verwalten, Befreiungen zu beantragen etc. Angehörige seien oft selbst betagt und könnten nicht zusätzlich belastet werden. Professionellen Betreuern und Betreuerinnen stehe zu wenig Zeit zur Verfügung. Um Mängel in der medizinischen Betreuung der Bewohner/-innen und Auseinandersetzungen zu vermeiden, werde die Leistung erbracht.
- Von Heimplatzinteressenten würden die Kosten des Heimaufenthalts zunehmend thematisiert und kritisch hinterfragt. Unbelegte Heimplätze seien ein inzwischen verbreitetes Problem. Daher sehe man sich unter Akquisitionsaspekten gezwungen, die Bezahlung der Praxisgebühr zu organisieren.

- Der Service rund um die Praxisgebühr werde mit Blick auf die Mitanbieter erbracht: "Die Konkurrenz macht es auch."
- Ärzte/Ärztinnen erwarteten diese Dienstleistung nicht von Bewohnerinnen/Bewohnern, Angehörigen und Betreuern/Betreuerinnen, sondern vom Heim. Eine den Erwartungen der Ärzte/Ärztinnen entsprechend reibungslose Zusammenarbeit sei schon deshalb erforderlich, weil nicht zuletzt sie neue Kunden/Kundinnen vermittelten und den Ruf des Heims in der Öffentlichkeit mitbestimmten.
- Ärzte/Ärztinnen seien immer weniger daran interessiert, Bewohner/-innen von Altenpflegeheimen als Patienten/Patientinnen zu gewinnen. Deshalb müsse man sie, vor allem im ländlichen Raum ostdeutscher Bundesländer, regelrecht umwerben. Man richte sich deshalb so weit wie möglich nach ihren Wünschen.

Die Stichhaltigkeit dieser überwiegend aus einer defensiven Haltung heraus formulierten Argumente ist nicht sicher zu beurteilen. Vorstellbar ist, dass die Übernahme der mit der Praxisgebühr verbundenen Aufgaben nicht Ergebnis einer bewussten Entscheidung, sondern entstanden ist aus einer gewissen Unsicherheit und Konzeptionslosigkeit bei Einführung der Praxisgebühr. Der Eindruck, dass zunächst ein Verfahren gefunden wurde und dann die Begründung hierfür, besteht vor allem in Bezug auf diejenigen Heime, in denen die Praxisgebühr umständlich verwaltet und auch den Anforderungen erkennbar desorganisierter Arztpraxen entsprochen wird.

Denjenigen Heimen, die die Aufgabe nicht angenommen haben, sondern nur im Notfall einspringen, sind hieraus keine Nachteile erwachsen. Hier wurde Wert gelegt auf eine frühzeitige Informationsbeschaffung und das Thema wurde umfassend mit allen Betroffenen kommuniziert. Eine Entbürokratisierung der Arbeitsabläufe rund um die Praxisgebühr im Sinne des nachfolgend dargestellten Beispiels guter Praxis ist nach Auffassung der Berichterstatte(r)innen möglich.

Abbildung 14: Good-practice Beispiel: Umgang mit der Praxisgebühr

Umgang mit der Praxisgebühr

- Ein Beispiel guter Praxis -

- Bei Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 hat der Heimträger seine Heime angewiesen, Bewohner/-innen, Angehörige und Betreuer/-innen in jeweils geeigneter Form über die Praxisgebühr zu informieren und ihnen die damit verbundenen Aufgaben zu überlassen. Die Ärztinnen/Ärzte der Bewohner/-innen wurden durch ein Schreiben des Trägers über diese Regelung informiert.
- Das Heim hat bei Einführung der Praxisgebühr Erstinformationen zur Praxisgebühr sowie zu Belastungsgrenzen, Zuzahlungsbefreiungen etc. zur Verfügung gestellt

- in Gesprächen mit dem Heimbeirat und Bewohnern/Bewohnerinnen.
- im Rahmen einer Veranstaltung für Angehörige und Betreuer/-innen.

Die Ärztinnen und Ärzte wurden darüber informiert, dass das Heim die Entrichtung der Praxisgebühr nicht übernehmen wird.

Es gelten Ausnahmeregelungen für Bewohner/-innen mit betagten oder nicht am Ort lebenden Angehörigen und für besondere Situationen.

- Bewohner/-innen und Angehörige bzw. Betreuer/-innen werden im Rahmen der Beratungsgespräche vor dem Heimeinzug darüber informiert, wie sie die Entrichtung der Praxisgebühr organisieren können.
- Die Mitarbeiter/-innen im pflegerischen Tag- und Nachtdienst sind darüber informiert, ob die Praxisgebühr anfällt bei Inanspruchnahme
 - der Urlaubsvertretung des/der behandelnden Arztes/Ärztin
 - des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
 - des ärztlichen Notfalldienstes (112)
 - des Zahnarztes/der Zahnärztin bzw. des zahnärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Diese Informationen liegen in den Wohnbereichen schriftlich vor und können jederzeit eingesehen werden. Ebenso ist geregelt, wo die Quittungen für bereits entrichtete Praxisgebühren aufbewahrt werden.

- Anfallende Gebühren werden grundsätzlich nicht bar bezahlt, sondern der/die betreffende Arzt/Ärztin wird um Erstellung einer Rechnung gebeten. Die Pflegenden können sich dabei im Konfliktfall auf eine im Wohnbereich vorliegende Dienstanweisung berufen.

Rechtliche Bewertung

Rechtliche Ausgangssituation

Einschlägig ist das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), hier § 28 Abs. 4 SGB V. Diese Vorschrift kann dann konkretisiert werden in den Bundesmantelverträgen Ärzte (§ 82 SGB V). Verpflichtungen für die Einrichtungen können entsprechende Regelungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI enthalten.

§ 28 SGB V:

(...)

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für die Inanspruchnahmen nach § 23 Abs. 9, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.

Es besteht nur eine Verpflichtung der Versicherten, die Praxisgebühr anlässlich der ersten Inanspruchnahme des in der Vorschrift genannten Leistungserbringers zu entrichten. Ist der/die Versicherte dazu nicht in der Lage, hat dies der/die Betreuer/-in zu tun. Es bestehen keinerlei gesetzliche Verpflichtungen Dritter, etwa der Pflegeeinrichtung, hier tätig zu werden. Solche Verpflichtungen können allerdings in Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI niedergelegt sein.

Der Bundesmantelvertrag Ärzte enthält in § 18 Regelungen zur Praxisgebühr. Ebenso enthält der Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen in § 21 textgleich solche Regelungen. Es liegen bisher aber noch keine Regelungen zur Situation bei der Erhebung der Praxisgebühr in Einrichtungen vor. Auch die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebene Informationsbroschüre „Fragen und Antworten: Praxisgebühr“ enthält keine Hinweise für diese Situation.

Zwei Regelungen sind jedoch für Heimbewohner/-innen von besonderem Interesse:

- Bei akuter Behandlungsbedürftigkeit kann die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden (§ 18 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Ärzte; § 21 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen).
- Soweit die Zuzahlung gemäß Absatz 3 nicht vor der Behandlung entrichtet wurde, zieht der Vertragsarzt diesen Betrag nachträglich ein und quittiert die geleisteten Zahlungen. Der/die Versicherte ist verpflichtet, die Zuzahlung unverzüglich, spätestens innerhalb von zehn Tagen, zu entrichten (§ 18 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte; § 21 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen).

Diese beiden Regelungen geben den Ärzten/Ärztinnen die Möglichkeit, auf die Situation in Einrichtungen flexibel zu reagieren.

In Hinblick auf die Festlegung von Verpflichtungen der Einrichtungen, bei der Zahlung der Praxisgebühr für die Bewohner/-innen tätig zu werden, wurden folgende Rahmenverträge nach § 75 SGB XI überprüft:

Rahmenvertrag Baden-Württemberg:

§ 1 Abs. 3 Buchstabe e) Leistungen der sozialen Betreuung:

„Das Ziel der sozialen Betreuung ist die Sicherung der persönlichen Lebensgestaltung im Pflegeheim, welche an der Erhaltung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen orientiert ist, soziale Integration anstrebt und die jeweiligen Aktivierungspotenziale ausschöpft.

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Einzugs, Beratung in persönlichen Angelegenheiten, bei Behörden- und Ämterkontakten (z. B. Organisieren und Planen der Ämterbesuche). Ferner umfasst die soziale Betreuung im Einzelfall die Koordination der Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, die gemeinwesenorientierte Vernetzung der Einrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung ehrenamtlicher Helfer sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.“

Im Rahmenvertrag ist kein konkreter Hinweis auf die Fragen der Entrichtung der Praxisgebühr enthalten. Auch aus der allgemeinen Verpflichtung zu sozialer Betreuung ist nicht zu entnehmen, dass die Einrichtung in dieser Hinsicht Vorkehrungen zu treffen hat.

Rahmenvertrag Hessen:

§ 2 Abs. 4:

Die soziale Betreuung soll dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen auch im Pflegeheim einen Lebensraum zu gestalten, der die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltages nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige und Betreuer) geschehen kann.

Mögliche Arbeitsschwerpunkte der sozialen Betreuung sind in der Anlage 1 beschrieben.

Ziel ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

Anlage Nr. 1 zu § 2 Abs. 4 „Soziale Betreuung“

Mögliche Arbeitsschwerpunkte der sozialen Betreuung im Heim sind z.B.:

- Heimaufnahme
- Angehörigenarbeit
- Gemeinwesenarbeit (Öffnung des Heimes, Integration in das Umfeld)

- Milieugestaltung
- Einzelfallhilfe (Krisenintervention) und Arbeit mit Gruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Themen
- Arbeit mit Heimbeiräten, Ersatzgremien, Heimfürsprecher
- Unterstützung bei der Erlangung von Hilfen
- Organisation und Koordination von internen Fortbildungsveranstaltungen
- tagesstrukturierende Angebote
- Planung und Durchführung von Veranstaltungen

In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zu Zeit, Ort, Person, der Gestaltung des persönlichen Alltages und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

„Sterbebeistand und Sterbebegleitung“ gehören zur ganzheitlichen Betreuung und sollten gemeinsam mit Personen des Vertrauens (z.B. Angehörige, Freunde) und, soweit erforderlich, unter Einbeziehung des behandelnden Arztes gestaltet werden.

Deshalb sind die Arbeitsabläufe so ausgerichtet, dass die Bedürfnisse des Sterbenden weitestgehend berücksichtigt werden.

Konkret bedeutet dies z.B.

- Sterbende nicht alleine lassen
- religiöse Empfinden der Bewohner/-innen berücksichtigen
- ggf. Besuch eines Seelsorgers organisieren
- Bewohner/-innen in ihrem gewohnten Zimmer sterben lassen
- notwendige Pflegeleistungen ausführen
- Sterben bei Bewusstsein ermöglichen - ohne Schmerzen
- Möglichkeiten einer Übernachtung für Angehörige schaffen
- die Angehörigen begleiten
- Möglichkeit eröffnen, ohne Eile vom verstorbenen Abschied zu nehmen

Auch im hessischen Rahmenvertrag ist kein konkreter Hinweis auf die Fragen der Entrichtung der Praxisgebühr enthalten. Die Einrichtung muss in dieser Hinsicht keine Vorkehrungen treffen.

Rahmenvertrag Rheinland-Pfalz:

§ 1 Abs. 4 Soziale Betreuung

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltages nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige und Betreuer) geschehen kann.

Ziel ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen beziehungsweise die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zu Zeit, Ort, Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

Weiteres Ziel der sozialen Betreuung ist die Sicherung der persönlichen Lebensgestaltung in der Pflegeeinrichtung, welche an der Erhaltung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen orientiert ist, soziale Integration anstrebt und die jeweiligen Aktivierungspotenziale ausschöpft.

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Einzugs, Beratung in persönlichen Angelegenheiten, bei Behörden- und Ämterkontakten (z.B. Organisieren und Planen der Ämterbesuche). Im Bedarfsfall ist eine notwendige Begleitung sicherzustellen. Ferner umfasst die soziale Betreuung im Einzelfall die Koordination der Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, die gemeinwesenorientierte Vernetzung der Einrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung ehrenamtlicher Helfer sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.

Auch im Rahmenvertrag Rheinland-Pfalz fehlt ein konkreter Hinweis auf die Fragen der Entrichtung der Praxisgebühr. Allenfalls könnte man die Beratung in persönlichen Angelegenheiten und die Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Einrichtungen hierfür zitieren. Es handelt sich jedoch bei den geschilderten Problemen im Umgang mit der Praxisgebühr weder um eine Beratungsangelegenheit noch um eine Koordinationsaufgabe. Die Einrichtung muss in dieser Hinsicht keine Vorkehrungen treffen.

Rahmenvertrag Bayern:

§ 1 e) Leistungen der sozialen Betreuung

Das Ziel der sozialen Betreuung ist die Sicherung der persönlichen Lebensgestaltung in der Pflegeeinrichtung, welche an der Erhaltung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen orientiert ist, soziale Integration anstrebt und die jeweiligen Aktivierungspotenziale ausschöpft.

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Einzugs, Beratung in persönlichen Angelegenheiten, bei Behörden- und Ämterkontakten (z.B. Organisieren und Planen der Ämterbesuche). Ferner umfasst die soziale Betreuung im Einzelfall die Koordination der Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, die gemeinwesenorientierte Vernetzung der Einrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung ehrenamtlicher Helfer sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.

Der Rahmenvertrag Bayern ist im letzten Absatz bis auf die Passage mit der Sicherstellung der Begleitung wortgleich mit dem Rahmenvertrag Rheinland-Pfalz. Auch im bayerischen Rahmenvertrag fehlt ein konkreter Hinweis auf die Fragen der Entrichtung der Praxisgebühr. Allenfalls könnte man - wie für den Rahmenvertrag Rheinland-Pfalz - die Beratung in persönlichen Angelegenheiten und die Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Einrichtungen hierfür zitieren. Es handelt sich jedoch bei den geschilderten Problemen im Umgang mit der Praxisgebühr weder um eine Beratungsangelegenheit noch um eine Koordinationsaufgabe. Die Einrichtung muss in dieser Hinsicht keine Vorkehrungen treffen.

Rahmenvertrag Niedersachsen:

§ 1 Abs. 4 Soziale Betreuung

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltags nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z.B. Angehörige) geschehen kann.

Ziel ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen beziehungsweise die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern. In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zu Zeit, Ort, Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

Der Rahmenvertrag Niedersachsen ist in den ersten drei Absätzen wortgleich mit dem Rahmenvertrag Rheinland-Pfalz. Er enthält keinerlei Hinweise auf die Fragen der Praxisgebühr und gibt auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Einrichtung in diesem Punkt Vorkehrungen zu treffen hat.

Rechtliche Bewertung

Die Versicherten haben die sog. Praxisgebühr in der Regel in der Praxis des/der Arztes/Ärztin zu entrichten. Die Leistungserbringer haben die entsprechenden Vorkehrungen zu treffen, damit dies ohne Umstände möglich ist. Gemäß den Regelungen der Bundesmantelverträge besteht immerhin für die Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, in Heimsituationen flexibel zu reagieren, auch wenn keine besonderen heimspezifischen Regelungen in den Bundesmantelverträgen getroffen worden sind. Für ärztliche Leistungen im Notfall oder im organisierten Notfalldienst ist ebenfalls (zusätzlich) eine Praxisgebühr zu bezahlen, allerdings auch nur einmal im Quartal³ Eine Leistungsverweigerung wegen der Nichtzahlung der Praxisgebühr ist nicht möglich, vor allem nicht im Notfall.

³ Vgl Anlage 2

Die bürokratischen Schwierigkeiten, die vorstehend artikuliert worden sind, haben vor allem damit zu tun, dass zum ersten Mal im Krankenversicherungsrecht eine direkte Bezahlung eines ärztlichen Leistungserbringers eingeführt worden ist. Das ist dem Sachleistungsprinzip fremd. Versicherte wie Ärztinnen/Ärzte haben deswegen damit große Einführungsschwierigkeiten gehabt. Insbesondere ist nicht an die Situation gedacht worden, die vorstehend in der Erhebung beschrieben worden ist. Dies gilt auch für die Situation, wenn die Befreiung von den Zuzahlungen eintritt (vgl. §§ 61, 62 SGB V). Insgesamt ist problematisch, dass im Rahmen der Bundesmantelverträge bislang noch kein bundesweit einheitliches Verfahren zur Bewältigung der geschilderten Probleme vorgesehen ist.

Regelungsort für die Gestaltung unbürokratischer Abläufe von Arztseite sind die bereits erwähnten Bundesmantelverträge. Ein Einbezug der Einrichtungen ist bei diesen Verträgen bisher nicht vorgesehen. Die Einrichtungen können ihre Interessen jedoch informell gegenüber den Partnern der Bundesmantelverträge artikulieren. Dies sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung einerseits und der AOK-Bundesverband, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die See-Krankenkasse, die Bundesknappschaft sowie der Verband der Angestellten-Krankenkassen und der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (vgl. § 82 Abs. 1 SGB V).

Ergebnis

Als Ergebnis kann für die Einrichtungen und deren Mitarbeiter/-innen festgehalten werden, dass keinerlei rechtliche Verpflichtung - weder auf Grund Gesetzes noch auf Grund der untersuchten Rahmenverträge - besteht, in Hinblick auf die Entrichtung der Praxisgebühr Vorkehrungen zu treffen. Da die Einrichtungen auf Grund der Morbiditätsstruktur der Bewohnerschaft jedoch faktisch mit den Problemen der Entrichtung der Praxisgebühr konfrontiert werden, empfiehlt es sich mangels einer anderweitigen Regelung dieser Fragen, dass sich die Trägerverbände in Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge sowie auch der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Land ins Benehmen setzen, um hierzu praxistaugliche und unbürokratische Verfahrensweisen zu entwickeln.

3.4.2.3 Widersprüche bei Ablehnung von bei der Krankenkasse beantragten Hilfsmitteln

Erläuterung

Bei diesen Hilfsmitteln handelt es sich primär um sogenannte "Krankenfahrzeuge" (Rollstühle) und um "Hilfsmittel gegen Dekubitus" (Lagerungshilfsmittel, Antidekubitusmatratzen), die für eine/n Bewohner/-in benötigt und bei dessen/deren Krankenkasse beantragt werden.

Von den 28 projektbeteiligten Heimen schätzen 16 das Entbürokratisierungspotenzial rund um die Hilfsmittelbeschaffung als hoch, acht als vorhanden, und nur vier als nicht vorhanden ein. Bei letzteren handelt es sich zum Teil um gerontopsychiatrische Einrichtungen, in denen z.B. Mobilitätshilfsmittel von den Bewohnern/Bewohnerinnen selbst kaum aktiv benutzt werden können.

Problembeschreibung und Umgang der Heime mit der Hilfsmittelbeschaffung

Welche Hilfsmittel vom Heim vorzuhalten sind und welche individuell verordnet, beantragt, bewilligt und beschafft werden müssen, ist nur einem Teil der Heime bekannt. Die Zuständigkeiten sind zwar grundsätzlich im "Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen, zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen, zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen)" vom 14.03.2003 festgelegt. Doch er grenzt eben nicht durchweg eindeutig ab, ob das Heim oder die Gesetzliche Krankenversicherung zur Leistung verpflichtet sind, sondern lässt den Sachbearbeiterinnen und -arbeitern der Krankenkassen beträchtlichen Handlungsspielraum. Sicherheit schaffen zum Teil erst Urteile des Bundessozialgerichts. Die im Abgrenzungskatalog festgelegten Kriterien sind dabei für die Betroffenen und für engagierte Heimmitarbeiter/-innen nicht durchweg nachvollziehbar.

Beispiel: Der Sachbearbeiter der Krankenkasse erläutert im Rahmen des Widerspruchsverfahrens, dass der beantragte Rollstuhl dann bewilligt werden könne, wenn er vom Bewohner selbstständig und nur von ihm benutzt werde. Wenn der Rollstuhl vom Pflegepersonal oder von Angehörigen eingesetzt werden solle, um den Bewohner von seinem Zimmer in andere Bereiche des Hauses (z.B. Gemeinschaftswohn- und -essbereich, Veranstaltungsraum, Kapelle, Friseursalon) oder in den Garten des Heims zu bringen, sei er vom Heim bereitzustellen. Dies gelte unabhängig davon, ob am jeweiligen Ort ein Transfer erfolge, z.B. vom Rollstuhl auf den Stuhl am Esstisch oder ob der Aufenthalt im Rollstuhl erfolge. Die Pflegenden können dieser Argumentation nicht folgen, weil Standard-Fabrikate vielfach nicht für einen längeren, ggf. mehrstündigen Aufenthalt in ihnen geeignet sind. Für Bewohner/-innen, die über Stunden in einem Rollstuhl sitzen, muss dieser individuell angepasst werden. Wenn der Spaziergang mit dem Bewohner nicht in den Garten führe, sondern zur Ausfahrt in den benachbarten Stadtteil, so der Sachbearbeiter weiter, könne der Rollstuhl dagegen bewilligt werden.

Die nicht vom Heim vorzuhaltenden, sondern individuell zu beschaffenden Hilfsmittel müssen vom Arzt/der Ärztin verordnet und vom/von der Versicherten bzw. von Angehörigen oder Betreuer/-in beantragt werden. Dennoch ist die Beschaffung individueller Hilfsmittel für das Heim u.U. zeitaufwändig und mühsam.

Die ärztliche Verordnung für ein Hilfsmittel wird i.d.R. von den Pflegenden angeregt. Zum Teil muss der Arzt/die Ärztin von der Notwendigkeit der Verordnung erst überzeugt werden. Vereinzelt wird berichtet, dass Verordnungen mit dem (sachlich falschen) Verweis auf das eigene Budget abgelehnt wurden.

Das Hilfsmittel muss von dem/der Bewohner/-in, den Angehörigen oder dem/der Betreuer/-in beantragt werden. Auch hierfür sind oft Information, Motivation oder praktische Hilfestellung durch die Heimmitarbeiter/-innen erforderlich.

Bis auf zwei Einrichtungen sagen alle aus, dass Anträge zu Mobilitätshilfsmitteln grundsätzlich zunächst von den Krankenkassen abgelehnt werden. Eine Einrichtung berichtet, dass in den vergangenen Jahren kein Rollstuhl ohne Widerspruchsverfahren bewilligt wurde.

Die Einrichtungen belastet diese als Hinhaltetaktik bewertete Praxis der Krankenkassen in mehrfacher Hinsicht.

Der Widerspruch kann nur durch den/die Versicherte/n oder deren Angehörige bzw. Betreuer/-innen erfolgen. Um dies leisten zu können, müssen sie von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des Heims informiert und mit Verhaltensempfehlungen im Umgang mit den Krankenkassen ausgestattet werden. Zusätzlich müssen diejenigen Personen, die den Widerspruch einreichen sollen oft motiviert werden, diesen Schritt zu tun.

Zur Vorbereitung eines Widerspruchs sind Recherchen durch die Einrichtung erforderlich; es wird nach Urteilen zu vergleichbaren Fällen gesucht. Zum Teil werden MDK-Gutachter/-innen, die die Bewohner/-innen zur Einstufung in eine Pflegestufe (oder zu deren Überprüfung) aufsuchen, gebeten, den Einsatz eines individuell angepassten Hilfsmittels zu empfehlen.

Immer häufiger fordern Krankenkassen im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zusätzlich ein Attest beim Hausarzt/der Hausärztin an, in dem die Erforderlichkeit des Hilfsmittels näher begründet werden muss. Zunehmend werden für diese Atteste Gebühren erhoben, für die der/die Bewohner/-in aufkommen muss. Neben dem ärztlichen Attest wird dem Widerspruch häufig eine Stellungnahme der Einrichtung beigelegt.

Einzelne Einrichtungen stellen dar, die Krankenkassen versuchten "einen Keil zwischen Heim und Angehörige zu treiben". Wenn Bewohnern/Bewohnerinnen und Angehörigen gegenüber argumentiert werde, das Heim sei für die Bereitstellung des Hilfsmittels verantwortlich, entstehe ggf. Misstrauen und der Eindruck, Leistungen würden vorenthalten.

Zudem wird der Aufwand für die Verfolgung eines Antrags- und Bewilligungsverfahrens (Wiedervorlage, Terminkontrolle, Rückfragen bei Angehörigen o.ä.) dargestellt.

Vereinzelt wird berichtet, dass Genehmigungsverfahren hinausgezögert werden und nach erteilter Genehmigung die Lieferungen. Wartezeiten von bis zu sechs Monaten sind nach Angaben der Interviewpartner/-innen die Regel.

Lösungsvorschläge der Heime

Die benannten Lösungsvorschläge beziehen sich größtenteils auf die eigene Strategie bei der Hilfsmittelbeschaffung:

- Widerspruch in standardisierter Form und in der EDV hinterlegen
- Regelmäßig Widerspruch einlegen, dann steigen die Erfolgsaussichten. Die Angehörigen gut auf das Widerspruchsverfahren vorbereiten und einbeziehen
- Vereinbarungen mit Sanitätshäusern treffen, die dann für die Beschaffung und ggf. für die Organisation des Widerspruchsverfahrens zuständig sind
- Anwendung des Wiedervorlageprinzips, um Fristen einzuhalten
- Übernahme des Widerspruchsverfahrens durch den Justitiar des Trägers (mit selten positivem Ergebnis)

- Die Erforderlichkeit des Hilfsmittels begründen, indem die besondere Situation des/der Bewohners/Bewohnerin beschrieben wird und gut formulierte Begleittexte dem Antrag beifügen.
- Keinen Widerspruch einlegen

Daneben werden auch Forderungen an die Krankenkassen formuliert:

- Sachbearbeiter/-innen sollen vor Ort die Erforderlichkeit des Hilfsmittels überprüfen und erst dann entscheiden. Das Verfahren wurde bereits im Einzelfall erprobt und hat sich bewährt.
- Klärende Gespräche zwischen Arzt/Ärztin, Krankenkasse und Heim
- Beschäftigung kompetenterer Sachbearbeiter/-innen bei den Krankenkassen
- Festlegung von Fristen, innerhalb derer Bewilligungsverfahren abgeschlossen sein müssen

Fachliche Beurteilung

Die Heime befinden sich in Bezug auf die Hilfsmittelbeschaffung in einer schwierigen und gestaltungsbedürftigen Situation. Zum einen bestehen rechtliche Unsicherheiten trotz einiger inzwischen vorliegender höchstinstanzlicher Urteile fort. Zum anderen sind nicht Heim und Krankenkassen, sondern Bewohner/-in und Krankenkasse Vertragspartner; der/die Bewohner/-in, Angehörige und Betreuer/-innen sind jedoch oft mit dieser Rolle überfordert. Sie benötigen die Hilfe der Heimmitarbeiter/-innen in einer Angelegenheit, die geeignet ist, Heim und Bewohner/-in bzw. Angehörige/Betreuer/-in gegeneinander aufzubringen.

Die projektbeteiligten Heime reagieren auf die Vorgehensweise der Krankenkassen (Ablehnung, Widerspruch, schleppende Bearbeitung, späte Bewilligung, späte Belieferung) teils mit Resignation, teils ohne klar erkennbare Strategie.

Diejenigen Heime, die diese Aufgabe professionell ausgestalten und eng mit Angehörigen und Betreuern zusammenarbeiten, klagen weniger über Bürokratiebelastung als andere Heime. Das nachfolgende Beispiel guter Praxis zeigt einen möglichen Weg.

Abbildung 15: Good-practice Beispiel: Umgang mit dem Thema „Hilfsmittelbeschaffung“

Umgang mit dem Thema "Hilfsmittelbeschaffung"

- Ein Beispiel guter Praxis -

1. Geeignete und interessierte Pflegefachkräfte sind Beauftragte für jeweils ein spezielles Pflege Thema wie Hautpflege, Wundmanagement, Kontinenztraining/Inkontinenzversorgung, Essen und Trinken u.a.m. Ebenso gibt es eine/n Beauftragten für die Hilfsmittelausstattung des Heims und der Bewohner/-innen.
2. Sie/er hat folgende Aufgaben:
 - Kontinuierliche Beschaffung von Informationen über Hilfsmittel und ihre Einsatzmöglichkeiten
 - Kontinuierliche Sammlung relevanter rechtlicher Informationen, z.B. Gerichtsurteile
 - Weitergabe dieser Informationen an die Pflegeleitungskräfte
 - Beratung der Pflegeleitung bei der Anschaffung von Hilfsmitteln durch das Heim
 - Information, Anleitung und Beratung der Pflegenden in Bezug auf den Einsatz vorhandener Hilfsmittel
 - Beratung der Pflegenden und ggf. der Ärzte/Ärztinnen in Bezug auf die Verordnung von Hilfsmitteln
 - Unterstützung von Bewohnern/Bewohnerinnen, Angehörigen und Betreuern/Betreuerinnen bei der Beantragung von Hilfsmitteln und ggf. dem Verfassen von Begleittexten zu Anträgen
 - Vorbereitung auf erwartbare Rückfragen der Krankenkassen und Begleitung bei Widerspruchsverfahren
3. Der/dem Mitarbeiter/-in wird die Erfüllung der genannten Aufgaben ermöglicht durch
 - die Freistellung von der fachpraktischen Mitarbeit im Wohnbereich mit einem festgesetzten Stundenkontingent und durch entsprechende Berücksichtigung im Dienstplan
 - die Verfügbarkeit geeigneter Fachliteratur
 - den Besuch themenbezogener Fortbildungen
 - den Besuch von Fachausstellungen und Messen
 - die Zusammenarbeit mit einem Sanitätshaus im Rahmen eines Kooperationsvertrags
 - Recherchemöglichkeiten (PC mit Internetzugang) im Heim.

Rechtliche Bewertung

Aus den Befragungsergebnissen lassen sich folgende rechtlich relevante Fragestellungen entnehmen:

1. Gibt es eine Aufstellung über die Hilfsmittel und die Vorhaltepflcht in Pflegeeinrichtungen?
2. Welche Hilfsmittel hat die Pflegeeinrichtung als Pflegehilfsmittel vorzuhalten und welche Hilfsmittel kann der Versicherte individuell von der Krankenkasse beanspruchen?
3. Verordnungspraxis
4. Tragweite der Empfehlung des Gutachters des MDK für Hilfsmittel

zu 1: Gibt es eine Aufstellung über die Hilfsmittel und die Vorhaltepflcht in Pflegeeinrichtungen?

Die Spitzenverbände der Pflegekassen sollen nach § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI ein Verzeichnis der von der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel erstellen. Dies gilt zwar vorwiegend für die häusliche Pflege. Allerdings bietet es auch für die stationäre Pflege einen Anhaltspunkt, welche Hilfsmittel überhaupt als Pflegehilfsmittel einzustufen sind.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen haben mit Datum vom 14. März 2003 einen Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) aufgestellt. Dieser Katalog entfaltet, genau so wenig wie das Hilfsmittelverzeichnis, das die Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 128 i.V.m. § 139 SGB V erstellen müssen, keinerlei rechtliche Verbindlichkeit gegenüber den Versicherten. Das Hilfsmittelverzeichnis dient nach ständiger Rechtsprechung vielmehr nur als Auslegungshilfe für die Rechtsprechung (BSG Urteil vom 17.01.1996, Az 3 RK 39/94; Urteil vom 16.09.2004, Az B 3 KR 20/04 R). Das Gleiche muss auch für den Abgrenzungskatalog gelten.

Der VdAK/AEV hat mit den Vertragspartnern nach § 75 SGB XI eine Orientierungshilfe für die Abgrenzung von Regelleistungen und Zusatzleistungen erarbeitet, der auch einen Abgrenzungskatalog der vorzuhaltenden Pflegehilfsmittel enthält. Sie wird ausdrücklich als nicht abschließend erstellte Arbeitshilfe bezeichnet.

zu 2: Welche Hilfsmittel hat die Pflegeeinrichtung als Pflegehilfsmittel vorzuhalten und welche Hilfsmittel kann der Versicherte individuell von der Krankenkasse beanspruchen?

1. Welche Anhaltspunkte bietet das SGB XI bzw. das SGB V für die Ausstattung mit Hilfsmitteln?

Ansprüche des Versicherten

Nach § 33 SGB V

Ein Anspruch des Pflegebedürftigen nach § 33 SGB V gegen seine Krankenkasse auf Hilfsmittel besteht dann, wenn die Pflegeeinrichtung nicht verpflichtet ist, die Hilfsmittel

tel vorzuhalten. Im Verhältnis zum Anspruch auf Pflegehilfsmittel gegenüber der Pflegekasse ist ein Anspruch gegen die Krankenkasse vorrangig (vgl. § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Allerdings werden Pflegehilfsmittel nur im Rahmen der häuslichen Pflege gestellt.

Nach dem SGB XI

Ein Anspruch des stationär Pflegebedürftigen gegen die Pflegekasse auf Bereitstellung eines Hilfsmittels besteht nicht, da § 40 SGB XI nur für häusliche Pflege gilt. Dies ergibt die systematische Auslegung: der Anspruch nach § 40 SGB XI steht im ersten Titel des dritten Abschnitts „Leistungen bei häuslicher Pflege“. Bei stationärer Pflege wird der Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen gegen die Pflegekasse von einer durch Versorgungsvertrag zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung erfüllt. In § 43 SGB XI wird festgelegt, dass die Pflegeeinrichtung von der Pflegekasse einen Höchstbetrag in Höhe von 1432 EUR für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erhält. Das Entgelt für diese Aufwendungen wird mit den Pflegesätzen entrichtet, vgl. § 82 SGB XI.

Dementsprechend hat die Pflegeeinrichtung die Hilfsmittel vorzuhalten, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen benötigt werden.

- § 43 Abs. 2 SGB XI: die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen der sozialen Betreuung; bis zum 30.06.2007 übernimmt sie auch die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Diese Regelung, die mehrfach verlängert wurde, lässt den Schluss zu, dass die medizinische Behandlungspflege eigentlich von der Krankenversicherung zu leisten und damit auch zu finanzieren ist. Folglich hat sie auch die Kosten für die Hilfsmittel zu übernehmen, die hierfür erforderlich sind, so dass das Pflegeheim keine diesbezügliche Vorhaltepflcht hat.
- § 11 Abs. 1 SGB XI: Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Dies spricht für die Verpflichtung der stationären Pflegeeinrichtung, alle für die Pflege relevanten Hilfsmittel vorzuhalten. Anhaltspunkte für die Abgrenzung zwischen Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel liefert diese Norm dagegen nicht.
- § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI: Zu den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) gehört auch eine Vereinbarung über die sächliche Ausstattung des Pflegeheims. Da die LQV die Grundlage für die Pflegesätze sind, welche wiederum die allgemeinen Pflegeleistungen abgelden, spricht dies für eine Vorhaltepflcht der Pflegeheime für Pflegehilfsmittel. Anhaltspunkte für die Abgrenzung zwischen Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel liefert diese Norm dagegen nicht.

2. Entwicklung der Rechtsprechung:

Rechtsprechung der Landessozialgerichte

Die Abgrenzung zwischen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel wurde nach dem Schwerpunkt des Einsatzes des Hilfsmittels vorgenommen:

- Ausgleich einer Behinderung zur Verrichtung allgemeiner Grundbedürfnisse - dann Kostentragungspflicht der Krankenkasse nach § 33 SGB V; selbst wenn dadurch als Nebeneffekt die Pflege erleichtert wird.
- Erleichterung der Pflege im Sinne einer Entlastung der pflegenden Person, wobei der Betroffene die jeweilige Verrichtung auch noch ohne das Hilfsmittel erledigen könnte.

(LSG NRW Urteil vom 30.04.1998, Az L 2 KN 41/97 KR; LSG BW Urteil vom 03.09.1999, Az L4 KR 2193/99; LSG BW Urteil vom 08.10.1999, Az L 4 KR 672/99)

Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes⁴

BSG Urteil vom 10.02.2000, Az B 3 KR 26/99 R:

Anhaltspunkte für die Frage, welche Hilfsmittel vom Pflegeheim vorzuhalten sind, bietet die „Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen zur Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln“ vom 26. Mai 1997. Danach zählen zum notwendigen Inventar für die vollstationäre Pflege alle Hilfsmittel, die bei Verwirrheitszuständen, Lähmungen und sonstigen Funktionseinschränkungen üblicher Art (z.B. bei Altersdemenz, Morbus Alzheimer, Folgen eines Schlaganfalls, Multipler Sklerose und Querschnittslähmungen) benötigt werden. Dazu zählen nicht solche Hilfsmittel, die nicht der „Sphäre“ der vollstationären Pflege zuzurechnen sind. Dies sind folgende:

(1) individuell angepasste Hilfsmittel, die ihrer Natur nach nur für den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar sind (z.B. Brillen, Hörgeräte, Prothesen)

(2) Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses (z.B. Kommunikation oder Mobilität) außerhalb des Pflegeheimes dienen. Dies ist noch nicht der Fall, wenn es um das Spaziergehen auf dem Heimgelände oder gemeinsame Ausflüge der Heimbewohner oder sonstige vom Heim organisierte Aktivitäten geht. Regelmäßige Aktivitäten außerhalb des Heimes, unabhängig vom Pflegepersonal, also mit Verwandten oder Freunden, zählen nicht zur Sphäre des Heims.

Diese Rechtsprechung wurde, wie das BSG selbst in seinem Urteil vom 06.06.2002 anmerkt, dahingehend interpretiert und missverstanden, dass das Pflegeheim alle Hilfsmittel vorzuhalten hat, die nur innerhalb des Heimes ver-

⁴ Alle Urteile des BSG unter www.bundessozialgericht.de

wendet werden (siehe etwa LSG NRW Urteil vom 09.11.2000 Az L 5 KR 97/00).

Daraufhin präzisierte das BSG seine Aussagen mit Urteil vom 06.06.2002 - Az B 3 KR 67/01R.

Kriterien für die Abgrenzung zwischen der Vorhaltpflicht des Pflegeheimes und dem Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse nach § 33 SGBV:

- Die Vorhaltpflicht des Pflegeheims hängt maßgeblich von dem jeweiligen Versorgungsvertrag und den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ab und lässt sich daher nicht allgemein für alle Pflegeheime beschreiben. Jedenfalls ist die zur Durchführung von üblichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderliche Ausstattung vorzuhalten.

(Was im Einzelnen dazu gehört, hat das Gericht jedoch nicht entschieden und kann nur für bestimmte Gegenstände entschieden werden. Allgemein hat das Gericht ausgeführt, dass einiges dafür spreche, auch solche Gegenstände der Heimausstattung zuzurechnen, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen ist, ganz überwiegend aber die Pflege im Vordergrund steht, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr möglich ist.)

- Für Hilfsmittel, die der medizinischen Behandlungspflege dienen (sie sind mit einem körperlichen Eingriff verbunden und bedürfen der ärztlichen Überwachung), wird eine Vorhaltpflicht des Heimträgers verneint, weil die Kostenübernahme für die medizinische Behandlungspflege nach der gesetzgeberischen Konzeption - § 43 Abs. 2 SGB XI - nur vorübergehend der Pflegeversicherung zugewiesen ist. Etwas anderes kann nur gelten, wenn in den Versorgungsverträgen oder Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen eine entsprechende Vereinbarung über die Vorhaltung durch das Heim getroffen wurde. Dies gilt auch dann, wenn das Hilfsmittel gleichzeitig den Pflegeaufwand verringert - z.B. Ernährungspumpen.

Ergebnis dieser Rechtsprechung:

- Hilfsmittel der medizinischen Behandlungspflege sind nach der gesetzgeberischen Konzeption grundsätzlich nicht vom Heimträger vorzuhalten.
- Die Vorhaltpflicht hängt im Übrigen maßgeblich von dem Inhalt des Versorgungsvertrages und den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ab.

Urteil des BSG vom 24.09.2002, Az B 3 KR 15/02 R

Das Gericht hebt in diesem Urteil hervor, dass die Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln, die der Versicherte nach § 33 SGB V von seiner Krankenversicherung bekommt, und Pflegehilfsmitteln sich vorwiegend nach dem Verwendungszweck richtet: Wenn er ganz überwiegend zur Erleichterung der Pflege

eingesetzt wird, wird die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht allein dadurch begründet, dass der Gegenstand auch zum Behinderungsausgleich eingesetzt werden kann.

In diesem Urteil war über die Finanzierung von Anti-Dekubitus-Matratzen zu entscheiden. Die Leistungspflicht der Krankenkasse von der Vorhaltepflcht des Pflegeheims wurde danach abgegrenzt, ob die Matratze zur Behandlung akuter Druckgeschwüre eingesetzt wird (dann SGB V) oder zur Prophylaxe vor Druckgeschwüren, wofür die Pflegeheime zuständig seien.

Wenn der akute Behandlungsbedarf auf einen Pflegefehler zurückzuführen sei, ändere dies nichts an dem Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse; diese könne gegebenenfalls nach § 116 SGB X das Pflegeheim in Regress nehmen.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse entsteht auch bei unmittelbar bevorstehender Entstehung eines Dekubitus.

3. Rechtsprechung und damit Klarstellung zu einzelnen Hilfsmitteln

Die Rechtsprechung hat zumindest für die Hilfsmittel Rollstuhl, Ernährungspumpe und Anti-Dekubitusmatratzen klare Abgrenzungskriterien getroffen.

Rollstuhl

BSG Urteil vom 10.02.2000:

Solange es sich um Serienfabrikate, auch für bestimmte körperliche Gegebenheiten, handelt, die von mehreren Personen genutzt werden können, sind sie vom Pflegeheim vorzuhalten. Ein Anspruch gegen die Krankenkasse kommt nur bei einer individuellen Anfertigung oder bei der Nutzung für außerheimliche Aktivitäten in Betracht.

Der Transport zum Aufsuchen der Räumlichkeiten im Heim ist von den Pflegeheimen sicherzustellen.

Aber Einschränkung im Urteil vom 06.06.2002 - Az B 3 KR 67/01 R:

Der Versicherte hat einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Bereitstellung eines Rollstuhls, wenn er mit dem Rollstuhl selbstständige Wege im Heim zurücklegen kann, die nicht zur Grundversorgung oder hauswirtschaftlichen Versorgung gehören.

Ernährungspumpen:

BSG Urteil vom 06.06.2002:

Die Ernährungspumpe ist ein Hilfsmittel zur medizinischen Behandlungspflege und fällt daher in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Umfeldkontrollgerät und sprachgesteuertes Freisprechtelefon:

LSG BW, Urteil vom 09.09.2003, Az L 11 KR 1850/03 im Anschluss an die Urteile des BSG vom 10.02.2000 und 06.06.2002

Das Umfeldkontrollgerät und das sprachgesteuerte Freisprechtelefon sind als Hilfsmittel von der Krankenkasse zu übernehmen, weil es sich um individuell angepasste Hilfsmittel handelt und es dem Grundbedürfnis nach Kommunikation und Schaffung eines eingeschränkten Freiraums sowie der Wahrung einer Privatsphäre dient, wenn die Pflegebedürftigen selbstständig telefonieren und sich Tag und Nacht ohne fremde Hilfe aus Rundfunk und Fernsehen informieren können.

Anti-Dekubitus-Matratzen:

Urteil des BSG vom 24.09.2002, Az B 3 KR 15/02 R

Die Leistungspflicht der Krankenkasse von der Vorhaltepflcht des Pflegeheims wurde danach abgegrenzt, ob die Matratze zur Behandlung akuter Druckgeschwüre eingesetzt wird (dann SGB V) oder zur Prophylaxe vor Druckgeschwüren, wofür die Pflegeheime zuständig seien.

Wenn der akute Behandlungsbedarf auf einen Pflegefehler zurückzuführen sei, ändere dies nichts an dem Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse; diese könne gegebenenfalls nach § 116 SGB X das Pflegeheim in Regress nehmen.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse entsteht auch bei unmittelbar bevorstehender Entstehung eines Dekubitus.

Ferner wurde klargestellt, dass die Vorhaltepflcht der Pflegeheime sich auf die einfachste Ausführung der Dekubitusmatratze beschränkt - Stufe 0 Ermöglichung einer druckreduzierenden Weichlagerung. Die weiteren Stufen 1 bis 4, wie beispielsweise ein Wechseldrucksystem, sind der Krankenbehandlung zuzurechnen und daher als Hilfsmittel von der Krankenkasse zu bezahlen.

4. Literatur

Die Rechtsprechung des BSG in den Urteilen von Februar 2000 sowie die daraus resultierende Verwaltungspraxis der Krankenkassen wird kritisiert. Die modifizierte Rechtsprechung aus dem Jahr 2002 wird jedoch befürwortet, weil sie sich am Wortlaut des § 43 SGB XI und der Funktion der Pflegeversicherung orientiert.

zu 3: *Verordnungspraxis*

Hinweis auf das Budget

Für den Bericht einzelner Einrichtungen, dass die Ärzte die Verordnung von Hilfsmitteln mit dem Hinweis auf ihr eigenes Budget ablehnen, findet sich keine rechtliche Grundlage zu Gunsten der Ärzte. Nach § 84 SGB V werden lediglich für Arznei- und Heilmittel Budgets ausgehandelt. Die Hilfsmittel sind davon nicht betroffen. Ein Arzt unterliegt also keinen diesbezüglichen Beschränkungen.

Gebühr anlässlich eines Rezeptes

Die Erhebung einer Gebühr für die Verordnung eines Hilfsmittels ist nicht im SGB V verankert. Es könnte sich vielleicht um die Praxisgebühr nach § 28 Abs. 5 Satz 1

i.V.m. § 61 Satz 2 SGBV handeln, die auch dann fällig wird, wenn der erste Kontakt mit dem Arzt im Quartal darin besteht, dass der Pflegebedürftige sich ein Rezept ausstellen lässt.

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte ist (bei summarischer Durchsicht) keine Rechtsgrundlage für eine Gebühr für die Verordnung eines Hilfsmittels zu finden.

Die Gebührenordnung für Ärzte enthält im Gebührenverzeichnis „I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen Nr. 2“ unter anderem eine Aussage über Gebühren für Rezepte. Diese betrifft jedoch nur ein Wiederholungsrezept, das von einer Sprechstundenhilfe ohne Arztbesuch ausgestellt wird. Ein Wiederholungsrezept ist bei Hilfsmitteln schwer vorstellbar.

Im Übrigen lässt sich aus dem Gebührenverzeichnis, das diverse ärztliche Leistungen und Untersuchungen, darunter auch Beratungen, auflistet, nicht entnehmen, dass die bloße Ausstellung eines Rezeptes gebührenpflichtig wäre. Gebühren sind jedoch möglich, wenn in diesem Zusammenhang eine Untersuchung und/oder Beratung anfällt. Ansonsten ist die Gebührenpflicht für ein Rezept nur auf Grund einer individualvertraglichen Vereinbarung zwischen Arzt und Pflegebedürftigem als Patient denkbar. Die Gebührenordnung für Ärzte lässt in § 2 jedoch nur die Verhandlung über die Höhe einer Gebühr für eine ärztliche Leistung zu. Diese gesamte Regelung des § 2 lässt den Schluss zu, dass die Vereinbarung einer Gebühr für eine nicht schon im Gebührenverzeichnis vorgesehene ärztliche Leistung nicht möglich ist.

Die geschilderte Praxis der Ärzte ist nach derzeitigem Erkenntnisstand also rechtlich nicht haltbar.

zu 4: Tragweite der Empfehlungen des Gutachters des MDK für Hilfsmittel

Das Gutachten des MDK nach § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens über die Bewilligung eines Antrags auf Gewährung eines Hilfsmittels hat nur beratenden Charakter. Die Letztentscheidungskompetenz liegt bei der Krankenkasse, die den Verwaltungsakt erlässt. In der Regel werden die Krankenkassen dem Gutachten des MDK folgen.

3.4.2.4 Umsetzung von Medizinproduktegesetz und Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Erläuterung

Zum Zeitpunkt der Befragung haben sich die projektbeteiligten Heime mehr oder weniger intensiv mit der Umsetzung des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) befasst. Erfahrungen mit diesbezüglichen externen Prüfungen⁵ liegen in einem Heim vor. Eine Einrichtung hatte sich der Bezirksregierung zur Erprobung ihres Prüfverfahrens angeboten und dabei erste Eindrücke gewonnen. Einzelne Gesprächsteilnehmer/-innen sind nach Berichten von Kollegen/Kolleginnen aus bereits geprüften Heimen verunsichert; sie befürchten eine

⁵ Vgl. dazu Kapitel 3.5.5.3 Prüfverfahren

überzogene und der Situation im Altenpflegeheim nicht gemäße Auslegung der Verordnung durch die Prüfinstanzen.

Aufgaben, die sich für die Heime aus der Umsetzung von MPG und MPBetreibV ergeben, sind u.a.

- das Erfassen und Zuordnen aller vorhandenen Medizinprodukte (aktive, nicht aktive)
- das Führen eines Bestands- und Standortverzeichnisses für alle aktiven (z.B. elektrische Pflegebetten, Personenlifter, Sauerstoffkonzentratoren, elektrische Absauggeräte) und alle nicht aktiven Medizinprodukte (z.B. Blutzuckermessgeräte, geeichte Personenwaagen, Blutdruckmessgeräte)
- die Dokumentation der Wiederaufbereitung von Medizinprodukten (z.B. Desinfektion von Zubehör)
- die Schulung aller Anwender/-innen auch bei Medizinprodukten mit geringem Gefährdungspotenzial (z.B. Blutzuckermessgeräte)
- die Durchführung von Wiederholungsschulungen.

Bei diesen Aufgaben sieht jeweils rund ein Drittel der Befragten hohe, vorhandene und nicht vorhandene Entbürokratisierungspotenziale.

Als weniger problematisch beurteilen die Befragten

- die Dokumentation der Teilnahme an Schulungen und Wiederholungsschulungen
- die Beauftragung produktverantwortlicher Mitarbeiter/-innen
- die Kontrolle der Einhaltung von Wartungsverträgen.

Rund die Hälfte der Gesprächsteilnehmer/-innen sieht hohe oder vorhandene, die andere Hälfte keine Entbürokratisierungspotenziale bzw. sie nehmen nicht Stellung.

Umgang der Heime mit MPG und MPBetreibV

Acht der befragten Heime beschäftigen sich noch eher vorbereitend mit der Umsetzung der Rechtsvorschriften. Sie wollen zum Teil zunächst Prüferfahrung gewinnen und Art und Umfang ihrer Aktivitäten daran ausrichten.

Für 20 Heime liegen Informationen zum Umsetzungsverfahren vor:

- Das Heim überträgt die Umsetzung von MPG und MPBetreibV an eine Fachfirma (Sanitätshaus, Elektrofirma). Aufgaben wie das Anlegen und Führen des Bestandsverzeichnisses, die Terminplanung für Kontrollen und Schulungen von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen u.a.m. werden vom Kooperationspartner übernommen (6 x).
- Träger- oder heimbezogen wird ein/e für die Umsetzung von MPG und MPBetreibV zuständige/r Mitarbeiter/-in ausgebildet, i.d.R. aus dem Bereich Haustechnik (3 x).

- Es erfolgt eine Aufteilung der Aufgaben zwischen dem Fachbereich Haustechnik des Heims, dem/der Sicherheitsbeauftragten und einer kooperierenden Firma (3 x).
- Es erfolgt eine Aufgabenverteilung innerhalb der Einrichtung unter Einbeziehung von Pflegeleitungskräften und Haustechnik-Mitarbeitenden (6 x).
- Eine Einrichtung hat umfangreiche Schulungen der Mitarbeiter/-innen vorgenommen und dokumentiert, "weil Fehler in der Regel Anwenderfehler sind". Im Übrigen wird abgewartet, welches Prüfverfahren die Bezirksregierung künftig anwenden wird.
- Es ist heimübergreifend ein beim Träger angesiedelter Mitarbeiter mit der Umsetzung beauftragt; zusätzlich werden Fachfirmen für Wartungsleistungen in Anspruch genommen (1 x).
- In jedem Fall verbleiben mindestens folgende Aufgaben in der Einrichtung:
 - Fortlaufendes Führen des Standortverzeichnisses
 - Sicherstellung der Schulung aller Anwender/-innen
 - Benennung und Begleitung der produktverantwortlichen Mitarbeiter/-innen
 - Kontrolle der Umsetzung der Wartungsverträge

Problembeschreibung

Die Gesprächspartner/-innen kritisieren

- einen von ihnen als hoch empfundenen Dokumentationsaufwand
- die notwendige umfangreiche Terminverwaltung
- die Vorgabe zu enger Intervalle bei Schulungen
- die Vorgabe zu enger Intervalle bei Geräteprüfungen (z.B. Einsatz geeichter Personenwaagen und damit verbunden die regelmäßige Nacheichung; die wöchentliche, statt der vom Hersteller nach 50 Blutzuckerbestimmungen empfohlenen Durchführung einer Kontrollmessung bei Blutzuckermessgeräten)
- bestehende Unklarheiten bei der Wartungszuständigkeit für die von Krankenkassen überlassenen Medizinprodukte
- Intransparenz in Bezug auf die Grundlagen der Gebührenberechnung durch die Prüfbehörde
- die fehlende Refinanzierung von Beratungs-, Wartungs- und Schulungskosten.

Lösungsvorschläge der Heime

Die Vorschläge zur Entbürokratisierung von MPG und MPBetreibV sind dem Stand der Umsetzung und Prüferfahrung entsprechend noch wenig fundiert, differenziert und mit konkreten Beispielen belegt. Sie reichen von der nicht näher erläuterten Forderung nach Modifizierung und Anpassung an den Heimalltag bis hin zur pauschalen Forderung nach "Abschaffung" der genannten Rechtsvorschriften. Konkreter sind

demgegenüber die Forderungen, Schulungen nur bei neuen, unbekanntem Medizinprodukten verbindlich vorzuschreiben oder die Dokumentation zu vereinfachen.

Fachliche Bewertung

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt können die Entbürokratisierungspotenziale in Bezug auf MPG und MPBetreibV nicht sicher beurteilt werden. In den Einrichtungen hat sich die praktische Umsetzung noch nicht eingespielt, eigene Prüferfahrungen liegen bei den Projektheimen nicht vor. Die vorstehenden Ausführungen geben Verfahren und Eindrücke der Heime in der Startphase wieder.

Nach unserem - nicht allein in Bezug auf die Projektheime sondern auch in Zusammenarbeit mit anderen Heimen gewonnenen - Eindruck ist das Thema "Umgang mit Medizinprodukten" jedoch prädestiniert für einen Aufbau von Bürokratie sowohl auf Heimseite als auch durch die Prüfinstanzen. Beispiele guter Praxis zu kennen, wäre für die Heime hilfreich und ein Schutz vor Fehl- und Überinvestition. Im vorliegenden Bericht kann ein solches Beispiel jedoch noch nicht vorgestellt werden.

Rechtliche Bewertung

Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz über Medizinprodukte⁶ lautet auszugsweise:

§ 3 Begriffsbestimmungen

(1) Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke

a) der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,

b) der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen,

...

zu dienen bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann.

..

§ 26 Durchführung der Überwachung

(1) Betriebe und Einrichtungen mit Sitz in Deutschland, in denen Medizinprodukte [...] betrieben, angewendet [...] werden, unterliegen insoweit der Überwachung durch die zuständigen Behörden. ...

...

Die Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV)⁷ lautet auszugsweise:

§ 1 Anwendungsbereich

⁶ Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 07.08.2002, BGBl I 2002, S. 3146.

⁷ Verordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. August 2002, BGBl I 2002, S. 3397.

(1) Diese Verordnung gilt für das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten nach § 3 des Medizinproduktegesetzes mit Ausnahme der Medizinprodukte zur klinischen oder Leistungsbewertungsprüfung.

...

§ 5 Betreiben und Anwenden

(1) Der Betreiber darf ein in der Anlage 1 aufgeführtes Medizinprodukt nur betreiben, wenn

zuvor der Hersteller oder eine dazu befugte Person, die im Einvernehmen mit dem Hersteller handelt,

1. dieses Medizinprodukt am Betriebsort einer Funktionsprüfung unterzogen hat und

2. die vom Betreiber beauftragte Person anhand der Gebrauchsanweisung sowie beigefügter sicherheitsbezogener Informationen und Instandhaltungshinweise in die sachgerechte Handhabung und Anwendung und den Betrieb des Medizinproduktes sowie in die zulässige Verbindung mit anderen Medizinprodukten, Gegenständen und Zubehör eingewiesen hat.

Eine Einweisung nach Nummer 2 ist nicht erforderlich, sofern diese für ein baugleiches Medizinprodukt bereits erfolgt ist.

...

(3) Die Durchführung der Funktionsprüfung nach Absatz 1 Nr. 1 und die Einweisung der vom Betreiber beauftragten Person nach Absatz 1 Nr. 2 sind zu belegen.

§ 6 Sicherheitstechnische Kontrollen

(1) Der Betreiber hat bei Medizinprodukten, für die der Hersteller sicherheitstechnische Kontrollen vorgeschrieben hat, diese nach den Angaben des Herstellers und den allgemein anerkannten Regeln der Technik sowie in den vom Hersteller angegebenen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen. Soweit der Hersteller für die in der Anlage 1 aufgeführten Medizinprodukte keine sicherheitstechnischen Kontrollen vorgeschrieben und diese auch nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat, hat der Betreiber sicherheitstechnische Kontrollen nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik und zwar in solchen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen, mit denen entsprechende Mängel, mit denen auf Grund der Erfahrungen gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können. Die Kontrollen nach Satz 2 sind jedoch spätestens alle zwei Jahre durchzuführen. Die sicherheitstechnischen Kontrollen schließen die Messfunktionen ein. Für andere Medizinprodukte, Zubehör, Software und andere Gegenstände, die der Betreiber bei Medizinprodukten nach den Sätzen 1 und 2 verbunden verwendet, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.

...

(3) Über die sicherheitstechnische Kontrolle ist ein Protokoll anzufertigen, das das Datum der Durchführung und die Ergebnisse der sicherheitstechnischen Kontrolle unter Angabe der ermittelten Messwerte, der Messverfahren und sonstiger Beurteilungsergebnisse enthält. Das Protokoll hat der Betreiber zumindest bis zur nächsten sicherheitstechnischen Kontrolle aufzubewahren.

...

§ 7 Medizinproduktebuch

(1) Für die in der Anlage 1 und 2 aufgeführten Medizinprodukte hat der Betreiber ein Medizinproduktebuch mit den Angaben nach Absatz 2 Satz 1 zu führen.

...

(2) In das Medizinproduktebuch sind folgende Angaben zu dem jeweiligen Medizinprodukt einzutragen:

1. Bezeichnung und sonstige Angaben zur Identifikation des Medizinproduktes,
2. Beleg über Funktionsprüfung und Einweisung nach § 5 Abs. 1,
3. Name des nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 Beauftragten, Zeitpunkt der Einweisung sowie Namen der eingewiesenen Personen
4. Fristen und Datum der Durchführung sowie das Ergebnis von vorgeschriebenen sicherheits- und messtechnischen Kontrollen oder Instandhaltungsmaßnahmen
5. soweit mit Personen oder Institutionen Verträge zur Durchführung von sicherheits- oder messtechnischen Kontrollen oder Instandhaltungsmaßnahmen bestehen, deren Namen oder Firma sowie Anschrift,
6. Datum, Art und Folgen von Funktionsstörungen und wiederholten gleichartigen Bedienungsfehlern,
7. Meldungen von Vorkommnissen an Behörden und Hersteller.

...

(3) Der zuständigen Behörde ist auf Verlangen am Betriebsort jederzeit Einsicht in die Medizinproduktebücher zu gewähren.

§ 8 Bestandsverzeichnis

(1) Der Betreiber hat für alle aktiven nichtimplantierbaren Medizinprodukte der jeweiligen Betriebsstätte ein Bestandsverzeichnis zu führen. Die Aufnahme in ein Verzeichnis, das auf Grund anderer Vorschriften geführt wird, ist zulässig.

(2) In das Bestandsverzeichnis sind für jedes Medizinprodukt nach Absatz 1 folgende Angaben einzutragen:

1. Bezeichnung, Art und Typ, Loscode oder die Seriennummer, Anschaffungsjahr des Medizinproduktes,
2. Name oder Firma und die Anschrift des für das jeweilige Medizinprodukt Verantwortlichen nach § 5 des Medizinproduktegesetzes,
3. die der CE-Kennzeichnung hinzugefügte Kennnummer der benannten Stelle, soweit diese nach den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes angegeben ist,
4. soweit vorhanden, betriebliche Identifikationsnummer,
5. Standort und betriebliche Zuordnung,
6. die vom Hersteller angegebene Frist für die sicherheitstechnische Kontrolle nach § 6 Abs. 1 S. 1 oder die vom Betreiber nach § 6 Abs. 1 S. 2 festgelegte Frist für die sicherheitstechnische Kontrolle.

Bei den Angaben nach Nummer 1 sollte zusätzlich die Bezeichnung nach der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlichten Nomenklatur für Medizinprodukte eingesetzt werden. § 7 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

...

(5) Der zuständigen Behörde ist auf Verlangen beim Betreiber jederzeit Einsicht in das Bestandsverzeichnis zu gewähren.

...

§ 11 Messtechnische Kontrollen

(1) Der Betreiber hat messtechnische Kontrollen

1. für die in der Anlage 2 aufgeführten Medizinprodukte,

2. für die Medizinprodukte, die nicht in der Anlage 2 aufgeführt sind und für die jedoch der Hersteller solche Kontrollen vorgesehen hat, nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 auf der Grundlage der anerkannten Regeln der Technik durchzuführen oder durchführen zu lassen. Messtechnische Kontrollen können auch in Form von Vergleichsmessungen durchgeführt werden, soweit diese in der Anlage 2 für bestimmte Medizinprodukte vorgesehen sind.

...

(4) Die messtechnischen Kontrollen der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sind, soweit vom Hersteller nicht anders angegeben, innerhalb der in Anlage 2 festgelegten Fristen und der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 nach den vom Hersteller vorgegebenen Fristen durchzuführen. Soweit der Hersteller keine Fristen bei den Medizinprodukten nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 angegeben hat, hat der Betreiber messtechnische Kontrollen in solchen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen, mit denen entsprechende Mängel, mit denen auf Grund der Erfahrungen gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können, mindestens jedoch alle zwei Jahre. Für die Wiederholungen der messtechnischen Kontrollen gelten dieselben Fristen. Die Fristen beginnen mit Ablauf des Jahres, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte messtechnische Kontrolle durchgeführt wurde. ...

Rechtliche Einordnung der Vorschrift

Das Medizinprodukterecht schützt vor den Gefahren von Medizinprodukten und ist dem Ordnungsrecht zuzuordnen. Es hat weitere Funktionen des Verbraucherschutzes und des Arbeitsschutzes.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung gilt für das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten nach § 3 des MPG. Medizinprodukte sind danach alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten sowie der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu dienen bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann. Zur Verhütung von Krankheiten dienen unter anderem Anti-Dekubitusmatratzen und zur Linderung von Krankheiten werden unter anderem Gehhilfen und Rollstühle, Patientenlifter sowie Blutzuckermessgeräte und Blutdruckmessgeräte eingesetzt.⁸

Da in Altenpflegeheimen Medizinprodukte verwendet werden, haben die Betreiber die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinprodukte-Betreiberverordnung einzuhalten.

⁸ Anhalt / Dieners, Hdb Medizinprodukterecht, § 2 Rn 6. Schriftliche Beantwortung einer entsprechenden Frage im Rahmen des Untersuchungspakets 2b Hauswirtschaft durch das Büro Ursula Mybes durch die teilnehmenden Einrichtungen.

Geschichte der Vorschrift

Die Regelungen im Medizinproduktegesetz sowie der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfolgten im Rahmen der Umsetzung von EG-Richtlinien.⁹ Das Medizinproduktegesetz wurde erstmals 1994¹⁰ und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung 1998¹¹ erlassen. Die Vorschriften wurden durch die Neufassungen nicht verschärft. Insbesondere sind die Verpflichtungen zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern sowie zur Durchführung sicherheits- und messtechnischer Kontrollen schon mit dem erstmaligen Inkrafttreten 1998 eingeführt worden.

Verpflichtungen der Betreiber von Medizinprodukten

Zunächst muss der Betreiber nach § 8 MPBetreibV für alle aktiven (d.h. energetisch betriebenen) nichtimplantierbaren Medizinprodukte ein Bestandsverzeichnis mit den in § 8 Abs. 2 genannten Daten führen. Dies betrifft z.B. Pflegebetten, Rollstühle.

Wenn in einem Pflegeheim Medizinprodukte der Anlage 1 oder 2 verwendet werden, muss zudem ein Medizinproduktebuch geführt werden. Dies kann in Altenpflegeheimen notwendig sein, wenn eine sehr intensive Pflege beispielsweise das Vorhandensein eines Beatmungsgerätes erfordert (Anlage 1 Nr. 1.5).¹² Ferner sind in Altenpflegeheimen häufig medizinische Elektrothermometer oder Messgeräte zur nichtinvasiven Blutdruckmessung vorhanden (Anlage 2 Nr. 1.2.1 und 1.3).¹³

Der Betreiber von Medizinprodukten hat diese entsprechend der Herstellerangaben, bei Medizinprodukten der Anlage 1 jedenfalls alle zwei Jahre, sicherheitstechnisch kontrollieren zu lassen und über diese Kontrollen ein Protokoll anzufertigen, § 6 Abs. 1 und 3 MPBetreibV.

Die Medizinprodukte sind ferner regelmäßig auf ihre Messgenauigkeit zu untersuchen, wobei die Medizinprodukte der Anlage 2 in den dort genannten Zeitabständen zu kontrollieren sind, sofern der Hersteller keine anderen Fristen angegeben hat und alle übrigen Medizinprodukte entsprechend den Herstellerangaben zu überprüfen sind.

Nach § 26 MPG unterliegen unter anderem Betriebe, die Medizinprodukte anwenden oder betreiben, der behördlichen Überwachung. Dies beinhaltet die Überprüfung, ob

⁹ Richtlinie zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über aktive implantierbare medizinische Geräte vom 20. Juli 1990, Abl. EG 1990 Nr. L 189 S. 17; Medizinprodukte-Richtlinie vom 14. Juni 1993, ABl. EG 1993 Nr. L 169 S. 1; Richtlinie über In-vitro-Diagnostika vom 07. Dezember 1998, Abl. EG 1998 Nr. L 331 S. 1.

¹⁰ Medizinproduktegesetz vom 02. August 1994, BGBl. I 1994, S. 1963.

¹¹ Verordnung vom 29. Juli 1998 BGBl. I 1998, S. 1762.

¹² Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte; mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

¹³ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte; mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

die jeweiligen vorgeschriebenen Kontrollen der Geräte durchgeführt und dokumentiert werden.

In *Hamburg* gibt es keine einheitlichen Zeitabstände für die Überwachung. Die Betriebe mit Medizinprodukten wurden in die drei Kategorien A, B und C eingestuft. Altenpflegeheime gehören in die Kategorie B, in der die Betriebe nicht regelmäßig überwacht werden, wobei jedoch angestrebt wird, einen Betrieb dieser Kategorie wenigstens alle fünf Jahre aufzusuchen.¹⁴

In *Schleswig-Holstein* finden zurzeit keine fristgebundenen Überwachungen statt; sie erfolgen in der Regel in Schwerpunktaktionen bzw. anlassbezogen.¹⁵

Überprüfung der Vorschrift

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die regelmäßige sicherheitstechnische Kontrolle von Medizinprodukten dient dem Schutz des Personals und der Bewohner von Altenpflegeheimen. Die Verpflichtung zur Führung eines Bestandsverzeichnisses und eines Medizinproduktebuches bezweckt eine Erleichterung für den Betreiber bezüglich seines Qualitätsmanagements¹⁶ und des Umstandes, dass die Behörde nicht die gesamte Anlage ablaufen muss und dadurch den Betrieb stört.¹⁷

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die regelmäßige sicherheitstechnische Kontrolle von Medizinprodukten ist geeignet, den Schutz des Personals und der Bewohner zu erreichen. Das Bestandsverzeichnis und das Medizinproduktebuch sind geeignet, die behördliche Überwachung auch aus der Sicht der Betreiber zu vereinfachen.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Die messtechnische und sicherheitstechnische Kontrolle der Medizinprodukte und die Verpflichtung zur Führung von Medizinproduktebüchern und Bestandsverzeichnissen sind erforderlich.

Es ist kein milderes Mittel als die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle der Medizinprodukte und zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern sowie die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften durch gelegentliche behördliche Besuche ersichtlich.

¹⁴ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte.

¹⁵ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

¹⁶ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

¹⁷ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte.

Angemessenheit der Vorschrift - Relation zwischen Zweckerreichung und Mittelsatz

Die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle der Medizinprodukte und zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern ist den Betreibern auch zuzumuten. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG erfolgt zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der Bewohner und Beschäftigten, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt sind. Vor allem Pflegebetten bergen ein Risiko, weil es bei unsachgemäßer Handhabung zu Quetschungen oder Verbrennungen kommen kann. Wenn Messgeräte nicht mehr richtig funktionieren, kann es zu Fehlbeurteilungen des Gesundheitszustandes der Bewohner kommen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der Betreiber von Altenpflegeheimen mit dem Betrieb der jeweiligen Medizinprodukte eine Gefahrenquelle schafft.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Überwachung und die Dokumentationspflichten in Form des Bestandsverzeichnisses und des Medizinproduktebuches hängen nicht von der Art der Einrichtung ab, sondern allein davon, ob und welche Medizinprodukte verwendet werden, so dass keine Gleichstellung mit Krankenhäusern als Einrichtung erfolgt.

Stellungnahmen aus der Verwaltungspraxis

Das Landesamt für Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein hält die Verpflichtung zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern für sinnvoll und erforderlich.¹⁸

Empfehlung

Die Regelungen über die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle von Medizinprodukten sind verhältnismäßig. Angesichts der Gefahren für die Gesundheit der Bewohner und der Beschäftigten, die mit dem Einsatz einiger Medizinprodukte verbunden sind, sollte auch die gesetzliche Verpflichtung zur Führung von Bestandsverzeichnissen beibehalten werden. Dies erleichtert dem Betreiber auch die eigene Überwachung seiner Geräte und stellt damit deren Funktionsfähigkeit sicher. Zudem wird diese Regelung für ein gut geführtes Heim keine zusätzliche Belastung darstellen, da in diesen Fällen ohnehin von dem Vorhandensein eines solchen oder ähnlichen Verzeichnisses ausgegangen werden kann.

Die Vorschriften können aus juristischer Sicht beibehalten werden.

3.4.2.5 Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung¹⁹

Erläuterung

Die Befragung der 28 Projektheime in Bezug auf Bürokratiebelastungen durch die Heimmitwirkungsverordnung bezieht sich auf die Teilaspekte

¹⁸ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein

¹⁹ Vgl. die juristischen Ausführungen in Kapitel 4.3.7

- Bildung eines Heimbeirats (Wahlvorbereitung, -durchführung und -nachbereitung). Die diesbezüglichen Entbürokratisierungspotenziale werden überwiegend als hoch (10 bzw. 11 x) oder vorhanden (7 x) beurteilt, doch immerhin 10 bzw. 11 Befragte sehen keinen Änderungsbedarf.
- Bewohnerversammlungen und Heimbeiratssitzungen (Einberufung, Vorbereitung, Durchführung, Protokollerstellung). Hier sehen jeweils gut 30% der Befragten zum Teil deutlichen Entbürokratisierungsbedarf, ca. 70% beurteilen diese Aufgabe als unproblematisch.
- Beteiligung des Heimbeirats bei Entscheidungen bezüglich Qualitätssicherung und Entgeltgestaltung. Sie erlebt jeweils die Hälfte (14) der Befragten als ausgeprägt (5) bzw. in gewissem Maße bürokratiebelastet (9) und als unproblematisch (14).
- Beteiligung des Heimbeirats an der Gestaltung des Heimalltags (z.B. Speisenplanung, Fest- und Feiertagsgestaltung). Sie wird von keinem/keiner der Befragten als hoch bürokratiebelastet geschildert; je ca. 50% der Befragten sehen gewisse bzw. keine Entbürokratisierungsmöglichkeiten.
- Information der zuständigen Heimaufsicht. Sie ist nur für zwei Befragte mit vermeidbarem hohem Aufwand verbunden, neun weitere sehen Vereinfachungsmöglichkeiten, 16 erleben die Zusammenarbeit als problemlos, aus einem Heim liegt keine Einschätzung vor.
- Angebot und Durchführung von Schulungen für Heimbeirat und Heimfürsprecher. Sie werden von einem Drittel als bürokratiebelastet empfunden (5 x hohe, 4 x vorhandene Belastung), 18 Heime haben damit kein Problem, aus einem Heim liegt keine Einschätzung vor.
- Überwachung der Einhaltung vorgeschriebener Fristen rund um die Heimbeiratswahlen. Sie wird von gut mehr als der Hälfte der Befragten als hoher (7 x) bzw. vorhandener (8 x) Bürokratieaufwand betrachtet, die übrigen 13 Gesprächspartner/-innen sehen keinen Entbürokratisierungsbedarf.

Umgang der Heime mit der Heimmitwirkungsverordnung

In 22 Heimen besteht ein Heimbeirat, sechs Heime arbeiten mit Heimfürsprechern/Heimfürsprecherinnen.

Aus den Heimen mit Heimbeirat wird berichtet, dass

- der Heimbeirat aus erfahrenen Mitgliedern besteht und sehr selbstständig arbeitet (4 x).
- der Heimbeirat bei seiner Arbeit begleitet wird, die Abläufe rund um seine Wahl sowie die Zusammenarbeit Routine geworden sind (12 x).
- der Heimbeirat bei seiner Arbeit aktiv unterstützt wird durch Angehörige oder andere Externe (2 x), den Sozialen Dienst des Heims (3 x), einen teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter, der außerdem die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen betreut (1 x).

Aus einem der sechs Heime mit Heimförsprecher/-in wird berichtet, dass Bewohnerversammlungen nicht mehr durchgeföhrt werden können. Stattdessen besuchen die Pflegeleitung und der Heimförsprecher regelmäßig alle Bewohner/-innen. Der Heimförsprecher protokolliert die Gesprächsergebnisse.

Bezüglich der Qualität der Kooperation der Heime mit Heimbeirat und Heimförsprecher liegen keine Ergebnisse vor. Während der Interviews wurde deutlich, dass unterschiedlich respektvoll und sorgfältig mit Mitwirkungsfragen umgegangen wird.

Probleme

Nicht alle, aber die Mehrzahl der mit einem Heimbeirat arbeitenden Heime schildern folgende Probleme:

- Vor dem Hintergrund der ausgeprägten Pflegebedürftigkeit und der verringerten Bleibdauer von Bewohnern/Bewohnerinnen wird das bei der Wahl des Heimbeirats einzuhaltende Verfahren (Gewinnung der vorgegebenen Zahl mitwirkungsbereiter Bewohner/-innen, Einholen von Unterschriften zur Unterstützung der Kandidatenlisten, Durchführung der Wahl etc.) aus Sicht der Heime zur bürokratischen Belastung. Es besteht bei einem Teil der Befragten die Vorstellung, die Einsetzung eines Heimbeirates müsse „unkomplizierter“ möglich sein.
- Das Interesse der Heimbewohner/-innen an der Mitbestimmung über den Heimbeirat hat mit Einführung des Beschwerdemanagements deutlich abgenommen. Die dadurch gewachsenen Möglichkeiten der individuellen Einflussnahme werden eher genutzt.
- Die Zahl der Heimbewohner/-innen, die zu einer Mitarbeit im Heimbeirat in der Lage sind, hat deutlich abgenommen. Die in Frage kommenden Bewohner/-innen sind nur noch selten bereit, sich mit den Folgen einer Mitgliedschaft zu belasten. Da sich das Gemeinschaftsleben der meist sehr gebrechlichen Bewohner/-innen zunehmend wohnbereichsbezogen in Kleingruppen vollzieht, fehlt den Heimbeiratsmitgliedern oder -kandidaten/-kandidatinnen der direkte Kontakt mit den Mitbewohnern/Mitbewohnerinnen und die Aufgabe, deren Interessen zu vertreten, wird als Überforderung und/oder Interessenskonflikt erlebt.
- Gewählte Heimbeiratsmitglieder sind oft nicht mehr in der Lage, Ziele und Inhalte der Heimmitwirkungsverordnung sowie die Aufgaben eines Heimbeirats zu erfassen. Sie vertreten dann nicht die Bewohnerschaft, sondern sich selbst oder eine kleine Zahl von Mitbewohnern/Mitbewohnerinnen. Informations- und Fortbildungsangebote für Heimbeiräte werden kaum genutzt.
- Heimbeiräte sind oft nicht aus eigener Kraft arbeitsfähig, sondern benötigen intensive Begleitung bei der Terminierung, inhaltlichen Planung und Durchführung von Heimbeiratssitzungen sowie der Protokollerstellung, ebenso bei der Einberufung, Durchführung und Nachbereitung von Bewohnerversammlungen.
- Die Information der Bewohner/-innen über Fragen der wirtschaftlichen Führung und Preisgestaltung des Heims wird von den Interviewpartnerinnen und -partnern durchweg als „Farce“ bezeichnet.

- Die Heimaufsicht erhebt für die Bestätigung eines/einer Heimfürsprechers/Heimfürsprecherin Gebühren.

Fachliche Bewertung

Es fällt auf, dass die Mehrzahl der projektbeteiligten Heime mit Heimbeiräten konventioneller Prägung arbeitet. Die damit verbundenen Probleme werden überwiegend hingenommen, zum Teil jedoch beklagt. Der durchaus vorhandene Spielraum für eine der Bewohnerschaft gemäße Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung z.B. durch die Einbeziehung von Heimfürsprechern/Heimfürsprecherinnen wird deutlich seltener genutzt. Wo dies nachvollziehbar begründet angestrebt wird, ist von einer Zustimmung der Heimaufsicht durchweg auszugehen.

Das nachfolgende aus einem nicht projektbeteiligten Heim stammende Beispiel guter Praxis veranschaulicht eine situationsangemessene Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung.

Der in der öffentlichen Fachdiskussion besonders hart kritisierte extreme Zeitaufwand, der betrieben werden müsse, um den Bewohnern/Bewohnerinnen die vorgeschriebene Mitwirkung an Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen zu ermöglichen, wird durch die Untersuchungsergebnisse nicht bestätigt, d.h. er wird nicht betrieben. Dem Eindruck nach gehen Träger und Einrichtungen hier überwiegend den Weg einer eher formalen, beide Seiten nicht überbeanspruchenden Beteiligung.

Abbildung 16: Umgang mit der Heimmitwirkungsverordnung

Umgang mit der Heimmitwirkungsverordnung

- Ein Beispiel guter Praxis -

Vorgeschichte

Die Einrichtung verfügt über fünf Wohn-/Pflegebereiche. In den letzten Jahren hat sich die Bewohnerschaft der Einrichtung dahingehend verändert, dass sich zwei pflegerische Schwerpunkte entwickelt haben. So gibt es einen Bereich, in dem schwerst demenziell erkrankte Menschen leben und einen Bereich für Menschen im Wachkoma. In den anderen drei Bereichen leben pflegebedürftige überwiegend orientierte alte Menschen. In der Vergangenheit wurde regelmäßig ein Heimbeirat gewählt, doch die Interessen der beiden besonderen Bewohnergruppen wurden vom Heimbeirat immer weniger vertreten. Die Einrichtungsleitung bat die zuständige Heimaufsicht daher um die Genehmigung, für diese beiden Bewohnergruppen Heimfürsprecher einzusetzen. Für die Gruppe orientierter pflegebedürftiger Menschen sollte weiter der Heimbeirat zuständig sein. Bei der Anfrage berief sich die Einrichtungsleitung auf den § 1 Abs. 3 der Heimmitwirkungsverordnung, der ein solches Vorgehen grundsätzlich vorsieht. Die Heimaufsicht gab dem Antrag statt.

Vorgehen in der Einrichtung

Der Heimbeirat wird für die drei herkömmlichen Wohnbereiche von den dort lebenden Bewohnern/Bewohnerinnen entsprechend den Vorgaben zur Wahl ge-

wählt. Der Heimbeirat ist selbstständig, wird aber organisatorisch und administrativ unterstützt von zwei früheren, jetzt ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter/-innen. Als Heimfürsprecher für den Bereich mit Schwerpunkt Demenz konnten von der Einrichtungsleitung zwei Angehörige gewonnen werden. Sie wurden befragt, erklärten sich zu dem Amt bereit, wurden der Heimaufsicht vorgeschlagen und von dieser ernannt. Unterstützung erhalten sie auf Wunsch durch den Sozialen Dienst und eine Pflegefachkraft mit einer gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung.

Für den Bereich mit Bewohnern/Bewohnerinnen im Wachkoma wurden ein pensionierter Rechtsanwalt und eine externe Pflegefachkraft mit Intensivpflegeerfahrung als Heimfürsprecher gewonnen. Beide werden auf Wunsch von der Einrichtungsleitung und ggf. der Pflegeleitung unterstützt. Die Übertragung von Heimfürsprecher-Aufgaben an Angehörige schien in diesem Bereich nicht ratsam. Es wurde bezweifelt, dass die sehr auf ihre/n eigene/n erkrankten Verwandte/n hin orientierten Angehörigen die Interessen aller in diesem Bereich lebenden Bewohner/-innen vertreten würden.

Die Pflegeleitung und die Heimfürsprecher besuchen regelmäßig alle Bewohner/-innen der beiden besonderen Bereiche. Diese Besuche dienen als Ersatz für die vom Heimbeirat initiierten Bewohnerversammlungen. Die Heimfürsprecher protokollieren die Ergebnisse der Gespräche und Beobachtungen bei den Besuchen.

Ergebnis

Das Verfahren hat sich in der Einrichtung bewährt.

Rechtliche Bewertung: Mitwirkung der Heimbewohnerinnen und -bewohner

Gesetzliche Grundlagen

HeimG

§ 10 Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

(1) Die Bewohnerinnen und Bewohner wirken durch einen Heimbeirat in Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung mit. Die Mitwirkung bezieht sich auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und auf die Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 4 und 5. Sie ist auf die Verwaltung sowie die Geschäfts- und Wirtschaftsführung des Heims zu erstrecken, wenn Leistungen im Sinne des § 14 Abs. 2 Nr. 3 erbracht worden sind. Der Heimbeirat kann bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens hinzuziehen. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden fördern die Unterrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner und der Mitglieder von Heimbeiräten über die Wahl und die Befugnisse sowie die Möglichkeiten des Heimbeirats, die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs zur Geltung zu bringen.

(3) Der Heimbeirat soll mindestens einmal im Jahr die Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Versammlung einladen, zu der jede Bewohnerin oder jeder

Bewohner eine Vertrauensperson beiziehen kann. Näheres kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 5 geregelt werden.

(4) Für die Zeit, in der ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann, werden seine Aufgaben durch einen Heimförsprecher wahrgenommen. Seine Tätigkeit ist unentgeltlich und ehrenamtlich. Der Heimförsprecher wird im Benehmen mit der Heimleitung von der zuständigen Behörde bestellt. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Heims oder deren gesetzliche Vertreter können der zuständigen Behörde Vorschläge zur Auswahl des Heimförsprechers unterbreiten. Die zuständige Behörde kann von der Bestellung eines Heimförsprechers absehen, wenn die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner auf andere Weise gewährleistet ist.

(5) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erlässt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Regelungen über die Wahl des Heimbeirats und die Bestellung des Heimförsprechers sowie über Art, Umfang und Form ihrer Mitwirkung. In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, dass auch Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, von der zuständigen Behörde vorgeschlagene Personen sowie Mitglieder der örtlichen Seniorenvertretungen und Mitglieder von örtlichen Behindertenorganisationen in angemessenem Umfang in den Heimbeirat gewählt werden können.

§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG

(4) Bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung wird eine Erhöhung des Entgelts außerdem nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Regelungen der Pflegeversicherung entspricht. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Der Träger ist verpflichtet, Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder den Heimförsprecher rechtzeitig vor der Aufnahme von Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen anzuhören und ihnen unter Vorlage nachvollziehbarer Unterlagen die wirtschaftliche Notwendigkeit und Angemessenheit der geplanten Erhöhung zu erläutern. Außerdem ist der Träger verpflichtet, Vertreterinnen und Vertretern des Heimbeirats oder dem Heimförsprecher Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. Diese Stellungnahme gehört zu den Unterlagen, die der Träger rechtzeitig vor Beginn der Verhandlungen den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien vorzulegen hat. Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimförsprecher sollen auf Verlangen vom Träger zu den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen hinzugezogen werden. Sie sind über den Inhalt der Verhandlungen, soweit ihnen im Rahmen der Verhandlungen Betriebsgeheimnisse bekannt geworden sind, zur Verschwiegenheit verpflichtet. Absatz 3 findet Anwendung.

(5) Bei Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird, wird eine Erhöhung des Entgelts nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Vereinbarungen nach dem Zehnten Kapitel des Zwölfte Buches Sozialgesetzbuch entspricht. Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimförsprecher sollen auf Verlangen vom Träger an den Verhandlungen über Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen hinzugezogen werden. Im Übrigen findet Absatz 4 entsprechende Anwendung.

Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes (Heimmitwirkungsverordnung – HeimG) vom 19. Juli 1976, BGBl I 1976, 1819, neugefasst durch Bek. v. 25.7.2002, BGBl I 2000, 2896.

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die Mitwirkung der Heimbewohner ist seit Inkrafttreten des HeimG am 1. Januar 1975 Gegenstand dieses Gesetzes. Die Heimmitwirkungsverordnung ist seit 1976 in Kraft.

Die gesetzlichen Vorschriften und die Heimmitwirkungsverordnung sind mehrmals geändert worden.

Mit den Vorschriften zur Heimmitwirkung werden zwei Zwecke verfolgt: die Heimbewohner sollen an der Gestaltung ihres Lebensortes teilnehmen können, und ihnen sollte dadurch das Gefühl genommen werden, dass sie in der Einrichtung nur noch betreut und verwaltet werden.²⁰

Die grundsätzliche Bedeutung der Vorschrift für ein an Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ausgerichtetes Leben im Heim ist unbestritten (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 2 HeimG). An der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit eines solchen Instituts wird ebenfalls nicht gezweifelt. In der Praxis wird gerade auch von Heimträgern die Bedeutung der Heimmitwirkung für das Leben im Heim unterstrichen. Insgesamt wird man sagen können, dass die grundsätzliche Tauglichkeit der Heimmitwirkung zur Verfolgung der vom Gesetzgeber aufgeführten Zwecke nicht nur unbestritten ist, sondern dass sie mittlerweile selbstverständlicher Teil der Lebensgestaltung im Heim geworden ist. Insgesamt zeitigt die Heimmitwirkung wichtige positive Wirkungen. Die Probleme der Mitwirkung im Heim betreffen vor allem die Bildung von Heimbeiräten bei zunehmend fragiler werdender Bewohnerschaft.²¹ In den Einrichtungen, in denen funktionstüchtige Heimbeiräte existieren, werden teilweise bessere Information und Unterstützung durch die Heimleitung eingefordert. Das Spektrum der Situationen der Heimmitwirkung ist sehr breit. Extreme Stimmen, die eine völlige Abschaffung der Heimmitwirkung fordern, sind nicht bekannt geworden.

Bedauerlich für die vorliegende Untersuchung ist, dass die bereits im Vierten Altenbericht der Bundesregierung²² angemahnten sozialwissenschaftlichen Untersuchungen zum Zustand und zu den Wirkungen der Heimmitwirkung in der Praxis erst vor kurzem in Auftrag gegeben worden sind und daher noch nicht als Grundlage für die hier erforderlichen Einschätzungen herangezogen werden können.²³ Auch liegt der erstmals im Jahre 2004 geforderte Bericht des BMFSFJ nach § 22 Abs. 1 HeimG zu Beginn des Jahres 2006 noch nicht vor.

Hilfreiches Informationsmaterial bieten die teilweise auch im Internet veröffentlichten Berichte der Heimaufsichtsbehörden (§ 22 Abs. 3 HeimG). Auch ein Projektbericht über die Befragung von Heimbeiräten zum Entwicklungsbedarf von Unterstützungs-

²⁰ Schriftlicher Bericht des Bundestagsausschusses zu Deutscher Bundestag, Drucksache 7/180, abgedruckt bei: Dahlem/Giese/Igl/Klie, Das Heimgesetz, Erläuterungen zu § 10, Rn. 3.

²¹ S. Schmelter, Maria, Problembeschreibung und Anforderung aus Sicht der Heimaufsicht, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, Dezember 2001, S. 43 – 50, sowie: Igl, Gerhard, Reformbedarf bezüglich der Heimmitwirkungsverordnung – Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, Dezember 2001, S. 58 – 67.

²² Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8822, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, S. 337 – 340, 361 f.

²³ Die Erstellung des Berichts „Evaluation der Heimmitwirkung“ ist vom BMFSFJ an das Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS) vergeben worden. Der Bericht soll 2007 vorliegen.

strukturen bei der Ausübung von Mitwirkungsrechten aus dem Jahr 2005 liefert wichtige Hinweise.²⁴

Die unter Entbürokratisierungsaspekten vorgebrachte Kritik an der Heimmitwirkung wird nur zu Einzelpunkten geäußert. Hier wird vor allem die Mitwirkung an den Leistungserbringungsverträgen nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG (§ 29 Nr. 8, § 30 Nr. 12 HeimmitV) genannt. Die verhältnismäßig pauschal geäußerte Kritik lautet hier, dass sich die Heimbeiräte bzw. die entsprechenden Ersatzgremien kaum in der komplizierten Materie des Leistungserbringungsrechts, insbesondere des Vergütungsrechts orientieren könnten und dass die Beteiligung des Heimbeirates wirkungslos sei.

Weiter wird kritisiert, dass durch den erhöhten Abstimmungsaufwand zwischen Heimträger und Heimbeirat die Pflegesatzverhandlungen erschwert und verlängert werden.²⁵ Gleiches wird vorgebracht bei der Beteiligung an qualitätssichernden Maßnahmen.²⁶

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die Vorschriften zur Heimmitwirkung, auch die Vorschriften zur Information im Zusammenhang mit den Leistungserbringungsverträgen, sind geeignet, die gesetzlichen Zwecksetzungen zu erreichen. Diesen Vorschriften kann auch nicht ihre praktische Wirkungslosigkeit entgegengehalten werden, da es sich um Informationsrechte und nicht um Gestaltungsrechte handelt. Die Wirksamkeit von Informationsrechten ist nicht direkt messbar.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Eine geringere Belastung des Heimträgers könnte im Zusammenhang mit der Beteiligung nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG nur erreicht werden, indem diese Beteiligung ganz aufgegeben wird. Eine teilweise Entlastung wäre allenfalls dadurch zu bewirken, dass man auf die Stellungnahme durch den Heimbeirat verzichtet. Da die Abgabe dieser Stellungnahme jedoch ins Ermessen des Heimbeirates gestellt ist, könnte der Heimbeirat von sich aus auf eine Stellungnahme verzichten. Wird auf die Stellungnahme

²⁴ Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeheimen (BIVA) e.V. in Kooperation mit Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS), Projektbericht: „Befragung von Heimbeiräten zum Entwicklungsbedarf von Unterstützungsstrukturen bei der Ausübung von Mitwirkungsrechten“, Mai 2005.

²⁵ Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5732, S. 2: „Die im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3 und 4) und der Heimmitwirkungsverordnung (§§ 29 bis 33) vorgesehenen Mitwirkungs- und Informationsrechte sollen die Mitwirkung der Bewohner sichern und für mehr Transparenz im Betrieb der Pflegeeinrichtungen sorgen. In der Praxis wird jedoch kritisiert, dass in der bisherigen Form vielmehr der Aufwand gesteigert wird, als dass den Bewohnern wirkliche Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden. Durch den gestiegenen Abstimmungsaufwand zwischen Heim und Heimbeirat werden die Pflegesatzverhandlungen einerseits erschwert und verlängert. Andererseits verfügt der Heimbeirat über keinerlei Rechte, Maßnahmen der Einrichtungsleitung zu verhindern oder eigene Maßnahmen durchzusetzen. Die Bewohner sind in der Folge eher verunsichert. Inhalt ihrer Stellungnahmen vor Aufnahme von Vergütungsvereinbarungen (nach § 7 Abs. 4 HeimG) sind auch vielmehr alltäglichere Forderungen, wie nach mehr Obst auf dem Speiseplan.“ Allerdings folgt dieser Kritik keine entsprechende Forderung. Vielmehr wird in der Drucksache, S. 4, die Forderung an die Bundesregierung geäußert, „die Felder der Mitwirkung der Bewohner dahin gehend zu überprüfen, ob eine Steigerung der Beteiligung erreicht werden konnte und gegebenenfalls zu überarbeiten“.

²⁶ S. Tischvorlage aus der Arbeitsgruppe III – Entbürokratisierung – des Runden Tisches Pflege zu Punkt 1: HeimmitwirkungsVO. Die Tischvorlage ist im Anhang im Wortlaut abgedruckt.

nicht verzichtet, kann allerdings der Schluss daraus gezogen werden, dass der Heimbeirat diese Stellungnahme für sinnvoll hält.

Für den Fall, dass die Stellungnahmen des Heimbeirates nur der guten Form halber abgegeben werden, jedoch inhaltlich wenig hilfreich sind, sollte erwogen werden, ob auf die Möglichkeit der Stellungnahme verzichtet wird. Sollte sich aus den zurzeit laufenden sozialwissenschaftlichen Erhebungen ergeben, dass diese Situation in den meisten Fällen gegeben ist, könnte dann eine Regelung angestrebt werden, wonach dem Heimbeirat in den Fällen des § 7 Abs. 4 und 5 HeimG (nur) dann ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt wird, wenn er dieses fordert (Initiativrecht des Heimbeirates).

Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz (= Angemessenheit)

Die Kritik aus Sicht der Heimträger, insbesondere die Informationsrechte des Heimbeirates nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG würden zu erheblichem Zeitaufwand und zu Verzögerungen bei Pflegesatzverhandlungen führen, ist unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn zu prüfen, solange sich auf Grund der bisherigen Erkenntnislage an der Geeignetheit und Erforderlichkeit der Vorschriften keine Zweifel ergeben. Diese Prüfung kann allerdings gegenwärtig nicht gültig stattfinden, da hierfür angesichts der kaum bzw. nicht vorhandenen Erkenntnisse noch kein Raum ist. So wäre es in diesem Zusammenhang von Interesse zu wissen, in welcher Art und Weise Heimbeiräte durch die Information zum Entscheidungsprozess der Träger haben beitragen können und wie durch diese Information die Interessen der Heimbewohner/-innen berücksichtigt worden sind. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass dem Heimbeirat bei den Pflegesatzverhandlungen keine rechtliche Position eingeräumt ist. Der Heimbeirat ist auch nicht Verfahrensbeteiligter im Sinne des § 12 Abs. 2 SGB XI, da dies nur natürliche oder juristische Personen sein können.

Die Frage der Angemessenheit der Vorschriften hängt damit wesentlich von der Frage ab, ob dem Heimträger erhebliche bürokratische Belastungen erwachsen, denen kein nennenswerter faktischer und rechtlicher Vorteil auf Seiten der Heimbeiräte bzw. der von ihnen vertretenen Heimbewohnern/Heimbewohnerinnen gegenüber steht. Um diese Frage klären zu können, wäre es aber notwendig zu wissen, wie hoch der bürokratische Aufwand in der Praxis ist, welche Verzögerungen bei den Pflegesatzverhandlungen mit welchen Auswirkungen entstehen (und wie diese Verzögerungen ggf. in der praktischen Handhabung reduziert werden können), und welchen Nutzen diese Art der Information und Beteiligung der Heimbeiräte für die Heimbewohner bringt. Erst anhand dieser Abwägung kann die Frage der Angemessenheit geklärt werden. In Rechnung zu stellen ist weiter, dass in Pflegesatzverhandlungen die Vergütungen für Pflegeleistungen und Unterkunft und damit für Bezieher von entsprechenden Sozialleistungen die Heimentgelte über den Kopf der Betroffenen hinweg verhandelt und festgelegt werden. Insofern kann ein gewichtiges Argument für die informatorische Beteiligung der Heimbewohner/-innen in der Tatsache ihrer nicht vorhandenen rechtlichen Einbeziehung in dieses Verhandlungsverfahren gesehen werden.

Anwendungspraxis

Aus Sicht der Heimbeiräte ist von Interesse, dass die Mitwirkung bei der Änderung der Entgelte einer der Bereiche ist, bei denen Heimbeiräte am häufigsten mitwirken, wobei auch hier teilweise noch eine stärkere Beteiligung angestrebt wird.²⁷ Die Beteiligung bei den Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen ist am geringsten ausgeprägt. Auch hier wird eine Intensivierung der Beteiligung gewünscht.

Änderungsvorschlag

Ergibt sich auf Grund der bisher noch ausstehenden sozialwissenschaftlichen Erhebungen, dass die nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG erforderliche Beteiligung des Heimbeirates nicht angemessen ist, sollten die Informations- und Beteiligungsrechte neu gestaltet werden. So könnte vorgesehen werden, dass dem Heimbeirat nur dann ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt wird, wenn er dieses gegenüber dem Heimträger fordert (Initiativrecht des Heimbeirates). Der Heimträger hat die Heimaufsichtsbehörde davon zu informieren, dass der Heimbeirat dieses gefordert hat. Für diesen Fall würden dann die in § 7 Abs. 4 und 5 HeimG aktuell gegebenen Regelungen gelten.

Anhang

Auszug aus einer Tischvorlage aus der Arbeitsgruppe III - Entbürokratisierung - des Runden Tisches Pflege.

Dieser Auszug wird hier (unter Weglassung des Namens des Verfassers) abgedruckt, weil er die in der Praxis insbesondere seitens der Einrichtungsträger geäußerte Kritik sehr prägnant zusammenfasst.

HeimmitwirkungsVO

Ziel der Anpassung der MitwirkungsVO war es, die Heimmitwirkung der Bewohner trotz zunehmenden Alters, zunehmender Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität zu sichern. Die Mitwirkungsrechte sollten erweitert und die Rechtstellung des Heimbewohners gestärkt werden.

Abgesehen von der Bildung eines Angehörigen- und Betreuerbeirates als Beratungs- und Unterstützungsgremium und den Informations- und Schulungsverpflichtungen des Trägers ist es nunmehr möglich, dass Externe in den Heimbeirat gewählt werden können.

Die Aufgabenstellung des Heimbeirates erfordert eine hohe Kompetenz seiner Mitglieder. Dies bezieht sich insbesondere auf die Mitwirkungsrechte bei der Formulierung von Musterverträgen, der Prüfung von Entgelterhöhungen und diesen zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen sowie den Mitwirkungen nach § 30 Abs. 12 der Verordnung. Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, sich der Dienste ehrenamtlicher, externer Berater zu bedienen. Um allen Fragestellungen gerecht zu werden, müssten dies Juristen, Betriebswirte und Sachverständige in Qualitätsfragen sein.

Die Bewohnerschaft der Pflegeheime ist geprägt von hohem Alter, Mehrfacherkrankungen und vor allem demenziellen Veränderungen. Die Verweildauer wird immer kürzer. Dieses ergibt sich u.a. aus dem begrüßungswerten Ansatz ambulant vor stationär. Daraus folgt allerdings auch, dass es den mündigen, kompe-

²⁷ BIVA/ISIS, Projektbericht (wie Anm. 24), S. 31 f., 32 f.

tenten und handlungsfähigen Bewohner, der als Mitglied eines Heimbeirates in Frage kommen könnte, immer weniger gibt.

Die Vorschläge aus der Rürup-Kommission zielen darauf ab, dass es Bewohner mit einer Pflegestufe 1, auch wenn sie demenziell erkrankt sind, in stationären Pflegeeinrichtungen nicht mehr geben soll. Sollten diese Vorschläge umgesetzt werden und die intendierten Veränderungen in der Pflegestruktur der Bewohner eintreten, dürfte es kaum noch möglich sein, Bewohner für den Heimbeirat zu gewinnen.

Das Aufnehmen von externen Mitgliedern in den Heimbeirat birgt die Gefahr, dass die eigentliche Intention der Verordnung mit dem Ziel eine stärkere Einbindung und Mitwirkung der Bewohner zu erreichen, fehlgeleitet wird. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn auf Grund ihres Gesundheitszustandes die Bewohnerbeiräte nicht in der Lage sind, die in der Verordnung definierten Aufgaben vollwertig wahrzunehmen. Die externen Mitglieder beherrschen dann das Geschehen, die aus der Bewohnerschaft gewählten Mitglieder dienen nur noch als Alibifunktion für einen nach außen hin als funktionierend dargestellten Heimbeirat.

Die Interessenkonflikte, die sich aus der Aufnahme von externen Mitgliedern ergeben, sind vielfältig. Es ist festzustellen, dass die Bewohner einer Einrichtung die geleistete Arbeit am besten einschätzen können, so dass sie in der Regel erforderliche und notwendige Entgelterhöhungen nachvollziehen können und akzeptieren. Die Bewohner haben das Ziel, die Qualität der Leistung zu erhalten. Diese Grundhaltung ist in vielen Fällen bei Angehörigen nicht anzutreffen. Die Interessenlage ist eine ganz andere.

In vielen Fällen geht es darum, die Finanzkraft des betreuten Angehörigen so hoch wie möglich zu erhalten, um eigene Zuzahlungen zu vermeiden oder so gering wie möglich zu halten. In anderen Fällen soll ganz einfach das Erbe so hoch wie möglich gesichert werden. Die Mitglieder von anerkannten Seniorenorganisationen verfolgen in vielen Fällen eher übergeordnete Zielsetzungen, die wiederum Qualitätsmaßnahmen, Pflegekonzepte sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ohne direkten Bezug zu der Einrichtung prägen sollen. Zwischenzeitlich entstehen neue Seniorenbetreuungsvereine, deren Seriosität eher zweifelhaft ist und die nur die Interessen der Gründungsmitglieder vertreten. Aus den sich aus der Verordnung ergebenden Möglichkeiten kann ein solcher Verein einen ganzen Betrieb schwer belasten.

Für die Träger von Pflegeeinrichtungen bedeuten einige der Mitwirkungsrechte des Heimbeirates einen unglaublichen zusätzlichen Aufwand, der kaum noch zu bewältigen ist. Gemäß § 30 Punkt 12 der Verordnung soll der Heimbeirat an den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie an den Vergütungsvereinbarungen sowohl nach dem SGB XI wie auch nach dem BSHG mitwirken. Gemäß § 32 soll der Träger vor Durchführung der Entscheidung „rechtzeitig und mit dem Ziel einer Verständigung“ diese erörtern, wobei die Anregungen des Heimbeirates einzubeziehen sind. Der Träger hat somit einen Entwurf einer LQV mit dem Heimbeirat zu erörtern. Dann erst kann er in die Verhandlungen mit den Pflegekassen oder dem Sozialhilfeträger treten. Bereits diese Erörterungen können einige Zeit in Anspruch nehmen und können sich als sehr mühsam gestalten, zumal die vereinbarten Leistungen in einem engen Verhältnis zu den beantragten Pflegevergütungen stehen, die ebenfalls mit dem Heimbeirat zu erörtern sind. Auf Wunsch des Heimbeirates muss diesem Einblick in die Kalkulationsunterlagen, die der Ermittlung der Vergütungen und der Leistungsbeschreibung zu Grunde liegen, gewährt werden. Dem Heimbeirat ist darüber hinaus Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme bezüglich der Entgelte zu geben. Weiterhin können Heimbeiräte verlangen, an den Verhandlungen mit den Pflegekassen teilzunehmen.

Es ist zu bezweifeln, dass dem Gesetzgeber bewusst ist, wie lange die Erörterungen mit dem Heimbeirat dauern können, sofern dieser nicht gewillt oder in der Lage ist, selbstständig zu entscheiden und alle Möglichkeiten der Beratung

gen durch externe Berater in Anspruch nimmt. Die Besetzung eines Heimbeirates mit Juristen, Steuerberatern und Medizinerinnen als externe Mitglieder kann darüber hinaus ebenfalls für zahlreiche und umfangreiche Erörterungen sorgen.

An dieser Stelle stellt sich ohnehin die Frage, ob die Entscheidung über den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung oder einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung im Rahmen von Verhandlungen mit den Pflegekassen überhaupt vom Träger getroffen werden kann. Da mit Sicherheit im Zuge der Verhandlungen die ursprünglich eingereichten Entwürfe bzw. Anträge Änderungen erfahren, müsste der Träger nochmals vor Abschluss der Vereinbarung den Heimbeirat hören. Ein Verletzen dieser Anhörung führt zu Ordnungswidrigkeiten gemäß § 34 Punkt 8. Daraus folgt, dass das Besiegeln eines Verhandlungskompromisses an Ort und Stelle, wie es vielfach den Verhandlungsgepflogenheiten entspricht, eigentlich nicht mehr möglich ist. Diese Betrachtungsweise mag überzogen klingen, sie ist jedoch aus der Verordnung ableitbar.

Eine weitere Regelung kann zu außerordentlichem zeitlichem Mehraufwand für den Träger führen. Dabei handelt es sich um § 30 Punkt 11. Darin ist festgehalten, dass der Heimbeirat an der Entwicklung des Qualitätsentwicklungsprozesses mitwirken soll. Dies bedeutet, dass die Entscheidung über jeden Standard, jede Verfahrensweisung, jede Stellenbeschreibung, die Pflegekonzeption, die Pflegeleitlinien etc. vorher mit dem Heimbeirat zu erörtern ist. Im Prinzip kann der Heimbeirat gleich an den Qualitätszirkeln teilnehmen. Dann muss nicht alles doppelt erörtert werden!

Die oben gemachten Ausführungen machen deutlich, dass die HeimitwirkungsVO in der geltenden Form eine übermäßige und nicht sachgerechte Überreglementierung der Träger darstellt. Sie schränkt ihn in der Ausübung seiner Tätigkeit im Rahmen der Unternehmensführung bedingt durch den immensen zeitlichen Erörterungsaufwand ein und macht ihn zum Spielball divergierender Interessen.

Als Fazit ist festzuhalten, dass es durchaus begrüßenswert ist, dass gemäß § 1 Abs. 4 ein Angehörigen- bzw. Betreuerbeirat gebildet werden kann. Die Möglichkeit bestand allerdings auch schon unter der vorhergehenden Regelung. Ebenfalls zu begrüßen, ist die in § 2 aufgenommene Verpflichtung des Trägers zur Information und Schulung. Abzulehnen ist die Besetzung des Heimbeirates mit externen Personen, sofern diese nicht von Seiten der Bewohner und des Trägers gemeinsam vorgeschlagen werden. Die gemäß § 30 Punkt 11 und 12 im Zusammenhang mit § 7 Abs. 4 und 5 Heimgesetz aufgenommenen zusätzlichen Mitwirkungsrechte sind zu relativieren.

Die Erörterungspflicht vor Treffen einer Entscheidung muss entfallen. Stattdessen sollte eine Informationspflicht festgelegt werden.

3.4.3 Geringer bürokratiebelastete Aufgaben

Als geringer bürokratiebelastet werden hier diejenigen Aufgaben bezeichnet, die von jeweils mehreren Gesprächspartnerinnen und -partnern als problematisch, insgesamt jedoch deutlich seltener benannt wurden als die in Kapitel 3.4.2 behandelten Themen. Sie können jedoch ebenfalls mit hohem organisatorischem, administrativem und/oder Kommunikationsaufwand verbunden sein. Die Reihenfolge der Diskussion der Themen stellt keine Rangfolge dar.

3.4.3.1 Zusammenarbeit mit Ärzten / Ärztinnen

Der Aufwand für die Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztinnen ist aus Sicht der Heime hoch; benannt werden

- die zögerliche Verordnung von Hilfsmitteln und therapeutischen Maßnahmen mit Verweis auf das eigene Budget. Hier müsse vielfach Informations- und Überzeugungsarbeit geleistet werden.
- ein u.U. hoher Beratungsbedarf bei Hausärzten mit unzureichendem Kenntnisstand z.B. in Bezug auf das Wundmanagement, die Behandlung von Diabetes mellitus, die Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung bei Inkontinenz, das Schmerzmanagement. Hier Überzeugungsarbeit zu leisten ist eine ebenso heikle wie langwierige Aufgabe.
- der Aufwand für das Erfragen oder anderweitige Einholen von Befunden aus Arztpraxen. Urinproben, Blutzuckertests o.ä. werden zwar vorgenommen, aber die Ergebnisse den Pflegenden dann nicht mitgeteilt.
- die zunehmend übliche Erhebung von Gebühren für Bescheinigungen, die z.B. erforderlich werden in Widerspruchsverfahren bei der Beschaffung von Hilfsmitteln oder im Zusammenhang mit Anträgen auf die Bewilligung einer Fixierung oder die Bestellung eines/einer Betreuers/Betreuerin.
- die Bestrebungen vieler Ärzte/Ärztinnen, Aufgaben der Behandlungspflege (z.B. die Durchführung von i.m. Injektionen, das Legen/Wechseln von Blasenverweilkathetern, die Erstellung eines Blutzucker-Tagesprofils) ins Heim abzugeben. Neben fachlichen und haftungsrechtlichen Problemen entsteht damit oft zusätzlich das Problem der Beschaffung und Finanzierung des benötigten Materials. Die Verschreibung des Kathetersets oder der Utensilien zur Blutzuckerbestimmung z.B. wird oft abgelehnt.
- die zunehmende Schwierigkeit, Hausärztinnen und -ärzte für die Behandlung der Heimbewohner/-innen zu gewinnen. Da man auf die Ärztinnen und Ärzte angewiesen sei, seien Zugeständnisse und Arrangements in der Zusammenarbeit nötig.

3.4.3.2 Zusammenarbeit mit Krankenhäusern

Schwierigkeiten der Kooperation mit Krankenhäusern bestehen vor allem in Bezug auf

- den Einsatz und die Handhabung von Überleitungsbögen. Vom Heim mitgegebene Überleitungsbögen gehen oft auf dem Weg zur Krankenhausstation verloren mit der Folge telefonischer Rückfragen im Heim.

Die aus den Krankenhäusern mitgegebenen Bögen sind oft unvollständig und aus Heimperspektive wenig aussagekräftig bearbeitet, so dass Rückfragen bei dem/der Hausarzt/Hausärztin erforderlich werden. Teilweise fehlen Angaben zu Arzneimitteln oder das Heim wird nicht über das Vorliegen von MRSA o.ä. informiert. Nach wie vor ist es überdies vielerorts nicht gelungen, einheitliche Überleitungsbögen durchzusetzen.

- den Verlust von bewohnereigenen Gegenständen (Chipkarte, Brille, Hörgerät, Zahnprothese, Schuhe, o.ä.) im Krankenhaus und die Wiederbeschaffung durch das Heim.
- die Entlassungsmodalitäten. Bewohner/-innen werden zum Teil sehr kurzfristig und ohne vorherige Information der Einrichtung entlassen, was je nach Tageszeit, Wochentag und (Un)Vollständigkeit der mitgegebenen Informationen und Verordnungen bzw. Arzneimittel zu erheblichem Aufwand führen kann.

3.4.3.3 Zusammenarbeit mit Apotheken

Seit Einführung der Versorgungsverträge gemäß § 12a des Apothekengesetzes im Jahr 2003 hat sich ihre Zusammenarbeit mit Apotheken nach Einschätzung der Heime deutlich verbessert. Die Überwachung der Aufbewahrung der Arzneimittel und die Dokumentation durchgeführter Kontrollen sowie die Information von Bewohnern/Bewohnerinnen und Mitarbeitenden durch pharmazeutisches Fachpersonal wird als Entlastung erlebt.

Ebenso ist vielerorts die bedarfsgerechte Belieferung mit Arzneimitteln unproblematisch geworden.

Mehrfach wird der noch verbleibende Aufwand für die Rezeptbeschaffung und -weiterleitung (vom Arzt/Ärztin über das Heim in die Apotheke) kritisiert. Auch dieser Aspekt ließe sich jedoch durch eine Erweiterung der Kooperationsverträge vorteilhaft regeln.

Dem Eindruck der Berichterstatterinnen nach findet hier teilweise eine aus fachlicher Sicht schon zu weit gehende Entlastung der Pflegeleitung statt, etwa wenn sie mit Verweis auf die Kooperationsverträge auf eigene Kontrollen der Medikationsschränke verzichtet, keinen oder kaum Einfluss nimmt auf den Inhalt von Schulungen durch den/die Apotheker/-in. Das Verblistern oraler Arzneimittel durch die Apotheken führt zwar zu einer Zeitersparnis im Heim, jedoch auch zu Kenntnisverlusten bei den Pflegenden mit Folgen u.a. für die Krankenbeobachtung. Bei Medikationsänderungen entsteht als neue Aufgabe die Weiterleitung der Information an die Apotheke.

3.4.3.4 Zusammenarbeit mit Krankenkassen

Als problematisch werden benannt

- der Aufwand für die Beantragung von Zuzahlungsbefreiungen durch das Heim selbst oder durch Angehörige/Betreuer/-innen, die informiert und beraten werden.
- Unterschiede in der Häufigkeit der Beantragung der Inkontinenzpauschale. Je nach Krankenkasse ist der Antrag vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zu stellen. Die Notwendigkeit mehrerer Anträge pro Jahr zieht erheblichen Verwaltungsaufwand nach sich (Terminverfolgung, Beschaffung der ärztlichen Bescheinigung, Antragstellung, Kontrolle des Zahlungseingangs).
- die Tatsache, dass noch nicht abschließend geklärt ist, ob Inkontinenzmaterial den Verbrauchsgütern zuzurechnen und damit vom Heim zu finanzieren ist

oder zu den verordnungsfähigen Hilfsmitteln gehört und damit in die Zuständigkeit der Krankenversicherung fällt.

- die "Lagerhaltung für die Krankenkassen". Von den Krankenkassen einzelnen Bewohnern/Bewohnerinnen leihweise überlassene - oft hart erkämpfte - Hilfsmittel werden z.B. nach dem Tod des/der Betroffenen nicht zeitnah und nicht angekündigt abgeholt. Es muss ggf. mehrfach an die Abholung erinnert, die Hilfsmittel müssen aufbewahrt und bei Abholung adhoc bereitgestellt werden.
- die Notwendigkeit, jeden Krankentransport vorab genehmigen zu lassen. Zum Teil wird die Zustimmung zeitnah und unbürokratisch erteilt, in anderen Fällen stellt die Wartezeit z.B. wegen vereinbarter Untersuchungstermine ein Problem dar.

3.4.3.5 Zusammenarbeit mit Pflegekassen

- Lange Wartezeiten zunächst zwischen Antragstellung und Durchführung der Einstufungsbegutachtung, dann zwischen Einstufungsbegutachtung und Einstufungsbescheid, belasten die Einrichtungen in Bezug auf den Arbeitsaufwand (Terminüberwachung, Rückfragen bei Bewohnern/Bewohnerinnen, Angehörigen oder Betreuern/Betreuerinnen, ggf. auch bei der Pflegekasse), in wirtschaftlicher Hinsicht sowie in Bezug auf den Kommunikationsbedarf mit den Angehörigen. Sie müssen auf ggf. anstehende Nachzahlungen vorbereitet und um Bildung entsprechender Rücklagen gebeten werden.
- Der Einstufungsbescheid der Pflegekasse geht an Bewohner/-in, Angehörige oder Betreuer/-in; das Heim wird nicht parallel informiert. Zum Teil werden die Bescheide spät oder gar nicht an das Heim weitergegeben und Interventionsfristen verstreichen. Daher sind zeitnahe und kontinuierliche Rückfragen des Heims erforderlich.
- Problematisiert wird außerdem der Zeitaufwand für die Begleitung der MDK-Mitarbeiter/-innen bei der Einstufungsbegutachtung.

3.4.3.6 Zusammenarbeit mit Behörden

- Als irritierend und mit hohem Kommunikationsaufwand verbunden werden die unterschiedlichen Vorgehensweisen von Amtsrichtern bei der Einrichtung von Betreuungen und bei der Bewilligung von Fixierungen beschrieben. Ob sich z.B. ein/e Amtsrichter/-in die Zustimmung zum Einsatz von Psychopharmaka zum Zweck der Ruhigstellung des Bewohners/der Bewohnerin vorbehalte oder diese Entscheidung dem Arzt/der Ärztin überlasse, sei sehr unterschiedlich.
- Bei den Sozialämtern scheinen lange Wartezeiten von bis zu einem halben Jahr bis zur Zusage der Leistungsübernahme nicht selten zu sein. (Dies betrifft Bewohner/-innen, die schon im Heim leben, jedoch die Kosten nun nicht mehr selbst tragen können)

Wird ein Höherstufungsantrag an den MDK gerichtet, wird das für den/die jeweilige/n Bewohner/-in zuständige Sozialamt gleichzeitig darüber in Kenntnis

gesetzt, um die Kostenübernahme vom Tag der Antragstellung an sicherzustellen.

- Unterschiedlich gute Erfahrungen liegen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt beim Auftreten meldepflichtiger Krankheiten (z.B. MRSA, Rotaviren, Norovirus-Infektionen, ...) vor. Die beim Auftreten von Infektionskrankheiten erforderlichen Maßnahmen bedeuten für ein Heim einen erheblichen Aufwand, daher wird eine zielorientierte und unkomplizierte Kooperation mit dem Gesundheitsamt als sehr hilfreich empfunden.

3.4.3.7 Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betreuern / Betreuerinnen

Der Aufwand für die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betreuern/Betreuerinnen steigt nach Aussagen der Interviewpartner/-innen stetig. Die Bewohner/-innen können ihre persönlichen Dinge immer seltener selbst regeln, die für sie eintretenden Angehörigen und Betreuer/-innen sind oft selbst betagt und/oder müssen in die zu übernehmenden Aufgaben erst hineinfinden. Professionellen Betreuern und Betreuerinnen steht nach Aussage der Heime auf Grund geänderter Vergütungsregelungen erheblich zu wenig Zeit zur Verfügung.

Am Beispiel "Bewohnerpost" lässt sich verdeutlichen, welcher Aufwand inzwischen von Heimen auch bei vermeintlich einfachen Aufgaben betrieben werden muss. Notwendig sind

- die Erfassung des Empfängers der Post (Bewohner/-in, Angehörige, Betreuer/-in)
- das Initiieren von Postvollmachten,
- die Weiterleitung der Post (direktes Aushändigen, Zuschicken, Bereitlegen zur Abholung)
- die Kontrolle der Abholung der Post, ggf. das Erinnern hieran oder Zusendung.

3.4.3.8 Ein- und Auszug von Bewohnern / Bewohnerinnen

- Die relativ aufwändigen Vorbereitungsarbeiten vor Abschluss eines Heimvertrages und vor dem Heimeinzug gehören zu den gut beherrschten Regelaufgaben eines Heims. Bedingt durch die inzwischen geringere Bleibdauer/höhere Fluktuation der Bewohner/-innen und häufiger als in der Vergangenheit vorkommenden Wiederauszüge (es wurde ein preiswerterer Heimplatz gefunden oder die Pflege wird durch arbeitslos gewordene Angehörige übernommen) steigt die Zahl der Bearbeitungsfälle. Da manche Entscheidung zum Heimeinzug sehr spät erfolgt, sterben zum Teil Heimplatzinteressenten bevor es zum Einzug kommt.
- Der Heimvertrag und die Kostenübernahme durch die Kostenträger enden in zwischen mit dem Todestag des/der Bewohners/Bewohnerin. Das Bewohnerzimmer sofort zu räumen ist vielen Angehörigen/Betreuern/Betreuerinnen nicht möglich. Daher ist die Kostenübernahme bis zum Zeitpunkt des Räumens des

Bewohnerzimmers zu regeln; meist wird hierüber ein separater Vertrag geschlossen.

- Bei Bewohnern/Bewohnerinnen ohne Angehörige und bei Sozialhilfeempfängern sind nach dem Tod Nachlasslisten zu erstellen.

3.4.3.9 Weitere Aufgaben

Als unter Bürokratieaspekten unproblematisch beurteilten die Gesprächspartner/-innen die Unterstützung der Teilnahme an politischen Wahlen, die Umsetzung des Beschwerdemanagements und die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Therapeuten. Hiernach war ebenfalls gefragt worden, es wurden jedoch nur vereinzelt Probleme angesprochen, die zudem innerbetrieblich gelöst werden könnten.

Dass sämtliche Gesprächspartner/-innen Probleme bei der Einhaltung des Datenschutzes verneinten, überrascht.

Die Verwaltung von Barbeträgen oder die Führung von Verwahrgeldkonten für Bewohner/-innen (für z.B. Friseur, Fußpflege, Entrichtung von Gebühren) wurde von den Heimen als selbstverständliche Aufgabe nicht thematisiert.

3.4.4 Zusammenfassung und Bewertung

Die Befragungsergebnisse zum Thema „Bewohner/-innen und Pflege“ zeigen, dass sich die Heimverantwortlichen durch einen Teil der in diesem Untersuchungspaket diskutierten Aufgaben erheblichen bürokratischen Belastungen ausgesetzt sehen.

Sowohl bei den als ausgeprägt bürokratiebelastet beurteilten

- Schadensmeldungen an Krankenkassen
- Tätigkeiten zur Entrichtung der Praxisgebühr
- Widerspruchsverfahren bei Ablehnung beantragter Hilfsmittel

als auch bei der als teilweise bürokratiebelastet beurteilten Kooperation mit

- Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern
- Kranken- und Pflegekassen
- Behörden
- Angehörigen und Betreuern/Betreuerinnen

mögen die benannten Probleme Außenstehenden überwiegend kleinteilig, wenig komplex und gut bewältigbar erscheinen. Belastend werden sie jedoch erstens dadurch, dass sie ständig für eine Vielzahl von Bewohnern/Bewohnerinnen, in unterschiedlichsten Konstellationen und mit zahlreichen Beteiligten zu bearbeiten sind.

Zweitens stellen sie zum Teil die Heime vor berechnete, aber nicht leicht zu bewältigende fachliche Anforderungen. Schadensmeldungen an Krankenkassen z.B. sind nur dann mit begrenztem emotionalem und Arbeitsaufwand bearbeitbar, wenn das Heim pflegefachlich und organisatorisch gut aufgestellt und rechtlich gut informiert ist.

Drittens handelt es sich bei einem Großteil der Aufgaben um solche, die nicht zum Leistungskatalog der Heime gehören, diesen jedoch zuwachsen, entweder, weil adäquate Umsetzungsregelungen fehlen (Beispiel Praxisgebühr) oder weil die Bewohner/-innen und ihre Angehörigen überfordert sind (Beispiel Widerspruchsverfahren). Mängel in der medizinischen Versorgung der Bewohner/-innen und ausufernde Konflikte wären unausweichlich, wenn die Heimverantwortlichen hier nicht tätig würden.

Die Angebote und organisatorischen Lösungen, mit denen Heime auf neue Erwartungen und Aufgaben reagieren, sind unterschiedlich überzeugend. Sie reichen von der unreflektierten oder aus vielfältigen Befürchtungen und Bedenken resultierenden vollständigen Übernahme neuer Aufgaben bis zum fachlich souverän gestaltetem Beratungsangebot. Es ist davon auszugehen, dass personelle und zeitliche Ressourcen zunehmend aus dem Bereich der Sozialen Betreuung verlagert werden in die bewohnerbezogene Heimverwaltung sowie die Beratung zum Heimeinzug und zum Umgang mit Kranken-, Pflegekassen und Behörden. Die Situation wird weiter verschärft durch eine zunehmende Bewohnerfluktuation.

Als ebenfalls ausgeprägt bürokratiebelastet werden die Umsetzung von Medizinproduktegesetz/Medizinproduktebetriebsverordnung sowie der Heimmitwirkungsverordnung beurteilt. Die Einschätzung der erstgenannten Rechtsvorschriften beruht auf Annahmen; da mit der Umsetzung erst begonnen wird, liegen noch keine Anwendungs- und Prüferfahrungen vor. In Bezug auf die Umsetzung der Heimmitwirkungsverordnung liegen einleuchtende Beschreibungen der Probleme der Kooperation mit einer zunehmend gebrechlichen Bewohnerschaft vor. Dem Eindruck der Berichterstat-ter/-innen nach werden jedoch vorhandene Möglichkeiten, überforderte Heimbeiräte durch Externe zu unterstützen oder Heimfürsprecher/-innen zu bestellen, wo kein Heimbeirat gebildet werden kann, eher selten genutzt.

Anlage

Identifizierung bürokratiebelasteter Aufgaben im Bereich "Bewohner/-innen und Pflege"

Lfd. Nr.	Aufgaben	Entbürokratisierungspotenzial ²⁸		
		Hoch	Vor- han- den	Nicht vor- han- den
1	Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztinnen			
1.1	Praxisgebühr			
1.1.1	Hausärzte/Hausärztinnen			
1.1.2	Fachärzte/Fachärztinnen			
1.1.3	Notärzte/Notärztinnen			
1.2	Verordnung von Arzneimitteln			
1.2.1	Fachärzte/Fachärztinnen			
1.2.2	Urlaubsvertretung			
1.2.3	Urlaub der Hausärzte/Hausärztinnen			
1.3	Verwaltung der Chipkarte			
1.4	Überzeugungsarbeit vor der Verordnung			
1.4.1	von Arzneimitteln			
1.4.2	von Hilfsmitteln			
1.4.3	von sonstigen therapeutischen Maßnahmen			
1.5	Delegationsverfahren bei der Behandlungspflege			
1.6	Ausstellung von Bescheinigungen (Beantragung von Fixierungen und Betreuungen)			
1.7	Gebühren für Bescheinigungen			
1.8	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
1.8.1				
1.8.2				
1.8.3				
2	Zusammenarbeit mit Apotheken			
2.1	Häufigkeit der Schulung der Pflegekräfte ²⁹			
2.2	Umsetzung der Kooperationsverträge			

²⁸ Wir erbitten Ihre Einschätzung (bitte ankreuzen).

²⁹ Dies sind diejenigen Aufgaben, die im Rahmen einer Vorerhebung bei nicht projektbeteiligten Heimen als besonders bürokratiebelastet genannt wurden.

2.3	Rückgabe nicht mehr gebrauchter Arzneimittel an die Apotheken			
2.4	Rezeptbeschaffung			
2.5	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
2.5.1				
2.5.2				
2.5.3				
3 Zusammenarbeit mit Krankenkassen				
3.1	Widerspruch bei Nichtgenehmigung beantragter Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität			
3.2	Widerspruch bei Nichtgenehmigung beantragter Hilfsmittel zur Unterstützung einer Lagerung			
3.3	Eigenanteil der Bewohner/-innen bei der Inkontinenzversorgung (Abzug durch die Krankenkasse und Rechnungsstellung)			
3.4	Schadensmeldung (z.B. Sturz und Dekubitus)			
3.5	Führen von Statistiken für die Krankenkasse (z.B. Anzahl der Versicherten mit Diabetes)			
3.6	Auflistung der von der Krankenkasse überlassenen Hilfsmittel			
3.8	Lagerhaltung für die Krankenkassen			
3.9	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
3.9.1				
3.9.2				
3.9.3				
4 Zusammenarbeit mit Kostenträgern				
4.1	Erstattung von Verpflegungskosten bei ausschließlicher Ernährung über Ernährungssonden			
4.2	Befreiung von Zuzahlungen (z.B. für Leistungen nach SGB V)			
4.3	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
4.3.1				
4.3.2				
4.3.3				
5 Zusammenarbeit mit Behörden				
5.1	Beantragung von Betreuungen			
5.2	Beantragung von Fixierungen			

5.3	Ende des Heimvertrages			
5.4	Mitteilungen zu Rundfunkgebühren			
5.5	Antragstellung auf Unterstützung (z.B. Bekleidung, Wohngeld)			
5.6	Antragstellung auf Befreiung von Zuzahlungen			
5.7	Antragstellung auf Verlängerung von Behindertenausweisen			
5.8	Dokumentation durchgeführter hygienischer Maßnahmen für das Gesundheitsamt (MRSA etc.)			
5.9	GEMA-Gebühren			
5.10	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
5.10.1				
5.10.2				
5.10.3				
6	Zusammenarbeit mit Pflegekassen/MDK			
6.1	Zusammenstellung aller Unterlagen bei Einstufung nach Aktenlage			
6.2	Antragstellung und Widerspruchsverfahren im Rahmen der Einstufungsverfahren			
6.3	Klärung der Kostenübernahme (Wartezeiten)			
6.4	Antragstellung auf Überprüfung der aktuellen Pflegestufe			
6.5	Begleitung des MDK während des Einstufungsverfahrens			
6.6	Heimbedürftigkeitsbestätigung			
6.7	Einstufungsverfahren			
6.8	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
6.8.1				
6.8.2				
6.8.3				
7	Zusammenarbeit mit Therapeut(en)/-innen			
7.1	Bestätigung der Leistungen			
7.2	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
7.2.1				
7.2.2				
7.2.3				
8	Zusammenarbeit mit Krankenhäusern			
8.1	Umgang mit dem vom Heim mitgegebenen Überleitungsbogen			

8.2	Entlassungsmanagement			
8.3	Bearbeitung des Überleitungsbogens			
8.4	Auffinden vermisster Gegenstände nach Krankenhausaufenthalt			
8.4	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
8.4.1				
8.4.2				
8.4.3				
9	Rechnungsstellung/Mahnung/Rückerstattung			
9.1	Selbstzahler			
9.2	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
9.2.1				
9.2.2				
9.2.3				
10	Medizinprodukte			
10.1	Führen des Bestandsverzeichnisses			
10.2	Führen des Standortverzeichnisses			
10.3	Erfassen und Zuordnung aller Medizinprodukte (aktive, nicht-aktive und sonstige)			
10.4	Dokumentation bei Wiederaufbereitung von Medizinprodukten			
10.5	Schulung aller Anwender/-innen auch bei Medizinprodukten mit geringem Gefährdungspotenzial			
10.6	Durchführung von Wiederholungsschulungen			
10.7	Dokumentation der Teilnahme			
10.8	Produktverantwortliche(n) Mitarbeiter/-in sicherstellen			
10.9	Kontrolle der Einhaltung von Wartungsverträgen			
10.10	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
10.10.1				
10.10.2				
10.10.3				
11	Bewohnerinformation/Bewohnerbeteiligung Heimmitwirkungsverordnung (Begleitung und Unterstützung des Heimbeirates und ggf. des Heimfürsprechers)			
11.1	Wahlvorbereitung			
11.2	Wahldurchführung			

11.3	Wahlnachbereitung			
11.4	Initiierung von Neuwahlen			
11.5	Einhaltung von vorgegebenen Fristen			
11.6	Information der zuständigen Behörden			
11.7	Einberufung von Bewohnerversammlungen und Sitzungen des Heimbeirates			
11.8	Vorbereitung von Bewohnerversammlungen und Sitzungen des Heimbeirates			
11.9	Durchführung von Bewohnerversammlungen und Sitzungen des Heimbeirates			
11.10	Protokollierung der Ergebnisse von Bewohnerversammlungen und Sitzungen des Heimbeirates			
11.11	Beteiligung des Heimbeirates bei Entscheidungen bezüglich der Qualitätssicherung und Kostenentwicklung			
11.12	Angebot und Durchführung von Schulungen des Heimbeirates oder des Heimfürsprechers			
11.13	Beteiligung bei der Speisenplanung			
11.14	Beteiligung bei der Fest- und Feiertagsgestaltung			
11.2	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
11.2.1				
11.2.2				
11.2.3				
12	Unterstützung bei politischen Wahlen			
12.1	Beantragung von Briefwahlen			
12.2	Beantragung von Wahlhelfer(n)/-innen			
12.3.	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
12.3.1				
12.3.2				
12.3.3				
13	Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betreuern			
13.1	Ablehnung von Betreuern/Betreuerinnen, wenn sie ihre Aufgaben nicht erfüllen			
13.2	Verwaltung des Betrages zur freien Verfügung			
13.3	Kostenübernahme für Friseur/Fußpflege			
13.4	Kostenübernahme für Schäden, die durch die Bewohner/-innen entstehen			
13.5	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
13.5.1				

13.5.2				
13.5.3				
14	Einzug und Auszug von Bewohnern/Bewohnerinnen			
14.1	Information von Heimplatzinteressent(en)/-innen über den Heimvertrag			
14.2	Dokumentation der Information über den Heimvertrag			
14.3	Dokumentation, dass der Inhalt des Heimvertrages verstanden wurde			
14.4	Ende des Heimvertrages und Vereinbarung von "Platzgeld" mit den Angehörigen			
14.5	Mitteilung an die zuständigen Stellen über den Tod des/der Bewohners/Bewohnerin			
14.6	Übernahme der Bestattung bei Sozialhilfeempfängern/ Sozialhilfeempfängerinnen			
14.7	Auflistung des Nachlasses bei Sozialhilfeempfängern			
14.8	Umgang mit dem Erbschein			
14.9	Umgang mit Patientenverfügungen			
14.10	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
14.10.1				
14.10.2				
14.10.3				
15	Datenschutz: <i>Ihre Ergänzungen</i>			
15.1				
15.2				
15.3				
16	Postgeheimnis			
16.1	Weiterleiten der Post an Angehörige und Betreuer/-innen			
16.2	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
16.2.1				
16.2.2.				
16.2.3				
17	Beschwerdemanagement			
17.1	Bearbeiten der Formulare			

17.2	<i>Ihre Ergänzungen</i>			
17.2.1				
17.2.2.				
17.2.3				
18	Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeitenden: <i>Ihre Ergänzungen</i>			
18.1				
18.2				
18.1.3				
	Welche aus Ihrer Sicht relevanten Themen haben wir nicht angesprochen?			

Rechtsgrundlagen für die Erhebung einer Praxisgebühr bei Inanspruchnahme von Notfalldiensten

Aus der für die Erhebung einer Praxisgebühr einschlägigen Vorschrift des § 28 Abs. 4 SGB V geht nicht auf den ersten Blick erkennbar hervor, dass die bei Inanspruchnahme eines Notfalldienstes eine Praxisgebühr zu erheben ist.

§ 28 Abs. 4 SGB V

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für die Inanspruchnahmen nach § 23 Abs. 9, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.

Da Notfalldienste nicht zum Kreis der Leistungserbringer gehören, an die eine Überweisung erfolgen kann, ist die Zuzahlung (Praxisgebühr) jeweils bei Inanspruchnahme zu leisten.

Im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und im Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen ist seit dem 1. Juli 2005 jedoch bestimmt, dass auch hier die Praxisgebühr nur einmal im Quartal zu entrichten ist (textgleiche Regelung in § 18 bzw. § 21 der Bundesmantelverträge).

Zuzahlungspflichten der Versicherten und Vergütungsanspruch gegen Versicherte

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben vor jeder ersten Inanspruchnahme

- eines Vertragsarztes,
- eines medizinischen Versorgungszentrums,
- eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- einer ermächtigten Einrichtung,
- eines ermächtigten Krankenhausarztes,
- eines Krankenhauses, wenn es an der ambulanten Versorgung teilnimmt,

im Kalendervierteljahr eine Zuzahlung von 10 EUR zu leisten.

Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10 EUR zu erheben.

Die Zuzahlung entfällt

- bei einer Inanspruchnahme auf Grund einer Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr,
- bei einer Inanspruchnahme auf Grund einer Überweisung aus einem vorhergehenden Kalendervierteljahr zu Auftragsleistungen, die ohne Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden (z.B. Probeneinsendung zur Laboratoriumsuntersuchung),
- wenn vor der Inanspruchnahme ein aktueller, mit Gültigkeitszeitraum versehener Befreiungsausweis der Krankenkasse vorgelegt wird,
- bei einer Inanspruchnahme ausschließlich zum Zweck von Schutzimpfungen,
- bei ausschließlicher Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 25 SGB V, Schwangerenvorsorge gemäß § 196 Absatz 1 RVO,
- bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Notfall oder im organisierten Notfalldienst, wenn mit der nach Absatz 2 zu erstellenden und für den Notfall oder organisierten Notfalldienst vorgesehenen Quittung nachgewiesen wird, dass in demselben Kalendervierteljahr bereits im Rahmen einer Erstinanspruchnahme eines Leistungserbringers im Notfall oder im organisierten Notfalldienst die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V geleistet worden ist.

Eine Inanspruchnahme im Sinne des § 28 Absatz 4 SGB V liegt nicht vor, wenn einem Leistungserbringer oder einer Krankenkasse gegenüber ausschließlich ein Bericht abgegeben wird.

Wird im Einvernehmen zwischen Vertragsarzt und Versichertem festgestellt, dass eine Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V ohne rechtliche oder vertragliche Grundlage vom Versicherten einbehalten wurde, ist der Vertragsarzt dazu verpflichtet, dem Versicherten die Zuzahlung zurückzuerstatten.

Die nachträgliche Vorlage einer Überweisung, einer Quittung gemäß Abs. 2 oder eines Befreiungsausweises begründet keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten.

(2) Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einbehalt Verpflichteten entweder auf den hierzu vereinbarten Formularen oder in einem Nachweisheft seiner Krankenkasse zu quittieren. Ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

(3) Bei akuter Behandlungsbedürftigkeit oder einer Inanspruchnahme nicht persönlicher Art kann die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden.

(4) Soweit die Zuzahlung gemäß Absatz 3 nicht vor der Behandlung entrichtet wurde, zieht der Vertragsarzt diesen Betrag nachträglich ein und quittiert die geleisteten Zahlungen. Der Versicherte ist verpflichtet, die Zuzahlung unverzüglich, spätestens innerhalb von zehn Tagen, zu entrichten. Die dem Vertragsarzt entstehenden Portokosten werden von der zuständigen Krankenkasse erstattet. Der Nachweis erfolgt über eine entsprechende Kennzeichnung bei der Abrechnung.

(5) Leistet der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom Arzt gesetzten Frist nicht, übernimmt die für den Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung für den Vertragsarzt und die Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug. Die Kassenärztliche Vereinigung fordert den Versicherten schriftlich mit Fristsetzung erneut zur Zahlung auf. Zahlt der Versicherte wiederum nicht, führt die Kassenärztliche Vereinigung in Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse Vollstreckungsmaßnahmen durch. Bleibt die Vollstreckungsmaßnahme erfolglos, entfällt die Verrechnung dieser Zuzahlung mit der Gesamtvergütung.

(5a) Die zuständige Krankenkasse erstattet der Kassenärztlichen Vereinigung begrenzt auf 0,2% der Behandlungsfälle, in denen eine Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zu erheben ist, je durchgeführtem Mahnverfahren die entstehenden Portokosten sowie je 3,50 EUR. Die den Kassenärztlichen Vereinigungen für die gerichtliche Durchsetzung der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen getragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen gemeinsam mit der Abrechnung nach § 54 eine Aufstellung der ihnen entstandenen Kosten.

(6) Soweit im Quartal eine Erstinanspruchnahme

- eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- eines Leistungserbringers im Rahmen der ambulanten Behandlung eines Krankenhauses erfolgt, tritt die nach Absatz 2 zu erstellende Quittung an die Stelle der Überweisung.

In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene Vertragsarzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel zu versehen; ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

(7) Soweit im Quartal nach einer Erstinanspruchnahme eines Vertragsarztes dessen Vertreter in Anspruch genommen wird, ist ein erneutes Erheben der Zuzahlung unzulässig.

Soweit im Quartal eine Erstinanspruchnahme eines Vertreters erfolgt, erhebt dieser die Zuzahlung. Ein erneutes Erheben der Zuzahlung durch den vertretenen Vertragsarzt ist unzulässig. In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene vertretende bzw. vertretene Vertragsarzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel zu versehen.

Die mit dem Vertragsarztstempel nach Satz 4 zusätzlich versehene Quittung ist in weiteren Vertretungen in demselben Kalendervierteljahr als Nachweis der geleisteten Zuzahlung vom Versicherten vorzulegen. Ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

(7a) Ergibt sich aus der Abrechnung, dass ein Leistungserbringer in einem Quartal in 10 von Hundert oder einem höheren Anteil der Behandlungsfälle, in denen die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zu erheben ist, die Zuzahlung nicht erhoben hat, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Differenz zwischen einzubehaltender und einbehaltener Zuzahlung zurückbehalten. In den Fällen, in denen die Kassenärztliche Vereinigung von dem Zurückbehaltungsrecht nach Satz 1 Gebrauch macht, informiert die Kassenärztliche Vereinigung die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen. Gleichzeitig leitet die Kassenärztliche Vereinigung in Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse ein Verfahren nach § 49 ein.

- (8) Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern
1. wenn die Krankenversichertenkarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,
 2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt,
 3. wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.
- (8a) Bei Leistungen der künstlichen Befruchtung rechnet der Vertragsarzt 50% der nach dem Behandlungsplan genehmigten Behandlungskosten unmittelbar gegenüber dem Versicherten ab.
- (9) Eine entsprechend Absatz 8 Nr. 1 vom Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige Krankenversichertenkarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis vorgelegt wird.
- (10) Der Vertragsarzt darf für vertragsärztliche Leistungen mit Ausnahme
1. der Erstinanspruchnahme oder Inanspruchnahme ohne Überweisung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V,
 2. bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden,

von Versicherten keine Zuzahlungen fordern.

Die Landesverbände der Krankenkassen verständigen sich intern über einheitliche Zuzahlungsbeträge für Leistungen gemäß Nr. 2 und teilen diese den Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens sechs Wochen vor Quartalsende mit Wirkung zum folgenden Quartal mit. Den Vertragsärzten wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der für ihren Praxissitz geltende, für alle Kassenarten einheitliche Zuzahlungsbetrag mitgeteilt.

Literaturverzeichnis

BIVA - Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeheimen e.V. (2005): Projektbericht „Befragung von Heimbeiräten zum Entwicklungsbedarf von Unterstützungsstrukturen bei der Ausübung von Mitwirkungsrechten“

Deutscher Bundestag (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Drucksache 14/8822, Bonn, S. 337-340, 361 f

Deutscher Bundestag (2005): Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben - Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen, Drucksache 15/5732, Berlin, S. 2-4

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2005): Sonderdruck Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege", Osnabrück, S. 18 ff

Marburger, Horst / Schumann, Jens (2005): Ersatzansprüche bei Unfällen in Alten- und Pflegeheimen, in: Schriftenreihe der Zeitschrift „Wege zur Sozialversicherung“, Band 56, 1. Auflage, S. 131 ff

Schmelter, Maria (2001): Problembeschreibung und Anforderung aus Sicht der Heimaufsicht, in: BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, S. 43-50

Igl, Gerhard (2001): Reformbedarf bezüglich der Heimitwirkungsverordnung – Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion, in: BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, S. 58-67

Drucksache 7/180, in: Dahlem, Otto / Giese, Dieter / Igl, Gerhard / Klie, Thomas (2005): Das Heimgesetz, Erläuterungen zu § 10, Rn. 3, Köln

3.5	Prüfverfahren (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)	250
3.5.1	Zusammenfassung	251
3.5.2	Durchführung der Arbeiten im Untersuchungspaket Prüfverfahren	252
3.5.3	Annahmen vor den Erhebungen	254
3.5.4	Prüfungen der Heimaufsicht und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)	254
3.5.4.1	Rechtsgrundlagen	254
3.5.4.2	Mehrfachkontrollen und fehlende Abstimmung zwischen Heimaufsicht und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung	255
3.5.4.3	Bürokratie bei Ankündigung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Heimaufsichts- und MDK-Kontrollen	257
3.5.4.4	Bezug zu den Entbürokratisierungsvorschlägen aus juristischer Sicht	261
3.5.5	Prüfungen nach der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) und dem Medizinproduktegesetz (MPG)	262
3.5.5.1	Rechtsgrundlagen	262
3.5.5.2	Aufgaben der Betreiber von Medizinprodukten	262
3.5.5.3	Praxis der Einrichtungen zur Umsetzung von MPG und MPBetreibV	263
3.5.5.4	Der (bürokratische) Aufwand der Heime	264
3.5.5.5	Bezug zu den Ergebnissen der rechtlichen Beurteilung	265
3.5.6	Behördliche Lebensmittelhygienekontrollen nach dem Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittel- gesetzbuch (LFGB), dem Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) und der Lebensmittel- hygieneverordnung (LMHV)	265
3.5.6.1	Rechtsgrundlagen	265
3.5.6.2	Aufgaben der Lebensmittel herstellenden, verarbeitenden und in Verkehr bringenden Betriebe	266
3.5.6.3	Praxis der Einrichtungen und Überwachungsbehörden zur Umsetzung der Rechtsvorschriften	266
3.5.6.4	Der (bürokratische) Aufwand der Heime	268
3.5.6.5	Bezug zu den Ergebnissen der rechtlichen Beurteilung	269
	Litratrurverzeichnis	270

3.5 Prüfverfahren (Werner Göpfert-Divivier / Heike Pfeifer)¹

3.5.1 Zusammenfassung

Gegenstand des Untersuchungspakets *Prüfverfahren* sind externe Kontrollen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Aus Praktikabilitätsgründen haben sich die Untersuchungen auf Kontrollen der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie auf die behördliche Überwachung zu den eingesetzten Medizinprodukten und die behördlichen Kontrollen der Lebensmittelhygiene konzentriert.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Eine überbordende Bürokratie im Rahmen externer Überwachungsaktivitäten ist nicht zu identifizieren. Der im Gesetz angelegte Bürokratieaufwand der Heime für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und die behördliche Überwachung ist grundsätzlich angemessen und zielführend. Die nachfolgenden im Überblick aufgeführten Aspekte zeigen Optimierungsmöglichkeiten auf, die vor allem die *Umsetzung* bei gesetzlichen Regelungen betreffen.

Ergebnisse zum Bereich „Prüfungen von MDK und Heimaufsicht“

- Über die Erfahrungen mit der einzelnen Prüfinstanz wird überwiegend positiv berichtet. Die Vorgehensweisen und Regelungen sind weitgehend angemessen. Dies trifft für die Prüfungen des MDK in stärkerem Maße zu als für Prüfungen der Heimaufsicht. Bei ihr wird gelegentlich bemängelt, dass keine Rückmeldungen im Heim ankommen bzw. diese nicht ohne weiteres in qualitätssichernde Maßnahmen transformiert werden können.
- Die Abstimmung der beiden Prüforgane ist hingegen trotz der Koordinierungsvorgaben im Heimgesetz und im SGB XI in Bezug auf Terminabsprachen und Prüfinhalte verbesserungswürdig.
- Einrichtungen und ausführenden Behörden entstehen Mehraufwendungen und damit zusätzliche Kosten durch Mehrfachkontrollen.
- Unterschiedliche Anforderungen der beiden Prüforgane an gleiche Prüfgegenstände führen zu kontraproduktiver Bürokratie, weil die Heime Unterlagen ohne innerbetrieblichen handlungsleitenden Charakter in der jeweiligen Logik erstellen, kontinuierlich aktualisieren und für den Prüffall bereithalten.
- Aus einem Absicherungsbedürfnis und aus Unsicherheit wappnet man sich in vielen Heimen vorbeugend für Eventualitäten. Vielfach werden aufwändige Regelungen auf der Grundlage von Berichten Dritter über deren Prüferfahrungen getroffen, die weit über das von Prüfinstanzen tatsächlich geforderte Maß hinausgehen. Vgl. hierzu auch die Ergebnisse zu dem Untersuchungspaket Pflegedokumentation (Kapitel 3.1). Dort wurden ähnliche Resultate erzielt.

¹ iSPO-Institut, Saarbrücken

Ergebnisse zum Bereich „Behördliche Kontrollen zu eingesetzten Medizinprodukten“

- In den Referenzheimen liegen keine verwertbaren Erfahrungen zur behördlichen Überwachung vor. Aussagen zu Bürokratie und Ablauf der Prüfungen sind deshalb nicht möglich.
- Obwohl die Rechtsgrundlagen bereits seit einigen Jahren gelten, haben viele der Referenzheime bisher keine abgestimmten Strategien zur hausinternen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben entwickelt.
- Von Seiten der Haustechniker und Sicherheitsbeauftragten wird berichtet, dass im Einzelfall überzogene oder fachlich inadäquate *interne* Vorgaben zu Mehrarbeit und unnötiger Bürokratie führen. Problematisch ist weiter, dass auf der Leitungsebene meist Personen zuständig sind, deren fachliche Qualifikation für diesen Bereich nicht gegeben ist.

Ergebnisse zum Bereich „Behördliche Lebensmittelhygienekontrollen“

- Für behördliche Kontrollen der Lebensmittelhygiene sind keine Entbürokratisierungspotenziale zu identifizieren.
- Lebensmittelhygienische Kontrollen werden überwiegend als zielorientiert bewertet. Auch die Stellungnahmen der Prüfenden werden meist als sachlich bewertet; sie hätten beratenden Charakter.
- Die Rechtsgrundlagen zur Lebensmittelhygiene sind umfassend. Sie beinhalten auch bürokratische Vorgaben, die in den Heimen umzusetzen sind. Diese werden vor dem Hintergrund des besonderen Schutzbedürfnisses von Bewohnerinnen und Bewohnern, aber auch zum Schutz der Mitarbeitenden als angemessen eingestuft.
- Die Einbettung des Regelungsbereichs in das betriebs- bzw. trägerinterne Qualitätsmanagement führt bei Einführung zu einem gewissen Aufwand, weil bestehende Prozessregelungen modifiziert werden müssen. Im weiteren Verlauf stellen sich dann aber Synergieeffekte ein und bürokratischer Aufwand lässt sich minimieren.
- In der Hauswirtschaft sind häufig Mitarbeitende beschäftigt, die lebensmittelhygienische Vorgaben nicht lesen oder verstehen können. Der Kontroll-, Qualifizierungs- und Nachbereitungsaufwand steigt hierdurch.

3.5.2 Durchführung der Arbeiten im Erhebungspaket „Prüfverfahren“

Aufgabe im Erhebungspaket *Prüfverfahren* war die Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen bei externen Prüfungen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Das Kompetenzteam hat sich aus Praktikabilitätsgründen auf folgende externe Prüfungen konzentriert:

- Prüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)
- Prüfungen der Heimaufsicht,

- Kontrollen gemäß Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie
- Überwachung der Lebensmittelhygiene entsprechend Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG), Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB) und Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV).

Auf Kontrollen der Gesundheitsämter, die teilweise die gleichen Sachverhalte wie MDK und Heimaufsicht überwachen (etwa das Vorhandensein und die Einhaltung von Hygieneplänen) wird hier nicht weiter eingegangen. Die Befragung der Verantwortlichen in den Referenzheimen ergab keinen Hinweis auf eine überhöhte Bürokratie. Die Aussagen der Befragten zeigen vielmehr, dass offenbar vielfach eine Koordination der Kontrollorgane Heimaufsicht und Gesundheitsamt erfolgt, sodass ausgeprägte Mehrfachkontrollen nicht vorkommen. Die Verhältnismäßigkeit dieser im Heim- und Infektionsschutzgesetz angelegten Doppelzuständigkeit betont zudem die rechtliche Bewertung in Kapitel 4.2.6.2. Dort wird zur Vermeidung einer doppelten Überwachung die enge Abstimmung der Prüfinstanzen empfohlen.

Die Entscheidung wurde getroffen u.a. vor dem Hintergrund der Rückmeldungen in den Experten- und Praktikerhearings sowie auf der Grundlage der am Runden Tisch Pflege AG III *Entbürokratisierung* herausgearbeiteten Ergebnisse.

Die Arbeiten zum Erhebungspaket *Prüfungen* fanden zwischen Dezember 2005 und März 2006 in folgenden Schritten statt:

- Im Dezember 2005 fand eine schriftliche Abfrage in den 28 projektbeteiligten Heimen mit der Bitte statt, die durchgeführten externen Prüfungen von
 - MDK und Heimaufsicht,
 - behördlichen Kontrollen gemäß MPG und MPBetreibV sowie den
 - behördlichen Kontrollen der Lebensmittelhygieneüberwachung gemäß LMHV, LFGB und LMBGin den Jahren 2004 und 2005 zu beschreiben. Es wurde um eine Einschätzung gebeten zu den Aspekten:
 - Bürokratie und Aufwand bei Ankündigung, Terminabstimmung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Prüfungen,
 - geprüfte Inhalte und eventuelle Mehrfachkontrollen,
 - Prüfverlauf sowie
 - mündliche und schriftliche Stellungnahmen der Prüfenden.
- Im Januar 2006 lagen Rückmeldungen aus 25 der 28 Heime vor. Die Unterlagen wurden gesichtet und ausgewertet. Es ergaben sich eine Reihe von Nachfragen in den Referenzheimen.
- Der Bericht zum Untersuchungspaket *Prüfverfahren* wurde im März 2006 fertig gestellt.

3.5.3 Annahmen vor den Erhebungen

Wie oben aufgeführt, resultieren die folgenden Annahmen vor Beginn der Erhebung aus den Ergebnissen der Experten- und Praktikerhearings und des Runden Tische Pflege AG III *Entbürokratisierung* sowie aus dem fachlichen Austausch im Kompetenzteam.

- Zuständigkeiten und Kompetenzen einzelner Prüforgane sind nicht immer eindeutig. Dies gilt vor allem hinsichtlich der Arbeit des MDK und der Heimaufsicht. Es besteht die Vermutung, dass einzelne Inhalte mehrfach kontrolliert und unterschiedlich bewertet werden. Zudem, so die Einschätzung, sind Kontrollen zwischen Prüfinstanzen nicht oder nicht ausreichend abgestimmt.
- Eine koordinierte und praxisbezogene Beratung der Einrichtungen zur Behebung von Mängeln oder Minderleistungen ist nicht die Regel.
- Aspekte der Ergebnisqualität werden zu Gunsten der Untersuchung der Struktur- und Prozessqualität vernachlässigt.
- Nennenswerte Entbürokratisierungspotenziale dürften nicht zu finden sein.
- Betriebsinterne und auch auf die Durchführung der externen Prüfungen bezogene Optimierungsmöglichkeiten hingegen werden vermutet (etwa hinsichtlich einer besseren Koordination der einzelnen Prüforgane und ihrer Mitarbeitenden und bzgl. der betriebsinternen Organisationsabläufe in den Heimen).

3.5.4 Prüfungen der Heimaufsicht und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)

3.5.4.1 Rechtsgrundlagen

Heimaufsicht und MDK sind zentrale Prüfinstanzen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Sie agieren vor dem Hintergrund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen, die Aussagen zu Prüfintervallen, Prüfarten und Prüfgegenständen enthalten.

Die **Heimaufsicht** prüft nach § 15 Heimgesetz (HeimG) in wiederkehrenden oder anlassbezogenen Kontrollen i.d.R. einmal jährlich, ob die Einrichtungen die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes nach § 11 HeimG erfüllen.

Nach den vorliegenden Ergebnissen variieren in den untersuchten Heimen die Abstände zwischen diesen Prüfungen stark. Auf die jährliche Kontrolle kann nach § 15 Abs. 4 Heimgesetz verzichtet werden, wenn im laufenden Kalenderjahr bereits eine MDK-Prüfung stattgefunden hat oder wenn ein Gutachten eines unabhängigen qualitätsakkreditierten Sachverständigen vorliegt. Zeiträume von zwei oder drei Jahren zwischen zwei Prüfungen werden mehrfach genannt. Zudem werden in einigen Regionen bzw. Bundesländern mit dem Hinweis auf personelle Engpässe ausschließlich anlassbezogene Kontrollen oder wiederkehrende Prüfungen ohne Begehung (d.h. lediglich nach Aktenlage) durchgeführt.

Der **MDK** kontrolliert auf Grundlage des § 112 SGB XI. Prüfarten sind Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen. Inhaltlich bezieht sich die Überwachung auf die erbrachten Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, medizinische Be-

handlungspflege, soziale Betreuung, Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen) und deren Qualität. Angaben zu Prüfintervallen sind im Gesetz nicht enthalten.

Grundsätzlich ist nach den geltenden Regelungen eine Doppelung der Überwachungs- und Prüfaufgaben von Heimaufsicht und MDK gegeben (vgl. dazu die Ausführungen aus juristischer Sicht in Kapitel 4.3.9.3). Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften im HeimG- (§ 20) und SGB XI (§§ 114 und 117) sollen hier moderierend wirken und eventuelle Probleme entschärfen, d.h. Kontrollen sollen abgestimmt und Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Dazu sind u.a. Arbeitsgemeinschaften vorgesehen.

Dass die Abstimmung derzeit noch nicht ausreichend ist, zeigen die folgenden Darlegungen der Überwachungsaktivitäten von Heimaufsicht und MDK als Ergebnis der Praxisanalysen. Sie hinterlegen die Ausführungen aus juristischer Sicht in Kapitel 4.3.9 und zeichnen ein Bild der vorgefundenen Prüfpraxis und des durch die Kontrollen entstehenden Aufwandes für die Heime.

3.5.4.2 Mehrfachkontrollen und fehlende Abstimmung zwischen Heimaufsicht und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung

Im abgefragten Zeitraum (2004 und 2005) wurden lediglich in sechs der 28 Heime Prüfungen von beiden Instanzen durchgeführt. Mehrfach wird berichtet, dass beide Instanzen zeitnah zueinander die Häuser besucht haben und häufig vergleichbare Inhalte prüften. Die Bewertung dieser Inhalte hingegen sei z.T. sehr unterschiedlich gewesen. Die Heimverantwortlichen vermuten als Ursache unzureichende bzw. nicht abgestimmte Zuständigkeiten und Kompetenzen zwischen beiden Prüfinstanzen.

Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen die juristischen Ausführungen in Kapitel 4.3.9 und der Runde Tisch Pflege - hier *AG III Entbürokratisierung* - sowie die Experten- und Praktikerhearings, die iSPO im Auftrag des BMFSFJ 2004 durchführte.

Von den sechs Heimen wurden folgende jeweils von Heimaufsicht *und* MDK geprüften Inhalte benannt:

- Pflegemodell, Pflegekonzept und Leitbild
- Pflegeplanung und Pflegeprozessdokumentation
- Pflegevisite
- Listen und Nachweise zu Betreuungsangeboten und Veranstaltungen
- Heimverträge
- Aufstellungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen mit entsprechenden Nachweisen
- Listen zu Betreuungen, Betreuungsvollmachten
- Nachweise zu Lagerung und Medikamentenversorgung der Bewohner
- Nachweise zu Desinfektion und Hygiene

- Vorlage der aktuellen und abgeschlossenen Dienstplanung (i.d.R. der letzten drei Monate)
- Personallisten u.a. mit Angaben zur Dauer der Betriebszugehörigkeit, zum Einsatzbereich, mit Kennzeichnung bei befristetem Arbeitsverhältnis, Geburtsdatum, unterteilt nach Qualifikationen (mit Qualifikationsnachweisen) und Stellenumfang (Stellenbesetzungslisten) sowie der Nennung des Anteils an Voll- und Teilzeitstellen
- Befragungen von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Heimbeiräten bzw. Heimfürsprechern

Ferner lassen sich *beide* Prüfinstanzen folgende Unterlagen zur Vorbereitung ihrer Tätigkeit vorlegen:

- Bewohnerlisten mit Angaben bzw. eigenen Aufstellungen zu Pflegestufen, Inkontinenz, Stoma, Demenz (u.a. mit Statistiken zu den einzelnen Symptomen wie Weglauftendenzen), Dekubitus, Beatmungen, PEG-Sonden u.a.

Zwei Heime geben an, dass Prüfer/-innen beider Kontrollorgane auch während der Durchführung von Pflegeleistungen an Bewohnerinnen und Bewohnern anwesend sind. Dies sieht die Prüfanleitung des MDK vor; einzelne Heimaufsichten haben sich diese Regelung zu eigen gemacht.

Neben mehrfach kontrollierten Inhalten erschwerten unterschiedliche Anforderungen der Prüforgane an gleiche Aspekte die Arbeit der Praxisakteure. Aus Furcht vor negativen Folgen oder Auseinandersetzungen mit den Prüfenden wird vielfach versucht, beide (ungleichen) Anforderungen umzusetzen. Dabei, so wurde deutlich, setzen die Verantwortlichen in den Heimen Vorgaben der Prüfinstanzen auch dann um, wenn sie fachlich anderer Überzeugung sind. Die Nachfragen lassen erkennen, dass mehr Rückendeckung ihres Trägers als Grundlage für eine selbstbewusste Reaktion nötig wäre. Vgl. hierzu auch die Ergebnisse zu dem Untersuchungspaket Pflegedokumentation (Kapitel 3.1); dort wurden ähnliche Resultate erzielt. Vorgaben betreffen u.a. die Häufigkeit von Temperaturkontrollen bei Bewohnerinnen und Bewohnern oder den Umgang mit der Bargeldverwaltung.

Im Einzelnen werden etwa Nachweise zu Beschäftigungsangeboten oder Hygienepläne, die bereits von den Gesundheitsämtern im Rahmen infektions- und lebensmittelhygienischer Kontrollen überwacht werden, zusätzlich für die Prüfenden von MDK und Heimaufsicht ohne handlungsleitenden Charakter für den Betrieb erstellt.

Die seit 1. Januar 2006 geltenden Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR)² der Spitzenverbände der Pflegekassen zu MDK-Kontrollen greifen diese Problematik auf (vgl. dort die Ausführungen zu Kooperationsaktivitäten mit den Heimaufsichtsbehörden, wonach beide Instanzen eng zusammenarbeiten und ihre Aufgaben wirksam aufeinander abstimmen und Doppelprüfungen vermeiden sollen).

² MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege vom 10. November 2005.

3.5.4.3 Bürokratie bei Ankündigung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Heimaufsichts- und MDK-Kontrollen

Die Praxisabfrage wurde in Ankündigung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung untergliedert. Aus den Antworten lassen sich folgende Tendenzen herausarbeiten:

Ankündigung

Von 21 im abgefragten Zeitraum in den beteiligten Heimen durchgeführten (davon zwei anlassbezogenen) **Heimaufsichtskontrollen** wurden lediglich sechs vorher angekündigt. Die Zeiträume zwischen Ankündigung und Prüfung schwanken zwischen „Information kam wenige Stunden vor der Prüfung“ (per Fax am späten Nachmittag des Vortages) bis zu „Information kam fünf Wochen vorher“. In den letzteren Fällen war eine gemeinsame Terminfestlegung, unter Berücksichtigung betrieblicher Belange des Heims, möglich. Vereinzelt wurden rechtzeitig vorher Erfassungsformulare mit Angaben zu den benötigten Unterlagen zugeschickt.

Von den im Erhebungszeitraum durchgeführten sieben **MDK-Prüfungen** fand hingegen lediglich eine unangemeldet statt. Bei den übrigen wurde die Prüfung ca. eine Woche vorher angekündigt.

Für die Phase der Ankündigung von Heimaufsichts- und MDK-Kontrollen sind Entbürokratisierungspotenziale nicht zu identifizieren. Anlassbezogene Prüfungen ausgenommen, sollte der Termin aus Rücksicht auf die betrieblichen Erfordernisse rechtzeitig vorher abgestimmt werden.

Vorbereitung

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass der Vorbereitungsaufwand auf Prüfungen beider Instanzen aus Praxissicht immer dann als gering beschrieben wird, wenn

- die Kontrollen angekündigt sind und/oder
- im Vorfeld inhaltliche Anforderungen vorliegen (bei MDK-Kontrollen sind diese der frei zugänglichen MDK-Prüfanleitung zu entnehmen) und/oder
- die geforderten Daten bzw. Unterlagen und die Abfrage-logik der Kontrollinstanzen mit der Logik der betrieblichen (Verwaltungs-)Abläufe übereinstimmen (bei MDK-Kontrollen sind Abfrage-logik und relevante Angaben ebenfalls der MDK-Prüfanleitung zu entnehmen).

Weil dies nicht die Regel ist, haben Heime Strategien entwickelt, um ihren Aufwand in Grenzen zu halten. Ein Teil hat sonst im Betrieb verwendete Statistiken und Aufstellungen (etwa zu Bewohnern oder Teilaspekten wie Fixierungen) in der Logik und gewünschten Form der Prüforgane umgestaltet. Andere Heime sind zu einer „doppelten Listenführung“ übergegangen. Sie führen die im Heim bzw. beim Träger üblichen Listen und parallel Aufzeichnungen in der von den Prüforganen geforderten Form.

Dies sind Hinweise auf zusätzlichen und unangemessenen bürokratischen Aufwand. Er hält sich meist deshalb in Grenzen, weil in den Heimen mehrheitlich auf PC-

Programme bzw. Datenbanken zurückgegriffen werden kann, aus denen sich die für Prüfungen nötigen Angaben mit überschaubarem Aufwand filtern lassen.

Ein besonderer Aspekt der Vorbereitung auf eine Prüfung ist nach Ansicht mehrerer Gesprächspartner/-innen der Umgang mit psychischem und emotionalem Druck, der auch nach langjähriger Berufserfahrung vorhanden ist. Er entsteht offenbar vor allem im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen. Ursächlich dafür ist einerseits die Komplexität der Prüfgegenstände und andererseits, dass zu MDK-Prüfungen in vielen Heimen bisher aktuelle Erfahrungen kaum vorliegen (von sieben Kontrollen war lediglich eine eine Wiederholungsprüfung). Eine Unterscheidung nach Bundesländern wurde hierbei nicht vorgenommen. Es bestehen jedoch Unterschiede. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein beispielsweise wurden Heime bereits mehrfach geprüft, während in Bayern oder Baden-Württemberg bisher ausschließlich anlassbezogene Überprüfungen stattfanden.

Darüber hinaus ist es nahezu nicht leistbar, alle Bewohnerdokumentationen zu jeder Zeit in einem optimal geführten Zustand vorzulegen. Weiter können die Prüfer/-innen aus allen Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort auswählen und sie können jeden/jede zur Prüfzeit anwesenden Mitarbeiter/-in befragen. Hinzu kommt, dass bei jedem/jeder der ausgewählten Bewohner/-innen eine Beobachtung der Leistungserbringung durch Pflegekräfte oder sonstige Mitarbeiter/-innen erfolgen kann. Daraus resultiert ebenfalls ein Teil des empfundenen Druckes.

Die Tatsache, dass sich Heimleitungen im Vorfeld der Prüfung über die Erfahrungen anderer trägereigener und/oder benachbarter Heime informieren, führt offenbar dazu, dass Stress und Aufwand vergrößert werden. Es hat sich herausgestellt, dass in diesen Fällen vorbeugend Aufstellungen und Unterlagen erarbeitet wurden, die im Verlauf der Prüfung großenteils gar nicht benötigt wurden. Auch diese Erkenntnis deckt sich mit den Resultaten des Untersuchungspakets Pflegedokumentation (Kapitel 3.1). Als Beispiele für zusätzlich erstellte Unterlagen werden u.a. bewohnerbezogene Statistiken zu bestimmten Aspekten (wie so genannte Hautschutzpläne) oder ablauforientierte Nachweise, wie die regelmäßige Kontrolle der Medizinschränke, genannt.

Die Vorbereitungen auf Heimaufsichts- und MDK-Prüfungen werden vielfach als umfangreich eingeschätzt. Nachfragen zeigen jedoch, dass der Aufwand der Heime vor allem dann hoch ist, wenn aus Unsicherheit „Vorkehrungen für alle Eventualitäten“ getroffen werden. Die Mehrzahl der Prüfgegenstände beider Prüforgane bezieht sich auf Aspekte, die im Rahmen einer professionellen Betriebsführung ohnehin erforderlich sind und deshalb ohne besonderen Aufwand zeitnah zur Verfügung stehen sollten. Vor diesem Hintergrund müsste sich der Vorbereitungsaufwand in gut organisierten Heimen in vertretbaren Grenzen bewegen.

Durchführung

Kontrollen der Heimaufsicht

Aus den Interviews lässt sich folgender Regelablauf bei turnusmäßig durchgeführten Kontrollen der Heimaufsicht rekonstruieren: Den Auftakt der Prüfung bildet eine Vorbesprechung, an der die Prüfenden der Heimaufsicht (teilweise handelt es sich um bis

zu drei Personen) und von Seiten des Heims die Heimleitung sowie ggf. die Pflegedienstleitung, ein/e einrichtungsübergreifend verantwortliche/r Repräsentant/-in des Trägers und der/die Qualitätsmanagementbeauftragte teilnehmen.

In der Vorbesprechung werden das Vorgehen, die Inhalte und teilweise die vorgelegten Unterlagen erörtert. Das Sichten und Auswerten der Gesamtunterlagen erfolgt vor oder nach einer Begehung der Einrichtung.

Im Verlauf der Begehung werden meist einzelne Bewohnerinnen und Bewohner, der Heimbeirat bzw. der/die Heimfürsprecher/-in, Mitarbeitende und/oder Leitungskräfte in den Arbeitsbereichen befragt. In zwei Fällen wird berichtet, dass die Kontrollierenden sich vom körperlichen Zustand der Bewohner/-innen überzeugten. Bei der pflegerischen oder sonstigen Leistungserbringung waren die Kontrollierenden jedoch nicht anwesend. Den Rundgang begleiten in der Regel Heim- und Pflegedienstleitung ggf. zusammen mit einer/einem Trägervertreter/-in. Die Heimaufsicht ist durchschnittlich vier bis fünf Stunden im Haus (die Bandbreite der Nennungen reicht von zwei bis neun Stunden).

In einzelnen Fällen werden die Prüfungen der Heimaufsicht als wenig strukturiert beschrieben. Ferner ist offenbar nicht immer nachvollziehbar, warum einzelne Prüfpunkte sehr ins Detail gehend erörtert werden.³

Etwa die Hälfte der Gesprächspartner/-innen bewertet die Kontrollen als angemessen. Die andere Hälfte hält die Heimaufsichtsprüfung für zu zeitaufwändig und unangemessen. Kritik bezieht sich dann meist auf die folgenden Aspekte:

- Bereits im Vorfeld der Kontrolle dargelegte Inhalte sind nochmals vorzustellen und zu erörtern.
- Formalien werden überbetont.
- Es fehlt den Prüfenden am fachlichen Hintergrund, sodass eine inhaltlich sachgerechte Erörterung keinen Sinn macht.
- Als unangemessen wird bewertet, dass vielfach tagesaktuelle Themen sehr viel Zeit in Anspruch nehmen (etwa Mangelernährung nach entsprechenden Medienberichten).

Kontrollen des MDK

Weil insgesamt lediglich in sieben Einrichtungen MDK-Kontrollen im Erhebungszeitraum in den Referenzheimen durchgeführt wurden, basiert das folgende Bild auf einer vergleichsweisen geringen Datenbasis. Wie bei Prüfungen der Heimaufsicht werden in Vorgesprächen Prüfgegenstände und -ablauf vereinbart. Einzelne Kontrollen werden mit Verweis auf das umfangreiche Erhebungsinstrument als akribisch und langwierig beschrieben. Es wird von Prüfteams berichtet, die aus bis zu vier Personen bestehen. In zwei Fällen erstreckten sich die Kontrollen über zwei Tage.

³ Teilweise existieren Prüfanleitungen für Heimaufsichtsbehörden, z.B. vom Sozialministerium Baden-Württemberg, die zu bürokratischem Mehraufwand für Heime und Träger führen (in Baden-Württemberg z.B. auf Grund fachlich nicht sinnvoller Vorgaben zur Nachtdienstbesetzung).

Von Seiten des Heims sind die gleichen Personen wie bei den Prüfungen der Heimaufsicht anwesend bzw. sie stehen für Anfragen zur Verfügung. Auch bei den MDK-Kontrollen werden Bewohner/-innen, Heimbeirat bzw. Heimfürsprecher/-in und Mitarbeitende - nach den Aussagen der Heime zu den gleichen Inhalten wie bei der Heimaufsicht - befragt.

MDK-Prüfungen sind überwiegend gut strukturiert und werden als professionell beschrieben. Nach Ansicht der Gesprächspartner/-innen ist dies auf den bundeseinheitlichen und transparenten Prüfkatalog zurückzuführen. Auffällig ist die positive Einschätzung der Effekte der MDK-Prüfung: Man habe als Ergebnis der Prüfung eine Reihe interessanter Impulse und in Qualitätsverbesserung umzusetzende Rückmeldungen erhalten.

Entbürokratisierungspotenziale lassen sich hinsichtlich der in den Referenzheimen beschriebenen Kontrollpraxis von Heimaufsicht und MDK nicht feststellen. Der beschriebene Aufwand scheint angemessen.

Wie bei Kontrollen der Heimaufsicht wird auch bei Prüfungen des MDK die Befragung der Heimbeiräte übereinstimmend als problematisch bewertet. Deren Mitglieder seien überwiegend nicht (mehr) in der Lage, sachdienliche Informationen zu geben und zur Feststellung und Bewertung bestimmter Sachverhalte beizutragen.

Nachbereitung

In der Regel, so die Berichte, enden die Überprüfungen von MDK und Heimaufsicht mit einem Abschlussgespräch. Dabei erörtert man die Eindrücke der Prüfenden, eventuelle Unstimmigkeiten werden besprochen und ggf. trifft man Verabredungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens. In der Folge werden die Prüfergebnisse (Checkliste) an die zuständige Pflegekasse weitergeleitet, die dann einen Bericht erstellt und darin ggf. Empfehlungen ausspricht oder Auflagen erteilt.

Der Nachbereitungsaufwand der Heime hängt vom Prüfergebnis ab. Er wird insgesamt als angemessen bewertet. Er bezieht sich meist auf dokumentationsbezogene bzw. statistische Aspekte. Es geht aber auch um organisatorische (etwa hinsichtlich der Arbeit des Heimbeirates) oder bauliche (z.B. die Forderung nach zusätzlichen Handwaschbecken) Fragen bzw. um die Innengestaltung (wie die Ausstattung der Flure) betreffende Fragen.

In Einzelfällen wird von massiven Auflagen der Prüforgane berichtet. Inwieweit diese angemessen und gerechtfertigt waren und ob sie bürokratische Überhöhungen beinhalten, kann hier nicht beurteilt werden.

Die Angaben zur Zeitspanne zwischen Vor-Ort-Kontrolle und Erhalt des schriftlichen Prüfberichtes variiert zwischen drei Arbeitstagen und sechs Monaten. Weiterhin wird mehrfach von deutlichen Differenzen zwischen mündlichen Aussagen vor Ort und den Darlegungen im Prüfbericht berichtet. Trotzdem sind nennenswerte Entbürokratisierungspotenziale bei Prüfungen beider Kontrollorgane nicht zu erkennen. Optimierungsmöglichkeiten werden dennoch gesehen. Sie beziehen sich vor allem auf die verbesserte Koordination und Kooperation zwischen Heimaufsicht und Medizinischen

Diensten der Krankenversicherung. Innerbetrieblich geht es in den Heimen um ablauforganisatorische Aspekte.

3.5.4.4 Bezug zu den Entbürokratisierungsvorschlägen aus juristischer Sicht

In Kapitel 4.3.9 werden nach einer ausführlichen Erläuterung und Bewertung der Rechtsvorschriften Vorschläge zur Entbürokratisierung der Kontrollen von MDK und Heimaufsicht gemacht:

- Grundsätzliche Aufteilung der Prüfkompetenzen zwischen Heimaufsicht und MDK

Vorgeschlagen wird, die Kompetenzen entlang der Dimensionen der Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) aufzuteilen. Demnach soll die Heimaufsicht primär für die Erhebung und Beurteilung der Strukturqualität, die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für die Prozess- und vor allem für die Ergebnisqualität in den Heimen zuständig sein.

Diese Aufteilung entspricht der gesetzlichen Intention, wonach die Heimaufsicht prüfen soll, ob die Einrichtungen die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes erfüllen, während der MDK vor allem die Ergebnisse von Pflege- und Betreuungsleistungen erfasst und bewertet.

Damit würde den Forderungen der Praktiker/-innen und Expertinnen und Experten nach einer inhaltlichen und an den Kompetenzen der Prüfenden orientierten Festlegung entsprochen.

- Effektivierung der Kooperation und Koordination nach grundsätzlicher Aufteilung der Prüfkompetenzen zwischen Heimaufsicht und MDK

Vor dem Hintergrund, dass die verschiedenen Qualitätsdimensionen inhaltlich nicht isoliert, sondern übergreifend wirken, ist eine Konkretisierung der Zusammenarbeit aus umsetzungspraktischen Gründen (u.a. zur Bereitstellung gegenseitiger Prüfergebnisse als Grundlage eigener Kontrollen) unverzichtbar.

Auch Effekte im Sinne von Richtlinien einer vergleichbaren Beurteilung und damit einer qualitätszentrierten Beratung der Heime wären dadurch zu erreichen.

- Prüfungen der Heimaufsicht sind nicht jährlich erforderlich; vorzuziehen ist die Vorlage von Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige.

Bei dieser Regelung ist davon auszugehen, dass Heimaufsichtskontrollen nicht mehr jährlich erforderlich sind. Erfahrungsgemäß ändern sich strukturbezogene Daten in größeren Intervallen. Dadurch würde Zeit frei, die Heimaufsichtsbehörden für vermehrte Beratungen verwenden könnten. Bedingung dafür ist allerdings, dass die Mitarbeitenden der Heimaufsichtsbehörden über die entsprechenden Qualifikationen verfügen. Damit würde ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen geleistet. In der Folge sollte die Akzeptanz der Heimaufsichtsprüfungen steigen. Der Vorschlag zum verstärkten Einsatz qualitätsakkreditierter Sachverständiger muss zu gegebener Zeit konkretisiert werden. Fragen der Qualifizierung und Anerkennung sind

ebenso zu klären wie die organisatorische Ansiedlung dieser Fachleute und die Finanzierung solcher Prüfungen.

- **Prüfintervalle orientiert an den nachgewiesenen Qualitätsentwicklungen der Heime**

Dieser Vorschlag trägt den in vielen Heimen vorhandenen umfassenden und kostenintensiven Qualitätsbemühungen Rechnung. Voraussetzung sind anerkannte Definitionen zur Beurteilung der Qualitätsentwicklung und den daraus resultierenden Prüfintervallen sowie eine Konzeption, die auch eine Implementierungsstrategie enthalten sollte.

3.5.5 Prüfungen nach der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) und dem Medizinproduktegesetz (MPG)

3.5.5.1 Rechtsgrundlagen

Die Betreuung pflege- und hilfebedürftiger Menschen ist ohne den Einsatz von Medizinprodukten⁴ (d.h. Hilfsmitteln zur Erleichterung von Pflege und Betreuung sowie Geräten zur Überwachung und Beurteilung des Gesundheitszustandes) nicht möglich. Sie vereinfachen den Pflegealltag, bergen bei unsachgemäßer Anwendung aber auch Gefahren für Bewohner/-innen und Mitarbeitende. Mit dem MPG und der MPBetreibV versucht der Gesetzgeber, das korrekte und gefahrlose Funktionieren und Anwenden der Medizinprodukte sicherzustellen. Die Regelungen enthalten Aussagen

- zum Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten,
- zur Kontrolle und Überwachung von Medizinprodukten sowie
- zur regelmäßigen Schulung der Anwender/-innen.

3.5.5.2 Aufgaben der Betreiber von Medizinprodukten

Für Anwender und Betreiber ist die MPBetreibV das bedeutendere Regelwerk, weil es die Pflichten der Betreiber definiert. Demnach haben sie *regelmäßige betriebsinterne sicherheits- und messtechnische Kontrollen der Medizinprodukte* durchzuführen bzw. von beauftragten Servicefirmen oder Sachverständigen durchführen zu lassen. Ziel ist es Mängel frühzeitig festzustellen. Die Kontrollabstände orientieren sich an den Angaben der jeweiligen Produkthersteller oder den anerkannten Regeln der Technik. Spätestens sollen die Kontrollen jedoch alle zwei Jahre stattfinden. Die Überprüfungen sind zu protokollieren und die Protokolle zumindest bis zu den nächsten Begutachtungen aufzubewahren. Die Protokolle sollen das Datum der Durchführung, die

⁴ Nach § 3 MPG sind Medizinprodukte alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktion zum Zwecke der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen bestimmt sind. Beispiele sind Antidekubitusmatratzen, Gehhilfen, Patientenlifter oder Blutzuckermessgeräte.

Ergebnisse der Überprüfung und die angewandten Messverfahren (mit Angabe der Messwerte) sowie sonstige Beurteilungsergebnisse enthalten.

Darüber hinaus ist ein *Medizinproduktebuch* zu führen. Darin sind grundlegende Informationen zu allen eingesetzten Medizinprodukten enthalten, u.a. die Bezeichnung und Identifikation der Geräte, durchgeführte Funktionsprüfungen, Namen der Beauftragten und Nachweise der Einweisung. Ein *Bestands- und Standortverzeichnis* für alle aktiven (z.B. elektrische Pflegebetten) und nicht aktiven Medizinprodukte (etwa Blutdruckmessgeräte) ergänzt die vorzuhaltenden Unterlagen. Es enthält neben den Angaben im Medizinproduktebuch Spezifizierungen wie Angaben zu Gerätetyp (u.a. Art, Seriennummer, Anschaffungsjahr), Standort oder betrieblicher Zuordnung.

Die *Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation von regelmäßigen Qualifizierungsmaßnahmen* (Einführungs- und Wiederholungsschulungen) für Anwender/-innen der Medizinprodukte komplettiert das Pflichtenheft der Betreiber. Ziel ist es, Anwenderfehler zu minimieren bzw. zu vermeiden.

Die *behördliche Überwachung* ist in § 26 MPG geregelt. Demnach überprüft die zuständige Behörde, ob die vorgeschriebenen betriebsinternen Kontrollen und Schulungen durchgeführt und dokumentiert wurden. Den zuständigen Behörden ist dazu jederzeit Einsicht in die Medizinproduktebücher, Bestands- und Standortverzeichnisse sowie in die Nachweise zur regelmäßigen Qualifikation zu gewähren.

3.5.5.3 Praxis der Einrichtungen und Überwachungsbehörden zur Umsetzung von MPG und MPBetreibV

Praxis in den Referenzheimen zur Umsetzung der Rechtsvorschriften

Die Einrichtungen haben unterschiedliche Ansätze zum Umgang mit den geltenden Rechtsvorschriften entwickelt. Zum einen delegieren Heime einen Teil ihrer Verantwortung an externe Servicefirmen oder Sachverständige. Andere Heime arbeiten mit trägerinternen - und z.T. heimübergreifenden - Beauftragten zur Umsetzung der Rechtsvorschriften. Zudem haben alle Heime hausintern entsprechende Beauftragungen ausgesprochen. Beauftragte der Häuser und Träger werden in unterschiedlichen Abständen für ihre Tätigkeit qualifiziert.

Die Zuständigkeiten sind in der Regel einrichtungsintern zwischen den hauptsächlich beteiligten Fachbereichen Pflege und Haustechnik und den hier benannten Beauftragten festgelegt. In einer Reihe von Fällen hat sich die Aufgabenteilung in der Kombination von internen Sicherheitsbeauftragten, der Haustechnik und einer extern beauftragten Servicefirma bzw. einer/einem Sachverständigen bewährt. „Bewährt“ meint, wie die Nachfragen ergaben, „es hat bisher keine negativen Vorfälle gegeben“. Eine Reihe von Heimen legt dar, dass man zunächst „erste Kontrollen abwartet“. Dann will man deren Ergebnisse in hausinterne Konzepte einbauen.

Ungeachtet des zum Befragungszeitpunkt angetroffenen Organisationsstandes der Heime wird durchgängig von Umsetzungsproblemen gesprochen. Dies wird auch von den Heimen betont, die nach eigener Einschätzung im Rahmen des haus- oder trägerinternen Qualitätsmanagements bereits über tragfähige Regelungen verfügen.

Man habe „schon vor längerer Zeit“ beispielsweise in Arbeitsgruppen die neuralgischen Stellen identifiziert, entsprechende Abläufe festgelegt und im Detail beschrieben. Auf dieser Grundlage seien regelmäßige Wartung und Überprüfung, die benötigten Dokumentationen und Verzeichnisse sowie Schulungen gesichert und im Qualitätshandbuch des Heims belegt.

Die Heimleitungen bewerten den Bereich überwiegend als unübersichtlich und überforderungsträchtig. Mehrfach wird betont, dass man sich als „fachlicher Laie“ fühlt; man verantworte den Themenkreis mit und sei froh, dass bisher alles ohne besondere Vorkommnisse verlief.

Praxis der zuständigen Überwachungsbehörden

Im Erhebungszeitraum fand lediglich in einem Referenzheim eine behördliche Kontrolle auf der Grundlage des MPG und der MPBetreibV statt. Nach Aussage der Heimleitung fand sie auf Anregung der örtlichen Heimaufsichtsbehörde statt und bezog sich auf einen bestimmten Aspekt (Abstände der Bettgitter). Aussagen zu Prüfintervallen, dem Vorgehen der Behörden bzw. der regelmäßigen Kontrollpraxis sind damit nicht möglich.

Dass bis Ende 2005 in lediglich einem von 28 Heimen eine solche behördliche Kontrolle stattgefunden hat überrascht, denn das MPG ist bereits seit 1994 in Kraft und die MPBetreibV gilt seit 1998 (mit Neufassungen 2002/2003). Auch die Regelungen zur Führung der Bücher und Verzeichnisse sowie die Verpflichtung zur Durchführung sicherheits- und messtechnischer Kontrollen gelten seit 1998.

3.5.5.4 Der (bürokratische) Aufwand der Heime

Die Darlegungen zur Praxis in den Heimen und zur einzigen Kontrolle in einem Referenzheim verdeutlichen, dass der - in den Augen der Heime große - Aufwand vor allem aus dem *Erstellen der Medizinproduktebücher und Führen der Bestands- und Standortverzeichnisse* besteht. Hier, so die Berichte, ergebe sich eine Reihe von Problemen. Beispielsweise sei immer wieder unklar, ob und in welches Bestandsverzeichnis ein Medizinprodukt aufzunehmen ist. Die Folge seien zeitaufwändige Nachfragen beim Hersteller oder bei externen Sachverständigen.

Daneben werden die verpflichtenden innerbetrieblichen sicherheits- und messtechnischen Kontrollen der Medizinprodukte als zeitintensiv und teuer beschrieben. Beklagt wird, dass die Vorgaben vielfach engmaschiger sind als die Herstellerempfehlung. Die Interviews in der Vertiefungsphase haben ergeben, dass überzogene Vorgaben auch aus Anordnungen etwa des Regierungspräsidiums, der Berufsgenossenschaft sowie der eigenen Träger resultieren.

Auch die Aussage, dass Leitungskräfte sich mehrfach in diesem Bereich als fachliche Laien bezeichnen, dürfte eine Ursache für betriebsinterne Regelungen sein, die Mehrarbeit und unnötige Bürokratie mit sich bringen. (vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 3.2 „Hauswirtschaft/Haustechnik“).

Als hoch wird ferner der Aufwand für die regelmäßige Qualifizierung der Anwender/-innen, also der Mitarbeitenden eingestuft. Es gelte Veranstaltungen zu planen, Refe-

renten und sachkundige Kooperationspartner zu finden, Honorarverträge abzuschließen und die Terminierung in der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen.

3.5.5.5 Bezug zu den Ergebnissen der rechtlichen Beurteilung

Wie in den Ausführungen aus juristischer Sicht (vgl. dazu Kapitel 4.2.5) sind auch als Ergebnis der Praxisanalyse die Vorgaben des MPG und der MPBetreibV als unverzichtbar einzustufen. Korrektes Funktionieren und sachgerechte Handhabung von Medizinprodukten dienen dem Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner und gleichzeitig der Mitarbeitenden. Nicht zuletzt weil behördliche Überprüfungen offenbar bisher nicht häufig stattfinden, ist der Aufwand der Heime insgesamt als angemessen zu bewerten.

3.5.6 Behördliche Lebensmittelhygienekontrollen nach dem Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB), dem Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz (LMBG) und der Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV)

3.5.6.1 Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlagen der behördlichen Hygieneüberwachung sind das LMBG aus dem Jahr 1997 und das LFGB (seit September 2005 in Kraft). Die Ausführungen aus juristischer Sicht in Kapitel 4.2.6.4 verdeutlichen, dass derzeit die Bestimmungen beider Gesetze gelten, weil der Gesetzgeber keine Regelung dazu getroffen hat, ob die Rechtsverordnungen des LMBG weiterhin gültig sein sollen.

Lebensmittelüberwachung ist in Deutschland Aufgabe der Bundesländer. Die verschiedenen Untersuchungsprogramme der Länderministerien für Verbraucherschutz und/oder Ernährung werden von den Lebensmittelüberwachungs- und Veterinärämtern der Städte und Landkreise umgesetzt. Um trotz der Vielfältigkeit einen vergleichbaren Standard der Lebensmittelhygiene zu erreichen, haben sich Bund und Länder auf eine *allgemeine Verwaltungsvorschrift* verständigt, die seit Anfang 2005 in Kraft ist und die Grundsätze zur Durchführung der amtlichen Rahmenüberwachung lebensmittel- und weinrechtlicher Vorschriften (*AVV Rahmen-Überwachung; AVV RÜb*) regelt. Sie wurde zum LMBG erlassen und wird weiterhin auch für das LFGB angewandt.

Die AVV-RÜb beinhaltet Kriterien, an denen sich die Prüfintervalle orientieren. Demnach ist die Überwachung risikoorientiert, unter Berücksichtigung bestimmter Aspekte, beispielsweise vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Behörden mit Eigenkontrollen der Betriebe oder der Qualifikation und Anzahl des Personals in den Einrichtungen. Die Prüfabstände sind demnach nicht verbindlich definiert; sie werden individuell festgelegt.

Die zuständigen Behörden überprüfen nach § 39 LFGB die Beachtung der Vorschriften im Sinne des Gesetzes und der Definitionen der LMHV. Die LMHV ist die erste seit Februar 1998 geltende und bundesweit einheitliche Regelung zur Lebensmittelhygiene. Sie löste die früheren länderspezifischen Normen ab. Spezialvorschriften wie die Milch- oder Fleischhygieneverordnung gelten weiterhin in der jeweils gültigen Fassung. Die LMHV legt Hygieneanforderungen an Mitarbeitende, Räumlichkeiten, Reini-

gung, Desinfektion, Schädlingsbekämpfung und Abfallentsorgung fest. Die Kontrollierenden sind befugt, gegen Empfangsbescheinigung Proben der Lebensmittel zu fordern, zu entnehmen und zur Analyse an Labore weiterzuleiten.

3.5.6.2 Aufgaben der Lebensmittel herstellenden, verarbeitenden und in Verkehr bringenden Betriebe

In § 4 LMHV ist die betriebsinterne Eigenkontrolle der Lebensmittel herstellenden, verarbeitenden und in Verkehr bringenden Betriebe definiert (hierunter werden auch die stationären Einrichtungen der Altenhilfe gefasst). Durch betriebsinterne Überwachungsmaßnahmen sollen die für die Entstehung gesundheitlicher Gefahren durch biologische, chemische, mikrobiologische oder physikalische Faktoren kritischen Schritte im Bearbeitungsprozess festgestellt und behoben werden.

Dazu ist ein Instrument zur Gefahrenidentifikation, -bewertung und -beherrschung erforderlich. Seit Januar 2005 ist daher das HACCP-Konzept⁵ verpflichtend für alle Betriebe anzuwenden. Es umfasst folgende Schritte:

- Analysieren der möglichen Gefahren,
- Identifizieren möglicher Schwachpunkte im Produktions- und Arbeitsablauf,
- Festlegen der für die Lebensmittelsicherheit kritischen Punkte,
- Festlegen und Durchführen wirksamer Sicherungsmaßnahmen und deren Überwachung,
- Überprüfen der genannten Aspekte in regelmäßigen Abständen sowie die
- Dokumentation des gesamten Prozesses.

Neben der Eigenkontrolle haben die Betreiber der Heime zu gewährleisten, dass Personen, die unmittelbar mit Lebensmitteln zu tun haben, entsprechend ihrer Tätigkeit regelmäßig geschult werden. Damit sollen Fehlerquellen, wie die Kontamination von Lebensmitteln und Speisen durch unhygienische Behandlung, vermieden werden.

3.5.6.3 Praxis der Einrichtungen und Überwachungsbehörden zur Umsetzung der Rechtsvorschriften

Praxis der Referenzheime zur Umsetzung der Rechtsvorschriften

Die Verantwortung zur Umsetzung der Rechtsvorschriften obliegt in den Heimen i.d.R. den Hauswirtschafts- bzw. Küchenleitungen in Abstimmung mit der Heimleitung und/oder dem bzw. der auf Trägerebene verantwortlichen Sachverständigen.

Nach den Darlegungen in den Interviews werden in den Referenzheimen die gesetzlichen Vorgaben zur Lebensmittelhygiene umgesetzt. Betriebsinterne Kontrollen und Schulungen der Mitarbeitenden, insbesondere im Küchenbereich, werden durchgeführt. Einige Heime ergänzen ihre eigenen Bemühungen durch hinzu gekaufte externes Fachwissen (etwa zur Realisierung des HACCP-Konzeptes).

⁵ H: Hazard (Gefährdung, Gefahr); A: Analysis (Analyse, Untersuchung); C: Critical (kritisch, entscheidend); C: Control (Lenkung, Überwachung); P: Point (Punkt, Schritt, Stelle)

In einigen Fällen wird von Umsetzungsproblemen insbesondere des HACCP-Konzeptes berichtet, etwa weil eine umfassende (Neu-)Bewertung des gesamten Bearbeitungsprozesses von Lebensmitteln erforderlich war. Dabei ist weniger die Identifikation und Bewertung der Gefahren das Problem. Aufwändig ist aus Praktikersicht vor allem die anschließende Dokumentation der Ergebnisse und Maßnahmen sowie die notwendige kontinuierliche Evaluation.

Praxis der zuständigen Überwachungsbehörden

In den Jahren 2004/2005 fanden in den Referenzheimen 18 behördliche Lebensmittelhygienekontrollen statt. Sie waren überwiegend unangemeldet bzw. fanden nach kurzfristiger telefonischer Benachrichtigung statt. Die Prüfintervalle variierten zwischen vierteljährlichen und jährlichen Kontrollen. In Einzelfällen wird von Zeitabständen bis zu zwei Jahren berichtet.

Die Dauer der Kontrollen beträgt durchschnittlich zwei bis drei Stunden. Je nach betriebsinterner Organisation nehmen die Heim- und/oder Hauswirtschaftsleitung und/oder eine Köchin/ein Koch bzw. die Küchenleitung an den Überprüfungen teil. Die Kontrollen werden überwiegend als sachlich und zielorientiert bewertet. Sie seien effektiv und logisch aufgebaut, würden korrekt durchgeführt. Regelmäßig werden Proben eingefordert, entnommen und an Labore weitergeleitet. Nachdem das HACCP-Konzept verpflichtend anzuwenden ist, ist künftig ist mit einer verstärkten Kontrolle der Umsetzung und der erstellten Dokumentationen zu rechnen.

Neben der Begutachtung und Überwachung von Groß- und Verteilerküchen, Küchenebenräumen sowie Kühlanlagen bzw. -geräten sind weitere Prüfgegenstände u.a.:

- Dokumentationen und Nachweise (u.a. Prüflisten mit Handzeichen) über die regelmäßige Reinigung und Desinfektion, Temperaturkontrollen (im Wesentlichen der Kühlanlagen, -geräte und Lagerräume) und bzgl. der Schulungen der Mitarbeitenden,
- Kontrollen der Personalhygiene (auch Arbeits- und Schutzkleidung) und der Hygiene in den Arbeitsbereichen, insbesondere in Küchen, Kühl- und Lagerräumen u.a. durch bakteriologische Verfahren (etwa Abstriche),
- Kontrolle der Aufbewahrung und Lagerung von Lebensmitteln und fertigen Speisen,
- Kontrolle der Mindesthaltbarkeitsdaten verschiedener Lebensmittel (etwa Tiefkühlgerichte),
- Begutachtung des technischen und hygienischen Zustandes von Küchen, Nebenräumen und Kühlanlagen sowie
- Überprüfung, ob bei den vorausgehenden Untersuchungen festgestellte Mängel behoben wurden.

Die Stellungnahmen der Kontrolleure während der Prüfungen sind nach Einschätzung der Antwortenden überwiegend sachlich; sie haben beratenden Charakter. Kritische Aspekte würden unmittelbar angesprochen, man tausche Sachargumente aus.

Nicht in allen Fällen folgen den Kontrollen schriftliche Prüfberichte. Etwa die Hälfte der Interviewpartner/-innen berichtet, dass sie am Ende einer Prüfung als Nachweis der Kontrollen einen Durchschlag der handschriftlichen Prüfprotokolle erhalten. Den übrigen Heimen werden schriftliche detaillierte Prüfberichte (nach ein bis zwei Wochen) zugestellt. Auch Forderungen zur Behebung festgestellter Mängel werden mehrheitlich als angemessen eingestuft. Dies gilt ebenso für die jeweiligen Umsetzungsfristen.

3.5.6.4 Der (bürokratische) Aufwand der Heime

Der Aufwand der Heime für behördliche Kontrollen gemäß LMHV, LMBG und LFGB ist nach den Aussagen der Praktiker/-innen vergleichsweise gering. Aufwändiger ist dagegen die kontinuierliche Umsetzung der Rechtsgrundlagen, die in den Prüfungen kontrolliert wird. Der zeitliche, organisatorische und bürokratische Aufwand für die geforderten Eigenkontrollen und die Qualifizierungsmaßnahmen im Betrieb sei trotz optimierter und standardisierter Abläufe und eingespielten Verantwortlichkeiten hoch. Dies betrifft vor allem die Dokumentation der Kontrollen, die Ergebnisse und Maßnahmen sowie die kontinuierliche Evaluation.

Daneben kommen weitere innerbetriebliche Faktoren zum Tragen. In der Hauswirtschaft, so die Schilderungen der Interviewpartner/-innen, werden häufig ausländische Mitarbeiter/-innen bzw. Deutsche aus anderen Herkunftsländern mit schlechten Deutschkenntnissen beschäftigt und/oder Mitarbeiter/-innen mit schlechter/keiner Schulausbildung oder auch vereinzelt solche mit Behinderungen. Sie sind nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, komplexere Vorgaben zu verstehen und umzusetzen. Des Weiteren werden geringfügig beschäftigte Mitarbeiter/-innen eingesetzt, die auf Grund des geringen Stundenumfanges kaum eine Anbindung an die Einrichtung haben. Der Kontroll- und Nacharbeitungsaufwand ist für die verantwortlichen Fachkräfte deshalb hoch. Es ist nahe liegend, dass die Qualifizierung und regelmäßige Schulung der beschriebenen Personalgruppe schwierig und zeitintensiv ist.

Wegen der Konstellationen in der Belegschaft sind passgenaue und differenzierte Schulungsmaßnahmen erforderlich. Für die Leitungskräfte entsteht damit ein hoher Aufwand, der aber nur bedingt den gesetzlichen Regelungen angelastet werden kann.

Kritik wird zudem hinsichtlich einzelner aus Sicht der Heime schwer nachvollziehbarer Trägervorgaben deutlich. Nachfragen haben ergeben, dass es sich meist um interne Regelungen handelt, die dem ausgeprägten Sicherheitsinteresse des Trägers geschuldet sind. Es besteht die Neigung aus Vorfällen derart zu lernen, dass daraus (weitere) Absicherungsregelungen hergeleitet und angeordnet werden. Auch diese Schlussfolgerung deckt sich mit den Ergebnissen des Untersuchungspaketes Pflegedokumentation (Kapitel 3.1). Ein Beispiel ist die Vorgabe von deutlich engmaschigeren internen Kontrollintervallen zur Umsetzung der Rechtsgrundlagen, als von den Prüforganen gefordert. Damit entstehen Doppelstrukturen und Verkomplizierungen, die nicht den geltenden fachlichen Standards bzw. den Forderungen der Kontrollierenden anzulasten sind.

Solchen Mechanismen kann begegnet werden, wenn etwa im Rahmen eines professionellen Beschwerde- und Fehlermanagements (als Teil des Qualitätsmanagements)

auftretende Mängel analysiert und weiterführende Anordnungen getroffen werden. Aus den angeführten Gründen ist deshalb auf innerbetriebliches Optimierungspotenzial zu schließen.

3.5.6.5 Bezug zu den Ergebnissen der rechtlichen Beurteilung⁶

Auch die Befragungen der Praxis bestätigen, dass die Probleme nicht oder kaum in den gesetzlichen Regelungen angelegt sind. Die Verantwortlichen in den Heimen haben meist Verständnis für die gesetzlichen Anforderungen; Probleme bereitet eher deren Umsetzung.

⁶ Vgl. Kapitel 4.2.6.4

Literaturverzeichnis

MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005):
MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären
Pflege, Essen

3.6	Bauen / Bauvorhaben (Ursula Mybes)	272
3.6.1	Vorbemerkungen	273
3.6.2	Ergebnisse	273
3.6.3	Fazit	278
Anlage		285

3.6 Bauen / Bauvorhaben (Ursula Mybes)¹

3.6.1 Vorbemerkung

Die Umsetzung von Neubau- und Modernisierungsmaßnahmen im Bereich des Altenwohnbaus stellt an Bauherren und Architekten hohe fachlich-konzeptionelle, planungsstrategische und betriebswirtschaftliche Anforderungen. Der bürokratische Hürdenlauf, der sich über alle Projektphasen von der Bedarfsklärung und Konzeptentwicklung bis hin zur Dokumentation und Abrechnung erstreckt,² war Thema eines Expertenhearings mit leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Trägern stationärer Altenhilfeeinrichtungen und Architekten mit dem Arbeitsschwerpunkt Altenwohnbau.³ Ergänzt wurden die Ergebnisse des Hearings durch die Befragung weiterer Trägervertreter.

Die Stellungnahmen im Rahmen von Hearing und Einzelgesprächen belegen eine hohe emotionale Beteiligung der Gesprächsteilnehmer/-innen, die zu teilweise weitreichenden Forderungen wie der Abschaffung des Heimgesetzes führten. Sie förderten zudem eine Vielzahl von Einzelbeispielen von als überflüssig, kostenträchtig und/oder als Innovationen behindernd erachteten Vorschriften und Behördenentscheidungen zu Tage.

Der vorliegende Kurzbericht beschränkt sich auf die Benennung der aus unserer Sicht zentralen Problemstellungen und Forderungen.

3.6.2 Ergebnisse

Das Fehlen einer verbindlichen baurechtlichen Gebäude-Einstufung der Wohnformen im Alter (z.B. Pflegeheime, Betreutes Wohnen, Hausgemeinschaften) verursacht Unsicherheiten und ggf. Rückschläge im Planungsprozess und ist teilweise der Wohnqualität der Einrichtungen abträglich.

Die auf Altenhilfeeinrichtungen speziell anzuwendenden Vorschriften finden sich nicht in den in weiten Teilen angeglichenen Landesbauverordnungen der Bundesländer. Sie werden allgemein als Sonderbauten klassifiziert, und für diese fehlen einheitliche baurechtliche Vorschriften. Bestehende Vorschriften werden von den für die Baugenehmigung zuständigen Bauaufsichtsämtern und zum Teil innerhalb einer Behörde von den einzelnen Sachbearbeiter/-innen uneinheitlich ausgelegt. Gleiches gilt oft für die von der Bauaufsicht hinzugezogenen Institutionen wie Gesundheitsamt, Heimaufsicht, Feuerwehr u.a. mit ihren jeweiligen und u.U. im Detail divergierenden Vorstellungen.⁴

Zahlreiche Beispiele betreffen den Brandschutz. Die diesbezüglichen Rechtsvorschriften sind uneinheitlich und unübersichtlich und werden unterschiedlich ausgelegt.

¹ Büro Ursula Mybes, Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe, Köln

² Anlage 1: Phasen eines Bauprojektes

³ Anlage 2: Gesprächsteilnehmer/-innen

⁴ Anlage 3: An Bauverfahren beteiligte Institutionen

Wenn die Brandschutzvorschriften für Krankenhäuser auf den Altenwohnbau übertragen werden, betrifft dies z.B. die Flure. Die Anforderungen an Breite (zwei Betten müssen nebeneinander hergefahren werden können), Höhe, Ausstattung und Möblierung (mit nicht brennbaren Materialien) stehen im Widerspruch zu dem Wunsch, einladend wohnliche Flure mit Aufenthaltsqualität anzubieten.

Französische (bis zum Boden reichende) Fenster z.B. werden uneinheitlich beurteilt. Wo sie nicht bewilligt werden, wird dies mit der Notwendigkeit einer massiven Brüstung von mindestens einem Meter zwischen zwei übereinander liegenden Fenstern zur Vermeidung des Brandüberschlags begründet. Bis zum Boden reichende Fenster erweitern jedoch das Sichtfeld von immobilen Bewohnerinnen und Bewohnern, die sich überwiegend im eigenen Zimmer aufhalten, beträchtlich.

Im Unterschied zu bauerfahrenen Trägern und ihren Architekten fällt selten oder erstmals bauenden Trägern/Initiativen bereits die Planung vermeintlich unproblematischer Details z.B. der Dimensionierung der Türen von Bewohnerzimmern, schwer, weil sie im Dickicht geltender Rechtsvorschriften die anzuwendende nicht zu identifizieren wissen.

Gefordert werden von den befragten Experten

- eine klare Abgrenzung zu Einrichtungen der Behindertenhilfe und zum Krankenhaus
- eine klare Abgrenzung zwischen Heimen (verdichtetes Wohnen) und Hausgemeinschaften (privathaushaltsähnliches Wohnen)
- eine bundesweite Verständigung zwischen Ländern, Kreisen und Kommunen, zwischen den verschiedenen Behörden sowie zwischen Förderstellen und Kostenträgern solche Abgrenzungen einzuhalten.

Die geltende Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) wird als nicht mehr zeitgemäß und somit als bei der Realisierung innovativer Wohnkonzepte hinderlich beurteilt.

Kritisch beurteilt werden vor allem

- die Systematik, d.h. die Unterscheidung zwischen Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen. Die Unterscheidung von Wohn- und Pflegeplätzen findet sich in der Praxis so nicht mehr wieder.
- durch gängige Standards überholte Einzelvorschriften wie die zu den sanitären Anlagen (§18). Der jeweils einem oder zwei Bewohnerzimmer(n) zugeordnete Individualsanitärraum mit Dusche ist inzwischen das Regelangebot. Dennoch fordert mancherorts die Heimaufsicht noch eine Freistellung von der HeimMindBauV, wenn auf das dort vorgeschriebene Pflegebad für jeweils 20 Bewohner/-innen verzichtet werden soll.
- durch aktuelle Konzepte überholte Einzelvorschriften wie die zur Vorhaltung eines Therapieraumes (§17), auch wenn ein Wohngruppen- oder Hausgemeinschaftskonzept verfolgt wird, bei dem die gemeinsame Gestaltung der All-

tagsaktivitäten in den Kleingruppen zugeordneten Gemeinschaftswohnbereichen im Vordergrund steht.

Gefordert wird: Eine Novellierung der HeimMindBauV, die aktuellen Konzepten und Angebotsformen entspricht. An die Stelle des klassischen Heims treten Wohngruppen, Hausgemeinschaften, Hospize und betreute Wohnformen in immer individuellerer Ausprägung. Dabei sollte eine "Experimentierklausel" eingefügt werden, die die Erprobung zukunftsweisender Projekte ermöglicht.

In einzelnen Bundesländern ist die Einhaltung detaillierter Planungsempfehlungen Voraussetzung der Baugenehmigung und ggf. der finanziellen Förderung von Bauvorhaben. Diese Planvorgaben behindern weit mehr als die kritisierte HeimMindBauV die Realisation innovativer und individueller Konzepte.

Als herausragendes Beispiel werden die "Bewertungskriterien für Investitionen der stationären Altenpflege im Freistaat Sachsen" benannt. Sie enthalten

- im Teil A "Qualitative konzeptionelle Vorstellungen, generelle Leitlinien und Grundsätze für Investitionen der vollstationären und teilstationären Altenpflege" und
- im Teil B "Planungsgrundlagen für Altenpflegeeinrichtungen".

Hier wird u.a. ein konkretes Raumprogramm vorgegeben, das die Gestaltungsspielräume von Bauherren und Architekten massiv einschränkt. Einzelne Vorgaben wie die Zahl der Wohn-/Pflegeplätze je Organisationseinheit sind zudem aus fachlich-konzeptioneller wie aus organisationspraktischer Sicht diskussionswürdig.

Das Ziel staatlicher Stellen, Missständen vorzubeugen und angemessene Standards sicherzustellen, wird als legitim empfunden, zumal wenn Fördermittel zur Verfügung gestellt werden.

Vorgaben des Staates sollten sich jedoch, so die **Forderung der befragten Experten**, auf Kernanforderungen beschränken. Die fachliche Kompetenz der Träger sollte anerkannt und die notwendige unternehmerische Entscheidungsfreiheit nach dem Motto "Wenig Staat, viel Markt" zugestanden werden.

Es ist zunehmend festzustellen, dass die Umsetzung neuer Rechtsvorschriften oder Verwaltungspraktiken zu Lasten der Pflegeheimträger geht, d.h. von ihnen finanziert werden muss.

Neben anderen Beispielen (Trinkwasserverordnung, Betriebssicherheits-Verordnung und Verwaltungsvorschriften, die zu einer Kostenverlagerung von den Kommunen auf die Träger führen z.B. durch die Erhebung von Gebühren für Brandschutzbegehungen nach LBO) wird zum einen die Baustellenverordnung (SiGeKo) 2000 genannt. Es handelt sich hierbei im Wesentlichen um Arbeitsschutzbestimmungen, für deren Einhaltung ein vom Bauherren zu beauftragender und zu bezahlender externer Sicherheits- und Gesundheitskoordinator eingesetzt werden muss. Zum anderen hat die Energiesparverordnung (EnEV) für stetig wachsende Anforderungen an die Wärme-

dämmung und die Ausrüstung der technischen Anlagen (Heizung) gesorgt. Auch die dadurch entstehenden Mehrkosten belasten Bauherrn/Träger.

Es werden zahlreiche Gutachten eingefordert (Bauphysik, Bodengutachten, hydrologische Gutachten, Brandschutz u.a.). Was früher Aufgabe der Verwaltung war, erledigen heute vielfach - vom Bauherrn zu bezahlende - Sachverständige. Als Beispiel wird wiederholt die vorzulegende eigene Brandschutzkonzeption benannt. Im Sinne einer Verschlankung von Behörden grundsätzlich begrüßenswert, führt diese Praxis aus Sicht der Bauträger aber zu einer Verteuerung des Bauvorhabens zu ihren Lasten.

Auch die Tendenz, nach jedem Vorfall (z.B. Brand) neue Regelungen zu erlassen oder vorhandene zu verschärfen, um möglichst alle Alltagsrisiken auszuschalten, führt zu steigenden Kosten.

Es wird gefordert, Rechtsvorschriften vor Inkraftsetzung auf ihre Kostenwirkung und Kostenzuordnung hin zu überprüfen.

Der Vorteil einer finanziellen Förderung von Bauvorhaben wird vielfach beträchtlich gemindert oder sogar aufgehoben durch aus den Förderverfahren resultierende zeitliche Verzögerungen und Mehrkosten.

Die Einschätzung der Trägervertreter/-innen, ob das Angebot und die Inanspruchnahme öffentlicher Objektförderung beim Pflegeheimbau grundsätzlich sinnvoll oder ob die Mittelbeschaffung auf dem Kapitalmarkt (zinsgünstige Darlehen, Unternehmensgründungsdarlehen, Inanspruchnahme von Wirtschaftsförderungsprogrammen etc.) vorzuziehen ist, ist uneinheitlich. Wo jedoch Erfahrungen mit der Realisierung geförderter Projekte vorliegen, werden die stets gleichen Kritikpunkte genannt.

"Wer fördert, möchte aus verständlichen Gründen mitbestimmen, was mit den Fördergeldern geschieht. Dies wäre die Chance der Zuschussgeber, innovative Konzepte der Träger zu unterstützen und ggf. auch gegen andere Behörden durchzusetzen. Im Alltag erweisen sich Förderstellen als weitere Behörden, die die Projektrealisierung belasten" (Zitat aus den Darlegungen eines zum Thema befragten Trägers).

Wettbewerbsnachteile entstehen bei geförderten gegenüber nicht geförderten Projekten u.a. durch

- Planungsverzögerungen. Von der Vorlage aller Antragsunterlagen bis zum Eingang des Förderbescheids liegt eine für den Antragsteller nicht einschätzbare Wartezeit. Erfahrungswerte liegen bei durchschnittlich zwei bis drei Jahren. Für einen Träger, der mit einer Vorbereitungszeit und einer Bauzeit von je anderthalb Jahren rechnet, wird sich die Gesamtlaufzeit des Projektes in der Regel verdoppeln.
- Bauzeitverlängerungen. Sie entstehen beispielsweise dann, wenn der Bauherr eines größeren Objektes auf Fördermittel angewiesen ist und die Förderstelle darauf besteht, das Gesamtvorhaben in mehrere Bauabschnitte aufzuteilen, die jeweils gesondert zu beantragen, zu begutachten und zu bewilligen sind.

- den Zwang zur Anwendung der öffentlichen Vergabebestimmungen bzw. - bei Überschreitung des Schwellenwerts von fünf Millionen Euro - zur europaweiten Ausschreibung jedes einzelnen Gewerkes.
- die Vorgabe, dass auch dort, wo nur ein Teil des Bauvorhabens gefördert wird, das gesamte Vorhaben den aufwändigen Verfahrensvorschriften unterliegt.
- Kostensteigerungen durch lange Projektlaufzeiten. Die im Förderantrag benannten Preise und Kostenrichtwerte sind bis zur Realisierung des Projektes i.d.R. gestiegen.
- den Zwang, eine den Förderbestimmungen entsprechend normierte Einrichtung zu bauen. Individuelle, passgenau auf einen bestimmten Standort hin entwickelte Angebote entstehen so kaum.
- Mangel an Flexibilität und Schnelligkeit bei der Reaktion auf sich rasch verändernde Marktbedingungen wie z.B. die Pläne regionaler Mitanbieter.

Besonders deutliche Kritik formulierten Heimträger aus Baden-Württemberg. Träger, die auf Fördermittel verzichten, werden bei der Festlegung der Heimentgelte behandelt, als hätten sie einen Zuschuss erhalten. Dabei wird in Baden-Württemberg offen der Ausstieg aus der Investitionskostenförderung für Pflegeheime diskutiert und es besteht ein beträchtlicher Förderstau.

Es gibt nur noch wenige Bundesländer, die den Pflegeheimbau finanziell fördern, und auch dort wird teilweise die Einstellung der Förderung erwogen. Auch aus Gründen der Anpassung deutscher Regelungen an europäisches Recht wird dies als sinnvoll erachtet. Von förderbedingten Bürokratiebelastungen ist somit nur ein Teil der Heimträger und Architekten betroffen. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise ist die Förderung ausgelaufen. Das Landespflegegesetz legt die einzuhaltenden Qualitätsstandards und den Kostenrahmen fest. Die Refinanzierung der Investitionskosten erfolgt über das Pflegewohngeld bzw. ersatzweise den Sozialhilfeträger. Auch wenn die Beibehaltung dieses Verfahrens bereits wieder in Frage steht, wird der damit verbundene deutliche Bürokratieabbau begrüßt.

Die Heimträger fordern Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die Inanspruchnahme und eine grundsätzliche Änderung der Handhabung der öffentlichen Objektförderung von Altenpflegeheimen bzw. deren Einstellung.

Bauherren und Architekten vermissen bei den zu beteiligenden Behörden vielfach sowohl eine verwaltungsinterne Abstimmung von Prüfkriterien und Bewilligungsbedingungen als auch die Bereitschaft, Entscheidungen zu treffen und die Verantwortung hierfür zu übernehmen.

Gegenwärtig sind Bauherren und Architekten offenbar in den meisten Bundesländern zu einem "Ämterrundlauf" gezwungen, d.h. sie selbst müssen die einzelnen Behörden informieren, deren Einschätzungen und Anforderungen einholen, die jeweiligen Stellungnahmen/Bescheide abwarten und sich schließlich um die Harmonisierung widersprüchlicher oder unvereinbarer Anforderungen bemühen. Die aus Unkenntnis unterlassene oder nicht rechtzeitige Beteiligung einer Behörde oder die Fehlinterpretation

mündlicher Stellungnahmen können zu hohen Kosten und zur Verzögerung der Inbetriebnahme führen (Beispiel: Konzeption von Produktions-, Verteiler- und Wohnbereichsküchen, vor allem bei dezentraler Verpflegungsorganisation und - je nach lokaler Ämterstruktur - erforderliche Beteiligung von Veterinär- oder Gesundheitsamt).

Vermisst wird eine verwaltungsinterne Projekt-Koordination. Dies wäre auch im Sinne der Konzepte zur Verwaltungsmodernisierung eine richtige Maßnahme. D.h.

- die Benennung der zu beteiligenden Behörden und die eindeutige Festlegung ihrer Arbeitsteilung und Entscheidungsbefugnisse.
- die Vorgabe, in welcher Reihenfolge die einzelnen Behörden im Planungs-, Beratungs- und Entscheidungsprozess einzubeziehen sind.
- die verwaltungsinterne Abstimmung der inhaltlichen Anforderungen sowie
- die klare und frühzeitige Information über vorzulegende Planungsunterlagen, Bescheide und Gutachten.

Positive Gegenbeispiele werden vor allem aus den "neuen" Bundesländern berichtet. Die Schwierigkeit geeignete Investoren zu finden hat hier offenbar die Entwicklung vereinfachter Verfahren gefördert.

Als wenig hilfreich wird von Bauherren wie Architekten die indifferente Haltung mancher Verwaltungsmitarbeiter/-innen beschrieben, die Entscheidungen und die Übernahme von Verantwortung scheuten, stattdessen weitere Gutachten forderten und auslegungsfähige Vorschriften ohne Blick auf die inhaltlichen, zeitlichen und finanziellen Konsequenzen für das Projekt stets so interpretierten, dass sie "auf der sicheren Seite" seien.

Lange Bearbeitungszeiten der Behörden belasten die Heimträger oft noch lange nach Abschluss der Baumaßnahme. Wenn z.B. die Prüfung umfangreicher eingereicherter Verwendungsnachweise erst mehrere Jahre nach Inbetriebnahme der Einrichtung erfolgt, erfordert die Beantwortung von Rückfragen der Behörde eine aufwändige Einarbeitung der oft in der Bauphase noch nicht beteiligten Mitarbeiter/-innen in die Projektakten.

Gefordert wird von den befragten Experten: eine Koordinationsstelle für Altenwohnbauprojekte innerhalb der Verwaltung, die gegenüber Bauherren und Architekten eine Beratungs- und "Lotsenfunktion" übernimmt, die Zahl der Verhandlungspartner/-innen reduziert und eine inhaltliche wie zeitliche Straffung des Projektverlaufs sicherstellt.

3.6.3 Fazit

Das Thema "Bau von Altenhilfeeinrichtungen" erweist sich erwartungsgemäß als ausgeprägt bürokratiebelastet. Die insbesondere von den Trägervertreterinnen und -vertretern beschriebenen Erschwernisse beinhalten komplexe Risiken. Die Vielfalt der Problemausprägungen in den einzelnen Bundesländern, von der vor allem länderübergreifend oder bundesweit tätige Heimträger betroffen sind und die Vielzahl potenziell kritischer Einzelaspekte (z.B. Denkmalschutz-Auflagen, Hygieneanforde-

rungen, Ausschreibungsmodalitäten) kann auf der Basis der durchgeführten Expertengespräche nur unzulänglich beschrieben werden.

Zielführend erscheint den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern jedoch ohnehin weniger die weitere Analyse der gegenwärtigen Situation. Vielmehr regen sie an,

- die bislang länderspezifischen Vorschriften zu harmonisieren und ihre Auslegung möglichst weitgehend zu vereinheitlichen.
- zu prüfen, ob es bereits Beispiele einer guten oder verbesserten Verwaltungspraxis in Bezug auf Altenwohnbauprojekte gibt und diese ggf. zu dokumentieren und zu publizieren.
- die Verwaltungsmodernisierung zu forcieren. Notwendig sind Anlaufstellen innerhalb der Verwaltung, die vergleichbar den Ämtern für Wirtschaftsförderung, potenziellen Bauherren helfen, die von ihnen konzipierten Projekte unter Bedarfsaspekten zu prüfen und bestätigte Angebote zügig am Markt zu platzieren.

Aus juristischer Sicht liefern die Expertenhearings und -befragungen vor allem Hinweise auf *allgemeine Entbürokratisierungsprobleme*. *Besondere Entbürokratisierungsprobleme* wie etwa die Frage nach dem Sinn der HeimMindestBauV oder der Unterstellung neuer Wohnformen unter das HeimG werden an anderer Stelle in Kapitel 4 erörtert.

Allgemeine Entbürokratisierungsfragen

Aus juristischer Sicht ist zu den allgemeinen Entbürokratisierungsfragen wie folgt Stellung zu nehmen:⁵

- *Forderung nach einer Harmonisierung der länderspezifischen Vorschriften und deren Auslegung*

Angesichts der Föderalismusdiskussion ist die Forderung ein eher gegen den Zeitgeist formuliertes Anliegen.

Dass die Länder verhältnismäßig gleich lautende Landesbauordnungen haben, beruht auf der Bad Dürkheimer Vereinbarung vom 21.01.1955 zwischen Bund und Ländern, wonach sich die für die Bauaufsicht zuständigen Minister verpflichteten, den Bereich „im Grundsätzlichen einheitlich“ zu regeln. Deswegen hat der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz keinen Gebrauch gemacht. Im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft ist dann eine Musterbauordnung entworfen worden. Aus all dem geht hervor, dass eine Vereinheitlichung von Landesrecht eher die Ausnahme ist.

Die Forderung nach einer Koordinierung der Landesbauordnungen ist als Indiz zu werten, dass die jüngste Änderung der Musterbauordnung aus dem Jahre 2002 offenbar noch nicht in allen Bundesländern umgesetzt ist. Was die Auslegung von Gesetzen angeht, so sind die Länder grundsätzlich - auch bei den

⁵ Prof. Dr. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität, Kiel. Vgl. auch Kapitel 4.3.8.

meisten Bundesgesetzen - für die Ausführung und damit für die Auslegung von Gesetzen zuständig. Allerdings kann dann das Bundesverwaltungsgericht zu einer bundesweiten Vereinheitlichung der Auslegung beitragen.

- *Die Frage der Umsetzung von Rechtsvorschriften zu Lasten der Bauherren*
Hier sind zwei Problemkreise zu unterscheiden. Einmal geht es darum, dass der Veranlasser von Leistungen der Verwaltung hierfür auch die Kosten trägt. Früher wurde das insbesondere durch Verwaltungsgebühren abgedient. Mit der Verschlingung von Behörden werden inzwischen vermehrt Bereiche herausverlagert. Die Kosten hierfür trägt - wie früher - der Veranlasser.
- *Finanzielle Förderung und Einhaltung der Förderrichtlinien*
Hier ist es schwer, einen richtigen Maßstab zu finden. Zuwendungsgeber wollen - natürlich - ihre Vorstellungen durchsetzen. Das führt zu mehr Bürokratie und ggf. zu Zeitverzögerungen. Alleine aus europarechtlichen Gründen sollten nach unserer Auffassung nur noch einzelne modellhafte und innovative Projekte gefördert werden. Ein Bürokratieproblem ist dies nur in der Konsequenz, nicht vom Grunde her.
- *Koordinierung der Behördentätigkeit*
Das Thema ist ein Dauerbrenner in vielen Verwaltungsbereichen. Im Behindertenrecht versucht man dem Problem mit gemeinsamen Servicestellen Herr zu werden. In einer modernen Verwaltung müsste es generell möglich sein, solche Koordinierungen vorzunehmen.
- *Ausschreibungspraxis*
An den geltenden (europa-)rechtlichen Vorgaben führt sicherlich kein Weg vorbei.

Abschließend sei zur Kommentierung der Gegebenheiten im Bauordnungsrecht die Feststellung eines erfahrenen Richters zitiert (aus: Die Entwicklung des Bauordnungsrechts, Vors. Richter am VG Professor Dr. Karsten-Michael Ortloff, Berlin, in: NVwZ 2005, S. 1381 - 1387 hier: S. 1381):

„Der „stetige Wandel“ des Bauordnungsrechts ist kein Widerspruch in sich, sondern eine leider zu beobachtende Tatsache. Gesetzgeber, Rechtsprechung und Literatur haben daran Anteil. Politiker und Fachverwaltungen entdecken immer neuen Handlungsbedarf für Gesetzesnovellen und umfangreiche Reformen, mit denen sie zwar Gutes beabsichtigen mögen, doch für die Baupraxis eher Nachteiliges produzieren, weil diese sich mit neuen Vorschriften keinesfalls leicht tut. Auch die Rechtsprechung bedenkt nicht immer die Bedürfnisse der Praxis, vor allem wenn sie sich - bisweilen sogar innerhalb desselben Gerichts - Meinungsschlachten über die richtige Auslegung der Normen liefert. Schließlich wird in zahlreichen Monografien und Aufsätzen, auf die sich ja gelegentlich Gesetzgeber und Rechtsprechung berufen, so manches veröffentlicht, was nicht zu schreiben dem Autor besser angestanden hätte. Die 16 Landesbauordnungen also, die sich untereinander und von der Musterbauordnung unterscheiden und sich in zahlreichen Schnittstellen mit dem Bauplanungsrecht des Bundes und der Gemeinden vernetzen, bedürfen der rechtsvergleichenden Analyse vor allem der Rechtsprechung, um ihren verbindlichen Regelungsgehalt erfassen zu können.“

**Anlage 1: Phasen eines Bauprojektes
(Gesprächsleitfaden vom 27. Juni 2005)**

Rechtsvorschriften (Beispiele) ⁶	Projektphasen	Beteiligte Institutionen (Beispiele) ⁴
<ul style="list-style-type: none"> • Landespflegegesetz • Heimgesetz 	<ul style="list-style-type: none"> • Konzeptentwicklung • Bedarfsplanung/ -klärung 	<ul style="list-style-type: none"> • Örtliches Sozialamt • Kommune oder Kreis • Überörtlicher Träger
<ul style="list-style-type: none"> • HeimMindBauV • Länderbestimmungen (z.B. Landespflegegesetz NRW) 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenermittlung • Programm 	<ul style="list-style-type: none"> • Örtliches Sozialamt • Kommune oder Kreis • Überörtlicher Träger
<ul style="list-style-type: none"> • Landesbauordnung • Bundesbaugesetz • Länderbestimmungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorplanung • Bauvoranfrage • Finanzierungskonzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Bauaufsicht • Planungsamt • MDK
<ul style="list-style-type: none"> • Länderbestimmungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwurfsplanung • Finanzierungsanträge 	<ul style="list-style-type: none"> • Landesministerium • RP, LV oder vergleichbare Institution • Bauabteilung von LV, OFD oder Staatshochbauamt
<ul style="list-style-type: none"> • Landesbauverordnung und VV • HeimMindBauV • Arbeitsstättenverordnung/Arbeitsstättenrichtlinie • Krankenhausbauverordnung • Diverse Hygienebestimmungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigungsplanung • Bauantrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Bauaufsichtsamt • Planungsamt • Heimaufsicht • Gewerbeaufsichtsamt • Brandschutzbehörde • Gesundheitsamt o.ä.

⁶ Die Aufzählung ist nicht annähernd vollständig.

<ul style="list-style-type: none"> • VOB • Besondere Bestimmungen bei öffentlicher Finanzierung • Ggf. EU-Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung der Ausführung • Ausschreibung/ Vergabe 	<ul style="list-style-type: none"> • RP, LV oder vergleichbare Institution • Ggf. Bauabteilung von LV, OFD oder Staatshochbauamt
<ul style="list-style-type: none"> • Landesbauordnung • DIN-Normen • SiGeKo • Prüfordnungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bauausführung • Fertigstellung • Abnahmen/Inbetriebnahme 	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Bauabteilung von LV, OFD, Staatshochbauamt o.ä. • Bauaufsichtsamt • Gewerbeaufsichtsamt • Heimaufsicht • Gesundheitsamt o.ä. • Brandschutzbehörde
<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bestimmungen bei öffentlicher Finanzierung • Ggf. EU-Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Abrechnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Bauabteilung von LV, OFD, Staatshochbauamt o.ä.

Werner Göpfert-Divivier und

Ursula Mybes

Kompetenzteam Entbürokratisierungspotenziale

Schriftliche Stellungnahme, da am 27.06.2005 verhindert:

Ursula von Dadelsen

Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung

Bereich Liegenschaften

Sindelfingen

Anlage 3: An Bauverfahren beteiligte Institutionen

- Gemeinde/Stadt/Kreis
- Bauaufsichtsamt (Baugenehmigungsverfahren)/Planungsamt
- Liegenschaftsamt (Grundstück)
- Tiefbauamt
- Grünflächenamt
- Umweltamt
- Heimaufsicht
- Veterinäramt
- Gesundheitsamt
- Gewerbeaufsichtsamt
- Denkmalschutz
- Feuerwehr (vorbeugender Brandschutz)
- Straßenbauamt (Anbindung...)
- Abwasser- und Wasserversorgungsbereich
- Gas-, Fernwärme- und Stromversorger
- Arbeitssicherheit (ggf. Auftraggeber)
- Krankenkassen/Pflegekassen (im Rahmen des Versicherungsvertrages)
- Örtlicher Sozialhilfeträger
- MDK
- Landeswohlfahrtsverband/Sozialplanung
- Landkreisvertreter/ -verwaltung
- Heimbeirat/Kreissenorenrat
- Mitarbeitervertretung/Betriebsrat
- Wirtschaftskontrolldienste
- Architekten
- Statiker
- Fachingenieure

- Vermessungsingenieur
- Bodengutachter/-bewerter (z.B. Baugrund)
- Brandschutzsachverständige
- Ggf. Regierungspräsidium (Abwicklung des Facility-Vorhabens)
- ...

4	Entbürokratisierungspotenziale in Rechtsvorschriften - Gesetze und Verordnungen (Prof. Dr. Gerhard Igl)	287
4.1	Vorgehensweise	288
4.1.1	Stand der Diskussion und Befassung mit Entbürokratisierungspotenzialen in der Pflege	288
4.1.2	Der Gutachtenauftrag: Drei Ebenen für Entbürokratisierungspotenziale	289
4.1.3	Methodik der Vorgehensweise auf der Ebene staatlicher Regulierungstätigkeit	290
4.1.4	Behandelte Rechtsgebiete: Heimrecht - Sozialleistungsrecht - Ordnungsrecht	290
4.1.5	Zwecke und Logiken des Ordnungsrechts und des Sozialleistungsrechts	292
	Literaturverzeichnis	295

4 Entbürokratisierungspotenziale in Rechtsvorschriften - Gesetze und Verordnungen (Prof. Dr. Gerhard Igl)¹

4.1 Vorgehensweise

Im Folgenden soll kurz der Stand der Diskussion und Befassung mit Entbürokratisierungspotenzialen in der Pflege geschildert werden. Weiter soll auf der Grundlage des Gutachtauftrages dargelegt werden, mit welcher Methodik auf der Ebene der staatlichen Regulierungstätigkeit im Gutachten vorgegangen wird. Diese Methodik wird dann auf die Besonderheiten der zu untersuchenden Rechtsgebiete des *Heimrechts*, des *Ordnungsrechts* und des *Sozialleistungsrechts* übertragen. Im Anschluss daran werden in diesen Rechtsgebieten die entsprechenden Vorschriften untersucht. Der besseren Übersicht halber wird jeweils den einzelnen Rechtsgebieten ein zusammenfassendes Kapitel vorangestellt.

4.1.1 Stand der Diskussion und Befassung mit Entbürokratisierungspotenzialen in der Pflege

Aus personenbezogenen Dienstleistungsbereichen mehren sich in den letzten Jahren Klagen über eine Zunahme von Bürokratie, Regulierung und Verwaltung. Auch die stationäre Altenpflege beschreibt dieses Problem: Der Anteil an Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten steige ständig und damit stehe weniger Zeit für die Bewohnerschaft und ihre Angehörigen sowie für die direkte Pflege zur Verfügung. Ursachen werden in praxisfremden und überhöhten Anforderungen in gesetzlichen Regelungen, Verordnungen und Vorschriften gesehen. Aber auch in der Ablauforganisation der Heime, dem Praxisaufwand für die Pflegeprozessplanung und -dokumentation sowie an den Schnittstellen zwischen den Sozialleistungssystemen soll es überbordenden und zum Teil zweckfremden Aufwand geben.

Unabhängig von der in Kapitel 2 erfolgten sozialpolitischen Einordnung aus soziologischer Sicht ist daran zu erinnern, dass die Diskussionen um Entbürokratisierungspotenziale in der Pflege mittlerweile auch in der Tagespolitik einen hohen Stellenwert einnehmen. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU, SPD vom 11.11.2005 wird auf die Notwendigkeit einer Entbürokratisierung auf diesem Gebiet hingewiesen.² Schon vorher gab es hierzu verschiedene parlamentarische Initiativen der Oppositionsfraktionen.³

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat darauf mit der Herausgabe von 10 Eckpunkten zur Entbürokratisierung im Heimrecht geantwortet.⁴

¹ Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

² Gemeinsam für Deutschland - Für Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005, Abschnitt VI. 7.2, S. 108 f.

³ Zuletzt Antrag der FDP-Fraktion vom 15.06.2005, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5732 „Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben - Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“. S. auch Deutscher Bundestag, Drucksache 15/4932 (Antrag der CDU/CSU-Fraktion „Weniger Bürokratie im Heim“), sowie Drucksache 15/3370 (Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion „Heimgesetz auf dem Prüfstand“).

⁴ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte vom 13.07.2005.

Ebenfalls schon vorher hat sich eine der Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege mit diesem Thema befasst und Vorschläge zur Entbürokratisierung vorgelegt.⁵ Dabei hat sich in dieser Arbeitsgruppe gezeigt, dass es an rechtlich und verwaltungswissenschaftlich für den Pflegebereich brauchbaren Ansätzen zur systematischen Bewältigung der Problematik fehlt.⁶ Solche möglichen Ansätze sollen im Folgenden kurz geschildert werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die oft mit dem Entbürokratisierungsthema verbundene Deregulierungsthematik („weniger Staat“; vgl. Kapitel 2) hier nur partiell einschlägig ist.

Ein Abbau staatlicher Regelungstätigkeit führt nicht per se zu weniger Regulierungen, sondern oft nur zur Verlagerung der Regulierungslast auf die Unternehmen. Diese sehen sich angesichts einer Deregulierung dann oft gezwungen, im Sinne rationaler Betriebsabläufe selbst wieder regelnd tätig zu werden. Im Einzelfall mag dabei die Entscheidung schwierig und von persönlichen Vorverständnissen, politischen Auffassungen und ideologischen Neigungen geprägt sein, ob der richtige Regelungsgeber die gemeinwohlverantwortlichen Gesetz- und Verordnungsgeber oder ob es die Unternehmen sind. Die Balance zwischen Gemeinwohlverantwortlichkeit und unternehmerischen Verpflichtungen wird wohl oft nur dann zu halten sein, wenn der staatlichen regulierenden Tätigkeit eine Rahmenverantwortung zugewiesen wird, und wenn die Unternehmen in diesem Rahmen die konkrete Handlungs- und ggf. Regelungsverantwortung übernehmen. Die Regulierung der Qualitätssicherung in der Pflege kann als Beispiel für dieses Zusammenspiel von staatlicher und unternehmerischer Verantwortung dienen.

4.1.2 Der Gutachtenauftrag: Drei Ebenen für Entbürokratisierungspotenziale

Es geht gemäß dem Gutachtenauftrag darum

- überflüssige und veränderungsbedürftige Vorschriften auf der Ebene des Bundes und der Länder zu identifizieren,
- innerorganisatorische Optimierungspotenziale zu entdecken,
- Vorschläge zu einer effizienten Pflegeplanung und -dokumentation herauszuarbeiten sowie
- Verbesserungschancen hinsichtlich der Abstimmungsprobleme bei der Ausführung leistungs- und aufgabenrechtlicher Vorschriften der unterschiedlichen Instanzen zu identifizieren.

Damit sind drei Ebenen für Entbürokratisierungspotenziale angesprochen:

- die staatliche Tätigkeit beim Vorschriftenerlass als Gesetz- und Verordnungsgeber,
- die Unternehmungen auf dem Gebiet der Pflege und

⁵ Bericht der Arbeitsgruppe III des Runden Tisches Pflege.

⁶ S. dazu Bull, Hans Peter: Absage an den Staat? Warum Deutschland besser ist als sein Ruf. Berlin 2005, S. 243-252.

- die Gesetze ausführende Verwaltung.

Die Ausführungen im rechtlichen Teil des Gutachtens konzentrieren sich auf die Ebene der staatlichen Tätigkeit beim Vorschriftenerlass. Teilweise werden auch Probleme der Gesetze ausführenden Verwaltungstätigkeit angesprochen. Diese können jedoch nicht systematisch erfasst werden, da bisher keine repräsentativen sozial- und verwaltungswissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Gebiet der Pflege hierzu vorliegen. Nur für ein Gebiet, das der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gemäß § 80a SGB XI, wurden eigenständige, aber nicht repräsentative Erhebungen durch Interviews vorgenommen (s. Kapitel 4.4.1).

Die Ebene der Umsetzung von Rechtsvorschriften in den Pflegeunternehmungen wird im Zusammenhang der entsprechenden inhaltlichen Kapitel behandelt.

4.1.3 Methodik der Vorgehensweise auf der Ebene staatlicher Regulierungstätigkeit

Beim Problem der Entbürokratisierung wurde auf der Ebene der Rechtsvorschriften mit folgenden Fragestellungen gearbeitet:

- Was ist Sinn und Zweck einer Vorschrift (= Zwecksetzung der Vorschrift)?
- Ist die Vorschrift überhaupt geeignet zur Erreichung des Zwecks beizutragen (= Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung)?
- Geht es nicht anders, zeitlich, finanziell oder sonstig weniger belastend (= Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung)?
- Wenn eine Vorschrift geeignet und erforderlich ist: Stehen Zweckerreichung und Mitteleinsatz in einer angemessenen Relation (= Angemessenheit)?

Mit dieser Vorgehensweise - Überprüfung nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit – wird nur das Verhältnis von Zweckerreichung zum Bürokratieaufwand erfasst. Nicht erfasst werden dabei die Probleme einer mangelnden, fehlerhaften oder nicht zweckentsprechenden Umsetzung einer Vorschrift in der Gesetze ausführenden Verwaltungspraxis und durch die Adressaten einer Vorschrift (Implementierungsproblematik). Soweit solche Umsetzungs- und Implementierungsprobleme jedoch bekannt sind und in der Praxis signifikant artikuliert und beschrieben werden, erfolgt ein Rückgriff auch auf solches Praxiswissen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (s. Kapitel 4.4.1) und für einige Bereiche des Heimgesetzes (s. Kapitel 4.3).

4.1.4 Behandelte Rechtsgebiete: Heimrecht - Sozialleistungsrecht - Ordnungsrecht

Die Rechtsgebiete, die im Folgenden behandelt werden, gehören dem Ordnungsrecht und dem Sozialleistungsrecht an. Eine besondere Stellung nimmt das *Heimgesetz (HeimG)* als einer der zentralen Regelungsorte für die stationäre Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen ein. Es enthält neben traditionellen ordnungsrechtlichen Aufgaben (Heimaufsicht) auch privatrechtliche Vorschriften im Zusammenhang mit dem Heimvertrag. Weiter enthält es Mitwirkungselemente. Insgesamt

stellt das HeimG einen wichtigen Teil einer Verbraucherschutzordnung für Heimbewohner dar, die darüber hinaus gebildet wird mit entsprechenden Regelungen der Sozialleistungsgesetze, insbesondere mit den Qualitätssicherungsvorschriften dieser Gesetze.

Unter den Sozialleistungsgesetzen ist für die Pflege vorrangig zuständig die *Soziale Pflegeversicherung*, geregelt im Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (*SGB XI*). Vorschriften zur Pflege enthalten auch das Recht der *Gesetzlichen Krankenversicherung* (*SGB V*) und das *Sozialhilferecht* (*SGB XII*).

Sachthematisch einschlägig wäre auch das *Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* (*SGB IX*), das für den Bereich der Pflege - bis auf die wichtige Zielsetzung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft - aber wenig aussagt. Das Sozialleistungsrecht als Bundesrecht wird von den verschiedenen Sozialleistungsträgern ausgeführt.⁷ Die Ausführung insbesondere der Sozialversicherungsgesetze auf dem Gebiet der Kranken- und Rentenversicherung wird aber durch auf Bundesebene geregelte Vorschriften gesteuert.

Diese Vorschriften haben meistens Rahmencharakter (Rahmenempfehlungen, Richtlinien), werden durch die Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss, Spitzenverbände der Kassen und Einrichtungsträgerverbände) gesetzt und sollen zu einer einheitlichen Verwaltungspraxis führen. Auch auf der Ebene der Länder finden solche Vereinheitlichungen statt, meistens durch Rahmenverträge zwischen den Pflegekassen sowie den anderen Leistungserbringern und den Vereinigungen der Pflegeheime.

Schwieriger ist die Situation auf dem Gebiet des *Ordnungsrechts*, auf dem mangels Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes vor allem *landesrechtliche Vorschriften* existieren. Die Untersuchungen auf dem Gebiet des Ordnungsrechts stoßen dabei auf zweierlei Schwierigkeiten: Zum einen gibt es eine Vielzahl ordnungsrechtlicher Vorschriften, die nicht speziell für die Pflege und die dort tätigen Rechtssubjekte einschlägig sind, sondern eine Vielzahl von Adressaten betreffen und sich nur am jeweiligen Schutzgut orientieren (z.B. Arbeitsschutz, Infektionsschutz). Zum anderen sind diese Vorschriften trotz mancher Strukturverwandtschaft in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich.

Aus beiden Gründen war eine Auswahl sowohl der Gesetze wie der Länder erforderlich. Die Auswahl der Gesetze hat sich dabei nach bisherigen Erhebungen⁸ und Erfahrungen gerichtet und ist getroffen worden unter den von der Einrichtungspraxis vorgetragenen Gesichtspunkten einer besonderen Dringlichkeit der Untersuchung. Es sind dies folgende Regelungsgebiete: *Arbeitsschutz, Brandschutz, Bauordnung, Hygiene, Medizinprodukte*.

⁷ Es existieren 267 Kranken- und Pflegekassen (Zahlen von 2005).

⁸ FfG Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund: Entbürokratisierungspotenziale in stationären Einrichtungen der Altenpflege. Kurzexpertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bearbeitung: Frauke Schönberg, Projektleitung: Eckart Schnabel. Dortmund, Mai 2003.

4.1.5 Zwecke und Logiken des Ordnungsrechts und des Sozialleistungsrechts

Das *Ordnungsrecht* ist das Recht der Gefahrenabwehr. Es dient der Vermeidung und Beseitigung von Gefährdungspotenzialen. Es unterscheidet sich nach dem *allgemeinem Ordnungsrecht* (früher Polizeirecht, jetzt Sicherheits- und Ordnungsrecht genannt) und dem *besonderen Ordnungsrecht*.

Letzteres umfasst eine Vielzahl von Einzelgesetzen, die vor allem auf Landesebene geregelt sind. Ordnungsrecht ist Eingriffsrecht (Beseitigung einer Störung der öffentlichen Sicherheit), hat aber auch präventiven Charakter (Abwehr von im Einzelfall bevorstehenden Gefahren für die öffentliche Sicherheit).

Der Gesetzgeber ordnungsrechtlicher Vorschriften hat einen weiten Einschätzungsspielraum im Hinblick auf die Auswahl der Schutzgüter und die Art und Weise, wie er die jeweilige Gefahrenabwehr gestaltet. Dies hat jüngst auch der Rheinland-Pfälzische Verfassungsgerichtshof festgestellt:⁹

„Mit der staatlichen Pflicht zum Schutz der grundrechtlich verbürgten Rechtsgüter ist jedoch zunächst nur eine Staatsaufgabe als solche umschrieben. Wie die staatlichen Organe ihre Schutzpflicht erfüllen, ist von ihnen in eigener Verantwortung zu entscheiden (vgl. BVerfGE 96, 56 [64] = NJW 1997, 1769). Entwicklung und normative Umsetzung eines Schutzkonzepts sind grundsätzlich Sache des Gesetzgebers. Ihm steht bei der Erfüllung der Schutzpflicht ein weiter Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsbereich zu, der auch Raum lässt, etwa konkurrierende öffentliche und private Interessen zu berücksichtigen (vgl. BVerfGE 79, 174 [202] = NJW 1989, 1271 - Verkehrslärmschutz). Der Umfang dieses Wertungsrahmens hängt von der Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs und der Bedeutung der auf dem Spiel stehenden Rechtsgüter ab. Es obliegt der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers, ob er eine staatliche Reglementierung für notwendig erachtet und welchen Inhalt er ihr gibt. Verfassungsrechtlichen Bindungen unterliegt er umso mehr, je existenzieller und fundamentaler die betroffenen Grundrechtsgüter für den Einzelnen sind und je mehr dieser auf staatliche Hilfe angewiesen ist (vgl. zur Proportionalität der Schutzpflicht Merten, in: Festschr. f. Burmeister, S. 242).“

Die verfassungsgerichtliche Prüfung beschränkt sich darauf, ob der Gesetzgeber die genannten Faktoren ausreichend berücksichtigt und seinen Einschätzungsspielraum in vertretbarer Weise gehandhabt hat (vgl. BVerfGE 88, 203 [262] = NJW 1993, 1753). Eine Verletzung der Schutzpflicht liegt insbesondere dann vor, wenn die staatlichen Organe gänzlich untätig geblieben oder die bisher getroffenen Maßnahmen völlig unzureichend sind (vgl. BVerfGE 79, 174 [202] = NJW 1989, 1271). Kommt der Gesetzgeber seiner derart umschriebenen verfassungsrechtlichen Schutzpflicht nicht nach, hat der Träger des Grundrechts einen Anspruch auf Erfüllung dieser Pflicht, den er mit der Verfassungsbeschwerde geltend machen kann (vgl. BVerfGE 79, 174 [202] = NJW 1993, 1753; Klein, in: Merten/Papier, Hdb. der Grundrechte I, 2004, § 6 Rdnr. 68). (...)

Staatlicher Schutz ist umso mehr geboten, je stärker der Einzelne Gefahren ausgeliefert ist. Dies gilt insbesondere bei Gefahren von dritter Seite. Umgekehrt unterliegt der Gesetzgeber dann umso weniger konkreten Handlungspflichten, je mehr der Einzelne die Gefahrenlage und die Möglichkeit zu ihrer Abwendung selbst beherrscht. Bedeutung hat dies gerade für die vielfältigen Gefahren im häuslichen Bereich, und zwar nicht beschränkt auf die eigene Wohnung. Es gilt gleichermaßen für den Aufenthalt in fremden Wohnungen. Auch insofern kann auf die Eigenverantwortung des Einzelnen und das Verantwortungsbewusstsein derjenigen vertraut werden, in deren Obhut er sich begibt.

⁹ RhPfVerfGH, Urteil vom 5.7.2005 - VG B 28/04, NVwZ 2005, S. 1420 - 1422.

Für minderjährige Kinder ergibt sich nichts anderes, da sie ohnehin in ihrem gesamten Lebensumfeld auf das Verantwortungsbewusstsein ihrer Sorgeberechtigten angewiesen sind. Es ist daher von der Verfassung her nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber das Anbringen von Rauchwarnmeldern grundsätzlich der Eigenverantwortung der Wohnungsnutzer überlassen und seine Schutzmaßnahmen auf die Unterrichtung der Bevölkerung und den Appell an deren Verantwortungsbewusstsein beschränkt hat (vgl. zur Öffentlichkeitsarbeit als staatliche Schutzmaßnahme: BVerfG, NJW 1987, 2287).

Als Beispiel für den weiten Einschätzungsspielraum in den hier untersuchten Gebieten sei die Zulassung von stationären Pflegeeinrichtungen nach dem HeimG genannt. Früher waren diese Einrichtungen genehmigungspflichtig, jetzt bedarf es nur noch der Anzeige der Betriebsaufnahme. Verfassungsrechtlich sind nur ausnahmsweise Gesichtspunkte erkennbar, nach denen ordnungsrechtliche Vorschriften wegen eines Verstoßes gegen das Übermaßverbot im Rahmen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes als Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip und ggf. gegen die allgemeine Handlungsfreiheit, bei Unternehmen auch gegen die Berufsausübungsfreiheit zu werten wären. Damit bietet das Verfassungsrecht kaum Möglichkeiten, gegen ordnungsrechtliche Vorschriften anzugehen. Als einziger praktikabler Weg erweist sich deshalb der Appell an den Gesetz- und Verordnungsgeber. Das vorliegende Gutachten soll einen Beitrag hierzu leisten.

Die Behandlung des *Sozialleistungsrechts*, hier insbesondere des *SGB XI* und des *SGB V*, gestaltet sich hingegen einfacher. Sozialleistungsrecht ist Bundesrecht. Die Ausführung des Sozialleistungsrechts, insbesondere des Sozialversicherungsrechts, ist zwar trotz der bereits geschilderten Vereinheitlichungsbemühungen auf Bundes- und Landesebene gerade auch bei den einzelnen Kassenarten unterschiedlich. Auch sind die Rahmenverträge auf Landesebene oft sehr unterschiedlich ausgestaltet. Trotzdem gibt es einen bundes- und landesweiten Erfahrungsbestand bei den Pflegeeinrichtungen, auf den vor allem bei den Bundesverbänden der Einrichtungsträger zurückgegriffen werden kann. Gleiches gilt für die Pflege- und Krankenkassen, deren Bundesverbände einen hoch zu schätzenden Einblick in die Gegebenheiten haben. Dies unterscheidet die Bestandsaufnahme der Entbürokratisierungsproblematik im Sozialleistungsrecht sehr wesentlich von den ordnungsrechtlichen Situationen, bei denen solche Erfahrungsbestände entweder nicht verfügbar, zumindest aber nicht zentral abrufbar sind.

Sozialleistungsrecht hat Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger bzw. der Versicherten zum Gegenstand. Das Sozialleistungsrecht lebt von der Erfüllung dieser Leistungsansprüche. Da das deutsche Sozialleistungsrecht bei der Realisierung von Ansprüchen auf Dienstleistungen in der Regel auf am Markt vorhandene Teilnehmer zurückgreift und die Sozialleistungsträger nicht über einen eigenen Bestand an medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern verfügen, sind die Sozialleistungsträger (oft unzureichend und ihre Aufgaben verkürzend als Kostenträger bezeichnet) gehalten, sich zur Leistungserfüllung durch Vereinbarungen mit den Leistungserbringern zu verbinden. Dieser Ausschnitt des Sozialrechts wird auch *Leistungserbringer- oder Leistungserbringungsrecht* genannt. Zu diesem Recht gehören im Wesentlichen die Zulassung zur Leistungserbringung und die Bedingungen der Leistungserbringung

(Art, Qualität und Vergütung der Leistung). Wenn von Bürokratie in der Pflege gesprochen wird, wird auf dem Gebiet des Sozialrechts in der Regel das Leistungserbringungsrecht gemeint sein, weil die Leistungserbringer und vor allem ihre Verbände diese Kritik artikulieren können. Bürokratie in der Pflege wird im Übrigen zunehmend auch von Seiten der Leistungsberechtigten und dort vor allem durch die Verbraucherschutzorganisationen beklagt.

Ein besonderes Problem ergibt sich nun im Zusammentreffen ordnungsrechtlicher und sozialleistungsrechtlicher Regelungen. Dies gilt besonders für Regelungen des Pflegeversicherungsrechts einerseits und des Heimgesetzes andererseits. Diese Probleme betreffen nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die Leistungsberechtigten, letztere z.B. bei der Formulierung von heimvertraglichen Inhalten im Verhältnis zu den sozialrechtlich gegebenen und möglicherweise begrenzten Leistungsansprüchen. Die Leistungserbringer sind betroffen vor allem auf dem Gebiet der Qualitätssicherung, die von den Heimaufsichten ebenso wie von den Pflegekassen (und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung) überwacht wird. Daneben gibt es Probleme in der Vergütungsabstimmung, aber auch eine Reihe verhältnismäßig kleinteiliger Fragen, die in der Praxis zu Zeit- und damit Kostenaufwand führen. Anders als bei der ordnungsrechtlichen Entbürokratisierungsthematik ist hier vor allem die gesetzgeberische Ebene (und ggf. die Ebene der verschiedenen anderen Vorschriftengeber) betroffen. Vorschläge zur Entbürokratisierung sind deshalb bei zentralen Themen leichter zu formulieren und jüngst auch schon von Seiten des zuständigen Bundesministeriums vorgebracht worden.¹⁰

¹⁰ S. hierzu bereits die Zehn Punkte des BMFSFJ - Entbürokratisierung im Heimrecht, Pressemitteilung vom 13.07.2005, Bürokratie abbauen - Pflege fördern.

Literaturverzeichnis

BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte vom 13.07.2005, Berlin

Bull, Hans Peter (2005): Absage an den Staat? Warum Deutschland besser ist als sein Ruf, Berlin

Deutscher Bundestag (2005): „Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben – Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“, Drucksache 15/5732

Deutscher Bundestag (2005): „Weniger Bürokratie im Heim“, Drucksache 15/4932

Deutscher Bundestag (2005): „Heimgesetz auf dem Prüfstand“, Drucksache 15/3370

FfG - Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (2003): Entbürokratisierungspotenziale in stationären Einrichtungen der Altenpflege. Kurzexpertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dortmund

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005: Gemeinsam für Deutschland - Für Mut und Menschlichkeit

4.2	Ordnungsrecht	297
	(Prof. Dr. Gerhard Igl / Silke Hamdorf)	
4.2.1	Allgemeine Einschätzung zu den Entbürokratisierungspotenzialen im Ordnungsrecht	298
4.2.2	Zusammengefasste Einschätzungen zu den einzelnen ordnungsrechtlichen Bereichen	299
4.2.2.1	Brandschutz	299
4.2.2.2	Arbeitsschutz	300
4.2.2.3	Medizinprodukte	300
4.2.2.4	Hygieneanforderungen	301
4.2.3	Brandschutz	302
4.2.4	Arbeitsschutz	339
4.2.4.1	Überwachung der Arbeitsmittel	339
4.2.4.2	Schutz der Beschäftigten am Arbeitsplatz	345
4.2.5	Medizinproduktegesetz	351
4.2.6	Hygieneanforderungen	357
4.2.6.1	Infektionsschutz	357
4.2.6.2	Hygieneanforderungen / Infektionsschutz im Heimgesetz	362
4.2.6.3	Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Artikel 1 der Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung)	365
4.2.6.4	Lebensmittelrechtliche Überwachung	375
4.2.6.5	Gesundheitsdienstgesetze	388
	Literaturverzeichnis	392

4.2 Ordnungsrecht (Prof. Dr. Gerhard Igl / Silke Hamdorf)¹

4.2.1 Allgemeine Einschätzung zu den Entbürokratisierungspotenzialen im Ordnungsrecht

Ordnungsrecht ist das *Recht der Gefahrenabwehr*. Die hier untersuchten ordnungsrechtlichen Vorschriften sind teils allgemeiner Art; teils haben sie speziell Altenpflegeheime (bzw. den Schutz der Gesundheit der Bewohner und der Beschäftigten) zum Gegenstand. Ordnungsrechtliche Vorschriften können auch den Schutz vor Gefahren bezwecken, die allgemein in Einrichtungen, also nicht nur in Altenpflegeheimen auftreten.

Die Analyse der hier herangezogenen Vorschriften auf dem Gebiet des *Brandschutzes* und des *Arbeitsschutzes*, der *Medizinprodukte* und der *Hygieneanforderungen* hat ergeben, dass diese Vorschriften durchwegs verhältnismäßig sind. Es gibt keine rechtlichen Gründe für die Aufhebung der untersuchten ordnungsrechtlichen Vorschriften. Die Frage, ob eine Vorschrift und damit der mit ihr verbundene staatliche Schutz trotzdem aufgehoben oder modifiziert werden sollte, liegt im Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, der hier sehr weit ist. Dieser weite Gestaltungsspielraum erlaubt dem Gesetzgeber die Auswahl des Schutzgutes ebenso wie die Art und Weise des Schutzes. Es ist daher grundsätzlich nicht möglich, rechtlich begründete Aussagen über z.B. Kontrolldichte oder zeitliche Prüfabstände zu treffen. Nur wenn sich im Einzelfall aus der praktischen Anwendung eines Gesetzes ergibt, dass diesbezügliche Veränderungen angezeigt sind und wenn weiter ein großer Konsens unter den Beteiligten über diese Veränderungen besteht, können für die Ebene einer gesetzlichen Änderung Argumente entwickelt werden. Dies war aber bei den vorliegenden Untersuchungen nicht der Fall.

Die Begutachtung hat ferner ergeben, dass es keine im Gesetz angelegten Doppelüberprüfungen durch verschiedene Behörden gibt. Sofern dennoch zwei Behörden auf Grund unterschiedlicher Gesetze zur Überwachung nahezu identischer Gefahrenpotenziale oder identischer Verpflichtungen der Betreiber von Altenpflegeheimen zuständig sind (beispielsweise die infektionshygienische Überwachung nach dem HeimG und dem IfSG), findet eine Zusammenarbeit statt oder sie wird angestrebt. So finden etwa gemeinsame Begehungen der Altenpflegeheime oder ein nachträglicher Informationsaustausch statt.

Die Verwaltungspraxis, also die Art und Weise der behördlichen Ausführung der verschiedenen Vorschriften konnte nicht Gegenstand der hier anzustellenden rechtlichen Untersuchung sein.

¹ Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zuKiel.
Frau Hamdorf hat die einschlägigen Gesetze für den ordnungsrechtlichen Teil zusammengetragen, die Telefoninterviews mit den Behörden geführt und eine erste rechtliche Einordnung der Normen vorgenommen.

4.2.2 Zusammengefasste Einschätzungen zu den einzelnen ordnungsrechtlichen Bereichen

Untersuchungsgegenstand sind die folgenden ordnungsrechtlichen Gebiete mit den jeweils einschlägigen bundesrechtlichen und den landesrechtlichen Vorschriften ausgewählter Bundesländer:

4.2.2.1 Brandschutz

Vorschriften

- **Hamburg**
 - Verordnung über die Überwachung haustechnischer Anlagen
 - Feuerwehrgesetz
 - Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau.
- **Schleswig-Holstein**
 - Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehr
 - Landesverordnung über die Durchführung der Brandverhütungsschau.
- **Brandenburg**
 - Verordnung über bauaufsichtliche Anforderungen an Krankenhäuser und Pflegeheime im Land Brandenburg
 - Verordnung über die wiederkehrende Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in baulichen Anlagen im Land Brandenburg
 - Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz des Landes Brandenburg
 - Verordnung über die Organisation und die Durchführung der Brandverhütungsschau
 - Verordnung über die wiederkehrende Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in baulichen Anlagen im Land Brandenburg (Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung - BbgSGPrüfV).

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Brandschutzrecht

Die brandschutztechnischen Regelungen in den Bundesländern ähneln sich sehr. Es gibt Verordnungen über die Überprüfung bestimmter brandschutztechnischer Anlagen, die dem Betreiber auferlegen, die Anlagen durch einen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Daneben werden durch die Feuerwehr Brandverhütungsschauen durchgeführt, bei denen unter anderem die Einhaltung bauordnungsrechtlicher Vorgaben überprüft wird. Die Vorschriften dienen dem Schutz der Bewohner der Altenpflegeheime im Brandfall und berücksichtigen bei dem Schutz des Lebens und der Gesundheit der Bewohner die eingeschränkte Mobilität dieser Personen. Dieser As-

pekt führt zu einer hohen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung der mit diesen Regelungen für die Betreiber von Altenpflegeheimen verbundenen Einschränkungen.

Die Untersuchung hat zudem ergeben, dass es nicht zu doppelten behördlichen Prüfungen für denselben Aspekt kommt. Diese sind weder im Gesetz angelegt noch in der Verwaltungspraxis begründet. Die für die Überwachung zuständigen Behörden haben jeweils eigene Überwachungsbereiche.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Prüfungsintervalle für die Brandverhütungsschau mit drei bis fünf Jahren relativ hoch sind. Dementsprechend ist auch der mit ihnen verbundene Verwaltungsaufwand als nicht besonders hoch einzustufen.

4.2.2.2 Arbeitsschutz

Vorschriften

Überwachung der Arbeitsmittel

- Geräte- und Produktsicherheitsgesetz
- Betriebssicherheitsverordnung

Schutz der Beschäftigten am Arbeitsplatz

- Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz)
- Betriebssicherheitsverordnung

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Arbeitsschutzrecht

Die untersuchten Regelungen des Arbeitsschutzes sind verhältnismäßig. Probleme in der Praxis, wie z. B. widersprüchliche Anweisungen der Behörden bezüglich sich überschneidender Bereiche können durch Absprachen der Behörden, welcher Schutz, beispielsweise Arbeitsschutz, Brandschutz oder Gesundheitsschutz Vorrang hat, gelöst werden. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Überwachungen nicht sehr häufig stattfinden. Die Regelungen über den Arbeitsschutz sind somit aus juristischer Sicht nicht aufzuheben.

4.2.2.3 Medizinprodukte

Vorschriften

- Gesetz über Medizinprodukte
- Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV)

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Medizinprodukterecht

Die Regelungen über die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle von Medizinprodukten sind verhältnismäßig. Angesichts der Gefahren für die Gesundheit der Bewohner und der Beschäftigten, die mit dem Einsatz einiger Medizinprodukte verbunden sind, sollte auch die gesetzliche Verpflichtung zur Führung von Bestandsverzeichnis-

sen beibehalten werden. Dies erleichtert dem Betreiber auch die eigene Überwachung seiner Geräte und stellt damit deren Funktionsfähigkeit sicher. Zudem wird diese Regelung für ein gut geführtes Heim keine zusätzliche Belastung darstellen, da in diesen Fällen ohnehin von dem Vorhandensein eines solchen oder ähnlichen Verzeichnisses ausgegangen werden kann. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Überprüfungen nicht sehr häufig durchgeführt werden, sodass der damit verbundene Aufwand für die Einrichtungen sehr gering ist. Die Vorschriften können somit aus juristischer Sicht beibehalten werden. Aus der Einrichtungspraxis sind keine Argumente gegen die Anwendbarkeit bekannt geworden.

4.2.2.4 Hygieneanforderungen

Vorschriften

Infektionsschutz

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)
- Heimgesetz

Wasserqualität

- Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch
- Trinkwasserverordnung

Lebensmittel

- Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch
- Verordnung EG 178/2002
- Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz
- Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Lebensmitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen
- Lebensmittel-Hygieneverordnung

Gesundheitsdienst

- **Schleswig-Holstein**
 - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz GDG)
- **Hamburg**
 - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienst-Gesetz)
- **Brandenburg**
 - Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG)

Einschätzung zu Entbürokratisierungspotenzialen im Hygienerecht

Die Vorschriften über die Hygieneüberwachung sind alle verhältnismäßig. Sie bieten den Behörden genügend Spielraum, um auf die Besonderheiten des einzelnen Altenpflegeheimes einzugehen und den Überwachungsumfang sowie die -häufigkeit zu minimieren.

Eine Zusammenlegung der Aufgabenbereiche Infektionshygiene, Trinkwasserüberwachung und Lebensmittelüberwachung im Sinne einer Konzentration aller Überwachungsbereiche in einer Person, sodass nur eine Person oder eine Stelle einer Behörde alle Überwachungen an einem Tag durchführt, würde den zeitlichen Aufwand der Betreiber von Altenpflegeheimen sicherlich verringern, dürfte jedoch in der Praxis nicht umzusetzen sein, da für jeden hygienischen Bereich offenbar eigene Berufe zu erlernen sind.

Sehr förderlich erscheint das *System der Risikoanalyse*, das im Rahmen der Lebensmittelüberwachung in Schleswig-Holstein und Hamburg bereits bis Ende 2005 angewendet wurde und seit Anfang 2005 in allen Bundesländern anzuwenden ist. Dies führt zu einem Überwachungskonzept, das die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt und dadurch sowohl eine effektive Überwachung als auch eine möglichst geringe Belastung für hygienisch einwandfreie Altenpflegeheime bietet.

Zudem könnte bei ähnlichen Überwachungen, wie z. B. die Überwachung der Einhaltung der Hygieneanforderungen nach dem IfSG und dem HeimG, auf eine Zusammenarbeit der Behörden hingewirkt werden, sodass entweder beide gemeinsam eine Überwachung durchführen oder eine Verständigung darüber erfolgt welche Altenpflegeheime gerade überwacht wurden.

4.2.3 Brandschutz

Kritikpunkt

Die Betreiber von Altenpflegeheimen empfinden die Verpflichtung zur Überprüfung brandschutztechnischer Anlagen als Belastung. Laut dem Gutachten der Forschungsstelle für Gerontologie und der ADUA werden folgende Anlagen in Altenpflegeheimen wiederkehrend von Sachverständigen überprüft:

- Brandmeldeanlagen
- Lüftungsanlagen
- Elektroanlagen
- Rauch- und Wärmeabzugsanlagen
- Feuerlöscher
- Feststellanlagen für Rauchschutztüren

Dabei handelt es sich um Anlagen, die dem Brandschutz dienen. Sie unterliegen diversen ordnungsrechtlichen Vorschriften aus dem Bauordnungsrecht und dem Brandschutzrecht.

- **Hamburg**

Verordnung über die Überwachung haustechnischer Anlagen

Gesetzliche Grundlagen

Rechtsgrundlagen für die regelmäßige Überprüfung der oben genannten Anlagen sind die „Verordnung über die Überwachung haustechnischer Anlagen“ und das „Feuerwehrgesetz“ in Verbindung mit der „Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau“. Die beiden Regelungskomplexe stehen gleichwertig nebeneinander.

Die Verordnung über die Überwachung haustechnischer Anlagen (HaustechÜVO)² lautet auszugsweise:³

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt für die Überprüfung haustechnischer Anlagen in

...

8. Krankenhäusern und anderen baulichen Anlagen mit entsprechender Zweckbestimmung;

§ 2 Begriffe

...

(6) Krankenhäuser und andere bauliche Anlagen mit entsprechender Zweckbestimmung sind bauliche Anlagen mit Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. ...

(7) Im Sinne der Anlage (Verzeichnis zu § 3 Abs. 1) sind

...

3. Alarmierungsanlagen Anlagen, die im Gefahrenfall der Alarmierung und Anweisung der Beschäftigten, Gäste und Besucher dienen,

4. raumlufttechnische Anlagen zur Lüftung von Räumen mit maschineller Luftförderung (Ventilatoren),

5. Rauch- und Wärmeabzugsanlagen, die im Brandfall der Abführung von Rauch und Wärme ins Freie dienen,

6. elektrische Starkstromanlagen - unabhängig von der Höhe der elektrischen Spannung - Anlagen zum Erzeugen, Umwandeln, Speichern, Verteilen und Verbrauchen elektrischer Energie zum Zweck des Verrichtens von Arbeit sowie zur Wärme- und Lichterzeugung einschließlich der Sicherheitsbeleuchtung und Sicherheitsstromversorgung,

...

9. Brandmeldeanlagen, die Brände zu einem frühen Zeitpunkt erkennen und melden oder die Personen zum direkten Hilferuf bei Brandgefahren dienen ...

² Die Verordnung wurde am 13. November 1984 erlassen (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 227) und wurde zuletzt geändert am 11.09.2001 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 337, 339).

³ Hier werden nur die Normen zitiert, die nicht unmittelbar mit ihrem direkten oder angepassten Wortlaut in den folgenden Text eingearbeitet werden.

Anlage

Verzeichnis zu § 3 Abs. 1 (auszugsweise):

4	Krankenhäuser und andere bauliche Anlagen mit entsprechender Zweckbestimmung nach § 1 Abs. 1 Nr. 8	vor der Inbetriebnahme und Wiederinbetriebnahme	wiederkehrend/ Fristen
4.1	durch behördlich anerkannte Sachverständige		
4.1.2	Alarmierungsanlagen	Ja	3 Jahre
4.1.4	Sonstige raumluftechnische Anlagen bezüglich der Belange des Feuerschutzes	Ja	3 Jahre
4.1.5	Rauch- und Wärmeabzugsanlagen	Ja	3 Jahre
4.1.7	Elektrische Starkstromanlagen bezüglich der Belange des Brandschutzes und des Weiterbetriebes bei Netzausfall	Nein	3 Jahre
4.1.8	Brandmeldeanlagen	Ja	3 Jahre
4.2	durch Sachkundige		
4.2.2	Feuerlöscher	Nein	2 Jahre

Rechtliche Einordnung der Vorschrift

Die Verordnung über die Überwachung haustechnischer Anlagen wurde auf der Grundlage der alten Hamburger Bauordnung von 1969⁴ erlassen. Sie gilt gemäß § 82 Abs. 3 Hamburger Bauordnung (HBauO) als auf Grund des § 81 HBauO n. F. erlassen. Die Norm konkretisiert die Anforderungen an den vorbeugenden Brandschutz, der jetzt in § 17 HBauO⁵ geregelt ist. Nach § 17 Abs. 2 HBauO müssen elektrische Anlagen dem Zweck und der Nutzung der baulichen Anlagen entsprechend ausgeführt sowie betriebssicher und brandsicher sein. Darüber hinaus müssen bauliche Anlagen und andere Anlagen und Einrichtungen so beschaffen sein, dass der Entstehung eines Brandes und der Ausbreitung von Feuer und Rauch vorgebeugt wird und bei einem Brand Menschen und Tiere gerettet und Löscharbeiten durchgeführt werden können, § 17 Abs. 1 HBauO. Die Verordnung über die Überwachung haustechnischer Anlagen ist somit eine ordnungsrechtliche Vorschrift und dient der Gefahrenab-

⁴ Die Verordnung beruhte auf §§ 90 Abs. 2, 109 Abs. 8 und 114 Abs. 1 Nr. 1 Hamburgische Bauordnung (HBauO) vom 10.12.1969 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 249) und auf § 1 Abs. 1 des Gesetzes zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung vom 14. März 1966 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 77).

⁵ Siehe Alexejew/Haase/ Großmann, HBauO § 17 Rn 2.

wehr für den Fall eines Brandes in Gebäuden, in denen sich nach ihrer Zweckbestimmung eine größere Anzahl von Menschen aufhalten kann.

Anwendbarkeit der Vorschrift auf Altenpflegeheime

Die Verordnung gilt nach deren § 1 Abs. 1 Nr. 8 für die Prüfung haustechnischer Anlagen unter anderem in Krankenhäusern und anderen baulichen Anlagen mit entsprechender Zweckbestimmung. Diese werden in § 2 Abs. 6 HaustechÜVO näher definiert. Die Anwendbarkeit der Norm auf Altenpflegeheime erscheint im Hinblick auf den Wortlaut des § 2 Abs. 6 HaustechÜVO „durch ärztliche *und* pflegerische Hilfeleistung“ problematisch. Sofern Altenpflegeheime stationären Charakter haben und nicht wie Seniorenwohnheime ausschließlich dem Wohnen dienen, werden dennoch in der Verwaltungspraxis Altenpflegeheime als Einrichtungen angesehen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden gelindert werden sollen und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden sollen.⁶ Die Gleichbehandlung liegt darin begründet, dass sich sowohl in Krankenhäusern als auch in Altenpflegeheimen Menschen befinden und aufhalten, die wegen ihres Gesundheitszustandes oder auf Grund geistiger Verwirrtheit auf fremde Hilfe angewiesen sind und sich im Brandfalle nicht selbst retten können.⁷ Die Formulierung „ärztliche *und* pflegerische Hilfeleistung“ wird in diesem Zusammenhang nicht so eng ausgelegt.

In anderen Bundesländern existieren Regelungen, die Altenpflegeheime direkt erfassen, so in Brandenburg,⁸ Bayern⁹ und Sachsen.¹⁰ In Thüringen¹¹ ist die Überprüfung in Altenpflegeheimen mit In-Kraft-Treten der neuen Thüringer Verordnung über die Prüfung technischer Anlagen und Einrichtungen in Gebäuden¹² abgeschafft worden.

⁶ Telefonische Auskunft von zwei Mitarbeitern der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt. Sofern die Auffassung vertreten wird, dass die HaustechÜVO auf Grund ihres Wortlauts keinesfalls auf Altenpflegeheime anwendbar ist, ist es gängige Praxis, die Baugenehmigung auf der Grundlage von § 51 HBauO mit der Nebenbestimmung zu versehen, dass der Betreiber die gegenständlichen Anlagen alle drei Jahre von Sachverständigen überprüfen lassen muss.

⁷ Telefonische Auskunft von zwei Mitarbeitern der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

⁸ Verordnung über die wiederkehrende Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in baulichen Anlagen im Land Brandenburg (Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung - BbgSGPrüfV) vom 01. September 2003 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 2003, S. 557). Nach § 1 Nr. 4 gilt die Verordnung für die Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen nach der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Bauverordnung.

⁹ Verordnung über Prüfungen von sicherheitstechnischen Anlagen und Einrichtungen (Sicherheitsanlagen-Prüfverordnung - SprüfV) vom 03. August 2001 (Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt 2001 S.593): Nach § 1 gilt die Verordnung für Sonderbauten im Sinne des Bauordnungsrechts. Nach Art 2 Abs. 4 S. 2 Nr. 9 BayBO sind Heime für alte Menschen Sonderbauten.

¹⁰ Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern über die Prüfung technischer Anlagen und Einrichtungen in baulichen Anlagen und Räumen besonderer Art oder Nutzung (SächsTech PrüfVO) vom 07. Februar 2000 (Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt 2000, S. 127): Nach § 1 Nr. 6 gilt die Verordnung für die Prüfung technischer Anlagen in Heimen für alte Menschen.

¹¹ Thüringer Verordnung über die Prüfung haustechnischer Anlagen und Einrichtungen in Gebäuden (ThürHausPrüfVO) vom 30. April 1993 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Thüringen 1993, S. 312): Nach § 1 Nr. 11 gilt die Verordnung für die Prüfung haustechnischer Anlagen in Heimen nach dem Heimgesetz und gleichartige Einrichtungen für behinderte Volljährige.

¹² Verordnung vom 06. Mai 2004 (Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen 2004, S. 585)

Bis dahin wurden sie nach § 1 Nr. 11 der Thüringer Verordnung über die Prüfung haustechnischer Anlagen und Einrichtungen in Gebäuden¹³ überwacht.

Geschichte der Vorschrift

Die HaustechÜVO ist 1984 eingeführt worden.¹⁴

Organisation der Überprüfung und Prüfungsintervalle

Die Prüfungen der baulichen Anlagen auf ihre Wirksamkeit und Betriebssicherheit werden von Sachverständigen oder Sachkundigen vorgenommen und erfolgen auf Veranlassung des Bauherrn in den Fällen der ersten Inbetriebnahme und nach wesentlichen Änderungen vor der Wiederinbetriebnahme sowie in den übrigen Fällen auf Veranlassung des Betreibers, § 3 Abs. 1 HaustechÜVO. Der Betreiber sucht sich dazu aus einem Verzeichnis unabhängiger, staatlich geprüfter Sachverständiger einen Sachverständigen aus, mit dem er den Vertrag schließt.¹⁵ Meistens werden zu diesem Zweck zwischen den Sachverständigen und dem Betreiber Wartungsverträge abgeschlossen, nach denen der Sachverständige sich in regelmäßigen Zeitabständen an den Betreiber oder Bauherrn wendet.¹⁶

Für die Überprüfungen hat der Bauherr oder der Betreiber die nötigen Vorrichtungen und fachlich geeignete Arbeitskräfte bereitzustellen und die erforderlichen Unterlagen bereitzuhalten oder dem Sachverständigen oder Sachkundigen auf Anforderung zuzuleiten, § 3 Abs. 2 HaustechÜVO. Die Verantwortlichkeit und Initiative liegt damit beim Betreiber.

Wenn ein Sachverständiger für die Überprüfung mehrerer Anlagen zugelassen ist, was möglich ist, dann kann er alle Anlagen an einem Tag prüfen, soweit dies organisatorisch möglich ist.¹⁷

Je nach der Art der haustechnischen Anlage sieht die auf § 3 HaustechÜVO beruhende Anlage zur HaustechÜVO in deren Nr. 4.1 für die Überprüfungen zeitliche Abstände von 1 bis zu 6 Jahren vor. Im Bereich des Brandschutzes sind die Feuerlöschanlagen (§ 2 Abs. 7 Nr. 2), Rauch- und Wärmeabzugsanlagen (§ 2 Abs. 7 Nr. 5) elektrische Starkstromanlagen bezüglich des Brandschutzes (§ 2 Abs. 7 Nr. 6), raumlufttechnische Anlagen (§ 2 Abs. 7 Nr. 4) und Brandmeldeanlagen (§ 2 Abs. 7 Nr. 9) jeweils alle 3 Jahre von Sachverständigen zu überprüfen. Der Feuerlöscher soll alle 2 Jahre von Sachkundigen überprüft werden, Nr. 4.2.2 der Anlage.

Überprüfung der Vorschrift

¹³ ThürHausPrüfVO vom 30. April 1993 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Thüringen 1993, S. 312)

¹⁴ Mit ihrem § 8 hat sie § 4 der Verordnung zur Durchführung der Hamburgischen Bauordnung (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1970, S. 251) aufgehoben. In diesem wurde konkretisiert, welche baulichen Anlagen mit Blitzschutzanlagen ausgestattet werden müssen. Da keine weiteren Vorschriften aufgehoben wurden, die zugunsten des vorbeugenden Brandschutzes Anforderungen an bauliche Anlagen stellen oder die eine Überprüfung solcher Anlagen vorsehen, ist davon auszugehen, dass es vorher keine vergleichbare Vorschrift gab.

¹⁵ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

¹⁶ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

¹⁷ Telefonische Auskunft von Herrn Krüger der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die regelmäßige Überprüfung der Anlagen nach der Verordnung über die Überwachung haustechnischer Anlagen bezweckt die Erleichterung und Sicherstellung der Rettung von Menschen unter anderem im Falle eines Brandes.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die regelmäßige Überprüfung der haustechnischen Anlagen ist dazu geeignet, die Rettung von Menschen zu erleichtern und sicherzustellen, da im Brandfall nur funktionsfähige Anlagen zur Warnung der Menschen und zur Bekämpfung des Brandes eingesetzt werden können.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Es ist keine vergleichbare Maßnahme ersichtlich, die die gleiche Effektivität wie die gesetzliche Verpflichtung zur Vornahme von Überprüfungen hat und für die Betreiber eine geringere Belastung darstellen würde. Wenn die gesetzliche Verpflichtung zur Überwachung der brandschutztechnischen Anlagen nicht bestehen würde, würden die Betreiber die Anlagen nicht warten lassen und im Falle eines Brandes wäre nicht sichergestellt, dass die Anlagen im Brandfall betriebsbereit sind und wirkungsvoll zur Rettung von Menschen eingesetzt werden können.¹⁸ Wenn die Betreiber sich den Sachverständigen selbst aussuchen und die Kosten für die Wartung selbst aushandeln können, kann die Verpflichtung zur Eigeninitiative sogar kostengünstiger sein, als wenn eine Ordnungsbehörde die Überprüfung vornimmt und sie dem Betreiber zu einem festen Gebührensatz in Rechnung stellt.

Das zeitliche Intervall von drei Jahren ist auch notwendig. Ein längeres Zeitintervall wäre zwar weniger belastend, jedoch auch weniger effektiv, da an den Gebäuden, die von der HaustechÜVO erfasst werden, erfahrungsgemäß ständige technische Veränderungen und Neuerungen vorgenommen werden, sodass ein längeres zeitliches Intervall nicht vertretbar wäre.¹⁹

Angemessenheit der Vorschrift zur Zweckerreichung (Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz)

Die gesetzlich angeordnete wiederkehrende Überprüfung von technischen Anlagen ist auch angemessen. Den Betreibern ist sowohl die Durchführung als auch die Tragung der Kosten für die Überprüfung der Anlagen zumutbar. Erfahrungsgemäß ist die effektive Rettung der Menschen aus einem Pflegeheim ein großes Problem, weil die Bewohner nicht adäquat auf diese Situation reagieren können. Zum einen sind die Bewohner auf Grund ihres gesundheitlichen Zustands häufig nicht in der Lage, sich im Falle eines Brandes ohne fremde Hilfe zu retten. Teilweise merken die Menschen auch nicht, dass es brennt, rufen deshalb nicht um Hilfe und können unter Umständen nicht gerettet werden. Bei einem Brand in einem Pflegeheim kommen dadurch mehr Menschen ums Leben als beispielsweise bei einem Brand in einem Bürogebäude.

¹⁸ Dies wurde in einer telefonischen Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt bestätigt.

¹⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

Dies liegt daran, dass die Menschen in dem Pflegeheim sich naturgemäß schlechter fortbewegen können und daher auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG durch die Pflicht zur Überprüfung der Anlagen auf eigene Kosten erfolgt somit zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Bewohner des Altenpflegeheimes, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit sind höherwertiger als die allgemeine Handlungsfreiheit. Zum anderen setzen die Betreiber mit dem Betrieb des Altenpflegeheimes eine Gefahrenquelle für deren Bewohner. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Betreiber finanzielle Vorteile aus dem Betrieb des Altenpflegeheimes erlangen.

Angesichts dessen, dass es organisatorisch möglich ist, alle Anlagen an einem Tag zu überprüfen und die Anlagen auf Grund des technischen Wandels einem ständigen Fortschritt und ständigen Veränderungen unterliegen, ist auch das Prüfungsintervall von drei Jahren keine unzumutbare Belastung.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Gleichbehandlung von Altenpflegeheimen und Krankenhäusern findet ihre Rechtfertigung in der vergleichbaren Situation der Menschen. Sowohl im Krankenhaus als auch im Altenpflegeheim befinden sich Menschen, die für einen gewissen Zeitraum oder auf Dauer auf fremde Hilfe angewiesen sind.²⁰ Dies gilt insbesondere im Falle eines Brandes.

Empfehlung

Eine Aufhebung oder Lockerung der Vorschriften der Verordnung über die Überprüfung haustechnischer Anlagen, insbesondere betreffend die regelmäßige Überprüfung der Brandmeldeanlagen, Lüftungsanlagen, Elektroanlagen, Rauch- und Wärmeabzugsanlagen, Feuerlöscher und Feststellanlagen für Rauchschutztüren ist nicht vorzunehmen. Der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg sollte jedoch die Formulierung in § 2 Abs. 6 HaustechÜVO der Verwaltungspraxis und dem Schutzbedürfnis der Bewohner in Altenpflegeheimen anpassen, um Rechtsklarheit zu schaffen.

- Hamburg

Feuerwehrgesetz in Verbindung mit der Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau

Im Übrigen werden die von der Hamburgischen Bauordnung geforderten brandschutzrechtlichen Anforderungen im Rahmen der Brandverhütungsschau überprüft. Diese ist in § 6 Feuerwehrgesetz²¹ i.V.m. § 1 Abs. 1 Nr. 5 und § 2 Abs. 1 Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau²² geregelt.

²⁰ Telefonische Auskunft von zwei Mitarbeitern der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

²¹ Das Feuerwehrgesetz wurde am 23. Juni 1986 (Hamburgisches Gesetz- und Ordnungsblatt 1986, S. 137) erlassen.

²² Die Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau beruht auf einer entsprechenden Ermächtigung in § 16 Abs. 4 S. 1 Feuerwehrgesetz vom 15. Mai 1972 (Hamburgisches Gesetz- und Ordnungsblatt 1972, 87). Sie wurde am 21. Juni 1977 erlassen (Hamburgisches Gesetz- und

Rechtliche Grundlagen

Das Feuerwehrgesetz lautet auszugsweise:

§ 6 Brandverhütungsschau

(1) Gebäude, Anlagen und Lagerstätten, die wegen ihrer Beschaffenheit, Verwendung oder Lage in erhöhtem Maße brand- oder explosionsgefährdet sind oder von denen im Falle eines Brandes oder einer Explosion eine Gefährdung für eine größere Anzahl von Menschen ausgehen würde (Objekte), unterliegen der Brandverhütungsschau nach diesem Gesetz und der dazu ergehenden Rechtsverordnung. Dies gilt nicht, soweit für Objekte oder Teile von ihnen in anderen Vorschriften, insbesondere im Bauordnungs-, Gewerbe- oder Arbeitsschutzrecht, eine wiederkehrende feuersicherheitliche Prüfung vorgesehen ist. Die Brandverhütungsschau dient der Feststellung brandgefährlicher Zustände und der Vorbereitung möglicher Einsätze der Feuerwehren.

(2) Eigentümer und Besitzer der Objekte haben die Brandverhütungsschau zu dulden und den mit der Durchführung beauftragten Personen Zutritt zu den Objekten zu gestatten. Zur Prüfung der Brandgefährlichkeit von Gegenständen, Herstellungs- oder sonstigen Betriebsvorgängen und zur Einsatzvorbereitung der Feuerwehren haben sie die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Einsicht vorzulegen.

...

Die Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau lautet auszugsweise:

§ 1

(1) Brandverhütungsschauen sind bei folgenden Objekten durchzuführen:

...

5. Krankenhäusern und Heimen, wie Alten-, Pflege-, Kinder- und Jugendheimen,

...

§ 2

(1) Die Brandverhütungsschau soll bei den unter § 1 Abs. 1 genannten Objekten möglichst wie folgt durchgeführt werden:

1. in Zeitabständen von drei Jahren: bei den Objekten der Nummern 3, 5 bis 8 und 10

...

§ 3

Der Termin für die Brandverhütungsschau ist dem Grundstückseigentümer oder Verfügungsberechtigten und dem Besitzer des Objektes (Betroffene) spätestens eine Woche vorher mitzuteilen. Zu der Brandverhütungsschau sollen die Betroffenen oder ein von ihnen beauftragter Vertreter hinzugezogen werden.

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Die von § 6 S. 1 Feuerwehrgesetz geforderte Durchführung einer Brandverhütungsschau dient der Gefahrenabwehr dergestalt, dass überprüft werden soll, ob die bautechnischen und organisatorischen Anforderungen an den vorbeugenden Brand-

Verordnungsblatt 1977, S. 149) und gilt nach § 27 Abs. 1 Buchstabe b) als auf Grund des Feuerwehrgesetzes vom 23. Juni 1986 erlassen.

schutz erfüllt werden und daher die Rettung von Menschen im Brandfall sichergestellt ist. Es handelt sich um eine ordnungsrechtliche Vorschrift.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Welche Gebäude einer Brandverhütungsschau unterliegen, ist in der Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau geregelt. Die Brandverhütungsschau soll in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt werden, § 1 Abs. 1 Nr. 5 Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau.

Geschichte der Vorschrift

Das zurzeit geltende Feuerwehrgesetz stammt aus dem Jahre 1986. Davor gab es ein Feuerwehrgesetz aus dem Jahr 1972.²³ Die Brandverhütungsschau war in § 16 mit einem nahezu identischen Wortlaut wie in der aktuell geltenden Fassung geregelt. Vor 1972 gab es ein Gesetz über das Feuerlöschwesen,²⁴ welches durch § 23 Feuerwehrgesetz von 1972 aufgehoben wurde.

Durchführung und Umfang der Brandverhütungsschau sowie Prüfungsintervalle

Zuständig für die Brandverhütungsschau ist die Feuerwehr. Dies ergibt sich mittelbar aus § 3 Abs. 1 Feuerwehrgesetz. Dem Betreiber werden in § 6 Feuerwehrgesetz und § 3 der Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau umfangreiche Mitwirkungspflichten auferlegt.

Die in § 6 Abs. 1 S. 2 Feuerwehrgesetz angeordnete Subsidiarität zeigt, dass bei der Brandverhütungsschau die bauordnungsrechtlichen Anforderungen an den Brandschutz überprüft werden. Die im Einzelfall zu überprüfenden Anforderungen wurden in der Baugenehmigung festgelegt.

Die Rechtsgrundlage für die brandschutztechnischen Anforderungen finden sich zum einen allgemein in § 17 HBauO. Nach § 17 Abs. 1 HBauO müssen bauliche Anlagen so beschaffen sein, dass der Entstehung eines Brandes und der Ausbreitung von Feuer und Rauch vorgebeugt wird und bei einem Brand Menschen und Tiere gerettet und Löscharbeiten durchgeführt werden können. Elektrische Anlagen müssen dem Zweck und der Nutzung der baulichen Anlagen entsprechend ausgeführt sowie betriebssicher und brandsicher sein, § 17 Abs. 2 HBauO. Diese Forderungen legen das Schutzziel und den Umfang des vorbeugenden Brandschutzes fest.²⁵ Hinsichtlich des vorbeugenden Brandschutzes wird auf die Beschaffenheit der baulichen Anlage abgestellt.²⁶ Diese fasst hierbei alle gebauten Zustände mit den technischen und / oder organisatorischen Maßnahmen, die für den vorbeugenden Brandschutz veranlasst wurden, zusammen.²⁷ Diese Anforderungen gelten für die Errichtung der baulichen

²³ Das Gesetz wurde am 15. Mai 1972 erlassen (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1972, S. 87).

²⁴ Das Gesetz wurde am 23. November 1938 erlassen (Sammlung des bereinigten hamburgischen Landesrechts II 2138 - a).

²⁵ Alexejew/Haase/Großmann, Hamburgisches Bauordnungsrecht, § 17 Rn 5.

²⁶ Alexejew/Haase/Großmann, Hamburgisches Bauordnungsrecht, § 17 Rn 5.

²⁷ Alexejew/Haase/Großmann, Hamburgisches Bauordnungsrecht, § 17 Rn 5.

Anlage und müssen auch während der gesamten Standdauer der baulichen Anlage bestehen.²⁸

Nach § 24 Abs. 13 HBauO dürfen die notwendigen Mindestbreiten für Rettungswege durch Einbauten und Einrichtungen nicht eingeengt werden; d. h. im Rahmen einer Brandverhütungsschau wird auch überprüft, ob die Rettungswege frei sind und nicht durch Möbel oder ähnliches eingeengt oder versperrt werden.

Nach § 51 HBauO können für bauliche Anlagen besonderer Art und Nutzung besondere Anforderungen nach § 3 gestellt werden, wenn die übrigen Vorschriften nicht ausreichen, um Gefahren, erhebliche Nachteile oder erhebliche Belästigungen zu vermeiden oder zu beseitigen. Diese besonderen Anforderungen können sich insbesondere u. a. erstrecken auf die Lüftung, § 51 Abs. 1 Nr. 9 HBauO, die Bauart und Anordnung aller für die Standsicherheit, Verkehrssicherheit, den Brandschutz den Wärme- und Schallschutz oder Gesundheitsschutz wesentlichen Bauteile, § 51 Abs. 1 S. 3 Nr. 4 HBauO, sowie Brandschutzeinrichtungen, Brandschutzvorkehrungen und Blitzschutzanlagen, § 51 Abs. 1 S. 3 Nr. 5 HBauO. Diese Anforderungen können unter anderem insbesondere an Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime gestellt werden, § 51 Abs. 2 Nr. 5 HBauO. Der Grund für diese Möglichkeit liegt in dem erhöhten Publikumsverkehr in den in § 51 HBauO aufgelisteten baulichen Anlagen. Indem die besonderen Anforderungen an die Altenpflegeheime gestellt werden, wird berücksichtigt, dass sich in diesen Gebäuden Menschen aufhalten, die auf Grund ihres gesundheitlichen oder geistigen Zustands auf fremde Hilfe angewiesen sind und sich im Falle eines Brandes nicht ohne weiteres selbst helfen können.²⁹

Von einer in § 81 Abs. 1 Nr. 4 HBauO eingeräumten Ermächtigung, durch Verordnung Vorschriften zu erlassen für Bauten im Sinne der §§ 51, 52 hat der Senat zumindest für Alten- und Pflegeheime keinen Gebrauch gemacht. Für Krankenhäuser entwickelte die ARGE BAU³⁰ 1976 einen Mustererlass für eine Krankenhausbauverordnung, in dem Anforderungen an Krankenhäuser gestellt werden.³¹ Dieser wurde bis vor kurzem bei der Erteilung von Baugenehmigungen als „Leitfaden“ für die Anforderungen an Altenpflegeheime verwendet, auch wenn die Anforderungen immer im Einzelfall ausgehandelt wurden.³² Den Mustererlass hat die ARGEBAU vor kurzem zurückgezogen.³³

Die oben genannten Anlagen, z. B. die Brandmeldeanlagen, Rauch- und Wärmeabzugsanlagen sind besondere Anforderungen im Sinne des § 51 HBauO, die im Rahmen der Baugenehmigung gefordert werden.³⁴

²⁸ Alexejew/Haase/Großmann, Hamburgisches Bauordnungsrecht, § 17 Rn 5.

²⁹ Telefonische Auskunft von zwei Mitarbeitern der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

³⁰ Dies ist eine Fachkommission aus Vertretern aller Bundesländer, die der Vereinheitlichung der Vorschriften und der Anwendung in der Praxis dient.

³¹ Telefonische Auskunft von zwei Mitarbeitern der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

³² Telefonische Auskunft von zwei Mitarbeitern der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

³³ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt: Die Rücknahme erfolgte seiner Kenntnis nach im September 2004.

³⁴ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt.

Im Rahmen der Brandverhütungsschau wird überprüft, ob diese baulichen und organisatorischen Maßnahmen eingehalten werden.³⁵ Es wird zudem nachgefragt, ob das Personal über die erforderlichen Maßnahmen geschult wurde und ob ein Brandkonzept existiert.³⁶ Die Überprüfung der oben genannten brandschutztechnischen Anlagen erfolgt dergestalt, dass die Feuerwehr sich die Zertifikate über die nach den einschlägigen Vorschriften oder im Rahmen der Baugenehmigung geforderten Überprüfungen zeigen lässt.³⁷

In Altenheimen ist eine Brandverhütungsschau alle drei Jahre durchzuführen, §§ 1 Abs. 1 Nr. 5, 2 Abs. 1 Nr. 1 Verordnung zur Durchführung der Brandverhütungsschau.

Überprüfung der Vorschrift

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die Brandverhütungsschau dient der Feststellung brandgefährlicher Zustände und der Vorbereitung möglicher Einsätze der Feuerwehr, § 6 Abs. 1 S. 3 Feuerwehrgesetz. Die Norm bezweckt also den Schutz und die Rettung von Menschen im Falle eines Brandes.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Eine Überprüfung baulicher Anlagen im Hinblick darauf, ob die brandschutztechnischen und bautechnischen Anlagen und Anforderungen erfüllt sind, sowie die oben genannten Anforderungen nach der Hamburgischen Bauordnung selbst sind geeignet, die Rettung von Menschen im Brandfall zu unterstützen und zu sichern. Die Brandmeldeanlage z. B. dient dazu, je nach Umfang innerhalb des Altenpflegeheims auf einen Brandherd aufmerksam zu machen oder direkt die Feuerwehr zu informieren. Die Rauchabzugsanlagen dienen der Verhinderung von Rauchvergiftungen. Besondere Anforderungen an das Gebäude bezüglich der Rettungswege dienen der Unterstützung der Rettungsmaßnahmen, insbesondere wird berücksichtigt, dass einige Bewohner bettlägerig sind und daher unter Umständen aus dem Heim geschoben werden müssen.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Es ist auch kein milderes Mittel als die oben genannten Anforderungen und eine regelmäßige Brandverhütungsschau durch die Feuerwehr denkbar, um sicherzustellen und festzustellen, dass und ob im Falle eines Brandes die Menschen so effektiv wie möglich gerettet werden können. Die Bewohner von Altenpflegeheimen merken häufig nicht, dass ein Brand ausgebrochen ist. Die Verpflichtung der Betreiber, die bauliche Anlage mit brandschutztechnischen Anlagen zu versehen, ist eine geringere Belastung als z. B. die Verpflichtung, in jedem Zimmer Personal bereit halten zu müssen, das einen Brandherd bemerkt und jedem Bewohner sofort helfen kann.

³⁵ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr, Abteilung Vorbeugender Brand- und Katastrophenschutz.

³⁶ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr, Abteilung Vorbeugender Brand- und Katastrophenschutz.

³⁷ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr, Abteilung Vorbeugender Brand- und Katastrophenschutz.

Auch das Zeitintervall von drei Jahren ist erforderlich. Ein längeres Intervall, wie z. B. in Schleswig-Holstein von allgemein fünf Jahren oder in Hamburg für Versammlungsstätten wie Theater würde zwar eine geringere Belastung für die Betreiber darstellen, da sie die Brandverhütungsschau nur alle fünf Jahre dulden und an ihr mitwirken müssen; angesichts dessen, dass die technische Entwicklung immer schneller voranschreitet und die Betreiber auch häufig eigenmächtig irgendwelche baulichen Veränderungen am Gebäude vornehmen,³⁸ ist ein längerer Zeitraum als drei Jahre jedoch kein gleich geeignetes Mittel. Zudem wird mit dem kürzeren Zeitintervall berücksichtigt, dass die Bewohner sich in einer besonderen gesundheitlichen Situation befinden und sich nicht allein retten können. Für sie ist die einwandfreie Betriebsbereitschaft von brandschutztechnischen Anlagen daher besonders wichtig.

Angemessenheit der Vorschrift (Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz)

Die gesetzlich angeordneten Anforderungen an die Altenpflegeheime selbst sowie die wiederkehrende Durchführung einer Brandverhütungsschau zur Überprüfung der Einhaltung dieser Anforderungen ist auch angemessen. Den Betreibern ist sowohl die Einhaltung der baulichen Anforderungen als auch die Duldung der Brandverhütungsschau zumutbar. Es ist zu berücksichtigen, dass die Bewohner im Brandfalle auf Grund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes nicht in der Lage sind, sich aus eigenen Kräften zu retten. Auch die Anforderungen bezüglich der frei zu haltenden Rettungswege sind vom Betreiber und auch von den Bewohnern zu Gunsten der erleichterten Rettungsmöglichkeiten hinzunehmen, selbst wenn dies zu Lasten einer gemütlichen Atmosphäre geht. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG durch die Duldungspflicht und die Mitwirkungspflichten erfolgt zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Bewohner und der Mitarbeiter des Altenpflegeheimes, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit sind höherwertiger als die allgemeine Handlungsfreiheit. Zudem setzen die Betreiber mit dem Betrieb des Altenpflegeheimes eine Gefahrenquelle für deren Bewohner und die Mitarbeiter. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Betreiber finanzielle Vorteile aus dem Betrieb des Altenpflegeheimes erlangen.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Gleichbehandlung von Altenpflegeheimen und Krankenhäusern hinsichtlich der brandschutztechnischen Anforderungen und der Brandverhütungsschau liegt darin begründet, dass sich in beiden Anlagen Menschen befinden, die gerade im Falle eines Brandes auf fremde Hilfe angewiesen sind. Dementsprechend müssen die Anforderungen an den Brandschutz und die Funktionsfähigkeit der Anlagen höher sein als bei normalen Wohnhäusern und annähernd gleich sein.

Stellungnahmen aus der Verwaltungspraxis

³⁸ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr, Abteilung Vorbeugender Brand- und Katastrophenschutz: Ein kürzeres Intervall wird von Seiten der Feuerwehr nicht befürwortet.

Die regelmäßige Brandverhütungsschau in Altenpflegeheimen wird auf Grund der besonderen Situation der Bewohner als notwendig angesehen. Jedoch wird die Art der Regelung kritisiert. Ein neues Problem ist, dass viele Altenpflegeheime organisatorische Umstrukturierungen vornehmen, die dazu führen, dass die Anlagen nur noch als Seniorenwohnheime geführt werden, in denen die Menschen von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Da diese Heime dann per Definition keine Altenpflegeheime mehr sind, ist die Brandverhütungsschau nicht mehr durchzuführen, obwohl das Gefahrenpotenzial das gleiche geblieben ist.

Aus Sicht einiger Mitarbeiter der Feuerwehr wäre es daher sinnvoller, eine Generalklausel einzuführen, wonach Anlagen geprüft werden, bei denen bei Ausbruch eines Brandes eine größere Anzahl von Menschen gefährdet werden kann. Diese würde eine Einzelfallentscheidung erlauben, die den tatsächlichen Verhältnissen und Gefahrenpotenzialen gerecht werden könne. Bei der jetzigen detaillierten Regelung bestehen Lücken, die von den Betreibern von Altenpflegeheimen bzw. Seniorenwohnheimen ausgenutzt werden.³⁹

Auf eine schriftliche Anfrage, ob die Regelung in Hamburg als praktikabel eingestuft wird, wurde geantwortet, die bestehende Regelung hätte sich seit ihrer Einführung gut bewährt. Die detaillierte Regelung biete für die Betroffenen eine bessere Transparenz als eine Generalklausel.⁴⁰

Empfehlung

Die Vorschriften über die Brandverhütungsschau in Altenpflegeheimen sind nicht aufzuheben oder zu modifizieren.

Ergebnis (Hamburg)

In Hamburg finden keine brandschutztechnischen Überprüfungen statt, die verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen sind. Zudem sehen die anzuwendenden Gesetze keine doppelten Überprüfungen vor. Es ist lediglich festzuhalten, dass nicht alle brandschutztechnischen Anlagen oder organisatorischen Maßnahmen von einer Behörde gebündelt geprüft werden, sondern die Zuständigkeiten aufgeteilt sind:

Teilweise wird die Überprüfung der brandschutztechnischen Anforderungen in die Eigenverantwortung der Betreiber gegeben und sie müssen Sachverständige mit der Überprüfung bestimmter Anlagen beauftragen; der andere Teil wird von der Feuerwehr übernommen, die bei der Gelegenheit nur den Nachweis über die Durchführung der Überprüfung der technischen Anlagen durch Sachverständige fordert.

Die Kritik der Betreiber der Altenpflegeheime ist rechtlich nicht berechtigt.

- Schleswig-Holstein

Rechtliche Grundlagen

³⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr, Abteilung Vorbeugender Brand- und Katastrophenschutz.

⁴⁰ Schriftliche Stellungnahme der Feuerwehr Hamburg, Abteilung Vorbeugender Brand- und Katastrophenschutz.

Rechtsgrundlage für die Überprüfung dieser Anlagen in Altenpflegeheimen sind das „Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehr“ und die „Landesverordnung über die Durchführung der Brandverhütungsschau“.

Landesverordnung über die Prüfung technischer Anlagen und Einrichtungen nach dem Bauordnungsrecht (Prüfverordnung)

Die Landesverordnung über die Prüfung technischer Anlagen und Einrichtungen nach dem Bauordnungsrecht⁴¹ gilt nach § 2 Abs. 1 unter anderem für die Überprüfung von Lüftungsanlagen, Rauchabzugsanlagen, Brandmelde- und Alarmierungsanlagen sowie Sicherheitsstromversorgungen.

Sie sieht im Gegensatz zu anderen Bundesländern, so Brandenburg,⁴² Bayern,⁴³ Sachsen,⁴⁴ jedoch keine Überwachung der technischen Anlagen in Altenpflegeheimen vor. Daher kann sie in Schleswig-Holstein nicht als Rechtsgrundlage für eine Überprüfung der Anlagen in Altenpflegeheimen herangezogen werden.

Brandschutzgesetz i. V. m. der Landesverordnung über die Durchführung der Brandverhütungsschau

Die brandschutzrechtlichen Anforderungen an Altenpflegeheime auf Grund der Landesbauordnung für das Land Schleswig-Holstein werden nur im Rahmen der Brandverhütungsschau überprüft. Diese ist in § 23 Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (Brandschutzgesetz - BrSchG)⁴⁵ i. V. m. der Landesverordnung über die Brandverhütungsschau (Brandverhütungsschauverordnung) (BrVSchauVO)⁴⁶ geregelt.

Das Brandschutzgesetz lautet auszugsweise:

§ 23 Aufgaben

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, in regelmäßigen Zeitabständen eine Brandverhütungsschau durchzuführen, um Mängel festzustellen, die Brand- und Explosionsgefahren verursachen, die Rettung von Menschen gefährden sowie wirksame Löscharbeiten behindern können. Durch die Brandverhütungsschau sind bauliche Anlagen im Sinne der Landesbauordnung zu überprüfen, die in besonderem Maße brand- und explosionsgefährdet sind und

⁴¹ Die Verordnung wurde am 22.11.2000 erlassen (Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein 2000, S. 602).

⁴² Verordnung über die wiederkehrende Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in baulichen Anlagen im Land Brandenburg (Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung - BbgSGPrüfV) vom 01. September 2003 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 2003, S. 557).

⁴³ Verordnung über Prüfungen von sicherheitstechnischen Anlagen und Einrichtungen (Sicherheitsanlagen-Prüfverordnung - SprüfV) vom 03. August 2001 (Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt 2001 S.593): Nach § 1 gilt die Verordnung für Sonderbauten im Sinne des Bauordnungsrechts. Nach Art 2 Abs. 4 S. 2 Nr. 9 BayBO sind Heime für alte Menschen Sonderbauten.

⁴⁴ Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern über die Prüfung technischer Anlagen und Einrichtungen in baulichen Anlagen und Räumen besonderer Art oder Nutzung (SächsTech-PrüfVO) vom 07. Februar 2000 (Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt 2000, S. 127): Nach § 1 Nr. 6 gilt die Verordnung für die Prüfung technischer Anlagen in Heimen für alte Menschen.

⁴⁵ Das Gesetz wurde am 10. Februar 1996 erlassen (Schleswig-Holsteinisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1996, S. 200).

⁴⁶ Die Verordnung wurde erlassen am 13. August 1998 (Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein 1998, S. 242).

bei denen bei Ausbruch eines Brandes eine größere Anzahl von Personen gefährdet werden kann. Das gleiche gilt für Gebäude, die nach dem Denkmalschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. November 1996 in das Denkmalsbuch eingetragen sind, wenn das Landesamt für Denkmalpflege eine Brandverhütungsschau als erforderlich bezeichnet hat. Dies gilt nicht für bauliche Anlagen, die der ständigen Aufsicht der Bergbehörde unterstehen. Die Aufsicht hinsichtlich betrieblicher Brandgefahren nach dem Arbeitsschutzgesetz vom 07. Dezember 1997, die Feuerstättenschau nach § 13 des Gesetzes über das Schornsteinfegerwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 1998 sowie regelmäßige Überprüfungen von Gebäuden und sonstigen baulichen Anlagen, die nach der Landesbauordnung, der auf ihrer Grundlage erlassenen Verordnungen sowie nach sonstigen Rechtsvorschriften vorgesehen sind, bleiben hiervon unberührt.

...

§ 29 Kosten

...

(3) Die Kreise und kreisfreien Städte können von den Verfügungsberechtigten Kostenersatz für die Durchführung der Brandverhütungsschau verlangen. ...

Die Landesverordnung über die Brandverhütungsschau lautet auszugsweise:

§ 1 Brandverhütungsschau

(1) Die Brandverhütungsschau nach § 23 Abs. 1 BrSchG ist Teil des vorbeugenden Brandsschutzes und dient der Bewertung baulicher Anlagen im Sinne des § 3 Abs. 1 dieser Verordnung zur Feststellung von Mängeln, die Brand- und Explosionsgefahren verursachen, die Rettung von Menschen gefährden sowie wirksame Löscharbeiten behindern können.

(2) Die Brandverhütungsschau umfasst insbesondere die Feststellung von Mängeln im Sinne des § 6 dieser Verordnung, die Anordnung der erforderlichen Maßnahmen zur Beseitigung festgestellter Mängel und die Überwachung der Mängelbeseitigung, soweit nicht andere Behörden zuständig sind.

...

§ 2 Zuständigkeit

(1) Die Brandverhütungsschau ist von den Kreisen und kreisfreien Städten in Wahrnehmung der Aufgaben der Gefahrenabwehr nach § 162 Abs. 3 Landesverwaltungsgesetz durchzuführen. Sie wird in den Kreisen von den Brandschutzingenieurinnen und Brandschutzingenieuren und in den kreisfreien Städten von den Berufsfeuerwehren durchgeführt.

...

§ 3 Anwendungsbereich

(1) Die Brandverhütungsschau ist durchzuführen in baulichen Anlagen im Sinne der Landesbauordnung,

die in besonderem Maße brand- und explosionsgefährdet sind,

bei denen bei Ausbruch eines Brandes eine größere Anzahl von Personen gefährdet werden kann oder

die in das Denkmalsbuch eingetragen sind, wenn das Landesamt für Denkmalpflege eine Brandverhütungsschau als erforderlich bezeichnet hat.

(2) Die Brandverhütungsschau ist in Zeitabständen von mindestens fünf Jahren durchzuführen. In sonstigen Rechtsvorschriften vorgeschriebene Prüffristen bleiben unberührt. Die Brandverhütungsschau kann mit den Überprüfungen nach § 23 Abs. 1 S. 5 BrSchG verbunden werden.

...

§ 5 Durchführung

(1) Der Zeitpunkt der Durchführung der Brandverhütungsschau ist den Verfügungsberechtigten der zu prüfenden Anlagen sowie den zu beteiligenden Stellen mindestens 14 Tage vor dem Tag der Durchführung schriftlich mitzuteilen oder in einer einvernehmlichen Terminabsprache festzulegen. ...

(2) Die Verfügungsberechtigten sind verpflichtet, die Durchführung der Brandverhütungsschau zu dulden und den mit der Durchführung beauftragten Personen den Zutritt zu allen Räumen und die Prüfung aller Einrichtungen und Anlagen zu gestatten sowie die zur Beurteilung des Brandschutzes erforderlichen Unterlagen zur Einsichtnahme vorzuhalten.

...

§ 6 Umfang

Bei der Brandverhütungsschau ist insbesondere festzustellen, ob

Auf Grund baulicher, technischer, betrieblicher oder sonstiger Mängel, auf Grund einer von der Baugenehmigung abweichenden Nutzung der baulichen Anlagen oder auf Grund der Lagerung brennbarer Stoffe die Gefahr von Bränden oder Explosionen besteht oder die Gefahr der Brandausbreitung erhöht wird,

die bauaufsichtlich vorgeschriebenen oder auf Grund anderer Rechtsvorschriften angeordneten brandschutztechnischen, betrieblichen oder organisatorischen Maßnahmen durchgeführt und die Sicherheitseinrichtungen in funktionsfähigem Zustand sind,

die vorgeschriebenen Löschmittel, Brandmelde-, Alarm-, Ersatzstrom- und Wasserdruckerhöhungsanlagen vorhanden und betriebsbereit sind,

die Rettungswege benutzbar, frei von brennbaren Stoffen und, soweit durch Rechtsvorschrift vorgeschrieben, entsprechend gekennzeichnet sind,

in Rechtsvorschriften vorgeschriebene Brandschutzordnungen bekannt sind und eingehalten werden und an den Zugängen von Lager- und Bearbeitungsstätten für Stoffe mit besonderer Brand- und Explosionsgefahr entsprechende Hinweise angebracht sind,

die bauliche Anlage für die Feuerwehr erreichbar und zugänglich ist, im Brandfall die Möglichkeit zur Rettung von Menschen und Tieren besteht, eine wirksame Brandbekämpfung gewährleistet und die Löschwasserversorgung gesichert ist und

die Betriebe und sonstigen Einrichtungen die nach § 26 Abs. 2 BrSchG erforderlichen Verzeichnisse, die im Rahmen der Genehmigungsverfahren nach der Landesbauordnung für das Land Schleswig-Holstein und dem Bundes-Immissionsschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Mai 1990 (BGBl I S. 880), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 18. April 1997 (BGBl I S. 805), geforderten Pläne sowie Flucht- und Rettungswegepläne nach § 55 Arbeitsstättenverordnung vom 20. März 1975 (BGBl I S. 729), zuletzt geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 4. Dezember 1996 (BGBl I S. 1841), vorhalten.

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Die von § 23 Brandschutzgesetz geforderte Durchführung einer Brandverhütungsschau dient der Gefahrenabwehr indem überprüft werden soll, ob die bautechnischen und organisatorischen Anforderungen an den vorbeugenden Brandschutz erfüllt werden und daher die Rettung von Menschen im Brandfall sichergestellt ist. Es handelt sich also um eine ordnungsrechtliche Vorschrift.

Geschichte der Vorschriften⁴⁷

Eine neben- und hauptamtliche Brandverhütungsschau wurde erstmals mit dem Gesetz über das Feuerlöschwesen vom 15.12.1933 eingeführt. Am 03.02.1948 wurde das „Gesetz über den Feuerschutz im Lande Schleswig-Holstein“⁴⁸ erlassen, welches durch sieben Verordnungen ergänzt wurde, die unter anderem auch die Brandverhütungsschau regelten. Dabei wurden alle Gebäude einer allgemeinen Brandverhütungsschau unterzogen. Im Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (Brandschutzgesetz - BrSchG) vom 04.11.1964⁴⁹ wurden die bisherigen Regelungen aus dem Feuerschutzgesetz von 1948 und den Folgeverordnungen in einem Gesetz zusammengefasst. Das Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren wurde im Jahre 1996 neu gefasst. Von den Änderungen war die Brandverhütungsschau nicht betroffen.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Mit der Brandverhütungsschau sind unter anderem bauliche Anlagen im Sinne der Landesbauordnung zu überprüfen, bei denen bei Ausbruch eines Brandes eine größere Anzahl von Personen gefährdet werden kann, § 23 Abs. 1 S. 1 BrSchG und § 3 Abs. 1 Nr. 2 BrVSchauVO. Eine weitere gesetzliche Konkretisierung der baulichen Anlagen, die Gegenstand der Brandverhütungsschau sind, gibt es nicht.⁵⁰ Ein Anhaltspunkt ist jedoch, ob die bauliche Anlage im bauordnungsrechtlichen Sinn zu den Sonderbauten gehört.⁵¹ Zu den Sonderbauten zählen nach § 58 Abs. 2 LBO sowohl Pflegeeinrichtungen als auch Heime für alte Menschen. Danach unterliegen in der Regel auch Altenpflegeheime der Brandverhütungsschau. Eine „größere Anzahl von Menschen“ wird angenommen, wenn das Altenpflegeheim 12 Betten hat.⁵²

⁴⁷ Karl-Heinz Mücke, Kommentar zum Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (BrSchG), Einleitung vor § 1.

⁴⁸ Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein 1948, S. 29.

⁴⁹ Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein 1964, S. 222.

⁵⁰ Karl-Heinz Mücke, Kommentar zum Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (BrSchG), § 23 Zif. 2.

⁵¹ Karl-Heinz Mücke, Kommentar zum Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (BrSchG), § 23 Zif. 2.

⁵² Karl-Heinz Mücke, Kommentar zum Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (BrSchG), § 23 Zif. 2. Herr Mücke gab in einem Telefongespräch an, dass er davon ausgehe, dass die Praxis sich an diesen Einschätzungen orientiert. Er arbeitet im Innenministerium, Abteilung Brandschutz.

Durchführung und Umfang der Brandverhütungsschau sowie Prüfungsintervalle

Bei der Brandverhütungsschau muss der Betreiber einer baulichen Anlage mitwirken, indem er Unterlagen zur Einsichtnahme vorzuhalten hat.

Der Umfang der Brandverhütungsschau ist in § 6 BrVSchauVO geregelt. Sie umfasst die Feststellung, ob die bauaufsichtlich vorgeschriebenen oder auf Grund anderer Rechtsvorschriften angeordneten brandschutztechnischen Maßnahmen durchgeführt und die Sicherheitseinrichtungen in funktionsfähigem Zustand sind. Dies betrifft z. B. die oben genannten Anlagen. Ferner wird festgestellt, ob die vorgeschriebenen Löschmittel, Brandmelde-, Alarm- und Ersatzstromanlagen vorhanden und betriebsbereit sind. Dies umfasst auch das Vorhandensein und die Betriebsbereitschaft des Feuerlöschers, der Rauchabzugsanlage sowie der Brandmeldeanlagen und der Ersatzstromanlage einschließlich der Sicherheitsbeleuchtung.⁵³ Dabei lässt sich die zuständige Behörde auch die Zertifikate darüber vorlegen, dass der Betreiber die in der Baugenehmigung vorgeschriebenen Überprüfungen seiner technischen Anlagen hat vornehmen lassen.⁵⁴

Die bauaufsichtlich angeordneten brandschutztechnischen Anforderungen an bauliche Anlagen beruhen auf §§ 19, 58 Landesbauordnung für das Land Schleswig-Holstein (LBO).⁵⁵

Nach § 19 Abs. 1 S. 1 LBO müssen bauliche Anlagen so beschaffen sein, dass der Entstehung und der Ausbreitung von Feuer und Rauch vorgebeugt wird und bei einem Brand die Rettung von Menschen und Tieren sowie wirksame Löscharbeiten möglich sind. Diese Regelung ist die Grundnorm des vorbeugenden Brandschutzes.⁵⁶ Die baulichen Anlagen müssen während ihrer gesamten Standdauer den brandschutztechnischen Anforderungen entsprechen.⁵⁷ Die für die Anlage verantwortlichen Personen sind daher für die ordnungsgemäße Instandhaltung der baulichen Anlage hinsichtlich der brandschutztechnischen Beschaffenheit verantwortlich und müssen daher regelmäßig die Rauchschutztüren, Feuerlöcher, Rauchabzugsanlagen, Feuerlöscheinrichtungen überprüfen.⁵⁸

Weitere Anforderungen können nach § 58 LBO gestellt werden. Danach kann die Baugenehmigungsbehörde an bauliche Anlagen im Einzelfall zur Verwirklichung der

⁵³ Karl-Heinz Mücke, Kommentar zum Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (BrSchG), § 23 Zif. 4.

⁵⁴ Telefonische Auskunft von Herrn König von der Berufsfeuerwehr Kiel, Abteilung vorbeugender Brandschutz sowie von Herrn Dammann, Innenministerium Schleswig-Holstein, Dezernat Bauaufsicht.

⁵⁵ Zugrunde gelegt wird die LBO in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Januar 2000 (Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein 2000, S. 47). § 19 Abs. 1 LBO entspricht dem Wortlaut des § 17 LBO in der ab 01. August 1994 geltenden Fassung (Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein 1994, S. 243 (249)) der Landesbauordnung vom 24. Februar 1983 (Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein 1983, S. 86). Die Generalklausel existiert also bereits seit über 20 Jahren.

⁵⁶ Domning/Möller/Suttkus, Bauordnungsrecht Schleswig-Holstein, §19 Rn 2.

⁵⁷ Domning/Möller/Suttkus, Bauordnungsrecht Schleswig-Holstein, §19 Rn 35.

⁵⁸ Domning/Möller/Suttkus, Bauordnungsrecht Schleswig-Holstein, §19 Rn 35.

allgemeinen Anforderungen nach § 3 Abs. 2 besondere Anforderungen stellen, wenn durch die besondere Art oder Nutzung baulicher Anlagen und Räume ihre Benutzerinnen oder Benutzer oder die Allgemeinheit gefährdet oder in unzumutbarer Weise belästigt werden, § 58 Abs. 1 S. 1 LBO. Als so genannte Sonderbauten werden unter anderem Heime für alte Menschen (§ 58 Abs. 2 Nr. 8 LBO) definiert. Diese besonderen Anforderungen können unter anderem Brandschutzeinrichtungen und Brandschutzvorkehrungen betreffen, § 58 Abs. 1 S. 3 LBO. Diese Anforderungen ergänzen den vorbeugenden baulichen Brandschutz durch technische Anlagen oder organisatorische Maßnahmen.⁵⁹ Ziel ist es, auf diese Weise die durch die besondere Art oder Nutzung der baulichen Anlage bedingte Gefahr zu vermindern und das erforderliche Mindestsicherheitsniveau zu erreichen.⁶⁰ Zu den ortsfesten technischen Anlagen zählen unter anderem Sprinkler- und Brandmeldeanlagen sowie Rauch- und Wärmeabzugsanlagen; zu den beweglichen technischen Anlagen gehören unter anderem die Feuerlöscher.⁶¹

Auf Grund von § 58 LBO werden in einer Nebenbestimmung zur Baugenehmigung besondere Anforderungen an Altenpflegeheime gestellt, weil die Menschen aus diesen Gebäuden in der Regel schwer zu evakuieren sind. Sie sind häufig körperlich beeinträchtigt und geistig verwirrt. Dies erschwert die Rettungsmaßnahmen. Daher müssen die brandschutztechnischen Vorkehrungen verstärkt und betriebsbereit sein.⁶²

Im Rahmen des § 58 LBO wird den Betreibern in der Regel zur Auflage gemacht, die brandschutztechnischen Anlagen alle 2 bis 3 Jahre durch Sachverständige überprüfen zu lassen. Die Überprüfung liegt dann im Verantwortungsbereich der Betreiber, die auf Verlangen der Bauaufsichtsbehörde den Nachweis über die Wartung führen müssen. Diese Prüfungszertifikate müssen dann im Rahmen der Brandverhütungsschau vorgelegt werden können. Wenn bei der Brandverhütungsschau ein Mangel festgestellt wird, wird die Bauaufsichtsbehörde benachrichtigt, die dann unter Umständen einschreitet.⁶³

Die Brandverhütungsschau ist mindestens alle fünf Jahre durchzuführen, § 3 Abs. 2 BrV SchVO.

Überprüfung der Vorschrift

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die Brandverhütungsschau dient der Bewertung baulicher Anlagen zur Feststellung von Mängeln, die Brand- und Explosionsgefahren verursachen, die Rettung von Menschen gefährden sowie wirksame Löscharbeiten behindern können, § 1 Abs. 1

⁵⁹ Domning/Möller/Suttkus, Bauordnungsrecht Schleswig-Holstein, §19 Rn 6.

⁶⁰ Domning/Möller/Suttkus, Bauordnungsrecht Schleswig-Holstein, §19 Rn 6.

⁶¹ Domning/Möller/Suttkus, Bauordnungsrecht Schleswig-Holstein, §19 Rn 6.

⁶² Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Innenministeriums Schleswig-Holstein, Dezernat Bauaufsicht.

⁶³ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Innenministeriums Schleswig-Holstein, Dezernat Bauaufsicht.

BrVschauVO. Die Norm bezweckt also den Schutz und die Rettung von Menschen im Falle eines Brandes.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Eine Überprüfung baulicher Anlagen im Hinblick darauf, ob die brandschutztechnischen und bautechnischen Anlagen und Anforderungen erfüllt sind sowie die oben genannten Anforderungen selbst sind geeignet, die Rettung von Menschen im Brandfall zu unterstützen und zu sichern. So dient beispielsweise die Brandmeldeanlage dazu, auf einen Brandherd aufmerksam zu machen und diesen frühzeitig bekämpfen zu können. Die Rauchabzugsanlagen dienen der Verhinderung von Rauchvergiftungen.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Es ist auch kein milderes Mittel als die oben genannten Anforderungen und eine regelmäßige Brandverhütungsschau durch die Feuerwehr denkbar, um sicherzustellen und festzustellen, dass und ob im Falle eines Brandes die Menschen so effektiv wie möglich gerettet werden können. Wenn die brandschutztechnischen Maßnahmen nicht erhöht wären und nur denen entsprechen würden, die an normale Wohngebäude gestellt werden, könnte die besondere Situation der pflegebedürftigen Menschen nicht ausreichend berücksichtigt werden.⁶⁴ Die Verpflichtung der Betreiber, die bauliche Anlage bei ihrer Errichtung mit brandschutztechnischen Anlagen zu versehen und diese später überprüfen zu lassen, ist langfristig betrachtet eine geringere finanzielle Belastung als z. B. die Verpflichtung, in jedem Zimmer Personal bereit halten zu müssen, das einen Brandherd bemerkt und jedem Bewohner sofort helfen kann.

Auch das Zeitintervall von fünf Jahren ist erforderlich. Ein längeres Intervall würde zwar eine geringere Belastung für die Betreiber darstellen, da sie die Brandverhütungsschau weniger oft dulden und an ihr mitwirken müssen; angesichts dessen, dass die technische Entwicklung immer schneller voranschreitet ist ein längerer Zeitraum als fünf Jahre jedoch kein gleich geeignetes Mittel.

Angemessenheit der Vorschrift (Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz)

Die gesetzlich angeordneten Anforderungen an die Altenpflegeheime selbst sowie die wiederkehrende Durchführung einer Brandverhütungsschau zur Überprüfung der Einhaltung dieser Anforderungen ist auch angemessen. Den Betreibern ist sowohl die Einhaltung der baulichen Anforderungen als auch die Duldung der Brandverhütungsschau sowie die eventuelle Tragung der Kosten zumutbar.

Erfahrungsgemäß ist die effektive Rettung der Menschen aus einem Pflegeheim ein großes Problem, weil die Bewohner nicht adäquat auf diese Situation reagieren können. Die Bewohner sind auf Grund ihres gesundheitlichen Zustands häufig nicht in der Lage, sich im Falle eines Brandes ohne fremde Hilfe zu retten. Teilweise merken die

⁶⁴ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Innenministeriums Schleswig-Holstein, Dezernat Bauaufsicht.

Menschen auch nicht, dass es brennt, rufen deshalb nicht um Hilfe und können unter Umständen nicht gerettet werden. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG durch die Pflicht zur Duldung der Brandverhütungsschau erfolgt somit zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Bewohner des Altenpflegeheimes, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit sind höherwertiger als die allgemeine Handlungsfreiheit. Zudem setzen die Betreiber mit dem Betrieb des Altenpflegeheimes eine Gefahrenquelle für die Bewohner und Mitarbeiter. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Betreiber finanzielle Vorteile aus dem Betrieb des Altenpflegeheimes erlangen.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Gleichbehandlung von Altenpflegeheimen und Krankenhäusern findet ihre Rechtfertigung in der vergleichbaren Situation der Menschen. Sowohl im Krankenhaus als auch im Altenpflegeheim befinden sich Menschen, die für einen gewissen Zeitraum oder auf Dauer auf fremde Hilfe angewiesen sind, vor allem im Falle eines Brandes.⁶⁵ Dementsprechend müssen die Anforderungen an den Brandschutz und die Funktionsfähigkeit der Anlagen höher sein als bei normalen Wohnhäusern und annähernd gleich sein.

Stellungnahme aus der Verwaltungspraxis

Die Feuerwehr befürwortet eine detailliertere Regelung mit klareren Vorgaben, welche baulichen Anlagen im Rahmen einer Brandverhütungsschau zu prüfen sind. Dies würde es ermöglichen, die knappen Personalressourcen gezielter einzusetzen und es müsse keine Zeit darauf verwendet werden, erst mal zu überprüfen, ob eine Anlage der Brandverhütungsschau unterliegt oder nicht.⁶⁶ Ferner wäre der Verwaltungsaufwand geringer, weil weniger Widersprüche der Betreiber erwartet werden.⁶⁷

Gleichwohl wird ein Mindestmaß an Ermessensspielraum gewünscht, um auf das Gefahrenpotenzial einiger seltenen, aber dennoch relevanten, nicht erfassten Objekte reagieren zu können.⁶⁸

Die Brandverhütungsschau in Altenpflegeheimen sollte nicht abgeschafft werden. Eine Generalklausel ermöglicht eine Wertung im Einzelfall im Hinblick auf das tatsächliche Gefahrenpotenzial.

Ergebnis (Schleswig-Holstein)

In Schleswig-Holstein finden keine verfassungsrechtlich ungerechtfertigten brandschutztechnischen Überprüfungen statt. Es ist lediglich festzuhalten, dass nicht alle

⁶⁵ Telefonische Auskunft von Herrn Mücke vom Innenministerium Schleswig-Holstein, Abteilung Brandschutz sowie Herrn Dammann vom Innenministerium Schleswig-Holstein, Dezernat Bauaufsicht.

⁶⁶ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr Kiel.

⁶⁷ Schriftliche Stellungnahme der Feuerwehr Kiel, Amt für Brandschutz, Rettungsdienst, Katastrophen- und Zivilschutz.

⁶⁸ Schriftliche Stellungnahme der Feuerwehr Kiel, Amt für Brandschutz, Rettungsdienst, Katastrophen- und Zivilschutz.

brandschutztechnischen Anlagen oder organisatorischen Maßnahmen von einer Behörde gebündelt geprüft werden, sondern die Zuständigkeiten aufgeteilt sind. Teilweise wird die Überprüfung der brandschutztechnischen Anforderungen auf Grund der Baugenehmigung in die Eigenverantwortung der Betreiber gegeben und sie müssen Sachverständige mit der Überprüfung bestimmter Anlagen beauftragen. Der andere Teil wird von den Brandschutzingenieuren bzw. der Berufsfeuerwehr übernommen, die bei der Gelegenheit nur den Nachweis über die Durchführung der Überprüfung der technischen Anlagen durch Sachverständige fordert. Es entsteht dadurch nur subjektiv bei den Betreibern der Eindruck, sie würden ständig ordnungsrechtlich überwacht.

Die Kritik der Betreiber der Altenpflegeheime ist rechtlich nicht berechtigt.

- **Brandenburg**

Auch in Brandenburg werden die eingangs aufgezählten Anlagen überwacht.

Gesetzliche Grundlagen

Rechtsgrundlagen für die Erforderlichkeit und die Überprüfung der oben genannten Anlagen finden sich in der „Verordnung über bauaufsichtliche Anforderungen an Krankenhäuser und Pflegeheime im Land Brandenburg“ in Verbindung mit der „Verordnung über die wiederkehrende Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in baulichen Anlagen im Land Brandenburg“ sowie im „Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz des Landes Brandenburg“ in Verbindung mit der „Verordnung über die Organisation und die Durchführung der Brandverhütungsschau“. Wenn eine Überprüfung im Rahmen der Brandverhütungsschau durchgeführt wird, entfällt die bauordnungsbehördliche Überprüfung.

Der Minister für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr der Landesregierung Brandenburg hat die Ermächtigung in § 80 Abs. 1 Nr. 2 BbgBO zur Regelung der erstmaligen und wiederkehrenden Prüfung von Anlagen, die zur Verhütung erheblicher Gefahren oder Nachteile ständig ordnungsgemäß instand gesetzt und instand gehalten werden müssen und die Erstreckung dieser Nachprüfungspflicht auf bestehende Anlagen umgesetzt und die Verordnung über die wiederkehrende Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in baulichen Anlagen im Land Brandenburg (Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung - BbgSGPrüfV)⁶⁹ erlassen.

Die Verordnung über die wiederkehrende Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in baulichen Anlagen im Land Brandenburg lautet auszugsweise:

§ 1 Anwendungsbereich

Diese Verordnung gilt für die Prüfung sicherheitstechnischer Gebäudeausrüstungen in

...

3. Krankenhäusern und Pflegeheimen nach der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung

⁶⁹ Die Verordnung wurde am 01. September 2003 erlassen (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 2003 S. 557).

...

§ 2 Prüfungen

Folgende sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungen müssen vor der ersten Inbetriebnahme der baulichen Anlage, unverzüglich nach einer wesentlichen Änderung sowie mindestens alle zwei Jahre durch bauaufsichtlich anerkannte Sachverständige auf ihre Beschaffenheit, Wirksamkeit und Betriebssicherheit geprüft werden:

maschinelle Lüftungsanlagen, ausgenommen solche, die einzelne Räume im selben Geschoss unmittelbar ins Freie be- oder entlüften,

CO-Warnanlagen,

Rauchabzugsanlagen sowie maschinelle Anlagen zur Rauchfreihaltung,

automatische Feuerlöschanlagen, nicht automatische Feuerlöschanlagen mit nassen Steigleitungen oder Druckerhöhungsanlagen,

Brandmelde- und Alarmierungsanlagen,

Sicherheitsstromversorgungsanlagen

...

§ 5 Pflichten der Bauherren oder Betreiber

(1) Die Prüfungen nach § 2 sind vom Bauherrn oder Betreiber rechtzeitig zu veranlassen. Für die Prüfungen sind die nötigen Vorrichtungen und fachlich geeigneten Arbeitskräfte bereitzustellen und die erforderlichen Unterlagen bereitzuhalten.

(2) Der Bauherr oder der Betreiber der sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstung hat die bei der Prüfung festgestellten Mängel in einer angemessenen Frist, bei konkreter Gefahr für die Sicherheit unverzüglich, zu beseitigen und die Beseitigung dem bauaufsichtlich anerkannten Sachverständigen mitzuteilen.

...

§ 6 Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig im Sinne des § 79 Abs. 3 Nr. 1 der Brandenburgischen Bauordnung handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 2 die vorgeschriebenen Prüfungen nicht oder nicht spätestens binnen drei Monaten nach Ablauf der Frist nach § 2 Satz 1 durchführen lässt. Der Bauherr oder Betreiber kann nach § 79 Abs. 3 Nr. 1 der Brandenburgischen Bauordnung mit einer Geldbuße bis zu 10.000 EUR belegt werden.

(2) Ordnungswidrig im Sinne des § 79 Abs. 3 Nr. 1 der Brandenburgischen Bauordnung handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 5 Abs. 1 die Prüfung nicht rechtzeitig veranlasst oder entgegen § 5 Abs. 1 Mängel nicht fristgerecht oder unverzüglich abstellt. Der Bauherr oder Betreiber kann nach § 79 Abs.3 Nr. 1 der Brandenburgischen Bauordnung mit einer Geldbuße bis zu 10.000 EUR belegt werden.

Rechtliche Einordnung der Vorschrift

Die Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung verpflichtet den Betreiber bestimmter baulicher Anlagen, bestimmte sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungen regelmäßig zu überprüfen, die unter anderem im Brandfall die Rettung von Menschen unterstützen sollen. Ein Verstoß des Betreibers gegen die Pflichten aus der Brandenburgischen Sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung ist eine Ordnungswidrigkeit und kann mit einem Bußgeld geahndet werden.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Die Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung gilt für Krankenhäuser und Pflegeheime im Sinne der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung, § 1 Nr. 3 BbgSGPrüfV. Die Brandenburgische Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung gilt für den Bau und Betrieb von Krankenhäusern und Pflegeheimen, § 1 BbgKPBauV. Zu den Pflegeheimen zählen insbesondere Altenpflegeheime, § 2 S. 2 BbgKPBauV. Die Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung findet damit auf Altenpflegeheime Anwendung.

Geschichte der Vorschrift

Die Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung wurde ebenfalls im September 2003 erlassen. Sie ersetzt die Brandenburgische Verordnung über die wiederkehrende Prüfung technischer Anlagen und Einrichtungen in baulichen Anlagen (BbgTAPrüfV),⁷⁰ die auf Grund der Brandenburgischen Bauordnung von 1998 erlassen worden war. Diese unterwarf die gleichen technischen Anlagen einer wiederkehrenden Überprüfungspflicht wie die Brandenburgische Sicherheitstechnische Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung und sah gleichfalls ein Prüfungsintervall von zwei Jahren vor. Sie enthielt jedoch keinen Katalog der baulichen Anlagen, in denen die technischen Anlagen überprüft werden sollen. Es kam vielmehr darauf an, ob die technischen Anlagen und Einrichtungen der Erfüllung bauaufsichtlicher Anforderungen dienen oder nicht, § 1 S. 2 BbgTAPrüfV.

Der Katalog der baulichen Anlagen, in denen die sicherheitstechnischen Anlagen überprüft werden sollen, wurde 2003 eingeführt, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit zu schaffen, die mit der alten Regelung nicht gegeben war.⁷¹

Durchführung und Umfang der Überprüfungen sowie Prüfungsintervall

Nach der Brandenburgischen Sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung hat der Betreiber eines Altenpflegeheimes unter anderem die Rauchabzugsanlagen sowie maschinelle Anlagen zur Rauchfreihaltung, Brandmelde- und Alarmierungsanlagen und Sicherheitsstromversorgungsanlagen mindestens alle zwei Jahre von Sachverständigen überprüfen zu lassen, § 2 BbgSGPrüfV. Im Rahmen der bauaufsichtlichen Überprüfung muss der Betreiber die Nachweise über die Überprüfung vorlegen.⁷² Der Betreiber kann sich aus einem Verzeichnis von Sachverständigen einen Sachverständigen aussuchen, mit dem er das Entgelt für die Überprüfung aushandelt.

⁷⁰ Die Verordnung wurde am 21. Juli 1998 erlassen (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg Teil II, S. 533).

⁷¹ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung.

⁷² Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Bauaufsichtsbehörde Potsdam.

Überprüfung der Vorschriften

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die regelmäßige Überprüfung der sicherheitstechnischen Anlagen im Hinblick auf das Vorhandensein und ihre Funktionsfähigkeit auf Grund der Brandenburgischen Sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung bezwecken, die Rettung von Menschen im Falle eines Brandes zu unterstützen und zu erleichtern.

Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung

Da die meisten Brände nachts entstehen, wenn die Bewohner mit einer brennenden Zigarette oder bei einer brennenden Kerze einschlafen und gleichzeitig weniger Personal vorhanden ist,⁷³ sind die brandschutztechnischen Anlagen und Maßnahmen sowie ihre regelmäßige Überprüfung geeignet, die Rettung von Menschen im Falle eines Brandes zu unterstützen und zu erleichtern.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Im Hinblick auf die in der Brandenburgischen Sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung geregelte gesetzliche Verpflichtung zur Vornahme von Überprüfungen ist keine gleich effektive Maßnahme ersichtlich, welche die Betreiber weniger stark belastet. Es würde zwar eine geringere Belastung bedeuten, wenn die Überprüfung der Anlagen in das Belieben der Betreiber gestellt werden würde. Dies wäre jedoch weniger effektiv, weil ohne eine gesetzliche Verpflichtung keine oder weniger häufige Überprüfungen veranlasst werden würden.⁷⁴

Das Zeitintervall von zwei Jahren ist ebenfalls notwendig. Ein längeres Zeitintervall stellt zwar eine geringere Belastung für die Betreiber dar. Auch in Brandenburg könnte theoretisch ein Zeitintervall von drei Jahren eingeführt werden, wie dies in anderen Bundesländern der Fall ist. Wegen der Unbeweglichkeit der Menschen in Altenpflegeheimen ist jedoch eine einwandfreie Funktionsfähigkeit der Anlagen gerade im Hinblick darauf unerlässlich, dass die meisten Brände nachts entstehen, wenn weniger Personal im Dienst ist.⁷⁵ Zudem wird in der Verwaltungspraxis festgestellt, dass einige bauaufsichtliche Sachverständige nicht ordentlich prüfen und daher die Anlagen tatsächlich nicht in einem funktionsfähigen Zustand sind, sodass eine bauaufsichtliche Nachprüfung häufig Mängel zutage fördert.⁷⁶ Deswegen wurde ein Prüfungsintervall von zwei Jahren gewählt.⁷⁷

⁷³ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

⁷⁴ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht sowie eines Mitarbeiters der Bauordnungsbehörde Potsdam.

⁷⁵ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

⁷⁶ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Bauordnungsbehörde Potsdam.

⁷⁷ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

Angemessenheit der Vorschrift (Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz)

Die mit der Brandenburgischen Sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung gesetzlich angeordnete wiederkehrende Überprüfung von technischen Anlagen ist angemessen. Den Betreibern ist sowohl die Durchführung als auch die Tragung der Kosten für die Überprüfung der Anlagen zumutbar. Erfahrungsgemäß ist die effektive Rettung der Menschen aus einem Pflegeheim ein großes Problem, weil die Bewohner nicht adäquat auf diese Situation reagieren können.⁷⁸ Die Bewohner sind auf Grund ihres gesundheitlichen Zustands häufig nicht in der Lage, sich im Falle eines Brandes ohne fremde Hilfe zu retten. Teilweise merken die Menschen auch nicht, dass es brennt, können keine Hilfe herbeirufen und unter Umständen nicht gerettet werden. Die einwandfreie Funktionsfähigkeit der brandschutztechnischen Anlagen ist also unbedingt notwendig. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG durch die Pflicht zur Überprüfung der Anlagen auf eigene Kosten erfolgt somit zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Bewohner des Altenpflegeheimes, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit sind höherwertiger als die allgemeine Handlungsfreiheit. Zum anderen setzen die Betreiber mit dem Betrieb des Altenpflegeheimes eine Gefahrenquelle für deren Bewohner. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Betreiber finanzielle Vorteile aus dem Betrieb des Altenpflegeheimes erlangen.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Gleichbehandlung von Altenpflegeheimen und Krankenhäusern findet ihre Rechtfertigung in der vergleichbaren Situation der Menschen. Sowohl im Krankenhaus als auch im Altenpflegeheim befinden sich Menschen, die für einen gewissen Zeitraum oder auf Dauer auf fremde Hilfe angewiesen sind, vor allem im Falle eines Brandes, weil sie unbeweglicher sind als gesunde oder jüngere Menschen.⁷⁹ Dementsprechend müssen die Anforderungen an den Brandschutz und die Funktionsfähigkeit der Anlagen in Altenpflegeheimen und Krankenhäusern höher als bei normalen Wohnhäusern und annähernd gleich sein.

Eine Verpflichtung zur Überprüfung der Anlagen wird für erforderlich gehalten, weil sonst die Betreiber baulicher Anlagen die brandschutztechnischen Anlagen nicht regelmäßig überprüfen würden. Ob das Zeitintervall nun zwei oder drei Jahre betragen muss, könne dabei dahingestellt bleiben.

Empfehlung

Die Vorschriften über die regelmäßige Überprüfung der brandschutztechnischen Anlagen sollten nicht aufgehoben werden.

⁷⁸ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

⁷⁹ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

- **Brandenburg**

Gesetzliche Grundlagen

Der Minister für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr der Landesregierung Brandenburg hat von der Ermächtigung in § 80 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 BbgBO Gebrauch gemacht, nähere Bestimmungen über die unter anderem in § 44 Abs. 2 BbgBO genannten Anforderungen an Sonderbauten zu erlassen und die Verordnung über bauaufsichtliche Anforderungen an Krankenhäuser und Pflegeheime im Land Brandenburg (Brandenburgische Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung - BbgKP-BauV)⁸⁰ erlassen.

Die Verordnung über bauaufsichtliche Anforderungen an Krankenhäuser und Pflegeheime im Land Brandenburg lautet auszugsweise:⁸¹

§ 1 Geltungsbereich

Diese Verordnung gilt für den Bau und den Betrieb von Krankenhäusern und Pflegeheimen.

...

§ 2 Begriffe

...

(2) Pflegeheime sind bauliche Anlagen, in denen die zu versorgenden pflegebedürftigen Personen untergebracht, gepflegt und gepflegt werden. Hierzu zählen insbesondere Altenpflege- und Behindertenheime.

...

§ 9 Türen

(1) In Brandwänden müssen Türen feuerbeständig, rauchdicht und selbst schließend sein.

(2) In Raum abschließenden Innenwänden, die feuerbeständig sein müssen, müssen Türen mindestens Feuer hemmend, rauchdicht und selbst schließend sein.

(3) In Raum abschließenden Innenwänden, die hoch Feuer hemmend sein müssen, müssen Türen mindestens rauchdicht und selbst schließend sein.

(4) In Raum abschließenden Innenwänden, die Feuer hemmend sein müssen, müssen Türen mindestens dicht schließend und vollwandig sein.

(5) Die lichte Breite der Türen von Aufenthaltsräumen und der Türen im Zuge von Rettungswegen muss mindestens 0,90 m betragen. In Krankenhäusern und in Intensivbereichen von Pflegeheimen muss die lichte Breite der Türen, durch die Kranke liegend befördert werden, mindestens 1,25 m betragen.

(6) Türen in Rettungswegen müssen in Fluchrichtung aufschlagen und dürfen keine Schwellen haben. Die Türen müssen jederzeit von innen leicht und in voller Breite geöffnet werden können. Die Türen, die wegen einer sicheren Unterbringung von Personen verschlossen gehalten werden, müssen im Gefahrenfall durch das Personal ohne Zeitverzug geöffnet werden können.

⁸⁰ Die Verordnung wurde am 21. Februar 2003 erlassen (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 2003 S. 140).

⁸¹ Hier werden nur zentrale Normen der Verordnung vorgestellt. Die übrigen relevanten Normen werden im Text selbst zitiert.

(7) Pendeltüren und Schiebetüren sind im Zuge von Rettungswegen unzulässig, dies gilt nicht für automatische Schiebetüren, die die Rettungswege nicht beeinträchtigen.

(8) Türen, die selbst schließend sein müssen, dürfen offen gehalten werden, wenn sie Einrichtungen haben, die bei Raucheinwirkung ein selbsttätiges Schließen der Türen bewirken; sie müssen auch von Hand geschlossen werden können.

§ 10 Sicherheitsstromversorgungsanlagen und Blitzschutzanlagen

(1) Krankenhäuser und Pflegeheime müssen eine Sicherheitsstromversorgungsanlage haben, die bei Ausfall der allgemeinen Stromversorgung den Betrieb der sicherheitstechnischen Anlagen und Einrichtungen übernimmt, insbesondere der

Sicherheitsbeleuchtung

automatischen Feuerlöschanlagen und Druckerhöhungsanlagen für die Löschwasserversorgung

Rauchabzugsanlagen

Brandmeldeanlagen

Alarmierungsanlagen und Rufanlagen.

...

§ 13 Feuerlöscheinrichtungen und -anlagen

(1) Gebäude sind mit geeigneten Feuerlöschern in ausreichender Zahl auszustatten. Die Feuerlöscher sind gut sichtbar und leicht zugänglich anzubringen.

§ 14 Brandmelde- und Alarmierungsanlagen, Brandmelder- und Alarmzentrale, Brandfallsteuerung der Aufzüge

(1) Krankenhäuser und Pflegeheime müssen Brandmeldeanlagen mit automatischen und nichtautomatischen Brandmeldern haben.

(2) Krankenhäuser und Pflegeheime müssen Alarmierungsanlagen haben, mit denen das Betriebspersonal alarmiert werden kann.

(3) Krankenhäuser und Pflegeheime müssen zusätzlich zu den örtlichen Bedienungsvorrichtungen zentrale Bedienungsvorrichtungen für Rauchabzugs-, Feuerlösch-, Brandmelde-, Alarmierungsanlagen haben, die in einem für die Feuerwehr leicht zugänglichen Raum (Brandmelder- und Alarmzentrale) zusammengefasst werden.

(4) Aufzüge müssen mit einer Brandfallsteuerung ausgestattet sein, die durch die automatische Brandmeldeanlage ausgelöst wird. Die Brandfallsteuerung muss sicherstellen, dass die Aufzüge des betroffenen Brandabschnitts das Erdgeschoss oder das diesem nächstgelegene, nicht von der Brandmeldung betroffene Geschoss unmittelbar anfahren und dort mit geöffneten Türen außer Betrieb gehen.

...

§ 16 Rettungswege, Flächen für die Feuerwehr

...

(2) Rettungswege in Krankenhäusern und Pflegeheimen müssen ständig frei gehalten werden.

...

§ 19 Prüfungen

(1) Die Bauaufsichtsbehörde hat Krankenhäuser und Pflegeheime in Zeitabständen von höchstens zwei Jahren zu prüfen. Dabei ist auch die Einhaltung der Betriebsvorschriften zu überwachen und festzustellen, ob die vorgeschriebenen wiederkehrenden Prüfungen fristgerecht durchgeführt und etwaige Mängel beseitigt worden sind. Der Heimaufsicht, der Ordnungsbehörde, der Gewerbeaufsicht und der Brandschutzdienststelle ist Gelegenheit zur Teilnahme an den Prüfungen zu geben.

(2) In Jahren, in denen eine Brandschau nach § 23 des Brandschutzgesetzes unter Beteiligung der Bauaufsichtsbehörde durchgeführt wird, entfällt die Prüfung nach Absatz 1.

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Die Brandenburgische Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung sieht wiederkehrende bauaufsichtliche Überprüfungen vor. Sie gehört zum Bauordnungsrecht und legt unter anderem als Konkretisierung des in § 12 BbgBO geregelten vorbeugenden Brandschutzes Anforderungen an die baulichen Anlagen Krankenhaus und Pflegeheim fest, die im Brandfall die Rettung von Menschen erleichtern sollen.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Die Brandenburgische Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung gilt für den Bau und Betrieb von Krankenhäusern und Pflegeheimen, § 1 BbgKPBauV. Zu den Pflegeheimen zählen insbesondere Altenpflegeheime, § 2 S. 2 BbgKPBauV.

Geschichte der Vorschriften

Die Brandenburgische Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung wurde im September 2003 erlassen. Die Landesregierung sah sich dazu veranlasst, weil in Brandenburg viele Krankenhäuser und Pflegeheime neu gebaut werden und es viele Brände in Altenpflegeheimen und Krankenhäusern gab, die Musterbauordnung der ARGEBAU aus dem Jahre 1976 jedoch überaltet war und die ARGEBAU keine neue Musterrichtlinie ausgearbeitet hatte.⁸²

Durchführung und Umfang der Überprüfungen sowie Prüfungsintervall

Die Überprüfung der Altenpflegeheime durch die Bauaufsichtsbehörde kann unter Beteiligung der Heimaufsicht, der Ordnungsbehörde, der Gewerbeaufsicht und der Brandschutzdienststelle durchgeführt werden. Dabei wird die Einhaltung der in der Verordnung vorgeschriebenen baulichen Anforderungen überprüft. Dies betrifft vor allem die bauordnungsrechtlichen Anforderungen hinsichtlich der Türen (§ 9 BbgKPBauV) und Aufzüge (§ 14. Abs. 4 BbgKPBauV), aber auch das Vorhandensein und die Funktionsfähigkeit der Rauchabzugsanlagen und Brandmeldeanlagen (§ 14 BbgKPBauV).⁸³

Ferner wird überwacht, ob die vorgeschriebenen wiederkehrenden Überprüfungen fristgerecht durchgeführt und etwaige Mängel beseitigt worden sind, § 19 Abs. 1 S. 2 BbgKPBauV. Dies umfasst nur die in der oben erörterten Brandenburgischen Sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung geregelte Verpflichtung des

⁸² Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

⁸³ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Bauaufsichtsbehörde Potsdam.

Betreibers bestimmter baulicher Anlagen, bestimmte technische Anlagen regelmäßig überprüfen zu lassen.⁸⁴ Im Rahmen der bauaufsichtlichen Überprüfung muss der Betreiber die Nachweise über die Überprüfung vorlegen.⁸⁵

Die bauaufsichtlichen Überprüfungen sollen mindestens alle zwei Jahre durchgeführt werden, § 19 Abs. 1 S. 1 BbgKPBauV.

Überprüfung der Vorschriften

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die brandschutztechnischen Anlagen sowie ihre regelmäßige Überprüfung im Hinblick auf das Vorhandensein und ihre Funktionsfähigkeit auf Grund der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim- Bauverordnung bezwecken, die Rettung von Menschen im Falle eines Brandes zu unterstützen und zu erleichtern.

Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung

Da die meisten Brände nachts entstehen, wenn die Bewohner mit einer brennenden Zigarette oder bei einer brennenden Kerze einschlafen und gleichzeitig weniger Personal vorhanden ist,⁸⁶ sind die brandschutztechnischen Anlagen und Maßnahmen sowie ihre regelmäßige Überprüfung geeignet, die Rettung von Menschen im Falle eines Brandes zu unterstützen und zu erleichtern.

Erforderlichkeit der Vorschrift- geringstmögliche Belastung

Es ist keine vergleichbare Maßnahme ersichtlich, die die gleiche Effektivität wie die brandschutztechnischen Anforderungen und die bauaufsichtliche Überprüfung nach der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Bauverordnung hat, für die Betreiber jedoch eine geringere Belastung bedingt. Die Berücksichtigung künftiger Rettungsmöglichkeiten für Menschen bei der Errichtung eines Gebäudes ist die einzig sinnvolle Methode, um im Brandfall die Menschen so schnell und sicher wie möglich retten zu können. Auch die regelmäßige wiederkehrende Überprüfung ist die einzige Möglichkeit, die Funktionsfähigkeit der Anlagen und damit eine effektive Rettung der Menschen sicherzustellen.

Das Zeitintervall von zwei Jahren ist ebenfalls notwendig. Eine längeres Zeitintervall stellt zwar eine geringere Belastung für die Betreiber dar, jedoch ist wegen der Unbeweglichkeit der Menschen in Altenpflegeheimen eine einwandfreie Funktionsfähigkeit der Anlagen gerade im Hinblick darauf unerlässlich, dass die meisten Brände nachts entstehen, wenn weniger Personal im Dienst ist.⁸⁷ Zudem hat sich in der Praxis gezeigt, dass die Betreiber ihren Überprüfungspflichten nach der Brandenburgischen Sicherheitstechnischen Gebäudeausrüstungs-Prüfverordnung nicht gewissenhaft ge-

⁸⁴ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

⁸⁵ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Bauaufsichtsbehörde Potsdam.

⁸⁶ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

⁸⁷ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

nug nachkommen, sodass gerade bei Altanlagen die Überprüfungen von nicht sachkundigen Personen durchgeführt werden.⁸⁸ Daher werden bei einer bauaufsichtlichen Prüfung Mängel festgestellt, die einem Sachverständigen aufgefallen wären und dazu geführt hätten, dass der Betreiber zur Mängelbeseitigung aufgefordert wird.⁸⁹ Ein längeres Zeitintervall als zwei Jahre für die bauaufsichtliche Überprüfung wäre deshalb nicht genauso effektiv im Hinblick auf den Schutz der Menschen.

Angemessenheit der Vorschrift (Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz)

Die in der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Bauverordnung gesetzlich angeordneten Anforderungen an die Altenpflegeheime selbst sowie die wiederkehrende Überprüfung der Einhaltung dieser Anforderungen ist angemessen. Den Betreibern ist sowohl die Einhaltung der baulichen Anforderungen als auch die Duldung und Mitwirkung an der bauaufsichtlichen Überprüfung zumutbar. Es ist auch hier zu berücksichtigen, dass die Bewohner im Brandfalle auf Grund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes nicht in der Lage sind, sich aus eigenen Kräften zu retten. Auch die Anforderungen bezüglich der frei zu haltenden Rettungswege sind vom Betreiber und auch von den Bewohnern zu Gunsten der erleichterten Rettungsmöglichkeiten hinzunehmen, selbst wenn dies zu Lasten einer gemütlichen Atmosphäre geht. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG durch die Duldungspflicht und die Mitwirkungspflichten geschieht zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Bewohner und der Mitarbeiter des Altenpflegeheimes, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit sind höherwertiger als die allgemeine Handlungsfreiheit. Zum anderen setzen die Betreiber mit dem Betrieb des Altenpflegeheimes eine Gefahrenquelle für dessen Bewohner. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Betreiber finanzielle Vorteile aus dem Betrieb des Altenpflegeheimes erlangen.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Gleichbehandlung von Altenpflegeheimen und Krankenhäusern findet ihre Rechtfertigung in der vergleichbaren Situation der Menschen. Sowohl im Krankenhaus als auch im Altenpflegeheim befinden sich Menschen, die für einen gewissen Zeitraum oder auf Dauer auf fremde Hilfe angewiesen sind, vor allem im Falle eines Brandes, weil sie unbeweglicher sind als gesunde oder jüngere Menschen.⁹⁰ Dementsprechend müssen die Anforderungen an den Brandschutz und die Funktionsfähigkeit der Anlagen in Altenpflegeheimen und Krankenhäusern höher als bei normalen Wohnhäusern und annähernd gleich sein.

Stellungnahmen aus der Verwaltungspraxis

Die bauaufsichtliche Überprüfung im Zeitabstand von zwei Jahren wird als notwendig angesehen, da die Betreiber häufig ihren Verpflichtungen hinsichtlich der Überprüfung

⁸⁸ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Bauaufsichtsbehörde Potsdam.

⁸⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Bauaufsichtsbehörde Potsdam.

⁹⁰ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Infrastruktur und Raumordnung, Oberste Bauaufsicht.

der technischen Anlagen nicht ordentlich nachkommen. Teilweise werden sie unterlassen oder es wird ein Zertifikat von einer nicht fachkundigen Person vorgelegt und bei der Überprüfung durch die Bauaufsichtsbehörde wird dann häufig, gerade bei Altanlagen, die Mangelhaftigkeit dieser Anlagen festgestellt.

Ergebnis (Brandenburg)

Die Regelung über die bauaufsichtliche Überprüfung von Altenpflegeheimen ist verfassungsgemäß und somit nicht aufzuheben.

Speziell zu dieser Verordnung ist festzustellen, dass diese in Deutschland offenbar einmalig ist. Es gibt kein anderes Bundesland, das eine vergleichbare Verordnung hat. Insofern fehlt auch ein Vergleichsmaßstab für die Verhältnismäßigkeit des Prüfungsintervalls. Da jedoch in § 19 BbgKPV vorgesehen ist, dass eine Überprüfung unter Beteiligung anderer Ordnungsbehörden stattfinden soll, sodass im Idealfall alle Behörden an einem Tag ein Altenpflegeheim überprüfen, ist der Verwaltungsaufwand für das Altenpflegeheim relativ gering.

Man gewinnt weiter den Eindruck, dass Brandenburg das Schutzanliegen vorbildlich erfasst hat. Es gibt eine VO mit den bauordnungsrechtlichen Anforderungen an Altenpflegeheime, die sicherheitstechnischen Einrichtungen sollen alle zwei Jahre überprüft werden und dies wird auch noch mal von der Behörde überprüft, weil die Sachverständigen privat tätig werden. Das Sicherheitsniveau für die Bewohner in Altenpflegeheimen in Brandenburg ist somit als relativ hoch einzustufen.

- Brandenburg

Gesetzliche Grundlagen

Die Überprüfung der oben genannten Anlagen erfolgt zudem auf der Grundlage des Gesetzes über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz des Landes Brandenburg (Brandenburgisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz - BbgBKG)⁹¹ in Verbindung mit der Verordnung über die Durchführung der Brandschau.⁹²

Das Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz des Landes Brandenburg lautet auszugsweise:

§ 32 Brandschutzdienststellen

Für den vorbeugenden Brandschutz zuständige Dienststellen (Brandschutzdienststellen) sind die Träger des örtlichen Brandschutzes, die über eine Berufsfeuerwehr verfügen oder deren öffentliche Feuerwehren gleichwertige hauptamtliche Feuerwehrangehörige haben, im Übrigen die Landkreise. Verzichtet ein kreisangehöriger Träger des örtlichen Brandschutzes nach Satz 1 durch schriftliche Erklärung gegenüber der obersten Sonderaufsichtsbehörde auf die Wahrnehmung der Aufgaben der Brandschutzdienststelle, so geht diese

⁹¹ Das Gesetz wurde am 24. Mai 2004 beschlossen (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 2004, S. 197).

⁹² Die Verordnung wurde am 03. Juni 1994 erlassen (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 1994, S. 478). Sie bleibt nach § 51 Abs. 1 BbgBKG bis zum Erlass einer neuen Verordnung in Kraft. Bis zum 18.10.2005 gab es keine neue Verordnung.

Aufgabe mit dem Beginn des vierten auf die Erklärung folgenden Monats auf den Landkreis über.

§ 33 Brandverhütungsschau

(1) Bauliche Anlagen, die eine erhöhte Brand- oder Explosionsgefährdung aufweisen oder in denen bei Ausbruch eines Brandes oder einer Explosion eine große Anzahl von Menschen oder erhebliche Sachwerte gefährdet wären, unterliegen in regelmäßigen Zeitabständen der Brandverhütungsschau. Diese dient der Feststellung brandschutztechnischer Mängel und Gefahrenquellen. Eigentümer, Besitzer und sonstige Nutzungsberechtigte von baulichen Anlagen haben die Brandverhütungsschau zu dulden und den mit der Durchführung beauftragten Personen Zutritt zu allen Räumen zu gestatten. Zur Prüfung der Brand- oder Explosionsgefährdung oder der sonstigen Gefährlichkeit von baulichen Anlagen, Materialien, Herstellungs- oder sonstigen Betriebsvorgängen haben sie die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Einsicht in die Unterlagen zu gewähren.

(2) Die Brandverhütungsschau wird von den Brandschutzdienststellen durchgeführt. Die Brandschutzdienststellen können geeignete Dritte mit der Durchführung der Brandverhütungsschau beauftragen.

(3) Auf Anordnung der Brandschutzdienststelle sind die Eigentümer, Besitzer oder sonstigen Nutzungsberechtigten von baulichen Anlagen verpflichtet, die bei der Brandverhütungsschau festgestellten Mängel zu beseitigen.

(4) In Betrieben und Einrichtungen mit einer Werkfeuerwehr kann die Brandschutzdienststelle die Leitung der Feuerwehr mit der Durchführung der Brandverhütungsschau beauftragen.

Die Verordnung über die Organisation und die Durchführung der Brandschau (Brandschauverordnung - BrSchV) lautet auszugsweise:

§ 1

Gebäude und Einrichtungen im Sinne des § 23 Abs. 1 des Brandschutzgesetzes sowie deren technische Anlagen sind in Zeitabständen von längstens fünf Jahren einer Brandschau zu unterziehen. Dabei sind die in der Anlage aufgeführten Hinweise zur Durchführung der Brandschau zu beachten.

...

§ 3

(1) Bei der Brandschau von Anlagen, die wegen ihrer Bauweise oder der Art ihrer Nutzung bauordnungsrechtlich besonders überwachungsbedürftig sind, soll die Bauaufsichtsbehörde beteiligt werden.

(2) Vor der Brandschau in Betrieben, die der Aufsicht durch die staatliche Arbeitsschutzbehörde unterliegen oder bei Anlagen, die der immissionsschutzrechtlichen Genehmigung bedürfen, ist das zuständige Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik beziehungsweise das Amt für Immissionsschutz zu benachrichtigen und auf Verlangen an der Brandschau zu beteiligen.

...

§ 5

(1) Die zur Durchführung der Brandschau erforderlichen Unterlagen, insbesondere

Sicherheitsanalyse

Nachweise über Prüfungen sicherheitstechnischer Anlagen

Objektunterlagen

Baugenehmigungen

TÜV Prüfprotokolle

sind vom Eigentümer oder Nutzer auf Verlangen vorzulegen.

§ 6

(1) Zur Brandschau ist der Eigentümer, der Erbbauberechtigte oder Nutzer der Gebäude und Einrichtungen hinzuzuziehen.

(2) Wird die Beseitigung von Mängeln angeordnet, ist nach Ablauf einer angemessenen Frist eine Nachschau durchzuführen.

Hinweise zur Durchführung der Brandschau:

Als Objekte, der Brandschau nach § 23 Abs. 1 des Brandschutzgesetzes unterliegen, gelten bauliche Anlagen und Räume besonderer Art oder Nutzung entsprechend der Bauordnung des Landes Brandenburg.

...

Sollen vom Eigentümer oder Nutzer von Gebäuden oder Einrichtungen erforderliche Unterlagen nach § 5 der Brandschauverordnung vorgelegt werden, ist dies dem Eigentümer oder Nutzer bei der Ankündigung der Brandschau anzuzeigen.

...

Für die Überprüfung brandschaupflichtiger Objekte nach Nr. 1 und für die Bestimmung der Zuständigkeit der Behörden nach Nr. 4 gelten folgende Fristen als Orientierung:

1.1 Pflege- und Betreuungsobjekte (in der Regel 5 Jahre)

7. 1. 1 Krankenhäuser nach der Krankenhausbau- Richtlinie

7. 1. 2 Heime nach dem Heimgesetz in der Fassung vom 23. April 1990 (BGBl. I S. 763) und nach der Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige in der Fassung vom 3. Mai 1983 (BGBl. I S. 550)

...

Die Träger des Brandschutzes können im Einzelfall die genannten Fristen verkürzen, wenn dies wegen der besonderen Beschaffenheit, Verwendung oder Lage des Objektes zur Abwehr von Gefahren erforderlich ist.

Rechtliche Einordnung der Vorschrift

Die von § 33 BbgBKG geforderte Durchführung einer Brandverhütungsschau sowie die Brandschauverordnung ist Teil des Gefahrenabwehrrechtes für den Fall eines Brandes. Es handelt sich um Ordnungsrecht.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Gemäß Nr. 1 der Hinweise zur Durchführung der Brandschau im Anhang zur Brandschauverordnung gelten bauliche Anlagen und Räume besonderer Art oder Nutzung entsprechend der Bauordnung des Landes Brandenburg als Objekte, die der Brandschau nach § 23 Abs. 1 des Brandschutzgesetzes (a. F.; § 33 BbgBKG) unterliegen. Bauliche Anlagen besonderer Art oder Nutzung (Sonderbauten) sind nach § 55 Abs. 2 Nr. 7 BbgBO a.F.⁹³ unter anderem Altenwohn- und Altenpflegeheime. Nach § 44 Abs.

⁹³ Im Jahr 1994 hatte die Brandenburgische Bauordnung vom 01. Juni 1994 Geltung (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg I 1994, S. 126). Sie wurde am 25. März 1998 neu gefasst (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg I 1998, S. 82). Die baulichen Anla-

2 Nr. 7 BbgBO n.F.⁹⁴ gelten als bauliche Anlagen besonderer Art oder Nutzung weiterhin unter anderem Altenwohn- und Altenpflegeheime.

Geschichte der Vorschriften

Vor 1994 gab es das Gesetz über den Brandschutz der DDR vom 19.12.1974. Der vorbeugende Brandschutz war generalklauselartig in § 16 geregelt. Dazu existierten Dienstanweisungen für die Feuerwehr, in der die zu überprüfenden Objekte sowie die Kontrollzeitabstände geregelt waren. Altenpflegeheime waren von der Brandschau erfasst.⁹⁵

Die Brandverhütungsschau wurde in § 23 Brandschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 09. März 1994⁹⁶ unter der Bezeichnung Brandschau geregelt. Danach waren Gebäude und Einrichtungen zu überprüfen, die in erhöhtem Maße brand- oder explosionsgefährdet sind oder in denen bei Ausbruch eines Brandes oder einer Explosion eine große Anzahl von Personen oder erhebliche Sachwerte gefährdet sein würden. Die Formulierung im neuen Brandenburgischen Brand- und Katastrophenschutzgesetz weicht also nicht signifikant von der bisherigen Regelung im Brandschutzgesetz ab. Es wurde weiterhin eine generalklauselartige Formulierung gewählt. Die Brandschau wurde in der Verordnung zur Durchführung der Brandschau vom 03. Juni 1994 näher normiert. Diese Verordnung bleibt gemäß § 51 Abs. 1 BbgBKG weiter in Kraft, bis die Landesregierung eine Verordnung über die Durchführung der Brandverhütungsschau auf der Grundlage von § 49 Abs. 1 S. 1 BbgBKG erlässt.

Durchführung und Umfang der Brandverhütungsschau sowie Prüfungsintervalle

Bei der Brandverhütungsschau werden bauliche Anlagen auf brandschutztechnische Mängel und Gefahrenquellen überprüft.

Bei der Überprüfung von Altenpflegeheimen werden die brandschutztechnischen Anforderungen, die auf Grund der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Bauverordnung in der Baugenehmigung festgelegt werden, überprüft. Dazu gehören unter anderem die Löschanlagen, Brandabschnitte sowie die organisatorischen Maßnahmen im Brandfall - wie z.B. einen Rettungsplan und die regelmäßige Schulung der Mitarbeiter.⁹⁷ Ferner lässt die Feuerwehr sich unter anderem die Zertifikate über die sicherheitstechnische Überprüfung der brandschutztechnischen Anlagen und die Wartungsverträge zeigen.⁹⁸

gen besonderer Art oder Nutzung wurden weiterhin in § 55 BbgBO geregelt. Sie umfassten nach § 55 Abs. 2 Nr. 7 weiterhin Altenwohn- und Altenpflegeheime.

⁹⁴ Die neue Brandenburgische Bauordnung wurde am 16. Juli 2003 erlassen (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 2003 S. 210).

⁹⁵ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Ministeriums des Inneren, Abteilung Brandschutz.

⁹⁶ Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg 1994, S. 65.

⁹⁷ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr Potsdam.

⁹⁸ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr Potsdam.

Überprüfung der Vorschrift

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die Brandverhütungsschau dient der Feststellung brandschutztechnischer Mängel und Gefahrenquellen, § 33 Abs. 1 S. 2 BbgBKG. Sie bezweckt damit die Unterstützung und Sicherung der Rettung von Menschen im Falle eines Brandes.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Eine Überprüfung baulicher Anlagen im Hinblick darauf, ob die brandschutztechnischen und bautechnischen Anlagen und Anforderungen erfüllt sind, sowie die oben genannten Anforderungen nach der Brandenburgischen Krankenhaus- und Pflegeheim-Bauverordnung selbst sind geeignet, die Rettung von Menschen im Brandfall zu unterstützen und zu sichern. Besondere Anforderungen an das Gebäude bezüglich der Rettungswege dienen der Unterstützung der Rettungsmaßnahmen, insbesondere wird berücksichtigt, dass einige Bewohner bettlägerig sind und daher unter Umständen aus dem Heim geschoben werden müssen.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Es ist auch kein milderes Mittel als die oben genannten Anforderungen und eine regelmäßige Brandverhütungsschau durch die Feuerwehr denkbar, um sicherzustellen und festzustellen, dass und ob im Falle eines Brandes die Menschen so effektiv wie möglich gerettet werden können. Die Bewohner von Altenpflegeheimen können häufig nicht adäquat auf einen Brandherd reagieren und sich meistens nicht selbst retten. Die Verpflichtung der Betreiber, die bauliche Anlage mit brandschutztechnischen Anlagen zu versehen, ist eine geringere Belastung als z. B. die Verpflichtung, in jedem Zimmer Personal bereit halten zu müssen, das einen Brandherd bemerkt und jedem Bewohner sofort helfen kann.

Auch das Zeitintervall von fünf Jahren ist erforderlich. Ein längeres Intervall würde zwar eine geringere Belastung für die Betreiber darstellen, da sie die Brandverhütungsschau weniger oft dulden und an ihr mitwirken müssten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in den Altenpflegeheimen ein ständiger Personalwechsel stattfindet, sodass das Personal neu eingewiesen und hinsichtlich der Maßnahmen im Falle eines Brandes jedes Mal neu geschult werden muss. Dies muss laufend überprüft werden. Zudem werden erfahrungsgemäß in Altenpflegeheimen ständig Veränderungen in der Gestaltung, z. B. der Wohnräume und der Flure, vorgenommen, sodass eine ständige Überprüfung notwendig ist, ob diese neue Anordnung noch den brandschutzrechtlichen Anforderungen genügt und im Falle eines Brandes eine zuverlässige Rettung der Menschen ermöglicht.⁹⁹ Ein längerer Zeitraum als fünf Jahre ist somit kein gleich geeignetes Mittel.

⁹⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters im Ministerium des Inneren, Abteilung Brandschutz (Oktober 2004). Es werde sogar erwogen, in der neuen Verordnung zur Durchführung einer Brandverhütungsschau für Altenpflegeheime ein Prüfungsintervall von zwei Jahren einzuführen. Die Brandverhütungsschau soll dann mit der bauordnungsrechtlichen Überprüfung nach § 19 BbgKPBauV verbunden werden, um den Betreiber so wenig wie möglich zu belasten.

Angemessenheit der Vorschrift (Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz)

Die oben genannten brandschutztechnischen und -organisatorischen Anforderungen sowie die wiederkehrende Durchführung einer Brandverhütungsschau zur Überprüfung der Einhaltung dieser Anforderungen ist auch angemessen. Den Betreibern sind die Anforderungen an die baulichen Anlagen sowie die Duldung der Brandverhütungsschau zumutbar. Die Bewohner sind im Brandfalle auf Grund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes nicht in der Lage, sich aus eigenen Kräften zu retten. Auch die Anforderungen bezüglich der frei zu haltenden Rettungswege sind vom Betreiber und auch von den Bewohnern zu Gunsten der erleichterten Rettungsmöglichkeiten hinzunehmen, selbst wenn dies zu Lasten einer gemütlichen Atmosphäre geht. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG durch die Duldungspflicht und die Mitwirkungspflichten erfolgt zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Bewohner und der Mitarbeiter des Altenpflegeheimes, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit sind höherwertiger als die allgemeine Handlungsfreiheit. Zudem setzen die Betreiber mit dem Betrieb des Altenpflegeheimes eine Gefahrenquelle für deren Bewohner und die Mitarbeiter. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Betreiber finanzielle Vorteile aus dem Betrieb des Altenpflegeheimes erlangen.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Gleichbehandlung von Altenpflegeheimen und Krankenhäusern liegt darin begründet, dass sich in beiden baulichen Anlagen Menschen aufhalten, die aus gesundheitlichen Gründen im Falle eines Brandes auf fremde Hilfe angewiesen sind und sich nicht so schnell selbst retten können.¹⁰⁰

Stellungnahmen aus der Verwaltungspraxis

Die Auflistung der zu prüfenden Anlagen in den Hinweisen zur Durchführung der Brandschau ist aus der Sicht der Praxis zu umfangreich. Es werden viele Objekte erfasst, die eigentlich nicht so gefährdet sind. Es wäre wünschenswert, wenn der Verwaltung mehr Ermessensspielraum eingeräumt wird, um das Gefahrenpotenzial im Einzelfall berücksichtigen zu können. Zudem ist nicht genügend Personal vorhanden, um alle Objekte überprüfen zu können. Daher wird nur bei den Objekten der vorgeschriebene Zeitraum eingehalten, in denen sich Menschen aufhalten, die nur eingeschränkt selbständig handlungsfähig sind, wie z. B. kranke oder alte Menschen, Kinder.¹⁰¹ Ansonsten muss das Intervall in der Praxis aus Personalgründen verlängert werden.

Empfehlung

Die Vorschriften über die Durchführung einer Brandverhütungsschau in Altenpflegeheimen sind verhältnismäßig und daher nicht zu modifizieren.

¹⁰⁰ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters im Ministerium des Inneren, Abteilung Brandschutz.

¹⁰¹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Feuerwehr Potsdam, der damit seine Einschätzung aus der Praxis kundgab.

Ergebnis (Brandenburg)

Es finden keine Überprüfungen statt, die verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen sind. Eine doppelte Überprüfung von Anlagen ist gesetzlich nicht vorgesehen. Es sind lediglich unterschiedliche Prüfungen geregelt, die unterschiedliche Teile einer baulichen Anlage betreffen und dementsprechend von unterschiedlichen Institutionen oder Behörden geprüft werden müssen. Es kommt nur in der Praxis teilweise dazu, dass der Betreiber eines Altenpflegeheimes den Eindruck gewinnt, dass die Anlagen doppelt geprüft werden, wenn ein Sachverständiger eine technische Anlage wartet und das Zertifikat bei einer bauaufsichtlichen Überprüfung oder einer Brandverhütungsschau vorgelegt werden muss.

Gesamtergebnis Brandschutzrecht

Die brandschutztechnischen Regelungen in den Bundesländern ähneln sich sehr. Es gibt Verordnungen über die Überprüfung bestimmter brandschutztechnischer Anlagen, die dem Betreiber auferlegen, die Anlagen durch einen Sachverständigen überprüfen zu lassen. Daneben werden durch die Feuerwehr Brandverhütungsschauen durchgeführt, bei denen unter anderem die Einhaltung bauordnungsrechtlicher Vorgaben überprüft wird. Die Vorschriften dienen dem Schutz der Bewohner der Altenpflegeheime im Brandfall und berücksichtigen bei dem Schutz des Lebens und der Gesundheit der Bewohner die eingeschränkte Mobilität dieser Personen. Dieser Aspekt führt zu einer hohen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung der mit diesen Regelungen für die Betreiber von Altenpflegeheimen verbundenen Einschränkungen.

Die Untersuchung hat zudem ergeben, dass es nicht zu doppelten behördlichen Prüfungen für denselben Aspekt kommt. Diese sind weder im Gesetz angelegt noch in der Verwaltungspraxis begründet. Die für die Überwachung zuständigen Behörden haben jeweils eigene Überwachungsbereiche.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Prüfungsintervalle für die Brandverhütungsschau mit drei bis fünf Jahren relativ hoch sind. Dementsprechend ist auch der mit ihnen verbundene Verwaltungsaufwand als nicht besonders hoch einzustufen.

4.2.4 Arbeitsschutz

4.2.4.1 Überwachung der Arbeitsmittel

Rechtliche Grundlagen

Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz¹⁰² lautet auszugsweise:

§ 1 Anwendungsbereich

...

(2) Dieses Gesetz gilt auch für die Errichtung und den Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen, die gewerblichen oder wirtschaftlichen Zwecken dienen oder durch die Beschäftigte gefährdet werden können, mit Ausnahme der überwachungsbedürftigen Anlagen.

¹⁰² Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung der Sicherheit von technischen Arbeitsmitteln und Verbraucherprodukten vom 09. Januar 2004, BGBl I 2004 S. 2.

§ 2 Begriffsbestimmungen

...

(7) Überwachungsbedürftige Anlagen sind

1. Dampfkesselanlagen mit Ausnahme von Dampfkesselanlagen auf Seeschiffen,
2. Druckbehälteranlagen außer Dampfkesseln, ...
5. Aufzugsanlagen, ...

Zu den Anlagen gehören auch Mess-, Steuer- und Regeleinrichtungen, die dem sicheren Betrieb der Anlage dienen.

...

§ 18 Aufsichtsbehörden

(1) Die Aufsicht über die Ausführung der nach § 14 Abs. 1 erlassenen Rechtsverordnungen obliegt den nach Landesrecht zuständigen Behörden.

Die Betriebssicherheitsverordnung¹⁰³ lautet auszugsweise:

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt für die Bereitstellung von Arbeitsmitteln durch Arbeitgeber sowie für die Benutzung von Arbeitsmitteln durch Beschäftigte bei der Arbeit.

(2) Diese Verordnung gilt auch für überwachungsbedürftige Anlagen im Sinne des § 2 Abs. 2a des Gerätesicherheitsgesetzes, soweit es sich handelt um

- a) Dampfkesselanlagen
- b) Druckbehälteranlagen außer Dampfkesseln ...

Aufzugsanlagen, die

a) Aufzüge im Sinne des Artikels 1 der Richtlinie 95/16/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. Juni 1995 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Aufzüge (ABl. EG Nr. L 213 S. 1) ...

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Arbeitsmittel im Sinne dieser Verordnung sind Werkzeuge, Geräte, Maschinen oder Anlagen. Anlagen im Sinne von Satz 1 setzen sich aus mehreren Funktionseinheiten zusammen, die zueinander in Wechselwirkung stehen und deren sicherer Betrieb wesentlich von diesen Wechselwirkungen bestimmt wird; hierzu gehören insbesondere überwachungsbedürftige Anlagen im Sinne des § 2 Abs. 7 des Geräte- und Produktsicherheitsgesetzes.

§ 3 Gefährdungsbeurteilung

...

¹⁰³ Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Bereitstellung von Arbeitsmitteln und deren Benutzung bei der Arbeit, über Sicherheit beim Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen und über die Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes vom 27. September 2002, Bundesgesetzblatt I 2002, S. 3777. Die Verordnung basiert unter anderem auf § 18 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 und § 19 Arbeitsschutzgesetz sowie §§ 4, 11 Abs. 1 und 2 und 14 III Gerätesicherheitsgesetz i. d. F. vom 11. Mai 2001. In § 21 Abs. 2 des Geräte- und Produktsicherheitsgesetzes ist geregelt, dass die Prüfungen der überwachungsbedürftigen Anlagen auf Grund von Rechtsverordnungen nach § 11 Abs. 1 des Gerätesicherheitsgesetzes weiterhin vorzunehmen sind. Überdies wurde die Betriebssicherheitsverordnung durch Art. 22 des Gesetzes zur Neuordnung der Sicherheit von technischen Arbeitsmitteln und Verbraucherprodukten vom 06. Januar 2004, BGBl. I 2004, S. 2 redaktionell an das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz angepasst. Daher findet die Betriebssicherheitsverordnung weiterhin Anwendung.

(3) Für Arbeitsmittel sind insbesondere Art, Umfang und Fristen erforderlicher Prüfungen zu ermitteln. Ferner hat der Arbeitgeber die notwendigen Voraussetzungen zu ermitteln und festzulegen, welche die Personen erfüllen müssen, die von ihm mit der Prüfung oder Erprobung von Arbeitsmitteln zu beauftragen sind.

...

§ 12 Betrieb

(1) Überwachungsbedürftige Anlagen müssen nach dem Stand der Technik montiert, installiert und betrieben werden. ...

...

§ 15 Wiederkehrende Prüfungen

(1) Eine überwachungsbedürftige Anlage und ihre Anlagenteile sind in bestimmten Fristen wiederkehrend auf ihren ordnungsgemäßen Zustand hinsichtlich des Betriebs durch eine zugelassene Überwachungsstelle zu prüfen. Der Betreiber hat die Prüffristen der Gesamtanlage und der Anlagenteile auf der Grundlage einer sicherheitstechnischen Bewertung zu ermitteln. ...

(2) Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 bestehen aus einer technischen Prüfung, die an der Anlage selbst unter Anwendung der Prüfregeln vorgenommen wird und einer Ordnungsprüfung. Bei Anlagenteilen von Dampfkesselanlagen, Druckbehälteranlagen außer Dampfkesselanlagen, [...] sind Prüfungen, die aus äußeren Prüfungen, inneren Prüfungen und Festigkeitsprüfungen bestehen, durchzuführen.

...

(5) Prüfungen nach Absatz 2 müssen spätestens innerhalb des in der Tabelle genannten Zeitraums unter Beachtung der für das einzelne Druckgerät maßgeblichen Einstufung gemäß Spalte 1 durchgeführt werden:

(es folgt eine umfangreiche Tabelle, auf deren Wiedergabe hier aus Vereinfachungsgründen verzichtet wird)

Bei Druckgeräten, die nicht von Satz 1 erfasst werden, müssen die Prüffristen für äußere Prüfung, innere Prüfung und Festigkeitsprüfung auf Grund der Herstellerinformationen sowie der Erfahrung mit Betriebsweise und Beschickungsgut festgelegt werden. Diese Druckgeräte können durch eine befähigte Person geprüft werden.

...

(9) Bei Druckbehältern, die nicht von Satz 1 erfasst werden, finden Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie Absatz 10 entsprechende Anwendung.

...

(13) Bei Aufzugsanlagen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a, c, d und e müssen Prüfungen im Betrieb spätestens alle zwei Jahre durchgeführt werden. Zwischen der Inbetriebnahme und der ersten wiederkehrenden Prüfung sowie zwischen zwei wiederkehrenden Prüfungen sind Aufzugsanlagen daraufhin zu prüfen, ob sie ordnungsgemäß betrieben werden können und ob sich die Tragmittel in ordnungsgemäßigem Zustand befinden.

(14) Bei Aufzugsanlagen im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b müssen Prüfungen im Betrieb spätestens alle vier Jahre durchgeführt werden. Absatz 13 Satz 2 findet entsprechende Anwendung.

Art. 1 der Richtlinie 95/16/EG lautet auszugsweise:

(1) Diese Richtlinie gilt für Aufzüge, die Gebäude und Bauten dauerhaft bedienen. Sie gilt auch für die in diesen Aufzügen verwendeten Sicherheitsbauteile, die in Anhang IV aufgeführt sind.

(2) Im Sinne dieser Richtlinie gilt als „Aufzug“ ein Hebezeug, das zwischen festgelegten Ebenen mittels eines Fahrkorbs verkehrt, der

zur Personenbeförderung,

zur Personen- und Güterbeförderung,

...

bestimmt ist und an starren Führungen entlang fortbewegt wird, die gegenüber der Horizontalen um mehr als 15° geneigt sind.

Aufzüge, die nicht an starren Führungen entlang, aber nach einem räumlich vollständig festgelegten Fahrverlauf fortbewegt werden, fallen ebenfalls in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie (z.B. Aufzüge mit Scherenschubwerk).

...

Rechtliche Einordnung der Vorschrift

Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz und die Betriebssicherheitsverordnung sind Arbeitsschutzrecht und Verbraucherschutzrecht und gehören damit zum Ordnungsrecht.

Relevanz der Vorschrift für Altenpflegeheime

Arbeitsmittel sind nach § 2 Abs. 1 S. 1 BetrSichV Werkzeuge, Geräte, Maschinen oder Anlagen. Anlagen in diesem Sinne sind unter anderem die überwachungsbedürftigen Anlagen nach § 2 Abs. 7 GPSG. Dazu zählen unter anderem Dampfkesselanlagen, Druckbehälteranlagen und Aufzugsanlagen.

Dampfkesselanlagen sind Anlagen, in denen mittels eines Dampfkessels Wasserdampf oder Heißwasser zur Verwendung außerhalb der Anlage erzeugt wird.¹⁰⁴ Solche werden in Altenpflegeheimen beispielsweise in der Küche oder in der Wäscherei eingesetzt.¹⁰⁵

Unter Druckbehälteranlagen sind alle unter Innendruck betriebenen Behälter zu verstehen, die nicht Dampfkessel sind.¹⁰⁶ Dazu gehören z. B. Sterilisationsgeräte.¹⁰⁷

Von der Betriebssicherheitsverordnung werden unter anderem Aufzugsanlagen erfasst, die Aufzüge im Sinne des Artikels 1 der Richtlinie 95/16/EG sind. Dazu gehören vor allem die herkömmlichen Personenfahrstühle. In mehrstöckigen Altenpflegeheimen muss nach § 4 HeimMindBauV¹⁰⁸ mindestens ein Aufzug vorhanden sein.

In Altenpflegeheimen sind also Arbeitsmittel vorhanden, auf die die Betriebssicherheitsverordnung Anwendung findet.

¹⁰⁴ Peine, Gerätesicherheitsgesetz, §§ 1, 1a, 2 Rn 104.

¹⁰⁵ Schriftliche Auskunft eines Mitarbeiters des Amtes für Arbeitsschutz Hamburg. Schriftliche Beantwortung einer entsprechenden Frage im Rahmen des Untersuchungspakets 2b Hauswirtschaft durch das Büro Ursula Mybes durch die teilnehmenden Einrichtungen.

¹⁰⁶ Peine, Gerätesicherheitsgesetz, §§ 1, 1a, 2 Rn 105.

¹⁰⁷ Schriftliche Auskunft eines Mitarbeiters des Amtes für Arbeitsschutz Hamburg

¹⁰⁸ Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige 27. Januar 1978 in der Fassung der Bekanntmachung vom 03. Mai 1983, BGBl. I 1983, S. 550.

Geschichte der Vorschrift

Das Geräte- und Produktsicherheitsgesetz löste das Gerätesicherheitsgesetz¹⁰⁹ sowie das Produktsicherheitsgesetz¹¹⁰ ab und dient der Umsetzung diverser europarechtlicher Richtlinien. Die einschlägigen §§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 7 und 14 GPSG entsprechen den Regelungen der §§ 1a, 2 Abs. 3 und 11 GSG, sodass die Dampfkesselanlagen, Druckbehälteranlagen und Aufzugsanlagen bereits vorher zu den überwachungsbedürftigen Anlagen zählten.

Die Betriebssicherheitsverordnung löste unter anderem die Verordnung über Dampfkesselanlagen,¹¹¹ die Verordnung über Druckbehälter, Druckgasbehälter und Füllanlagen¹¹² und die Verordnung über Aufzugsanlagen¹¹³ ab. Diese sahen bereits eine Verpflichtung zur wiederkehrenden Überprüfung dieser Anlagen vor, die in den gleichen Zeitabständen durchzuführen waren wie jetzt nach der Betriebssicherheitsverordnung.¹¹⁴

Pflichten des Arbeitgebers und behördliche Überwachung

Der Arbeitgeber muss die Arbeitsmittel im Sinne des § 2 Abs. 1 BetrSichV, die in seinem Betrieb verwendet werden, regelmäßig überprüfen lassen. Für einige Arbeitsmittel enthält die Betriebssicherheitsverordnung selbst Regelungen über die Häufigkeit dieser Überprüfungen.

Aufzugsanlagen sind danach alle zwei Jahre sowie zwischendurch ohne Ankündigung zu überprüfen, siehe § 15 Abs. 13 BetrSichV.

Die Häufigkeit der Überprüfung von Dampfkesseln und Druckbehältern hängt davon ab, in welche Kategorie sie einzustufen sind. Die in § 15 Abs. 5 BetrSichV genannten Höchstfristen sind erkennbar an die Beschaffenheit des jeweiligen Gerätes angepasst.

Für alle übrigen Arbeitsmittel muss der Arbeitgeber die Art, den Umfang und die Fristen der Überwachung selbst ermitteln und die Arbeitsmittel und Anlagen überprüfen lassen. Die Prüfungen erfolgen durch Überwachungsstellen im Sinne des § 17 GPSG, § 21 Abs. 1 BetrSichV. Im Übrigen überwachen die nach Landesrecht zuständigen Behörden die Einhaltung der Vorschriften unter anderem der Betriebssicherheitsverordnung, § 18 GPSG.

¹⁰⁹ Gesetz über technische Arbeitsmittel in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Mai 2001, Bundesgesetzblatt I 2001, S. 866. Das Gerätesicherheitsgesetz stammt vom 24. Juni 1968, BGBl. I 1968, 1793. Die überwachungsbedürftigen Anlagen wurden seit der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Oktober 1992, BGBl. I 1992, S. 1793 im Gerätesicherheitsgesetz geregelt.

¹¹⁰ Gesetz zur Regelung der Sicherheitsanforderungen an Produkte und zum Schutz der CE-Kennzeichnung Gesetz vom 22. April 1997, Bundesgesetzblatt I 1997, S. 934.

¹¹¹ Verordnung vom 27. Februar 1980, BGBl. I 1980, S. 173.

¹¹² Verordnung vom 27. Februar 1980, BGBl. I 1980, S. 184, welche durch Änderungsverordnung vom 21. April 1989, BGBl. I 1989, 830, vielfache Änderungen erfuhr.

¹¹³ Verordnung vom 27. Februar 1980, BGBl. I 1980, S. 205.

¹¹⁴ §§ 10, 11 AufzugsV; §§ 16, 17 DampfkV; § 10 DruckbehV i. V. m. den Anhängen.

Dazu lassen sich die Mitarbeiter der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit **Hamburg** sowie des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes **Schleswig-Holstein** die Bescheinigungen über die durchgeführten Prüfungen zeigen.¹¹⁵ In Hamburg werden keine regelmäßigen sondern nur stichprobenartige Überwachungen durchgeführt.¹¹⁶ In Schleswig-Holstein werden die Überwachungen nach dem GPSG in der Regel zusammen mit der arbeitschutzrechtlichen Überwachung durchgeführt.¹¹⁷

Überprüfung der Vorschriften

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die regelmäßige Wartung der oben genannten Anlagen und Arbeitsmittel dient dem Schutz der Arbeitnehmer vor Fehlfunktionen der Arbeitsmittel und damit dem Schutz des Lebens und der Gesundheit der Arbeitnehmer.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die regelmäßige Wartung der Anlagen und Arbeitsmittel sowie die gelegentliche Überwachung der Einhaltung dieser Prüfungsfristen durch die Behörde ist auch geeignet, den Schutz der Beschäftigten und Dritter zu erreichen.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Die regelmäßige Wartung der Anlagen und Arbeitsmittel ist auch erforderlich. Es gibt kein milderes Mittel, das gleich geeignet ist, die Betreiber von Altenpflegeheimen als Arbeitgeber jedoch weniger stark belastet. Da zudem keine pauschalen Prüfungsfristen vorgesehen sind, sondern für jede Art von Gerät individuelle Prüffristen gesetzlich vorgesehen oder vom Betreiber zu bestimmen sind, ist auch festzustellen, dass keine kürzeren und damit milderen Intervalle möglich sind. Da auch kein milderes Mittel als eine lediglich stichprobenartige Kontrolle durch die Behörde ersichtlich ist, ist auch diese erforderlich.

Angemessenheit der Vorschrift - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Die regelmäßige Überprüfung der Arbeitsmittel durch sachverständige Stellen sowie die Überwachung durch die zuständige Behörde ist auch angemessen. Die Pflicht zur Duldung der regelmäßigen Überprüfung der Arbeitsmittel und insbesondere die Auferlegung der Handlungspflicht, die für die Überprüfung relevanten Angaben herauszufinden, sind ein Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber der Altenpflegeheime aus Art. 2 Abs. 1 GG. Sie erfolgt jedoch zugunsten der Gesundheit und des Lebens der Arbeitnehmer, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt und höherrangig ist.

¹¹⁵ Schriftliche Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit Hamburg, Abteilung Produkt- und Anlagensicherheit.

¹¹⁶ Schriftliche Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit Hamburg, Abteilung Produkt- und Anlagensicherheit.

¹¹⁷ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz des Landes Schleswig-Holstein.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Betreiber von Altenpflegeheimen als Arbeitgeber für die Gefahrenquellen in ihrem Betrieb verantwortlich sind und somit auch für den Schutz der Arbeitnehmer sorgen müssen, die mit diesen in Berührung kommen.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Alle Einrichtungen, in denen diese Anlagen vorhanden sind, werden so überwacht, ohne dass es auf eine besondere Schutzbedürftigkeit bestimmter Personengruppen ankommt.

Stellungnahme der Behörde

Das Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein hält die regelmäßige Überwachung der Anlagen sowie die Überwachung für sinnvoll und erforderlich.¹¹⁸

Empfehlung

Die Pflichten der Betreiber bestimmter Anlagen zur regelmäßigen Überprüfung dieser Anlagen sind verhältnismäßig und daher verfassungsgemäß. Sie sind auch sinnvoll und daher sollten diese Normen nicht aufgehoben werden.

4.2.4.2 Schutz der Beschäftigten am Arbeitsplatz

Rechtliche Grundlagen

Das Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz)¹¹⁹ lautet auszugsweise:¹²⁰

§ 3 Grundpflichten des Arbeitgebers

1) Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben.

(2) Zur Planung und Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 hat der Arbeitgeber unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten

für eine geeignete Organisation zu sorgen und die erforderlichen Mittel bereitzustellen sowie

Vorkehrungen zu treffen, dass die Maßnahmen nach Absatz 1 erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen beachtet werden und die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können.

..

¹¹⁸ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz des Landes Schleswig-Holstein

¹¹⁹ Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 07. August 1996, BGBl. I 1996, S. 1246.

¹²⁰ Die Wiedergabe des Arbeitsschutzgesetzes beschränkt sich im Hinblick auf die Fragestellung des Gutachtens auf die Normen, die Verwaltungsaufwand für den Arbeitgeber bedeuten.

§ 4 Allgemeine Grundsätze

Der Arbeitgeber hat bei Maßnahmen des Arbeitsschutzes von folgenden allgemeinen Grundsätzen auszugehen:

Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird;

Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen

bei den Maßnahmen sind der Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen;

Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen;

individuelle Schutzmaßnahmen sind nachrangig zu anderen Schutzmaßnahmen;

spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen sind zu berücksichtigen;

den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen;

mittelbar oder unmittelbar geschlechtsspezifisch wirkende Regelungen sind nur zulässig, wenn dies aus biologischen Gründen zwingend geboten ist.

§ 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen

(1) Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.

(2) Der Arbeitgeber hat die Beurteilung je nach Art der Tätigkeiten vorzunehmen. Bei gleichartigen Arbeitsbedingungen ist die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend.

(3) Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben durch

die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes

physikalische, chemische und biologische Einwirkungen

die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,

die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,

unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.

...

§ 6 Dokumentation

(1) Der Arbeitgeber muss über die je nach Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten erforderlichen Unterlagen verfügen, aus denen das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die von ihm festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und das Ergebnis ihrer Überprüfung ersichtlich sind. Bei gleichartiger Gefährdungssituation ist es ausreichend, wenn die Unterlagen zusammengefasste Angaben enthalten. Soweit in sonstigen Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmt ist, gilt Satz 1 nicht für Arbeitgeber mit zehn oder weniger Beschäftigten; die zuständige Behörde kann, wenn besondere Gefährdungssituationen gegeben sind, anordnen, dass Unterlagen verfügbar sein müssen.

...

§ 22 Befugnisse der zuständigen Behörden

(1) Die zuständige Behörde kann vom Arbeitgeber oder von den verantwortlichen Personen die zur Durchführung ihrer Überwachungsaufgabe erforderlichen Auskünfte und die Überlassung von entsprechenden Unterlagen verlangen. ...

(2) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu den Betriebs- und Arbeitszeiten Betriebsstätten, Geschäfts- und Betriebsräume zu betreten, zu besichtigen und zu prüfen sowie in die geschäftlichen Unterlagen der auskunftspflichtigen Person Einsicht zu nehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Außerdem sind sie befugt, Betriebsanlagen, Arbeitsmittel und persönliche Schutzausrüstungen zu prüfen, Arbeitsverfahren und Arbeitsabläufe zu untersuchen, Messungen vorzunehmen und insbesondere arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren festzustellen und zu untersuchen, auf welche Ursachen ein Arbeitsunfall, ein arbeitsbedingte Erkrankung oder ein Schadensfall zurückzuführen ist. Sie sind berechtigt, die Begleitung durch den Arbeitgeber oder eine von ihm beauftragte Person zu verlangen. Der Arbeitgeber oder die verantwortlichen Personen haben die mit der Überwachung beauftragten Personen bei der Wahrnehmung ihrer Befugnisse nach den Sätzen 1 und 2 zu unterstützen.

...

Die Betriebssicherheitsverordnung¹²¹ lautet auszugsweise:

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Arbeitsmittel im Sinne dieser Verordnung sind Werkzeuge, Geräte, Maschinen oder Anlagen. Anlagen im Sinne von Satz 1 setzen sich aus mehreren Funktionseinheiten zusammen, die zueinander in Wechselwirkung stehen und deren sicherer Betrieb wesentlich von diesen Wechselwirkungen bestimmt wird; hierzu gehören insbesondere überwachungsbedürftige Anlagen im Sinne des § 2 Abs. 7 des Geräte- und Produktsicherheitsgesetzes.

§ 3 Gefährdungsbeurteilung

(1) Der Arbeitgeber hat bei der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes unter Berücksichtigung der Anhänge 1 bis 5, des § 16 der Gefahrstoffverordnung und der allgemeinen Grundsätze des § 4 des Arbeitsschutzgesetzes die notwendigen Maßnahmen für die sichere Bereitstellung und Benutzung der Arbeitsmittel zu ermitteln. Dabei hat er insbesondere die Gefährdungen zu berücksichtigen, die mit der Benutzung des Arbeitsmittels selbst verbunden sind und die am Arbeitsplatz durch Wechselwirkungen der Arbeitsmittel untereinander oder mit Arbeitsstoffen oder der Arbeitsumgebung hervorgerufen werden.

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Die Vorschriften des Arbeitsschutzgesetzes und der Betriebssicherheitsverordnung sind als Teil des Arbeitsschutzrechts öffentliches Recht.

Anwendbarkeit der Vorschrift auf Altenpflegeheime

In Altenpflegeheimen sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigt, sodass sie Arbeitgeber im Sinne des § 2 Abs. 3 ArbSchG sind. Somit gilt das Arbeitsschutzgesetz auch für sie.

¹²¹ Verordnung vom 27. September 2002, BGBl. I 2002, 3777.

Geschichte der Vorschrift

Das Arbeitsschutzgesetz wurde erst im Jahr 1996 erlassen und setzt EG-Richtlinien¹²² zum betrieblichen Arbeitsschutz um.

Pflichten des Arbeitgebers und behördliche Überwachung

Der Arbeitgeber wird durch § 5 Abs. 1 ArbSchG verpflichtet, die Gefahren und Risiken jedes Arbeitsplatzes zu ermitteln und zu bewerten. Die Beurteilung muss sich auf das gesamte Arbeitssystem beziehen und insbesondere auch die Arbeitsmittel einschließen, vgl. § 3 Betr-SichV. Der Arbeitgeber muss also zunächst eine Betrachtungseinheit (Arbeitsplatz oder Tätigkeit) festlegen, die relevanten Gefährdungen und Belastungen identifizieren, das Risiko für die Gesundheit einschätzen und bewerten und anschließend Maßnahmen der Risikominimierung durchführen.¹²³ In der Folgezeit hat der Arbeitgeber fortlaufend eine Wirksamkeitskontrolle durchzuführen.

In Altenpflegeheimen sind meistens bzw. jedenfalls die vier Tätigkeitsfelder Pflege, Verwaltung, Hauswirtschaft, Haustechnik vorhanden und zu beurteilen; je nach Angebot der Einrichtung können weitere hinzukommen, wie beispielsweise Physiotherapie.¹²⁴

In Altenpflegeheimen findet vor allem noch die Biostoffverordnung¹²⁵ Anwendung. Diese teilt biologische Arbeitsstoffe, welche als Mikroorganismen definiert werden, die beim Menschen Infektionen, sensibilisierende oder toxische Wirkungen hervorrufen können, in Risikogruppen ein und gibt dem Arbeitgeber spezielle Anweisungen für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, Schutzmaßnahmen, arbeitsmedizinische Untersuchungen der Beschäftigten und Anzeigepflichten gegenüber der Behörde.

Schließlich ist auch in Altenpflegeheimen die Arbeitsstättenverordnung¹²⁶ einzuhalten, welche Anforderungen an die Arbeitsstätte hinsichtlich der Lüftung, Raumtemperatur, Beleuchtung, Fußböden, Fenster, Türen, Sanitätsräume, Aufenthaltsräume wie beispielsweise Umkleieräume sowie hinsichtlich des Schutzes gegen diverse Emissionen wie Dämpfe oder Lärm.

Diese betriebliche Überwachung des Arbeitsschutzes hat der Arbeitgeber nach § 6 ArbSchG zu dokumentieren.

Das Arbeitsschutzgesetz enthält zur Beurteilung der Gefährdungen keine näheren Angaben, weil die Anforderungen an die Bewertung von der Art der Tätigkeit abhän-

¹²² Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (ABl. EG Nr. L 183 S. 1) und Richtlinie 91/383/EWG des Rates vom 25. Juni 1991 zur Ergänzung der Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von Arbeitnehmern mit befristetem Arbeitsverhältnis oder Leiharbeitsverhältnis (ABl. EG Nr. L 206 S. 19).

¹²³ Spinnarke/Schork, Arbeitssicherheitsrecht, Arbeitsschutzgesetz § 5 Rn 5ff.

¹²⁴ Schriftliche Beantwortung einer entsprechenden Frage im Rahmen des Untersuchungspakets 2b Hauswirtschaft durch das Büro Ursula Mybes durch die teilnehmenden Einrichtungen.

¹²⁵ Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen vom 27. Januar 1999, BGBl. I 1999, S. 50.

¹²⁶ Verordnung über Arbeitsstätten vom 25. August 2004, BGBl. I 2004, S. 2179.

gen. Zur Ermittlung von Gefährdungen und zur Bewertung der Risiken im Betrieb bieten die Berufsgenossenschaften Handlungshilfen an.

In **Hamburg**¹²⁷ wird keine regelmäßige Überwachung nach § 22 ArbSchG durchgeführt; es gibt vielmehr nur Schwerpunktprüfungen oder anlassbezogene Überwachungen.

In **Schleswig-Holstein**¹²⁸ werden ebenfalls keine regelmäßigen Überwachungen durchgeführt. Die Überwachung erfolgt anlassbezogen, im Rahmen einer Schwerpunktaktion oder auf Grund von Risikoklassifizierungen. Dazu werden die Unternehmen in Wirtschaftsklassen eingeteilt. Innerhalb dieser Wirtschaftsklassen erfolgen weitere Risikoklassifizierungen, wobei die Erfahrung mit diesem Unternehmen, Unfallzahl der Berufsgenossenschaften, Größe und Anzahl der Betriebe sowie die Personalstärke des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit eine Rolle spielen.

Überprüfung der Vorschriften

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die Vorschriften des Arbeitsschutzgesetzes und der Betriebssicherheitsverordnung im Hinblick auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes, auch unter Berücksichtigung der Arbeitsmittel, und die Analysepflichten des Arbeitgebers bezüglich der potentiellen Gefahren am Arbeitsplatz bezwecken, Gefahren für die Sicherheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz möglichst frühzeitig zu erkennen und zu bekämpfen und somit den Schutz der Arbeitnehmer. Dabei dient die Dokumentationspflicht des Arbeitgebers der Transparenz der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation. Daneben hat die Dokumentationspflicht für den Arbeitgeber den Effekt, dass er sich gegenüber der Berufsgenossenschaft entlasten kann.

Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung

Die Anforderungen an die Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsmittel in der Betriebssicherheitsverordnung sind geeignet, den Schutz des Lebens und der Gesundheit der Arbeitnehmer zu erreichen.

Die Dokumentationspflicht des Arbeitgebers ist ebenfalls geeignet, diesen Zweck zu erreichen, weil dies eine Überprüfbarkeit der bereits durchgeführten Arbeitsschutzmaßnahmen sowie ihre langfristige Effizienz ermöglicht.¹²⁹ Dies gilt auch für die behördliche Überwachung der Einhaltung der Vorschriften.

Erforderlichkeit der Vorschriften - geringstmögliche Belastung

Ein milderer Mittel als die Verpflichtung zur Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, das jedoch gleich geeignet ist, um die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen, ist nicht ersichtlich. Da der Arbeitgeber unmittelbare Einfluss-

¹²⁷ Schriftliche Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit Hamburg, Abteilung Produkt- und Anlagensicherheit.

¹²⁸ Schriftliche und mündliche Auskunft des Direktors des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit.

¹²⁹ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz des Landes Schleswig-Holstein.

möglichkeiten auf die Gestaltung der Arbeitsplätze hat, stellt es eine geringere Belastung dar, wenn er für eine Überprüfung und Änderung der Arbeitsbedingungen selbst verantwortlich ist als wenn er beispielsweise in regelmäßigen Zeitabständen Sachverständige beauftragen und sich terminlich mit ihnen abstimmen müsste.

Es ist auch kein gleich geeignetes, aber weniger belastendes Mittel als die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Dokumentation seiner Arbeitsschutzmaßnahmen und die behördliche Überwachung ersichtlich.

Angemessenheit der Vorschriften - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen ist auch angemessen. Sie ist ein Eingriff in Art. 2 Abs. 1 GG, der zu Gunsten des Lebens und der Gesundheit der Arbeitnehmer erfolgt, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden und höherwertig sind.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Berufsgenossenschaften auf Grund von § 17 SGB VII verpflichtet sind, die Durchführung der Arbeitsschutzmaßnahmen zu überwachen und die Arbeitgeber zu beraten. Dadurch ist der effektive verwaltungsmäßige Eigenaufwand des Arbeitgebers für Arbeitsschutzmaßnahmen relativ gering.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Überwachungsbedürftige Anlagen werden durch den Gesetzgeber in Altenpflegeheimen nicht anders behandelt als in sonstigen Einrichtungen, sodass sie auch nicht mehr Verwaltungsaufwand betreiben müssen als andere Betriebe.

Stellungnahme der Behörde

Das Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein hält die Vorschriften des Arbeitsschutzes für sinnvoll und erforderlich. Bezüglich der Einhaltung infektionshygienischer Anforderungen nach dem Arbeitsschutzrecht sowie dem Infektionsschutzgesetz und dem Heimgesetz wird eine Zusammenarbeit und Absprache der zuständigen Stellen für sinnvoll erachtet und langfristig angestrebt.¹³⁰

Empfehlung

Die untersuchten Regelungen des Arbeitsschutzes sind verhältnismäßig. Probleme in der Praxis, wie z. B. widersprüchliche Anweisungen der Behörden bezüglich sich überschneidender Bereiche können durch Absprachen der Behörden, welcher Schutz, beispielsweise Arbeitsschutz, Brandschutz oder Gesundheitsschutz Vorrang hat, gelöst werden.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Überwachungen nicht sehr häufig stattfinden.

Die Regelungen über den Arbeitsschutz sind somit aus juristischer Sicht nicht aufzuheben.

¹³⁰ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz des Landes Schleswig-Holstein.

4.2.5 Medizinproduktegesetz

Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz über Medizinprodukte¹³¹ lautet auszugsweise:

§ 3 Begriffsbestimmungen

(1) Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke

a) der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,

b) der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen,

...

zu dienen bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann.

..

§ 26 Durchführung der Überwachung

(1) Betriebe und Einrichtungen mit Sitz in Deutschland, in denen Medizinprodukte [...] betrieben, angewendet [...] werden, unterliegen insoweit der Überwachung durch die zuständigen Behörden.

...

Die Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV)¹³² lautet auszugsweise:

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt für das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten nach § 3 des Medizinproduktegesetzes mit Ausnahme der Medizinprodukte zur klinischen Prüfung oder zu Leistungsbewertungsprüfung.

...

§ 5 Betreiben und Anwenden

(1) Der Betreiber darf ein in der Anlage 1 aufgeführtes Medizinprodukt nur betreiben, wenn

zuvor der Hersteller oder eine dazu befugte Person, die im Einvernehmen mit dem Hersteller handelt,

1. dieses Medizinprodukt am Betriebsort einer Funktionsprüfung unterzogen hat und

2. die vom Betreiber beauftragte Person anhand der Gebrauchsanweisung sowie beigefügter sicherheitsbezogener Informationen und Instandhaltungshinweise in die sachgerechte Handhabung und Anwendung und den Betrieb des Medizinproduktes sowie in die zulässige Verbindung mit anderen Medizinpro-

¹³¹ Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 07.08.2002, BGBl I 2002, S. 3146.

¹³² Verordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. August 2002, BGBl I 2002, S. 3397.

dukten,
ständen und Zubehör eingewiesen hat.

Gegen-

Eine Einweisung nach Nummer 2 ist nicht erforderlich, sofern diese für ein baugleiches Medizinprodukt bereits erfolgt ist.

...

(3) Die Durchführung der Funktionsprüfung nach Absatz 1 Nr. 1 und die Einweisung der vom Betreiber beauftragten Person nach Absatz 1 Nr. 2 sind zu belegen.

...

§ 6 Sicherheitstechnische Kontrollen

(1) Der Betreiber hat bei Medizinprodukten, für die der Hersteller sicherheitstechnische Kontrollen vorgeschrieben hat, diese nach den Angaben des Herstellers und den allgemein anerkannten Regeln der Technik sowie in den vom Hersteller angegebenen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen. Soweit der Hersteller für die in der Anlage 1 aufgeführten Medizinprodukte keine sicherheitstechnischen Kontrollen vorgeschrieben und diese auch nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat, hat der Betreiber sicherheitstechnische Kontrollen nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik und zwar in solchen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen, mit denen entsprechende Mängel, mit denen auf Grund der Erfahrungen gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können. Die Kontrollen nach Satz 2 sind jedoch spätestens alle zwei Jahre durchzuführen. Die sicherheitstechnischen Kontrollen schließen die Messfunktionen ein. Für andere Medizinprodukte, Zubehör, Software und andere Gegenstände, die der Betreiber bei Medizinprodukten nach den Sätzen 1 und 2 verbunden verwendet, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.

...

(3) Über die sicherheitstechnische Kontrolle ist ein Protokoll anzufertigen, das das Datum der Durchführung und die Ergebnisse der sicherheitstechnischen Kontrolle unter Angabe der ermittelten Messwerte, der Messverfahren und sonstiger Beurteilungsergebnisse enthält. Das Protokoll hat der Betreiber zumindest bis zur nächsten sicherheitstechnischen Kontrolle aufzubewahren.

...

§ 7 Medizinproduktebuch

(1) Für die in der Anlage 1 und 2 aufgeführten Medizinprodukte hat der Betreiber ein Medizinproduktebuch mit den Angaben nach Absatz 2 Satz 1 zu führen.

...

(2) In das Medizinproduktebuch sind folgende Angaben zu dem jeweiligen Medizinprodukt einzutragen:

1. Bezeichnung und sonstige Angaben zur Identifikation des Medizinproduktes,
2. Beleg über Funktionsprüfung und Einweisung nach § 5 Abs. 1,
3. Name des nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 Beauftragten, Zeitpunkt der Einweisung sowie Namen der eingewiesenen Personen
4. Fristen und Datum der Durchführung sowie das Ergebnis von vorgeschriebenen sicherheits- und messtechnischen Kontrollen oder Instandhaltungsmaßnahmen bestehen, deren Namen oder Firma sowie Anschrift,
5. soweit mit Personen oder Institutionen Verträge zur Durchführung von sicherheits- oder messtechnischen Kontrollen oder Instandhaltungsmaßnahmen bestehen, deren Namen oder Firma sowie Anschrift,
6. Datum, Art und Folgen von Funktionsstörungen und wiederholten gleichartigen Bedienungsfehlern,

7. Meldungen von Vorkommnissen an Behörden und Hersteller.

...

(3) Der zuständigen Behörde ist auf Verlangen am Betriebsort jederzeit Einsicht in die Medizinproduktebücher zu gewähren.

§ 8 Bestandsverzeichnis

(1) Der Betreiber hat für alle aktiven nichtimplantierbaren Medizinprodukte der jeweiligen Betriebsstätte ein Bestandsverzeichnis zu führen. Die Aufnahme in ein Verzeichnis, das auf Grund anderer Vorschriften geführt wird, ist zulässig.

(2) In das Bestandsverzeichnis sind für jedes Medizinprodukt nach Absatz 1 folgende Angaben einzutragen:

1. Bezeichnung, Art und Typ, Loscode oder die Seriennummer, Anschaffungsjahr des Medizinproduktes,

2. Name oder Firma und die Anschrift des für das jeweilige Medizinprodukt Verantwortlichen nach § 5 des Medizinproduktegesetzes,

3. die der CE-Kennzeichnung hinzugefügte Kennnummer der benannten Stelle, soweit diese nach den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes angegeben ist,

4. soweit vorhanden, betriebliche Identifikationsnummer,

5. Standort und betriebliche Zuordnung,

6. die vom Hersteller angegebene Frist für die sicherheitstechnische Kontrolle nach § 6 Abs. 1 S. 1 oder die vom Betreiber nach § 6 Abs. 1 S. 2 festgelegte Frist für die sicherheitstechnische Kontrolle.

Bei den Angaben nach Nummer 1 sollte zusätzlich die Bezeichnung nach der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlichten Nomenklatur für Medizinprodukte eingesetzt werden. § 7 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

...

(5) Der zuständigen Behörde ist auf Verlangen beim Betreiber jederzeit Einsicht in das Bestandsverzeichnis zu gewähren.

§ 11 Messtechnische Kontrollen

(1) Der Betreiber hat messtechnische Kontrollen

1. für die in der Anlage 2 aufgeführten Medizinprodukte,

2. für die Medizinprodukte, die nicht in der Anlage 2 aufgeführt sind und für die jedoch der Hersteller solche Kontrollen vorgesehen hat, nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 auf der Grundlage der anerkannten Regeln der Technik durchzuführen

oder durchführen zu lassen. Messtechnische Kontrollen können auch in Form von Vergleichsmessungen durchgeführt werden, soweit diese in der Anlage 2 für bestimmte Medizinprodukte vorgesehen sind.

...

(4) Die messtechnischen Kontrollen der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 sind, soweit vom Hersteller nicht anders angegeben, innerhalb der in Anlage 2 festgelegten Fristen und der Medizinprodukte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 nach den vom Hersteller vorgegebenen Fristen durchzuführen. Soweit der Hersteller keine Fristen bei den Medizinprodukten nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 angegeben hat, hat der Betreiber messtechnische Kontrollen in solchen Fristen durchzuführen oder durchführen zu lassen, mit denen entsprechende Mängel, mit denen auf Grund der Erfahrungen gerechnet werden muss, rechtzeitig festgestellt werden können, mindestens jedoch alle zwei Jahre. Für die Wiederholungen der messtechnischen Kontrollen gelten dieselben Fristen. Die Fristen

beginnen mit Ablauf des Jahres, in dem die Inbetriebnahme des Medizinproduktes erfolgte oder die letzte messtechnische Kontrolle durchgeführt wurde.

...

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Das Medizinprodukterecht schützt vor den Gefahren von Medizinprodukten und ist dem Ordnungsrecht zuzuordnen. Es hat weitere Funktionen des Verbraucherschutzes und des Arbeitsschutzes.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung gilt für das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten nach § 3 des MPG. Medizinprodukte sind danach alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten sowie der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu dienen bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann. Zur Verhütung von Krankheiten dienen unter anderem Anti-Dekubitusmatratzen und zur Linderung von Krankheiten werden unter anderem Gehhilfen und Rollstühle, Patientenlifter sowie Blutzuckermessgeräte und Blutdruckmessgeräte eingesetzt.¹³³

Da in Altenpflegeheimen Medizinprodukte verwendet werden, haben die Betreiber die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinprodukte-Betreiberverordnung einzuhalten.

Geschichte der Vorschrift

Die Regelungen im Medizinproduktegesetz sowie der Medizinproduktebetreiberverordnung erfolgten im Rahmen der Umsetzung von EG-Richtlinien.¹³⁴ Das Medizinproduktegesetz wurde erstmals 1994¹³⁵ und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung 1998¹³⁶ erlassen. Die Vorschriften wurden durch die Neufassungen nicht verschärft. Insbesondere sind die Verpflichtungen zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern sowie zur Durchführung sicherheits- und

¹³³ Anhalt / Dieners, Hdb Medizinprodukterecht, § 2 Rn 6. Schriftliche Beantwortung einer entsprechenden Frage im Rahmen des Untersuchungspakets 2b Hauswirtschaft durch das Büro Ursula Mybes durch die teilnehmenden Einrichtungen.

¹³⁴ Richtlinie zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über aktive implantierbare medizinische Geräte vom 20. Juli 1990, Abl. EG 1990 Nr. L 189 S. 17; Medizinprodukte-Richtlinie vom 14. Juni 1993, Abl. EG 1993 Nr. L 169 S. 1; Richtlinie über In-vitro-Diagnostika vom 07. Dezember 1998, Abl. EG 1998 Nr. L 331 S. 1.

¹³⁵ Medizinproduktegesetz vom 02. August 1994, BGBl. I 1994, S. 1963.

¹³⁶ Verordnung vom 29. Juli 1998 BGBl. I 1998, S. 1762.

messtechnischer Kontrollen schon mit dem erstmaligen Inkrafttreten 1998 eingeführt worden.

Verpflichtungen der Betreiber von Medizinprodukten

Zunächst muss der Betreiber nach § 8 MPBetreibV für alle aktiven (d.h. energetisch betriebene) nichtimplantierbaren Medizinprodukte ein Bestandsverzeichnis mit den in § 8 Abs. 2 genannten Daten führen. Dies betrifft z. B. Pflegebetten, Rollstühle.

Wenn in einem Pflegeheim Medizinprodukte der Anlage 1 oder 2 verwendet werden, muss zudem ein Medizinproduktebuch geführt werden. Dies kann in Altenpflegeheimen notwendig sein, wenn eine sehr intensive Pflege beispielsweise das Vorhandensein eines Beatmungsgerätes erfordert (Anlage 1 Nr. 1.5).¹³⁷ Ferner sind in Altenpflegeheimen häufig medizinische Elektrothermometer oder Messgeräte zur nichtinvasiven Blutdruckmessung vorhanden (Anlage 2 Nr. 1.2.1 und 1.3).¹³⁸

Der Betreiber von Medizinprodukten hat diese entsprechend der Herstellerangaben, bei Medizinprodukten der Anlage 1 jedenfalls alle zwei Jahre, sicherheitstechnisch kontrollieren zu lassen und über diese Kontrolle ein Protokoll anzufertigen, § 6 Abs. 1 und 3 MPBetreibV.

Die Medizinprodukte sind ferner regelmäßig auf ihre Messgenauigkeit zu untersuchen, wobei die Medizinprodukte der Anlage 2 in den dort genannten Zeitabständen zu kontrollieren sind, sofern der Hersteller keine anderen Fristen angegeben hat und alle übrigen Medizinprodukte entsprechend den Herstellerangaben zu überprüfen sind.

Nach § 26 MPG unterliegen unter anderem Betriebe, die Medizinprodukte anwenden oder betreiben, der behördlichen Überwachung. Dies beinhaltet die Überprüfung, ob die jeweiligen vorgeschriebenen Kontrollen der Geräte durchgeführt und dokumentiert werden.

In **Hamburg** gibt es keine einheitlichen Zeitabstände für die Überwachung. Die Betriebe mit Medizinprodukten wurden in die drei Kategorien A, B und C eingestuft. Altenpflegeheime gehören in die Kategorie B, in der die Betriebe nicht regelmäßig überwacht werden, wobei jedoch angestrebt wird, einen Betrieb dieser Kategorie wenigstens alle fünf Jahre aufzusuchen.¹³⁹

In **Schleswig-Holstein** finden zurzeit keine fristgebundenen Überwachungen statt; sie erfolgen in der Regel in Schwerpunktaktionen bzw. anlassbezogen.¹⁴⁰

¹³⁷ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte; mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

¹³⁸ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte; mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

¹³⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte.

¹⁴⁰ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

Überprüfung der Vorschrift

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die regelmäßige sicherheitstechnische Kontrolle von Medizinprodukten dient dem Schutz des Personals und der Bewohner von Altenpflegeheimen. Die Verpflichtung zur Führung eines Bestandsverzeichnisses und eines Medizinproduktebuches bezweckt eine Erleichterung für den Betreiber bezüglich seines Qualitätsmanagements¹⁴¹ und des Umstandes, dass die Behörde nicht die gesamte Anlage ablaufen muss und dadurch den Betrieb stört.¹⁴²

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die regelmäßige sicherheitstechnische Kontrolle von Medizinprodukten ist auch geeignet, den Schutz des Personals und der Bewohner zu erreichen. Das Bestandsverzeichnis und das Medizinproduktebuch sind geeignet, die behördliche Überwachung auch aus der Sicht der Betreiber zu vereinfachen.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Die messtechnische und sicherheitstechnische Kontrolle der Medizinprodukte und die Verpflichtung zur Führung von Medizinproduktebüchern und Bestandsverzeichnisse sind erforderlich.

Es ist kein milderes Mittel als die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle der Medizinprodukte und zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern sowie die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften durch gelegentliche behördliche Besuche ersichtlich.

Angemessenheit der Vorschrift - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle der Medizinprodukte und zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern ist den Betreibern auch zuzumuten. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG erfolgt zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der Bewohner und Beschäftigten, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt sind. Vor allem Pflegebetten bergen ein Risiko, weil es bei unsachgemäßer Handhabung zu Quetschungen oder Verbrennungen kommen kann. Wenn Messgeräte nicht mehr richtig funktionieren, kann es zu Fehlbeurteilungen des Gesundheitszustandes der Bewohner kommen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der Betreiber von Altenpflegeheimen mit dem Betrieb der jeweiligen Medizinprodukte eine Gefahrenquelle schafft.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die Überwachung und die Dokumentationspflichten in Form des Bestandsverzeichnisses und des Medizinproduktebuches hängen nicht von der Art der Einrichtung ab,

¹⁴¹ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

¹⁴² Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg, Referat Medizinprodukte.

sondern allein davon, ob und welche Medizinprodukte verwendet werden, sodass keine Gleichstellung mit Krankenhäusern als Einrichtung erfolgt.

Stellungnahmen aus der Verwaltungspraxis

Das Landesamt für Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein hält die Verpflichtung zur Führung von Bestandsverzeichnissen und Medizinproduktebüchern für sinnvoll und erforderlich.¹⁴³

Empfehlung

Die Regelungen über die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle von Medizinprodukten sind verhältnismäßig. Angesichts der Gefahren für die Gesundheit der Bewohner und der Beschäftigten, die mit dem Einsatz einiger Medizinprodukte verbunden sind, sollte auch die gesetzliche Verpflichtung zur Führung von Bestandsverzeichnissen beibehalten werden. Dies erleichtert dem Betreiber auch die eigene Überwachung seiner Geräte und stellt damit deren Funktionsfähigkeit sicher. Zudem wird diese Regelung für ein gut geführtes Heim keine zusätzliche Belastung darstellen, da in diesen Fällen ohnehin von dem Vorhandensein eines solchen oder ähnlichen Verzeichnisses ausgegangen werden kann.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Überprüfungen nicht sehr häufig durchgeführt werden, sodass der damit verbundene Aufwand für die Einrichtungen sehr gering ist.

Die Vorschriften können somit aus juristischer Sicht beibehalten werden. Aus der Einrichtungspraxis sind keine Argumente gegen die Anwendbarkeit bekannt geworden.

4.2.6 Hygieneanforderungen

Von Betreibern von Altenheimen sind insbesondere folgende Vorschriften zur Hygiene zu beachten:

- Infektionsschutzgesetz
- Heimgesetz
- Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch
- Lebensmittelrecht
- Gesundheitsdienstrecht

4.2.6.1 Infektionsschutz

Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)¹⁴⁴ lautet auszugsweise:

§ 16 Maßnahmen der zuständigen Behörde

¹⁴³ Mündliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein

¹⁴⁴ Das Gesetz wurde am 20. Juli 2000 erlassen, BGBl I, 1045.

(1) Werden Tatsachen festgestellt, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, oder ist anzunehmen, dass solche Tatsachen vorliegen, so trifft die zuständige Behörde die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit dadurch drohenden Gefahren. Die bei diesen Maßnahmen erhobenen personenbezogenen Daten dürfen nur für Zwecke dieses Gesetzes verarbeitet und genutzt werden.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 sind die Beauftragten der zuständigen Behörde und des Gesundheitsamtes zur Durchführung von Ermittlungen und zur Überwachung der angeordneten Maßnahmen berechtigt, Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel aller Art zu betreten und Bücher oder sonstige Unterlagen einzusehen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Abzüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen. Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt ist verpflichtet, den Beauftragten der zuständigen Behörde und des Gesundheitsamtes Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen und Verkehrsmittel sowie sonstige Gegenstände zugänglich zu machen. Personen, die über die in Absatz 1 genannten Tatsachen Auskunft geben können, sind verpflichtet, auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte insbesondere über den Betrieb und den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle zu erteilen und Unterlagen einschließlich dem tatsächlichen Stand entsprechende technische Pläne vorzulegen. Der Verpflichtete kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde. Entsprechendes gilt für die Vorlage von Unterlagen.

...

§ 36 Einhaltung der Infektionshygiene

(1) Die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sowie Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen nach § 1 Abs. 1, 1a des Heimgesetzes, vergleichbare Behandlungs-, Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen sowie Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge sowie sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

...

(3) Für die Durchführung der Überwachung gilt § 16 Abs. 2 entsprechend.

...

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen und die infektionshygienische Überwachung sind Gefahrenabwehrrecht.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG betrifft ausdrücklich auch Einrichtungen nach § 1 Abs. 1, 1a des Heimgesetzes. Das Heimgesetz in der Fassung von 1990 gilt für Heime, die unter anderem alte Menschen nicht nur vorübergehend aufnehmen, § 1 Abs. 1 S. 1 HeimG a.F.¹⁴⁵ Nach der Neufassung des

¹⁴⁵ Als das Infektionsschutzgesetz im Jahr 2000 geschaffen wurde, galt das Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23.04.1990 (BGBl I 1990, S. 763).

Heimgesetzes im Jahr 2001¹⁴⁶ sind Heime im Sinne des HeimG Einrichtungen, die dem Zweck dienen, unter anderem ältere Menschen aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen, § 1 Abs. 1 S. 1 HeimG. Die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen gilt somit für Altenpflegeheime.

Geschichte der Vorschriften

Die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen wurde erstmals mit dem Infektionsschutzgesetz im Jahr 2000¹⁴⁷ eingeführt. Das bis dahin geltende Bundes-Seuchengesetz¹⁴⁸ kannte eine derartige Verpflichtung nicht. Altenheime und Pflegeheime unterlagen jedoch schon nach dem Bundes-Seuchengesetz der seuchenhygienischen Überwachung.¹⁴⁹ Diese ist jetzt als infektionshygienische Überwachung in § 36 Abs. 1 S. 2 IfSG geregelt.

Anforderungen an den Hygieneplan und Durchführung sowie Intervall der infektionshygienischen Überwachung

In § 36 IfSG ist nur die Verpflichtung zur Aufstellung eines Hygieneplans enthalten. Nähere Anforderungen an den Inhalt oder Umfang sind jedoch nicht geregelt. Einige Bundesländer haben Empfehlungen für den Inhalt von Hygieneplänen erarbeitet. Sofern ein Altenpflegeheim nicht über geschultes Personal verfügt, das einen Hygieneplan erstellen kann, hat es darüber hinaus die Möglichkeit, einen solchen von einem Unternehmen individuell erstellen zu lassen oder einen vorformulierten Entwurf einzukaufen, der an die individuellen Gegebenheiten angepasst werden kann.¹⁵⁰

Ein Hygieneplan enthält im wesentlichen Anforderungen an die Häufigkeit und den Umfang der Reinigung und Desinfektion der Räumlichkeiten und Instrumente, die Desinfektion der Hände, die Reinigung der Wäsche, die Abfallbeseitigung, das Verhalten bei Auftreten von bestimmten Infektionskrankheiten, besondere hygienische Anforderungen bei speziellen Behandlungsmaßnahmen.¹⁵¹ Das Personal ist über den Inhalt des Hygieneplans und dessen Standort zu unterrichten.

Bei der infektionshygienischen Überwachung findet eine Begehung des gesamten Gebäudes statt. Bei Bedarf werden auch Proben genommen. Ferner prüft der zustän-

¹⁴⁶ Heimgesetz in der Bekanntmachung der Neufassung des Heimgesetzes vom 05.11.2001 (BGBl I 2001, S. 2970), die am 01. Januar 2002 in Kraft trat.

¹⁴⁷ BGBl I 2000, S. 1045.

¹⁴⁸ Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen in der Fassung vom 18.12.1979, BGBl I 1979, S. 2263.

¹⁴⁹ § 48a Abs. 1 S. 1 BSeuchG lautete: „Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne der §§ 44 und 48 Abs. 1 sowie Krankenhäuser, Entbindungsheime, Kurheime, Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime, sonstige Einrichtungen zur heimmäßigen Unterbringung und Massenunterkünfte unterliegen der seuchenhygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.“

¹⁵⁰ Mit der Internet-Suchmaschine google lassen sich diverse Angebote für Hygienepläne von Unternehmen finden.

¹⁵¹ Siehe beispielsweise den Rahmen-Hygieneplan des Länder-Arbeitskreises Brandenburg im Internet unter www.uminfo.de. Schriftliche Beantwortung einer entsprechenden Frage im Rahmen des Untersuchungspakets 2b Hauswirtschaft durch das Büro Ursula Mybes durch die teilnehmenden Einrichtungen.

dige Mitarbeiter des Gesundheitsamtes das Vorhandensein eines Hygieneplanes und prüft, ob die wesentlichen Aspekte enthalten sind.¹⁵²

Durchschnittlich werden Altenpflegeheime in **Hamburg** alle zwei Jahre überwacht.¹⁵³ Zudem arbeiten das Gesundheitsamt und die Heimaufsicht eng zusammen und sprechen sich ab, sodass keine mehrfachen infektionshygienischen Überwachungen stattfinden.¹⁵⁴ Dies erfolgt entweder durch eine Terminabsprache¹⁵⁵ oder nachträglichen Informationsaustausch.¹⁵⁶

In **Schleswig-Holstein** gibt es keine Vorgaben vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz.¹⁵⁷ Eine Überwachung findet durchschnittlich einmal jährlich statt.¹⁵⁸

In **Brandenburg** wird die infektionshygienische Überwachung entsprechend einer Empfehlung des Ministeriums in Altenpflegeheimen einmal jährlich durchgeführt.¹⁵⁹ Sofern dies möglich ist, findet eine terminliche Absprache des Gesundheitsamtes mit der Heimaufsicht statt.¹⁶⁰

Im Rahmen des Untersuchungspakets „Hauswirtschaft“ (erhoben durch das Büro Ursula Mybes) haben die teilnehmenden Einrichtungen fast einheitlich angegeben, dass der Hygieneplan einmal jährlich im Rahmen der Überwachung überprüft wird. Dies vervollständigt das Bild, das sich durch die behördlichen Angaben ergibt und rechtfertigt eine allgemeine Feststellung, dass die infektionshygienische Überwachung offenbar bundeseinheitlich einmal jährlich durchgeführt wird.

Überprüfung der Vorschriften

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen und die infektionshygienische Überwachung verfolgen den Zweck, Infektionsrisiken in den betreffenden Einrichtungen zu minimieren.¹⁶¹ Dies dient der Vorbeugung, frühzeitigen Erkennung und Ver-

¹⁵² Telefonische Auskunft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Amtes für Gesundheit Kiel, des Bezirksamtes Hamburg-Altona, Gesundheits- und Umweltamt sowie des Bezirksamtes Hamburg-Mitte, Gesundheits- und Umweltamt. Schriftliche Beantwortung einer entsprechenden Frage im Rahmen des Untersuchungspakets 2b Hauswirtschaft durch das Büro Ursula Mybes durch die teilnehmenden Einrichtungen.

¹⁵³ Bezirk Hamburg-Mitte: alle zwei bis drei Jahre; Bezirk Hamburg-Altona: möglichst alle zwei Jahre; Bezirk Eimsbüttel: alle zwei Jahre

¹⁵⁴ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des federführenden Bezirksamtes Hamburg-Altona, Gesundheits- und Umweltamt.

¹⁵⁵ So beispielsweise im Bezirk Hamburg-Nord.

¹⁵⁶ So beispielsweise im Bezirk Eimsbüttel.

¹⁵⁷ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz.

¹⁵⁸ Kreisfreie Stadt Kiel: zurzeit jährlich; Landkreis Segeberg: alle 2 Jahre; Landkreis Ostholstein: jährlich; Kreisfreie Stadt Flensburg: jährlich.

¹⁵⁹ Telefonische Auskunft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter von Brandenburg, der Landkreise Cottbus, Frankfurt (Oder), Potsdam-Mittelmark, Dahme-Spreewald.

¹⁶⁰ Telefonische Auskunft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter der Landkreise Cottbus, Frankfurt (Oder), Potsdam-Mittelmark.

¹⁶¹ Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, § 36 Rn 3.

hinderung der Weiterverbreitung von Krankheiten und Infektionen und damit dem Schutz der Gesundheit der Bewohner und Mitarbeiter sowie der Bevölkerung.

Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung

Die Aufstellung von Hygieneplänen als Maßnahme zur Ursachenfeststellung und Vermeidung von Infektionen sowie die infektionshygienische Überwachung sind geeignet, den Schutz der Gesundheit der Menschen zu erreichen.

Erforderlichkeit der Vorschriften - geringstmögliche Belastung

Die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen ist auch erforderlich. Es ist kein milderes Mittel denkbar, das die Betreiber von Altenpflegeheimen weniger stark belastet, jedoch die gleiche Effektivität aufweist. Wenn das Gesundheitsamt einen solchen Plan aufstellen müsste, dann würde ein Sachbearbeiter die Arbeitsabläufe in dem Altenpflegeheim überwachen und wohl auch regelmäßig überprüfen müssen, ob sein erstellter Plan noch den jeweiligen Gegebenheiten gerecht wird. Dies ist wegen der notwendigen Terminabsprache eine stärkere Belastung für den Betreiber, als wenn er selbst oder seine Mitarbeiter die Betriebsabläufe auf Infektionsrisiken überwachen. Zudem ermöglicht dies dem Betreiber, selbstständig auf veränderte Umstände zu reagieren und den Plan jederzeit anzupassen.

Eine mildere aber ebenso effektive Maßnahme wie die infektionshygienische Überwachung ist ebenfalls nicht ersichtlich.

Angemessenheit der Vorschriften - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen sowie die infektionshygienische Überwachung sind auch angemessen. Sie ist den Betreibern von Altenpflegeheimen zumutbar. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber aus Art. 2 Abs. 1 GG durch die Pflicht zur Aufstellung von Hygieneplänen auf eigene Kosten erfolgt somit zu Gunsten des Schutzes des Lebens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Bewohner des Altenpflegeheimes, die von Art. 2 Abs. 2 GG geschützt werden. Die Rechtsgüter Leben und Gesundheit sind höherwertiger als die allgemeine Handlungsfreiheit. Ferner setzen die Betreiber mit dem Betrieb des Altenpflegeheimes eine Gefahrenquelle für deren Bewohner, wenn sie auch erkrankte ältere Menschen aufnehmen und ihre Mitarbeiter durch den Umgang mit diesen Menschen und die Reinigung der Anlage potenzielle Träger von Krankheitserregern sind.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Intensität und die Häufigkeit der Überwachung auch davon abhängen, wie sehr ein Altenpflegeheim die hygienischen Anforderungen einhält. Da die Altenpflegeheime regelmäßiger überwacht werden, die bei den Behörden für eine nachlässige Beachtung der Hygienestandards bekannt sind, werden Altenpflegeheime, die die Standards einhalten, in der Regel weniger oft überwacht.¹⁶²

¹⁶² Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Bezirksamtes Hamburg-Mitte, Gesundheits- und Umweltschutzdezernat.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Sofern Altenpflegeheime und Krankenhäuser hinsichtlich der Anforderungen an den Hygieneplan und die infektionshygienische Überwachung annähernd gleich behandelt werden, ist dies durch die ähnliche Infektionsgefahr gerechtfertigt. In beiden Einrichtungen halten sich Menschen auf, die körperlich, geistig und oder gesundheitlich beeinträchtigt sind. Ferner werden diese Personen in beiden Einrichtungen auf eine ähnliche Art und Weise durch das Personal betreut, sodass sich Infektionserreger auf ähnliche Art und Weise ausbreiten könnten.

Stellungnahmen aus der Verwaltungspraxis

Da die festgestellten Mängel häufig nicht beseitigt werden und auch das Personal häufig nicht über den Inhalt des Hygieneplans oder dessen Vorhandensein informiert ist, wird eine infektionshygienische Überwachung für unverzichtbar gehalten.¹⁶³ Auch die Häufigkeit der Überwachung von durchschnittlich einmal pro Jahr wird aus infektionshygienischer Sicht für erforderlich gehalten.

Empfehlung

Die Regelungen über die Aufstellung eines Hygieneplans sowie die infektionshygienische Überwachung sind verhältnismäßig und daher nicht aufzuheben.

4.2.6.2 Hygieneanforderungen / Infektionsschutz im Heimgesetz

Gesetzliche Grundlagen

Das Heimgesetz¹⁶⁴ lautet auszugsweise:

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz gilt für Heime. Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.

...

§ 11 Anforderungen an den Betrieb eines Heims

(1) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung

...

9. einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen gewährleisten und sicherstellen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden, und

...

§ 15 Überwachung

(1) Die Heime werden von den zuständigen Behörden durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen überwacht. Die Prüfungen können jederzeit

¹⁶³ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Amtes für Gesundheit Kiel, einer Mitarbeiterin des Bezirksamtes Hamburg-Mitte, Gesundheits- und Umweltdezernat.

¹⁶⁴ In der Bekanntmachung der Neufassung vom 05.11.2001 BGBl I 2001, S. 2970.

angemeldet oder unangemeldet erfolgen. Prüfungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Überwachungsziel zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Die Heime werden daraufhin überprüft, ob sie die Anforderungen an den Betrieb eines Heims nach diesem Gesetz erfüllen. Der Träger, die Leitung und die Pflegedienstleitung haben den zuständigen Behörden die für die Durchführung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen mündlichen und schriftlichen Auskünfte auf Verlangen und unentgeltlich zu erteilen. Die Aufzeichnungen nach § 13 Abs. 1 hat der Träger am Ort des Heims zur Prüfung vorzuhalten. ...

(2) Die von der zuständigen Behörde mit der Überwachung des Heims beauftragten Personen sind befugt,

1. die für das Heim genutzten Grundstücke und Räume zu betreten; soweit diese einem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen, nur mit deren Zustimmung;

2. Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen,

...

4. sich mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie dem Heimbeirat oder dem Heimförsprecher in Verbindung zu setzen,

5. bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern mit deren Zustimmung den Pflegezustand in Augenschein zu nehmen,

6. die Beschäftigten zu befragen.

Der Träger hat diese Maßnahmen zu dulden. Es steht der zuständigen Behörde frei, zu ihren Prüfungen weitere fach- und sachkundige Personen hinzuzuziehen.

...

(4) Die zuständige Behörde nimmt für jedes Heim im Jahr grundsätzlich mindestens eine Prüfung vor. Sie kann Prüfungen in größeren Abständen als nach Satz 1 vornehmen, soweit ein Heim durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft worden ist oder ihr durch geeignete Nachweise unabhängiger Sachverständiger Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes erfüllt sind. Das nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Die hier einschlägigen Vorschriften des HeimG sind dem Ordnungsrecht zuzurechnen.

Anwendbarkeit der Vorschrift auf Altenpflegeheime

Altenpflegeheime sind Heime im Sinne des § 1 HeimG.

Geschichte der Vorschrift

Die Regelung des § 11 Abs. 1 Nr. 9 HeimG über den zu gewährleistenden Infektionsschutz wurde erst mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes¹⁶⁵ im Jahr 2001 eingefügt. Diese Änderung führte generell zu einer Verschärfung der Heimaufsicht.

¹⁶⁵ Änderungsgesetz vom 05. November 2001, BGBl I 2001, S. 2960.

Durchführung und Umfang der Überwachung und Prüfungsintervalle

Die Überwachung der Gewährleistung eines ausreichenden Infektionsschutzes für die Bewohner erfolgt in Form der Begehung des Gebäudes und der Überprüfung des Vorhandenseins eines Hygieneplans.¹⁶⁶

Die Überwachung durch die Heimaufsicht ist einmal jährlich durchzuführen, § 15 Abs. 4 S. 1 HeimG. Die Befugnis der Behörde, das Intervall zu verlängern, soweit ihr durch geeignete Nachweise unabhängiger Sachverständiger Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heims erfüllt sind, § 15 Abs. 4 S. 2 HeimG, führt nicht zu einer Entlastung der Betreiber von Heimen, sondern stellt nur eine Arbeitserleichterung für die Behörde dar. Diese Qualitätsprüfungen sollen nämlich nach dem Willen des Gesetzgebers die gleiche Prüfungsdichte und -tiefe haben wie die behördliche Überprüfung und sie sollen nicht zu weit zurückliegen.¹⁶⁷ Nach der Vorstellung des Gesetzgebers haben sie die stärkste Aussagekraft, wenn sie nicht länger als ein Jahr zurückliegen.¹⁶⁸

Schleswig-Holstein¹⁶⁹ hat derzeit noch keine diesbezüglichen Regelungen getroffen.

Überprüfung der Vorschrift

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die Überwachung der Altenpflegeheime hinsichtlich der Gewährleistung eines ausreichenden Infektionsschutzes für die Bewohner dient dem Schutz ihrer Gesundheit.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die Überwachung der Sicherstellung des Infektionsschutzes ist geeignet, die Gesundheit der Bewohner von Altenpflegeheimen zu sichern.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird wegen der Ähnlichkeit mit der infektionshygienischen Überwachung nach § 36 IfSG auf die dortige Prüfung der Erforderlichkeit verwiesen.

Angemessenheit der Vorschrift - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Auch hier kann zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen im Rahmen des § 36 IfSG verwiesen werden.

Empfehlung

Die regelmäßige Überwachung der Sicherstellung eines ausreichenden Infektionsschutzes für die Bewohner von Altenpflegeheimen im Rahmen der Heimüberwachung

¹⁶⁶ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Bezirksamtes Hamburg-Nord, Heimaufsicht.

¹⁶⁷ BT-Drucks. 14/5399 S. 31.

¹⁶⁸ BT-Drucks. 14/5399 S. 31.

¹⁶⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz in Schleswig-Holstein.

ist verhältnismäßig und damit verfassungsgemäß. Einer doppelten Überwachung der Infektionshygiene durch das Gesundheitsamt und die Heimaufsicht kann in der Praxis dadurch vermieden werden, dass eine Koordination beider Behörden stattfindet, was schon vielfach praktiziert wird. Diese Norm ist also nicht aufzuheben.

4.2.6.3 Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Artikel 1 der Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung)

Rechtliche Grundlagen

§ 1 Zweck der Verordnung

Zweck der Verordnung ist es, die menschliche Gesundheit vor den nachteiligen Einflüssen, die sich aus der Verunreinigung von Wasser ergeben, das für den menschlichen Gebrauch bestimmt ist, durch Gewährleistung seiner Genusstauglichkeit und Reinheit nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu schützen.

...

§3 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Verordnung

1. ist „Wasser für den menschlichen Gebrauch“ „Trinkwasser“ und „Wasser für Lebensmittelbetriebe“. Dabei ist

„Trinkwasser“ alles Wasser, im ursprünglichen Zustand oder nach Aufbereitung, das zum Trinken, zum Kochen, zur Zubereitung von Speisen und Getränken oder insbesondere zu den folgenden anderen häuslichen Zwecken bestimmt ist:

Körperpflege und -reinigung

Reinigung von Gegenständen, die bestimmungsgemäß mit Lebensmitteln in Berührung kommen,

Reinigung von Gegenständen, die bestimmungsgemäß nicht nur vorübergehend mit dem menschlichen Körper in Kontakt kommen.

Dies gilt ungeachtet der Herkunft des Wassers, seines Aggregatzustandes und ungeachtet dessen, ob es für die Bereitstellung auf Leitungswegen, in Tankfahrzeugen, in Flaschen oder anderen Behältnissen bestimmt ist;

„Wasser für Lebensmittelbereiche“ alles Wasser, ungeachtet seiner Herkunft und seines Aggregatzustandes, das in einem Lebensmittelbetrieb für die Herstellung, Behandlung, Konservierung oder zum Inverkehrbringen von Erzeugnissen oder Substanzen, die für den menschlichen Gebrauch bestimmt sind, sowie zur Reinigung von Gegenständen und Anlagen, die bestimmungsgemäß mit Lebensmitteln in Berührung kommen können, verwendet wird, soweit die Qualität des verwendeten Wassers die Genusstauglichkeit des Enderzeugnisses beeinträchtigen kann;

2. sind Wasserversorgungsanlagen

Anlagen einschließlich des dazugehörigen Leitungsnetzes, aus denen auf festen Leitungswegen an Anschlussnehmer pro Jahr mehr als 1000 cbm Wasser für den menschlichen Gebrauch abgegeben wird,

Anlagen, aus denen pro Jahr höchstens 1000 cbm Wasser für den menschlichen Gebrauch entnommen oder abgegeben wird (Kleinanlagen), sowie sonstige, nicht ortsfeste Anlagen,

Anlagen der Hausinstallation, aus denen Wasser für den menschlichen Gebrauch aus einer Anlage nach Buchstabe a oder b an Verbraucher abgegeben wird,

3. sind Hausinstallationen die Gesamtheit der Rohrleitungen, Armaturen und Geräte, die sich zwischen dem Punkt der Entnahme von Wasser für den menschlichen Gebrauch und dem Punkt der Übergabe von Wasser aus einer Wasserversorgungsanlage nach Nummer 2 Buchstabe a oder b an den Verbraucher befinden;

4. ist Gesundheitsamt die nach Landesrecht für die Durchführung der Verordnung bestimmte und mit einem Amtsarzt besetzte Behörde;

5. ist zuständige Behörde die von den Ländern auf Grund Landesrechts durch Rechtssatz bestimmte Behörde.

§ 4 Allgemeine Anforderungen

...

(2) Der Unternehmer und der sonstige Inhaber einer Wasserversorgungsanlage dürfen Wasser, das den Anforderungen des § 5 Abs. 1 bis 3 und des § 6 Abs. 1 und 2 oder den nach § 9 oder § 10 zugelassenen Abweichungen nicht entspricht, nicht als Wasser für den menschlichen Gebrauch abgeben und anderen nicht zur Verfügung stellen.

(3) Der Unternehmer und der sonstige Inhaber einer Wasserversorgungsanlage dürfen Wasser, das den Anforderungen des § 7 nicht entspricht, nicht als Wasser für den menschlichen Gebrauch abgeben und anderen nicht zur Verfügung stellen.

...

§ 17 Besondere Anforderungen

(1) Für die Neuerrichtung oder die Instandhaltung von Anlagen für die Aufbereitung oder die Verteilung von Wasser für den menschlichen Gebrauch dürfen nur Werkstoffe und Materialien verwendet werden, die in Kontakt mit Wasser Stoffe nicht in solchen Konzentrationen abgeben, die höher sind als nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik unvermeidbar, oder den nach dieser Verordnung vorgesehenen Schutz der menschlichen Gesundheit unmittelbar oder mittelbar mindern, oder den Geruch oder den Geschmack des Wassers verändern; Die Anforderung des Satzes 1 gilt als erfüllt, wenn bei Planung, Bau und Betrieb der Anlagen mindestens die allgemein anerkannten Regeln der Technik eingehalten werden.

...

§ 18 Überwachung durch das Gesundheitsamt

(1) Das Gesundheitsamt überwacht die Wasserversorgungsanlagen im Sinne von § 3 Nr. 2 Buchstabe a und b sowie diejenigen Wasserversorgungsanlagen nach § 3 Nr. 2 Buchstabe c und Anlagen nach § 13 Abs. 3, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit, insbesondere in Schulen, Kindergärten, Krankenhäusern, Gaststätten und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen bereitgestellt wird, hinsichtlich der Einhaltung der Anforderungen der Verordnung durch entsprechender Prüfungen. Werden dem Gesundheitsamt Beanstandungen einer anderen Wasserversorgungsanlage nach § 3 Nr. 2 Buchstabe c oder einer anderen Anlage nach § 13 Abs. 3 bekannt, so kann diese in die Überwachung einbezogen werden, sofern diese unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles zum Schutz der menschlichen Gesundheit oder zur Sicherstellung einer einwandfreien Beschaffenheit des Wassers für den menschlichen Gebrauch erforderlich ist.

(2) Soweit es im Rahmen der Überwachung nach Absatz 1 erforderlich ist, sind die Beauftragten des Gesundheitsamtes befugt,

1. die Grundstücke, Räume und Einrichtungen sowie Wasser-, Luft- und Landfahrzeuge, in denen sich Wasserversorgungsanlagen befinden, während der üblichen Betriebs- und Geschäftszeit zu betreten,

2. Proben nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik zu entnehmen, die Bücher und sonstigen Unterlagen einzusehen und hieraus Abschriften oder Auszüge anzufertigen,

3. vom Unternehmer und vom sonstigen Inhaber einer Wasserversorgungsanlage alle erforderlichen Auskünfte zu verlangen, insbesondere über den Betrieb und den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle,

4. zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung die in Nummer 1 bezeichneten Grundstücke, Räume, Einrichtungen und Fahrzeuge auch außerhalb der dort genannten Zeiten und auch dann, wenn sie zugleich Wohnzwecken dienen, zu betreten. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

Zu den Unterlagen nach Nummer 2 gehören insbesondere die Protokolle über die Untersuchungen nach den §§ 14 und 20, die dem neuesten Stand entsprechenden technischen Pläne der Wasserversorgungsanlagen sowie Unterlagen über die dazugehörigen Schutzzonen oder, soweit solche nicht festgesetzt sind, der Umgebung der Wasserfassungsanlage, soweit sie für die Wassergewinnung von Bedeutung sind.

(3) Der Unternehmer und der sonstige Inhaber einer Wasserversorgungsanlage sowie der sonstige Inhaber der tatsächlichen Gewalt über die in Absatz 2 Nr. 1 und 4 bezeichneten Grundstücke, Räume, Einrichtungen und Fahrzeuge sind verpflichtet,

1. die die Überwachung durchführenden Personen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen, insbesondere ihnen auf Verlangen die Räume, Einrichtungen und Geräte zu bezeichnen, Räume und Behältnisse zu öffnen und die Entnahme von Proben zu ermöglichen,

2. die verlangten Auskünfte zu erteilen.

...

§ 19 Umfang der Überwachung

(1) Im Rahmen der Überwachung nach § 18 hat das Gesundheitsamt die Erfüllung der Pflichten zu prüfen, die dem Unternehmer und dem sonstigen Inhaber einer Wasserversorgungsanlage auf Grund dieser Verordnung obliegen. Die Prüfungen umfassen auch die Besichtigungen der Wasserversorgungsanlage einschließlich der dazugehörigen Schutzzonen, oder, wenn solche nicht festgesetzt sind, der Umgebung der Wasserfassungsanlage, soweit sie für die Wassergewinnung von Bedeutung ist, sowie die Entnahme und Untersuchung von Wasserproben. Für den Untersuchungsumfang gilt § 14 Abs. 1, für das Untersuchungsverfahren § 15 Abs. 1 und 2, für die Aufzeichnung der Untersuchungsergebnisse § 15 Abs. 3 S. 1 bis 3 und für die Untersuchungsstelle § 15 Abs. 4 S. 1 entsprechend.

...

(4) Die Überwachungsmaßnahmen nach Absatz 1 sind mindestens einmal jährlich vorzunehmen; wenn die Überwachung während eines Zeitraums von vier Jahren keinen Grund zu wesentlichen Beanstandungen gegeben hat, kann das Gesundheitsamt die Überwachung in größeren Zeitabständen, die jedoch zwei Jahre nicht überschreiten dürfen, durchführen. ...

(7) Bei Wasserversorgungsanlagen im Sinne von § 3 Nr. 2 Buchstabe c aus denen Wasser für die Öffentlichkeit im Sinne des § 18 Abs. 1 bereitgestellt wird, hat das Gesundheitsamt im Rahmen der Überwachung mindestens diejenigen Parameter der Anlage 2 Teil II zu untersuchen oder untersuchen zu lassen, von denen anzunehmen ist, dass sie sich in der Hausinstallation nachteilig verändern können. Zur Durchführung richtet das Gesundheitsamt ein Überwachungsprogramm auf der Grundlage geeigneter stichprobenartiger Kontrollen ein.

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Die Überwachung von Wasser für den menschlichen Gebrauch auf Grund der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) dient der Abwehr von Gefahren durch verunreinigtes Wasser und gehört damit zum Ordnungsrecht.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Die Trinkwasserverordnung stellt Anforderungen an die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch und enthält Pflichten von Unternehmen und sonstigen Inhabern von Wasserversorgungsanlagen.

Wasser für den menschlichen Gebrauch ist Trinkwasser und Wasser für Lebensmittelbetriebe, § 3 Nr. 1 S. 1 TrinkwV. Trinkwasser ist alles Wasser, das zum Trinken, zum Kochen, zur Zubereitung von Speisen und Getränken und zu anderen häuslichen Zwecken, wie z. B. zur Körperpflege und -reinigung bestimmt ist, § 3 Nr. 1 Buchstabe a TrinkwV. In einem Altenpflegeheim werden Speisen zubereitet und die Bewohner werden gewaschen, sodass dort Trinkwasser verwendet wird. Wasser für Lebensmittelbetriebe ist alles Wasser, ungeachtet seiner Herkunft und seines Aggregatzustandes, das in einem Lebensmittelbetrieb für die Herstellung, Behandlung, Konservierung oder zum Inverkehrbringen von Erzeugnissen bestimmt ist, § 3 Nr. 1 Buchstabe b TrinkwV. Dabei ist es ohne Belang, welcher Art das Unternehmen ist, dem der Betrieb angehört und ob es gewerblich tätig ist oder nicht.¹⁷⁰ Der Begriff Betrieb setzt nur eine nachvollziehbare Organisation voraus.¹⁷¹ Da Trinkwasser auch ein Lebensmittel ist, ist der Begriff „Inverkehrbringen“ in der Trinkwasserverordnung genauso zu verstehen wie im Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz. Nach § 7 Abs. 1 LMBG ist Inverkehrbringen das Anbieten, Vorrätighalten zum Verkauf oder zu sonstiger Abgabe, Feilhalten und jedes Abgeben an andere. Eine nachvollziehbare Organisation ist in einem Altenpflegeheim vorhanden und es werden Lebensmittel an die Bewohner, also an andere, abgegeben und somit in den Verkehr gebracht. Folglich wird in Altenpflegeheimen auch Wasser für Lebensmittelbetriebe im Sinne der Trinkwasserverordnung verwendet.

Wasserversorgungsanlagen sind in § 3 Nr. 2 TrinkwV definiert. Danach sind Wasserversorgungsanlagen auch Anlagen der Hausinstallation, aus denen Wasser für den menschlichen Gebrauch aus einer Anlage nach Buchstabe a oder b an Verbraucher abgegeben wird, § 3 Nr. 2 Buchstabe c TrinkwV. Anlagen der Hausinstallation sind die Gesamtheit der Rohrleitungen, Armaturen und Geräte, die sich zwischen dem Punkt der Entnahme von Wasser für den menschlichen Gebrauch und dem Punkt der Übergabe von Wasser aus einer Wasserversorgungsanlage nach Nummer 2 Buchstabe a oder b an den Verbraucher befinden, § 3 Nr. 3 TrinkwV.¹⁷² Mit dem Punkt der Übergabe von Wasser ist der Wasserzähler gemeint.¹⁷³ Die Anlagen der Hausinstalla-

¹⁷⁰ Zipfel / Rathke, Lebensmittelrecht Bd V, Trinkwasserverordnung, § 3 Rn 13.

¹⁷¹ Zipfel / Rathke, Lebensmittelrecht Bd V, Trinkwasserverordnung, § 3 Rn 13

¹⁷² Diese Regelung stellt klar, dass der Unternehmer oder sonstige Inhaber einer Wasserversorgungsanlage nach § 3 Nr. 2 Buchstabe a oder b nicht mehr für Veränderungen einstehen soll, die auf Grund der Beschaffenheit der Hausinstallation eintreten (BR-Drucks. 721/00 S. 55 zu § 3 Nr. 2).

¹⁷³ Siehe BR-Drucks. 721/00 S. 55 zu § 3 Nr. 2.

tion sind also das gesamte häusliche Verteilungssystem zwischen dem Wasserzähler und den Zapfstellen (Wasserhähnen). Da von diesen Definitionen das Wasserverteilungssystem in jedem Haus erfasst ist, sind auch die Betreiber von Altenpflegeheimen Inhaber von Wasserversorgungsanlagen im Sinne der Trinkwasserverordnung.

Das Gesundheitsamt überwacht die Wasserversorgungsanlagen nach § 3 Nr. 2 Buchstabe c - also die Hausinstallationen -, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit, insbesondere in Schulen, Kindergärten, Krankenhäusern, Gaststätten und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen, bereitgestellt wird, hinsichtlich der Einhaltung der Anforderungen der Verordnung durch entsprechende Prüfungen, § 18 Abs. 1 S. 1 TrinkwV. Die Überwachung betrifft insbesondere Gemeinschaftseinrichtungen, in denen das Wasser einem besonders schutzbedürftigen Personenkreis zur Verfügung gestellt wird, wie z. B. Kindern oder Kranken.¹⁷⁴ Zu dem besonders schützenswerten Personenkreis zählen nach der Intention des Gesetzgebers auch die Bewohner von Altenpflegeheimen, sodass auch diese Einrichtung der Überwachung nach § 18 TrinkwV unterliegt.¹⁷⁵

Nach allem findet die Trinkwasserverordnung Anwendung auf Altenpflegeheime.

Geschichte der Vorschrift

Die Trinkwasserverordnung wurde auf Grund von § 37 Abs. 3 und § 38 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz¹⁷⁶ erlassen, soweit das Wasser auf Krankheitserreger zu untersuchen ist und ihm Zusatzstoffe zur Desinfektion beigefügt werden und beruht auf § 9 Abs. 1 Nr. 1a, Nr. 3, Nr. 4a i. V. m. Abs. 3, § 10 Abs. 1 S. 1, § 12 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Nr. 1 i. V. m. Abs. 3, § 16 Abs. 1 S. 2 und § 19 Abs. 1 Nr. 1 und 2b des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes,¹⁷⁷ soweit Wasser als Lebensmittel verwendet wird und den Anforderungen des Lebensmittelrechts an die Genusstauglichkeit und Reinheit von Lebensmitteln genügen soll.

Die erste bundesweit geltende Trinkwasserverordnung, die die bis dahin geltenden landesrechtlichen Regelungen ersetzte, wurde am 31. Januar 1975¹⁷⁸ erlassen und trat im Januar 1976 in Kraft. Sie wurde am 22. Mai 1986 neu verordnet.¹⁷⁹ Das häusliche Wasserverteilungssystem wurde als „Anlage der Hausinstallation, aus der Trinkwasser oder Wasser für Lebensmittelbetriebe aus einer Anlage nach Nummer 1 oder 2 an Verbraucher abgegeben wird“ erst in der Neufassung der Trinkwasserverordnung im Jahre 1990¹⁸⁰ in deren § 8 Nr. 3 als Wasserversorgungsanlage definiert und dadurch dem Anwendungsbereich der Trinkwasserverordnung unterstellt. Allerdings unterlag es noch nicht der regelmäßigen Kontrolle durch das Gesundheitsamt nach §

¹⁷⁴ Siehe BR-Drucks. 721/00 S. 92 zu § 18 Abs. 1. Nach einer telefonischen Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg-Nord, Gesundheits- und Umweltamt unterliegen Altenpflegeheime der regelmäßigen Überwachung.

¹⁷⁵ Siehe BR-Drucks. 721/00 S. 53 letzter Absatz zu § 3 und S. 77 zu § 9 Abs. 11.

¹⁷⁶ Gesetz vom 20. Juli 2000, BGBl I 2000, S. 1045.

¹⁷⁷ In der Fassung der Bekanntmachung vom 09. September 1997, BGBl 1997 I S. 2296.

¹⁷⁸ BGBl 1975 I, S. 453.

¹⁷⁹ BGBl 1986 I, S. 760.

¹⁸⁰ BGBl 1990 I, S. 2612 (2615)

18 TrinkwV 1990. Dies erfolgte erst im Rahmen der Neufassung im Mai 2001,¹⁸¹ die zum 01. Januar 2003 in Kraft trat und betrifft auch nur solche Anlagen der Hausinstallation, aus denen „Wasser für die Öffentlichkeit“ entnommen wird. Diese Erweiterung ist auf die Trinkwasserrichtlinie 98/83/EG¹⁸² zurückzuführen. Die regelmäßige Überwachung des häuslichen Verteilungssystems in bestimmten Einrichtungen wurde also erst vor drei Jahren eingeführt.

Mit der Neufassung im Mai 2001 wurden auch die Regelungen über die regelmäßige Überprüfung der Wasserversorgungsanlagen modifiziert. In den Trinkwasserverordnungen von 1975, 1986 und 1990 war geregelt, dass mindestens zweimal pro Jahr eine Kontrolle - Überwachung der Pflichten des Unternehmers oder sonstigen Inhabers einer Wasserversorgungsanlage nach der Trinkwasserverordnung sowie erforderlichenfalls eine Besichtigung der Wasserversorgungsanlagen und eine Untersuchung von Wasserproben - durchzuführen war.¹⁸³ Ferner war eine Prüfung - Besichtigung der Wasserversorgungsanlage und Kontrolle im eben genannten Sinne - unmittelbar nach der Inbetriebnahme, erneut nach einem Jahr und dann alle drei Jahre vorzunehmen.¹⁸⁴ Diese Maßnahmen wurden 2001 in der „Überwachung“ - Überprüfung der Pflichten des Unternehmers oder sonstigen Inhabers einer Wasserversorgungsanlage, Besichtigung der Wasserversorgungsanlage sowie die Entnahme und Untersuchung von Wasserproben - zusammengefasst, die mindestens einmal im Jahr durchgeführt werden soll, § 19 Abs. 1 und 4 TrinkwV.

Das Zeitintervall für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichten durch den Unternehmer wurde also verlängert, dafür wurde jedoch durch die Zusammenfassung aller Maßnahmen zu einer „Überwachung“ das Zeitintervall für die Besichtigung der Wasserversorgungsanlagen auf ein Jahr verkürzt. Für die Überwachung der betroffenen Hausinstallationen ist in § 19 Abs. 7 TrinkwV allerdings vorgesehen, dass die Gesundheitsämter zur Durchführung ein Überwachungsprogramm auf der Grundlage stichprobenartiger Überprüfungen zu entwickeln haben. Dies bedeutet, dass nicht jede dieser Hausinstallationen zwingend einmal pro Jahr überwacht werden muss.¹⁸⁵

Im Ergebnis ist festzustellen, dass der bürokratische Aufwand für Inhaber von Wasserversorgungsanlagen mit der Trinkwasserverordnung 2001 verringert wurde. Aller-

¹⁸¹ BGBl 2001 I, S. 959.

¹⁸² Art 6 Abs. 2 der Richtlinie lautet: „Im Fall von Wasser gemäß Absatz 1 Buchstabe a) gelten für die Mitgliedstaaten ihre Verpflichtungen nach diesem Artikel sowie nach Artikel 4 und Artikel 8 Absatz 2 als erfüllt, wenn die Nichteinhaltung der nach Artikel 5 festgesetzten Parameterwerte nachweislich auf die Hausinstallation oder deren Instandhaltung zurückzuführen ist; dies gilt nicht im Fall von Grundstücken und Gebäuden sowie Einrichtungen, auf bzw. in denen Wasser für die Öffentlichkeit bereitgestellt wird, wie Schulen, Krankenhäuser und Restaurants.“

Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a) lautet: „Die nach Artikel 5 festgesetzten Parameterwerte sind einzuhalten bei Wasser, das aus einem Verteilungsnetz stammt, am Austritt aus denjenigen Zapfstellen auf Grundstücken oder in Gebäuden und Einrichtungen, die normalerweise der Entnahme von Wasser für den menschlichen Gebrauch dienen; ...“

¹⁸³ So in § 18 Abs. 2 TrinkwV 1975; § 18 Abs. 2 TrinkwV 1986; § 20 Abs. 2 TrinkwV 1990.

¹⁸⁴ So in § 17 Abs. 6 TrinkwV 1975; § 17 Abs. 5 TrinkwV 1986; § 19 Abs. 5 TrinkwV 1990.

¹⁸⁵ Dies ist der Amtlichen Begründung in BR-Drucks 721/00 S. 95 zu § 19 Abs. 7 zu entnehmen: „... Entsprechend den Anforderungen der Trinkwasserrichtlinie reicht es aus, wenn geeignete stichprobenartige Kontrollen durchgeführt werden.“

dings ist auch festzustellen, dass die Hausinstallation in Altenpflegeheimen erst seit 2003 von der regelmäßigen Überwachung nach der Trinkwasserverordnung betroffen ist.¹⁸⁶

Durchführung und Umfang der Überwachung der Wasserqualität und Prüfungsintervalle

Im Rahmen der regelmäßigen Überwachung nach §§ 18, 19 TrinkwV prüft das Gesundheitsamt, ob der Inhaber einer Wasserversorgungsanlage im Sinne des § 3 Nr. 2 Buchstabe c seine Pflichten nach der Trinkwasserverordnung erfüllt. Er darf Wasser, das den Anforderungen des § 5 Abs. 1 bis 3 und des § 6 Abs. 1 und 2 oder den nach § 9 oder § 10 zugelassenen Abweichungen nicht entspricht, nicht als Wasser für den menschlichen Gebrauch abgeben und anderen nicht zur Verfügung stellen, § 4 Abs. 2 TrinkwV. Dies betrifft die Anforderungen an die Konzentration von Krankheitserregern, die Einhaltung der Grenzwerte für mikrobiologische Parameter, das Vorhandensein chemischer Stoffe in nicht gesundheitsschädigender Konzentration sowie die Einhaltung der Grenzwerte für chemische Parameter. Ferner dürfen bei der Neuerrichtung oder der Instandhaltung von Anlagen für die Aufbereitung oder die Verteilung von Wasser für den menschlichen Gebrauch nur Werkstoffe und Materialien verwendet werden, die in Kontakt mit Wasser Stoffe nicht in solchen Konzentrationen abgeben, die höher sind als nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik unvermeidbar, § 17 Abs. 1 S. 1, 1. Halbsatz TrinkwV. Die Inhaber der Hausinstallation müssen also auch dafür sorgen, dass ihr Leitungsnetz nicht zu einer Verunreinigung des in ihm fließenden Wassers führt.

Der Inhaber einer Hausinstallationsanlage muss jedoch nicht regelmäßig selbst die Qualität des Wassers überwachen, wie dies in § 14 Abs. 1 TrinkwV für die belieferten Wasserversorgungsanlagen vorgesehen ist. Eine Verpflichtung zur regelmäßigen Überprüfung der Wasserqualität kommt nur im Einzelfall in Betracht, wenn eine Verunreinigung des Trinkwassers durch die Hausinstallation festgestellt wurde, § 14 Abs. 6 TrinkwV.

Bei der Überprüfung der Hausinstallation durch die Gesundheitsämter stehen die möglichen Veränderungen der Wasserqualität durch die Rohrleitungen der Hausinstallation im Vordergrund, vgl. § 19 Abs. 7 TrinkwV.¹⁸⁷ Daher ist nach § 19 Abs. 7 S. 1 TrinkwV vornehmlich die Konzentration der in der Anlage 2 Teil II aufgelisteten Stoffe zu überprüfen. Dabei handelt es sich um Leitungswerkstoffe, meist in Form von Legierungen, mit denen sich das Wasser im Leitungsnetz anreichern könnte.¹⁸⁸ Ferner wird das Wasser oftmals auf mikrobiologische Parameter untersucht, wie z. B. Legionel-

¹⁸⁶ Ein Einschreiten im Einzelfall nach § 10 Abs. 2 TrinkwV 1990 war natürlich auch schon davor möglich gewesen.

¹⁸⁷ Siehe auch Amtliche Begründung in BR-Drucks. 721/00 S. 95 zu § 19 Abs. 7: „... Hier müssen aber nur solche Parameter untersucht werden, die sich nach Eintritt in die Hausinstallation - z. B. durch die vorhandenen Rohrmaterialien - verändern können. ... Entsprechend den Anforderungen der Trinkwasserrichtlinie reicht es aus, wenn geeignete stichprobenartige Kontrollen durchgeführt werden.“

¹⁸⁸ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg-Nord, Gesundheits- und Umweltamt.

len.¹⁸⁹ Die Überwachung der Leitungsnetze in Altenpflegeheimen wird durchgeführt, weil in diesen Gebäuden lange Leitungsnetze vorhanden sind und sich gerade in langen Leitungen eine höhere Konzentration von Leitungslösungen und Bakterienkolonien ansammeln können.¹⁹⁰

Zum Zweck der Überprüfung der Wasserqualität dürfen die Beauftragten des Gesundheitsamtes die Grundstücke, Räume und Einrichtungen betreten, Proben nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik entnehmen, die Bücher und sonstigen Unterlagen einsehen und hieraus Abschriften oder Auszüge anfertigen und die erforderlichen Auskünfte verlangen, insbesondere über den Betrieb und den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle, § 18 Abs. 2 TrinkwV.

Die Überwachungsmaßnahmen sind grundsätzlich mindestens einmal jährlich durchzuführen, § 19 Abs. 4 TrinkwV. Für die Durchführung der Überwachungsmaßnahmen in Hausinstallationen gelten jedoch Besonderheiten: das Gesundheitsamt richtet ein Überwachungsprogramm auf der Grundlage geeigneter stichprobenartiger Kontrollen ein, § 19 Abs. 7 S. 2 TrinkwV. Die Bundesländer haben dazu unterschiedliche Systeme eingeführt.¹⁹¹ Die Stadtstaaten haben sich darauf verständigt, in Anlehnung an die Lebensmittelüberwachung eine Überwachung pro 10000 Einwohnern durchzuführen.¹⁹² Dies bedeutet beispielsweise in Hamburg, Bezirk Nord, dass pro Jahr 25 Altenpflegeheime untersucht werden und im Ergebnis ein Altenpflegeheim nur alle 4 bis 5 Jahre überprüft wird.¹⁹³ Das Ministerium für Umwelt, Naturschutz und Landwirtschaft in Schleswig-Holstein¹⁹⁴ und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie in Brandenburg¹⁹⁵ haben eine Prioritätenliste als Empfehlung an die Gesundheitsämter für die Umsetzung des § 19 Abs. 7 TrinkwV herausgegeben, die die Schutzbedürftigkeit der Personen berücksichtigt. In Schleswig-Holstein sind Altenpflegeheime in die erste Priorität - hohe Häufigkeit der Überwachung - eingruppiert worden, wobei die Durchführung im Einzelnen den jeweiligen unteren Behörden überlassen wird.¹⁹⁶ Im Kreis Flensburg beispielsweise werden Altenpflegeheime einmal jähr-

¹⁸⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg. In Schleswig-Holstein hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Hinweise hinsichtlich der zu überprüfenden Parameter - Blei, Kupfer und Legionellen als mikrobiologisches Parameter im Warmwasserbereich - gegeben (telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz).

¹⁹⁰ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg- Nord, Gesundheits- und Umweltamt.

¹⁹¹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg- Nord, Gesundheits- und Umweltamt, sowie eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg.

¹⁹² Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg- Nord, Gesundheits- und Umweltamt.

¹⁹³ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg- Nord, Gesundheits- und Umweltamt.

¹⁹⁴ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz in Schleswig-Holstein.

¹⁹⁵ Schriftliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie in Brandenburg.

¹⁹⁶ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz in Schleswig-Holstein.

lich überwacht.¹⁹⁷ Das Land Brandenburg stellt Altenpflegeheime den stationären Einrichtungen gleich, die in der Regel alle zwei Jahre von den Gesundheitsämtern zu überprüfen sind.¹⁹⁸

Überprüfung der Vorschrift

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die regelmäßige Überprüfung der Qualität des Wassers auf mikrobiologische, chemische oder sonstige Belastungen durch das häusliche Verteilungssystem dient der Verwendbarkeit von einwandfreiem Wasser und damit dem Schutz der Verbraucher, in diesem Zusammenhang insbesondere der alten Menschen, vor körperlichen Beeinträchtigungen durch verunreinigtes Wasser, siehe § 1 TrinkwV.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die regelmäßige Überprüfung der Qualität des Wassers ist geeignet, die Gesundheit der Verbraucher, beispielsweise älterer Menschen, zu schützen.

Erforderlichkeit der Vorschrift - geringstmögliche Belastung

Die regelmäßige Überwachung ist auch erforderlich, weil sie die geringstmögliche Belastung für die Inhaber von Hausinstallationen, also auch die Betreiber von Altenpflegeheimen, darstellt. Endständige Filter als denkbare Alternative zu einer regelmäßigen Überwachung stellen kein milderes Mittel dar. Zum einen sind Filter nicht gleich geeignet, weil z. B. solche für Legionellen - wie sie in Krankenhäusern teilweise verwendet werden - den Zufluss des Wassers nachteilig verändern können¹⁹⁹ und zum zweiten sind sie mit höheren Kosten für die Betreiber verbunden. Zudem gibt es keine Filter, die alle denkbaren Stoffe filtern, sondern es ist zunächst immer festzustellen, welcher Stoff jeweils herausgefiltert werden muss,²⁰⁰ sodass eine Überwachungsmaßnahme in Form von Probenahmen ohnehin notwendig ist. Schließlich müssten auch die Filter nach den Vorgaben des Herstellers ständig gewartet und vom Gesundheitsamt überwacht werden, weil sonst die Gefahr der Sekundärverkeimung droht.²⁰¹

Die Häufigkeit der Untersuchungen ist in jedem Bundesland verschieden, weil die Gesundheitsämter in den Bundesländern auf Grund des § 19 Abs. 7 TrinkwV ermächtigt sind, jeweils selbst geeignete Überwachungssysteme einzuführen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Wasser, das in die Hausinstallation gelangt, bereits vorher

¹⁹⁷ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Gesundheitsamtes Flensburg. Der Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Kiel konnte keine nähere Auskunft geben, weil die Mitarbeiter derzeit noch an der Umsetzung der Trinkwasserverordnung arbeiten, sodass zur Zeit nur anlassbezogene Überprüfungen stattfinden.

¹⁹⁸ Schriftliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie in Brandenburg.

¹⁹⁹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg.

²⁰⁰ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg.

²⁰¹ Schriftliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie in Brandenburg.

auf seine Reinheit kontrolliert wird. Dies geschieht zum einen durch die jährliche Überwachung der Gesundheitsämter und zum anderen durch die Verpflichtung des Inhabers der Wasserversorgungsanlagen nach § 3 Nr. 2 Buchstabe a und b - also des gesamten Leitungsnetzes vor den Leitungen der Hausinstallation -, regelmäßige Überprüfungen auf den Gehalt gesundheitsschädlicher Parameter durchzuführen, siehe § 14 TrinkwV und Anlage 4. Das Wasser gelangt dadurch also in einem optimalen Zustand in die Leitungsnetze der Hausinstallation. Da diese Leitungsnetze in einem unterschiedlichen Zustand sind, ist auch die Gefahr der Verunreinigung des Wassers in diesen Leitungen unterschiedlich hoch.²⁰² Aus diesem Grund kann kein aus biologischer Sicht optimales Zeitintervall für eine regelmäßige Überprüfung festgesetzt werden.²⁰³ Die Bundesländer haben mit ihren unterschiedlichen Systemen unterschiedliche Maßstäbe angesetzt, die sich teilweise auch an den örtlichen Gegebenheiten orientieren. Schleswig-Holstein und Brandenburg haben sich an der Schutzbedürftigkeit der Menschen orientiert, in Hamburg wurde das System übernommen, das auch für die Lebensmittelüberwachung angewendet wird. Daher kann auch nicht pauschal festgestellt werden, welches Zeitintervall für die Überwachungen das schonendste, aber gleich effektive Mittel darstellt. Folglich können die von den untersuchten Bundesländern gewählten Systeme und Überwachungsintervalle auch nicht pauschal als erforderlich oder nicht erforderlich und damit unverhältnismäßig beurteilt werden.

Angemessenheit der Vorschrift - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Die regelmäßigen Überwachungsmaßnahmen sind auch angemessen. Den Betreibern von Altenpflegeheimen ist der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG zu Gunsten der von Art. 2 Abs. 2 GG geschützten Gesundheit der Bewohner zumutbar. Die Überwachungsmaßnahmen finden in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlichen Zeitabständen statt und es werden nicht alle Parameter untersucht, sodass der Aufwand nicht so groß ist. Zudem sind gerade ältere Menschen oftmals gesundheitlich geschwächt und daher sehr anfällig für mikrobiologische oder chemische Verunreinigungen des Wassers.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die annähernd gleiche Behandlung von Krankenhäusern und Altenpflegeheimen hinsichtlich der Überwachung der Hausinstallation liegt darin begründet, dass sich in beiden Institutionen Menschen aufhalten, die auf Grund ihres geschwächten Gesundheitszustands besonders empfindlich auf chemische oder mikrobiologische Veränderungen der Stoffe reagieren, die sie ihrem Körper zuführen.²⁰⁴ Zudem sind die Leitungsanlagen ähnlich aufgebaut. Beide Gebäude sind üblicherweise durch die große Anzahl der Zimmer für die Unterbringung der kranken oder pflegebedürftigen Men-

²⁰² Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesgesundheitsamtes Brandenburg.

²⁰³ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Landesgesundheitsamtes Brandenburg.

²⁰⁴ So auch die schriftliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie in Brandenburg.

schen größer und besitzen dadurch längere Leitungswege. Gerade in längeren Leitungswegen können sich Keimkolonien und andere Ablagerungen bilden.²⁰⁵

Empfehlung

Da die Überwachung der Hausinstallation in Altenpflegeheimen verhältnismäßig und damit verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist, sind die Vorschriften über die regelmäßige Überwachung nicht zu modifizieren oder aufzuheben.

4.2.6.4 Lebensmittelrechtliche Überwachung

Rechtliche Grundlagen

Die Rechtsgrundlage für eine Überwachung der hygienischen Anforderungen an den Umgang mit Lebensmitteln ist § 41 LMBG.

Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch²⁰⁶

§ 2 Begriffsbestimmungen

...

(2) Lebensmittel sind Lebensmittel im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 178/2002.

...

§ 3 Weitere Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind:

1. Inverkehrbringen: Inverkehrbringen im Sinne des Artikels 3 Nr. 8 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002; für kosmetische Mittel, Bedarfsgegenstände und mit Lebensmitteln verwechselbare Produkte gilt Artikel 3 Nr. 8 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 entsprechend,

2. Herstellen: das Gewinnen, einschließlich des Schlachtens oder Erlegens lebender Tiere, deren Fleisch als Lebensmittel zu dienen bestimmt ist, das Herstellen, das Zubereiten, das Be- und Verarbeiten und das Mischen,

3. Behandeln: das Wiegen, Messen, Um- und Abfüllen, Stempeln, Bedrucken, Verpacken, Kühlen, Gefrieren, Tiefgefrieren, Auftauen, Lagern, Aufbewahren, Befördern sowie jede sonstige Tätigkeit, die nicht als Herstellen oder Inverkehrbringen anzusehen ist,

...

6. Lebensmittelunternehmen: Lebensmittelunternehmen im Sinne des Artikels 3 Nr. 2 der Verordnung (EG) Nr. 178/ 2002,

...

§ 5 Verbote zum Schutz der Gesundheit

(1) Es ist verboten, Lebensmittel für andere derart herzustellen oder zu behandeln, dass ihr Verzehr gesundheitsschädlich im Sinne des Artikels 14 Abs. 2 Buchstabe a der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 ist. Das Verbot des Artikels 14 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 Buchstabe a der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 über das Inverkehrbringen gesundheitsschädlicher Lebensmittel bleibt unberührt.

...

²⁰⁵ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg- Nord, Gesundheits- und Umweltamt.

²⁰⁶ Gesetz vom 06. September 2005, BGBl I 2005, S. 2618

§ 36 Ermächtigungen für betriebseigene Kontrollen und Maßnahmen

Das Bundesministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, soweit es zur Erfüllung der in § 1 Abs. 1 Nr. 1 oder 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, auch in Verbindung mit Abs. 2, genannten Zwecke erforderlich ist,

1. vorzuschreiben, dass Betriebe, die bestimmte Erzeugnisse herstellen, behandeln oder in den Verkehr bringen, bestimmte betriebseigene Kontrollen und Maßnahmen sowie Unterrichtungen oder Schulungen von Personen in der erforderlichen Hygiene durchzuführen und darüber Nachweise zu führen haben, sowie dass Betriebe bestimmten Prüfungs- und Mitteilungspflichten unterliegen,
2. das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit der betriebseigenen Kontrollen und Maßnahmen nach Nummer 1 sowie die Auswertung und Mitteilung der Kontrollergebnisse zu regeln,
3. das Nähere über Art, Form und Inhalt der Nachweise nach Nummer 1 sowie über die Dauer ihrer Aufbewahrung zu regeln,
4. vorzuschreiben, dass Betriebe, die bestimmte Erzeugnisse herstellen, behandeln oder in den Verkehr bringen, oder von diesen Betrieben beauftragte Labors, bei der Durchführung mikrobiologischer Untersuchungen im Rahmen der betriebseigenen Kontrollen nach Nummer 1 bestimmtes Untersuchungsmaterial aufzubewahren und der zuständigen Behörde auf Verlangen auszuhändigen haben sowie die geeignete Art und Weise und die Dauer der Aufbewahrung und die Verwendung des ausgehändigten Untersuchungsmaterials zu regeln.

Satz 1 gilt entsprechend für Lebensmittelunternehmen, in denen lebende Tiere im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 1 gehalten werden. Eine Mitteilung auf Grund einer Rechtsverordnung nach Satz 1 Nr. 2 oder eine Aushändigung von Untersuchungsmaterial auf Grund einer Rechtsverordnung nach Satz 1 Nr. 4 darf nicht zur strafrechtlichen Verfolgung des Mitteilenden oder Aushändigenden oder für ein Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten gegen den Mitteilenden oder Aushändigenden verwendet werden.

LFGB § 37: Weitere Ermächtigungen

(1) Das Bundesministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, soweit es zur Erfüllung der in § 1 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 4, jeweils auch in Verbindung mit Abs. 2, genannten Zwecke erforderlich ist,

1. vorzuschreiben, dass Betriebe, die bestimmte Erzeugnisse herstellen, behandeln, in den Verkehr bringen oder verwenden, anerkannt, zugelassen oder registriert sein müssen sowie das Verfahren für die Anerkennung, Zulassung oder Registrierung einschließlich des Ruhens der Anerkennung oder Zulassung zu regeln,
2. die Voraussetzungen festzulegen, unter denen eine Anerkennung, Zulassung oder Registrierung zu erteilen ist.

(2) In der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nr. 2 können an das Herstellen, das Behandeln, das Inverkehrbringen oder das Verwenden des jeweiligen Erzeugnisses Anforderungen insbesondere über

1. die bauliche Gestaltung der Anlagen und Einrichtungen, insbesondere hinsichtlich der für die betroffene Tätigkeit einzuhaltenden hygienischen Anforderungen,
2. die Gewährleistung der von den betroffenen Betrieben nach der Anerkennung, Zulassung, Registrierung oder Zertifizierung einzuhaltenden Vorschriften dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen,
3. die Einhaltung der Vorschriften über den Arbeitsschutz,

4. das Vorliegen der im Hinblick auf die betroffene Tätigkeit erforderlichen Zuverlässigkeit der Betriebsinhaberin oder des Betriebsinhabers oder der von der Betriebsinhaberin oder vom Betriebsinhaber bestellten verantwortlichen Person,
5. die im Hinblick auf die betroffene Tätigkeit erforderliche Sachkunde der Betriebsinhaberin oder des Betriebsinhabers oder der von der Betriebsinhaberin oder vom Betriebsinhaber bestellten verantwortlichen Person,
6. die Anfertigung von Aufzeichnungen und ihre Aufbewahrung festgelegt werden.

...

§ 39 Aufgabe und Maßnahmen der zuständigen Behörden

(1) Die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzes, der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen und der unmittelbar geltenden Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft im Anwendungsbereich dieses Gesetzes über Erzeugnisse und lebende Tiere im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 1 ist Aufgabe der zuständigen Behörden. Dazu haben sie sich durch regelmäßige Überprüfungen und Probenahmen davon zu überzeugen, dass die Vorschriften eingehalten werden.

(2) Die zuständigen Behörden treffen die notwendigen Anordnungen und Maßnahmen, die zur Feststellung oder zur Ausräumung eines hinreichenden Verdachts eines Verstoßes oder zur Beseitigung festgestellter Verstöße oder zur Verhütung künftiger Verstöße sowie zum Schutz vor Gefahren für die Gesundheit oder vor Täuschung erforderlich sind. Sie können insbesondere

1. anordnen, dass derjenige, der ein Erzeugnis hergestellt, behandelt oder in den Verkehr gebracht hat oder dies beabsichtigt,

a) eine Prüfung durchführt oder durchführen lässt und das Ergebnis der Prüfung mitteilt,

b) ihr den Eingang eines Erzeugnisses anzeigt, wenn Grund zu der Annahme besteht, dass das Erzeugnis den Vorschriften dieses Gesetzes, der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen oder der unmittelbar geltenden Rechtsakte der Europäischen Gemeinschaft im Anwendungsbereich dieses Gesetzes nicht entspricht,

2. vorübergehend verbieten, dass ein Erzeugnis in den Verkehr gebracht wird, bis das Ergebnis einer entnommenen Probe oder einer nach Nummer 1 angeordneten Prüfung vorliegt,

3. das Herstellen, Behandeln oder das Inverkehrbringen von Erzeugnissen verbieten oder beschränken,

4. eine Maßnahme überwachen oder, falls erforderlich, anordnen, mit der verhindert werden soll, dass ein Erzeugnis, das den Verbraucher noch nicht erreicht hat, auch durch andere Wirtschaftsbeteiligte weiter in den Verkehr gebracht wird (Rücknahme), oder die auf die Rückgabe eines in den Verkehr gebrachten Erzeugnisses abzielt, das den Verbraucher oder den Verwender bereits erreicht hat oder erreichen könnte (Rückruf),

5. Erzeugnisse, auch vorläufig, sicherstellen und, soweit dies zum Erreichen der in § 1 Abs. 1 Nr. 1 oder 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, jeweils auch in Verbindung mit Abs. 2, genannten Zwecke erforderlich ist, die unschädliche Beseitigung der Erzeugnisse veranlassen,

6. das Verbringen von Erzeugnissen, einschließlich lebender Tiere im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 1, in das Inland im Einzelfall vorübergehend verbieten oder beschränken, wenn

a) die Bundesrepublik Deutschland von der Kommission hierzu ermächtigt worden ist und dies das Bundesministerium im Bundesanzeiger bekannt gemacht hat oder

b) Tatsachen vorliegen, die darauf schließen lassen, dass die Erzeugnisse oder lebenden Tiere ein Risiko für die Gesundheit von Mensch oder Tier mit sich bringen,

7. anordnen, dass diejenigen, die einer von einem in Verkehr gebrachten Erzeugnis ausgehenden Gefahr ausgesetzt sein können, rechtzeitig in geeigneter Form auf diese Gefahr hingewiesen werden,

8. Anordnungen zur Durchsetzung der Pflicht des Lebensmittelunternehmers zur Unterrichtung der Verbraucher nach Artikel 19 der Verordnung (EG) Nr. 178/ 2002 und der Pflicht des Futtermittelunternehmers zur Unterrichtung der Verwender nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 treffen und

9. die Öffentlichkeit nach Maßgabe von § 40 informieren.

(3) Eine Anordnung nach

1. Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 und 5 kann auch in Bezug auf das Verwenden eines zugelassenen Erzeugnisses ergehen, soweit dies erforderlich ist, um eine unmittelbare drohende Gefahr für die Gesundheit des Menschen abzuwehren; die Anordnung ist zu befristen, bis über die weitere Zulassung des betroffenen Erzeugnisses von der zuständigen Stelle entschieden ist,

2. Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 bis 3 und 5 kann auch in Bezug auf das Verfüttern eines Futtermittels ergehen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sowie § 40 gelten für mit Lebensmitteln verwechselbaren Produkten entsprechend.

(7) Soweit im Einzelfall eine notwendige Anordnung oder eine sonstige notwendige Maßnahme nicht auf Grund der Absätze 2 bis 4 getroffen werden kann, bleiben weitergehende Regelungen der Länder, einschließlich der Regelungen auf dem Gebiet des Polizeirechts, auf Grund derer eine solche Anordnung oder Maßnahme getroffen werden kann, anwendbar.

Verordnung EG 178/2002

Art. 2 Definition von „Lebensmittel“

Im Sinne dieser Verordnung sind „Lebensmittel“ alle Stoffe oder Erzeugnisse, die dazu bestimmt sind oder von denen nach vernünftigem Ermessen erwartet werden kann, dass sie in verarbeitetem, teilweise verarbeitetem oder unverarbeitetem Zustand von Menschen aufgenommen werden. Zu „Lebensmitteln“ zählen auch Getränke, Kaugummi sowie alle Stoffe - einschließlich Wasser -, die dem Lebensmittel bei seiner Herstellung oder Ver- oder Bearbeitung absichtlich zugesetzt werden. Wasser zählt hierzu unbeschadet der Anforderungen der Richtlinien 80/778/EWG und 98/83/EG ab der Stelle der Einhaltung im Sinne des Artikels 6 der Richtlinie 98/83/EG.

Art. 3 Sonstige Definitionen

Im Sinne dieser Verordnung bezeichnet der Ausdruck

...

8. „Inverkehrbringen“ das Bereithalten von Lebensmitteln oder Futtermitteln für Verkaufszwecke einschließlich des Anbietens zum Verkauf oder jeder anderen Form der Weitergabe, gleichgültig, ob unentgeltlich oder nicht, sowie den Verkauf, den Vertrieb oder andere Formen der Weitergabe selbst;

...

18. „Endverbraucher“ den letzten Verbraucher eines Lebensmittels, der das Lebensmittel nicht im Rahmen der Tätigkeit eines Lebensmittelunternehmens verwendet.

Das Lebensmittel- und Bedarfsgegenstände-gesetz²⁰⁷ lautet auszugsweise:

§ 1 Lebensmittel

(1) Lebensmittel im Sinne dieses Gesetzes sind Stoffe, die dazu bestimmt sind, in unverändertem, zubereitetem oder verarbeitetem Zustand von Menschen verzehrt zu werden; ausgenommen sind Stoffe, die überwiegend dazu bestimmt sind, zu anderen Zwecken als zur Ernährung oder zum Genuss verzehrt zu werden.

(2) Den Lebensmitteln stehen gleich ihre Umhüllungen, Überzüge oder sonstigen Umschließungen, die dazu bestimmt sind, mitverzehrt zu werden, oder bei denen der Mitverzehr vorzusehen ist.

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Im Sinne dieses Gesetzes ist: Herstellen: das Gewinnen, Herstellen, Zubereiten, Be- und Verarbeiten; Inverkehrbringen: das Anbieten, Vorrätighalten zum Verkauf oder zu sonstiger Abgabe, Feilhalten und jedes Abgeben an andere;

§ 41 Durchführung der Überwachung

(1) Die Beachtung der Vorschriften über den Verkehr mit Erzeugnissen im Sinne dieses Gesetzes ist durch die zuständigen Behörden zu überwachen. Sie haben sich durch regelmäßige Überprüfungen und Probenahmen davon zu überzeugen, dass die Vorschriften eingehalten werden.

§ 42 Probenahme

(1) Soweit es zur Durchführung der Vorschriften über den Verkehr mit Erzeugnissen im Sinne dieses Gesetzes erforderlich ist, sind die mit der Überwachung beauftragten Personen und die Beamten der Polizei befugt, gegen Empfangsbescheinigung Proben nach ihrer Auswahl zum Zweck der Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen. ...

Die Lebensmittel-Hygieneverordnung²⁰⁸ lautet auszugsweise:

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt für die hygienischen Anforderungen an das gewerbsmäßige Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln, mit Ausnahme des Gewinnens von Lebensmitteln.

...

(3) Rechtsvorschriften des Bundes, die für das Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen bestimmter Lebensmittel von den Vorschriften dieser Verordnung abweichende oder zusätzliche hygienische Anforderungen vorschreiben, bleiben unberührt. Diese Verordnung gilt jedoch, soweit in anderen Rechtsvorschriften enthaltene hygienische Anforderungen an das Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen oder Anforderungen an betriebseigene Maßnahmen und Kontrollen, die Gegenstand dieser Verordnung sind, nicht mindestens den Vorschriften dieser Verordnung entsprechen.

...

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Verordnung sind

...

²⁰⁷ Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Lebensmitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen in der Fassung der Bekanntmachung vom 09. September 1997, BGBl I 1997, 2296.

²⁰⁸ Lebensmittelhygiene-Verordnung vom 05. August 1997, BGBl I 1997, S. 2008.

1. Betriebsstätten:

Einrichtungen, in denen Lebensmittel hergestellt, behandelt oder in den Verkehr gebracht werden, mit Ausnahme der unter Buchstabe b genannten Betriebsstätten, und

...

§ 4 Betriebseigene Maßnahmen und Kontrollen

(1) Wer Lebensmittel herstellt, behandelt oder in Verkehr bringt, hat durch betriebseigene Kontrollen die für die Entstehung gesundheitlicher Gefahren durch Faktoren biologischer, chemischer oder physikalischer Natur kritischen Punkte im Prozessablauf festzustellen und zu gewährleisten, dass angemessene Sicherungsmaßnahmen festgelegt, durchgeführt und überprüft werden. Dies erfolgt durch ein Konzept, das der Gefahrenidentifizierung und -bewertung dient, zu deren Beherrschung beiträgt und folgenden Grundsätzen genügt:

1. Analyse dieser Gefahren in den Produktions- und Arbeitsabläufen beim Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln,
2. Identifizierung der Punkte in diesen Prozessen, an denen diese Gefahren auftreten können,
3. Entscheidung, welche dieser Punkte die für die Lebensmittelsicherheit kritischen Punkte sind,
4. Festlegung und Durchführung wirksamer Sicherungsmaßnahmen und deren Überwachung für diese kritischen Punkte sind,
5. Überprüfung der Gefahrenanalyse, der kritischen Punkte und der Sicherungsmaßnahmen und deren Überwachung in regelmäßigen Abständen sowie bei jeder Änderung der Produktions- und Arbeitsabläufe beim Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln.

(2) Wer Lebensmittel herstellt, behandelt oder in Verkehr bringt, hat im Rahmen betriebseigener Maßnahmen zu gewährleisten, dass Personen, die mit Lebensmitteln umgehen, entsprechend ihrer Tätigkeit und unter Berücksichtigung ihrer Ausbildung in Fragen der Lebensmittelhygiene unterrichtet oder geschult werden.

Anlage zu § 3 S. 2 Kapitel 1 - Anforderungen an Betriebsstätten im Sinne des § 2 Nr. 1 Buchstabe a)

1. Betriebsstätten müssen so beschaffen sein, dass
eine gute Lebensmittelhygienepaxis zum Schutz der Lebensmittel gegen nachteilige Beeinflussung gewährleistet ist;
eine Reinigung und erforderlichenfalls eine Desinfektion möglich ist;
geeignete Temperaturen für ein hygienisch einwandfreies Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln herrschen.
2. Betriebsstätten müssen sauber und instand gehalten werden.
3. Es müssen in ausreichender Zahl leicht erreichbare Handwaschbecken vorhanden sein, ebenso Toiletten mit Wasserspülung, bei denen eine einwandfreie Ableitung erfolgt. Toiletten müssen mit Handwaschbecken ausgestattet sein und dürfen keinen direkten Zugang zu Räumen haben, in denen Lebensmittel hergestellt, behandelt oder in Verkehr gebracht werden.
4. Für Handwaschbecken muss eine Warm- und Kaltwasserzufuhr vorhanden sein. Darüber hinaus müssen Mittel zum hygienischen Reinigen und Trocknen der Hände vorhanden sein.
5. Es muss eine ausreichende natürliche oder mechanische Be- und Entlüftung vorhanden sein. Mechanische Luftströmungen aus einem unreinen zu einem

reinen Bereich sind zu vermeiden. Lüftungssysteme müssen so installiert sein, dass Filter und andere Teile, die gereinigt oder ausgetauscht werden müssen, leicht zugänglich sind.

6. Alle sanitären Einrichtungen müssen über eine ausreichende natürliche oder mechanische Be- und Entlüftung verfügen.

7. Betriebsstätten müssen über eine ausreichende natürliche oder künstliche Beleuchtung verfügen.

8. Die Abwasseranlagen müssen für den beabsichtigten Zweck ausreichend und so beschaffen sein, dass es nicht zu einer nachteiligen Beeinflussung von Lebensmitteln kommen kann.

9. Für ausreichende Umkleidemöglichkeiten für das Personal ist, soweit erforderlich, zu sorgen.

Kapitel 2 Anforderungen an Räume, Vorrichtungen und Geräte in Betriebsstätten im Sinne des § 2 Nr. 1 Buchstabe a

1. Räume in Betriebsstätten müssen folgenden Anforderungen genügen:

1.1 Die Fußböden sind in einwandfreiem Zustand zu halten und müssen leicht zu reinigen und erforderlichenfalls zu desinfizieren sein. Sofern erforderlich, sind dabei wasserundurchlässige, Wasser abstoßende und abwaschbare Materialien zu verwenden. Gegebenenfalls muss auf den Fußböden eine angemessene Ableitung des Abwassers möglich sein.

1.2 Die Wandflächen sind erforderlichenfalls mit glatten Oberflächen bis zu einer für die entsprechenden Arbeitsvorgänge angemessenen Höhe zu versehen. Sie sind in einwandfreiem Zustand zu halten und müssen leicht zu reinigen und erforderlichenfalls zu desinfizieren sein. Sofern erforderlich, sind dabei wasserundurchlässige, Wasser abstoßende und abwaschbare Materialien zu verwenden.

1.3 Die Decken und Deckenvorrichtungen müssen so beschaffen sein, dass Ansammlungen von Schmutz und Kondenswasser sowie unerwünschter Schimmelbefall und Ablösung von Materialien vermieden werden.

1.4 Fenster und sonstige Öffnungen müssen so beschaffen sein, dass Schmutzansammlungen vermieden werden. Können Fenster oder Öffnungen ins Freie geöffnet werden, müssen sie erforderlichenfalls mit zu Reinigungszwecken leicht entfernbaren Insektengittern ausgestattet sein.

1.5 Türen und Fenster müssen leicht zu reinigen und erforderlichenfalls zu desinfizieren sein. Sie müssen erforderlichenfalls mit glatten und Wasser abstoßenden Oberflächen versehen sein.

1.6 Oberflächen, einschließlich der Oberflächen von Einrichtungen, die mit Lebensmitteln in Berührung kommen, sind in einwandfreiem Zustand zu halten und müssen leicht zu reinigen und erforderlichenfalls zu desinfizieren sein. Sofern erforderlich, sind für Oberflächen von Einrichtungen hygienisch unbedenkliche, glatte und abwaschbare Materialien zu verwenden.

Räume dürfen nicht für betriebsfremde Zwecke benutzt werden.

2. Zum Reinigen von Lebensmitteln müssen erforderlichenfalls geeignete Vorrichtungen vorhanden sein. Reinigungsbecken und andere für das Reinigen von Lebensmitteln bestimmte Vorrichtungen müssen je nach Bedarf über eine angemessene Zufuhr von warmem oder kaltem Wasser verfügen und sauber gehalten werden. Vorrichtungen zum Reinigen von Lebensmitteln müssen von den Handwaschbecken getrennt sein.

3. Soweit erforderlich, müssen zum Reinigen und Desinfizieren von Arbeitsgeräten und Ausrüstungen geeignete Vorrichtungen vorhanden sein. Diese Vorrichtungen müssen aus korrosionsbeständigen Materialien bestehen, leicht zu reinigen sein und eine ausreichende Warm- und Kaltwasserzufuhr besitzen.

4. Über die Vorschriften der Nummern 1 bis 3 hinaus müssen Räume in Betriebsstätten, in denen leichtverderbliche Lebensmittel hergestellt oder unverpackt behandelt oder in Verkehr gebracht werden, folgenden Anforderungen genügen;

4.1 Die Fußböden müssen wasserundurchlässig und zu desinfizieren sein. Sie müssen so beschaffen sein, dass eine angemessene Ableitung des Abwassers möglich ist.

4.2 Die Wandflächen sind mit glatten, wasserundurchlässigen und abwaschbaren Materialien zu versehen.

4.3 Die Decken und Deckenvorrichtungen müssen leicht zu reinigen sein.

4.4 Fenster und Öffnungen, die ins Freie geöffnet werden können, müssen mit zu Reinigungszwecken leicht entfernbaren Insektengittern ausgestattet sein.

4.5 Türen und Fenster müssen mit glatten und Wasser abstoßenden Oberflächen versehen sein.

4.6 Für Oberflächen von Einrichtungen, die mit Lebensmitteln in Berührung kommen, sind glatte und abwaschbare Materialien zu verwenden. Die Oberflächen müssen zu desinfizieren sein.

4.7 Es müssen geeignete Vorrichtungen zum Reinigen und Desinfizieren von Arbeitsgeräten und Einrichtungen vorhanden sein. Diese Vorrichtungen müssen aus korrosionsbeständigen Materialien bestehen, leicht zu reinigen sein und eine ausreichende Warm- und Kaltwasserzufuhr besitzen.

5. Die Nummern 1 bis 4 finden auf Gast- und Speiseräume und Essbereiche in Einrichtungen zur Gemeinschaftsverpflegung oder auf Essbereiche in Ladengeschäften ohne Sitzgelegenheit keine Anwendung.

Rechtliche Einordnung der Vorschriften

Das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz sowie die Lebensmittelhygieneverordnung sind als Teil des Lebensmittelrechts, welches dem Schutz des Verbrauchers vor Gesundheitsschäden und Täuschung dient, besonderes Ordnungsrecht.²⁰⁹

Die Ermächtigungsgrundlagen für die LMHV in §§ 10 Abs. 1 und 19 Nr. 2 und 3 LMBG sind durch Art. 5 des Gesetzes zur Neuordnung des Lebensmittel- und Futtermittelrechts aufgehoben worden. Der Gesetzgeber hat im Gesetz zur Neuordnung des Lebensmittel- und Futtermittelrechts²¹⁰ keine generelle Regelung darüber getroffen, ob Rechtsverordnungen auf Grund des LMBG weiterhin Gültigkeit haben sollen, bis eine neue Rechtsverordnung auf Grund des LFGB erlassen wurde. Der Gesetzgeber hat zwar mit Art. 7 des Neuordnungsgesetzes einige Gesetze und auch Verordnungen aufgehoben. Zudem wurden im LFGB einige Normen von Rechtsverordnungen ausdrücklich für anwendbar erklärt. Es ist jedoch zu bedenken, dass Rechtsverordnungen nicht allein deswegen unwirksam werden, weil ihre Ermächtigungsgrundlage aufgehoben wird.²¹¹ Da der Gesetzgeber in § 36 Nr. 1 und 2 sowie § 37 Abs. 2 Nr.1 LFGB Ermächtigungsgrundlagen für den Erlass von Rechtsverordnungen geschaffen hat, die den §§ 10 Abs. 1 und 19 Nr. 2 und 3 LMBG entsprechen, ist zu-

²⁰⁹ Zipfel/Rathke, Lebensmittelrecht; Einleitung Rn 1 und 18; daneben ist Lebensmittelrecht als Produkthaftungsrecht und Wettbewerbsrecht auch Zivilrecht und durch die Straftatbestände Teil des Strafrechts.

²¹⁰ Gesetz vom 06. September 2005, BGBl I 2005 S. 2618.

²¹¹ BVerfGE 78, 179 (198).

dem davon auszugehen, dass die LMHV weiterhin Gültigkeit haben soll.²¹² Somit sind diese Vorschriften weiterhin relevant.

Anwendbarkeit der Vorschriften auf Altenpflegeheime

Die Überwachung auf der Grundlage des § 39 LFGB betrifft unter anderem den Verkehr mit Lebensmitteln im Sinne des § 2 Abs. 1 LFGB, Art. 2 VO (EG) Nr. 178/2002, wonach Lebensmittel alle Stoffe oder Erzeugnisse sind, die dazu bestimmt sind oder von denen nach vernünftigem Ermessen erwartet werden kann, dass sie in verarbeitetem, teilweise verarbeitetem oder unverarbeitetem Zustand von Menschen aufgenommen werden. Im Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch sowie in der Lebensmittelhygieneverordnung werden Anforderungen an das gewerbsmäßige Herstellen, Inverkehrbringen, Behandeln und Verzehren von Lebensmitteln gestellt. Das Herstellen von Lebensmitteln umfasst unter anderem das Zubereiten und das Inverkehrbringen von Lebensmitteln und ist definiert als das Bereithalten von Lebensmitteln oder Futtermitteln für Verkaufszwecke einschließlich des Anbietens zum Verkauf oder jede andere Form der Weitergabe, gleichgültig, ob unentgeltlich oder nicht, sowie den Verkauf, den Vertrieb oder andere Formen der Weitergabe selbst. Zubereiten ist jede handwerks-, fabrik- oder küchenmäßige Bearbeitung, die das Lebensmittel für den Verzehr geeignet macht, z. B. Schälen, Zerkleinern, Kochen.²¹³ In Altenpflegeheimen werden Lebensmittel geschält, zerkleinert oder gekocht und damit zubereitet.

Abgeben ist jedes körperliche Überlassen eines Lebensmittels an andere zur eigenen Verfügungsgewalt, gleich ob entgeltlich oder unentgeltlich und ob der Abgabe ein Rechtsgeschäft zu Grunde liegt oder nicht.²¹⁴ In Altenpflegeheimen werden den Bewohnern Lebensmittel überlassen und somit Lebensmittel in den Verkehr gebracht. Da sie ortsfeste Einrichtungen sind, die ständig betrieben werden,²¹⁵ sind sie zugleich Betriebsstätten im Sinne des § 2 Nr. 1a) LMHV.

Die Lebensmittelhygieneverordnung gilt nur für das gewerbsmäßige Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln, vgl. § 1 Abs. 1 LMHV. Da gewerbsmäßig jede gewerbliche, d.h. im Rahmen eines Gewerbes und zu gewerblichen Zwecken vorgenommene Tätigkeit ist, die nicht notwendig entgeltlich oder in der Absicht einer Gewinnerzielung oder in Wiederholungsabsicht erfolgen muss,²¹⁶ findet sie auf die Herstellung von Lebensmitteln in Altenpflegeheimen Anwendung.

²¹² Auch wenn dieses Argument nicht juristisch ausschlaggebend ist, wird dies durch den Umstand gestützt, dass das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft in seinem Normenkatalog im Internet neben dem neuen LFGB auch die LMHV bereitstellt (Stand 18.10.2005).

²¹³ Zipfel/Rathke, Lebensmittelrecht; Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz, § 7 Rn 6.

²¹⁴ Zipfel/Rathke, Lebensmittelrecht; Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz, § 7 Rn 21.

²¹⁵ Erläuterung zur Definition der Betriebsstätte siehe Frede in Zipfel/Rathke, Lebensmittelrecht, Lebensmittelhygiene-Verordnung § 2 Rn 3

²¹⁶ Frede in Zipfel/Rathke, Lebensmittelrecht; Lebensmittelhygiene-Verordnung, § 1 Rn 1.

Das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz sowie die Lebensmittelhygieneverordnung finden somit auf den Umgang mit Lebensmitteln in Altenpflegeheimen Anwendung.

Geschichte der Vorschrift

Das Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB) löste Anfang September 2005 unter anderem das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz ab. Das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz war in seiner ursprünglichen Fassung vom 15. August 1974 am 20. August 1974 verkündet worden²¹⁷ und trat überwiegend am 01. Januar 1975 in Kraft. Es löste das Lebensmittelgesetz²¹⁸ ab. Am Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz wurden 1991²¹⁹ einige Änderungen vorgenommen, die jedoch nicht die Begriffsbestimmungen oder die Überwachung betrafen. Es wurde 1993²²⁰ sowie 1997²²¹ neu gefasst. Die Definitionen für Lebensmittel, Herstellen, Inverkehrbringen sowie die Vorschriften über die Durchführung der Überwachung wurden jedoch seit 1975 inhaltlich nicht geändert.²²² Mit dem Erlass des LFGB wurden zahlreiche Anpassungen des Wortlauts des LMBG an europarechtliche Vorgaben vorgenommen. Der Regelungsgegenstand hat sich jedoch nicht maßgeblich verändert. Dies gilt insbesondere für die Ermächtigung der Behörden zur Durchführung von Überwachungsmaßnahmen. Der Katalog der Eingriffsbefugnisse ist spezifiziert worden.

Die Lebensmittelhygieneverordnung vom 05. August 1997 ist die erste bundeseinheitliche Regelung betreffend hygienische Anforderungen an den Umgang mit Lebensmitteln. Bis dahin existierten in den Bundesländern Rechtsverordnungen, die für Lebensmittel geltende Vorschriften enthielten. Die Lebensmittelhygieneverordnung ist auf die Richtlinie 93/43/EWG²²³ zurückzuführen.

Durchführung und Umfang der Überwachung und Prüfungsintervalle

Die zuständigen Behörden überprüfen nach § 39 LFGB die Beachtung der Vorschriften über den Verkehr mit Erzeugnissen im Sinne dieses Gesetzes. Sie überprüfen also Vorschriften, die z. B. den Umgang mit Lebensmitteln betreffen. Diese sind unter anderem im LFGB selbst definiert und in der Lebensmittelhygieneverordnung. Die hygienerechtlichen Vorschriften gelten für alle Lebensmittel verarbeitenden Betriebsstätten, sodass keine Sondervorschriften für Altenpflegeheime gelten. Im Rahmen dieser Begutachtung sind hauptsächlich die Vorschriften in der Lebensmittelhygieneverordnung relevant.

Diese verpflichtet in § 4 denjenigen, der Lebensmittel herstellt, behandelt oder in den Verkehr bringt, durch betriebseigene Kontrollen die für die Entstehung gesundheitli-

²¹⁷ BGBl I 1974, S. 1945.

²¹⁸ Gesetz vom 17.01.1936, Reichsgesetzblatt 1936 I, S. 18.

²¹⁹ BGBl I 1991, S. 121.

²²⁰ Bekanntmachung der Neufassung am 09. September 1993, BGBl I 1993, S. 1169.

²²¹ Bekanntmachung der Neufassung am 17. September 1997, BGBl I 1997, S. 2296.

²²² Die Änderungen im Wortlaut sind rein sprachlicher Natur und verändern nicht den Regelungsgehalt.

²²³ Richtlinie 93/43/EWG des Rates über Lebensmittelhygiene vom 14.06.1993 (Abl. Nr. L 175/1).

cher Gefahren durch Faktoren biologischer, chemischer oder physikalischer Natur kritischen Punkte im Prozessablauf festzustellen und zu gewährleisten, dass angemessene Sicherungsmaßnahmen festgelegt, durchgeführt und überprüft werden. Dazu ist ein Konzept zur Gefahrenidentifizierung und -bewertung einzuführen, das näher beschriebenen Grundsätzen genügt.

Ferner hat derjenige, der Lebensmittel herstellt, behandelt oder in den Verkehr bringt, im Rahmen betriebseigener Maßnahmen zu gewährleisten, dass Personen, die mit Lebensmitteln umgehen, entsprechend ihrer Tätigkeit unterrichtet und geschult werden, vgl. § 4 Abs. 1 LMHV.

In der Anlage zu § 3 S. 2 LMHV werden in Kapitel 1 und 2 Anforderungen an die Beschaffenheit und Anordnung der Räume in ortsfesten Betriebsstätten gestellt, die sicherstellen sollen, dass Lebensmittel in einem hygienischen Umfeld behandelt werden. So müssen z. B. eine Reinigung und Desinfektion der Räume und Arbeitsgeräte möglich sein, zur Behandlung von Lebensmitteln geeignete Temperaturen herrschen, sanitäre Einrichtungen in separaten Räumen untergebracht sein, ausreichende Belüftungsmöglichkeiten gegeben sein, ausreichende Abwasseranlagen und soweit erforderlich Umkleidemöglichkeiten für das Personal vorhanden sein.

In Kapitel 5 werden Anforderungen hinsichtlich des Umgangs mit Lebensmitteln und an das Personal gestellt, wie z.B. Kontrolle des Schädlingsbefalls, Lagerung von Lebensmitteln und Abfällen. Ferner werden Personen, die mit Lebensmitteln umgehen, dazu verpflichtet, ein hohes Maß an persönlicher Sauberkeit zu halten, saubere Kleidung und erforderlichenfalls Schutzkleidung zu tragen und dürfen gesundheitlich beeinträchtigte Personen nicht mit Lebensmitteln umgehen, wenn sie diese mit Mikroorganismen verunreinigen könnten.

Im Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz ist keine Regelung enthalten, wie oft die Einhaltung dieser Vorschriften überprüft werden soll.

In **Hamburg** wurde die Häufigkeit der Überwachung nach Prioritäten bis Ende 2004 entschieden, wobei Kranke, Alte und Kinder die gleiche Priorität haben.²²⁴ In Hamburg sollen Altenpflegeheime zweimal jährlich überwacht werden. Daneben wird eine Risikoanalyse durchgeführt, die dazu führen kann, dass in einem risikoreicheren Altenpflegeheim öfter eine Überprüfung stattfindet.²²⁵ Der Umfang der einzelnen Überwachung hängt von dem Risikograd der Einrichtung ab. Dabei wird auch berücksichtigt, wie intensiv die Lebensmittelverarbeitung in dem Altenpflegeheim ist, d. h. ob alles selbst gekocht wird oder ob auch vieles von außen angeliefert und dann nur noch aufgewärmt wird.²²⁶

²²⁴ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Hamburg-Nord, Verbraucherschutzamt.

²²⁵ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Altona, Verbraucherschutzamt. Unter Umständen führen personelle Engpässe dazu, dass eine Überwachung nur einmal pro Jahr durchgeführt werden kann.

²²⁶ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Altona, Verbraucherschutzamt und eines Mitarbeiters des Amtes für Gesundheit Kiel.

In **Schleswig-Holstein** strebten die Kreise bis Ende 2004 an, jeden Lebensmittel verarbeitenden Betrieb mindestens einmal jährlich zu überwachen.²²⁷ Daneben werden ebenfalls Risikoanalysen für die einzelnen Einrichtungen durchgeführt, die dazu führen können, dass sie häufiger überprüft werden.

In **Brandenburg** wurden bis Ende 2004 Küchen in Gemeinschaftseinrichtungen durchschnittlich einmal im Quartal überwacht.²²⁸

Seit Anfang 2005 gilt eine Verwaltungsvorschrift des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, die Grundsätze zur Durchführung der amtlichen Überwachung lebensmittelrechtlicher und weinrechtlicher Vorschriften (AVVRÜb) festlegt.²²⁹ Sie wurde noch zum LMBG erlassen und findet für die Ausführung der Vorschriften des LFGB weiterhin Anwendung.²³⁰ Die AVVRÜb enthält mehrere Kriterien, nach denen sich die Häufigkeit der Überwachung richtet. Die Überwachung erfolgt danach risikoorientiert und unter Berücksichtigung der landesspezifischen Produktions- und Gewerbestrukturen, wobei die jährliche Probenzahl bei Lebensmitteln fünf amtliche Proben je 1000 Einwohner beträgt, § 10 AVVRÜb. Bei der Ermittlung des Risikos sind unter anderem die Art und der Produktionsumfang des Betriebes, Produkt-, Produktions- und Personalhygiene, der bestimmungsgemäße Verzehr der Erzeugnisse durch empfindliche Personengruppen sowie Art und Anzahl von Verstößen gegen Rechtsvorschriften in der Vergangenheit zu berücksichtigen, § 7 S. 1 AVVRÜb.

Für die Befugnisse der überwachenden Behörde zum Betreten des Betriebsgrundstückes und die Entnahme von Proben wird auf die Regelungen in § 41 LMBG verwiesen.

Überprüfung der Vorschriften

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die Verpflichtung zur Selbstkontrolle in § 4 LMHV und die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften über den hygienischen Umgang mit Lebensmitteln durch die zuständigen Behörden in Altenpflegeheimen bezwecken den Schutz der Bewohner und Mitarbeiter als Verbraucher vor verdorbenen Lebensmitteln und damit den Schutz ihrer Gesundheit.

Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung

Die Verpflichtung zur Selbstkontrolle und die Überwachung durch die Behörde sind auch geeignet, den Schutz der Gesundheit der Verbraucher zu erreichen.

²²⁷ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Amtes für Gesundheit Kiel und eines Mitarbeiters des Amtes für Gesundheit Flensburg.

²²⁸ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Veterinäramtes Frankfurt, Abteilung Lebensmittelüberwachung und des Veterinäramtes Brandenburg, Abteilung Lebensmittelüberwachung.

²²⁹ Gemeinsames Ministerialblatt 2004, S. 1169.

²³⁰ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft.

Erforderlichkeit der Vorschriften - geringstmögliche Belastung

Die Selbstkontrolle und die behördliche Überwachung sind auch notwendig. Es ist kein milderes Mittel ersichtlich als die Verpflichtung zur Selbstkontrolle im Hinblick auf hygienische Gefahrenquellen im Betrieb, das die Betreiber weniger stark belastet. Eine ständige Überwachung durch einen Mitarbeiter einer Behörde stellt wegen der notwendigen terminlichen Absprache eine stärkere Belastung dar.

Auch eine mildere Maßnahme als die Überwachung der Einhaltung der Vorschriften über den hygienischen Umgang mit Lebensmitteln ist nicht ersichtlich.

Die Bundesländer überwachen die Altenpflegeheime nach jeweils eigenen Systemen. Durch die durchgeführten Risikoanalysen hängt die Häufigkeit der Überwachung in einem speziellen Altenpflegeheim auch maßgeblich davon ab, wie sehr es die Anforderungen an eine hygienische Verarbeitung von Lebensmitteln einhält. Da somit die Besonderheiten jedes Altenpflegeheimes berücksichtigt werden, wird in jedem Einzelfall das längstmögliche Zeitintervall für eine Überwachung und somit das mildeste Mittel gewählt. Daher sind auch die jeweiligen Überwachungsintervalle erforderlich.

Angemessenheit der Vorschriften - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Der Eingriff in Art. 2 Abs. 1 GG der Betreiber von Altenpflegeheimen durch die Verpflichtung zur Selbstkontrolle und die Überwachung durch die Gesundheitsämter erfolgt zum Schutz der Gesundheit und des Lebens der Bewohner und Mitarbeiter aus Art. 2 Abs. 2 GG, welches höherrangig ist. Da die Betreiber von Altenpflegeheimen durch die Verarbeitung von Lebensmitteln in größerem Umfang und durch unter Umständen wechselndes Personal eine Gefahrenquelle schaffen, ist es ihnen auch zuzumuten, diese Gefahrenquelle zu überwachen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Betreiber Einfluss auf die Häufigkeit der Überwachung durch das Gesundheitsamt nehmen können, indem sie sich an die gesetzlichen Vorgaben halten. Wenn sie ein funktionierendes System der Selbstkontrolle haben, erfolgt eine behördliche Überwachung auch nicht öfter als einmal pro Jahr.²³¹

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Sofern die Verwaltungspraxis Kinder, alte und kranke Menschen in eine Gefahrenklasse einstuft und sie somit gleich behandelt, erfolgt dies im Hinblick auf die besondere Schutzbedürftigkeit dieser Personengruppen. Sie sind besonders anfällig für verdorbene oder sonst unreine Lebensmittel.

Empfehlung

Die Vorschriften über die Überwachung der Einhaltung hygienischer Standards für die Verarbeitung von Lebensmitteln sind verhältnismäßig und bieten den zuständigen Behörden bei der Ausführung genügend Spielraum, auf die Besonderheiten eines Altenpflegeheimes einzugehen. Sie sind daher nicht aufzuheben oder zu modifizieren.

²³¹ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters des Bezirksamtes Altona, Verbraucherschutz, des Amtes für Gesundheit Kiel und des Amtes für Gesundheit Flensburg.

4.2.6.5 Gesundheitsdienstgesetze

Rechtliche Grundlagen

- Schleswig-Holstein

Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst²³² (Gesundheitsdienst-Gesetz GDG) in Schleswig-Holstein eröffnet für die Träger des Gesundheitsdienstes - das Land, die Kreise und kreisfreien Städte - keine zusätzlichen Überwachungsbefugnisse, d.h. es erfolgt keine Kontrolle von Vorschriften aus dem Gesundheitsdienst-Gesetz selbst. Das Gesundheitsdienst-Gesetz enthält in § 15 zwar eine generalklauselartige Eingriffsermächtigung, jedoch stellt es selber keine Anforderungen an Einrichtungen. Die Norm ist vielmehr gesetzssystematisch notwendig, um den Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gesetzliche Ermächtigungen für Eingriffe zu geben, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes erfolgen sollen,²³³ sofern dieses selbst keine Eingriffsermächtigungen enthält. Daher erübrigt sich im Rahmen dieses Gutachtens eine weitere Überprüfung der Vorschriften des Gesundheitsdienst-Gesetzes für Schleswig-Holstein.

- Hamburg

Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienst-Gesetz) hat keine eigenständige Bedeutung mehr. Die Ermächtigung in § 13 Nr. 2 GDG, unter anderem Pflegeeinrichtungen auf die Einhaltung der Hygieneanforderungen zu überwachen, hat keine Relevanz neben dem Infektionsschutzgesetz.²³⁴

- Brandenburg

Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG)²³⁵ lautet auszugsweise:

§ 19 Hygieneüberwachung

...

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte haben unbeschadet weiterer gesetzlicher Bestimmungen insbesondere die folgenden Einrichtungen und deren Leistungen auf die Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene zu überwachen und die Betreiber in Fragen des Gesundheitsschutzes zu beraten:

...

6. Pflegeheime, Einrichtungen alter Menschen

...

Rechtliche Einordnung der Vorschrift

Bei der Überwachung nach dem Gesundheitsdienstgesetz handelt es sich um Gefahrenabwehrrecht und damit um Ordnungsrecht.

²³² Gesetz vom 14. Dezember 2001, Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein 2001 S. 398.

²³³ Nach § 10 Abs. 1 GDG nehmen die Kreise und kreisfreien Städte die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz wahr, soweit nicht durch Rechtsvorschrift etwas anderes bestimmt ist.

²³⁴ Telefonische Auskunft eines Mitarbeiters der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Hamburg

²³⁵ Gesetz vom 09. Juni 1994, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg I 1994, S. 178.

Anwendbarkeit der Vorschrift auf Altenpflegeheime

Altenpflegeheime sind nach § 19 Abs.1 Nr. 6 BbgGDG zu überwachen.

Geschichte der Vorschrift

Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst löste die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städte²³⁶ ab.

Durchführung und Umfang der Überwachung und Prüfungsintervalle

Im Rahmen der Überwachung nach § 19 BbgGDG ist die Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene zu überwachen. Dies betrifft die hygienischen Anforderungen in gesundheitlicher Hinsicht, d. h. die Sauberkeit der medizinischen Geräte und Instrumente und der sanitären Anlagen²³⁷ sowie der Lagerung z. B. der Schmutzwäsche.²³⁸

Die Kontrolle der Altenpflegeheime soll mindestens einmal jährlich erfolgen, die Umsetzung dieser Empfehlung hängt jedoch vom jeweiligen Landkreis ab.²³⁹

Überprüfung der Vorschriften

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die Überwachung der Einhaltung hygienischer Standards dient dem Schutz der Beschäftigten und der Heimbewohner vor einer Übertragung von Infektionserregern.

Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung

Die Überwachung der Einhaltung hygienischer Standards ist auch geeignet, die Übertragung von Infektionen zu verhindern und den Schutz des Lebens und der Gesundheit der Menschen zu erreichen.

Erforderlichkeit der Vorschriften - geringstmögliche Belastung

Die Überwachung der Einhaltung der hygienischen Standards ist erforderlich. Es ist kein milderes Mittel ersichtlich, das die Betreiber der Altenpflegeheime weniger stark belastet, jedoch die gleiche Effektivität hat.

Auch das Überwachungsintervall von einem Jahr ist erforderlich. Ein längeres Intervall würde zwar eine geringere Belastung für die Betreiber von Altenpflegeheimen bedeuten. Angesichts der Schnelligkeit, mit der sich Krankheitserreger ausbreiten, beinhaltet ein längeres Zeitintervall jedoch ein größeres Risiko für die Bewohner und das Personal hinsichtlich der Übertragung von Krankheitserregern.

²³⁶ Verordnung vom 08. August 1990, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg I 1990, S. 1068.

²³⁷ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg und einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes Potsdam.

²³⁸ Telefonische Auskunft einer Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes Potsdam.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg hat einen Rahmenhygieneplan entwickelt, an dem sich die Altenpflegeheime orientieren können.

²³⁹ Schriftliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg.

Angemessenheit der Vorschriften - Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz

Die Überwachung ist auch angemessen. Der Eingriff in die von Art. 2 Abs. 1 GG geschützte allgemeine Handlungsfreiheit der Betreiber von Altenpflegeheimen erfolgt zu Gunsten des von Art. 2 Abs. 2 GG geschützten und höherrangigen Lebens und der Gesundheit der Bewohner und des Personals.

Gleichbehandlung mit Krankenhäusern

Die annähernd gleiche Behandlung von Altenpflegeheimen und Krankenhäusern hinsichtlich der Überwachung der hygienischen Anforderungen beruht auf dem annähernd gleichen Risiko hinsichtlich der Ausbreitung von Infektionsherden. In beiden Einrichtungen halten sich Menschen auf, die Krankheitserreger tragen oder auf Grund ihrer gesundheitlichen Situation tragen könnten und die von Personen betreut werden, die diese weiter tragen könnten.

Stellungnahmen aus der Verwaltungspraxis

Das Überwachungsintervall von einem Jahr wurde bedarfsgerecht nach Rücksprache mit den Gesundheitsämtern festgelegt.²⁴⁰

Es finden keine Doppelprüfungen nach § 36 IfSG und § 19 GDG statt, weil beide nicht den gleichen Umfang haben. Die infektionshygienische Überwachung betrifft speziell die Verhütung und Eingrenzung von Infektionen während die hygienische Überwachung die Einhaltung der allgemeinen Standards an ein hygienisches Umfeld beinhaltet. Sofern es zu Überschneidungen kommt, wird versucht, die verschiedenen Überwachungen terminlich zu koordinieren.²⁴¹

Empfehlung

Die Vorschriften des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst sind verhältnismäßig. Überschneidungen werden in der Praxis von den zuständigen Behörden durch Absprachen gelöst.

Gesamtergebnis Hygieneüberwachung

Die Vorschriften über die Hygieneüberwachung sind alle verhältnismäßig. Sie bieten den Behörden genügend Spielraum, um auf die Besonderheiten des einzelnen Altenpflegeheimes einzugehen und den Überwachungsumfang sowie die -häufigkeit zu minimieren.

Eine Zusammenlegung der Aufgabenbereiche Infektionshygiene, Trinkwasserüberwachung und Lebensmittelüberwachung im Sinne einer Konzentration aller Überwachungsbereiche in einer Person, sodass nur ein Mitarbeiter oder eine Stelle einer Behörde alle Überwachungen an einem Tag durchführt, würde den zeitlichen Aufwand der Betreiber von Altenpflegeheimen sicherlich verringern, dürfte jedoch in der Praxis

²⁴⁰ Schriftliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg

²⁴¹ Telefonische und schriftliche Auskunft einer Mitarbeiterin des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg.

nicht umzusetzen sein, da für jeden hygienischen Bereich offenbar eigene Berufe zu erlernen sind.

Sehr förderlich erscheint das System der Risikoanalyse, das im Rahmen der Lebensmittelüberwachung in Schleswig-Holstein und Hamburg bereits bis Ende 2005 angewendet wurde und seit Anfang 2005 in allen Bundesländern anzuwenden ist. Dies führt zu einem Überwachungskonzept, das die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt und dadurch sowohl eine effektive Überwachung als auch eine möglichst geringe Belastung für hygienisch einwandfreie Altenpflegeheime bietet.

Zudem könnte bei ähnlichen Überwachungen, wie z. B. die Überwachung der Einhaltung der Hygieneanforderungen nach dem IfSG und dem HeimG, auf eine Zusammenarbeit der Behörden hingewirkt werden, sodass entweder beide gemeinsam eine Überwachung durchführen oder eine Verständigung darüber erfolgt welche Altenpflegeheime gerade überwacht wurden.

Literaturverzeichnis

Alexejew, Igor u.a. (2004): Hamburgisches Bauordnungsrecht (HBauO), Köln

Bales, Stefan / Baumann, Hans Georg / Schnitzlern Nobert (2003): Infektionsschutzgesetz, Stuttgart

BR-Drucksache 721/00

Deutscher Bundestag (2001): Drucksache 14/5399

Domning, Heinz / Möller, Gerd / Suttikus, Martin (2006): Bauordnungsrecht Schleswig-Holstein, Kiel

Mücke, Karl-Heinz (1998 ff.): Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren (BrSchG), Kommentar, Wiesbaden

Peine, Franz-Joseph (2002): Gesetz über technische Arbeitsmittel (Gerätesicherheitsgesetz), Kommentar, Köln u.a.

Spinnarke, Jürgen / Schork, Gerhard (2001): Arbeitssicherheitsrecht, Kommentar, Heidelberg

Zipfel, Walter / Rathke, Kurt-Dietrich (2005): Lebensmittelrecht, München

4.3	Heimgesetz (Prof. Dr. Gerhard Igl)	394
4.3.1	Entbürokratisierung im Heimgesetz: Wie kann dem Verbraucherschutz unbürokratisch Rechnung getragen werden?	395
4.3.2	Zusammengefasste Einschätzungen zu den heimrechtlichen Vorschriften	398
4.3.3	Betreutes Wohnen - neue Wohnformen	405
4.3.4	Anzeigepflicht	407
4.3.5	Gestaltung des Heimvertrags	411
4.3.6	Entgelterhöhung	416
4.3.7	Beendigung des Heimvertrags	420
4.3.8	Mitwirkung der Heimbewohnerinnen und -bewohner	424
4.3.9	Überwachung der Einrichtungen - Koordinierung von Heimaufsicht und MDK	431
4.3.9.1	Überwachung	431
4.3.9.2	Koordinierung	440
4.3.9.3	Problemanalyse	441
4.3.9.4	Vorschläge zur Entbürokratisierung	446
	Anlage	451
	Literaturverzeichnis	454

4.3 Heimgesetz (Prof. Dr. Gerhard Igl)¹

4.3.1 Entbürokratisierung im Heimgesetz: Wie kann dem Verbraucherschutz unbürokratisch Rechnung getragen werden?

Das Heimgesetz (HeimG) ist mittlerweile über dreißig Jahre alt. Es stammt vom 7. August 1974² und gilt jetzt - nach der dritten Novellierung - in der Fassung der Neubeckanntmachung vom 5. November 2001.³ Zu ihm sind vier Verordnungen ergangen: Die *Heimmindestbauverordnung*, die *Heimpersonalverordnung*, die *Heimmitwirkungsverordnung* und die *Heimsicherungsverordnung*.

Das HeimG gilt als Schutzgesetz für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten (§ 1 Abs. 1 HeimG). Die Schutzzwecke des HeimG reichen über die traditionellen Zwecke des Ordnungsrechts hinaus. Sie umfassen nicht nur den Schutz von Leib, Leben und Eigentum, sondern erstrecken sich auf den Schutz der Würde und der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 HeimG). Der Schutz des HeimG, wie er in § 2 Abs. 1 HeimG beschrieben wird, ist also sehr umfassend:

§ 2 Zweck des Gesetzes

(1) Zweck des Gesetzes ist es,

1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen zu schützen,
2. die Selbstständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern,
3. die Einhaltung der dem Träger des Heims (Träger) gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern obliegenden Pflichten zu sichern,
4. die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern,
5. eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern,
6. die Beratung in Heimangelegenheiten zu fördern sowie
7. die Zusammenarbeit der für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden mit den Trägern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Trägern der Sozialhilfe zu fördern.

Zur Gewährleistung eines so weit reichenden Interessen- und Bedürfnisschutzes ist ein entsprechendes rechtliches Instrumentarium erforderlich. Dieses Instrumentarium reicht beim HeimG vom klassischen, aber auch schon in Richtung auf Beratung hin entwickelten ordnungsrechtlichen Instrumentarium (§§ 11 - 13, 15 - 19, 21 HeimG) über vertragliche Regelungen (§§ 5 - 9 HeimG) sowie Regelungen zur Mitwirkung in Angelegenheiten des Heimbetriebes (§ 10 HeimG) bis hin zu das Vermögen schützenden Vorschriften (§ 14 HeimG). Da der MDK auf dem Gebiet der Qualitätsprüfung

¹ Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

² BGBl. I S. 1873.

³ BGBl. I S. 2970.

von Pflegeleistungen in Einrichtungen ebenfalls Zuständigkeiten hat, die sich mit den Zuständigkeiten der Heimaufsicht überlappen, ist weiter eine Koordinierungsvorschrift erforderlich (§ 20 HeimG).

Man kann das HeimG inhaltlich als ein dem Gedanken des Verbraucherschutzes verpflichtetes Gesetz verstehen. Dieser Verbraucherschutz soll vor allem durch Verwaltungsbehörden wahrgenommen werden. Aber auch die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner selbst sind aufgerufen, sich im Rahmen der Mitwirkung in Heimangelegenheiten um ihre Belange zu kümmern. Die Vorschriften des Heimvertrages und die darauf beruhende, insbesondere von Verbraucherschutzverbänden angeregte Rechtsprechung haben mittlerweile wesentlich zur Festigung der Rechtsstellung von Heimbewohnern beigetragen. Dabei ist in jüngerer Zeit bei Heimbewohnern, die Pflegeleistungen nach dem SGB XI und SGB XII beziehen, das Verhältnis der aus dem Heimvertrag erwachsenden selbstbestimmten Rechtsposition des Heimbewohners und der nach SGB XI ohne den Heimbewohner stattfindenden fremdbestimmten Leistungs- und Entgeltdefinition im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen problematisch geworden. Die Koordinierung der beiden Bereiche, obschon vom Gesetzgeber des SGB XI wie des HeimG als regelungsbedürftig erkannt, war nicht in allen Bereichen zielführend und gab deshalb zu Recht Anlass zu einer Bürokratediskussion.

Weitere Problempunkte des HeimG, die stets auch im Zusammenhang der Bürokratediskussion genannt werden, sind:

- Ausgestaltungs- und Erhöhungsregelungen beim Heimvertrag,
- fehlende Koordinierung zwischen SGB XI und heimvertraglichen Bestimmungen bei Beendigung des Heimvertrages,
- überflüssige Anzeigepflichten,
- Doppelzuständigkeiten bei den Überprüfungen durch Heimaufsicht und MDK,
- überflüssige Mitwirkung in Heimangelegenheiten bei Pflegesatzverhandlungen,
- Behinderung der Entwicklung neuer Wohn- und Betreuungsformen.

Dem HeimG liegt ein bestimmtes Bild vom älteren, insbesondere pflegebedürftigen Menschen zu Grunde, und es folgt weiter einer Vorstellung der Wahrnehmung von Staatsaufgaben, die aus den sechziger und siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts stammen. Damals ging es darum, als schutzbedürftig erkannte Gruppen aus Abhängigkeiten zu führen, mit Rechtsstatus auszustatten, und demokratische Beteiligungsmöglichkeiten herzustellen. Die Befreiung der Heimbewohner aus der „totalen Institution“⁴ Pflegeheim war Anliegen einer internationalen Bewegung, die vor allem auf dem Gebiet der psychiatrischen Unterbringung auch in Europa wirkte. In der Bundesrepublik Deutschland wurde im Zuge der Psychiatriereform Anfang der siebziger Jahre

⁴ Goffman, Erving, Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp 1977.

solchen Vorstellungen Raum gegeben.⁵ Ein Deutscher Juristentag befasste sich 1978 mit der Rechtsstellung der Heimbewohner.⁶

Die Vorstellung, dass die Rechtssicherung in Heimverhältnissen vornehmlich Aufgabe von Behörden sein sollte, zeugte von Illusionen. Die Heimaufsichtsbehörden waren weder personell noch inhaltlich gewappnet, diese Aufgabe zu bewältigen. Teilweise sind sie es bis heute nicht, wie einige der wenigen Untersuchungen hierzu zeigen.⁷ Zu oft verstanden sich Heimaufsichtsbehörden nur als Ordnungsbehörden, die Messbares prüfen sollen. Und zu wenig verstanden sich die Träger von Heimen als Unternehmen, die eine wichtige soziale Aufgabe wahrzunehmen haben.

Die Situation in Einrichtungen, die dem HeimG unterstehen, insbesondere in Pflegeeinrichtungen, ist mehr als dreißig Jahre nach dem HeimG und mehr als zehn Jahre nach dem Pflege-Versicherungsgesetz keineswegs rundherum zufrieden stellend. Trotz aller gesetzlicher Regelungen und behördlichen Wirkens ist menschenverachtende und menschenunwürdige Pflege kein zu vernachlässigendes Außenseiterphänomen. Eine nach wie vor große Anzahl von Pflegeeinrichtungen ist nicht auf dem Stand einer angemessenen Qualitätsgewährleistung, wie es der Bericht des MDS / MDK jüngst gezeigt hat.⁸ Das Pflegepersonal ist nicht selten unterqualifiziert und die Personalbesetzung in Einrichtungen teilweise unzulänglich.

Vor diesem Hintergrund ist eine Debatte um Entbürokratisierung im Heimbereich durchaus nicht problemfrei. Wer hier Entbürokratisierung im Sinne von bloßer Deregulierung fordert, wie es manche Einrichtungsträgerverbände aus Verfolgung ihrer Interessen heraus tun, muss sich auf die Notwendigkeit effizienter behördlicher Kontroll- und Einwirkungsmöglichkeiten gegenüber den „schwarzen Schafen“ verweisen lassen. Nach wie vor ist die Situation in Einrichtungen qualitativ zu unterschiedlich, als dass man nur auf die unternehmerische Verantwortung der Einrichtungsbetreiber zählen könnte.

In der nachstehenden Untersuchung werden daher nur solche Bereiche diskutiert, bei denen die Möglichkeiten einer Entbürokratisierung evident sind. Einseitig interessengeleitete Vorstellungen zur Entbürokratisierung sind nicht aufgenommen worden. Der Maßstab der Verhältnismäßigkeit, der hier wie auch bei den anderen Bereichen herangezogen worden ist, konnte bei den meisten Problemen weiter helfen. Er erwies sich allerdings bei der Frage der Koordinierung der Prüftätigkeit zwischen MDK/Pflegekassen und Heimaufsichtsbehörden als nicht anwendbar, da es auf die-

⁵ S. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200.

⁶ Gutachten von Krause, Peter: Empfiehlt es sich, soziale Pflege- und Betreuungsverhältnisse gesetzlich zu regeln? In: Verhandlungen des 52. Deutschen Juristentages, Wiesbaden 1978, München 1978, Bd. I, Gutachten E, Bd. II, Sitzungsbericht N, S. N 34 ff.; allgemein dazu Igl, Gerhard: Rechtliche Gestaltung sozialer Pflege- und Betreuungsverhältnisse. In: VSSR 1978, S.201-255;

⁷ Klie, Thomas, Heimaufsicht - Praxis - Probleme, Hannover 1988, jetzt auch Köhring, Christian, Aufgabenwahrnehmung der Heimaufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein, Göttingen 2001 (zugleich Diss. Kiel 2001).

⁸ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.), Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen 2004.

sem Gebiet um Kompetenzaufteilungen, nicht aber um Abwägung verschiedener Interessen geht.

4.3.2 Zusammengefasste Einschätzungen zu den heimrechtlichen Vorschriften

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den in der Untersuchung aufgegriffenen Punkten zusammengefasst.

Betreutes Wohnen - neue Wohnformen

Die Abgrenzung zur Anwendbarkeit des HeimG im Verhältnis zum Betreuten Wohnen ist in einer schon im Gesetzgebungsverfahren besonders umstrittenen Vorschrift enthalten (§ 1 Abs. 2 HeimG). Dieses gilt für den auslegungsbedürftigen Passus der *untergeordneten* Bedeutung des Entgelts für Dienst- und Pflegeleistungen im Verhältnis zur Miete (§ 1 Abs. 2 Satz 2 HeimG).

Unabhängig von dieser Abgrenzungsproblematik speziell in Richtung auf das Betreute Wohnen wird gerügt, dass § 1 HeimG der Entwicklung neuer Formen des Zusammenwohnens von älteren Menschen und der Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen entgegensteht. In der Praxis der Heimaufsichtsbehörden sei nicht klar, ob das Gesetz zur Anwendung komme oder nicht.

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat im Juli 2005 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht⁹ vorgelegt. In diesen Eckpunkten werden zur vorstehenden Problematik folgende Lösungen angeboten:

„1. Auf ambulant betreute Wohngemeinschaften findet das Heimrecht keine Anwendung.“

Dieses gilt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Bewohnerinnen und Bewohner können Betreuungs- und Pflegedienste frei wählen (auch den Pflegedienst des Trägers).
- Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Zusammenleben in der Wohngemeinschaft selbstbestimmt gestalten.
- In der Wohngemeinschaft leben nicht mehr als 12 betreuungsbedürftige Personen.“

„2. Die Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen wird unterstützt und unbefristet zugelassen.“

Um das Entstehen neuer Wohn- und Betreuungsformen zu unterstützen wird die Erprobungsregel des § 25 a Heimgesetz neu gestaltet. Die Befristung der Geltungsdauer entfällt.

- Die Erprobung neuer Wohn- und Betreuungsformen soll von Vorgaben des Heimgesetzes und seiner Verordnungen befreit werden, wenn dies mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist.

⁹ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

Diese Änderungen können wesentlich zur Bewältigung der Abgrenzungsproblematik und damit zur Entbürokratisierung beitragen.

Damit die Heimaufsichtsbehörde den Überblick darüber behält, ob eine ambulant betreute Wohngemeinschaft oder eine neue Wohn- und Betreuungsform vorliegt, sollte allerdings eine Anzeigepflicht eingeführt werden.

Bei den neuen Wohn- und Betreuungsformen sollte eine Lösung angestrebt werden, nach der der Heimaufsicht zunächst die Möglichkeit gegeben wird, die Realisierung des Konzeptes in der Praxis für einen gewissen Zeitraum zu beobachten. Hat sich das Konzept bewährt, soll die Befreiung von den Vorschriften des HeimG auf Dauer gegeben werden.

Anzeigepflicht

Die Anzeigepflicht nach § 12 HeimG besteht bezüglich der Anzeige vor Inbetriebnahme des Heimes (Abs. 1) und bei Änderungen (Abs. 3).

Die Anzeigepflicht hinsichtlich der Personalangaben - Name und berufliche Ausbildung - für Betreuungskräfte soll entfallen. Nötig sind nur noch Angaben in Bezug auf die Heim- oder Pflegedienstleitung (Übernahme des Vorschlags aus: 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht,¹⁰ Ziff. 4).

Die Anforderung der unverzüglichen Anzeige von Änderungen gem. § 12 Abs. 3 HeimG wird gelockert. Eine regelmäßige Anzeige von Änderungen soll ein- oder zweimal im Jahr stattfinden. Für eine einmal im Jahr zu liefernde Änderungsanzeige spricht die jährliche Prüfung im Rahmen der Überwachung (§ 15 Abs. 4 HeimG). Es könnte auch daran gedacht werden, die Anzeige von Änderungen zeitlich vor die Prüfung nach § 15 Abs. 4 HeimG zu legen, damit ein Zusammenhang mit der Überwachung gegeben ist und die Aufsichtsbehörde direkt auf mögliche Änderungen eingehen kann.

Gestaltung des Heimvertrages

Im Heimvertrag müssen nicht nur die einzelnen Leistungen des Trägers (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und weitere Leistungen), sondern auch die Entgeltbestandteile für diese einzelnen Leistungen gesondert aufgeführt werden (§ 5 Abs. 3 HeimG). Dieses dient der Transparenz und damit der Erleichterung der Rechtsverfolgung. Für Bezieher von Leistungen aus der Pflegeversicherung oder nach Sozialhilferecht müssen jedoch Art, Inhalt und Umfang der Leistungen nach § 5 Abs. 3 HeimG, also auch die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, den Pflegesatzvereinbarungen entsprechen (§ 5 Abs. 5 und 6 HeimG). Die Transparenzvorschriften erlangen ihre volle Bedeutung demnach nur für diejenigen Bewohner, die für ihren Aufenthalt im Heim nicht auf die vorgenannten Sozialleistungen angewiesen sind. Das bedeutet aber nicht, dass die Transparenzvorschriften deswegen insgesamt obsolet wären.

Der Bundesgerichtshof hat es für die Verträge mit Beziehern von Sozialleistungen zur Pflege in Einrichtungen (§ 5 Abs. 5 HeimG) genügen lassen, wenn der Kostenblock

¹⁰ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

Unterkunft und Verpflegung ohne Aufgliederung aufgeführt wird.¹¹ Das Gericht sieht den dem Transparenzanliegen zu Grunde liegenden Verbraucherschutzgedanken dadurch als gewahrt an, als pflegeversicherte Personen durch die Normen des Pflegeversicherungsrechts inhaltlich eine günstigere Rechtsstellung erfahren.¹² Unter Entbürokratisierungsgesichtspunkten ist hier also für die vertrag aufstellenden Einrichtungsträger eine Erleichterung durch die Rechtsprechung gegeben.

Da der Bundesgerichtshof angemahnt hat,¹³ eine Klarstellung zwischen den Vorschriften des Pflegeversicherungsrechts zur Vereinbarung des Leistungsblocks „Unterkunft und Verpflegung“ und § 5 Abs. 5 HeimG zu treffen, könnte eine Änderung entweder darin bestehen, dass im Pflegeversicherungsrecht (§ 87 SGB XI) und entsprechend im Sozialhilferecht (§ 76 Abs. 2 SGB XII) der Block „Unterkunft und Verpflegung“ in Leistungsbeschreibung wie Vergütung getrennt ausgewiesen wird, oder dass heimvertragsrechtlich (§ 5 Abs. 5 HeimG) eine getrennte Darstellung von Leistungen und Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nur dann erforderlich ist, wenn auch sozialleistungsrechtlich bzw. in der Pflegesatzvereinbarung eine solche Trennung vorgenommen worden ist.

Entgelterhöhung

Bei den Vorschriften zur Entgelterhöhung wird - wie schon bei der Vertragsgestaltung nach § 5 HeimG - zwischen sog. Selbstzahlern und Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG) unterschieden. Ein Zweck der Vorschrift kann darin gesehen werden, dass es dem Heimbewohner rechtzeitig möglich sein soll, sich bei einer Erhöhung des Entgelts um einen anderen Heimplatz zu kümmern. Hier steht ihm auch ein besonderes Kündigungsrecht zur Seite (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 2 HeimG). Weiter bezweckt die Vorschrift die Erleichterung der Rechtsdurchsetzung seitens des Heimbewohners.

Die Vorschriften werden vor allem unter zwei Gesichtspunkten als bürokratieaufwändig kritisiert:

- Die Darstellung einer Entgelterhöhung aufgeteilt nach den verschiedenen Leistungsblöcken sei sehr aufwändig. Sie nütze dem Heimbewohner wenig, da es diesem vor allem auf die Höhe des Entgelts insgesamt, nicht jedoch auf einzelne Positionen ankomme.
- Bei Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe sei fraglich, ob nach Abschluss der Pflegesatzvereinbarung bzw. nach der Entscheidung der Schiedsstelle das Erhöhungsverfahren noch einmal durchgeführt werden müsse. Auch sei nicht klar, wie bei einer rückwirkenden Vereinbarungsgeltung bzw. Festsetzung durch die Schiedsstelle vorzugehen sei.

Bisher haben sich erst zwei Oberwaltungsgerichte zu § 7 Abs. 3 HeimG geäußert. Das Schleswig-Holsteinische Oberverwaltungsgericht hat in einer gegen eine Heim-

¹¹ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04.

¹² BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04, Rn. 14.

¹³ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04, Rn. 14 am Ende.

aufsichtsbehörde gerichteten Klage eines Heimträgers festgestellt, wie die Vorschriften des § 7 Abs. 3 HeimG bei einer rückwirkenden, durch eine Pflegesatzerhöhung bewirkten Entgelterhöhung auszulegen sind.¹⁴ Das Oberverwaltungsgericht sah in § 7 Abs. 3 HeimG nur die Aufforderung, *vorgesehene* Erhöhungen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden sollen, schriftlich geltend zu machen und nach den Anforderungen der Vorschrift zu begründen. Bei in Pflegesatzverhandlungen vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten Vergütungen gelte dieses gemäß dem Wortlaut der Vorschrift nicht.

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg hat sich in zwei Beschlüssen¹⁵ im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes gegen eine solche Auslegung gewandt und festgestellt, dass eine zuverlässige Kenntnis von Art und Höhe der Kostensteigerung unverzichtbar ist.

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat in den im Juli 2005 vorgelegten 10 Eckpunkten zur Entbürokratisierung im Heimrecht¹⁶ unter Nr. 5 („Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert“) angekündigt, dass die derzeit unterschiedlichen Regelungen zum Inkrafttreten einer Entgelterhöhung im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3) und im SGB XI (§ 85 Abs. 6) harmonisiert werden.

Es wird in Anlehnung an die Rechtsprechung des OVG Schleswig-Holstein vorgeschlagen:

§ 7 Abs. 3 HeimG gilt für Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung oder Sozialhilfe in Einrichtungen nur für die vorherige Ankündigung des Erhöhungsbegehrens, nicht jedoch, wenn das Entgelt durch Pflegesatzverhandlungen vereinbart worden oder durch eine Schiedsstelle festgesetzt worden ist.

Beendigung des Heimvertrages

Bei der Vertragsbeendigung durch Tod des Heimbewohners endet das Vertragsverhältnis mit dem Tod des Bewohners. Allerdings ist hier die Möglichkeit gegeben, zwischen den Vertragspartnern die Fortgeltung des Vertrages über die Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten bis zu zwei Wochen nach dem Sterbetag zu vereinbaren (§ 8 Abs. 8 Satz 2 HeimG). Bei pflegeversicherten Personen gilt, dass die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger mit dem Tag endet, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat im Juli 2005 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht¹⁷ vorgelegt. Dort wird unter Nr. 5 („Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert“) angekündigt, dass die derzeit unterschiedlichen Regelungen zur Beendigung des Heimvertrages im Todesfall

¹⁴ Schleswig-Holsteinisches Oberverwaltungsgericht, Urt. vom 13. Oktober 2005, Az: 2 LB 37/05, teilweise abgedruckt in: bpa-Magazin 06/2005.

¹⁵ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschlüsse vom 2. September 2004, Az: 6 S 468/04, und vom 25. Oktober 2004, Az: 6 S 467/04.

¹⁶ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

¹⁷ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

im Heimgesetz (§ 8 Abs. 8) und im SGB XI (§ 87a Abs. 1) harmonisiert werden. Dieses wird bedeuten, dass in § 8 Abs. 8 die Sätze 2 und 3 gestrichen werden. Eine Vereinbarung über die Weitergeltung des Heimvertrages ist dann nicht mehr möglich. Mit dieser geplanten Regelung wird zwar im Verhältnis zwischen dem Heimvertrag und den Beendigungsvorschriften der Pflegeversicherung für den pflegeversicherten Heimbewohner Klarheit geschaffen. Dies geschieht jedoch um den Preis einer Verlagerung von Kosten der Nichtbelegung auf den Heimträger. Weiter werden damit die Erben eines Heimbewohners noch einmal in besonderer Weise privilegiert.

Eine andere Möglichkeit könnte darin bestehen, in § 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI den Satzbestandteil „oder verstirbt“ zu ergänzen um eine Regelung, die auf § 8 Abs. 8 Satz 2 und 3 HeimG Bezug nimmt. Damit wäre auch für die pflegeversicherten Heimbewohner eine Fortgeltungsmöglichkeit zu Lasten eventuell vorhandener Erben - nicht zu Lasten der Pflegeversicherung - gegeben.

Heimmitwirkung

Die Mitwirkung des Heimbeirates bei Entgelterhöhungen bleibt wegen mangelnder Einflussmöglichkeiten dann ohne Wirkung, wenn es sich um Entgelte handelt, die im Rahmen von Pflegesatzvereinbarungen bestimmt werden (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG). Da bisher sozialwissenschaftlich noch nicht erhoben ist, ob die Beteiligung des Heimbeirates hier nur als Formalie verstanden wird, jedoch zurzeit entsprechende Erhebungen angestellt werden, wird Folgendes vorgeschlagen:

Ergibt sich auf Grund der bisher noch ausstehenden sozialwissenschaftlichen Erhebungen, dass die nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG erforderliche Beteiligung des Heimbeirates nicht angemessen ist, sollten die Informations- und Beteiligungsrechte neu gestaltet werden. So könnte vorgesehen werden, dass dem Heimbeirat nur dann ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt wird, wenn er dieses gegenüber dem Heimträger fordert (Initiativrecht des Heimbeirates). Der Heimträger hat die Heimaufsichtsbehörde davon zu informieren, dass der Heimbeirat dieses gefordert hat. Für diesen Fall würden dann die in § 7 Abs. 4 und 5 HeimG aktuell gegebenen Regelungen gelten.

Heimgesetz, Ordnungsrecht und SGB XI: Überwachung, Qualitätsprüfung und Koordinierung der Prüftätigkeit

Bei der Prüftätigkeit der Heimaufsichtsbehörden im Verhältnis zu anderen Behörden ist zu unterscheiden zwischen den ordnungsrechtlichen Behörden (z.B. Hygieneanforderungen) und den Pflegekassen bzw. den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung.

Prüftätigkeit der Heimaufsicht und der ordnungsrechtlichen Behörden:

Bei den im HeimG angelegten Doppelprüfungen (Infektionsschutz; Hygiene) ist klarzustellen, dass die zuständigen Fachbehörden vorrangig tätig werden.

Die Prüfungen sollen sich auf die Ergebnisqualität konzentrieren. Neben diesem Anliegen an die Verwaltungspraxis kann auch ein entsprechender gesetzlicher Hinweis dienlich sein.

Bei den regelmäßigen Prüfungen fragt sich, ob die nach dem HeimG gegebene Verpflichtung zu einer regelmäßigen jährlichen Prüfung aufrechterhalten werden muss. Vorzuziehen ist ein Ersatz der Prüfung durch Vorlage eines Qualitätsnachweises durch unabhängige Sachverständige. Außerdem könnten Prüfintervalle in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung bestimmt werden.

Kooperation und Koordination zwischen Heimaufsicht und MDK

Die Überwachung nach dem HeimG erstreckt sich auf die Erfüllung der Anforderungen des Heimgesetzes an den Betrieb eines Heimes (§ 15 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 11 HeimG). Damit sind die Gegenstände der Überwachung sehr weit gefasst.

Nach dem SGB XI bezieht sich die Prüfung (nur) auf die erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Präzisierend wird gesagt, dass es sich bei den erbrachten Leistungen um allgemeine Pflegeleistungen, um die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung und die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie um die Zusatzleistungen handelt. Weiter wird präzisiert, dass sich Prüfungen auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse dieser Leistungen sowie deren Abrechnung erstrecken (§ 112 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). In dem Katalog der Überwachungsgegenstände des § 11 Abs. 1 HeimG enthalten die Ziffern 1, 3, 5, 6 und 7 Regelungen, die mit den Prüfungsgegenständen nach dem SGB XI vergleichbar sind.

Es wird folgende Koordinierungsordnung zwischen Landesverbänden der Pflegekassen bzw. MDK und Heimaufsichtsbehörden vorgeschlagen:

1. Die gesetzlichen Zuständigkeiten für die Qualitätsprüfung erstrecken sich für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Medizinischen Dienste auf alle Ebenen der Qualitätsprüfung.
2. Die Heimaufsichtsbehörden sind vorrangig für die Prüfung der Strukturqualität, die Medizinischen Dienste vorrangig für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität zuständig. Diese Vorrangregel kann nur für den Fall einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung sowie durch eine Verwaltungsvereinbarung durchbrochen bzw. geändert werden.
3. Im Falle einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, können die Heimaufsichtsbehörden ebenso wie die Medizinischen Dienste auf allen Ebenen der Qualität Prüfungen vornehmen.
4. Die Prüfung gleichartiger Qualitätsgegenstände durch die Heimaufsicht und den MDK (Doppelprüfung) hat außer im Falle der Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, zu unterbleiben.
5. Die Landesverbände der Pflegekassen schließen mit den Verwaltungsträgern der Heimaufsichtsbehörden Verwaltungsvereinbarungen zu folgenden Gegenständen:

Optional:

- Wahrnehmung von Prüfaufgaben aus dem jeweiligen vorrangigen Prüfbereich, ggf. auch gemeinsame Aufgabenwahrnehmung

Obligatorisch:

- Vorbereitung und Durchführung einer Prüfung vor Ort (gegenseitige Information über vorhandene oder geplante Prüfungen; Durchführung gemeinsamer Prüfungen; nachgehende Information bei getrennten Prüfungen)
- Prüfabstände, auch in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung
- Vorkehrungen zur Vermeidung von Doppelprüfungen
- gegenseitige Information über den geplanten Einsatz sanktionierender Instrumente und Information über die durchgeführten Sanktionen;
- Abstimmung der Beratung der Einrichtung bei vorliegenden Qualitätsmängeln und bei ihrer Abhilfe.

6. Die Einrichtungen und ihre Trägerverbände erhalten eine Abschrift der Verwaltungsvereinbarung.

Die Vorrangregel bei der Wahrnehmung der Prüfaufgaben, kombiniert mit einer Verwaltungsvereinbarung, mit der optional die Verteilung der Prüfaufgaben zwischen Heimaufsicht und MDK geregelt werden kann, und die weiter verpflichtende Kooperations- und Koordinationsgegenstände enthält, hat mehrere Vorteile gegenüber der bisherigen Rechtslage:

- Die gesetzlichen Zuständigkeiten jeweils für die Prüfung auf allen Ebenen der Qualität bleiben für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Medizinischen Dienste bestehen.
- Die Wahrnehmung der Prüfaufgaben folgt einer Vorrangregelung, die sich an den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientiert und damit eine grundsätzlich sachgerechte Zuordnung der jeweiligen Prüfaufgaben zu den Prüfinstanzen erlaubt.
- Die Prüfinstanzen können in Ansehung der spezifischen Erfordernisse vor Ort die Aufgabenwahrnehmung flexibel gestalten. Eine Übertragung von Sanktionsbefugnissen ist jedoch nicht möglich.
- Die Prüfinstanzen werden gesetzlich verpflichtet, in Verwaltungsvereinbarungen die Vorgehensweise bei Prüfungen festzulegen und damit Transparenz gegenüber den Einrichtungen zu erzeugen.
- Das grundsätzliche Verbot der Doppelprüfung ist Ausfluss des Gebotes effizienten Verwaltungshandelns. Es dient ebenfalls der Entbürokratisierung.

4.3.3 Betreutes Wohnen - neue Wohnformen

Gesetzliche Grundlagen

Heimgesetz (HeimG)

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz gilt für Heime. Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.

(2) Die Tatsache, dass ein Vermieter von Wohnraum durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, begründet allein nicht die Anwendung dieses Gesetzes. Dies gilt auch dann, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen und das Entgelt hierfür im Verhältnis zur Miete von untergeordneter Bedeutung ist. Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen.

(3) Auf Heime oder Teile von Heimen im Sinne des Absatzes 1, die der vorübergehenden Aufnahme Volljähriger dienen (Kurzzeitheime), sowie auf stationäre Hospize finden die §§ 6, 7, 10 und 14 Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7 keine Anwendung. Nehmen die Heime nach Satz 1 in der Regel mindestens sechs Personen auf, findet § 10 mit der Maßgabe Anwendung, dass ein Heimfürsprecher zu bestellen ist.

(4) Als vorübergehend im Sinne dieses Gesetzes ist ein Zeitraum von bis zu drei Monaten anzusehen.

(5) Dieses Gesetz gilt auch für Einrichtungen der Tages- und der Nachtpflege mit Ausnahme der §§ 10 und 14 Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7. Nimmt die Einrichtung in der Regel mindestens sechs Personen auf, findet § 10 mit der Maßgabe Anwendung, dass ein Heimfürsprecher zu bestellen ist.

(6) Dieses Gesetz gilt nicht für Tageseinrichtungen und Krankenhäuser im Sinne des § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. In Einrichtungen zur Rehabilitation gilt dieses Gesetz für die Teile, die die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen. Dieses Gesetz gilt nicht für Internate der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke.

Problematische Abgrenzung zum Betreuten Wohnen - fehlende Öffnung in Richtung auf neue Wohnformen

§ 1 HeimG dient der Bestimmung des sachlichen Anwendungsbereiches des Gesetzes. Die Vorschrift ist mehrmals klarstellend und präzisierend geändert worden. Im Wesentlichen werden vom sachlichen Anwendungsbereich stationäre Einrichtungen erfasst, die ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte volljährige Menschen aufnehmen zu dem Zweck, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder diese vorzuhalten. Der Begriff der Einrichtung wird dabei anders als in § 71 SGB XI verwendet, wo unter (Pflege-)Einrichtungen auch ambulante Dienste verstanden werden (vgl. § 71 Abs. 1 SGB XI). Im Sozialhilferecht hingegen werden unter den Begriff Einrichtungen stationäre und teilstationäre Einrichtungen gefasst (§ 75 Abs. 1 SGB XII). Allerdings erstreckt sich das

HeimG mit einigen Ausnahmen auch auf die teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege (§ 1 Abs. 5 HeimG).

Eine besondere Vorschrift regelt die Abgrenzung zum Betreuten Wohnen (§ 1 Abs. 2 HeimG). Diese Vorschrift ist mit dem Dritten Änderungsgesetz (2001) eingeführt worden. Sie war im Gesetzgebungsverfahren besonders umstritten.¹⁸ In der Tat enthält die Vorschrift zur Abgrenzung zum Betreuten Wohnen einen Passus, der stark auslegungsbedürftig ist: die untergeordnete Bedeutung des Entgelts für Dienst- und Pflegeleistungen im Verhältnis zur Miete (§ 1 Abs. 2 Satz 2 HeimG).

Unabhängig von dieser Abgrenzungsproblematik speziell in Richtung auf das Betreute Wohnen wird gerügt, dass § 1 HeimG der Entwicklung neuer Formen des Zusammenwohnens von älteren Menschen und der Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen entgegensteht. In der Praxis der Heimaufsichtsbehörden sei nicht klar, ob das Gesetz zur Anwendung komme oder nicht.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die Vorschrift ist nur in Grenzen geeignet, den Zweck einer klaren Abgrenzung zwischen stationären und teilstationären Einrichtungen und anderen Formen des Wohnens zu erreichen, wenn diese anderen Wohnformen verbunden sind mit Dienstleistungen zur Betreuung und Pflege. Allerdings bedeutet diese Feststellung keine Feststellung zur Verfassungswidrigkeit der Vorschrift. Sie bezieht sich vielmehr auf die Probleme, die in der Praxis im Umgang mit dieser Vorschrift auftauchen.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Eine Abgrenzungsvorschrift ist - für sich genommen - erforderlich. Die Entscheidung des Gesetzgebers, für Personen in stationären und teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Verpflegung besondere Schutzvorkehrungen zu treffen, ist unter Gesichtspunkten der Verhältnismäßigkeit und insgesamt der Verfassungskonformität nicht zu rügen.

Anwendungspraxis

§ 1 Abs. 2 HeimG hat, wie zu erwarten war, verhältnismäßig schnell zu einschlägiger Rechtsprechung geführt, in der vor allem die Abgrenzungsvorschrift Gegenstand war.¹⁹ Eine Übersicht über die Anwendungspraxis der Heimaufsichtsbehörden liegt nicht vor.

¹⁸ S. dazu Dahlem/Giese/Igl/Klie, HeimG, § 1, Rn. 16, zur Rechtsprechung Rn. 21. Kritisch Giese, Dieter, Der Entwurf eines dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes, in: RsDE 48 (2001), S. 54 - 64 (55 ff.). Aus der jüngeren Lit. s. Markus, Katrin, Rechtsprobleme des betreuten Wohnens WuM 2005, S. 290 - 296.

¹⁹ VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 12. September 2003, Az: 14 S 718/03; Bayerischer VGH, Beschluss vom 14. August 2003, Az: 22 CS 03.1664; VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 26. Juni 2003, Az: 14 S 2775/02, PflR 2004, S. 83 - 90; VG Stuttgart, Urteil vom 8. November 2002, Az: 10 K 1340/02, PflR 2003, S. 264 - 275; BVerwG, Beschluss vom 12. Februar 2004, Az: 6 B 70/03, Gew Arch 2004, S. 485 - 486.

Änderungsvorschlag

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat im Juli 2005 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht²⁰ vorgelegt. In diesen Eckpunkten werden zur vorstehenden Problematik folgende Lösungen angeboten:

„1. Auf ambulant betreute Wohngemeinschaften findet das Heimrecht keine Anwendung.“

Dies gilt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Bewohnerinnen und Bewohner können Betreuungs- und Pflegedienste frei wählen (auch den Pflegedienst des Trägers).
- Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Zusammenleben in der Wohngemeinschaft selbstbestimmt gestalten.
- In der Wohngemeinschaft leben nicht mehr als 12 betreuungsbedürftige Personen.“

„2. Die Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen wird unterstützt und unbefristet zugelassen.“

Um das Entstehen neuer Wohn- und Betreuungsformen zu unterstützen wird die Erprobungsregel des § 25 a Heimgesetz neu gestaltet. Die Befristung der Geltungsdauer entfällt.

- Die Erprobung neuer Wohn- und Betreuungsformen soll von Vorgaben des Heimgesetzes und seiner Verordnungen befreit werden, wenn dies mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist.

Diese Änderungen können wesentlich zur Bewältigung der Abgrenzungsproblematik und damit zur Entbürokratisierung beitragen. Damit die Heimaufsichtsbehörde den Überblick darüber behält, ob eine ambulant betreute Wohngemeinschaft oder eine neue Wohn- und Betreuungsform vorliegt, sollte allerdings eine Anzeigepflicht eingeführt werden. Bei den neuen Wohn- und Betreuungsformen sollte eine Lösung angestrebt werden, nach der der Heimaufsicht zunächst die Möglichkeit gegeben wird, die Realisierung des Konzeptes in der Praxis für einen gewissen Zeitraum zu beobachten. Hat sich das Konzept bewährt, soll die Befreiung von den Vorschriften des HeimG auf Dauer gegeben werden.

4.3.4 Anzeigepflicht

Gesetzliche Grundlagen

Heimgesetz (HeimG)

§ 12 Anzeige

(1) Wer den Betrieb eines Heims aufnehmen will, hat darzulegen, dass er die Anforderungen nach § 11 Abs. 1 bis 3 erfüllt. Zu diesem Zweck hat er seine Ab-

²⁰ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

sicht spätestens drei Monate vor der vorgesehenen Inbetriebnahme der zuständigen Behörde anzuzeigen. Die Anzeige muss insbesondere folgende weitere Angaben enthalten:

1. den vorgesehenen Zeitpunkt der Betriebsaufnahme,
2. die Namen und die Anschriften des Trägers und des Heims,
3. die Nutzungsart des Heims und der Räume sowie deren Lage, Zahl und Größe und die vorgesehene Belegung der Wohnräume,
4. die vorgesehene Zahl der Mitarbeiterstellen,
5. den Namen, die berufliche Ausbildung und den Werdegang der Heimleitung und bei Pflegeheimen auch der Pflegedienstleitung sowie die Namen und die berufliche Ausbildung der Betreuungskräfte,
6. die allgemeine Leistungsbeschreibung sowie die Konzeption des Heims,
7. einen Versorgungsvertrag nach § 72 sowie eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder die Erklärung, ob ein solcher Versorgungsvertrag oder eine solche Leistungs- und Qualitätsvereinbarung angestrebt werden,
8. die Vereinbarungen nach § 76 Abs. 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder die Erklärung, ob solche Vereinbarungen angestrebt werden,
9. die Einzelvereinbarungen auf Grund § 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder die Erklärung, ob solche Vereinbarungen angestrebt werden,
10. die Unterlagen zur Finanzierung der Investitionskosten,
11. ein Muster der Heimverträge sowie sonstiger verwendeter Verträge,
12. die Satzung oder einen Gesellschaftsvertrag des Trägers sowie
13. die Heimordnung, soweit eine solche vorhanden ist.

(2) Die zuständige Behörde kann weitere Angaben verlangen, soweit sie zur zweckgerichteten Aufgabenerfüllung erforderlich sind. Stehen die Leitung, die Pflegedienstleitung oder die Betreuungskräfte zum Zeitpunkt der Anzeige noch nicht fest, ist die Mitteilung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens vor Aufnahme des Heimbetriebs, nachzuholen.

(3) Der zuständigen Behörde sind unverzüglich Änderungen anzuzeigen, die Angaben gemäß Absatz 1 betreffen.

(4) Wer den Betrieb eines Heims ganz oder teilweise einzustellen oder wer die Vertragsbedingungen wesentlich zu ändern beabsichtigt, hat dies unverzüglich der zuständigen Behörde gemäß Satz 2 anzuzeigen. Mit der Anzeige sind Angaben über die nachgewiesene Unterkunft und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner und die geplante ordnungsgemäße Abwicklung der Vertragsverhältnisse mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu verbinden.

Sinn und Zweck der Vorschrift

Bis zum 2. ÄndG zum HeimG vom 3. Februar 1997 (BGBl. I S. 158) unterlag der Betrieb von Heimen einer Erlaubnispflicht (§ 6 a. F.), die jedoch im Wesentlichen auf den gewerblichen Heimbetrieb beschränkt war. Mit dem 2. ÄndG ist die Erlaubnispflicht entfallen. Der Gesetzgeber hat bei der Umstellung von einem Erlaubnis- auf ein Anzeigeverfahren den Umstand berücksichtigt, dass schon nach bisherigem Recht nur ca. 10% der Heime unter den Erlaubnisvorbehalt gem. § 6 Abs. 1 a. F. fielen, da die meisten Heime von nicht erlaubnispflichtigen kommunalen oder insbesondere von gemeinnützigen Trägern betrieben wurden.

Entscheidend war aber der Umstand, dass für die Pflegeheime nach Inkrafttreten des SGB XI durch die Zulassungsvorschriften gem. § 72 SGB XI umfassende Regulierungen installiert wurden, die eine präventive behördliche Aufsicht in ihrer Bedeutung relativieren. Mit dem SGB XI wurde weiterhin die Gleichbehandlung von gewerblichen und frei gemeinnützigen Trägern eingeführt, sodass sich auch unter diesem Gesichtspunkt eine einheitliche präventive und vorgezogene Anzeigepflicht für alle Träger anbot. Gegen diese Art von Deregulierung wurde im Gesetzgebungsverfahren von verschiedenen Seiten Kritik vorgebracht und es wurde dafür plädiert, an dem Erlaubnisprinzip festzuhalten, um unseriösen Betreibern von vornherein die Eröffnung von Heimen untersagen zu können und rasche Eingriffsmöglichkeiten gegen derartige Träger zur Hand zu haben.²¹ Im 3. ÄndG wurde am Anzeigepflichtprinzip festgehalten, die Anzeigepflichten wurden jedoch hinsichtlich ihrer Gegenstände erweitert und präzisiert (insbesondere in der Aufzählung in Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 13).

Es handelt sich bei der Vorschrift um eine typische wirtschaftsordnungsrechtliche Normierung. Der Eingriffscharakter ist im Vergleich zur Vorgängervorschrift, die den Betrieb einer Einrichtung mit einem Erlaubnisvorbehalt versehen hatte, erheblich gemindert worden, indem jetzt eine reine Anzeigepflicht besteht. Der Informationsaufwand (Inhalt der Anzeige) ist jedoch gestiegen. Die in § 12 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 - 13 HeimG geforderten Angaben stehen ausnahmslos im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen, die das HeimG an einen Heimbetreiber stellt. Auch die Verpflichtung des Heimbetreibers, der zuständigen Behörde unverzüglich Änderungen anzuzeigen, die diese Angaben betreffen, gehört in diesen Zusammenhang.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die Vorschrift ist geeignet, den wirtschaftsordnungsrechtlichen Zweck zu erreichen, dass der Betreiber den Anforderungen des Heimes bei Betriebsbeginn wie im Betriebsverlauf genügt. Die Anzeigepflicht, aber auch die Pflicht, über mögliche Veränderungen oder Abweichungen zu informieren, soll insbesondere bewirken, dass die Behörde eine Informationsgrundlage für entsprechende ordnungsrechtliche Maßnahmen hat. Um die Anzeigepflicht mit entsprechendem Verpflichtungscharakter auszustatten, stellt ein Verstoß gegen sie eine Ordnungswidrigkeit dar (§ 21 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 2 HeimG). Ein Verstoß gegen die Anzeigepflicht bei Veränderungen und Abweichungen (vgl. § 12 Abs. 3 HeimG) ist allerdings nicht mit der Sanktion der Ordnungswidrigkeit bewehrt. Außerdem kann ein Verstoß gegen die Anzeigepflicht, auch gegen die Pflicht, Veränderungen anzuzeigen, einen Grund für die Untersagung des Heimbetriebes bilden (vgl. § 19 HeimG).

Die Vorschrift ist insbesondere deshalb zur Zweckerreichung geeignet, weil die Verletzung der Anzeigepflicht vor Inbetriebnahme Sanktionen des Ordnungswidrigkeitenrechts und des Ordnungsrechts nach sich zieht. Da die Nichtanzeige von Veränderungen jedoch nicht mit einem Bußgeld geahndet werden kann, wird die Geeignetheit der Anzeigepflicht zumindest während des weiteren Betriebs des Heims geschwächt.

²¹ Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 13/6086.

Die Vorschrift des § 12 Abs. 3 HeimG verliert damit an Durchsetzungskraft.

Anderes gilt jedoch für bestimmte Aspekte der Änderungsanzeige nach § 12 Abs. 3 HeimG. Der Wechsel des Personals stellt für sich genommen keine Gefährdung der Schutzzwecke des HeimG dar (vgl. die Anzeigepflicht in § 12 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 HeimG), sofern die Voraussetzungen der HeimPersV gewahrt bleiben. Eine „unverzügliche“ Information der Behörde ist hier nicht geeignet, den Schutzzweck des Gesetzes zu erreichen.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Für eine Anzeige bei der Betriebsaufnahme erscheint eine geringere Belastung des Betreibers im Sinne einer Reduzierung der Anzeigepflichten nur in geringem Maße als sinnvoll. So soll - wie auch im Eckpunktepapier des BMFSFJ²² unter Ziff. 4 vorgeschlagen - auch lediglich eine Reduzierung des Inhalts der Anzeige, bezogen auf die Personalangaben beim Betreuungspersonal, vorgenommen werden.

Problematischer sind die Anforderungen bei einer Änderungsanzeige nach § 12 Abs. 3 HeimG. Hier können geringere Anforderungen gestellt und damit geringere Belastungen für den Betreiber erzeugt werden. Vornehmlich gilt dies für eine Anzeige bei Personalveränderungen. Aber auch für die anderen Änderungen wird es hinreichen, wenn der Betreiber ein- bis zweimal pro Jahr mitteilen muss, welche Veränderungen in dem letzten halben oder ganzen Jahr in seinem Heim vorgenommen wurden. Zu bedenken ist dabei, dass die von der zuständigen Behörde verlangten Verwaltungsgebühren für Änderungsanzeigen nicht unerheblich sind.

Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz (= Angemessenheit)

Die Änderungsanzeige, insbesondere die Personalveränderungsanzeige, begegnet auch Bedenken auf der Ebene der Angemessenheit, insbesondere, wenn man noch die für jede Anzeige erhobene Verwaltungsgebühr als weitere Belastung des Heimbetreibers mit einbezieht.

Anwendungspraxis

Aus der Verwaltungspraxis ist bekannt geworden, dass häufig auf eine unverzügliche Änderungsanzeige zu Gunsten einer regelmäßigen Änderungsanzeige verzichtet wird. Auch daraus wird ersichtlich, dass die Verwaltungspraxis die Normen teilweise bereits sinnvoll anwendet.

Änderungsvorschlag

Die Anzeigepflicht hinsichtlich der Personalangaben - Name und berufliche Ausbildung - für Betreuungskräfte soll entfallen. Nötig sind nur noch Angaben in Bezug auf die Heim- oder Pflegedienstleitung (Übernahme des Vorschlags aus: 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht,²³ Ziff. 4). Die Anforderung der unverzüglichen Anzeige von Änderungen gem. § 12 Abs. 3 HeimG wird gelockert. Eine regelmäßige Anzeige von Änderungen soll ein- oder zweimal im Jahr stattfinden. Für eine einmal

²² BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

²³ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

im Jahr zu liefernde Änderungsanzeige spricht die jährliche Prüfung im Rahmen der Überwachung (§ 15 Abs. 4 HeimG). Es könnte auch daran gedacht werden, die Anzeige von Änderungen zeitlich vor die Prüfung nach § 15 Abs. 4 HeimG zu legen, damit ein Zusammenhang mit der Überwachung gegeben ist und die Aufsichtsbehörde direkt auf mögliche Änderungen eingehen kann.

4.3.5 Gestaltung des Heimvertrages

Gesetzliche Grundlagen

Heimgesetz (HeimG)

§ 5 Heimvertrag

(1) Zwischen dem Träger und der künftigen Bewohnerin oder dem künftigen Bewohner ist ein Heimvertrag abzuschließen. Der Inhalt des Heimvertrags ist der Bewohnerin oder dem Bewohner unter Beifügung einer Ausfertigung des Vertrags schriftlich zu bestätigen.

(2) Der Träger hat die künftigen Bewohnerinnen und Bewohner vor Abschluss des Heimvertrags schriftlich über den Vertragsinhalt zu informieren und sie auf die Möglichkeiten späterer Leistungs- und Entgeltveränderungen hinzuweisen.

(3) Im Heimvertrag sind die Rechte und Pflichten des Trägers und der Bewohnerin oder des Bewohners, insbesondere die Leistungen des Trägers und das von der Bewohnerin oder dem Bewohner insgesamt zu entrichtende Heimentgelt, zu regeln. Der Heimvertrag muss eine allgemeine Leistungsbeschreibung des Heims, insbesondere der Ausstattung, enthalten. Im Heimvertrag müssen die Leistungen des Trägers, insbesondere Art, Inhalt und Umfang der Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich der auf die Unterkunft, Verpflegung und Betreuung entfallenden Entgelte angegeben werden. Außerdem müssen die weiteren Leistungen im Einzelnen gesondert beschrieben und die jeweiligen Entgeltbestandteile hierfür gesondert angegeben werden.

(4) Wird die Bewohnerin oder der Bewohner nur vorübergehend aufgenommen, so umfasst die Leistungspflicht des Trägers alle Betreuungsmaßnahmen, die während des Aufenthalts erforderlich sind.

(5) In Verträgen mit Personen, die Leistungen nach den §§ 41, 42 und 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen (Leistungsempfänger der Pflegeversicherung), müssen Art, Inhalt und Umfang der in Absatz 3 genannten Leistungen sowie die jeweiligen Entgelte den im Siebten und Achten Kapitel oder den auf Grund des Siebten und Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Regelungen (Regelungen der Pflegeversicherung) entsprechen sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) gesondert ausgewiesen werden. Entsprechen Art, Inhalt oder Umfang der Leistungen oder Entgelte nicht den Regelungen der Pflegeversicherung, haben sowohl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung als auch der Träger einen Anspruch auf entsprechende Anpassung des Vertrags.

(6) In Verträgen mit Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird, müssen Art, Inhalt und Umfang der in Absatz 3 genannten Leistungen sowie die jeweiligen Entgelte den auf Grund des Zehnten Kapitels des Zwölften Buches Sozialhilfegesetzbuch getroffenen Vereinbarungen entsprechen. Absatz 5 Satz 2 findet entsprechende Anwendung.

(7) Das Entgelt sowie die Entgeltbestandteile müssen im Verhältnis zu den Leistungen angemessen sein. Sie sind für alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Heims nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Eine Differenzierung ist zulässig, soweit eine öffentliche Förderung von betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nur für einen Teil eines Heims erfolgt ist. Eine Diffe-

renzierung nach Kostenträgern ist unzulässig. Abweichend von Satz 4 ist eine Differenzierung der Entgelte insofern zulässig, als Vergütungsvereinbarungen nach dem Zehnten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch über Investitionsbeträge oder gesondert berechnete Investitionskosten getroffen worden sind.

(8) Im Heimvertrag ist für Zeiten der Abwesenheit der Bewohnerin oder des Bewohners eine Regelung vorzusehen, ob und in welchem Umfang eine Erstattung ersparter Aufwendungen erfolgt. Die Absätze 5 und 6 finden Anwendung.

(9) Werden Leistungen unmittelbar zu Lasten eines gesetzlichen Leistungsträgers erbracht, ist die Bewohnerin oder der Bewohner unverzüglich schriftlich unter Mitteilung des Kostenanteils hierauf hinzuweisen.

(10) Der Träger hat die künftige Bewohnerin oder den künftigen Bewohner bei Abschluss des Heimvertrags schriftlich auf sein Recht hinzuweisen, sich beim Träger, bei der zuständigen Behörde oder der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 Abs. 5 beraten zu lassen sowie sich über Mängel bei der Erbringung der im Heimvertrag vorgesehenen Leistungen zu beschweren. Zugleich hat er die entsprechenden Anschriften mitzuteilen.

(11) Erbringt der Träger die vertraglichen Leistungen ganz oder teilweise nicht oder weisen sie nicht unerhebliche Mängel auf, kann die Bewohnerin oder der Bewohner unbeschadet weitergehender zivilrechtlicher Ansprüche bis zu sechs Monate rückwirkend eine angemessene Kürzung des vereinbarten Heimentgelts verlangen. Dieses gilt nicht, soweit nach § 115 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wegen desselben Sachverhaltes ein Kürzungsbetrag vereinbart oder festgesetzt worden ist. Bei Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird, steht der Kürzungsbetrag bis zur Höhe der erbrachten Leistungen vorrangig dem Träger der Sozialhilfe zu. Versicherten der Pflegeversicherung steht der Kürzungsbetrag bis zur Höhe ihres Eigenentgelts am Heimentgelt zu; ein überschießender Betrag ist an die Pflegekasse auszuführen.

(12) War die Bewohnerin oder der Bewohner zu dem Zeitpunkt der Aufnahme in ein Heim geschäftsunfähig, so gilt der von ihr oder ihm geschlossene Heimvertrag in Ansehung einer bereits bewirkten Leistung und deren Gegenleistung, soweit diese in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen, als wirksam.

SGB XI

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zu Grunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.

(3) Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner des Pflegeheimes nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(4) Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten oder nach § 85 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.

§ 85 Pflegesatzverfahren

(1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheimes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart.

(...)

(6) Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 der 2 treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

§ 87 Unterkunft und Verpflegung

Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. § 84 Abs. 3 und 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgeltes

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig.

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die Vertragsgestaltungsvorschrift ist mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes präzisiert worden. Mit dieser Präzisierung wird vor allem das Anliegen der Herstellung von mehr Transparenz verfolgt. Dazu wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt:²⁴

„Die organisatorische und fachliche Dominanz des Heimträgers kann bei Abschluss von Heimverträgen dazu führen, dass die berechtigten Interessen des Bewerbers bzw. Bewohners nicht angemessen zur Geltung kommen. Daher muss eine ausreichende Transparenz des Vertragsverhältnisses gewährleistet werden. Der Bewerber um einen Heimplatz muss die Leistungen und Entgelte der im Wettbewerb miteinander stehenden Heime vergleichen und sich jederzeit einen Überblick darüber verschaffen können, ob das Entgelt angemessen ist und welche Entgeltbestandteile er für welche Leistungen zu entrichten hat. Deshalb müssen im Heimvertrag künftig nicht nur die einzelnen Leistungen des Trägers (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und weitere Leistungen), sondern

²⁴ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5399, S. 16.

auch die Entgeltbestandteile für diese einzelnen Leistungen gesondert aufgeführt werden (§ 5 Absatz 3). Außerdem sind die allgemeine Leistungsbeschreibung des Heims sowie eine Beschreibung der Ausstattung in den Heimvertrag aufzunehmen. Im Interesse größerer Transparenz ist der Bewohner auf die Möglichkeiten späterer Leistungs- und Entgeltveränderungen hinzuweisen (§ 5 Absatz 2). (...)“

§ 5 HeimG verfolgt den Zweck, die rechtliche und tatsächliche Position der künftigen Bewohnerin oder des künftigen Bewohners, der sich um einen Platz in einer Einrichtung nach § 1 HeimG bewirbt, zu stärken und damit auch die spätere rechtliche Stellung als Bewohnerin oder Bewohner der Einrichtung zu festigen. Dieses Ziel strebt das Gesetz für den künftigen Bewohner mit verschiedenen Ansätzen an: Pflicht zum Abschluss eines schriftlichen Heimvertrages (§ 5 Abs. 1); Informationspflicht des Trägers über den Vertragsinhalt vor Vertragsabschluss (§ 5 Abs. 2); Hinweispflicht des Trägers bei Vertragsabschluss auf Beratungsmöglichkeiten (§ 5 Abs. 10); inhaltliche Ausgestaltungsverpflichtungen für den Heimvertrag (Leistungs- und Entgeltbeschreibung; Leistungen bei vorübergehender Betreuung; Abwesenheitsregelung) (§ 5 Abs. 3, 4 und 5); Angemessenheit des Heimentgelts (§ 5 Abs. 7); Kürzungsmöglichkeiten bei mangelhafter Leistung (§ 5 Abs. 11). § 5 HeimG ist deshalb im Kontext dieser Vorschriften zu sehen. Insofern stellt sich § 5 HeimG auch als Schlüsselnorm für diese Vorschriften dar.

Besondere Regelungen im Heimvertrag sind für diejenigen Personen erforderlich, die im Heim für dessen Leistungen Anspruch auf Sozialleistungen haben. Hier richten sich die Leistungen und das Entgelt dafür nach den jeweiligen Sozialleistungsgesetzen. Die entsprechenden Koordinierungsvorschriften für Leistungsempfänger nach der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) oder nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) enthalten die Absätze 5 und 6. Für Empfänger von Leistungen anderer Leistungsträger (z.B. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) bestehen keine entsprechenden Koordinierungsnormen. Wird jedoch eine Leistung des Heimträgers unmittelbar zu Lasten eines gesetzlichen Leistungsträgers erbracht, besteht eine Hinweispflicht des Heimträgers gegenüber dem Bewohner (§ 5 Abs. 9 HeimG).

Die Transparenzvorschriften erlangen ihre volle Bedeutung demnach nur für diejenigen Bewohner, die für ihren Aufenthalt im Heim nicht auf die vorgenannten Sozialleistungen angewiesen sind. Das bedeutet aber nicht, dass die Transparenzvorschriften deswegen insgesamt obsolet wären.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung ist gegeben. Es sind auch keine belegten Äußerungen bekannt geworden, dass dies nicht der Fall ist. Allerdings wird aus der Praxis zum Teil die Meinung geäußert, dass bei Beziehern von Sozialleistungen zur Pflege im Heim die Vorschriften leer laufen würden, weil der Leistungsinhalt und die Entgelte nicht durch den Heimbewohner, sondern durch die Pflegesatzvereinbarungen zwischen Sozialleistungsträgern und Einrichtung festgelegt würden. Hier wird jedoch der Unterschied zwischen vertraglicher Gestaltungsmacht und Transparenzanliegen nicht gesehen. Zwar haben Bezieher von Sozialleistungen zur Pflege in Einrichtungen keinen Einfluss auf Art, Inhalt und Umfang der Leistungen zu

Unterkunft, Verpflegung und Betreuung (vgl. § 5 Abs. 6 HeimG), insofern fehlt ihnen vertragliche Gestaltungsmacht. Dennoch bleibt das Transparenzanliegen bestehen: Der Heimbewohner muss wissen, welche Leistungen er erhält und er muss sich gegenüber dem Heimträger darauf berufen können. Ohne eine vertragliche Beschreibung der Leistungen bleibt ihm dies verwehrt. Die Pflegeeinrichtungen mit einer Pflegegesetzvereinbarung erbringen die Sozialleistungen zur Pflege zwar im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des SGB XI und des SGB XII. Innerhalb dieses Rahmens bestehen jedoch Möglichkeiten und Erfordernisse der einrichtungsspezifischen Ausgestaltung. Im Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen für die jeweilige Einrichtung festzulegen (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Auch hinsichtlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung besteht dieser Gestaltungsrahmen (§ 87 SGB XI). Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gehen ebenfalls davon aus, dass einrichtungsspezifische Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich Art und Inhalt der Leistungen bestehen (vgl. § 80a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XI). Auch wenn wie in der vorliegenden Untersuchung gefordert wird, die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen künftig wegfallen zu lassen und sie durch Lieferung eines Leistungs- und Qualitätsprofils zu ersetzen,²⁵ ändert sich hieran nichts.

Der Bundesgerichtshof hat es für die Verträge mit Beziehern von Sozialleistungen zur Pflege in Einrichtungen (§ 5 Abs. 5 HeimG) genügen lassen, wenn der Kostenblock Unterkunft und Verpflegung ohne Aufgliederung aufgeführt wird.²⁶ Der erkennende 3. Senat sieht hier einen Normenkonflikt zwischen den nach dem SGB XI unaufgegliederten Entgelten für die Leistungssegmente Unterkunft und Verpflegung und den Transparenzanliegen des § 5 HeimG. Der Senat sieht aber den dem Transparenzanliegen zu Grunde liegenden Verbraucherschutzgedanken dadurch als gewahrt an, als pflegeversicherte Personen durch die Normen des Pflegeversicherungsrechts inhaltlich eine günstigere Rechtsstellung erfahren.²⁷ Unter Entbürokratisierungsgesichtspunkten ist hier also für die den Vertrag aufstellenden Einrichtungsträger eine Erleichterung durch die Rechtsprechung gegeben.

Die Pflegeeinrichtungen erbringen also keine deutschlandweit vereinheitlichten und typisierten Sozialleistungen, sondern einrichtungs- bzw. bewohnerspezifische Leistungen. Über die Gestaltung dieser Leistungen Auskunft zu geben, ist - mit der Einschränkung auf Grund der Rechtsprechung des BGH - Sinn der Transparenzvorschriften. Sie sind bei Beziehern von Sozialleistungen zur Pflege in Einrichtungen geeignet, diesen Zweck zu erfüllen. Bei sog. Selbstzahlern besteht der Zweck der Vorschriften in § 5 HeimG weiter darin, auch vertragliche Gestaltungsmacht - zumindest de jure - herzustellen. Auch dieser Zweck wird mit § 5 HeimG erreicht.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Die Erstellung auch detaillierter Verträge gehört zu den selbstverständlichen Angelegenheiten im Rechtsverkehr zwischen Privatpersonen. Dieses gilt umso mehr, wenn

²⁵ S. unten Kapitel 4.4.

²⁶ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04.

²⁷ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04, Rn. 14.

auf der einen Seite der Vertragspartner ein Unternehmen tätig wird. Bei Heimverträgen ist weiter zu berücksichtigen, dass der Unternehmer die Möglichkeit hat, Musterverträge zu verwenden, die ggf. individuell anzupassen sind. In der Regel ist nur die Erstellung des Mustervertrages mit Aufwand verbunden. Gleiches gilt für die Anpassung der Musterverträge an die jeweils herrschende Rechtsprechung. Eine geringere Belastung des Einrichtungsträgers im Zusammenhang mit der Vertragsgestaltung nach § 5 HeimG ist nicht möglich.

Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz (= Angemessenheit)

An der Angemessenheit der Regelung bestehen keine Zweifel.

Änderungsvorschlag

Da der Bundesgerichtshof angemahnt hat,²⁸ eine Klarstellung zwischen den Vorschriften des Pflegeversicherungsrechts zur Vereinbarung des Leistungsblocks „Unterkunft und Verpflegung“ und § 5 Abs. 5 HeimG zu treffen, könnte eine Änderung entweder darin bestehen, dass im Pflegeversicherungsrecht (§ 87 SGB XI) und entsprechend im Sozialhilferecht (§ 76 Abs. 2 SGB XII) der Block „Unterkunft und Verpflegung“ in Leistungsbeschreibung wie Vergütung getrennt ausgewiesen wird, oder dass heimvertragsrechtlich (§ 5 Abs. 5 HeimG) eine getrennte Darstellung von Leistungen und Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nur dann erforderlich ist, wenn auch sozialleistungsrechtlich bzw. in der Pflegesatzvereinbarung eine solche Trennung vorgenommen worden ist.

4.3.6 Entgelterhöhung

Gesetzliche Grundlagen

Heimgesetz (HeimG)

§ 7 Erhöhung des Entgelts

(1) Der Träger kann eine Erhöhung des Entgelts verlangen, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlage verändert und sowohl die Erhöhung als auch das erhöhte Entgelt angemessen sind. Entgelterhöhungen auf Grund von Investitionsaufwendungen des Heims sind nur zulässig, soweit sie nach der Art des Heims betriebsnotwendig sind und nicht durch öffentliche Förderung gedeckt werden.

(2) Die Erhöhung des Entgelts bedarf außerdem der Zustimmung der Bewohnerin oder des Bewohners. In dem Heimvertrag kann vereinbart werden, dass der Träger berechtigt ist, bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 das Entgelt durch einseitige Erklärung zu erhöhen.

(3) Die Erhöhung des Entgelts wird nur wirksam, wenn sie vom Träger der Bewohnerin oder dem Bewohner gegenüber spätestens vier Wochen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden soll, schriftlich geltend gemacht wurde und die Begründung anhand der Leistungsbeschreibung und der Entgeltbestandteile des Heimvertrags unter Angabe des Umlagemaßstabs die Positionen beschreibt, für die sich nach Abschluss des Heimvertrags Kostensteigerungen ergeben. Die Begründung muss die vorgesehenen Änderungen darstellen und sowohl die bisherigen Entgeltbestandteile als auch die vorgesehenen neuen Entgeltbestandteile enthalten. § 5 Abs. 3 und 5 bis 9 gilt entsprechend. Die Be-

²⁸ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04, Rn. 14 am Ende.

wohnerin oder der Bewohner sowie der Heimbeirat müssen Gelegenheit erhalten, die Angaben des Trägers durch Einsichtnahme in die Kalkulationsunterlagen zu überprüfen.

(4) Bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung wird eine Erhöhung des Entgelts außerdem nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Regelungen der Pflegeversicherung entspricht. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Der Träger ist verpflichtet, Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder den Heimfürsprecher rechtzeitig vor der Aufnahme von Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen anzuhören und ihnen unter Vorlage nachvollziehbarer Unterlagen die wirtschaftliche Notwendigkeit und Angemessenheit der geplanten Erhöhung zu erläutern. Außerdem ist der Träger verpflichtet, Vertreterinnen und Vertretern des Heimbeirats oder dem Heimfürsprecher Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. Diese Stellungnahme gehört zu den Unterlagen, die der Träger rechtzeitig vor Beginn der Verhandlungen den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien vorzulegen hat. Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimfürsprecher sollen auf Verlangen vom Träger zu den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen hinzugezogen werden. Sie sind über den Inhalt der Verhandlungen, soweit ihnen im Rahmen der Verhandlungen Betriebsgeheimnisse bekannt geworden sind, zur Verschwiegenheit verpflichtet. Absatz 3 findet Anwendung.

(5) Bei Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird, wird eine Erhöhung des Entgelts nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Vereinbarungen nach dem Zehnten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entspricht. Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimfürsprecher sollen auf Verlangen vom Träger an den Verhandlungen über Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen hinzugezogen werden. Im Übrigen findet Absatz 4 entsprechende Anwendung.

(6) Eine Kündigung des Heimvertrags zum Zwecke der Erhöhung des Entgelts ist ausgeschlossen.

Sinn und Zweck der Vorschrift

Die Vorschrift über die Entgelterhöhung nimmt zwei Grundgedanken des sozialen Mietrechts (vgl. §§ 557 - 561 BGB) auf: Es soll erstens eine Entgelterhöhung nur unter bestimmten materiellen und formellen Voraussetzungen möglich sein, und es soll zweitens eine Kündigung des Heimvertrages zum Zweck der Entgelterhöhung ausgeschlossen sein.

Bei den Vorschriften zur Entgelterhöhung wird - wie schon bei der Vertragsgestaltung nach § 5 HeimG - zwischen sog. Selbstzahlern und Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG) unterschieden. Die Mitwirkung des Heimbeirates ist vorgesehen (§ 7 Abs. 3 Satz 4 HeimG). Bei den Pflegesatzverhandlungen ist der Heimbeirat ebenfalls einzubeziehen (§ 7 Abs. 4 Sätze 3 bis 7, Abs. 5 Sätze 2 und 3 HeimG).²⁹

Ein Zweck der Vorschrift kann darin gesehen werden, dass es dem Heimbewohner rechtzeitig möglich ist, sich bei einer Erhöhung des Entgelts um einen anderen Heimplatz zu kümmern. Hier steht ihm auch ein besonderes Kündigungsrecht zur Seite (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 2 HeimG). Weiter bezweckt die Vorschrift die Erleichterung der Rechtsdurchsetzung seitens des Heimbewohners.

²⁹ S. hierzu unten Kapitel 4.3.7.

Die Vorschriften werden vor allem unter zwei Gesichtspunkten als bürokratieaufwändig kritisiert:

- Die Darstellung einer Entgelterhöhung aufgeteilt nach den verschiedenen Leistungsblöcken sei sehr aufwändig. Sie nütze dem Heimbewohner wenig, da es diesem vor allem auf die Höhe des Entgelts insgesamt, nicht jedoch auf einzelne Positionen ankomme.
- Bei Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe sei fraglich, ob nach Abschluss der Pflegesatzvereinbarung bzw. nach der Entscheidung der Schiedsstelle das Erhöhungsverfahren noch einmal durchgeführt werden müsse. Auch sei nicht klar, wie bei einer rückwirkenden Vereinbarungsgeltung bzw. Festsetzung durch die Schiedsstelle vorzugehen sei.

Rechtstatsächliche Untersuchungen zur Entgelterhöhung nach dem HeimG liegen nicht vor.

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die Vorschrift erscheint bei Selbstzahlern zur Erreichung der Zwecke als geeignet. Bei Einrichtungen mit einer Pflegesatzvereinbarung gilt jedoch anderes. Da bei Bewohnern solcher Einrichtungen die rechtzeitige Information über ein Erhöhungsverlangen nur die Funktion hat, ihnen die frühzeitige Entscheidung über die Möglichkeit des Heimwechsels, etwa wegen einer drohenden Sozialhilfebedürftigkeit auf Grund der Erhöhung, zu geben, kann auf die Erfordernisse des § 7 Abs. 3 HeimG verzichtet werden, da die Entgelthöhe drittseitig, d.h. in Pflegesatzverhandlungen oder auf Grund einer Festsetzung der Schiedsstelle, vorgenommen wird. Der Zweck der Erleichterung des Rechtsschutzes kann hier für Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe nicht erreicht werden.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Die folgenden Ausführungen gelten nur für die Situation bei Selbstzahlern.

Eine geringere Belastung ist ohne eine Einbuße bei der Zweckerreichung nicht ersichtlich. Sollte allerdings der - bisher nicht belegte - Einwand zutreffend sein, dass für den Heimbewohner nur die Höhe des gesamten Entgelts, nicht aber eine Verteilung auf die verschiedenen Leistungssegmente von Interesse sei, wäre es eine Überlegung wert, wie dann Leistungsbeschreibung und Entgelterhöhungsverlangen ins Verhältnis gesetzt werden können. So könnte z.B. eine Tarifierhöhung um einen bestimmten Prozentsatz nicht automatisch um diesen Prozentsatz weitergegeben werden, da sich möglicherweise die Personalstruktur der Einrichtung inzwischen verändert hat. Auch müsste berücksichtigt werden, wie hoch der Dienstleistungsanteil bei den verschiedenen Heimverträgen ist. Selbst wenn man hier für gewisse Erleichterungen der Darlegung des Erhöhungsverlangens plädieren würde, so müsste doch in einem Gerichtsverfahren um das Erhöhungsverlangen wieder im Einzelnen geklärt werden, welche Veränderungen der Berechnungsgrundlagen in welchen Leistungssegmenten zu Entgelterhöhungen geführt haben.

Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz (= Angemessenheit)

Die folgenden Ausführungen gelten nur für die Situation bei Selbstzahlern.

Der bürokratische Aufwand, den die Einrichtungen bei einem Erhöhungsverlangen bei Selbstzahlern zu tragen haben, rechtfertigt sich insbesondere aus dem Zweck der Erleichterung des Rechtsschutzes der Heimbewohner. Ohne die vom Heimträger anlässlich des Erhöhungsbegehrens zu liefernden Informationen ist ein Heimbewohner kaum in der Lage einzuschätzen, ob sich ein Rechtsstreit lohnt. Auch ein Rechtsanwalt ist ohne diese Informationen nicht in der Lage, schon vor Einleitung eines Gerichtsverfahrens die Prozesschancen abzuschätzen. In Abwägung der Rechtsschutzinteressen des Bewohners und seiner Informationsinteressen im Hinblick auf Verbleib im Heim oder Umzug ist der bürokratische Aufwand seitens der Heimträger zu rechtfertigen.

Anwendungspraxis - Rechtsprechung

Bisher haben sich erst zwei Oberwaltungsgerichte zu § 7 Abs. 3 HeimG geäußert. Das Schleswig-Holsteinische Oberverwaltungsgericht hat in einer gegen eine Heimaufsichtsbehörde gerichteten Klage eines Heimträgers festgestellt, wie die Vorschriften des § 7 Abs. 3 HeimG bei einer rückwirkenden, durch eine Pflegesatzerhöhung bewirkten Entgelterhöhung auszulegen sind.³⁰ Im zu Grunde liegenden Sachverhalt hat ein Heimträger form- und fristgemäß über sein Erhöhungsverlangen informiert. Nach dem Scheitern von Pflegesatzverhandlungen hat die Schiedsstelle die Pflegesätze rückwirkend im Verhältnis zu ihrer Entscheidung, aber nicht hinter das Datum des ursprünglich vom Heimträger anvisierten Erhöhungstermins, festgesetzt. Nachdem der Heimträger die Heimbewohner davon informiert und rückwirkend die erhöhten Entgelte verlangt hat, war die Heimaufsichtsbehörde der Ansicht, dass die rückwirkende Erhöhung § 7 Abs. 3 HeimG widerspreche, und erließ eine Anordnung nach § 17 Abs. 1 HeimG mit dem Inhalt, dass alle Bewohner von der Unwirksamkeit der rückwirkenden Erhöhung zu unterrichten seien. Das Verwaltungsgericht wie das Oberverwaltungsgericht sahen in § 7 Abs. 3 HeimG nur die Aufforderung, *vorgesehene* Erhöhungen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden sollen, schriftlich geltend zu machen und nach den Anforderungen der Vorschrift zu begründen. Bei in Pflegesatzverhandlungen vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten Vergütungen gelte dies gemäß dem Wortlaut der Vorschrift nicht.

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg hat sich in zwei Beschlüssen³¹ im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes gegen eine solche Auslegung gewandt und festgestellt, dass eine zuverlässige Kenntnis von Art und Höhe der Kostensteigerung unverzichtbar ist.

³⁰ Schleswig-Holsteinisches Oberverwaltungsgericht, Urt. vom 13. Oktober 2005, Az: 2 LB 37/05, teilweise abgedruckt in: bpa-Magazin 06/2005.

³¹ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschlüsse vom 2. September 2004, Az: 6 S 468/04, und vom 25. Oktober 2004, Az: 6 S 467/04.

Änderungsvorschlag

Der Runde Tische Pflege - Arbeitsgruppe III - Entbürokratisierung - hat sich allgemein für eine Koordinierung der Vorschrift des § 7 Abs. 3 HeimG mit den vergütungsrechtlichen Vorgaben des SGB XI ausgesprochen.³²

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat in den im Juli 2005 vorgelegten 10 Eckpunkten zur Entbürokratisierung im Heimrecht³³ unter Nr. 5 („Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert“) angekündigt, dass die derzeit unterschiedlichen Regelungen zum Inkrafttreten einer Entgelterhöhung im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3) und im SGB XI (§ 85 Abs. 6) harmonisiert werden.

Folgende Lösung wird in Anlehnung an die Rechtsprechung des OVG Schleswig-Holstein vorgeschlagen:

§ 7 Abs. 3 HeimG gilt für Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung oder Sozialhilfe in Einrichtungen nur für die vorherige Ankündigung des Erhöhungsbegehrens, nicht jedoch, wenn das Entgelt durch Pflegesatzverhandlungen vereinbart worden oder durch eine Schiedsstelle festgesetzt worden ist.

Anlage

EMPFEHLUNG 4.10:

Der Runde Tisch Pflege empfiehlt die Harmonisierung der unterschiedlichen Regelungen zu § 7 Abs. 3 HeimG und der vergütungsrechtlichen Vorgaben des SGB XI unter Abwägung der Interessen aller Beteiligten.

Begründung

Nach § 7 Abs. 3 Heimgesetz sind Entgelterhöhungen nur dann wirksam, wenn sie spätestens 4 Wochen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden sollen, vom Heimträger den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mitgeteilt wurden. Dies ist mit den vergütungsrechtlichen Vorgaben des SGB XI zur unmittelbaren Verbindlichkeit von Entgelterhöhungen für das Pflegeheim sowie für die hier versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger nur dann vereinbar, wenn die Vertragsparteien den Zeitpunkt des Inkrafttretens so bestimmen, dass die Vorschrift des § 7 Abs. 3 HeimG gewahrt wird. Insoweit empfiehlt sich eine Klarstellung durch den Gesetzgeber.

4.3.7 Beendigung des Heimvertrages

Gesetzliche Grundlagen

Heimgesetz (HeimG)

§ 8 Vertragsdauer

(1) Der Heimvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen, soweit nicht im Einzelfall eine befristete Aufnahme der Bewohnerin oder des Bewohners beabsichtigt ist oder eine vorübergehende Aufnahme nach § 1 Abs. 3 vereinbart wird.

³² Runder Tisch Pflege - Arbeitsgruppe III Entbürokratisierung, S. 28, nachfolgende Anlage

³³ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, 13.07.2005

(2) Die Bewohnerin oder der Bewohner kann den Heimvertrag spätestens am dritten Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf desselben Monats schriftlich kündigen. Bei einer Erhöhung des Entgelts ist eine Kündigung abweichend von Satz 1 jederzeit für den Zeitpunkt möglich, an dem die Erhöhung wirksam werden soll. Der Heimvertrag kann aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Bewohnerin oder dem Bewohner die Fortsetzung des Heimvertrags bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zuzumuten ist. Hat in den Fällen des Satzes 3 der Träger den Kündigungsgrund zu vertreten, hat er der Bewohnerin oder dem Bewohner eine angemessene anderweitige Unterkunft und Betreuung zu zumutbaren Bedingungen nachzuweisen und ist zum Ersatz der Umzugskosten in angemessenem Umfang verpflichtet. Im Falle des Satzes 3 kann die Bewohnerin oder der Bewohner den Nachweis einer angemessenen anderweitigen Unterkunft und Betreuung auch dann verlangen, wenn sie oder er noch nicht gekündigt hat. § 115 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(...)

(8) Mit dem Tod der Bewohnerin oder des Bewohners endet das Vertragsverhältnis. Vereinbarungen über eine Fortgeltung des Vertrags hinsichtlich der Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten sind zulässig, soweit ein Zeitraum von zwei Wochen nach dem Sterbetag nicht überschritten wird. In diesen Fällen ermäßigt sich das Entgelt um den Wert der von dem Träger ersparten Aufwendungen. Bestimmungen des Heimvertrags über die Behandlung des im Heim befindlichen Nachlasses sowie dessen Verwahrung durch den Träger bleiben wirksam.

(...)

SGB XI

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig.

(...)

Sinn und Zweck der Vorschriften

Es sind zwei Beendigungssituationen zu unterscheiden: Die Kündigung des Heimvertrages durch den Heimbewohner (§ 8 Abs. 2 HeimG) und die Beendigung des Heimvertrages durch den Tod des Bewohners (§ 8 Abs. 8 HeimG).

Bei der Kündigung des Heimvertrages durch den Heimbewohner kommt der Heimbewohner in den Genuss einer sehr kurzen Kündigungsfrist: Er kann zu Beginn des Monats schon zum Ende des laufenden Monats kündigen. Eine vertragliche Verlängerung dieser Kündigungsfrist ist wegen der in § 9 HeimG ausgesprochenen Nichtigkeitswirkung nicht möglich.

Eine andere Regelung existiert bei der Vertragsbeendigung durch Tod. Hier endet das Vertragsverhältnis mit dem Tod des Bewohners. Allerdings ist hier die Möglichkeit gegeben, zwischen den Vertragspartnern die Fortgeltung des Vertrages über die Ent-

geltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten bis zu zwei Wochen nach dem Sterbetag zu vereinbaren (§ 8 Abs. 8 Satz 2 HeimG).

Bei pflegeversicherten Personen gilt, dass die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger mit dem Tag endet, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Im Kündigungsfall wird der Heimbewohner entweder zum Ablauf des Vertragsverhältnisses oder schon vorher die Wohnung verlassen. Die Einrichtung erhält das Entgelt in beiden Fällen bis zum Ende des Vertragsverhältnisses. Sie trägt aber das Risiko der zeitnahen Wiederbelegung des Heimplatzes.

Der Sinn und Zweck dieser Regelungen, auch im Verhältnis des Zusammenwirkens von Heimvertrag und Pflegeleistung, ist nicht klar auszumachen:

- Im Fall der Kündigung durch den Heimbewohner lässt sich § 8 Abs. 8 Satz 1 HeimG als Schutzvorschrift für den Heimbewohner verstehen. Er soll schnell kündigen und ausziehen können. Nach Beendigung des Vertragsverhältnisses wird der Träger eine gewisse Zeit benötigen, um den Wohnraum zu renovieren und ihn weiterzuvermieten. Die Nichtvermietung des Wohnraums während dieser Zeit muss der Träger in seiner gesamten Kostenkalkulation auffangen.
- Im Fall der Beendigung des Vertragsverhältnisses durch den Tod des Heimbewohners werden nur mögliche Erben geschützt, denn eine vertraglich vereinbarte Fortgeltung des Heimvertrages für den Fall der Vertragsbeendigung durch Tod wirkt nur für eine kurze Zeit zu Lasten der Erben des Heimbewohners. Wegen der Kürze der Verlängerungsfrist wirkt sich die Vorschrift aber regelmäßig zu Lasten der Einrichtung aus, da diese eine Wiederbelegung in diesem Zeitraum meist nicht durchführen kann, weil Wohnungsrenovierungsarbeiten etc. anstehen. Selbst bei hoher Nachfrage nach Heimplätzen wird sich eine zeitnahe Weitervermietung meist nicht ergeben. Der Schutz eventuell vorhandener Erben ist aber kein Schutzzweck des HeimG (vgl. § 2 Abs. 1 HeimG), sodass eine Verlängerung der gesetzlich vorgesehenen Fortgeltungsfrist ohne weiteres als möglich erscheint. Sie ist sogar wünschenswert, da der Träger die ihm entstehenden Kosten zu Lasten der gesamten Bewohnerschaft in seiner Kalkulation berücksichtigen muss. Handelt es sich beim Heimbewohner um einen Leistungsberechtigten der Sozialhilfe, stellt sich die Frage, ob der Sozialhilfeträger über den Tod des Leistungsberechtigten hinaus zur Leistung verpflichtet ist, d.h., ob er auch für eine über den Tod des Heimbewohners hinaus eingegangene vertragliche Fortgeltungsverpflichtung eintreten muss. Dies ist nicht der Fall, da das Sozialhilferecht grundsätzlich nur einen aktuellen Bedarf einer lebenden Person decken kann (von den Fällen der Übernahme der Kosten einer Bestattung durch den Sozialhilfeträger sei hier abgesehen). In diesem Fall bleibt das Kostenrisiko also beim Träger der Einrichtung.
- Die Regelung in § 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI hat den Zweck, die Versichertengemeinschaft zumindest hinsichtlich der von der Pflegekasse gezahlten pfle-

gebedingten Aufwendungen vor unnötigen Kosten zu schützen. Ein pflegeversicherter Heimbewohner kann aber wegen der mit § 87a Abs. 1 Satz 4 SGB XI ausgesprochenen Sperrwirkung (Nichtigkeit abweichender Vereinbarungen) keine Vereinbarung über eine Fortgeltung des Heimvertrages hinsichtlich der Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten treffen.³⁴

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Mit den Vorschriften werden zwar der Schutz des Bewohners und der Schutz der Versicherungsgemeinschaft erreicht. Jedoch ist die Regelung des § 8 Abs. 8 Satz 1 HeimG für den Fall, dass auch die Erben eines Bewohners wegen der kurzen Fortgeltungsdauer geschützt werden, nicht vom allgemeinen Schutzzweck des HeimG gedeckt. Sie verfolgt einen insofern nicht zulässigen Zweck und ist daher ungeeignet.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Anstelle der genannten geeigneten Maßnahmen zum Schutz des Bewohners und der Versicherungsgemeinschaft lassen sich keine geringer eingreifenden Maßnahmen erkennen.

Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz (= Angemessenheit)

Die Vorschriften sind angemessen.

Anwendungspraxis

In der Praxis hat der unterschiedliche Beendigungszeitpunkt des Pflegeverhältnisses bzw. des Heimvertrages zu Irritationen geführt. Die Kommentarliteratur hat sich bemüht, die Widersprüche zu lösen. Dieses ist aber nicht überzeugend gelungen. Die genannten Regelungen sind auch dem Bundesverfassungsgericht im Rahmen einer Verfassungsbeschwerde vorgelegt worden. Jedoch ist die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen worden.³⁵

Änderungsvorschlag

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat im Juli 2005 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht³⁶ vorgelegt. Dort wird unter Nr. 5 („Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert“) angekündigt, dass die „derzeit unterschiedlichen Regelungen zur Beendigung des Heimvertrages im Todesfall im Heimgesetz (§ 8 Abs. 8) und im SGB XI (§ 87a Abs. 1) harmonisiert werden. Dies wird bedeuten, dass in § 8 Abs. 8 die Sätze 2 und 3 gestrichen werden. Eine Vereinbarung über die Weitergeltung des Heimvertrages ist dann nicht mehr möglich.

Mit dieser geplanten Regelung wird zwar im Verhältnis zwischen dem Heimvertrag und den Beendigungsvorschriften der Pflegeversicherung für den pflegeversicherten

³⁴ In der Kommentarliteratur werden interpretatorische Anstrengungen angestellt, die Situation durch eine entsprechende Auslegung des § 87a Abs. 1 SGB XI in dem Sinn aufzulösen, dass auch der pflegebedürftige Versicherte eine Möglichkeit hat, von der Fortgeltung des Vertrages Gebrauch zu machen, s. etwa bei Richter in LPK-SGB XI, § 87a, Rdnr. 7.

³⁵ Beschluss der 3. Kammer des 1. Senats des BVerfG v. 12.2.2003, Az.: 1 BvR 2409/02.

³⁶ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

Heimbewohner Klarheit geschaffen. Dies geschieht jedoch um den Preis einer Verlagerung von Kosten der Nichtbelegung auf den Heimträger. Weiter werden damit die Erben eines Heimbewohners noch einmal in besonderer Weise privilegiert.

Eine andere Möglichkeit könnte darin bestehen, in § 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI den Satzbestandteil „oder verstirbt“ zu ergänzen um eine Regelung, die auf § 8 Abs. 8 Satz 2 und 3 HeimG Bezug nimmt. Damit wäre auch für die pflegeversicherten Heimbewohner eine Fortgeltungsmöglichkeit zu Lasten eventuell vorhandener Erben - nicht zu Lasten der Pflegeversicherung - gegeben.

4.3.8 Mitwirkung der Heimbewohnerinnen und -bewohner

Gesetzliche Grundlagen

Heimgesetz (HeimG)

§ 10 Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

(1) Die Bewohnerinnen und Bewohner wirken durch einen Heimbeirat in Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung mit. Die Mitwirkung bezieht sich auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und auf die Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 4 und 5. Sie ist auf die Verwaltung sowie die Geschäfts- und Wirtschaftsführung des Heims zu erstrecken, wenn Leistungen im Sinne des § 14 Abs. 2 Nr. 3 erbracht worden sind. Der Heimbeirat kann bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens hinzuziehen. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden fördern die Unterrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner und der Mitglieder von Heimbeiräten über die Wahl und die Befugnisse sowie die Möglichkeiten des Heimbeirats, die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs zur Geltung zu bringen.

(3) Der Heimbeirat soll mindestens einmal im Jahr die Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Versammlung einladen, zu der jede Bewohnerin oder jeder Bewohner eine Vertrauensperson beiziehen kann. Näheres kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 5 geregelt werden.

(4) Für die Zeit, in der ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann, werden seine Aufgaben durch einen Heimförsprecher wahrgenommen. Seine Tätigkeit ist unentgeltlich und ehrenamtlich. Der Heimförsprecher wird im Benehmen mit der Heimleitung von der zuständigen Behörde bestellt. Die Bewohnerinnen und Bewohner des Heims oder deren gesetzliche Vertreter können der zuständigen Behörde Vorschläge zur Auswahl des Heimförsprechers unterbreiten. Die zuständige Behörde kann von der Bestellung eines Heimförsprechers absehen, wenn die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner auf andere Weise gewährleistet ist.

(5) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erlässt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Regelungen über die Wahl des Heimbeirats und die Bestellung des Heimförsprechers sowie über Art, Umfang und Form ihrer Mitwirkung. In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, dass auch Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, von der zuständigen Behörde vorgeschlagene Personen sowie Mitglieder der örtlichen Seniorenvertretungen und Mitglieder von örtlichen Behindertenorganisationen in angemessenem Umfang in den Heimbeirat gewählt werden können.

§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG

(4) Bei Leistungsempfängern der Pflegeversicherung wird eine Erhöhung des Entgelts außerdem nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Regelungen der Pflegeversicherung entspricht. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Der Träger ist verpflichtet, Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder den Heimförsprecher rechtzeitig vor der Aufnahme von Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen anzuhören und ihnen unter Vorlage nachvollziehbarer Unterlagen die wirtschaftliche Notwendigkeit und Angemessenheit der geplanten Erhöhung zu erläutern. Außerdem ist der Träger verpflichtet, Vertreterinnen und Vertretern des Heimbeirats oder dem Heimförsprecher Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. Diese Stellungnahme gehört zu den Unterlagen, die der Träger rechtzeitig vor Beginn der Verhandlungen den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien vorzulegen hat. Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimförsprecher sollen auf Verlangen vom Träger zu den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen hinzugezogen werden. Sie sind über den Inhalt der Verhandlungen, soweit ihnen im Rahmen der Verhandlungen Betriebsgeheimnisse bekannt geworden sind, zur Verschwiegenheit verpflichtet. Absatz 3 findet Anwendung.

(5) Bei Personen, denen Hilfe in Einrichtungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird, wird eine Erhöhung des Entgelts nur wirksam, soweit das erhöhte Entgelt den Vereinbarungen nach dem Zehnten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entspricht. Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirats oder der Heimförsprecher sollen auf Verlangen vom Träger an den Verhandlungen über Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen hinzugezogen werden. Im Übrigen findet Absatz 4 entsprechende Anwendung.

Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebes (Heimmitwirkungsverordnung - HeimG) vom 19. Juli 1976, BGBl I 1976, 1819, neu gefasst durch Bek. v. 25.7.2002, BGBl I 2000, 2896.

Sinn und Zweck der Vorschriften

Die Mitwirkung der Heimbewohner ist seit Inkrafttreten des HeimG am 1. Januar 1975 Gegenstand dieses Gesetzes. Die Heimmitwirkungsverordnung ist seit 1976 in Kraft. Die gesetzlichen Vorschriften und die Heimmitwirkungsverordnung sind mehrmals geändert worden.

Mit den Vorschriften zur Heimmitwirkung werden zwei Zwecke verfolgt: die Heimbewohner sollen an der Gestaltung ihres Lebensortes teilnehmen können, und ihnen sollte dadurch das Gefühl genommen werden, dass sie in der Einrichtung nur noch betreut und verwaltet werden.³⁷

Die grundsätzliche Bedeutung der Vorschrift für ein an Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ausgerichtetes Leben im Heim ist unbestritten (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 2 HeimG). An der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit eines solchen Instituts wird ebenfalls nicht gezweifelt. In der Praxis wird gerade auch von Heimträgern die Bedeutung der Heimmitwirkung für das Leben im Heim unterstrichen. Insgesamt wird man sagen können, dass die grundsätzliche Tauglichkeit der Heimmitwirkung zur Verfolgung der vom Gesetzgeber aufgeführten Zwecke nicht nur unbestritten

³⁷ Schriftlicher Bericht des Bundestagsausschusses zu Deutscher Bundestag, Drucksache 7/180, abgedruckt bei: Dahlem/Giese/Igl/Klie, Das Heimgesetz, Erläuterungen zu § 10, Rn. 3.

ist, sondern dass sie mittlerweile selbstverständlicher Teil der Lebensgestaltung im Heim geworden ist. Insgesamt zeitigt die Heimmitwirkung wichtige positive Wirkungen. Die Probleme der Mitwirkung im Heim betreffen vor allem die Bildung von Heimbeiräten bei zunehmend fragiler werdender Bewohnerschaft.³⁸ In den Einrichtungen, in denen funktionstüchtige Heimbeiräte existieren, werden teilweise bessere Information und Unterstützung durch die Heimleitung eingefordert. Das Spektrum der Situationen der Heimmitwirkung ist sehr breit. Extreme Stimmen, die eine völlige Abschaffung der Heimmitwirkung fordern, sind nicht bekannt geworden.

Bedauerlich für die vorliegende Untersuchung ist, dass die bereits im Vierten Altenbericht der Bundesregierung³⁹ angemahnten sozialwissenschaftlichen Untersuchungen zum Zustand und zu den Wirkungen der Heimmitwirkung in der Praxis erst vor kurzem in Auftrag gegeben worden sind und daher noch nicht als Grundlage für die hier erforderlichen Einschätzungen herangezogen werden können.⁴⁰ Auch liegt der erstmals im Jahre 2004 geforderte Bericht des BMFSFJ nach § 22 Abs. 1 HeimG zu Beginn des Jahres 2006 noch nicht vor.

Hilfreiches Informationsmaterial bieten die teilweise auch im Internet veröffentlichten Berichte der Heimaufsichtsbehörden (§ 22 Abs. 3 HeimG). Auch ein Projektbericht über die Befragung von Heimbeiräten zum Entwicklungsbedarf von Unterstützungsstrukturen bei der Ausübung von Mitwirkungsrechten aus dem Jahr 2005 liefert wichtige Hinweise.⁴¹

Die unter Entbürokratisierungsaspekten vorgebrachte Kritik an der Heimmitwirkung wird nur zu Einzelpunkten geäußert. Hier wird vor allem die Mitwirkung an den Leistungserbringungsverträgen nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG (§ 29 Nr. 8, § 30 Nr. 12 HeimmitV) genannt. Die verhältnismäßig pauschal geäußerte Kritik lautet hier, dass sich die Heimbeiräte bzw. die entsprechenden Ersatzgremien kaum in der komplizierten Materie des Leistungserbringungsrechts, insbesondere des Vergütungsrechts orientieren könnten und dass die Beteiligung des Heimbeirates wirkungslos sei. Weiter wird kritisiert, dass durch den erhöhten Abstimmungsaufwand zwischen Heimträger

³⁸ S. Schmelter, Maria, Problembeschreibung und Anforderung aus Sicht der Heimaufsicht, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, Dezember 2001, S. 43 - 50, sowie: Igl, Gerhard, Reformbedarf bezüglich der Heimmitwirkungsverordnung - Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, Dezember 2001, S. 58 - 67.

³⁹ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8822, Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, S. 337 - 340, 361 f.

⁴⁰ Die Erstellung des Berichts „Evaluation der Heimmitwirkung“ ist vom BMFSFJ an das Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS) vergeben worden. Der Bericht soll 2007 vorliegen.

⁴¹ Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeheimen (BIVA) e.V. in Kooperation mit Institut für Soziale Infrastruktur (ISIS), Projektbericht: „Befragung von Heimbeiräten zum Entwicklungsbedarf von Unterstützungsstrukturen bei der Ausübung von Mitwirkungsrechten“, Mai 2005.

und Heimbeirat die Pflegesatzverhandlungen erschwert und verlängert werden.⁴² Gleiches wird vorgebracht bei der Beteiligung an qualitätssichernden Maßnahmen.⁴³

Geeignetheit der Vorschrift zur Zweckerreichung

Die Vorschriften zur Heimmitwirkung, auch die Vorschriften zur Information im Zusammenhang mit den Leistungserbringungsverträgen, sind geeignet, die gesetzlichen Zwecksetzungen zu erreichen. Diesen Vorschriften kann auch nicht ihre praktische Wirkungslosigkeit entgegengehalten werden, da es sich um Informationsrechte und nicht um Gestaltungsrechte handelt. Die Wirksamkeit von Informationsrechten ist nicht direkt messbar.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Eine geringere Belastung des Heimträgers könnte im Zusammenhang mit der Beteiligung nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG nur erreicht werden, indem diese Beteiligung ganz aufgegeben wird. Eine teilweise Entlastung wäre allenfalls dadurch zu bewirken, dass man auf die Stellungnahme durch den Heimbeirat verzichtet. Da die Abgabe dieser Stellungnahme jedoch ins Ermessen des Heimbeirates gestellt ist, könnte der Heimbeirat von sich aus auf eine Stellungnahme verzichten. Wird auf die Stellungnahme nicht verzichtet, kann allerdings der Schluss daraus gezogen werden, dass der Heimbeirat diese Stellungnahme für sinnvoll hält.

Für den Fall, dass die Stellungnahme des Heimbeirates nur der guten Form halber abgegeben werden, jedoch inhaltlich wenig hilfreich ist, sollte erwogen werden, ob auf die Möglichkeit der Stellungnahme verzichtet wird. Sollte sich aus den zurzeit laufenden sozialwissenschaftlichen Erhebungen ergeben, dass diese Situation in den meisten Fällen gegeben ist, könnte eine Regelung angestrebt werden, wonach dem Heimbeirat in den Fällen des § 7 Abs. 4 und 5 HeimG (nur) ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt wird, wenn er dieses fordert (Initiativrecht des Heimbeirates).

Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz (= Angemessenheit)

Die Kritik aus Sicht der Heimträger, insbesondere die Informationsrechte des Heimbeirates nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG würden zu erheblichem Zeitaufwand und zu Verzögerungen bei Pflegesatzverhandlungen führen, ist unter dem Aspekt der Ver-

⁴² Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5732, S. 2: „Die im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3 und 4) und der Heimmitwirkungsverordnung (§§ 29 bis 33) vorgesehenen Mitwirkungs- und Informationsrechte sollen die Mitwirkung der Bewohner sichern und für mehr Transparenz im Betrieb der Pflegeeinrichtungen sorgen. In der Praxis wird jedoch kritisiert, dass in der bisherigen Form vielmehr der Aufwand gesteigert wird, als dass den Bewohnern wirkliche Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden. Durch den gestiegenen Abstimmungsaufwand zwischen Heim und Heimbeirat werden die Pflegesatzverhandlungen einerseits erschwert und verlängert. Andererseits verfügt der Heimbeirat über keinerlei Rechte, Maßnahmen der Einrichtungsleitung zu verhindern oder eigene Maßnahmen durchzusetzen. Die Bewohner sind in der Folge eher verunsichert. Inhalt ihrer Stellungnahmen vor Aufnahme von Vergütungsvereinbarungen (nach § 7 Abs. 4 HeimG) sind auch vielmehr alltägliche Forderungen, wie nach mehr Obst auf dem Speiseplan.“ Allerdings folgt dieser Kritik keine entsprechende Forderung. Vielmehr wird in der Drucksache, S. 4, die Forderung an die Bundesregierung geäußert, „die Felder der Mitwirkung der Bewohner dahin gehend zu überprüfen, ob eine Steigerung der Beteiligung erreicht werden konnte und gegebenenfalls zu überarbeiten“.

⁴³ S. Tischvorlage aus der Arbeitsgruppe III - Entbürokratisierung - des Runden Tisches Pflege zu Punkt 1: HeimmitwirkungsVO. Die Tischvorlage ist im Anhang im Wortlaut abgedruckt.

hältnismäßigkeit im engeren Sinn zu prüfen, solange sich auf Grund der bisherigen Erkenntnislage an der Geeignetheit und Erforderlichkeit der Vorschriften keine Zweifel ergeben. Diese Prüfung kann allerdings gegenwärtig nicht gültig stattfinden, da hierfür angesichts der kaum bzw. nicht vorhandenen Erkenntnisse noch kein Raum ist.

So wäre es in diesem Zusammenhang von Interesse zu wissen, in welcher Art und Weise Heimbeiräte durch die Information zum Entscheidungsprozess der Träger haben beitragen können und wie durch diese Information die Interessen der Heimbewohner berücksichtigt worden sind. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass dem Heimbeirat bei den Pflegesatzverhandlungen keine rechtliche Position eingeräumt ist. Der Heimbeirat ist auch nicht Verfahrensbeteiligter im Sinne des § 12 Abs. 2 SGB XI, da dies nur natürliche oder juristische Personen sein können.

Die Frage der Angemessenheit der Vorschriften hängt damit wesentlich von der Frage ab, ob dem Heimträger erhebliche bürokratische Belastungen erwachsen, denen kein nennenswerter faktischer und rechtlicher Vorteil auf Seiten der Heimbeiräte bzw. der von ihnen vertretenen Heimbewohner gegenüber steht. Um diese Frage klären zu können, wäre es aber notwendig zu wissen, wie hoch der bürokratische Aufwand in der Praxis ist, welche Verzögerungen bei den Pflegesatzverhandlungen mit welchen Auswirkungen entstehen (und wie diese Verzögerungen ggf. in der praktischen Handhabung reduziert werden können), und welchen Nutzen diese Art der Information und Beteiligung der Heimbeiräte für die Heimbewohner bringt. Erst anhand dieser Abwägung kann die Frage der Angemessenheit geklärt werden.

In Rechnung zu stellen ist weiter, dass in Pflegesatzverhandlungen die Vergütungen für Pflegeleistungen und Unterkunft und damit für Bezieher von entsprechenden Sozialleistungen die Heimentgelte über den Kopf der Betroffenen hinweg verhandelt und festgelegt werden. Insofern kann ein gewichtiges Argument für die informatorische Beteiligung der Heimbewohner in der Tatsache ihrer nicht vorhandenen rechtlichen Einbeziehung in dieses Verhandlungsverfahren gesehen werden.

Anwendungspraxis

Aus Sicht der Heimbeiräte wird vorgebracht, dass die Mitwirkung bei der Änderung der Entgelte einer der Bereiche ist, bei denen Heimbeiräte am häufigsten beteiligt sind. Teilweise wird eine noch stärkere Beteiligung angestrebt.⁴⁴ Die Beteiligung der Heimbeiräte bei den Leistungs-, Qualitäts- und Vergütungsvereinbarungen ist hingegen am geringsten ausgeprägt. Auch hier wird eine Intensivierung der Beteiligung gewünscht.

Änderungsvorschlag

Ergibt sich auf Grund der bisher noch ausstehenden sozialwissenschaftlichen Erhebungen, dass die nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG erforderliche Beteiligung des Heimbeirates nicht angemessen ist, sollten die Informations- und Beteiligungsrechte neu gestaltet werden. So könnte vorgesehen werden, dass dem Heimbeirat nur dann ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt wird, wenn er dieses gegenüber dem Heimträ-

⁴⁴ BIVA/ISIS, Projektbericht, S. 31 f., 32 f.

ger fordert (Initiativrecht des Heimbeirates). Der Heimträger hat die Heimaufsichtsbehörde davon zu informieren, dass der Heimbeirat dieses gefordert hat. Für diesen Fall würden dann die in § 7 Abs. 4 und 5 HeimG aktuell gegebenen Regelungen gelten.

Anlage

Auszug aus einer Tischvorlage aus der Arbeitsgruppe III - Entbürokratisierung - des Runden Tisches Pflege. Dieser Auszug wird hier (unter Weglassung des Namens des Verfassers) abgedruckt, weil er die in der Praxis insbesondere seitens der Einrichtungsträger geäußerte Kritik sehr prägnant zusammenfasst.

HeimmitwirkungsVO

Ziel der Anpassung der MitwirkungsVO war es, die Heimmitwirkung der Bewohner trotz zunehmenden Alters, zunehmender Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität zu sichern. Die Mitwirkungsrechte sollten erweitert und die Rechtstellung des Heimbewohners gestärkt werden.

Abgesehen von der Bildung eines Angehörigen- und Betreuerbeirates als Beratungs- und Unterstützungsgremium und den Informations- und Schulungsverpflichtungen des Trägers ist es nunmehr möglich, dass Externe in den Heimbeirat gewählt werden können.

Die Aufgabenstellung des Heimbeirates erfordert eine hohe Kompetenz seiner Mitglieder. Dies bezieht sich insbesondere auf die Mitwirkungsrechte bei der Formulierung von Musterverträgen, der Prüfung von Entgelterhöhungen und diesen zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen sowie den Mitwirkungen nach § 30 Abs. 12 der Verordnung. Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, sich der Dienste ehrenamtlicher externer Berater zu bedienen. Um allen Fragestellungen gerecht zu werden, müssten dies Juristen, Betriebswirte und Sachverständige in Qualitätsfragen sein.

Die Bewohnerschaft der Pflegeheime ist geprägt von hohem Alter, Mehrfacherkrankung und vor allem demenziellen Veränderungen. Die Verweildauer wird immer kürzer. Dieses ergibt sich u.a. aus dem begrüßenswerten Ansatz ambulant vor stationär. Daraus folgt allerdings auch, dass es den mündigen, kompetenten und handlungsfähigen Bewohner, der als Mitglied eines Heimbeirates in Frage kommen könnte, immer weniger gibt.

Die Vorschläge aus der Rürup-Kommission zielen darauf ab, dass es Bewohner mit einer Pflegestufe 1, auch wenn sie demenziell erkrankt sind, in stationären Pflegeeinrichtungen nicht mehr geben soll. Sollten diese Vorschläge umgesetzt werden und die intendierten Veränderungen in der Pflegestruktur der Bewohner eintreten, dürfte es kaum noch möglich sein, Bewohner für den Heimbeirat zu gewinnen.

Das Aufnehmen von externen Mitgliedern in den Heimbeirat birgt die Gefahr, dass die eigentliche Intention der Verordnung mit dem Ziel eine stärkere Einbindung und Mitwirkung der Bewohner zu erreichen, fehlgeleitet wird. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn auf Grund ihres Gesundheitszustandes die Bewohnerbeiräte nicht in der Lage sind, die in der Verordnung definierten Aufgaben vollwertig wahrzunehmen. Die externen Mitglieder beherrschen dann das Geschehen, die aus der Bewohnerschaft gewählten Mitglieder dienen nur noch als Alibifunktion für einen nach außen hin als funktionierend dargestellten Heimbeirat.

Die Interessenkonflikte, die sich aus der Aufnahme von externen Mitgliedern ergeben, sind vielfältig. Es ist festzustellen, dass die Bewohner einer Einrichtung die geleistete Arbeit am besten einschätzen können, sodass sie in der Regel erforderliche und notwendige Entgelterhöhungen nachvollziehen können und akzeptieren. Die Bewohner haben das Ziel, die Qualität der Leistung zu erhalten. Diese Grundhaltung ist in vielen Fällen bei Angehörigen nicht anzutref-

fen. Die Interessenlage ist eine ganz andere. In vielen Fällen geht es darum, die Finanzkraft des betreuten Angehörigen so hoch wie möglich zu erhalten, um eigene Zuzahlungen zu vermeiden oder so gering wie möglich zu halten. In anderen Fällen soll ganz einfach das Erbe so hoch wie möglich gesichert werden. Die Mitglieder von anerkannten Seniorenorganisationen verfolgen in vielen Fällen eher übergeordnete Zielsetzungen, die wiederum Qualitätsmaßnahmen, Pflegekonzepte sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ohne direkten Bezug zu der Einrichtung prägen sollen. Zwischenzeitlich entstehen neue Seniorenbetreuungsvereine, deren Seriosität eher zweifelhaft ist und die nur die Interessen der Gründungsmitglieder vertreten. Aus den sich aus der Verordnung ergebenden Möglichkeiten kann ein solcher Verein einen ganzen Betrieb schwer belasten.

Für die Träger von Pflegeeinrichtungen bedeuten einige der Mitwirkungsrechte des Heimbeirates einen unglaublichen zusätzlichen Aufwand, der kaum noch zu bewältigen ist. Gemäß § 30 Punkt 12 der Verordnung soll der Heimbeirat an den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie an den Vergütungsvereinbarungen sowohl nach dem SGB XI wie auch nach dem BSHG mitwirken. Gemäß § 32 soll der Träger vor Durchführung der Entscheidung „rechtzeitig und mit dem Ziel einer Verständigung“ diese erörtern, wobei die Anregungen des Heimbeirates einzubeziehen sind. Der Träger hat somit einen Entwurf einer LQV mit dem Heimbeirat zu erörtern. Dann erst kann er in die Verhandlungen mit den Pflegekassen oder dem Sozialhilfeträger treten. Bereits diese Erörterungen können einige Zeit in Anspruch nehmen und können sich als sehr mühsam gestalten, zumal die vereinbarten Leistungen in einem engen Verhältnis zu den beantragten Pflegevergütungen stehen, die ebenfalls mit dem Heimbeirat zu erörtern sind. Auf Wunsch des Heimbeirates muss diesem Einblick in die Kalkulationsunterlagen, die der Ermittlung der Vergütungen und der Leistungsbeschreibung zu Grunde liegen, gewährt werden. Dem Heimbeirat ist darüber hinaus Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme bezüglich der Entgelte zu geben. Weiterhin können Heimbeiräte verlangen, an den Verhandlungen mit den Pflegekassen teilzunehmen.

Es ist zu bezweifeln, dass dem Gesetzgeber bewusst ist, wie lange die Erörterungen mit dem Heimbeirat dauern können, sofern dieser nicht gewillt oder in der Lage ist, selbstständig zu entscheiden und alle Möglichkeiten der Beratungen durch externe Berater in Anspruch nimmt. Die Besetzung eines Heimbeirates mit Juristen, Steuerberatern und Medizinern als externe Mitglieder kann darüber hinaus ebenfalls für zahlreiche und umfangreiche Erörterungen sorgen.

An dieser Stelle stellt sich ohnehin die Frage, ob die Entscheidung über den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung oder einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung im Rahmen von Verhandlungen mit den Pflegekassen überhaupt vom Träger getroffen werden kann. Da mit Sicherheit im Zuge der Verhandlungen die ursprünglich eingereichten Entwürfe bzw. Anträge Änderungen erfahren, müsste der Träger nochmals vor Abschluss der Vereinbarung den Heimbeirat hören. Ein Verletzen dieser Anhörung führt zu Ordnungswidrigkeiten gemäß § 34 Punkt 8.

Daraus folgt, dass das Besiegeln eines Verhandlungskompromisses an Ort und Stelle, wie es vielfach den Verhandlungsgepflogenheiten entspricht, eigentlich, nicht mehr möglich ist.

Diese Betrachtungsweise mag überzogen klingen, sie ist jedoch aus der Verordnung ableitbar.

Eine weitere Regelung kann zu außerordentlichem zeitlichem Mehraufwand für den Träger führen. Dabei handelt es sich um § 30 Punkt 11. Darin ist festgehalten, dass der Heimbeirat an der Entwicklung des Qualitätsentwicklungsprozesses mitwirken soll. Dies bedeutet, dass die Entscheidung über jeden Standard, jede Verfahrensanweisung, jede Stellbeschreibung, die Pflegekonzeption, die Pflegeleitlinien etc. vorher mit dem Heimbeirat zu erörtern ist. Im Prinzip kann

der Heimbeirat gleich an den Qualitätszirkeln teilnehmen. Dann muss nicht alles doppelt erörtert werden!

Die oben gemachten Ausführungen machen deutlich, dass die HeimmitwirkungsVO in der geltenden Form eine übermäßige und nicht sachgerechte Überreglementierung der Träger darstellt. Sie schränkt ihn in der Ausübung seiner Tätigkeit im Rahmen der Unternehmensführung bedingt durch den immensen zeitlichen Erörterungsaufwand ein und macht ihn zum Spielball divergierender Interessen.

Als Fazit ist festzuhalten, dass es durchaus begrüßenswert ist, dass gemäß § 1 Abs. 4 ein Angehörigen- bzw. Betreuerbeirat gebildet werden kann. Die Möglichkeit bestand allerdings auch schon unter der vorhergehenden Regelung. Ebenfalls zu begrüßen, ist die in § 2 aufgenommene Verpflichtung des Trägers zur Information und Schulung. Abzulehnen ist die Besetzung des Heimbeirates mit externen Personen, sofern diese nicht von Seiten der Bewohner und des Trägers *gemeinsam* vorgeschlagen werden. Die gemäß § 30 Punkt 11 und 12 im Zusammenhang mit § 7 Abs. 4 und 5 Heimgesetz aufgenommenen zusätzlichen Mitwirkungsrechte sind zu relativieren.

Die Erörterungspflicht *vor* Treffen einer Entscheidung muss entfallen. Stattdessen sollte eine Informationspflicht festgelegt werden.

4.3.9 Überwachung der Einrichtungen - Koordinierung von Heimaufsicht und MDK

4.3.9.1 Überwachung

Rechtliche Grundlagen

Heimgesetz (HeimG)

§ 15 Überwachung

(1) Die Heime werden von den zuständigen Behörden durch wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfungen überwacht. Die Prüfungen können jederzeit angemeldet oder unangemeldet erfolgen. Prüfungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Überwachungsziel zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Die Heime werden daraufhin überprüft, ob sie die Anforderungen an den Betrieb eines Heims nach diesem Gesetz erfüllen. Der Träger, die Leitung und die Pflegedienstleitung haben den zuständigen Behörden die für die Durchführung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen mündlichen und schriftlichen Auskünften auf Verlangen und unentgeltlich zu erteilen. Die Aufzeichnungen nach § 13 Abs. 1 hat der Träger am Ort des Heims zur Prüfung vorzuhalten. Für die Unterlagen nach § 13 Abs. 1 Nr. 1 gilt dies nur für angemeldete Prüfungen.

(2) Die von der zuständigen Behörde mit der Überwachung des Heims beauftragten Personen sind befugt,

1. die für das Heim genutzten Grundstücke und Räume zu betreten; soweit diese einem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen, nur mit deren Zustimmung,
2. Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen,
3. Einsicht in die Aufzeichnungen nach § 13 des Auskunftspflichtigen im jeweiligen Heim zu nehmen,
4. sich mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie dem Heimbeirat oder dem Heimförsprecher in Verbindung zu setzen,
5. bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern mit deren Zustimmung den Pflegezustand in Augenschein zu nehmen,
6. die Beschäftigten zu befragen.

Der Träger hat diese Maßnahmen zu dulden. Es steht der zuständigen Behörde frei, zu ihren Prüfungen weitere fach- und sachkundige Personen hinzuzuziehen. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sie dürfen personenbezogene Daten über Bewohnerinnen und Bewohner nicht speichern und an Dritte übermitteln.

(3) Zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung können Grundstücke und Räume, die einem Hausrecht der Bewohnerinnen und Bewohner unterliegen oder Wohnzwecken des Auskunftspflichtigen dienen, jederzeit betreten werden. Der Auskunftspflichtige und die Bewohnerinnen und Bewohner haben die Maßnahmen nach Satz 1 zu dulden. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(4) Die zuständige Behörde nimmt für jedes Heim im Jahr grundsätzlich mindestens eine Prüfung vor. Sie kann Prüfungen in größeren Abständen als nach Satz 1 vornehmen, soweit ein Heim durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft worden ist oder ihr durch geeignete Nachweise unabhängiger Sachverständiger Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heims erfüllt sind. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

(5) Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) Die Überwachung beginnt mit der Anzeige nach § 12 Abs. 1, spätestens jedoch drei Monate vor der vorgesehenen Inbetriebnahme des Heims.

(7) Maßnahmen nach den Absätzen 1, 2, 4 und 6 sind auch zur Feststellung zulässig, ob eine Einrichtung ein Heim im Sinne von § 1 ist.

(8) Die Träger können die Landesverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die kommunalen Spitzenverbände und andere Vereinigungen von Trägern, denen sie angehören, unbeschadet der Zulässigkeit unangemeldeter Prüfungen, in angemessener Weise bei Prüfungen hinzuziehen. Die zuständige Behörde soll diese Verbände über den Zeitpunkt von angemeldeten Prüfungen unterrichten.

(9) Der Auskunftspflichtige kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde.

SGB XI

§ 112 Grundsätze

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von

den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der in Absatz 2 genannten Leistungen sowie auf deren Abrechnung zu erstrecken. Soweit ein zugelassener Pflegedienst auch Leistungen nach § 37 des Fünften Buches erbringt, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Ein Anspruch auf Beratung besteht nicht.

§ 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise

(1) Die Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (Leistungs- und Qualitätsnachweise).

(2) Die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach Absatz 1 ist eine öffentliche Aufgabe. Sie kann wirksam nur durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden. Die Anerkennung setzt voraus, dass der Sachverständige oder die Prüfstelle die Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 118 erfüllt; sie gilt bundesweit, soweit in dem Anerkennungsbescheid nichts anderes bestimmt ist. Die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt das Bundesversicherungsamt; die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt die nach Landesrecht zuständige Behörde.

(3) Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllt. Erfüllt die Einrichtung diese Anforderungen, hat ihr Träger Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises gegenüber den nach Absatz 2 für die Prüfung verantwortlichen Sachverständigen oder Prüfstellen. Diese haben den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie, bei vollstationärer Pflege, auch der nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde) eine Kopie des Leistungs- und Qualitätsnachweises zuzuleiten.

(4) Qualitätsprüfungen nach § 114 können durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nach dieser Vorschrift nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Maßnahmen und Prüfungen nach dem Heimgesetz bleiben unberührt.

(5) Ab dem 1. Januar 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel, wenn sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

(6) Für Rechtsstreitigkeiten aus dieser Vorschrift gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

§ 114 Örtliche Prüfung

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind in Wahrnehmung ihres Prüfauftrags nach § 112 Abs. 3 berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem

Buch weiterhin erfüllen. Soweit eine Pflegeeinrichtung einen Leistungs- und Qualitätsnachweis nach § 113 vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt, ist dies bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang der Prüfungen nach Satz 1 angemessen zu berücksichtigen.

(2) Bei teil- oder vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Zustimmung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit der Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches erbringt, sind diese in die Prüfung nach Satz 1 einzubeziehen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. Im Übrigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe des Heimgesetzes durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heims auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) Soweit ein Pflegebedürftiger in den Fällen der Absätze 2 und 3 die Zustimmung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden. (6) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Trägers der Sozialhilfe sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

(1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Das Gleiche gilt für die

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch sonstige Qualitätsprüfer nach diesem Buch durchgeführt werden. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 oder 2 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen. § 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung. Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden. Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(4) Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.

§ 116 Kostenregelungen

(1) Die notwendigen Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach § 113 sind von dem Träger der geprüften Pflegeeinrichtung zu tragen. Sie sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

(2) Für die Prüfkosten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung nach § 115 Abs. 3 Satz 3 trägt der Träger der Pflegeeinrichtung, soweit die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet; andernfalls sind sie von den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien gemeinsam zu tragen. Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte

1. für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie

2. für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu regeln. In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113) und der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

Einschlägig sind weiter:

- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) vom 10. November 2005
- MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege vom 10. November 2005

Sinn und Zweck der Vorschriften zur Überwachung

Das Verhältnis der Überwachung nach § 15 HeimG durch die Heimaufsichtsbehörden zur Prüfung nach § 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI durch den MDK wird bestimmt durch

- den Anwendungsbereich des HeimG bzw. des SGB XI und
- durch die in diesen Gesetzen oder auf Grund dieser Gesetze vorgenommenen Konkretisierungen der Überwachungs- bzw. Prüfungstätigkeit.

HeimG

Der Zweck der Vorschrift ist im Zusammenhang mit dem sonstigen ordnungsrechtlichen Instrumentarium des HeimG zu sehen, das dazu dient, die in § 2 Abs. 1 formulierten Zwecke zu realisieren und zu sichern. Dieses ordnungsrechtliche Instrumentarium ist auf der einen Seite präventiv ausgerichtet. Hierzu zählen bereits die in § 11

formulierten Anforderungen an den Heimbetrieb, die Anzeigepflichten (§ 12), die Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten (§ 13).

Auf der anderen Seite stehen die repressiven Instrumente der Anordnungen (§ 17), des Beschäftigungsverbotes und der kommissarischen Heimleitung (§ 18) sowie die Untersagung des Heimbetriebes (§ 19). Vor diesen repressiven Maßnahmen soll noch die Beratung des Heims bei festgestellten Mängeln eingesetzt werden (§ 16). Die in § 15 geregelte Überwachung - ein Oberbegriff für die unterschiedlichen Kontrollrechte - hat nach dem Wortlaut des Gesetzes (Abs. 1 Satz 3) den Zweck, die Heime daraufhin zu überprüfen, „ob sie die Anforderungen an den Betrieb eines Heims nach diesem Gesetz erfüllen.“ Das Instrument der Überwachung stellt also die Überprüfung des Heimes, oder, wie in Abs. 1 Satz 1 präzisierend gesagt wird, die wiederkehrende oder anlassbezogene Prüfung dar.

Die den zuständigen Behörden (Heimaufsichtsbehörden) zukommende Aufgabe der Überwachung hat noch keinerlei repressiven Charakter, sondern ist vielmehr dem präventiven ordnungsrechtlichen Instrumentarium zuzurechnen. Die Überwachung dient dazu, Erkenntnisse über die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zu erhalten. Allerdings erfordern die einzelnen Maßnahmen der Überwachung teilweise Eingriffe in die Rechte Dritter oder sie verpflichten Dritte zu bestimmten Handlungen oder Duldungen. Für solche Eingriffe oder Handlungs- und Duldungspflichten wird wegen des Vorbehaltes des Gesetzes (= Eingriffe oder Schaffung von Verpflichtungen gegenüber dem Bürger nur durch Gesetz) eine gesetzliche Grundlage benötigt, da die Ordnungsbehörden, denen eine bestimmte Aufgabe zugewiesen ist, hier die Überwachung der Heime im Hinblick auf die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen an den Heimbetrieb, mit den Rechtsgrundlagen für die Überwachung an sich noch keine Befugnis zu Eingriffen in die Rechte Dritter haben. Diese gesetzlichen Grundlagen sind in § 15 enthalten.

SGB XI

Zum Verständnis der Prüfvorschriften des SGB XI sei aus der Gesetzesbegründung zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zitiert:⁴⁵

„Vor diesem Hintergrund sind die Vorschläge der Bundesregierung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität von der Erkenntnis und der darauf gestützten Philosophie geprägt, dass Qualität nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen „hineingeprüft“ werden kann, sondern von innen heraus - aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger - entwickelt werden muss. Notwendig ist ein doppelter Ansatz:

- Primär sind die Träger der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und für die Weiterentwicklung der Qualität ihrer ambulanten, teil- oder vollstationären Leistungen verantwortlich. Das beinhaltet nicht nur die Pflicht für jedes Pflegeheim und für jeden Pflegedienst, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln; die Träger sind darüber hinaus verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Ihren Ausdruck findet diese „trägernahe“ Schiene

⁴⁵ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5395, S. 18.

der Qualitätssicherung in der neuen Vorschrift über die Leistungs- und Qualitätsnachweise (§ 113 SGB XI-E).

- Parallel dazu bleibt es bei der externen Qualitätssicherung durch die Landesverbände der Pflegekassen (und der staatlichen Kontrollen durch die Heimaufsicht). Wie bisher haben die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Landesverbände dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden beauftragten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen (§ 112 Abs. 3 SGB XI-E). Dabei wird die bewährte Beratungsfunktion des Medizinischen Dienstes gestärkt (§ 112 Abs. 4 SGB XI-E). Außerdem werden die Zugangsrechte des Medizinischen Dienstes zu den Pflegeeinrichtungen konkretisiert und - im stationären Bereich - die Zusammenarbeit mit der staatlichen Heimaufsicht gefördert.“

Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung

An der Geeignetheit der Vorschriften zur Zweckerreichung besteht kein Zweifel. Problematisch ist jedoch die durch die Vorschriften gegebene Möglichkeit der Doppelprüfungen. Die Prüfung gleichartiger Gegenstände durch unterschiedliche Instanzen stellt grundsätzlich ein ungeeignetes Instrument dar.

Erforderlichkeit - geringstmögliche Belastung

Bei der Erforderlichkeit der Prüfungen sind zu unterscheiden:

- die Prüfgegenstände und die Qualitätsebenen,
- die Prüfanlässe.

Die Prüfgegenstände und die Qualitätsebenen ergeben sich aus den speziellen Überwachungs- und Prüfvorschriften.

Nach dem SGB XI bezieht sich die Prüfung auf die erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Präzisierend wird gesagt, dass es sich bei den erbrachten Leistungen um allgemeine Pflegeleistungen, um die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung und die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie um die Zusatzleistungen handelt. Weiter wird präzisiert, dass sich Prüfungen auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse dieser Leistungen sowie deren Abrechnung erstrecken (§ 112 Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

Die Überwachung nach dem HeimG erstreckt sich auf die Erfüllung der Anforderungen des Heimgesetzes an den Betrieb eines Heimes (§ 15 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 11 HeimG). Damit sind die Gegenstände der Überwachung sehr weit gefasst. Fraglich ist, ob sich die Überwachung nach dem HeimG auch auf den Infektionsschutz und die hygienischen Anforderungen erstrecken muss (vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 9 HeimG). Hierfür sind bereits die mit der Ausführung des Infektionsschutzgesetzes und der einschlägigen Hygienevorschriften betreuten Behörden befasst (s. dazu im ordnungsrechtlichen Teil unter Abschnitt Hygieneanforderungen Kapitel 4.2.6). Eine doppelte Aufsicht bei diesen Gegenständen erscheint nur insofern sinnvoll, als das Instrumentarium der Sanktionsmöglichkeiten nach dem HeimG der Heimsituation angepasst ist. Bei der Überwachung sind jedoch Doppelprüfungen zu vermeiden.

MDK wie Heimaufsicht sind für alle Ebenen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) zuständig. Verschiedentlich wird angeregt,⁴⁶ eine Konzentration auf die Ergebnisqualität vorzunehmen. Diesen Anregungen sollte gefolgt werden. Prüfinstanzen neigen dazu, sich auf die fass- und messbare Strukturqualität zu konzentrieren und dort den Wortlaut der Vorschriften manchmal kleinlich auszulegen, während das Ergebnis aller Bemühungen um Qualität in den Hintergrund gerät. Mit einer Konzentration auf die Ergebnisqualität würde nicht nur dem inhaltlichen Bemühen um eine qualitativ angemessene Lebensgestaltung von Heimbewohnern, sondern auch dem Entbürokratisierungsinteresse Rechnung getragen werden.

Das HeimG sieht wiederkehrende und anlassbezogene Prüfungen vor (§ 15 Abs. 1 Satz 1 HeimG). Die regelmäßigen Prüfungen sollen grundsätzlich einmal im Jahr stattfinden, können aber auch in größeren Abständen vorgenommen werden, wenn der MDK ein Heim bereits geprüft hat oder wenn geeignete Nachweise unabhängiger Sachverständiger vorliegen (§ 15 Abs. 4 HeimG). Nach dem SGB XI gibt es Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Ein Prüfintervall ist nicht vorgegeben.

Es ist fraglich, ob die nach dem HeimG gegebene Verpflichtung zu einer regelmäßigen jährlichen Prüfung aufrechterhalten werden muss. Vorzugswürdig ist die auch im Gesetz genannte Alternative des Qualitätsnachweises durch unabhängige Sachverständige. Allerdings müssten diese Sachverständigen qualitätsakkreditiert sein. Ebenfalls wäre zu erwägen, ob das Prüfintervall in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung zu bestimmen ist, sodass Heime mit einer tatsächlichen hochqualitativen Betreuung mit einem längeren Prüfintervall „belohnt“ werden. Damit könnten auch Anreize in Richtung auf Qualitätserzeugung und -optimierung gegeben werden.

Relation zwischen Zweckerreichung und Mitteleinsatz (= Angemessenheit)

Unproblematisch.

Anwendungspraxis

Die Anwendungspraxis ist sehr unterschiedlich. Einschlägige Untersuchungen für die Bundesrepublik existieren nicht.

Änderungsvorschläge

Bei den im HeimG angelegten Doppelprüfungen (Infektionsschutz; Hygiene) ist klarzustellen, dass die zuständigen Fachbehörden vorrangig tätig werden.

Die Prüfungen sollen sich auf die Ergebnisqualität konzentrieren. Neben diesem Anliegen an die Verwaltungspraxis kann auch ein entsprechender gesetzlicher Hinweis dienlich sein.

Bei den regelmäßigen Prüfungen fragt sich, ob die nach dem HeimG gegebene Verpflichtung zu einer regelmäßigen jährlichen Prüfung aufrechterhalten werden muss.

⁴⁶ Z.B. Schulz, Michael, Wie kann ein passendes Pflege-Versicherungsgesetz und Heimgesetz aussehen?, Vortrag anlässlich des 1. Forums zur Entbürokratisierung der Pflege, 23./24. September 2004, Berlin.

Vorzuziehen ist ein Ersatz der Prüfung durch Vorlage eines Qualitätsnachweises durch unabhängige Sachverständige. Außerdem könnten Prüfintervalle in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung bestimmt werden.

4.3.9.2 Koordinierung

Rechtliche Grundlagen

HeimG

§ 20 Zusammenarbeit, Arbeitsgemeinschaften

(1) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in den Heimen sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung sind die für die Ausführung nach diesem Gesetz zuständigen Behörden und die Pflegekassen, deren Landesverbände, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die zuständigen Träger der Sozialhilfe verpflichtet, eng zusammenzuarbeiten. Im Rahmen der engen Zusammenarbeit sollen die in Satz 1 genannten Beteiligten sich gegenseitig informieren, ihre Prüftätigkeit koordinieren sowie Einvernehmen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Abstellung von Mängeln anstreben.

(2) Sie sind berechtigt und verpflichtet, die für ihre Zusammenarbeit erforderlichen Angaben einschließlich der bei der Überwachung gewonnenen Erkenntnisse untereinander auszutauschen. Personenbezogene Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren.

(3) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten in nicht anonymisierter Form an die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übermittelt werden, soweit dies für Zwecke nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Die übermittelten Daten dürfen von den Empfängern nicht zu anderen Zwecken verarbeitet oder genutzt werden. Sie sind spätestens nach Ablauf von zwei Jahren zu löschen. Die Frist beginnt mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Daten gespeichert worden sind. Die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner kann verlangen, über die nach Satz 1 übermittelten Daten unterrichtet zu werden.

(4) Ist die nach dem Heimgesetz zuständige Behörde der Auffassung, dass ein Vertrag oder eine Vereinbarung mit unmittelbarer Wirkung für ein zugelassenes Pflegeheim geltendem Recht widerspricht, teilt sie dies der nach Bundes- oder Landesrecht zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

(5) Zur Durchführung des Absatzes 1 werden Arbeitsgemeinschaften gebildet. Den Vorsitz und die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft führt die nach diesem Gesetz zuständige Behörde, falls nichts Abweichendes durch Landesrecht bestimmt ist. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit entstehenden Kosten selbst. Das Nähere ist durch Landesrecht zu regeln.

(6) Die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 5 arbeiten mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, den kommunalen Trägern und den sonstigen Trägern sowie deren Vereinigungen, den Verbänden der Bewohnerinnen und Bewohner und den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Betreuungsbehörden vertrauensvoll zusammen.

(7) Besteht im Bereich der zuständigen Behörde eine Arbeitsgemeinschaft im Sinne von § 4 Abs. 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, so sind im Rahmen dieser Arbeitsgemeinschaft auch Fragen der bedarfsgerechten Planung zur Erhaltung und Schaffung der in § 1 genannten Heime in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zu beraten.

SGB XI

§ 117 Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung arbeiten mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Heimgesetz insbesondere durch

1. gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen. Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Abs. 5 des Heimgesetzes mitzuwirken.

(2) Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

(3) Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der zuständigen Heimaufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeheime, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeheime, mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.

(4) Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach dem Heimgesetz erforderlich sind. § 115 Abs. 1 Satz 1 und 2 bleibt hiervon unberührt.

(5) Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder anderer von der Heimaufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6) Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Der Widerspruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

4.3.9.3 Problemanalyse

Anwendungsbereiche der einschlägigen Vorschriften

Das HeimG wie das SGB XI enthalten Bestimmungen hinsichtlich des jeweiligen sachlichen Anwendungsbereiches. Bezugspunkt für den sachlichen Anwendungsbereich des HeimG sind bestimmte Einrichtungen. Dieser Bezugspunkt kommt in § 1 HeimG klar zum Ausdruck. Der Bezugspunkt für den sachlichen Anwendungsbereich des SGB XI ist hingegen nicht so klar auszumachen. Das SGB XI ist ein Sozialversi-

cherungsgesetz. Sein sachlicher Bezugspunkt und gleichzeitig Gegenstand ist damit die Gewährung von bestimmten Sozialleistungen, hier von Pflegeleistungen an sozialversicherte Personen. Will man jedoch die Anwendungsbereiche des HeimG und des SGB XI in Bezug auf die Einrichtungen festlegen, so ist der Anknüpfungspunkt hierfür der Einrichtungsbegriff in § 71 SGB XI, besonders in seinen Aussagen zu den stationären Einrichtungen (§ 71 Abs. 2 und 4 SGB XI).

Der sachliche Anwendungsbereich des HeimG ist in § 1 HeimG bestimmt. Danach gilt dieses Gesetz für Heime, d.h. Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden. Das HeimG gilt auch für Einrichtungen der Tages- und der Nachtpflege mit Ausnahme der §§ 10 und 14 Abs. 2 Nr. 3 und 4, Abs. 3, 4 und 7 HeimG. Es gilt nicht für Tageseinrichtungen und Krankenhäuser im Sinne des § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. In Einrichtungen zur Rehabilitation gilt das HeimG für die Teile, die die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 HeimG erfüllen.

Der sachliche Anwendungsbereich des SGB XI erstreckt sich auf stationäre Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können (§ 71 Abs. 2 SGB XI). Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser zählen nicht hierzu (§ 71 Abs. 4 SGB XI). Weiter bestimmt sich der sachliche Anwendungsbereich nach § 72 SGB XI, denn nur Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag (zugelassene Einrichtungen) dürfen allgemeine Pflegeleistungen im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB XI erbringen.

Diese letzte Präzisierung macht deutlich, dass der Anwendungsbereich des SGB XI enger ist als der des HeimG: Für die Anwendung des HeimG kommt es nicht darauf an, dass gerade Pflegeleistungen im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB XI erbracht werden. Es können dort auch keinerlei Pflegeleistungen oder aber Pflegeleistungen der sog. Pflegestufe 0 nach dem SGB XII erbracht werden (vgl. § 61 SGB XII). Im Hinblick auf die Personen, die in die Einrichtungen aufgenommen werden, ist wiederum der Anwendungsbereich des HeimG enger, da dort - anders als in Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI - nur ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige untergebracht werden.

Beim Vergleich der Anwendungsbereiche des HeimG und des SGB XI ergeben sich somit Unterschiede im Hinblick auf den Personenkreis sowie hinsichtlich der zu erbringenden Leistungen der Einrichtungen. Allerdings wird davon auszugehen sein, dass quantitativ der wichtigste Überschneidungsbereich der beiden Gesetze auf dem Gebiet der stationären Versorgung älterer Menschen liegt, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen. Wenn im Folgenden Erwägungen zur Entbürokratisierung des Prüfungsgeschehens in stationären Pflegeeinrichtungen angestellt werden, so sind diese Erwägungen bezogen auf diesen Überschneidungsbereich, für den grundsätzlich beide Gesetze zur Anwendung kommen.

Überwachungs- und Prüfungstätigkeiten

Die Überwachung nach dem HeimG erstreckt sich auf die Erfüllung der Anforderungen des Heimgesetzes an den Betrieb eines Heimes (§ 15 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 11 HeimG). Damit sind die Gegenstände der Überwachung sehr weit gefasst.

Nach dem SGB XI bezieht sich die Prüfung (nur) auf die erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Präzisierend wird gesagt, dass es sich bei den erbrachten Leistungen um allgemeine Pflegeleistungen, um die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung und die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie um die Zusatzleistungen handelt. Weiter wird präzisiert, dass sich Prüfungen auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse dieser Leistungen sowie deren Abrechnung erstrecken (§ 112 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). In dem Katalog der Überwachungsgegenstände des § 11 Abs. 1 HeimG enthalten die Ziffern 1, 3, 5, 6 und 7 Regelungen, die mit den Prüfungsgegenständen nach dem SGB XI vergleichbar sind.

HeimG

§ 11 Abs. 1 lautet:

- (1) Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung
 1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen schützen,
 2. die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner wahren und fördern, insbesondere bei behinderten Menschen die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung sowie bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,
 3. eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,
 4. die Eingliederung behinderter Menschen fördern,
 5. den Bewohnerinnen und Bewohnern eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen und die erforderlichen Hilfen gewähren,
 6. die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen,
 7. sicherstellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,
 8. gewährleisten, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,
 9. einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen gewährleisten und sicherstellen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden, und
 10. sicherstellen, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter min-

destens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.

Im inhaltlichen Zusammenhang damit stehen die folgenden Erfordernisse (§ 11 Abs. 2 HeimG):

Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger

1. die notwendige Zuverlässigkeit, insbesondere die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Betrieb des Heims, besitzt,
2. sicherstellt, dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht,
3. angemessene Entgelte verlangt und
4. ein Qualitätsmanagement betreibt.

Ein Vergleich der Vorschriften zeigt, dass die Überwachung nach § 11 HeimG inhaltlich weiter gefasst ist als die Prüfung nach § 112 Abs. 2 SGB XI. Die Prüfung nach § 112 SGB XI erstreckt sich auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der erbrachten Leistungen. Aus dieser Vorschrift könnte zwar entnommen werden, dass bei erbrachten Leistungen nur noch die Ergebnisqualität geprüft werden kann. In der Literatur wird jedoch angenommen, dass hier auch die Strukturqualität gemeint ist.⁴⁷ Leider übernimmt die Gesetzesfassung die international gebräuchliche Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht, sondern spricht in § 112 Abs. 3 Satz 2 SGB XI von Qualität, Versorgungsabläufen und Ergebnissen. Zur Unverständlichkeit der Vorschrift trägt auch bei, dass in § 112 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wohl ein diese drei Qualitätsebenen umfassender Qualitätsbegriff verwendet wird. Immerhin würde eine Beschränkung der Prüfungen des MDK auf die Prozess- und insbesondere auf die Ergebnisqualität wesentlich zur Entzerrung der Doppelung der Überwachungs- und Prüfaufgaben beitragen.

Arten der Überwachung und Prüfung

Die Arten der Überwachung bzw. Prüfung nach dem HeimG und nach dem SGB XI sind nicht identisch. Nach dem HeimG können wiederkehrende und anlassbezogene Prüfungen vorgenommen werden (§ 15 Abs. 1 Satz 1 HeimG). Nach dem SGB XI sind Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen möglich (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Der Kreis der Prüfarten ist demnach im Verhältnis zur Überwachung nach dem HeimG um die Stichproben und vergleichenden Prüfungen erweitert. Die Prüfungen sind für beide Prüfinstanzen jederzeit angemeldet und unangemeldet möglich (§ 15 Abs. 1 Satz 2 HeimG; § 114 Abs. 2 Satz 1 SGB XI).

Koordinierung und Kooperation bei der Prüftätigkeit in Gesetz und Praxis

Der Gesetzgeber hat die Doppelung der Überwachungs- und Prüfaufgaben gesehen⁴⁸ und hat deswegen die Koordinierungs- und Kooperationsvorschriften in § 20 HeimG und in §§ 114 Abs. 2 und 4, 117 Abs. 1 SGB XI geschaffen. Zur Koordinierung und Kooperation dienen Zusammenarbeitsgebote und Arbeitsgemeinschaften

⁴⁷ Klie in LPKK SGB XI, § 112, Rz. 7.

⁴⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5395, S. 18, r. Sp.

und die entsprechenden datenschutzrechtlichen Vorkehrungen. Während im HeimG das Zusammenarbeitsgebot auf eine Soll-Vorschrift beschränkt ist (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 2 HeimG), ist die entsprechende Vorschrift im SGB XI etwas strenger gefasst. Sie fordert die beteiligten Prüfinstanzen dazu auf sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden (§ 117 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Eine umfassende Erhebung über die von den Medizinischen Diensten und den Heimaufsichtsbehörden gepflegte Praxis der Zusammenarbeit ist nicht bekannt. Sie ist jedenfalls in den Ländern unterschiedlich. Unabhängig davon muss jedoch schon aus Effizienz- und Kostengründen die Frage gestellt werden, ob zwei Instanzen für im Wesentlichen identische Bereiche des Heimgeschehens Prüfkompetenzen haben müssen. Eine Doppelung von Prüfkompetenzen ließe sich nur rechtfertigen, wenn die jeweiligen Prüfinstanzen unterschiedliche Sichtweisen zur Beurteilung desselben Prüfgegenstandes einbringen können und wenn diese Sichtweisen dann in ein gemeinsames Prüfergebnis einfließen könnten. Eine solche Zwecksetzung lässt sich in den jeweiligen Gesetzen und Gesetzesbegründungen jedoch nicht finden. Die gesetzlichen Vorschriften sind nicht in dieser Richtung ausgestaltet. Im Gegenteil: In § 117 Abs. 2 SGB XI wird darauf verwiesen, dass die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach dem SGB XI durch eine Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden kann. Auch von einer arbeitsteiligen Vorgehensweise bei den Prüfungen ist nicht die Rede. Schließlich ist auch keine gemeinsame Aufgabenwahrnehmung vorgesehen. Aus diesem Grund kann hier von einer für das deutsche Verwaltungsrechtssystem wohl ziemlich einmaligen und eigenartigen Gemengelage von Prüfungen desselben Gegenstandes durch zwei verschiedene Instanzen gesprochen werden.⁴⁹ Eine Rechtfertigung für diese eigenartige Gemengelage kann auch nicht daraus hergeleitet werden, dass die Heimaufsichtsbehörden in der Regel personell nicht so ausgestattet sind wie die Medizinischen Dienste, in denen neben Ärzten auch Pflegefachkräfte und sonstige geeignete Fachkräfte tätig werden (vgl. § 18 Abs. 7 Satz 1 SGB XI).

Letztlich ist die jetzt gegebene Gemengelage nur aus der Rechtsentwicklung zu erklären: Das SGB XI ist zwanzig Jahre nach dem HeimG entstanden. Die Heimaufsichtsbehörden waren bis zum Inkrafttreten des SGB XI die einzigen Prüfinstanzen auch für die Qualität der Pflegeleistungen. Die Sozialhilfeträger - als praktisch alleinige Sozialleistungsträger für Pflegeleistungen bis zum Inkrafttreten des SGB XI - sind in ihrer Funktion als Vereinbarungspartner der Pflegeeinrichtungen in der Regel nicht qualitätsprüfend tätig geworden. Das gesetzliche Instrumentarium hierfür ist erst 1991 mit dem Gesetz zur Reform der Sozialhilfe geschaffen worden.

Erst mit dem SGB XI und den in § 80 SGB XI enthaltenen Qualitätssicherungsvorschriften hat der MDK eine rechtlich fixierte Position auf dem Gebiet der externen Qualitätssicherung der Pflegeleistungen bekommen, wobei die Implementierung die-

⁴⁹ Allgemein zu diesem Fragenkomplex Schwerdtfeger, Gunther, Formen der Kooperation und der Koordination der Sozialversicherungsträger, in: Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV), Bd. 34, Chmielorz Verlag, Wiesbaden 1991, S. 123 - 144.

ser neuen Aufgabe einige Zeit auf sich warten ließ. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes am 1. Januar 2002 war die Stellung des MDK in der Qualitätssicherung der Pflegeleistungen in der Praxis bereits gefestigter. Eine flächendeckende Qualitätssicherung und Überprüfung aller deutschen Pflegeeinrichtungen hat aber damals - und auch bis heute nicht - stattgefunden.

Aus diesem Grunde ist die pragmatische Lösung des Gesetzgebers - rechtliche Doppelzuständigkeit für die Qualitätsprüfung von stationären Pflegeleistungen nach dem SGB XI bei faktischer Vermeidung von Doppelprüfungen - nachvollziehbar. Für diesen Pragmatismus ist aber aus grundsätzlichen administrativen, rechtlichen und finanziellen Erwägungen heraus kein Raum mehr. Deshalb muss zu situations- und funktionsangepassten Aufteilungen der Prüfständigkeiten gefunden werden.

4.3.9.4 Vorschläge zur Entbürokratisierung

Grundsätzliche Aufteilung der Prüfkompetenzen

Die folgenden Vorschläge gelten nur, wenn in einer Einrichtung Versicherte der Pflegeversicherung wohnen, weswegen neben der heimaufsichtlichen Überwachung auch eine Prüfkompentenz der Landesverbände der Pflegekassen bzw. des MDK gegeben ist. Für Einrichtungen, die ausschließlich Sozialhilfeberechtigte aufnehmen, gelten diese Vorschläge nicht.

Angesichts der Tatsache, dass der Anwendungsbereich der beiden Gesetze hinsichtlich der Personen in den stationären Einrichtungen sowie im Hinblick auf die dort zu erbringenden Leistungen nur in einem Kernbereich - stationäre Versorgung pflegebedürftiger oder behinderter Volljähriger mit Pflegeleistungen - identisch ist, scheidet eine vollständige Entflechtung der Prüfkompetenzen aus. Im Folgenden geht es daher - wie schon oben angemerkt - nur um den genannten Kernbereich.

Zwei Möglichkeiten der Kompetenzentflechtung bei der Prüftätigkeit bieten sich an:

- die Aufteilung der Kompetenzen nach den Versorgungssektoren stationär - ambulant;
- die Aufteilung nach den Dimensionen der Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität).

Unabhängig davon kann nach einer Entflechtung der Prüfkompetenzen erwogen werden, Kooperations- und Koordinationsverpflichtungen zu schaffen, um die jeweilige Prüftätigkeit sinnvoll zu gestalten und um eine komplexe und kohärente Sicht auf das Qualitätsgeschehen in einer Einrichtung zu erlauben.

Die Aufteilung nach den Versorgungssektoren stationär - ambulant würde die vor Inkrafttreten des SGB XI gegebene Situation der faktischen Alleinzuständigkeit der Heimaufsichtsbehörden für die Qualität (auch) der Pflege im stationären Bereich reproduzieren. Der MDK wäre dann nur noch für die Qualität der Pflegeleistungen im häuslichen Bereich zuständig. Von einer solchen Aufteilung sollte jedoch aus mehreren Gründen Abstand genommen werden. Die Heimaufsichtsbehörden sind in ihrer personellen und sächlichen Ausstattung schon oft in den jeweiligen Bundesländern

nicht durchgängig in der Lage, die Qualitätssicherung nach einheitlichen Kriterien zu gestalten. Dies gilt vor allem dort, wo die Heimaufsicht den Kommunen übertragen ist. Auch ist die Verwaltungsqualität der Heimaufsichtsbehörden sehr disparat.

Nach wie vor wird von Implementierungsdefiziten berichtet.⁵⁰ Wenn die Heimaufsichtsbehörden aber über die Anwendung und Ausführung des Sozialleistungsrechts des Bundes, wie es bei den Pflegeleistungen des SGB XI der Fall ist, zu befinden haben, ist eine sehr unterschiedliche Prüfpraxis zu erwarten. Unabhängig davon sprechen aber andere Gründe gegen eine solche Aufteilung der Prüfkompetenzen. Die Pflegekassen bzw. deren Landesverbände steuern das Vergütungsgeschehen mit den Einrichtungen. Die Pflegekassen sind auch bei der Sachleistungserbringung gegenüber den Versicherten für die Ausführung der Pflegeleistungen verantwortlich. Der Zusammenhang von Finanzierungs- und Ausführungsverantwortlichkeit kann aber nicht durch eine Herausnahme der Kontrollverantwortlichkeit und ihre Übertragung an eine andere Behörde, hier die Heimaufsicht, zerrissen werden.

Als weiterer Grund gegen eine Aufteilung nach Versorgungssektoren wäre zu nennen, dass mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) eine Institution geschaffen worden ist, die zwar nicht als Aufsichtsinstanz über die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung fungiert, die aber wichtige Aufgaben auf dem Gebiet der bundesweiten länderübergreifenden Steuerung und Informationsgewinnung in Sachen der Qualität der Pflegeleistungen nach dem SGB XI wahrnimmt. Hierzu trägt nicht zuletzt die Berichterstattungspflicht nach § 118 Abs. 4 SGB XI bei. Aber auch die sonstigen Einbindungen des MDS in die Regulierung der Qualitätssicherung sind von Bedeutung. Über eine solche Instanz verfügen die Heimaufsichtsbehörden nicht und es ist nicht zu sehen, welche Institution auf länderübergreifender Ebene solche Funktionen wahrnehmen könnte.

Damit bleibt nur eine Aufteilung der Prüfkompetenzen, die sich an den Dimensionen der Qualitätssicherung ausrichtet. Dies würde bedeuten, dass die Heimaufsichtsbehörden vor allem für die Prüfung der Strukturqualität und die Medizinischen Dienste vor allem für die Prüfung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität zuständig sind. Diese Aufteilung orientiert sich auch an den ursprünglich primär ordnungsrechtlichen Aufgaben der Heimaufsichtsbehörden auf dem Gebiet der Qualitätssicherung.

Zum Bereich der Strukturqualität gehören insbesondere die in den Verordnungen nach § 3 HeimG aufgeführten Gegenstände. Weiter sind die Heimaufsichtsbehörden für die Überprüfung der Heimverträge und die heimvertraglichen Gegenstände (Anpassung, Erhöhung, Kündigung) sowie die Gegenstände nach den §§ 13, 14 HeimG zuständig.

Gegenstand der Prüfungskompetenz des MDK ist die Versorgungs- und Ergebnisqualität, wobei deutlich zu machen ist, dass der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität

⁵⁰ Nach der ersten einschlägigen Arbeit von Klie, Thomas, Heimaufsicht - Praxis - Probleme, Hannover 1988, jetzt auch Köhring, Christian, Aufgabenwahrnehmung der Heimaufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein, Göttingen 2001 (zugleich Diss. Kiel 2001).

zu liegen hat. Mittlerweile hat sich diese Einsicht auch in den Ende 2005 neu gefassten Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) vom 10. November 2005 niedergeschlagen. In diesen Richtlinien wird die Prüfung in den Vordergrund gerückt.⁵¹ Allerdings bleibt auch die Strukturqualität nach wie vor Gegenstand der Prüfung, sodass von einer klaren Trennung der Prüfzuständigkeiten zwischen Heimaufsicht und MDK nicht die Rede sein kann.

Der Vorschlag des Runden Tisches Pflege - Arbeitsgruppe III -, eine Aufteilung nach Basisprüfung (Heimaufsicht) und Schwerpunktprüfung (MDK) vorzunehmen, ist abzulehnen. Dieser Vorschlag läuft Gefahr, wiederum Grauzonen der Zuständigkeiten zu schaffen, die für die Beteiligten zu mehr Bürokratie führen. Der Vorschlag führt nicht zu einer hinreichend klaren Abgrenzung der Prüfzuständigkeiten. Dem Vorschlag ist insofern beizutreten, als er die Prüfung der Strukturqualität in der Hauptsache bei der Heimaufsicht, die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Hauptsache beim MDK verortet wissen will. Aber auch hier ist der Vorschlag nicht konsequent, denn nach ihm soll der Pflegeprozess von der Heimaufsicht „basisgeprüft“ werden.

Der Vorschlag des Runden Tisches Pflege - Arbeitsgruppe III - unterscheidet auch nicht hinlänglich zwischen dem Qualitätssicherungsanliegen als Ganzem und den jeweiligen Zuständigkeiten der Heimaufsicht und des MDK. Dabei wird die Zuständigkeitsfrage von der Frage der praktischen Durchführung gemeinsamer Prüfungen nicht ausreichend getrennt. Dem Abgrenzungsvorschlag des Runden Tisches Pflege⁵² kann jedoch unter Berücksichtigung von drei Gesichtspunkten nahe getreten werden:

- die Unterscheidung zwischen Basis- und Schwerpunktprüfung ist aufzugeben;
- der Pflegeprozess ist vom MDK zu prüfen;
- die sich ergebenden Koordinierungs- und Kooperationserfordernisse sind gesetzlich niederzulegen (s. dazu nächster Abschnitt).

Effektivierung der Kooperation und Koordination nach der grundsätzlichen Aufteilung der Prüfkompetenzen zwischen Heimaufsicht und MDK

Die grundsätzliche Kompetenzzuweisung der Prüfung der Strukturqualität an die Heimaufsichtsbehörden und der Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität an die Medizinischen Dienste darf nicht dazu führen, dass in der Praxis Defizite bei der externen Qualitätsprüfung auftreten.⁵³ Vor allem aus zwei Gründen ergibt sich eine fortbestehende Notwendigkeit der Koordination und Kooperation zwischen den beiden Prüfinstanzen.

⁵¹ Dazu Frey, Christoph, Ein Maß für den Qualitäts-Check, in: G+G (Gesundheit und Gesellschaft) 1/06, S. 18 - 19.

⁵² S. den Abgrenzungsvorschlag im Kasten des Papiers der Arbeitsgruppe III des Runden Tisches Pflege, abgedruckt im Anhang.

⁵³ Ähnlich jetzt Antrag der Fraktion der FDP „Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben - Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“, Drucksache 16/672 des Deutschen Bundestages, S. 3, Abschnitt II.

Erstens wirken die verschiedenen Ebenen der Qualität nicht isoliert auf diesen Ebenen, sondern Merkmale der Strukturqualität können auf die anderen Ebenen Einfluss haben. Zweitens verfügen die beiden Prüfinstanzen über unterschiedliche Sanktionsmöglichkeiten bei Qualitätsmängeln. Die Kürzung der Entgelte bzw. der von der Pflegekasse initiierte Wechsel des Heims für die betroffenen Bewohner als Folge von Qualitätsmängeln nach dem SGB XI ist ein Ausfluss des Vereinbarungswesens (vgl. § 115 Abs. 3 und 4 SGB XI). Dahingegen entsprechen die Sanktionen des HeimG dem klassischen ordnungsrechtlichen Instrumentarium (vgl. §§ 17 - 19 HeimG). Insbesondere der Einsatz des ordnungsrechtlichen Instrumentariums (Anordnung, Beschäftigungsverbot, Untersagung des Betriebs) dient dem Schutz der Bewohner und der Gefahrenabwehr. Die Heimaufsichtsbehörden müssen zur Ausübung ihrer Befugnisse auch von den Erkenntnissen des MDK informiert werden.

Aus diesem Grund sind mehrere Vorkehrungen zu treffen, die auf der einen Seite den administrativen Belangen der Prüfinstanzen, auf der anderen Seite dem Entbürokratisierungsanliegen der Einrichtungen Rechnung tragen. Dazu wird Folgendes vorgeschlagen:

1. Die gesetzlichen Zuständigkeiten für die Qualitätsprüfung erstrecken sich für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Medizinischen Dienste auf alle Ebenen der Qualitätsprüfung.
2. Die Heimaufsichtsbehörden sind vorrangig für die Prüfung der Strukturqualität, die Medizinischen Dienste vorrangig für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität zuständig. Diese Vorrangregel kann nur für den Fall einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung sowie durch eine Verwaltungsvereinbarung durchbrochen bzw. geändert werden.
3. Im Falle einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, können die Heimaufsichtsbehörden ebenso wie die Medizinischen Dienste auf allen Ebenen der Qualität Prüfungen vornehmen.
4. Die Prüfung gleichartiger Qualitätsgegenstände durch die Heimaufsicht und den MDK (Doppelprüfung) hat außer im Falle der Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, zu unterbleiben.
5. Die Landesverbände der Pflegekassen schließen mit den Verwaltungsträgern der Heimaufsichtsbehörden Verwaltungsvereinbarungen⁵⁴ zu folgenden Gegenständen:

Optional:

⁵⁴ Die Möglichkeit, Verwaltungsvereinbarungen zwischen Prüfbehörden abzuschließen, ist bereits im Recht des Arbeitsschutzes den zuständigen Behörden und den Unfallversicherungsträgern gegeben, s. § 21 Abs. 4 ArbSchG: „Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde kann mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vereinbaren, dass diese in näher zu bestimmenden Tätigkeitsbereichen die Einhaltung dieses Gesetzes, bestimmter Vorschriften dieses Gesetzes oder der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen überwachen. In der Vereinbarung sind Art und Umfang der Überwachung sowie die Zusammenarbeit mit den staatlichen Arbeitsschutzbehörden festzulegen.“

- Wahrnehmung von Prüfaufgaben aus dem jeweiligen vorrangigen Prüfbereich, ggf. auch gemeinsame Aufgabenwahrnehmung

Obligatorisch:

- Vorbereitung und Durchführung einer Prüfung vor Ort (gegenseitige Information über vorhandene oder geplante Prüfungen; Durchführung gemeinsamer Prüfungen; nachgehende Information bei getrennten Prüfungen)
- Prüfabstände, auch in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung
- Vorkehrungen zur Vermeidung von Doppelprüfungen
- gegenseitige Information über den geplanten Einsatz sanktionierender Instrumente und Information über die durchgeführten Sanktionen;
- Abstimmung der Beratung der Einrichtung bei vorliegenden Qualitätsmängeln und bei ihrer Abhilfe.

6. Die Einrichtungen und ihre Trägerverbände erhalten eine Abschrift der Verwaltungsvereinbarung.

Die Vorrangregel bei der Wahrnehmung der Prüfaufgaben, kombiniert mit einer Verwaltungsvereinbarung, mit der optional die Verteilung der Prüfaufgaben zwischen Heimaufsicht und MDK geregelt werden kann, und die weiter verpflichtende Kooperations- und Koordinationsgegenstände enthält, hat mehrere Vorteile gegenüber der bisherigen Rechtslage:

- Die gesetzlichen Zuständigkeiten jeweils für die Prüfung auf allen Ebenen der Qualität bleiben für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Medizinischen Dienste bestehen.
- Die Wahrnehmung der Prüfaufgaben folgt einer Vorrangregelung, die sich an den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientiert und damit eine grundsätzlich sachgerechte Zuordnung der jeweiligen Prüfaufgaben zu den Prüfinstanzen erlaubt.
- Die Prüfinstanzen können in Ansehung der spezifischen Erfordernisse vor Ort die Aufgabenwahrnehmung flexibel gestalten. Eine Übertragung von Sanktionsbefugnissen ist jedoch nicht möglich.
- Die Prüfinstanzen werden gesetzlich verpflichtet, in Verwaltungsvereinbarungen die Vorgehensweise bei Prüfungen festzulegen und damit Transparenz gegenüber den Einrichtungen zu erzeugen.
- Das grundsätzliche Verbot der Doppelprüfung ist Ausfluss des Gebotes effizienten Verwaltungshandelns. Es dient ebenfalls der Entbürokratisierung.

Umsetzung

Vor einer gesetzlichen Änderung könnten bereits die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) vom 10. November 2005 entsprechend geändert werden. Gleiches gilt für die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Eine Konzentration der Prüftätigkeit der MDK auf die Qualitätsprüfung auf den Ebenen der Versorgungsabläufe und der Ergebnisqualität kann schon nach geltendem Recht vorgenommen werden. In den Arbeitsgemeinschaften nach § 20 HeimG könnte ebenfalls schon jetzt eine solche Aufgabenteilung vereinbart werden.

Die Gesetzesänderung ist nötig, um für die Beteiligten eine klarere rechtliche Grundlage zu schaffen und um die jeweiligen Verpflichtungen zu konkretisieren.

Anlage

Vorschläge des Runden Tisches Pflege - Arbeitsgruppe III - Entbürokratisierung

Die Leistungserbringung in der Pflege ist gekennzeichnet durch eine Fülle gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben und Verfahrensvorschriften zur einrichtungsinternen und zur externen Prüfung dieser Leistungen. Nach Auffassung vieler Beteiligten fehlt es oft an ausreichender Koordination und zum Teil sind auch widersprüchliche Anforderungen feststellbar. Diese Situation verlangt nach einer Harmonisierung im System der öffentlich-rechtlichen Prüfungen. Hierdurch kann zu einem Bürokratieabbau in der Pflege beigetragen werden.

Qualität muss ein zentraler Bestandteil pflegerischen Handelns und der Konzeption pflegerischer Dienstleistungen sein. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, Voraussetzungen in den Einrichtungen für ein gutes Qualitätsmonitoring zu schaffen. Ein gutes einrichtungsinternes und zuverlässiges Qualitätsmanagement vorausgesetzt, könnten externe Prüfungen und Kontrollen im Wesentlichen auf anlassbezogene Prüfungen beschränkt bleiben. In der konsequenten Weiterentwicklung und Unterstützung betriebsinterner Qualitätssicherung liegt nach Auffassung der AG III ein erhebliches Potenzial für Bürokratieabbau in der Pflege.

Das vorgenannte Ziel wird allerdings nur mittel- bis längerfristig erreichbar sein. Darum bedarf es Maßnahmen der Harmonisierung im System öffentlich-rechtlicher Prüfungen, die vergleichsweise kurzfristig umsetzbar erscheinen, ohne die Sicherungsfunktion dieser Prüfungen aufzugeben. An erster Stelle ist das Verhältnis von Heimaufsicht und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung - MDK - zu betrachten, zweier Instanzen mit einem jeweils besonders weitgehenden Prüfauftrag.

EMPFEHLUNG 1.1:

Der Runde Tisch Pflege empfiehlt, die Inhalte der Prüfungen durch Heimaufsicht und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung eindeutig abzugrenzen und aufeinander abzustimmen.

Begründung

Heimaufsichten und Medizinische Dienste haben für ihre Prüftätigkeiten unterschiedliche Ausgangspositionen. So sind beispielsweise die Prüft Themen des MDK in einem bundesweit zur Anwendung kommenden Prüfkatalog niedergelegt und frei zugänglich. Einen vergleichbaren Prüfkatalog für alle Heimaufsichtsbehörden gibt es nicht. Obwohl MDK und Heimaufsicht gewisse Prüfungsschwerpunkte entwickelt haben, bestehen in ihren Prüfgegenständen teilweise

Überschneidungen. Nicht selten bewerten MDK und Heimaufsicht den gleichen Sachverhalt unterschiedlich.

Angesichts dieser Ausgangssituation müssen die Rollen von Heimaufsicht und MDK konkret definiert werden; zudem bedarf es einer besseren Abstimmung bei der praktischen Umsetzung der §§ 20 HeimG und 117 SGB XI. Darüber hinaus muss ein wirkungsvolles Ineinandergreifen von Aktivitäten der Pflegekassen und des MDK einerseits und der Heimaufsicht bzw. gesundheitspolizeilicher Kontrollen andererseits bei Minderleistungen und Qualitätsmängeln gewährleistet werden. Die dadurch erreichbare Zusammenarbeit schafft die Voraussetzung für eine einheitlichere und praxisnähere Beratung der Einrichtungen sowie der in den Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Prüfung ein und desselben Sachverhaltes durch MDK und Heimaufsicht soll vermieden werden. Hierzu bietet es sich an, die Prüfgegenstände systematisch abzugrenzen im Sinne eines arbeitsteiligen und ineinander greifenden Vorgehens, wobei die unterschiedlichen Prüfrhythmen von Heimaufsicht und MDK zu berücksichtigen sind. Grundgedanke dieses Abgrenzungsvorschlages ist es, dass die Heimaufsicht im Rahmen ihrer gesetzlich vorgeschriebenen jährlichen Prüfung auch eine Prüfung der unverzichtbaren Bedingungen einer fachgerechten Pflege und Betreuung (Basisprüfung) vornimmt. Das Ergebnis dieser Basisprüfung soll eine Entscheidung des MDK über die Notwendigkeit einer (zeitnahen) Schwerpunktprüfung in den Bereichen von Prozess- und Ergebnisqualität erleichtern. Das heißt, der MDK, der generell in größeren Zeitabständen prüft, baut auf den ihm aus den Basisprüfungen der Heimaufsicht zugegangenen Erkenntnissen auf. Mit Blick auf die Tatsache, dass auf Grund der jährlichen Prüfung der Heimaufsicht zeitnahe Daten vorliegen, könnte der MDK unter diesen Voraussetzungen auf eine eigenständige Erhebung der Daten zur Ermittlung der Strukturqualität verzichten.

Bei der Abgrenzung der Prüfgegenstände sollten entsprechend den typischen Arbeitszusammenhängen in den Heimen „Prüfpakete“ entsprechend des Abgrenzungsvorschlages gebildet werden. Dies verringert nicht nur den Prüfaufwand für Vorbereitung und Personalvorhaltung in der Einrichtung, sondern führt auch zu einer kompetenteren Auskunftserteilung, weil bereichsübergreifende Auskünfte überflüssig werden.

Grundsätzlich sollte der MDK keine Strukturdaten erheben. Dies gilt prinzipiell auch dann, wenn der MDK in einem Jahr anlassbezogen mehrmals prüfen sollte. Die von der Heimaufsicht diesbezüglich erhobenen Daten sollten stets übernommen werden.

Die vorgeschlagene arbeitsteilige Wahrnehmung der Aufgaben von Heimaufsicht und MDK stellen die gesetzlich grundsätzlich gebotene Gemeinschaftlichkeit dieser Aufgaben nicht in Frage (Vermeidung von Doppelprüfungen, falls beiderseitig im selben Jahr Regelprüfungen vorgesehen sind). Auch bei Aufgabenteilung stellt sich für MDK und Heimaufsicht weiterhin die Verpflichtung zu gemeinsamen Prüfungen. Sie führen zu einer Vereinfachung sowohl für die Einrichtungen als auch für den MDK und die Heimaufsicht. Die Befunde beider Prüfinstanzen können im Abschlussgespräch mit dem Einrichtungsträger oder unmittelbar davor zusammengeführt werden. Form und Inhalt dieser Prüfungen sind durch die Beteiligten noch zu bestimmen. Ferner wird vorgeschlagen, den Heimbeirat oder einen Beauftragten in die Prüfungen mit einzubeziehen und ihm vom Ergebnis Mitteilung zu machen, sofern es dem Datenschutz nicht widerspricht.

Abgrenzungsvorschlag

Die Heimaufsicht prüft schwerpunktmäßig:

- Personelle Ausstattung
- Sachliche Ausstattung
- Bauliche Ausstattung und Wohnqualität

- Wahrung der bürgerlichen Rechte (einschl. Überprüfung der freiheitsentziehenden Maßnahmen)
- Merkmale der hauswirtschaftlichen Versorgung und Verpflegung
- Heimverträge
- Heimmitwirkung
- Pflegeprozess (Basisprüfung; insbesondere tatsächliche Anwendung einer geeigneten schriftlichen Pflegeprozessessteuerung)

Aufbauend auf der Basisprüfung des Pflegeprozesses durch die Heimaufsicht prüft der MDK schwerpunktmäßig:

- Ergebnisqualität (insbesondere im Bereich Pflege, Ernährung, soziale Betreuung)
- Inhaltliche Richtigkeit des schriftlichen Pflegeprozesses, insbesondere der Pflegedokumentation (Nachweis der professionellen, systematischen, aktualisierten und auf den Pflegebedürftigen bezogenen individuellen Pflege, Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege durch übersichtliche, konkrete und vollständige Verlaufsdarstellung, Darstellung des Leistungsgeschehens)
- Beteiligung der Bewohner am Prozess der Betreuung und Pflege (z.B. Respektierung von Wünschen, Einbeziehung bei der Pflegeplanung)
- Einsatz von Hilfsmitteln
- Qualitätsmanagement in der Pflege
- Soziale Betreuung

Neben der Reduzierung des Arbeitsaufwandes auf beiden Seiten führt ein arbeitsteilig angelegtes Prüfsystem zu klaren Verantwortlichkeiten. Bei Stichprobenprüfungen im Rahmen der regelmäßigen Qualitätskontrolle durch den MDK soll die Ankündigungsfrist im Sinne einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Verbänden der Einrichtungsträger gestaltet werden. Sie sollte zwei Werktage nicht unterschreiten.

Literaturverzeichnis

BIVA - Bundesinteressenvertretung und Selbsthilfeverband der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenwohn- und Pflegeheimen e.V. (2005): Projektbericht „Befragung von Heimbeiräten zum Entwicklungsbedarf von Unterstützungsstrukturen bei der Ausübung von Mitwirkungsrechten“

BMFSFJ – Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte vom 13.07.2005, Berlin

Dahlem, Otto / Giese, Dieter / Igl, Gerhard / Klie, Thomas (1974 ff.), Das Heimgesetz: Kommentar zum Heimgesetz (HeimG), Köln

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4200

Deutscher Bundestag (1996): Drucksache 13/6086

Deutscher Bundestag (2001): Drucksache 14/5399

Deutscher Bundestag (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Drucksache 14/8822

Deutscher Bundestag (2005): „Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben – Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“, Drucksache 15/5732

Giese, Dieter (2001): Der Entwurf eines dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes, in: RsDE 48, S. 54 - 64

Markus, Katrin (2005): Rechtsprobleme des betreuten Wohnens, in: WuM, S. 290 - 296

Frey, Christoph (2006): Ein Maß für den Qualitäts-Check, in: Gesundheit und Gesellschaft (G+G), Heft 1, S. 18 - 19

Goffman, Erving (1977, Nachdruck 2004): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt

Krause, Peter (1978): Empfiehlt es sich, soziale Pflege- und Betreuungsverhältnisse gesetzlich zu regeln? in: Verhandlungen des 52. Deutschen Juristentages (1978), Bd. I, Gutachten E, Bd. II, Sitzungsbericht N, S. N 34 ff, Wiesbaden, München

Igl, Gerhard (1978): Rechtliche Gestaltung sozialer Pflege- und Betreuungsverhältnisse, in: VSSR, S. 201-255

Igl, Gerhard (2001): Reformbedarf bezüglich der Heimmitwirkungsverordnung - Beiträge und Ergebnisse der Podiumsdiskussion, in: BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, S. 58 - 67

Klie, Thomas (1998): Heimaufsicht - Praxis - Probleme, Hannover

Klie, Thomas/Krahmer, Utz (Hrsg.) (2003): Soziale Pflegeversicherung: Lehr- und Praxiskommentar (LPK – SGB XI), 2. Aufl., Baden-Baden

Köhring, Christian (2001): Aufgabenwahrnehmung der Heimaufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein, Göttingen (zugleich Diss. Kiel 2001).

MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen

Runder Tisch Pflege - Arbeitsgruppe III Entbürokratisierung (2005): Ergebnisse der Arbeitsgruppe III, BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Berlin

Schmelter, Maria: Problembeschreibung und Anforderung aus Sicht der Heimaufsicht, in: BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Was ändert sich für die Heimaufsicht? Neue rechtliche Grundlagen und ihre praktischen Konsequenzen. Dokumentation des Fachkongresses vom 15. bis 16. Mai 2001 in Frankfurt am Main, S. 43- 50

Schulz, Michael (2004): Wie kann ein passendes Pflege-Versicherungsgesetz und Heimgesetz aussehen? Vortrag anlässlich des 1. Forums zur Entbürokratisierung der Pflege, 23./24. September 2004, Berlin

Schwerdtfeger, Gunther (1991): Formen der Kooperation und der Koordination der Sozialversicherungsträger, in: Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV), Bd. 34, Wiesbaden, S. 123-144.

4.4	Sozialleistungsrecht (Prof. Dr. Gerhard Igl / Viktoria Tallich)	457
4.4.1	Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI	460
4.4.1.1	Zusammenfassung	460
4.4.1.2	Handlungsempfehlungen	462
4.4.2	Untersuchungsgegenstand und Vorgehensweise	463
4.4.3	Ausgestaltung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	464
4.4.3.1	Inhalt der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	464
4.4.3.2	Unterschied zwischen Fachkraftquote nach § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI und Fachkraftquote des § 5 HeimpersonalVO	473
4.4.3.3	Personengruppen, die unter den Personenkreis mit besonderem Bedarf gefasst werden	478
4.4.3.4	Anwendung der Minderungsmöglichkeit nach § 115 Abs. 3 SGB XI	481
4.4.3.5	Unterschiede im Zusammenhang mit Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen zwischen dem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI und den LQV nach § 80a SGB XI	482
4.4.3.6	Unterschiede zwischen allgemeinen Einrichtungen und solchen mit spezifischen Versorgungsaufträgen (Spezialpflegeheime)	486
4.4.3.7	Verhältnis der Vereinbarungen zum Personalbedarf für die Behandlungspflege und hinsichtlich der sozialen Betreuung bzw. zur Gewährung des besonderen Pflegebedarfs nach § 75 Abs. 3 SGB XI in den LQV zur Möglichkeit die Pflegeklasse abweichend von der Pflegestufe nach § 84 Abs. 3 Satz 3 SGB XI festzusetzen	487
4.4.3.8	Vereinbarungen über die bedarfsgerechte personelle Ausstattung mit Personal aus nicht pflegerischen Berufsgruppen	487
4.4.3.9	Enthalten die Verträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI auf Landesebene Maßstäbe und Grundsätze für die am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung, aus denen sich die personelle Ausstattung einer Pflegeeinrichtung entsprechend dem nach § 72 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Versorgungsauftrag der Einrichtung schlüssig ableiten lässt?	488

4.4.3.10	Präventionsmethoden im Bereich der aktivierenden Pflege in den LQV	489
4.4.3.11	Was sollte zwingender Bestandteil der LQV sein?	490
4.4.4	Bewertung der LQV	490
4.4.4.1	Sind LQV sinnvoll?	490
4.4.4.2	Repräsentieren die LQV Struktur und Inhalt der Leistungen so nachvollziehbar und vollständig, dass sie als tragfähige Basis von Pflegesatzverhandlungen gelten können (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI)?	492
4.4.4.3	Gibt es Optimierungsmöglichkeiten?	493
4.4.4.4	Wie wird die Stellung der Einrichtung im Verhältnis zu den Pflegekassen bei Abschluss der Vereinbarung wahrgenommen (Über-/Unterordnungsverhältnis, Vertragspartnerschaft auf gleicher Augenhöhe)?	494
4.4.4.5	Welche Bedeutung haben die LQV für die Qualitätssicherung? Wie nützlich wäre eine Pflegeprüfverordnung?	495
4.4.4.6	Wie ist der Verwaltungsaufwand zu beurteilen? Wie steht dieser im Verhältnis zu dem damit erreichbaren Ergebnis?	496
4.4.4.7	Sollte in den LQV weiterhin nach Pflegestufen oder stattdessen wie z. T. gefordert nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit unterschieden werden?	497
4.4.4.8	Wie sind die Auswirkungen auf die Selbstverwaltung?	497
4.4.4.9	Herstellen von mehr Transparenz	497
4.4.4.10	LQV als Ausdruck der Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip	498
4.4.4.11	Individualisierung der LQV	498
4.4.4.12	Bewertung der LQV unter dem Aspekt des „Vereinbarungsprinzips“ und ob sie eine Gefahr für die Individualisierung darstellen würden	499
4.4.4.13	Beurteilung der Akzeptanz der LQV bei Pflegeheimen und Pflegekassen	499
4.4.4.14	Bewertung der vom Gesetz vorgeschriebenen und in der Gesetzesbegründung geplanten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI im Hinblick auf die LQV	499
4.4.4.15	Sind die Zielvorstellungen des Gesetzgebers - der effektive Schutz gegen illegale Praktiken zum Schaden der Pflegebedürftigen und Interessen der Pflegekräfte - erreicht worden?	500

4.4.4.16	Sind die LQV im Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Einrichtung hinreichend aussagekräftig und transparent, um als Grundlage des Pflegeheimvergleiches geeignet zu sein? Wird der Pflegeheimvergleich nach § 92a SGB XI dadurch ermöglicht bzw. verbessert?	500
4.4.4.17	Beurteilung der Relevanz der als Voraussetzung für den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeprägten Pflegestufen (§ 15 SGB XI) zur Charakterisierung der Leistungsinhalte nach § 43 SGB XI (d.h. des Ressourcenbedarfs bzw. -verbrauchs)	501
Anlage		502
Literaturverzeichnis		505

4.4 Sozialleistungsrecht (Prof. Dr. Gerhard Igl / Viktoria Tallich)¹

4.4.1 Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI

4.4.1.1 Zusammenfassung

Zweck der LQV

Die LQV wurden vor allem unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung eingeführt. Ausschlaggebend war der Gedanke, dass nur die beschriebene Leistung Gegenstand von Qualitätssicherung sein kann. Im Unterschied zum Versorgungsvertrag, dessen Voraussetzung die Sicherung eines für alle Einrichtungen gleichen Qualitätsstandards ist, stellen die LQV auf die einzelne Einrichtung ab und sollen die Leistungen gerade dieser Einrichtung beschreiben

Dieses den LQV zu Grunde liegende Konzept ist zunächst überzeugend und stellt sich als theoretisch stimmig dar. Der Umgang der Praxis mit den LQV lässt hingegen Zweifel an der Stimmigkeit aufkommen, zumindest aber an ihrer Wirksamkeit. Bis auf wenige Ausnahmen werden die LQV nicht als taugliches Instrument verstanden, die erforderlichen Voraussetzungen für die Qualitätssicherung zu schaffen. Das Meinungsbild zu Sinn und Zweck der LQV lässt sich insgesamt als weitgehend negativ beschreiben, auch wenn im Einzelnen Differenzierungen angebracht werden, die zum Teil damit zu tun haben, dass die Praxis der Erstellung von LQV in den Bundesländern in inhaltlicher wie quantitativer Hinsicht recht unterschiedlich ist.

Gestaltungsweisen der LQV

Die LQV sind sehr unterschiedlich aufgebaut und inhaltlich ausgestaltet: Einige sind sehr ausführlich und enthalten detaillierte Beschreibungen, andere erfüllen lediglich die Mindestvoraussetzungen. Auffällig ist darüber hinaus, dass die Beschreibung der Inhalte häufig wenig konkret ist. Es wird mit unbestimmten Rechtsbegriffen und mit Grundsätzen gearbeitet; dieses erschwert eine spätere Nachprüfbarkeit. Damit ist festzustellen, dass der Konkretisierungszweck der LQV nicht erfüllt wird.

Weiterhin werden in der LQV zum Teil lediglich Daten abgefragt, die bereits Gegenstand des Versorgungsvertrages sind. Auffällig ist, dass in den LQV die hier untersucht worden sind, kaum zusätzliche Leistungen beschrieben werden; es wird vielmehr häufig auf den Rahmenvertrag verwiesen. Lediglich in einzelnen Fällen kommt es zu einer zusätzlichen Leistungsverpflichtung (etwa wenn Prophylaxen genannt sind).

Besonderer Bedarf

Divergenzen zeigen sich auch bei der Bestimmung des besonderen Bedarfs, weil offenbar nicht sicher ist, welche Personengruppen darunter zu subsumieren sind und ob dafür z.B. § 75 Abs. 3 SGB XI eine Art Leitlinie darstellt. Zum Teil wird das Problem umgangen, indem man bestimmte Situationen schildert, andere Formulierungen wählt

¹ Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Frau Tallich, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, hat diesen Teil vorbereitet und die Interviews durchgeführt. Zu danken ist Herrn Harry Fuchs, Düsseldorf, für die Durchsicht und Korrektur des Fragenkataloges.

oder lediglich die Verfahrensweise bestimmt, wie ein besonderer Bedarf festzustellen ist. Fraglich ist auch, ob sich in Spezialeinrichtungen per se der besondere Bedarf anders darstellt oder ob unabhängig von der Einrichtung der besondere Bedarf eine einheitliche Beschreibung für besondere Pflegegruppen ist.

Personelle Ausstattung des Pflegeheims - Qualifikation der Mitarbeitenden

Probleme ergeben sich bei der personellen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeitenden. Es stellt sich die Frage, inwiefern sich die Anforderungen von denen nach § 5 HeimpersonalVO unterscheiden und was überhaupt unter einer Fachkraft zu verstehen ist (d.h. ob die Fachkraftdefinition des SGB XI oder die der HeimpersonalVO Grundlage ist). Überwiegend deckt sich die personelle Ausstattung mit Anforderungen der HeimpersonalVO. Es wird entweder darauf verwiesen oder die Darstellung in den LQV entspricht ihr. Damit läuft § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI weitgehend ins Leere.

Pflegestufen versus Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit

Konsens herrscht weitgehend in der Frage, ob man in den LQV weiterhin nach Pflegestufen oder stattdessen nach der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit gliedern sollte. Praktikabilitätsgründe und der ansonsten hohe Verwaltungsaufwand sprechen für eine Gliederung nach Pflegestufen.

Ungleiche Vertragspartnerschaft

Die LQV sind als ein Vertrag konzipiert. Idealerweise sollen sich damit gleichberechtigte Partner gegenüberstehen. Dies ist in der Praxis jedoch offenbar nicht der Fall. Das Verhältnis von Pflegekassen zu Einrichtungen wird überwiegend als Über- bzw. Unterordnungsverhältnis wahrgenommen, wobei die Gründe zum Teil divergieren. Einige Pflegekassenvertreter sind bemüht, das Verhältnis als das gleichberechtigter Vertragspartner darzustellen. Wenn aber gleichzeitig darauf verwiesen wird, dass für den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung der Nachweis einer wirksamen LQV nötig ist, verdeutlicht dies die Abhängigkeit der Einrichtungen. Sie müssen demnach möglichst schnell LQV abschließen, wenn sie an einer schnellen Pflegesatzvereinbarung interessiert sind.

Allgemeine Einschätzungen

Übereinstimmung herrscht in der Feststellung, dass die LQV einen enormen Verwaltungsaufwand verursachen, der sich im Ergebnis meist nicht rentiert. Vorherrschend wird konstatiert, dass die Gesetzeszwecke (Ermöglichung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und eines Pflegeheimvergleichs, Transparenz und Unterbindung von illegalen Praktiken) nicht erreicht worden sind. Damit wird den LQV die Eignung für diese Zielerreichung abgesprochen.

Überwiegend Einigkeit herrschte weiterhin in der Beantwortung der Frage, ob die LQV sinnvoll sind oder nicht: Die Frage wird verneint und für die Abschaffung der LQV plädiert. Die Gründe sind unterschiedlich. Ursächlich sind unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche an die LQV: Pflegeeinrichtungen bzw. ihre Interessenvertreter erhoffen sich durch die Darstellung der Leistungen eine bedarfsgerechte(re) Vergütung. In

ihren Augen wäre dies eine Vergütungserhöhung. Weil dieser Effekt in der Regel nicht eingetreten ist, sind die Leistungsbeschreibungen inzwischen stark eingeschränkt und auf ein Minimum reduziert worden. Eine weitergehende Bindung wird wegen der Befürchtung vermieden, dass dies im Falle der Nichteinhaltung zu einer Vergütungskürzung führen könnte.

Die Vertreter der Pflegekassen und Sozialhilfeträger sehen hingegen in den LQV eher die Möglichkeit, Personalwerte genauer festzulegen bzw. eine Verbesserung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Dass sich dies parallel in einer Verbesserung der vereinbarten Vergütung niederschlagen sollte, sehen sie aus ihrer Perspektive naturgemäß nicht.

4.4.1.2 Handlungsempfehlungen

Die LQV sind abzuschaffen und durch ein anderes Instrument zu ersetzen, mit dem die mit den LQV verfolgten Ziele in ähnlicher Weise erreicht werden können.

Die Einrichtungen sollen ein einrichtungsindividuelles Leistungs- und Qualitätsprofil erstellen, das sich an den Merkmalen des § 80a Abs. 2 SGB XI orientieren und darüber hinaus zusätzliche Merkmale enthalten kann.

Dieses Leistungs- und Qualitätsprofil ist dem Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages beizulegen und spätestens bei Aufnahme des ersten Bewohners bzw. der ersten Bewohnerin in einer Einrichtung bzw. bei Abschluss des ersten Heimvertrages mit einer Bewohnerin/einem Bewohner der zuständigen Pflegekasse (bzw. dem Verband der Pflegekassen) vorzulegen.

Das Leistungs- und Qualitätsprofil ist dem Heimvertrag beizulegen und wird Gegenstand des Inhalts des Heimvertrages. Es kann eine Bezugnahme auf Inhalte der Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Personen enthalten.

Das Leistungs- und Qualitätsprofil ist weder Gegenstand einer Überprüfung anlässlich des Antrags auf Abschluss eines Versorgungsvertrages noch Gegenstand von Prüfungen durch den MDK.

Begründung

Jede Einrichtung hat ein eigenes Leistungs- und Qualitätsprofil. Zu seiner Spezifizierung ist der Versorgungsvertrag nicht der richtige Ort. Die Erstellung des Leistungs- und Qualitätsprofils findet im Rahmen der unternehmerischen Verantwortung des Einrichtungsträgers statt. Das Leistungs- und Qualitätsprofil ist selbstverpflichtend. Rechtlich bindend wirkt es als Bestandteil des Heimvertrages. Diese zivilrechtliche Bindung ist ausreichend. Außerdem hat die Heimbewohnerin bzw. der Heimbewohner bereits jetzt einen Anspruch auf eine in Bezug auf seine Person individualisierte Leistungsdarstellung ebenso wie auf eine Darstellung der allgemeinen Leistungen der Einrichtung (vgl. § 5 Abs. 3 HeimG). Eine zusätzliche Herstellung einer Verbindlichkeit gegenüber den Sozialleistungsträgern (Pflegekassen bzw. deren Landesverbände, Sozialhilfeträger) und die Schaffung einer Prüfmöglichkeit durch den MDK sind nicht erforderlich, weil die Einrichtung bereits durch den Versorgungsvertrag auf die allgemeinen, für alle Einrichtungen geltenden Versorgungsstandards verpflichtet ist. Ge-

gegenstand einer Überprüfung durch den MDK kann nur der allgemeine, im Versorgungsvertrag festgelegte Leistungsstandard sein, nicht jedoch der besondere einrichtungsspezifische Leistungsstandard.

Der Vorteil dieser Handlungsempfehlung liegt vor allem im Abbau von Verwaltungs- und insbesondere von Prüfaufwand bei den Sozialleistungsträgern. Ein weiterer Vorteil besteht in der Entkoppelung von LQV und Vergütungsvereinbarung. Schließlich ist ein Vorteil im Rekurs auf die unternehmerische Verantwortung (Selbstverpflichtung) zu sehen, die dem auch sonstig geäußerten gesetzlichen Anliegen entspricht, die Einrichtungen und ihre Träger als primär Verantwortliche für Qualitätssicherung zu sehen. Die zivilrechtliche Verbindlichkeit ist ausschlaggebend dafür, dass das Leistungs- und Qualitätsprofil vertrags- wie schadensersatzrechtlich von Relevanz ist.

Der mögliche Nachteil, eine LQV nicht mehr als für die Vergütungsverhandlung prägend erachten zu können, besteht de facto nicht, da die Sozialleistungsträger diese mögliche Verkoppelung in der bisherigen Praxis in aller Regel nicht mit getragen haben. Ein weiterer ggf. zu vermutender Nachteil einer Prüfabsenz durch den MDK wird durch die zivilrechtliche Haftung der Einrichtung bzw. des Trägers kompensiert.

4.4.2 Untersuchungsgegenstand und Vorgehensweise

Untersucht wurden die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) der unten genannten Bundesländer mit dem Ziel, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Umsetzung herauszuarbeiten und in der Folge Aussagen dazu zu treffen, ob und inwieweit LQV entbehrlich sind bzw. ob sich ggf. die mit ihnen verbundenen Zielsetzungen auf andere, weniger bürokratische Weise realisieren lassen.

In die Betrachtung einbezogen wurden die LQV folgender Bundesländer:

- Nordrhein-Westfalen
- Freie und Hansestadt Hamburg
- Niedersachsen
- Schleswig-Holstein
- Brandenburg
- Bayern und
- Thüringen.

Weiter wurden die Expertenmeinungen verschiedener an den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen Beteiligter (Vertreter von Pflegekassen - im Folgenden: PK - und Einrichtungen - im Folgenden: ET -) eingeholt. Es handelt sich um über zehn Personen aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege, der Verbände von Einrichtungsträgern, der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger. Da nicht alle befragten Personen ihre Zustimmung zu einer namentlichen Nennung gegeben haben, wird insgesamt auf eine Namensnennung verzichtet.

Es soll an dieser Stelle den befragten Personen für ihre hilfreichen und weiterführenden Auskünfte gedankt werden.

4.4.3 Ausgestaltung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen

4.4.3.1 Inhalt der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen

Allgemeines

Die LQV sind generell sehr heterogen ausgestaltet. Von Seiten der PK wird die Erfahrung berichtet, dass die LQV von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Eine Einschätzung, ob die LQV Rückschlüsse auf die Qualität der Einrichtungen zulassen und ob sich z.B. abzeichnet, dass qualitätsschwache Einrichtungen eher extensive Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen vorlegen (etwa um damit den externen Vergleich zu umgehen; vgl. hierzu unten), wollte oder konnte man nicht abgeben. Über § 80a Abs. 2 SGB XI gehen die Vorgaben aber meist nicht hinaus (PK-Vertreter). Einem anderen Vertreter der PK zufolge ist bei der Ausgestaltung der LQV § 80a Abs. 2 SGB XI die Grundlage, um in den LQV die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der jeweiligen Pflegeeinrichtung festzulegen.

Die Einschätzungen der Einrichtungsträger divergieren. Es wird die Auffassung vertreten, dass sich die LQV nicht sonderlich von dem ebenfalls einrichtungsbezogenen Versorgungsvertrag unterscheiden. Nach einer anderen Auffassung gibt es hingegen grundsätzlich zwei Möglichkeiten, eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung auszugestalten. In der einen Variante wird möglichst viel vereinbart und es werden verschiedene Leistungen aufgeführt und damit versprochen. Allerdings sei zu betonen, dass solch eine Ausweitung des Leistungsspektrums nicht finanziert werde. Bei Nichterfüllen setzen sich die Einrichtungen der Gefahr aus, ggf. eine Kürzung der Vergütungen hinnehmen zu müssen. Diese Möglichkeit, die vor allem zu Beginn der Einführung der LQV häufig propagiert wurde, werde inzwischen kaum mehr gewählt. In der anderen, derzeit favorisierten Variante orientieren sich die Leistungen am Rahmenvertrag und es werden nur die unabdingbaren Leistungen vereinbart.

Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen weisen die LQV Merkmale auf, die über den Katalog des § 80a Abs. 2 SGB XI hinausgehen (z.B. Prophylaxen). Die Einrichtungen müssen sich darüber hinaus zu einer Leistung aus einem Leistungskatalog verpflichten:

- Planung und Durchführung pflegebezogener Fortbildungen
- Kooperation mit anderen
- Durchführung eines systematischen Beschwerdemanagements
- Umsetzen eines Konzeptes zur Einbindung von Angehörigen
- Vorhalten und Umsetzung eines Konzeptes zur kontinuierlichen sozialen Betreuung
- Durchführung eines strukturierten Heimeinzuges für die Bewohner/-innen
- Vor- und Einhaltung einer professions- und bereichsübergreifenden Kommunikationsmatrix

- Durchführung einer Sturzprophylaxe oder Durchführung einer Sterbebegleitung.

Ferner wird in den LQV festgelegt, dass der Versorgungsvertrag nebst dem sog. Gemeinsamen Strukturhebungsbogen eine wesentliche Grundlage der Vereinbarung bildet. Bei dem Strukturhebungsbogen handelt es sich um einen Anfragebogen, den eine Einrichtung mit ihrer Eröffnung auszufüllen hat. Es werden bestimmte Daten, wie etwa die Platzzahl, erhoben.

Hamburg

In der Freien und Hansestadt Hamburg wird in den LQV festgelegt, dass ein Pflegeleitbild und ein Pflegekonzept als Anlage zur Erläuterung der nachfolgenden Themen beigefügt sind. Über die Bindungswirkung herrscht offenbar keine Einigkeit. Auch ein Versorgungskonzept soll als Anlage beigefügt werden. Es soll Grundaussagen z.B. über Verpflegung, Hausreinigung, Wäscheversorgung und Hausgestaltung treffen. Die personelle Ausstattung in der Pflege und Betreuung ist ebenfalls genau aufgeschlüsselt. Darüber hinaus finden sich in den LQV Ausführungen über die mitarbeiterbezogene Organisation des Pflegepersonals und das Qualitätsmanagement. Hinsichtlich Art und Inhalt der Leistungen wird primär auf den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI verwiesen.

Niedersachsen

In Niedersachsen werden die von der Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen nach der Struktur und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises definiert und die dafür notwendigen personellen und sächlichen Anforderungen vertraglich abgesichert. Hinsichtlich Art und Inhalt der Leistungen wird auf den Landesrahmenvertrag gem. § 75 SGB XI und die Qualitätsvereinbarung gem. § 80 SGB XI verwiesen. Nachrichtlich sind der LQV die Konzeption der Einrichtung sowie das Pflegeleitbild und die nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI anzuzeigenden Zusatzleistungen beizufügen. Hinsichtlich der sozialen Betreuung werden Konkretisierungen vorgenommen (etwa: Einzelgespräche mit spezifischer Zielsetzung, Unterstützung bei der Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte, Durchführung von Gruppenaktivitäten zur Befriedigung religiöser, sozialer, kommunikativer und ästhetischer Bedürfnisse oder auch von Bewegungsbedürfnissen). Bestimmte Bereiche sind in den LQV besonders zu beschreiben. Dies sind etwa die Speise- und Getränkeversorgung - d.h. Anzahl, Wahlmöglichkeiten -, Reinigung, Wäscheversorgung sowie Wartung und Instandhaltung (ET-Vertreter).

Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein sind in den LQV die Angaben zu den Einrichtungen sehr genau abzufassen. Die Einrichtungen haben sowohl allgemeine Angaben (Straße, Ort, Telefon- und Telefaxnummern, E-Mail-Adresse, Homepage, Landkreis) als auch Angaben zum Träger zu machen (wer ist Träger, Rechtsform, Status als öffentlichrechtlicher, freigemeinnütziger oder privat-gewerblicher Träger, Verbandszugehörigkeit und sonstige allgemeine Angaben). Ferner werden die Lage und die verkehrstechnische Anbindung der Einrichtung (auch: Bushaltestelle) festgehalten. Des Weiteren sollen in

den LQV Auskünfte über die Gebäudestruktur gegeben werden (Baujahr, Inbetriebnahme, Erweiterungen, Sanierungen und Anzahl der Gebäude mit Pflegebereichen).²

Hinsichtlich der Angaben zu den Wohnbereichen und Plätzen wird zwischen Etagen und Wohnbereichen differenziert und jeweils festgehalten, wie viele Plätze darin enthalten sind. Darüber hinaus soll die Anzahl der Gemeinschaftsräume, der Therapie-räume und der Pflegebäder, der Einzel-, Zweibett- und Mehrbettzimmer, die Platzzahl insgesamt und die Größe der Bewohnerzimmer und ihre sanitäre Ausstattung³ angegeben werden. Bauliche und gebäudetechnische Besonderheiten können aufgeführt werden. Zwingend sind jedoch weitere Angaben zu den Außenanlagen, wie Größe, Lage, Besonderheiten.

Zu den konzeptionellen Grundlagen wird gefragt, ob ein Pflegekonzept existiert, welches Pflegemodell angewandt wird und ob ein Pflegeleitbild vorliegt. Welche Bindung sich daraus ergibt, wird nicht deutlich bzw. welche Rechtsfolge eintritt, wenn diese Fragen verneint werden.

In Bezug auf den Bewohnerkreis wird zwischen aktuellem und voraussichtlich zu betreuendem Personenkreis unterschieden. Dabei ist nicht erkennbar, wie der voraussichtliche Bewohnerkreis zu ermitteln ist. Differenziert wird weiterhin nach Bewohnerinnen und Bewohnern ohne Hilfe- und Pflegebedarf, mit Pflegestufe 0, den Pflegestufen I bis III und Härtefällen. Es gibt ferner die Möglichkeit bestimmte Personengruppen nicht aufzunehmen.

In den LQV wird gefragt, ob ein Fortbildungskonzept und ein Fortbildungsplan vorliegen. Welche Anforderungen daran gestellt werden und welche Folgen sich daraus ergeben wird ebenso wenig deutlich wie die Frage, ob solche Fortbildungsmaßnahmen zwingend sind. Darüber hinaus soll in den LQV beantwortet werden, welche Elemente das Qualitätsmanagement enthält (als Beispiele werden genannt: Pflegevisiten, Evaluation, Qualitätszirkel, Risikomanagement insbesondere für Dekubitus-, Exsikkose-, Sturz- und Kontraktur-Risiko). Auch hier lässt sich nicht genau erkennen, welche konkreten Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements zu treffen sind.

Ferner muss in den LQV Aufschluss darüber gegeben werden, ob Pflegestandards festgelegt und eingeführt sind, wie die Ergebnisqualität geprüft wird und in welchen Zeitabständen die Ergebnisqualität nachweisbar geprüft wird.

Zum Teil erscheint es so, als ob in Schleswig-Holstein die LQV als eine „Datensammlung“ genutzt werden. Auffällig ist zudem, dass viele Punkte (insbesondere hinsichtlich der Pflegequalität) in Form der Beantwortung von Fragen erhoben werden, ohne

² Inwiefern dies in den Regelungsbereich der LQV gehört, ist nicht klar. Laut der Gesetzesbegründung soll das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, mit dem auch die LQV nach § 80a SGB XI eingeführt worden sind, der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität dienen. Fraglich ist, ob diese Angaben nicht auch, wenn überhaupt, in den Versorgungsvertrag aufgenommen werden könnten.

³ Ohne weitere Ausstattung mit Waschgelegenheiten, mit Waschgelegenheit/Toilette, mit Dusche/Toilette, mit Besonderheiten/Extras (z.B. Wannenbad).

dass klar ist, ob daran eine Rechtsfolge geknüpft ist bzw. was im Falle der Verneinung passiert.

Brandenburg

Die LQV enthalten zu Beginn allgemeine Daten wie Telefon, Fax und E-Mail-Adresse. Ferner soll angegeben werden, ob weitere Leistungsangebote am Standort enthalten sind, wie z.B. stationäre Pflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege oder Betreutes Wohnen. Die Einrichtungen sollen ferner die Rechtsform des Trägers und die Verbandszugehörigkeit angeben. Fraglich ist, welchen Sinn und Zweck diese Angaben verfolgen und ob sich daraus Konsequenzen ergeben.

Im Folgenden ist die Struktur des aktuellen und voraussichtlich zu betreuenden Personenkreises zu benennen. Es wird unterschieden zwischen Pflegestufe G (Geringe Pflege), Pflegestufe K (Pflegestufe 0), Pflegestufen I- III und Härtefällen. Die aktuelle Belegung zum Stichtag und die prospektive Belegung im Hinblick auf die Gesamtkapazität ist aufzuführen. Darüber hinaus soll jeweils angegeben werden, welche Plätze davon im Verbund mit Kurzzeitpflege ausgewiesen sind. In einer weiteren Tabelle soll die Anzahl der Pflegebedürftigen einer Personengruppe mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf festgehalten werden, abermals untergliedert in die aktuelle Belegung zum Stichtag und die prospektive Belegung in Hinblick auf die Gesamtkapazität.

Hinsichtlich Art und Inhalt der Leistungen findet sich einzig der Satz „Art und Inhalt der Leistungen bestimmen sich im Grundsatz nach dem gültigen Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI, den Anforderungen der Qualitätsvereinbarungen gemäß § 80 SGB XI und umfassen Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität), medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung sowie Unterkunft und Verpflegung“. Allerdings besteht die Möglichkeit bzw. die Pflicht - dies ist aus den LQV nicht ersichtlich -, zusätzliche Pflegeleistungen für Pflegebedürftige einer Personengruppe mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf zu vereinbaren. Es wird untergliedert in Grundpflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.

Die Einrichtungen können sich ferner zu zusätzlichen Leistungen im Bereich Unterkunft und Verpflegung für Pflegebedürftige einer Personengruppe mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf verpflichten. Es liegen aber keine Erkenntnisse dazu vor, ob und inwieweit die Einrichtungen von dieser Option Gebrauch machen.

In den LQV in Brandenburg gibt es weiter sog. indirekte Leistungen. Dies sind Leistungen der Einrichtungen, die nicht im unmittelbaren Kontakt zum Pflegebedürftigen erbracht werden. Darunter werden in den LQV das Qualitätsmanagement und die Fort- und Weiterbildung aller an der Pflege Beteiligten gefasst. Hinsichtlich des Qualitätsmanagements wird z.B. ausgeführt, dass der Träger der genannten voll-/teilstationären Pflegeeinrichtung sich verpflichtet, nach Maßgabe der Vereinbarungen gemäß § 80 SGB XI einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung aller an der Pflege Beteiligten wird vereinbart, dass sich der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet, die fachliche Qualifikation der Leitung und der Mitarbeitenden durch funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen, das Fachwissen der Mitarbeiten-

den regelmäßig auf der Grundlage eines prospektiven Fortbildungsplans zu aktualisieren und Fachliteratur im angemessenen Umfang zugänglich vorzuhalten. Diese Angaben sind zum Teil sehr unbestimmt, sodass ihre Verbindlichkeit fraglich erscheint. Die Einrichtungen können weitere indirekte Leistungen vereinbaren.

Das aktuelle Pflege- und Betreuungskonzept mit inhaltlichen Aussagen zum differenzierten Leistungsangebot soll beigefügt werden. Auch hier stellt sich die Frage, ob sich aus der Vorlage eines Konzeptes Rechtsverbindlichkeit ergibt oder ob solche Konzepte lediglich Grundsätze enthalten.

Darüber hinaus wird festgehalten, dass die Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich bei der Bemessung der Personalanzahl berücksichtigt worden ist. Jedoch ist auch normiert, dass die Betreuung und Pflege mit folgenden Schwerpunkten weiter zu entwickeln ist (auf Grund der Besonderheit im Vergleich zu den LQV der anderen Bundesländer ist diese Darstellung vollumfänglich):

- Im Rahmen des Pflegekonzeptes sind die inhaltlichen, personellen und räumlichen Strukturen für die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz zu formulieren.
- Der Pflege- und Betreuungsprozess hat sich systematisch an der Biografie des pflegebedürftigen Menschen mit Demenz zu orientieren.
- Es ist eine durchgängige Struktur des Tages- und Wochenablaufes zu gewährleisten. Hierfür sind als Orientierungspunkte die Alltagsfähigkeiten, Vorlieben und Hobbys der pflegebedürftigen Menschen mit Demenz zu beachten.
- Einzel- und Gemeinschaftsflächen sind so zu gestalten, dass sie Orientierung und Anregung bieten.
- Für alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die im Rahmen ihrer Aufgaben direkten Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen mit Demenz haben, finden Fort- oder Weiterbildungen im Bereich der Gerontopsychiatrie statt. Fort- und Weiterbildungen sind im Fort- und Weiterbildungsplan der vollstationären Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen.⁴
- Beim Personal in Pflege und Betreuung wird in Brandenburg zwischen leitender Pflegefachkraft, Pflegepersonal und therapeutischen/sozialbetreuerischen Berufen⁵ unterschieden.

⁴ Die Ausführungen zeichnen sich dadurch aus, dass schwer zu erkennen ist, wie diese Ziele umgesetzt werden sollen bzw. welche konkreten Maßnahmen sich hinter den Ausführungen verbergen. Von einer Verbindlichkeit, die kontrollier- bzw. überprüfbar ist, kann nicht die Rede sein.

⁵ Unter therapeutische und sozialbetreuerische Berufe fallen Beschäftigungs-, Arbeits- und Ergotherapeuten/-innen mit Berufsbezeichnungserlaubnis, Physiotherapeuten/-innen mit Berufsbezeichnungserlaubnis, Logopäden/-innen mit Berufsbezeichnungserlaubnis, staatlich anerkannte Heilberufspfleger/-innen, staatlich anerkannte Sozialarbeiter/-innen.

- Pflegepersonal sind Pflegefach-⁶ und -hilfskräfte.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Personen mit Zusatzqualifizierung zur Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen einer besonderen Personengruppe zu erfassen.

Hinsichtlich der sächlichen Ausstattung wird festgehalten, dass die Einrichtung die notwendige Versorgung mit (Pflege-)Hilfsmitteln sicherstellt, soweit hierfür versichertenbezogen nicht die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse oder anderer Leistungsträger gegeben ist.⁷ Ansonsten können die Pflegeeinrichtungen die besondere Gebäudestruktur mit Auswirkungen auf die Pflege und Betreuung darstellen.

Bayern

In Bayern wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen zu den LQV eine Empfehlung zur Umsetzung des § 80a SGB XI herausgegeben. Diese ist umfangreich und gibt wieder, was genau in den LQV geregelt werden soll: die Strukturmerkmale der Pflegeeinrichtung (darunter fallen Name, Träger, Trägerverband, Heimart und Platzzahl). Darüber hinaus sollen die Struktur des aktuellen und voraussichtlich zu betreuenden Personenkreises sowie der besondere Bedarf vereinbart werden. Hinsichtlich der Pflegebedürftigen einer besonderen Personengruppe ist festgelegt, dass die Anzahl dieser Pflegebedürftigen (Personen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems) nur zu nennen ist, soweit sie einen zusätzlichen Interventionsbedarf auslösen. Dabei ist anzugeben, wie dieser festgestellt wurde (etwa durch Assessment oder ärztliche Attestierung) und in welchem Bereich er besteht (Grundpflege; medizinische Behandlungspflege; soziale Betreuung). Hat sich die Pflegeeinrichtung auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert, sind für diese Aufnahme- und Ausschlusskriterien anzugeben.

Hinsichtlich der Einrichtungskonzeption wird gesagt, dass zugelassene Pflegeeinrichtungen neben ihrem Leistungsangebot auch ihre Einrichtungskonzeption nachweisen müssen. Die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung“ gemäß § 80 SGB XI in der vollstationären Pflege fordern die Vorlage einer Pflegekonzeption, die auf pflegewissenschaftlichen Modellen bzw. Theorien beruht. Das Pflegekonzept ist neben dem Versorgungskonzept ein Bestandteil der Einrich-

⁶ Staatlich anerkannte Altenpfleger/-innen, Altenpfleger/-innen mit Berufsbezeichnungserlaubnis, Krankenschwestern/-pfleger mit Berufsbezeichnungserlaubnis, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit Berufsbezeichnungserlaubnis und Kinderkrankenschwestern/-pfleger mit Berufsbezeichnungserlaubnis.

⁷ Dieser Passus hat lediglich deklaratorischen Charakter, denn das Bundessozialgericht hat festgelegt, dass der gegen die Krankenkasse gerichtete Anspruch auf Hilfsmittelversorgung nicht durch die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Pflege ausgeschlossen wird (BSGE 85, 287, 290). Die sächliche Ausstattung mit Hilfsmitteln darf die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 33 SGB V nicht in Frage stellen, anderenfalls würde den Versicherten den Anspruch aus § 33 SGB V versperrt (Klie/Röber in Lehr- und Praxiskommentar-SGB XI, hrsg. v. Klie, Thomas/Krahmer, Utz, 2. Aufl., Baden-Baden 2003, § 80a SGB XI, S. 767). Darüber hinaus wäre ein solcher Vertrag als ein Vertrag zu Lasten Dritter zu qualifizieren, denn die Gesamtheit der Bewohner hätte nunmehr das erforderliche Hilfsmittel paritätisch zu finanzieren. Jedenfalls ist es nicht Aufgabe einer Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger nach SGB XI, den Anspruch des Versicherten aus dem SGB V auszugestalten (Planholz RsDE Heft 57, S. 22-44 [33]).

tungskonzeption. In den darauf folgenden Passagen ist näher ausgeführt, was unter dem Pflegekonzept und dem Versorgungskonzept zu verstehen ist.

In der Empfehlung zur Umsetzung des § 80a SGB XI findet sich im Zusammenhang mit Art und Inhalt der Leistungen der Hinweis, dass sich diese im Grundsatz nach den jeweiligen im Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI vereinbarten Leistungen und den Anforderungen der Qualitätsvereinbarung gemäß § 80 SGB XI bestimmen. Dabei wird durch Unterstreichung hervorgehoben, dass die Betonung auf „Grundsatz“ liegt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere hinsichtlich der sozialen Betreuung anzumerken, dass die Basis der Darstellung die konzeptionellen Grundlagen der sozialen Betreuung bilden, die auch Bestandteil der Pflegekonzeption sind. Die Maßnahmen der sozialen Betreuung müssen individuell auf die Bewohner/-innen ausgerichtet sein und konkret benannt werden.

Darüber hinaus ist der Hinweis zu finden, dass die Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages mit anderen Leistungserbringern kooperieren können. Die Verantwortung für die erbrachte Leistung und deren Qualität trägt die beauftragende Einrichtung. Die Pflegeeinrichtung hat anzugeben, ob und welche Kooperationsvereinbarungen bestehen.

Hinsichtlich der besonderen Pflegeleistungen ist vermerkt, dass die Einrichtung die über die allgemeinen Pflegeleistungen in den Bereichen Grundpflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung hinausgehenden besonderen Pflegeleistungen in Bezug auf die Personengruppen mit besonderem Interventionsbedarf darzustellen hat.

Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI, so die Empfehlung, sollen nicht Bestandteil der Vereinbarung zwischen der Pflegeeinrichtung und den Pflegekassen sein, sondern nur nachrichtlich aufgenommen werden. Hierbei ist jedoch zu prüfen, ob und inwieweit allgemeine Pflegeleistungen oder Leistungen für Unterkunft und Verpflegung im Einklang mit den Regelleistungen stehen und als Zusatzleistungen gesondert berechnet werden.

Als weiterer Punkt in der Empfehlung ist das Qualitätsmanagement mit dem Hinweis erwähnt, dass die Einrichtung alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, welche die Qualitätspolitik und die Ziele festlegen, zu beschreiben hat. Die Empfehlung stellt dar, auf welchen Ebenen und in welchen Bereichen welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen hinsichtlich der Sicherstellung von Qualität angesiedelt sind und welche Maßnahmen und Verfahren zur Sicherstellung von Qualität ergriffen und angewendet werden. Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und Verbesserung bestimmt und sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist gegebenenfalls vorzulegen. Darüber hinaus ist vermerkt, was alles Elemente des Qualitätsmanagements sein können.

Als nächstes findet in den Empfehlungen die sächliche Ausstattung Erwähnung. Sie ist untergliedert in bauliche und räumliche Ausstattung.

Schließlich soll die Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln dargelegt werden. Dabei wird untergliedert in:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
- Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
- Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
- allgemein technische Hilfsmittel
- technische Hilfsmittel in spezialisierten Einrichtungen.

Die LQV sind zum Teil eng an den Empfehlungen orientiert, in den nachfolgend genannten Punkten finden sich aber deutliche Abweichungen von den Empfehlungen. So sollen die Einrichtungen angeben, ob sie besondere Gruppen von Pflegebedürftigen aufnehmen (etwa pflegebedürftige Kinder und Jugendliche oder Menschen mit schweren, erworbenen Hirnschädigungen, Aidskranke oder Menschen mit MS). Es sind dabei Mehrfachnennungen möglich. Allerdings wird nicht deutlich, ob die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, eine besondere Gruppe von Pflegebedürftigen aufzunehmen. Ferner sollen die Aufnahme- und die Ausschlusskriterien genannt werden.

Hinsichtlich der Pflegekonzeption und des Versorgungskonzeptes kann auf die Ausführungen hinsichtlich der Empfehlung zur Umsetzung des § 80a SGB XI verwiesen werden.

Als weiterer Punkt soll angegeben werden, welche Dienste fremd vergebene Dienste sind und welche Firmen diese durchführen.

Ferner soll sichergestellt sein, dass in jeder Nachtschicht eine Pflegefachkraft tätig ist.

Die Angaben hinsichtlich der sächlichen Ausstattung (betriebsnotwendige Anlagen und Ausstattung und die Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln) bleiben hinter den Empfehlungen zurück. Es wird lediglich gefragt, ob die Angaben aus dem Versorgungs- bzw. Rahmenvertrag eingehalten wurden. Ferner können die Einrichtungen angeben, ob sie für eine besondere Gruppe von Pflegebedürftigen besondere Hilfsmittel vorhalten.

Bezüglich der Qualitätssicherung wird ausgeführt, dass der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung dafür verantwortlich ist, Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen und durchzuführen und dass die Anwendung und Optimierung anerkannter Verfahrensstandards in der Pflege und Versorgung zu veranlassen sind. Weiter werden die Maßnahmen genannt, die der externen und internen Qualitätssicherung dienen können.

Hinsichtlich der Struktur in der Pflege findet sich folgende Passage: "Die Pflege und Versorgung der Bewohner/-innen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung orientiert sich an einer menschenwürdigen Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner/-innen. Die Tages- und Nachtstrukturierung wird bewohnerorientiert ausgerichtet. Die Pflege und Versorgung wird bedarfsgerecht und flexibel an Veränderungen der Pfl-

gesituation angepasst. Die Pflege wird unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchgeführt, die u.a. für die fachliche Planung der Pflegeprozesse, der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation, die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Dienstplanung und die Durchführung von Dienstbesprechungen im Pflegebereich zuständig ist. Die Pflegeeinrichtung gewährleistet die ständige fachliche Präsenz einer Pflegefachkraft „rund um die Uhr.“

Hinsichtlich der Qualifizierung der Mitarbeitenden und der Supervisionen soll angegeben werden, wie viele Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der allgemeinen Pflege, des Qualitätsmanagements und der gerontopsychiatrischen Pflege gemacht werden, ebenso die Anzahl der geplanten Supervisionen.

Bezüglich der Strukturdaten, welche nach den Empfehlungen ebenfalls Bestandteil der LQV sein sollen, existiert ein Anhang, in dem die Daten erfasst werden. Die Angaben sind ausführlich. So haben die Einrichtungen etwa anzugeben, ob zum Beispiel Frisör, Briefkasten oder eine Kapelle vorhanden sind. Auch Angaben zu den Zusatzleistungen und der Kooperation mit Ärzten, Fachärzten bzw. Zahnärzten oder Apotheken werden gefordert. Darüber hinaus sollen Angaben zu der Heimleitung, den Pflegefachkräften, dem hauswirtschaftlichen Dienst und dem Beauftragten für die Hygiene gemacht werden. Insbesondere soll Auskunft über die einzelnen Qualifikationen gegeben werden. Ferner sollen Ausführungen zum Heimbeirat und dem Angehörigenbeirat gemacht werden. Weshalb in den LQV (bzw. in deren Anhang) etwa Ausführungen zum Heim- und Angehörigenbeirat nötig sind und welches Ziel damit verfolgt wird, ist nicht einsichtig.

Thüringen

In Thüringen wird die gleiche Empfehlung zur Umsetzung des § 80a SGB XI verwendet wie in *Bayern*, sodass auf die obige Darstellung verwiesen werden kann.

In den LQV von Thüringen wird als erstes klargestellt, was Gegenstand der Vereinbarung ist, wobei lediglich der Gesetzestext des § 80a Abs. 2 SGB XI wiedergegeben wird. Ferner wird festgehalten, dass Bestandteil der LQV auch der als Anlage 1 bezeichnete Strukturbogen ist und als Anlage 2 eine Gesamtaufstellung der zum Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung vorgehaltenen Hilfsmittel beizufügen ist.

Unter Grundlagen/Anforderungen wird festgehalten, dass die Qualität des Leistungsangebots dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entspricht. Inhalt und Organisation der Leistungen gewährleisten eine humane und aktivierende Pflege sowie eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung der Bewohner/-innen auf der Grundlage eines nachvollziehbaren Pflegeprozesses. Beispiele zur Beurteilung der Qualität sind neben der Bewohnerzufriedenheit:

- der sachgerechte Umgang mit Prophylaxen
- der sachgerechte Umgang mit Dekubitus und Dekubitusgefahr
- der sachgerechte Umgang mit Problemen im Bereich der Ernährung (Vermeidung von Mangelernährung, Vermeidung von Flüssigkeitsmangel, PEG-Sonde)

- der sachgerechte Umgang mit Inkontinenz sowie
- der sachgerechte Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. bei Demenzerkrankungen

Ferner wird verbindlich fixiert, dass ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement eingeführt ist und permanent weiterentwickelt wird. Darüber hinaus verpflichten sich die Träger:

- erforderliche Qualifizierungsmaßnahmen durchzuführen, die sichern, dass der Wissensstand der Mitarbeitenden dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entspricht und
- die notwendigen Voraussetzungen zu gewährleisten sind, dass diese Erkenntnisse umgesetzt werden können.

Darüber hinaus werden Regelungen zur baulichen und sächlichen Ausstattung gefordert. Die bauliche und technische Infrastruktur muss eine Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen-pflegerischen Erkenntnisse ermöglichen. Hierzu gehören auch der Einsatz und die Vorhaltung einer angemessenen Sachausstattung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln. Der Träger bestätigt in den LQV, dass die notwendigen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Ferner wird festgeschrieben, dass die Pflegeeinrichtung verpflichtet ist, die für den üblichen Betrieb einer vollstationären Einrichtung notwendigen Hilfsmittel in ausreichender Anzahl zur Verfügung zu stellen. Der derzeitige Stand der vorgehaltenen Hilfsmittel ist in der Anlage 2 darzustellen. Jedoch ist gleichzeitig klargestellt, dass die Leistungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung gemäß § 33 SGB V unberührt bleiben.⁸

Hinsichtlich der LQV von Thüringen lässt sich abschließend festhalten, dass sie eher kurz gehalten sind und weniger konkrete Leistungen als vielmehr Grundsätze beschreiben. Ferner bleiben sie deutlich hinter der erwähnten Empfehlung zur Umsetzung des § 80a SGB XI zurück.

4.4.3.2 Unterschied zwischen Fachkraftquote nach § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI und Fachkraftquote des § 5 HeimpersonalVO

Gemäß § 5 HeimpersonalVO dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden. Hierbei soll nach Absatz 1 Satz 2 mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern oder mehr als vier pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein. Nach Satz 3 muss in Heimen mit pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern auch bei Nachtwachen mindestens eine Fachkraft ständig anwesend sein.

§ 6 HeimpersonalVO besagt, dass Fachkräfte im Sinne dieser Verordnung eine Berufsausbildung abgeschlossen haben müssen, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Ferner ist in Satz 2 normiert, dass Altenpflegehelfer/

⁸ Dass dies rein deklaratorischen Charakter hat, wurde bereits an anderer Stelle erläutert.

-innen, Krankenpflegehelfer/-innen sowie vergleichbare Hilfskräfte keine Fachkräfte im Sinne der Verordnung sind.

§ 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI legt fest, dass in den LQV die personelle und sachliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeitenden festzulegen ist.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass in § 71 Abs. 3 SGB XI die Voraussetzungen an eine Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 geregelt sind. § 71 SGB XI nennt die allgemeinen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit eine Einrichtung als ambulante Einrichtung (§ 71 Abs. 1 SGB XI) oder als stationäre Einrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Sinne des SGB XI gilt.

In der Praxis wird § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI unterschiedlich verstanden und ausgelegt:

In der *Freien und Hansestadt Hamburg* werden genaue Personalwerte aufgenommen und nicht entsprechend einer Quote (Auskunft eines Vertreters der Sozialbehörde), wobei für den Begriff und die Definition der Fachkraft die HeimpersonalVO dient. Die Auflistung des Personals erfolgt genau und differenziert, sodass anhand der LQV die personelle Ausstattung in der Pflege und Betreuung ablesbar ist.

Auch in *Nordrhein-Westfalen* wird die Fachkraftquote des § 5 HeimpersonalVO übernommen, als Fachkräfte gelten dort Krankenschwestern, Altenpflegerinnen und Kinderkrankenschwestern (Auskunft eines PK-Vertreters).

In den Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen in *Bayern* zur Umsetzung des § 80a SGB XI ist hinsichtlich der personellen Ausstattung vermerkt, dass diese in der LQV einschließlich der Qualifikation bezogen auf die vereinbarten Leistungen sowie auf die zukünftig erwartete Belegungsstruktur festzulegen ist. Dazu gehören insbesondere Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte (unter Nennung von Zusatzqualifikationen) und sonstige. Durch das Wort „insbesondere“ wird deutlich, dass die Aufzählung nicht abschließend sein soll (wobei „sonstige“ sehr weit gefasst ist, sodass die Bedeutung des Wortes „insbesondere“ leer läuft). Bei der Festlegung der Qualifikation der Mitarbeiter/-innen wird empfohlen, insbesondere die Anforderungen aus der HeimpersonalVO sowie aus den zutreffenden Vereinbarungen in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI zu beachten, um nicht kompatible Definitionen des Fachkraftstatus zu vermeiden. Darüber hinaus soll die personelle Ausstattung in die Bereiche Pflege, Betreuung, Verwaltung und Leitung, Hauswirtschaft, Küche, Wäscherei, Haustechnik und gegebenenfalls sonstige Dienste unterteilt werden. Für diese Bereiche ist gleichfalls die Aufbau- und Ablauforganisation zu beschreiben.

In den LQV wird das Personal sehr genau aufgeschlüsselt. In der entsprechenden Tabelle findet sich ein umfangreicher Katalog an Tätigkeiten. Es wird weiterhin darauf hingewiesen, dass unter „Pflegefachkraft“ Altenpfleger/-innen, Krankenschwestern/-pfleger und Kinderkrankenschwestern/-pfleger fallen. Auch wird festgehalten, dass der Einrichtungsträger eine Verschiebung, d.h. Reduzierung des vorgehaltenen Personals eines Fachbereichs zu Gunsten einer Fremdvergabe von Leistungen dieses Fachbereichs oder umgekehrt dann vornehmen kann, wenn Inhalt, Umfang und Quali-

tät der Leistung dadurch nicht geändert werden. Darüber hinaus soll der Pflege Schlüssel vervollständigt und es soll angegeben werden, inwieweit gerontopsychiatrisches Fachpersonal enthalten ist. Hinsichtlich der Fachkraftquote soll die Einrichtung ankreuzen, ob entweder die vereinbarte oder die gesetzliche Fachkraftquote sichergestellt ist.

Hinsichtlich der personellen Ausstattung bzw. des Personaleinsatzes findet sich in den LQV von *Thüringen* der Hinweis, dass die Gesamtpersonalausstattung für Pflege und soziale Betreuung gemäß Anlage 1 (Strukturbogen) unter Berücksichtigung der Bewohnerstruktur auch gemäß Strukturbogen für die zu erbringenden Leistungen vereinbart wird. Ferner verpflichtet sich der Träger, mit dem in der LQV als notwendig anerkanntes Personal eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege und soziale Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner jederzeit sicherzustellen. Er verpflichtet sich des Weiteren, bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen die Versorgung der Heimbewohner abzusichern.

Auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen weist der Träger in einem Personalabgleich nach, dass das vereinbarte Personal tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt ist (§ 80a Abs. 5 SGB XI). Falls das vereinbarte Personal in Vollzeitkräften oder Qualifikation vom tatsächlich bereitgestellten und bestimmungsgemäß eingesetzten Personal abweicht, hat der Träger gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen die Gründe hierfür nachzuweisen. Eine Vertragsverletzung liegt vor, wenn die Abweichung vom vereinbarten Personal nicht durch erlös-wirksame Veränderungen in der Belegungsstruktur durch den Träger dargestellt werden kann.

Wenn im Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI ein neues landesweites Verfahren zur Personalbemessung oder zur Bemessung der Pflegezeiten für verbindlich erklärt werden sollte, ist dieses im Rahmen der nächstfolgenden Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.

In *Niedersachsen* wird nicht zwischen Fachkraftquote nach § 80a SGB XI und § 5 HeimpersonalVO unterschieden. Inzwischen rechnet das Land *Niedersachsen* auch in der HeimpersonalVO nach Stellen und nicht wie früher nach Köpfen. In der Regel wird die Formulierung verwendet: "Die Fachkraftquote beträgt mindestens 50% nach Stellen gerechnet." (ET- Vertreter).

In *Schleswig-Holstein* ist die personelle Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeitenden den LQV als Anlage beizufügen. Die in der Anlage angegebene personelle Ausstattung ist auf die Struktur und voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises ausgerichtet. Veränderungen auf Grund einer veränderten Struktur des zu betreuenden Personenkreises sind unter Beachtung der HeimpersonalVO und des SGB XI möglich. In der Anlage wird zwischen der personellen Besetzung im „Pflegebereich“ und im „sonstigen Bereich“ differenziert. Hinsichtlich der personellen Besetzung im „Pflegebereich“ wird unterschieden zwischen leitender Pflegefachkraft,

stellvertretender leitender Pflegefachkraft, Stationsleitungen, Pflegefachkräften, Pflegekräften (mind. 1-jährige pflegerische Ausbildung), sonstigen Pflegekräften, sonstigem Personal wie z.B. Therapeuten/-innen und Sozialarbeitern/-innen und Berufspraktikanten/-innen und Praktikanten/-innen.

Was unter einer Pflegekraft zu verstehen ist, wird nicht explizit erläutert, insbesondere nicht, ob die Definition des SGB XI zu Grunde gelegt wird oder die des § 7 HeimpersonalVO.

Unter personelle Besetzung im „sonstigen Bereich“ fallen Hauswirtschaftsleitung, Köche, Küchenpersonal, Reinigungsdienst und Wäscherinnen/Näherinnen.

Hinsichtlich der Personalbemessung gelten in *Brandenburg* als vorläufiger Maßstab bis zur Einführung von Personalbemessungsverfahren Personalanhaltszahlen (Pflegestufe I: 1:4,28; Pflegestufe II: 1:3,04; Pflegestufe III: 1:2,08, Härtefall: 1:1,80). In den dargestellten Personalanhaltszahlen ist der Personalstellenanteil der leitenden verantwortlichen Pflegefachkraft im Sinne des § 71 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI nicht enthalten. Die leitende verantwortliche Pflegefachkraft ist entsprechend von Aufgaben der unmittelbaren Betreuung und Pflege freizustellen. Darüber hinaus ist in den LQV festgehalten, was die Leitungsfunktion umfasst. Durch die Wortwahl „insbesondere“ wird deutlich, dass dies nicht abschließend sein soll. Es ist darüber hinaus festgeschrieben, wie eine sachgerechte Personalbemessung für die leitende verantwortliche Pflegefachkraft aussieht. Bezüglich der Bereitstellung und der fachlichen Qualifikation des Personals wird in den LQV auf die HeimpersonalVO, die Vereinbarungen nach § 80 SGB XI und die LQV selbst verwiesen.⁹

Darüber hinaus wird festgehalten, dass die Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Menschen mit Demenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich bei der Bemessung der Personalanhaltszahlen zu berücksichtigen ist.

§ 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI wird von Seiten eines Pflegekassenvertreters dahingehend verstanden, dass er präziser ist als § 5 HeimpersonalVO und über die Vorschrift beabsichtigt wird, „eine gewisse Struktur herzustellen und das Personal am Bedarf zu bemessen“. Das Personal soll auf diese Weise zuordenbar sein (PK-Vertreter).

Eine anderes Verständnis ist, dass § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI keine Fachkraftquote im eigentlichen Sinne enthalte. Dort werde lediglich von der Qualifikation des Personals gesprochen, nicht von Quoten. Bei der Anwendung der Personalrichtwerte in Form von Bandbreiten müsse den Pflegeeinrichtungen auch ein gewisser Spielraum in Abhängigkeit von der konkreten Belegung eingeräumt werden. Die Pflegekassen berücksichtigten bei Pflegesatzvereinbarungen die von der Heimaufsicht für die jeweilige Pflegeeinrichtung oder das Land bzw. die Region festgelegte Fachkraftquote.

⁹ Wobei es paradox erscheint, in der LQV auf die LQV zu verweisen, insbesondere auf Punkte, die im vorausgehenden Punkt behandelt worden sind.

Unterschiede gäbe es insofern, als die Definition von Fachkräften in der HeimpersonalVO und dem SGB XI voneinander abweichen. Das SGB XI grenze die Pflegefachkraft im § 71 Abs. 3 SGB XI auf maximal vier Berufsgruppen ein. Fachkraft i.S. der HeimpersonalVO orientiere sich nicht ausschließlich auf die Pflege, sondern umfasse daneben andere Berufsgruppen (etwa aus dem betreuenden/therapeutischen Bereich: Sozialpädagogen/-innen, Erzieher/-innen, Beschäftigungstherapeuten/-innen, usw.). Die Fachkraftquote ergäbe sich darüber hinaus aus dem Verhältnis der Fachkräfte zu den Nicht-Fachkräften. Grundlage sei die Zahl der Beschäftigten, nicht die Zahl der Vollzeitkräfte. Die Quote könne insofern auf unterschiedliche Art und Weise erfüllt werden. Teilzeitkräfte und Vollzeitkräfte würden gleichgestellt (PK-Vertreter).

Ein Vertreter eines Einrichtungsträgers „löst“ dieses Problem dahingehend, dass in § 80a SGB XI nur die Qualifikation der Mitarbeitenden anzugeben ist, aber nicht die Fachkraftquote. Die Fachkraftquote gemäß HeimpersonalVO wird nur durch die Heimaufsichtsbehörde für betreuende Tätigkeiten, also für Pflege und soziale Betreuung, zu einem Stichtag festgelegt (ET-Vertreter).

Hierzu ist anzumerken, dass dieser Einrichtungsträger 2004 ein Rundschreiben an seine Mitglieder herausgegeben hat, indem er sich zu den Muster-LQV äußert. Hinsichtlich der personellen Ausstattung ist hier vermerkt: „Weiter muss die Qualifikation des Personals dargestellt werden. In der Tabelle kann dies über die Vereinbarung der Fachkraftquote der Einrichtung vorgenommen werden.“

Dem wird auch von einem anderen Einrichtungsträger zugestimmt: Die Fachkraftquote in § 5 HeimpersonalVO unterscheidet sich nicht von den Regelungen in den LQV. Denn durch die LQV dürfe nicht gegen geltendes Recht verstoßen werden und eine Quote, die über der gesetzlichen Normierung läge, müsse man dann auch einhalten, ohne dass es zu Vergütungserhöhungen kommt. Die Regelung in den LQV hinsichtlich des Personals würde nichts anderes darstellen als die angegebene Quote, denn letztlich „kommt man immer zu einer Quote“, auch wenn die Angaben aufgeschlüsselt werden (ET-Vertreter).

Der Vertreter eines anderen Einrichtungsträgers äußerte sich in der Weise, dass es nur eine Fachkraftdefinition des SGB XI gebe und zwar anhand der Qualifikationen, die in §§ 71 f. SGB XI aufgeführt sind. Es gebe somit „keine unterschiedlichen Fachkräfte“. Es sei des Weiteren vorzugswürdiger, wenn man nicht bestimmte Stellen vereinbare, sondern mittels eines Schlüssels/Korridors vorgehen würde. Die Ausstattung könne dann der Belegung folgen, so wäre eine stetige Anpassung möglich, auch hinsichtlich der Finanzierung (ET-Vertreter).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Problem sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Fraglich ist jedoch, ob es dem Sinn und Zweck entspricht, nur den Vorgaben des § 5 HeimpersonalVO zu genügen, denn dann wäre § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI überflüssig. Ferner kann in Einrichtungen mit einem hohen Anteil an

medizinischer Behandlungspflege oder einem komplexen sozialen Betreuungsbedarf das Erfordernis an Fachkräften weit darüber hinausgehen.¹⁰

Ergo: Es herrscht Unsicherheit darüber, was genau unter Fachkraft verstanden wird, d.h. ob bei den LQV die Definition des § 6 HeimpersonalVO oder die des § 71 Abs. 3 SGB XI zu Grunde zu legen ist.

4.4.3.3 Personengruppen, die unter den Personenkreis mit besonderem Bedarf gefasst werden

§ 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB XI knüpft an den besonderen Bedarf bei der Grund- und Behandlungspflege und der sozialen Betreuung an. Was ein besonderer Bedarf ist, wird nicht näher erläutert und geht auch aus der Gesetzesbegründung nicht hervor.

In *Nordrhein- Westfalen* sind in den LQV keine Personengruppen mit besonderem Bedarf definiert. Jedoch ist vereinbart worden, dass nach den gesetzlichen Grundlagen die Pflegeeinrichtung mit Heimbewohnern in besonderen Pflegesituationen sach- und fachgerecht umzugehen hat. Bestimmten Pflegesituationen wird besondere Bedeutung zugemessen. Dies gilt bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Dekubitus, mit Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und mit Inkontinenz.

Auch in *Niedersachsen* herrscht Uneinigkeit was unter den besonderen Bedarf fällt. Nach Ansicht eines Leistungsanbieters sind die Pflegekassen und Sozialhilfeträger bemüht, die „Hürde“ möglichst hoch zu setzen, mit der Folge, dass es kaum Bewohner/-innen mit einem besonderen Bedarf gibt. Schwierigkeiten ergeben sich auch dadurch, dass der „normale Bedarf“ nicht präzise definiert ist. In einer Schiedsstelle wurde beispielsweise diskutiert, ob der „normale Bedarf“ in einer Spezialeinrichtung für MS-Kranke nicht per se höher sein müsste und daher der besondere Bedarf völlig anderes zu definieren sei als in „normalen“ Altenpflegeeinrichtungen (ET-Vertreter).

In der niedersächsischen Empfehlung der Pflegesatzkommission gemäß § 86 SGB XI für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von LQV wird zwischen dem besonderen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege und an sozialer Betreuung differenziert. Unter dem Punkt „besonderer Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ ist definiert, dass er dann regelmäßig vorliegt, wenn Bewohner/-innen gepflegt werden, für die Diagnosen gestellt sind, auf Grund derer in der Regel erhöhte Aufwendungen an medizinischer Behandlungspflege entstehen (insbesondere Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte, Orsa-Keim mit Wunde, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, Ulcus cruris, Zustand nach Venenthrombose, Tumorerkrankungen, Träger von Trachealkanülen sowie Aids). Darüber hinaus können bei Menschen mit Verweigerungstendenzen unabhängig von der Diagnose Maßnahmen der Behandlungspflege besonders zeitaufwändig sein.

¹⁰ Plantholz, Markus, Offene Probleme der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gemäß § 80a SGB XI, RsDE 2005, Heft 57, S. 22-44 (31).

Hinsichtlich des besonderen Bedarfs an sozialer Betreuung ist geregelt, dass insbesondere die Cohen-Mansfield-Skala verbunden mit dem Minimental-State-Verfahren als geeignet erachtet wird, den Personenkreis mit einem besonderen Bedarf an sozialer Betreuung zu ermitteln. Dieser besondere Bedarf kann auch auf der Grundlage der Heimbewohner/-innen ermittelt werden, bei denen dauerhaft eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a Abs. 1 SGB XI besteht.

In *Schleswig-Holstein* soll in den LQV die Anzahl der Pflegebedürftigen einer Personengruppe mit besonderem Bedarf festgehalten werden, wobei hier zwischen der aktuellen Belegung (auf der Basis der durchschnittlichen Belegung der letzten drei Monate vor Abschluss der LQV) und der voraussichtlichen Belegung differenziert wird. Abermals ergibt sich nicht, wie die voraussichtliche Belegung ermittelt wird. Die Zuordnung der Heimbewohner/-innen in eine Personengruppe mit einem besonderen Bedarf erfolgt durch die Einrichtung auf der Grundlage eines fachlich anerkannten Verfahrens (z.B.: Cohen-Mansfield). Im begründeten Einzelfall wird ein weiterer Nachweis über die Zuordnung zu dieser Personengruppe erbracht.

Somit wird in den LQV festgelegt, *wie* der besondere Bedarf festgestellt wird, aber nicht *wer* unter den besonderen Bedarf fällt.

In *Brandenburg* liegen Vereinbarungen für besondere Personengruppen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten sowie für Menschen mit apallischem Syndrom vor. Hierfür werden zum einen im Versorgungsvertrag die Spezifika der zu betreuenden Klientel und weitere fachliche Anforderungen und zum anderen mit der LQV individuelle Personalanhaltszahlen und Leistungen, abweichend zum Rahmenvertrag, vereinbart (PK-Vertreter).

In den LQV von *Bayern* wird von Pflegebedürftigen einer besonderen Personengruppe gesprochen. Darunter werden Personen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems verstanden.

In den LQV von *Thüringen* ist normiert, dass eine eigenständige Vereinbarung mit vereinfachtem Unterschriftskreis abzuschließen ist, soweit in der Pflegeeinrichtung pflegebedürftige Personen versorgt werden, für die auf Grund einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung im Sinne des § 72 SGB XI eine spezielle Versorgung stattfindet. Zu diesem Personenkreis zählen zum Beispiel Personen mit apallischem Syndrom, beatmungspflichtige Personen und verhaltensauffällige mobile demenziell erkrankte Personen. Dieser Katalog ist nur beispielhaft, nicht abschließend.

Auch bei den Pflegekassenvertretern lässt sich keine einhellige Meinung feststellen. Zum Teil werden die in § 75 Abs. 3 SGB XI genannten Personengruppen berücksichtigt (Pflegebedürftige mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und andere Leiden des Nervensystems), ggf. seien aber auch andere - z.B. Bewohnerinnen und Bewohner mit MS-Erkrankungen, Erblindungen, beatmungspflichtige Bewohner/-innen - zu berücksichtigen, die einen höheren Interventionsbedarf auslösen. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen werde immer die gesamte Pflegeeinrichtung mit ihrem gesamten Leistungsspektrum

in den Blick genommen. Dieses Leistungsspektrum sei zusammen mit der zu versorgenden Bewohnerklientel die Grundlage für die Personalbemessung. Eine andere Vorgehensweise besteht darin, die Definition des besonderen Bedarfs von der Konzeption der Pflegeeinrichtung abhängig zu machen.

Bei den Vertretern der Einrichtungsträger lässt sich ebenfalls keine durchgängige Linie feststellen, so werden unter „pflegebedürftige Personen“ zum einen gerontopsychiatrisch veränderte Menschen, Wachkomapatienten und Langzeitbeatmete gefasst.

Ein Vertreter der Einrichtungsträger macht im Rundschreiben an seine Mitglieder unter der Frage, „was ist an dieser Stelle der besondere Bedarf“?, folgende Ausführungen: „Bei der Ermittlung des so genannten „besonderen Bedarfs“ kann auf Diagnosegruppen zurückgegriffen werden. Ein besonderer Bedarf kann dementsprechend dann vorliegen, wenn Bewohner/-innen gepflegt werden, für die besondere Diagnosen durch den Arzt oder Facharzt gestellt sind. Ein besonderer Bedarf (erhöhte Aufwendungen in der Pflege und Betreuung) kann u.a. auch vorliegen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit den Krankheiten AIDS, Alzheimer, Amnestisches Syndrom, Aphasie, Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, Epilepsie, geistige Behinderung, Multiple-Sklerose, Korsakow, Parkinson-Syndrom sowie Alkoholranke, Apalliker, Beatmungspatienten, chronisch psychisch Kranke, demenziell Erkrankte, gerontopsychiatrisch Erkrankte, psychisch Behinderte, Patienten mit schweren Hirnschädigungen, Körperbehinderungen, Palliativpatienten und Wach-Koma-Patienten.

Ein anderer Einrichtungsvertreter meint, man müsse zwischen normalen Einrichtungen und Einrichtungen, welche einen besonderen Hilfebedarf abdecken, unterscheiden. Es gebe allerdings nur wenige Einrichtungen, die lediglich Personengruppen mit einem besonderen Bedarf versorgen. Für den Fall, dass beides vorhanden ist, könne man auch zwei LQV abschließen. Insgesamt gebe es ca. 20 Personengruppen, die unter den besonderen Bedarf gefasst werden können (etwa Demenzkranke - sie seien anzahlmäßig am häufigsten vertreten -, alt gewordene Suchtkranke, pflegebedürftige Verhaltensauffällige). Es gehe um das Abweichen von der Norm im Sinne einer Unterscheidung vom üblichen Schnitt der Bewohnerschaft eines Heimes (ET-Vertreter).

Auch hinsichtlich dieser Fragestellung lässt sich konstatieren, dass die Handhabung in der Praxis unterschiedlich ist. Dies liegt möglicherweise daran, dass Unsicherheit darüber besteht, ob mit § 75 Abs. 3 SGB XI eine „Leitlinie“ geschaffen wurde, an der man sich auch für die LQV orientieren kann. Ferner herrscht offensichtlich Unklarheit darüber, ob es einen „generellen“ besonderen Bedarf gibt oder ob auf die Konzeption einer jeden Pflegeeinrichtung gesondert abzustellen ist. Darüber hinaus lassen sich verschiedene Interessen ausmachen: Auf der einen Seite die Pflegeeinrichtungen und deren Verbände, welche auf Grund der Hoffnung auf eine Vergütungserhöhung ein Interesse an der Festlegung eines besonderen Bedarfs haben, und auf der anderen Seite die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger, die aus Kostengründen eher dagegen votieren.

4.4.3.4 Anwendung der Minderungsmöglichkeit nach § 115 Abs. 3 SGB XI

Heterogen sind auch die Erfahrungen mit der „Minderungsmöglichkeit“ nach § 115 Abs. 3 SGB XI, wonach die Vergütung zu kürzen ist, wenn eine Pflegeeinrichtung ihren gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere auch aus den LQV, nicht nachkommt. Die Vorschrift des § 115 Abs. 3 SGB XI ist insofern ein rechtliches Novum, als die Minderung dem Dienstvertrag ansonsten fremd ist, nun aber die Minderung bezüglich der dienstvertraglichen Komponenten im Mischtypus des Heimvertrages durchaus zulässig erscheint.¹¹ § 115 Abs. 3 SGB XI stellt eine gesetzliche Pflicht dar, die Minderung steht somit nicht im Ermessen der Pflegekassen.

In *Brandenburg* ist in den LQV die Einigkeit der Vertragsparteien vermerkt, dass insbesondere in der Belegungsstruktur Veränderungen gegenüber den prognostizierten Annahmen in den LQV eintreten können. Soweit eine Unterschreitung des vorzuhaltenden Personals kurzfristig auftritt, die auf eine Veränderung der Belegungsstruktur zurückzuführen ist, ist eine Kürzung der vereinbarten Pflegevergütungen gemäß § 115 Abs. 3 SGB XI nicht vorgesehen.

In den LQV von *Thüringen* ist explizit vermerkt, dass bei Vertragsverletzungen die §§ 74, 115 SGB XI gelten. Dieser Hinweis ist jedoch deklaratorisch, denn wie bereits erwähnt, handelt es sich nicht um eine Ermessensvorschrift.

Die Pflegekassen machen zunehmend von dieser Möglichkeit Gebrauch, allerdings meist erst nach Verwarnungen und nach der Nichterfüllung von Auflagen. Hintergrund seien i.d.R. die Ergebnisse aus den nach § 80a Abs. 5 SGB XI durchgeführten Personalabgleichen oder auch festgestellte Defizite im Rahmen von Qualitätsprüfungen, die zu einer Rückforderung seitens der Pflegekassen führen (PK-Vertreter).

Ein lokaler Vertreter der Pflegekassen steht dem § 115 Abs. 3 SGB XI grundsätzlich kritisch gegenüber, denn § 115 Abs. 3 SGB XI sei kaum umsetzbar („Wie soll man ein Defizit an einer Pflegeleistung am Menschen in der Weise messbar machen, dass ein Umrechnung in Geld nachvollziehbar ist, zumal sich die Kürzung erst auf ein zukünftiges Budget auswirkt und das dann ggf. zu Lasten nachfolgender Pflegebedürftiger geht?“).

Für die Einrichtungsträger stellt sich die Situation so dar, dass von § 115 Abs. 3 SGB XI überwiegend kein Gebrauch gemacht wird, weil die Umsetzbarkeit zweifelhaft ist. Das Problem liege darin, dass in § 115 Abs. 3 SGB XI keine „Toleranzgrenze“ vorhanden ist; jeglicher Mangel würde zu einer Minderung führen. § 115 Abs. 3 SGB XI könnte man streichen, da schon vor seiner Einführung so verfahren wurde. Ein weiteres Problem des § 115 Abs. 3 SGB XI liege darin, dass nicht klar sei, was einen Mangel darstelle und was als Grundlage genommen werde. Folge dessen ist, dass Gerichtsverfahren eingeleitet werden und § 115 Abs. 3 SGB XI erst dann tatsächlich angewendet werde, wenn die bzw. der Bewohner/-in bereits verstorben ist. Die Folge in

¹¹ Planholz, Markus, Offene Probleme der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gemäß § 80a SGB XI, RsDE 2005, Heft 57, S. 35.

der Praxis sei, dass § 115 Abs. 3 SGB XI eher restriktiv angewendet wird (ET-Vertreter).

Andere Einrichtungsvertreter meinen, dass nur in Norddeutschland (d.h. in *Niedersachsen* oder *Schleswig-Holstein*) von dieser Regelung Gebrauch gemacht wird (ET-Vertreter). Gründe hierfür wurden nicht genannt.

Im Hinblick auf § 115 Abs. 3 SGB XI ist ferner zu berücksichtigen, dass sich noch nicht absehen lässt, ob dieses Instrument den gewünschten Erfolg bringt (die Durchsetzung der festgelegten Qualitätsstandards) bzw. wann genau es eingesetzt werden sollte. Des Weiteren sind regionale Unterschiede zu erkennen.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass der Anwendungsbereich des § 115 Abs. 3 SGB XI sich auch auf andere gesetzliche und vertragliche Verpflichtungen wie z.B. den Versorgungsvertrag erstreckt. Darüber hinaus ist weitgehend einhellige Meinung, dass § 115 Abs. 3 SGB XI erst dann zur Anwendung kommt, nachdem die Einrichtung verwahrt bzw. sie in sonstiger Art und Weise aufgefordert wurde, die Missstände zu beheben. Insofern wird der Gesetzeswortlaut nicht genau angewendet.

Die Formulierung des § 115 Abs. 3 Satz 1 SGB XI lässt nicht ohne weiteres erkennen, ob ein Kürzungsanspruch schon dann besteht, wenn eine Einrichtung die in der LQV zugesagte Personalstärke oder Fachkraftquote vorübergehend nicht einhält oder ob es zusätzlich der Feststellung bedarf, dass - hierdurch bedingt - die Verpflichtung zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung nicht eingehalten worden ist, die Einrichtung also die personelle Minderbesetzung etwa durch zusätzliche Anstrengungen nicht ausgeglichen hat.¹²

Ferner ist anzumerken, dass, soweit ein Kürzungsbetrag wegen der Verletzung der LQV vereinbart oder durch die Schiedsstellen festgesetzt ist, das Recht der Bewohnerin bzw. des Bewohners entfällt, eigenständig eine Minderung der Vergütung wegen desselben Pflichtenverstoßes einzufordern (§ 5 Abs. 11 S.2 HeimG). Bewohnerinnen und Bewohnern wird dadurch eine Handlungsmöglichkeit genommen.

4.4.3.5 Unterschiede im Zusammenhang mit Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen zwischen dem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI und den LQV nach § 80a SGB XI

Nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI sind im Versorgungsvertrag Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2 SGB XI) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind.

Bei den von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Trägern der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen nach § 75 SGB XI zu schließenden Verträgen handelt es sich um öffentlich-rechtliche Verträge, welche nur gemeinsam und einheitlich abgeschlossen werden können. Der Inhalt der Rahmenverträge bestimmt sich im

¹² Udsching, Peter, Aktuelle Fragen des Leistungserbringerrechts in der Pflegeversicherung - ein Jahr nach dem Inkrafttreten des PQsG, SGB 2003, S. 133-139 (136).

Wesentlichen nach den gesetzlichen Vorgaben gemäß § 75 Abs. 2 SGB XI. Allerdings ist der dort festgeschriebene Regelungskatalog nicht abschließend.¹³ Hinsichtlich der LQV nach § 80a SGB XI finden sich inhaltliche Vorgaben in § 80a Abs. 2 SGB XI. In § 80a Abs. 2 Satz 2 SGB XI ist normiert, dass insbesondere die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, Art und Inhalt der Leistungen und die personelle und sächliche Ausstattung festzulegen sind. Anhand der Wortwahl des Gesetzgebers mit „insbesondere“ wird deutlich, dass die Normierungen nicht abschließend sein sollen.

In den LQV von *Bayern* ist hinsichtlich Art, Inhalt und Ziel der Leistungen normiert, dass Pflege und die damit verbundene Begleitung und Unterstützung umfassende Prozesse sind, die je ihre eigenen Qualitäten haben. Die Pflege wird bedarfsgerecht und flexibel mit Hilfe des Pflegeprozesses an Veränderungen der Situation der Bewohnerin/des Bewohners angepasst.

Innerhalb des Pflegeprozesses sind die Pflegeanamnese und -planung, die Ermittlung des Versorgungsbedarfs und die Planung, Koordinierung und Ausführung der Leistungen sowie deren Dokumentation und Evaluation grundlegende Bestandteile, die auf der Grundlage des Pflegekonzepts erbracht werden. Für jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner wird eine individuelle Pflegeplanung durchgeführt. Die Empfehlungen des MDK nach § 18 Abs. 6 SGB XI werden berücksichtigt.¹⁴ Darüber hinaus sollen die Einrichtungen angeben, ob bei ihnen Dekubitusprophylaxe, Entlassungs- oder Schmerzmanagement durchgeführt werden.

Hinsichtlich der sozialen Betreuung sollen die Einrichtungen verbindlich festlegen, welche Angebote sie den Bewohnerinnen und Bewohnern machen. Es wird unterteilt zwischen regelmäßigen und gelegentlichen Angeboten und es soll angegeben werden, ob es eine allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung von pflegebedürftigen, geistig behinderten, psychisch veränderten oder dementen Menschen, einschließlich tagesstrukturierenden Maßnahmen und Interventionen (z.B. bei Angst- oder Unruhezuständen), Sterbebegleitung oder seelsorgerische Angebote, gibt. Ferner wird vorgeschrieben, dass die Einrichtung die im Einzelfall notwendige Organisation und Planung im Rahmen der sozialen Betreuung für Behördengänge, Einkäufe und Arztbesuche außerhalb der Einrichtung und die Verwaltung des Barbetrages übernimmt, soweit sie nicht durch den Bewohner/die Bewohnerin selbst, die Betreuungsperson oder sonstige Dritte geleistet werden kann. Es soll auch mitgeteilt werden, ob die notwendige Begleitung bei Spaziergängen im Haus und auf dem Gelände der Einrichtung oder Kulturveranstaltungen in der Einrichtung im Entgelt enthalten sind.

Auch die Ausführungen hinsichtlich der Verpflegung sind sehr detailliert. Es soll angegeben werden, ob Menüwahl besteht, welche sonstigen Angebote gemacht werden, ob es ein Buffet gibt, ob Zwischenmahlzeiten auf Wunsch, Nachmittagskaf-

¹³ Knittel in Krauskopf, Dieter, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung Kommentar, Band 2, Stand: April 2005, München 2005, § 75 SGB XI, Rn. 10.

¹⁴ Welchen Zweck diese Ausführungen haben, wird nicht deutlich. Sie erinnern vielmehr an eine Präambel, mit der die Bedeutung der Pflege deutlich gemacht werden soll.

fee/Kuchen, individuelle Änderungswünsche berücksichtigt werden etc. Darüber hinaus sollen die genauen Essenszeiten angegeben werden. Hinsichtlich der Getränkeversorgung sollen die Angaben genauso ausführlich sein.

Bezüglich der Wäscheversorgung werden ebenfalls sehr genaue Angaben verlangt. Vorgeschrieben ist zunächst, dass die Wäscheversorgung die Bereitstellung, Instandhaltung und Reinigung der von der Einrichtung zur Verfügung gestellten Lagerungsmittel und Wäsche sowie das maschinelle Waschen, Bügeln bzw. Zusammenlegen der persönlichen Wäsche und Kleidung umfasst. Ferner sollen Angaben hinsichtlich der bewohnereigenen Flachwäsche (Bett- und Tischwäsche, Waschlappen, Handtücher usw.) und deren Nutzung bzw. Reinigung gemacht werden.

In *Niedersachsen* sind im Versorgungsvertrag praktisch keine Aussagen hinsichtlich Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen zu finden. Bei den Grundpflegeleistungen wird i.d.R. auf den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI verwiesen, da dort die Leistungen ausführlich beschrieben sind. Alle anderen Leistungsbereiche (soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege, Verpflegung, Reinigung etc.) werden in den LQV näher definiert (Auskunft eines ET-Vertreters).

Auch in *Nordrhein-Westfalen* ist die Situation so, dass der Versorgungsvertrag eher allgemein und einrichtungsbezogen abgefasst ist, während der Rahmenvertrag allgemeine Vorgaben hinsichtlich der Leistungen enthält. Im Versorgungsvertrag ist der Passus enthalten, dass die Einzelheiten hinsichtlich der Pflege in den Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und die Qualitätssicherung nach § 80 Abs. 1 SGB XI sowie im Rahmenvertrag zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege nach § 75 SGB XI für das Land *Nordrhein-Westfalen* geregelt sind. In den LQV wird im Zusammenhang mit Art und Inhalt der Leistungen darauf hingewiesen, dass sich diese nach den Regelungen des jeweils gültigen Rahmenvertrages gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI und nach den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in Verbindung mit § 112 SGB XI bestimmen. Es besteht allerdings die Möglichkeit, Ergänzungen und Abweichungen des Leistungs- und Qualitätsgeschehens aufzuführen.

Im Rahmenvertrag wird dann schließlich bestimmt, wie die Leistungen auszusehen haben und was alles etwa unter „Körperpflege“, „Ernährung“ und „Mobilität“ zu verstehen ist. Die Ausführungen sind detailliert und ausführlich.

Auch in den LQV der *Freien und Hansestadt Hamburg* wird bei Art und Inhalt der Leistungen weitgehend auf den gültigen Rahmenvertrag verwiesen. Jedoch wird sowohl bei der sozialen Betreuung als auch bei der Behandlungspflege die Möglichkeit geboten einrichtungsbezogen und individuell bestimmte Angebote anzugeben. Auch bei den Leistungen der Unterkunft und Verpflegung wird die Option eröffnet, besondere Leistungen der Unterkunft und Verpflegung zu benennen.

In *Schleswig-Holstein* wird hinsichtlich der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege auf den jeweils gültigen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für die vollstationäre Pflege in *Schleswig-Holstein* verwiesen. Jedoch be-

steht die Möglichkeit, Leistungen im Bereich der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege für Personengruppen mit besonderem Bedarf über die Leistungen im Rahmenvertrag hinaus zu erbringen. Diese Möglichkeit besteht allerdings jeweils nur für Personengruppen mit einem besonderen Bedarf.

Hinsichtlich der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung wird abermals auf den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI verwiesen, jedoch müssen Angaben gemacht werden, wie die Getränkeversorgung und Verpflegung aussieht (wie viele Mahlzeiten angeboten werden, welche Kostformen sowie Art und Umfang des Getränkeangebots). Auch bei der Unterkunft und Verpflegung besteht die Option, Leistungen für Unterkunft und Verpflegung für Personengruppen mit besonderem Bedarf zu erbringen, die über den Rahmenvertrag hinausgehen.

In *Brandenburg* wird vor Erstabschluss einer LQV ein Informationsblatt „Empfehlung zur Umsetzung des § 80a SGB XI“ übersandt. In ihm wird darauf hingewiesen, dass es nicht erforderlich ist, die Leistungsanforderungen, die z.B. im Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI und im Versorgungsvertrag gemäß §§ 72 und 73 SGB XI geregelt sind, nochmals abzubilden (Auskunft eines PK-Vertreters). Folglich wird in den LQV in *Brandenburg* auch festgelegt, dass sich Art und Inhalt der Leistungen im Grundsatz nach dem gültigen Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI und den Anforderungen der Qualitätsvereinbarung gemäß § 80 SGB XI bestimmen und Grundpflege, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung sowie Unterkunft und Verpflegung umfassen. Sie können jedoch zusätzliche Pflegeleistungen für Pflegebedürftige einer Personengruppe mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf vereinbaren.

In der Empfehlung zur Umsetzung des § 80a SGB XI (die als Informationsblatt zum Verbleib beim Einrichtungsträger dient), steht u.a., dass „der Träger der Pflegeeinrichtung den Kostenträgern gem. § 85 Abs. 2 SGB XI für den zukünftigen Vereinbarungszeitraum einen schriftlichen Vorschlag für die zu erbringenden Leistungen und deren Qualität unterbreitet. Dieser Vorschlag enthält neben den allgemeinen Daten (Strukturmerkmale, Art der Einrichtung) nachvollziehbare Aussagen zu den wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmalen. Dabei sind neben der Struktur des betreuten Personenkreises die Leistungen darzulegen“.

Dieses Ziel ist offensichtlich nicht erreicht worden, denn die LQV enthalten primär Aussagen über den zu betreuenden Personenkreis und das Personal.

Ein Vertreter der Pflegekassen beurteilt den Versorgungsvertrag wegen seiner Funktion als Zulassungsinstrument als ungeeignet für sich derart temporär verändernde Gegebenheiten einer Pflegeeinrichtung. Dies solle in den LQV oder auch in der Pflegegesetzvereinbarung berücksichtigt und fortlaufend angepasst werden. Die genauen Unterschiede zwischen Versorgungsvertrag und LQV lassen sich jedoch nicht pauschal feststellen. Von einer Pflegeeinrichtung sei mit Bezug auf den Bewohnerkreis darzulegen, welche besonderen Leistungen im Hinblick auf den Interventionsbedarf in den Bereichen Grundpflege, Behandlungspflege und soziale Betreuung zu erbringen sind. So könne sich z.B. bei der Personengruppe der Pflegebedürftigen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen ein besonderer Pflege- und Betreuungsbedarf erge-

ben, weil beispielsweise Weglauftendenzen, aggressives Verhalten oder Angstzustände gegenüber Personen und Sachen oder auch Selbstgefährdungen auftreten. Es sei von der Pflegeeinrichtung zu beschreiben, mit welchen Leistungen sie den genannten Symptomen begegnet und welcher Mehraufwand damit verbunden ist (PK-Vertreter).

Ein anderer Pflegekassenvertreter trägt vor, dass der Rahmenvertrag im Vergleich zu den LQV abstrakter ist. Aus den LQV sei damit Konkreteres ablesbar (PK-Vertreter).

Ein Einrichtungsträgervertreter äußerte sich dahingehend, dass er über keinerlei Kenntnisse verfüge, dass sich die Versorgungsverträge inhaltlich auf die Rahmenverträge beziehen (ET-Vertreter). In dem Rundschreiben dieses Trägervertreeters an seine Mitglieder ist allerdings explizit vermerkt, dass sich hinsichtlich Art und Inhalt der Leistungen umfangreiche Regelungen in den für alle Pflegeeinrichtungen unmittelbar geltenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sowie in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen finden.

Insofern sind hier die Meinungen im Wesentlichen identisch. Es ist demnach davon auszugehen, dass sich im Versorgungsvertrag kaum Ausführungen hinsichtlich der genauen Leistungen und deren Ausführung befinden. Dies erfolgt erst im Rahmenvertrag; in den LQV finden sich nur wenige Hinweise auf die Leistungen. Es besteht allerdings meist die Möglichkeit, Ergänzungen vorzunehmen bzw. Abweichungen zu den festgelegten Leistungen aus dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI zu formulieren.

4.4.3.6 Unterschiede zwischen allgemeinen Einrichtungen und solchen mit spezifischen Versorgungsaufträgen (Spezialpflegeheime)

Unterschiede werden überwiegend in den verschiedenen Personalschlüsseln gesehen (ET-Vertreter), weil sich diese am Leistungsspektrum der Pflegeeinrichtung ausrichten (PK-Vertreter). Vereinzelt bestünden die Unterschiede jedoch darüber hinaus in der Beschreibung der Krankheitsbilder sowie in der sächlichen Ausstattung (exemplarisch werden von PK-Vertretern Einrichtungen mit Wachkomapatienten, mit MS-Kranken und Beatmungspflichtigen genannt).

Andere Beobachtungen beziehen sich darauf, dass die besondere Klientel besondere Konzepte und Leistungen erfordert, die sich in den LQV für Spezialeinrichtungen inhaltlich differenzierter ergeben (ET-Vertreter). Dargelegt wird auch, dass Spezialeinrichtungen insgesamt andere Verträge hätten (ET-Vertreter).

Übereinstimmend lässt sich festhalten, dass sich Spezialeinrichtungen vor allem durch einen anderen Personalschlüssel auszeichnen. Darüber, inwiefern weitere Unterschiede bestehen, gehen die Meinungen auseinander.

4.4.3.7 Verhältnis der Vereinbarungen zum Personalbedarf für die Behandlungspflege und hinsichtlich der sozialen Betreuung bzw. zur Gewährung des besonderen Pflegebedarfs nach § 75 Abs. 3 SGB XI in den LQV zur Möglichkeit die Pflegeklasse abweichend von der Pflegestufe nach § 84 Abs. 3 Satz 3 SGB XI festzusetzen

Grundsätzlich verteilt sich der Aufwand an Bedarfen an Behandlungspflege und sozialer Betreuung solidarisch über die Gemeinschaft der Heimbewohner, ausschließlich differenziert durch Pflegestufen, denen die Pflegeklassen folgen.¹⁵ § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI weicht von dieser solidarischen Verteilung der Aufwendungen für Behandlungspflege und sozialen Betreuung auf die Bewohner/-innen derselben Pflegestufe ab: Wenn jemand exorbitant mehr Behandlungspflege und soziale Betreuung beansprucht, kann die Pflegeklasse abweichend von der Pflegestufe festgesetzt werden.

In *Niedersachsen* wird von der Möglichkeit die Pflegeklasse abweichend von der Pflegestufe nach § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI festzusetzen in der Praxis kein Gebrauch gemacht (Auskunft eines ET-Vertreter).

Aus der Sicht der Pflegekassen stellt sich die Situation so dar: § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI wird in der Praxis derart umgesetzt, dass in Pflegesatzverhandlungen einerseits das gesamte Leistungsspektrum der Pflegeeinrichtung im Blickfeld stehe und andererseits die dafür erforderlichen personellen und sächlichen Aufwendungen berücksichtigt werden. Die sich insoweit - unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes - ergebenden Gesamtaufwendungen für die zu erbringenden Leistungen würden rechnerisch auf Pflegesätze und Entgelte umgelegt.

Bei einer nach dieser Systematik ermittelten leistungsgerechten Vergütung bedürfe es keiner Regelung nach § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI. Hinzu komme, dass es an dem erforderlichen Instrumentarium zur Umsetzung dieser Regelung für den MDK bzw. die Pflegeleitung des Pflegeheims fehle. Seitens der Pflegeeinrichtungen werde die Umsetzung in nahezu 100% der Fälle nicht eingefordert (PK-Vertreter).

Von Seiten der Einrichtungsträger wird dem zugestimmt. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) könne seine Bewertung nur anhand des § 14 SGB XI vornehmen; es gäbe kein zweites Begutachtungssystem.

Damit lässt sich konstatieren, dass von der Möglichkeit des § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI überwiegend kein Gebrauch gemacht wird.

4.4.3.8 Vereinbarungen über die bedarfsgerechte personelle Ausstattung mit Personal aus nicht pflegerischen Berufsgruppen

Die Vereinbarungen enthalten in erster Linie Aussagen zu den pflegerischen Berufsgruppen. Die nicht pflegerischen Berufsgruppen werden zwar berücksichtigt, jedoch werden hierfür nicht immer berufsgruppenspezifische Aussagen getroffen. Einbeziehung und Einsatz dieser Berufsgruppen können sehr unterschiedlich gehandhabt

¹⁵ Planholz, Markus, Offene Probleme der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gemäß § 80a SGB XI, RsDE 2005, Heft 57, S. 22-43 (27 ff.)

werden; darüber hinaus ist die Frage nach dem zuständigen Kostenträger für die jeweilige Leistung (z.B. bei Ergotherapeuten) maßgeblich. Die Leistungen werden ggf. durch Dritte (Kooperationspartner) erbracht.

In *Nordrhein-Westfalen* existiert ein Standard-Budget, unabhängig von der Pflegeheimgröße. Die Pflegeeinrichtungen können selbstständig entscheiden, welche nicht-pflegerischen Berufsgruppen sie einstellen wollen. Sie können dies von den zu betreuenden Personen und ihren Interessen abhängig machen (PK-Vertreter).

In *Niedersachsen* existiert nur ein Gesamtschlüssel für Pflege und Betreuung (Auskunft eines ET-Vertreter).

4.4.3.9 Enthalten die Verträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI auf Landesebene Maßstäbe und Grundsätze für die am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung, aus denen sich die personelle Ausstattung einer Pflegeeinrichtung entsprechend dem nach § 72 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Versorgungsauftrag der Einrichtung schlüssig ableiten lässt?

In *Schleswig-Holstein* finden sich im Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung keine konkreten Personalwerte. Es existiert nur ein genereller Passus, wonach die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung den gesetzlichen Regelungen genügen muss und eine bedarfsgerechte gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gesichert sein muss. Ferner soll der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, 20% nicht übersteigen. Die weiteren Regelungen enthalten allgemeine Grundsätze.

In *Niedersachsen* sind im Rahmenvertrag Personalbandbreiten festgelegt, innerhalb deren sich die Einrichtungen bewegen. Die Bandbreiten haben in Niedersachsen eine gewisse Tradition. Sie waren bereits vor den Zeiten der LQV Grundlage der Vergütungsvereinbarungen (ET-Vertreter).

In *Nordrhein-Westfalen* ist die Situation ähnlich. Hier existieren Orientierungswerte. Die Handhabung bei Spezialeinrichtungen ist jedoch eine andere, denn sie erhalten zusätzliche Mittel für ihre Personalausstattung (PK-Vertreter).

Einzig in *Brandenburg* werden Personalwerte grundsätzlich mit den LQV vereinbart. Dies betrifft auch den Bereich der nichtpflegerischen Berufsgruppen, die für die Erbringung von Leistungen der sozialen Betreuung eingesetzt werden (PK-Vertreter).

Die Einschätzung eines PK-Vertreter liegt darin begründet, dass in den Rahmenverträgen der Länder nicht durchgängig Regelungen zur personellen Ausstattung - wie mit dem PflegeQualitätssicherungsgesetz in das SGB XI aufgenommen - vereinbart worden sind. Zu berücksichtigen ist, dass die Verhandlungen zur Neuvereinbarung der Rahmenverträge noch nicht in allen Bundesländern abgeschlossen sind. Soweit Regelungen getroffen wurden, sind i.d.R. Personalrichtwerte in einer Bandbreite vereinbart worden und sie werden als Grundlage für die einrichtungsindividuelle Bemes-

sung herangezogen. In den anderen Bundesländern gäbe es, so die Ausführungen des PK-Vertreters, de facto Regelungen bzw. Absprachen auf der Ebene der Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarungen oder Pflegesatzkommissionen (PK-Vertreter).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in fast allen Bundesländern die Rahmenverträge keine Vorgaben hinsichtlich der Personalwerte enthalten. Teilweise existieren offenbar entsprechende Festlegungen der Pflegesatzkommissionen nach § 86 SGB XI.

4.4.3.10 Präventionsmethoden im Bereich der aktivierenden Pflege in den LQV

In *Nordrhein-Westfalen* werden Leistungen wie etwa das Gedächtnistraining im Rahmen der sozialen Betreuung erbracht (Auskunft eines PK-Vertreters). Ferner sind im Rahmenvertrag Prophylaxen vorgesehen (z. B. Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe im Bereich der Körperpflege, Soor- und Parotitisprophylaxe im Bereich der Zahnpflege und Obstipationsprophylaxe im Bereich der Darm- und Blasenentleerung).

In *Schleswig-Holstein* und *Niedersachsen* finden sich keine Vorgaben hinsichtlich Präventionsmethoden im Bereich der aktivierenden Pflege in den LQV. Jedoch sind im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI von *Schleswig-Holstein* Vorgaben im Hinblick auf prophylaktische Maßnahmen enthalten, die sich vollständig mit denen, die in *Nordrhein-Westfalen* verbindlich sind, decken.

Aus der Sicht eines PK-Vertreters zählen die spezifischen Leistungen der Prävention nicht zum originären Leistungsumfang der stationären Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Zu den Leistungen der stationären Pflege gehören Grundpflege, Behandlungspflege, soziale Betreuung und Unterkunft und Verpflegung. Ungeachtet dessen seien Leistungen in Form der aktivierenden Pflege zu erbringen. Pflegerische Leistungen hätten immer auch einen rehabilitativen bzw. präventiven Ansatz. In diesem Zusammenhang falle etwa auch das Gedächtnistraining durchaus in den Bereich der sozialen Betreuung und damit zumindest in Teilen in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung. Ein klassisches Feld stelle die Sturzprophylaxe dar, die in den unmittelbaren Zuständigkeitsbereich stationärer Pflegeeinrichtungen fällt. Positiv bewertet wird, dass mit dem Präventionsgesetz erstmals auch die Pflegekassen als eigenständiger Träger von Präventionsmaßnahmen Leistungen zur Verfügung stellen sollen.

Andere Pflegekassen sehen dies nicht so. Ihrer Ansicht nach sind Präventionsmaßnahmen nicht im Gesetzestext genannt, sodass solche Maßnahmen auch nicht zwingend sind (PK-Vertreter).

Von einem Einrichtungsvertreter wird die Auffassung vertreten, dass Präventionsmaßnahmen im Bereich der aktivierenden Pflege nicht in den LQV zu finden sind. Seitens des Vertreters eines Trägerverbandes wird vorgebracht, dass sich deswegen keine Prophylaxemaßnahmen in den LQV finden, weil sich dies nicht auf die personelle Ausstattung niederschlagen würde. Auch bestünde keine Gewissheit hinsichtlich der Auswirkungen auf die sächliche Ausstattung. Es würden also lediglich mehr Leistungen versprochen, für die es keine Vergütung gäbe. Ferner sei nicht klar, was unter Prophylaxe zu verstehen ist.

Bezüglich des Punktes „Präventionsmethoden im Bereich der aktivierenden Pflege“ lässt sich somit festhalten, dass es keine einhellige Meinung und Handhabung gibt. Die Erfahrungen und Ausgestaltungen der LQV sind heterogen. Zum Teil wird die Situation dahingehend beurteilt, dass keine Präventionsmethoden im Bereich der aktivierenden Pflege in den LQV zu finden ist, andere wiederum haben in ihre LQV Prophylaxen aufgenommen. Zum Teil werden jedoch auch bestimmte Leistungen mit rehabilitativem bzw. präventivem Ansatz dem Bereich der sozialen Betreuung zugeordnet. Zum Teil wird die Aufnahme solcher Leistungen in die LQV grundsätzlich abgelehnt (unter anderem weil unter den Beteiligten nicht klar ist, was unter Prophylaxe zu verstehen ist).

4.4.3.11 Was sollte zwingender Bestandteil der LQV sein?

Die Auffassungen zu dieser Frage unterscheiden sich bereits nach der grundsätzlichen Einstellung gegenüber den LQV und ihrem Sinn und Zweck. Für die Gegner der LQV stellt sich deshalb diese Frage überhaupt nicht, während die Befürworter durchaus inhaltliche Vorstellungen haben. Bei den Gegnern der LQV wird ausgeführt, dass sich die Frage nach den zwingenden inhaltlichen Bestandteilen nicht stelle, denn dies sei im Gesetz geregelt und deswegen nicht verhandelbar. Das Wichtigste seien personelle Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeitenden. Beides sei notwendig, um einen Dienstplan sachgerecht besetzen zu können (ET-Vertreter). Wenn man aber zum Abschluss einer LQV verpflichtet sei, solle sich die Vereinbarung auf Leistungsbeschreibung und Personalschlüssel beschränken und - außer bei Spezialeinrichtungen - keine Aussagen zum Personenkreis treffen (ET-Vertreter).

Die Befürworter von LQV betonen deren Zwecksetzung, mehr Transparenz über die Strukturen und Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen zu erzeugen. Insofern sollten zwingend Aussagen über die spezifischen Leistungen der Einrichtungen sowie das erforderliche Personal in die Vereinbarungen aufgenommen werden (PK-Vertreter). Dabei wird auch auf die jeweilige „Muster“-LQV verwiesen, die sich als gutes Kalkulationsschema eigne und den Erfassungsaufwand gering halte (PK-Vertreter).

4.4.4 Bewertung der LQV

4.4.4.1 Sind LQV sinnvoll?

Die Auffassungen zum Sinn und Zweck von LQV sind, wie bereits erwähnt, sehr unterschiedlich. Interessant ist, dass sogar bei Vertretern der Pflegekassenverbände die Meinungen über die LQV gespalten sind.

Von den *Befürwortern* werden vor allem drei Argumente vorgebracht:

Transparenz des Leistungsgeschehens

Die vom Gesetzgeber verfolgte Zielsetzung - Erreichen von mehr Transparenz - sei grundsätzlich positiv zu bewerten. Dies gelte in Bezug auf alle stationären Pflegeeinrichtungen. Allerdings sei der Weg zu dieser Transparenz kritisch zu hinterfragen. Es sei nicht zwingend ein weiterer Vertragstyp in Form der LQV - neben dem Versorgungsvertrag und der Pflegesatzvereinbarung - erforderlich, um das mit den LQV an-

visierte Ziel zu erreichen. Die in den LQV zu vereinbarenden Gegenstände könnten auch in der Pflegesatzvereinbarung und in ihren Grundzügen auch im Versorgungsvertrag vereinbart werden

Erhöhte Bindungswirkung für Einrichtungen und bessere Kontrollmöglichkeiten

Die LQV werden für ein geeignetes Instrument gehalten, weil damit Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit genommen werde, Missstände zu verbergen. Wegen der individualvertraglichen Konzeption der LQV sei es möglich, die Einrichtungen an ihre Vorgaben und Leistungsversprechen zu binden.

Aufnahme neuer Leistungsinhalte

Auf diesem Weg sei es möglich, etwa Prophylaxen in den Leistungskatalog aufzunehmen.¹⁶ Es ist festzuhalten, dass dieses Argument nur vereinzelt vorgebracht wurde.

Es überwiegen die grundsätzlich *ablehnenden Stimmen*. Hier lassen sich sechs zentrale Einschätzungen ausmachen:

Inhaltliche Doppelung/Ungeeignetheit

Die Inhalte der LQV seien bereits in den Heimverträgen, d.h. zwischen Bewohnerschaft und Heim geregelt. Die anderen Inhalte seien im Versorgungsvertrag enthalten. Ferner sei es widersinnig festzuschreiben, wie Menschen im Heim leben. Bezüglich der Lebensführung solle es kein Regelwerk geben; besser seien definierte Eckpunkte.

Erzeugung eines erhöhten Bürokratieaufwands

Die LQV werden als wenig sinnvoll erachtet, weil sie lediglich Arbeit produzierten und kein Nutzen ersichtlich sei. Ferner seien sie auch aus Gründen des verwaltungstechnischen bzw. bürokratischen Mehraufwands nicht sinnvoll. Die Zielsetzung des Gesetzgebers lasse sich auf diese Weise nicht verwirklichen.

Fehlender Bezug zur Vergütung der Leistungen

Die entscheidende Frage sei stets, ob die Leistungen auch vergütet würden. Nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000, welche den sog. externen Vergleich fordern,¹⁷ spiele allein der sog. Marktpreisvergleich eine Rolle. Somit befänden sich die Einrichtungen in einer Zwickmühle: Sie müssten Leistungen versprechen, die sie im Zweifel nicht refinanziert bekämen. In *Niedersachsen* würde das Urteil des Bundessozialgerichts sehr strikt angewendet (ET-Vertreter).

Andere sehen die LQV primär als eine Grundlage zum Berechnen der Vergütung, jedoch sei dies etwa auch anhand einer Aufstellung von bestimmten Kriterien möglich,

¹⁶ Weshalb dies nicht innerhalb des Rahmenvertrages geschehen kann, ist nicht deutlich geworden.

¹⁷ Darunter versteht man die Ermittlung der leistungsgerechten Vergütung, die das Bundessozialgericht (BSGE 87, 199) mit der marktgerechten Vergütung in eins setzt durch einen Vergleich von Preis und Leistung mit anderen Einrichtungen, vorausgesetzt diese sind generell vergleichbar, Planholz, Markus, Offene Probleme der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gemäß § 80a SGB XI, RsDE 2005, Heft 57, S. 22-43 (36).

deren Erfüllung bzw. Nichterfüllung dann zu einer Vergütungserhöhung oder Kürzung führen würde.

In der *Freien und Hansestadt Hamburg* führten die LQV bei nur einer Pflegeeinrichtung - und nur auf Grund eines Schiedsverfahrens - zu einer Vergütungserhöhung, gegen die jetzt im Rahmen eines Gerichtsverfahrens vorgegangen werde (Sozialbehörde Hamburg).

Fehlende Geeignetheit zur Feststellung des Personalbedarfs

Es gelinge nicht nachzuweisen, welcher Personalbedarf benötigt werde. Dafür eigne sich am besten ein EDV- gesteuertes System.

Fehlende Geeignetheit in Bezug auf eine Qualitätsverbesserung

Auch im Hinblick auf die Qualität bestehe keine Verbesserung. Für eine Qualitätsverbesserung sei die LQV nicht die richtige Form, weil die Erbringung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach § 113 SGB XI nicht zwingend seien.

Fehlende Eignung in Bezug auf die anderen Gesetzeszwecke

Auch die über die Qualitätsverbesserung hinausgehenden Gesetzeszwecke (Ermöglichung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung und eines Pflegeheimvergleichs, Transparenz und Unterbindung von illegalen Praktiken) würden nicht erreicht. Die Eignung für diese Zielerreichung wird den LQV weitgehend abgesprochen.

In Hinblick auf den gesetzgeberischen Veränderungsbedarf wird seitens der Einrichtungsträger vermutet, dass an den LQV festgehalten werde, weil ansonsten der Ruf nach weiteren Gesetzesänderungen laut werde, man aber vor einer Reform der Pflegeversicherung „Angst habe“ (ET-Vertreter).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die LQV überwiegend als entbehrlich beurteilt werden. Die Begründungen divergieren, vor allem weil offensichtlich unterschiedliche Erwartungen in sie gesetzt werden. Einmal erhofft man sich eine Auswirkung auf die leistungsgerechte Vergütung(-serhöhung). Zum anderen erblickt man in den LQV eine Möglichkeit, die Personalwerte genauer festzulegen und generell die Qualität in den Pflegeeinrichtungen zu steigern.

4.4.4.2 Repräsentieren die LQV Struktur und Inhalt der Leistungen so nachvollziehbar und vollständig, dass sie als tragfähige Basis von Pflegesatzverhandlungen gelten können (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI)?

In *Nordrhein- Westfalen* werden die LQV offensichtlich nicht als Grundlage für die Berechnung der Pflegesätze verwendet. Dort kommt ein spezieller Berechnungsbogen zur Anwendung, in dem primär die Personal- und Sachaufwendungen eingetragen werden. Es finden sich zwar auch Angaben hinsichtlich der Pflegebedürftigen und deren prozentualer Verteilung, jedoch scheinen diese Angaben eher untergeordnete Bedeutung zu haben. Die Existenz dieses Berechnungsbogens lässt vermuten, dass die LQV Leistungen nicht so vollständig und nachvollziehbar darstellen, dass sie allein als Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen herangezogen werden könnten.

Auch in *Niedersachsen* wird für die Vergütung lediglich der Personalschlüssel übernommen (Auskunft eines ET-Vertreters).

Grundvoraussetzung für die Vereinbarung leistungsgerechter Vergütungen ist nach Einschätzung eines PK-Vertreters die Transparenz über das Leistungsgeschehen einer Pflegeeinrichtung und deren Entwicklung. Darüber hinaus seien die Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen (etwa Altersstruktur des Personals, bauliche Bedingungen, Größe der Einrichtung). Wenn sich die damit im Zusammenhang stehenden Fragen zwischen den Vertragsparteien klären lassen, sei ein wesentlicher Teil des Streitpotenzials aus Pflegesatzverhandlungen weggeräumt. Auf dieser Basis könnten dann Ergebnisse relativ schnell erzielt werden.

Die LQV seien einem anderen PK-Vertreter zufolge lediglich hilfreich, die „Struktur der Bewohnerzusammensetzung“ und den Pflegeaufwand zu erfassen.

Auf Einrichtungsseite sieht man überwiegend keine Verknüpfung zum Pflegesatz.

4.4.4.3 Gibt es Optimierungsmöglichkeiten?

Nach Einschätzung von Seiten der Einrichtungsträger wäre es das Beste, § 80a SGB XI abzuschaffen und klarzustellen, dass das Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 nicht mehr anzuwenden sei. Weil Pflegekassen dauerhaft nur pauschale Zuschüsse zu den Gesamtentgelten leisten, wird problematisiert, warum die Pflegekassen überhaupt noch Einfluss auf die Vergütung nehmen. Die Vergütungshöhe sei lediglich für die Bewohner/-innen selbst (Selbstzahler) bzw. für den Sozialhilfeträger relevant.

Wenn demnach eine Einrichtung zu hohe Vergütungen fordere, würde dies aller Voraussicht nach zu Belegungsproblemen führen, weil z.B. Sozialhilfeträger diese Einrichtung nicht mehr belegen. In der Regel seien es die Sozialhilfeträger, die darauf achten, dass Vergütungen nicht zu hoch sind. Es sei deshalb entbehrlich, dass bei Verhandlungen in der Regel immer neben dem Vertreter des Sozialhilfeträgers (drei) Pflegekassenvertreter anwesend sind. Eine Änderung könnte zur wünschenswerten Reduktion der Verwaltungskostenanteile der Pflegekassen führen.

Die Pflegekassenvertreter sehen eine Optimierungsmöglichkeit im flächendeckenden Einsatz von allgemein anerkannten und wissenschaftlich fundierten Pflegeplanungsinstrumenten, mit deren Hilfe bewohnerbezogen die erforderlichen Leistungen ermittelt werden können und darauf aufbauend sich der notwendige Personalbedarf errechnen lasse. Dies führe mittel- bis langfristig zu Ressourceneinsparungen sowohl auf Seiten der Pflegeeinrichtungen als auch bei den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern. Darüber hinaus stehe den Pflegeeinrichtungen mit solchen Instrumenten ein internes Steuerungsinstrument zur Prozessoptimierung zur Verfügung.

Vereinzelt wird vorgeschlagen ein Nachweisverfahren mit einer Rechtsverordnung einzuführen, bei dem Sachverständige zur Prüfung eingesetzt werden und nicht der Medizinische Dienst der Krankenkassen. Auch dies würde zu einer Drosselung der Kosten führen (PK-Vertreter).

Die Ansichten hinsichtlich der Optimierungsmöglichkeiten sind sehr unterschiedlich. Jene, die grundsätzlich gegen die LQV sind, plädieren konsequent für deren Abschaffung. Andere wiederum treten für die Einführung eines Pflegeplanungsinstruments ein und sehen hierin eine Verbesserungsmöglichkeit, während jene, die in den LQV einen Gewinn sehen, lediglich die Kontrollmöglichkeiten modifizieren wollen.

4.4.4.4 Wie wird die Stellung der Einrichtung im Verhältnis zu den Pflegekassen bei Abschluss der Vereinbarung wahrgenommen (Über-/Unterordnungsverhältnis, Vertragspartnerschaft auf gleicher Augenhöhe)?

Die LQV sind als Vertragswerk ausgestaltet, sodass sich idealiter zwei gleichberechtigte Partner gegenüberstehen.

Tatsächlich jedoch nehmen die Einrichtungsvertreter das Verhältnis als ein Über- und Unterordnungsverhältnis wahr, bei dem am Ende die Pflegekassen das Ergebnis bestimmen. Zum Teil sehen Einrichtungsträger bei sich eine Mitschuld für diesen Tatbestand, weil man bei den Verhandlungen die eigene Position geschwächt und sich häufig nicht wie gleichberechtigte Verhandlungspartner verhalten habe. Argumentiert wird andererseits, dass die Einrichtungen gar nicht die Möglichkeiten und Kapazitäten hätten, um ein gerichtliches Verfahren durchzustehen, das u.U. über Jahre dauern könne.

Auf Grund der Abhängigkeit des Einrichtungsträgers vom raschen Abschluss einer Vergütungsvereinbarung ergibt sich die angesprochene Tendenz zur Unterordnung (Originalton der Pflegekassen nach Aussage von Trägervertretern: „Entweder Sie unterschreiben die Muster-LQV oder Sie erhalten keine Vergütungsvereinbarung“).

Aus der Sicht eines Pflegekassenvertreters hingegen geht es bei den LQV um einen vertragspartnerschaftlichen Umgang („Gleichordnungsverhältnis“) zwischen Pflegekassen, Sozialhilfeträger und Pflegeeinrichtungen. Für alle Vertragsparteien gelten die gleichen Rechte und Pflichten. Pflegesatzvereinbarungen unterlägen einem Aushandlungsprozess. Komme es zu keiner übereinstimmenden Verständigung, stehe jedem Vertragspartner der Weg zur Schiedsstelle offen. Als weitere Möglichkeit sei der Rechtsweg für beide Seiten gegeben. Teilweise wird ein Informationsvorsprung auf Seiten der Pflegekassen, der zu einem Verhandlungsnachteil für die Einrichtungen führen könne, eingeräumt.

Ein anderer Pflegekassenvertreter betont „Verhandlungen auf Augenhöhe“, merkt aber gleichzeitig an, dass man mit den LQV einen gewissen Druck auf die Einrichtungen ausüben könne, schnell zu einer Vereinbarung zu kommen.

In der abschließenden Bewertung kann festgehalten werden, dass man von Seiten der Pflegekassen häufig bemüht ist, das Verhältnis als ein gleichwertig partnerschaftliches darzustellen. Im Unterton schwingt aber nicht selten mit, dass die Pflegekassen die treibende Kraft sind und verstärkt Einfluss auf die differenzierte Vertragsausgestaltung nehmen. Wenn des Weiteren berücksichtigt wird, dass Voraussetzung für den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung der Nachweis einer wirksamen LQV ist und Schiedsverfahren wie auch gerichtliche Verfahren eine lange Zeitspanne in Anspruch nehmen, ist eher die Einschätzung von Leistungserbringerseite nachvollziehbar.

Schließlich ist der Hinweis nicht unwichtig, dass viele stationäre Pflegeeinrichtungen noch bis Jahresende 2003 - mit Geltung ab dem 01.01.2004 - Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen haben, für die bisher keine LQV erforderlich waren. Solche Vereinbarungen gelten zum Teil bis heute weiter, weil keine der Vertragsparteien zu Neuverhandlungen aufgerufen hat. Von daher liegen bei diesen Pflegeeinrichtungen auch heute noch keine LQV - und damit keine Erfahrungen im Umgang damit - vor.

4.4.4.5 Welche Bedeutung haben die LQV für die Qualitätssicherung? Wie nützlich wäre eine Pflegeprüfverordnung?

Die LQV, die mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eingeführt worden sind, bezwecken laut der Gesetzesbegründung die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Qualität solle nicht von außen in die Pflegeeinrichtung „hineingeprüft“ werden, sondern müsse von innen heraus - aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger - entwickelt werden.¹⁸ Träger zugelassener Einrichtungen sollten darüber hinaus verpflichtet sein, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Ausdruck findet dieser Gedanke in der Vorschrift über die Leistungs- und Qualitätsnachweise nach 113 SGB XI. Allerdings wurde die Pflegeprüfverordnung auf der Grundlage des § 118 SGB XI, welche u.a. Art, Umfang und Häufigkeit der Leistungs- und Qualitätsnachweise sowie Prüfverfahren und Erteilung normieren sollte, vom Bundesrat im Oktober 2002 abgelehnt.

Auch für die Qualitätssicherung - ob als interne oder externe Maßnahme - gelte nach der Einschätzung der Pflegekassenvertreter, dass Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Prozesse letztendlich für das Ergebnis der Leistungen maßgeblich seien. Die grundlegenden Anforderungen an Qualität und Qualitätsmanagement in stationären Pflegeeinrichtungen werde in den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben gem. § 80 SGB XI beschrieben. Somit sei in einer LQV oder an anderer Stelle die Verpflichtung zur Durchführung der internen Qualitätssicherung, von der Pflegeeinrichtung selbstständig und in eigener Verantwortung durchzuführen, festzuschreiben.

Die insoweit vereinbarten Parameter stellen für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nach dieser Sicht der Dinge eine Grundlage dar und werden bei Prüfungen mit herangezogen. Eine Pflegeprüfverordnung sei nicht erforderlich, denn mit der auf Selbstverwaltungsebene von den Spitzenverbänden der Pflegekassen mit dem MDS entwickelten MDK- Prüfanleitung stehe ein adäquates Instrument zur Verfügung. Es habe sich in der Vergangenheit bewährt und werde regelmäßig an die Erfahrungen aus den Prüfungen sowie an die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst.

Einrichtungsvertreter schließen sich dieser Argumentation überwiegend an. Die heutigen Kontrollen seien absolut ausreichend und durch die Novellierung des Heimgesetzes 2000 sowie durch Einführung von §§ 112 ff SGB XI hätten die Prüfinstanzen alle Möglichkeiten, Einrichtungen zu kontrollieren und zu überwachen. Auch Sanktions-

¹⁸ BT-Drs. 14/5395, S. 18.

möglichkeiten seien sowohl nach dem Heimgesetz als auch nach dem SGB XI umfassend und ausreichend. Darüber hinaus sei eine Pflegeprüfordnung wegen des bürokratischen Mehraufwandes nicht sinnvoll.

Einige Einrichtungsvertreter lehnen die Einführung einer Pflegeprüfordnung zwar ebenfalls ab, liefern dafür aber eine andere Begründung. Sie führen an, dass LQV mit Qualität und deren Sicherung gar nichts zu tun hätten. LQV seien lediglich als „ergänzendes Glied“ geschaffen worden, weil viele Versorgungsverträge unter Bestandsschutz standen und teilweise zu „dürftig“ gewesen seien. Es hätte sich an der Qualität nichts geändert und es wäre nur ein weiteres Kontrollinstrument hinzugekommen.

Nur vereinzelt werden LQV als notwendig angesehen, um gewisse Qualitätsstandards sicherzustellen (Vertreter eines Sozialhilfeträgers). Die überwiegende Ansicht geht dahin, dass LQV keine Bedeutung für die Qualitätssicherung haben, zum Teil wird sogar bestritten, dass sie überhaupt etwas mit der Qualität zu tun haben. Lediglich vereinzelt werden LQV als notwendiges Instrument gesehen, um gewisse Qualitätsstandards sicherzustellen.

4.4.4.6 Wie ist der Verwaltungsaufwand zu beurteilen? Wie steht dieser im Verhältnis zu dem damit erreichbaren Ergebnis?

Der Aufwand wird auf beiden Seiten, d.h. sowohl bei Pflegekassen als auch bei Pflegeeinrichtungen, als relativ hoch eingeschätzt. Dies gilt vor allem dann, wenn erstmalig eine LQV abgeschlossen worden ist.

Hinsichtlich der konkreten Angaben zum Zeitaufwand divergieren die Aussagen. Z.T. wird ausgeführt, dass noch keine hinlänglichen Erfahrungen vorliegen, zum Teil wird mit dem Mehrfachen des sonst üblichen Aufwandes argumentiert (vor Einführung der LQV hätte man für Vergütungsverhandlungen rd. drei Arbeitstage benötigt (zwei zur internen Vorbereitung und einen Tag für die Verhandlung). Durch Einführung der LQV brauche man jetzt in der Regel mehr als zehn Tage (sieben zur internen Vorbereitung, zwei als Verhandlungstage zum Vertragstext und einen für die eigentliche Vergütungsverhandlung). Solcher Aufwand werde durch die maximal zu erreichenden mageren Vergütungserhöhungen kaum kompensiert. Einige Einrichtungen betonen, dass sie aus diesem Grund von sich aus auch nicht zu Verhandlungen auffordern. Die zu erwartende Vergütungserhöhung stehe in keinem positiven Verhältnis zum Arbeitsaufwand (ET-Vertreter).

Lediglich als Einzelmeinung wird der Verwaltungsaufwand gering eingeschätzt. Zuzustimmen sei, dass er bei den ersten Verhandlungen umfangreich ist. In der Folge würde sich der Arbeitsaufwand aber deutlich verringern (PK-Vertreter).

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der Verwaltungsaufwand allgemein als sehr hoch eingeschätzt wird.

4.4.4.7 Sollte in den LQV weiterhin nach Pflegestufen oder stattdessen wie z.T. gefordert nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit unterschieden werden?

Nach einer der Beurteilungen wäre für eine Gliederung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit ein anerkanntes und einheitliches Instrumentarium erforderlich. Dies liege derzeit jedoch nicht vor. Insoweit sei die Gliederung der LQV nach Pflegestufen (sie ist bundesweit einheitlich) zurzeit alleine sinnvoll (PK-Vertreter).

Anderenfalls müsste immer die aktuelle Bewohnerschaft betrachtet werden und es stelle sich die Frage, wie Bewohnerwechsel zu berücksichtigen sind. Die Betrachtung nach Pflegestufen beinhalte sicherlich eine gewisse Pauschalisierung, dies müsse jedoch - solange kein differenziertes und allgemeingültiges Personalbemessungsverfahren zu Verfügung steht - akzeptiert werden (ET-Vertreter).

Teilweise wird auch die andere Alternative favorisiert, d.h. eine Orientierung anhand der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit. Dies könne z.B. mittels eines Assessment-Verfahrens geschehen (PK-/ET-Vertreter).

Die Meinungen sind hier recht unterschiedlich. Überwiegend wird jedoch befürwortet, die Gliederung weiterhin mittels der Pflegestufen vorzunehmen.

4.4.4.8 Wie sind die Auswirkungen auf die Selbstverwaltung?

Mit Einführung der LQV nach § 80a SGB XI wollte man u.a. auch die Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität stärken.¹⁹ Jetzt wertet man die LQV überwiegend als Einschnitte in die Selbstverwaltung. Sie seien zu bürokratisch und zeitaufwändig (mehrere PK-Vertreter und ET-Vertreter). In den Gesprächen mit PK-Vertretern werden nur vereinzelt keine Auswirkungen auf die Selbstverwaltung ausgemacht.

4.4.4.9 Herstellen von mehr Transparenz

Nach überwiegender Auffassung konnte die mit den LQV verbundene Zielsetzung einer Transparenzsteigerung bislang nicht erreicht werden. Dort, wo mit Hilfe der LQV das individuelle Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtung abgebildet werde, könnte dies im Einzelfall zutreffen. Für eine breitflächige Zielerreichung fehle es aber nach wie vor an einer rationalen Grundlage für dezidierte Leistungsbeschreibungen mit Qualitätsmerkmalen und Parametern für eine leistungsorientierte Personalausstattung, also an einem allgemein anerkannten Pflegeplanungsinstrument (PK-/ET-Vertreter). Lediglich vereinzelt wird den LQV eine geringe Transparenzerhöhung zugesprochen (PK-/ET-Vertreter).

Hinsichtlich dieser Frage gehen damit die Meinungen kaum auseinander: Die LQV führen nicht zu einer Transparenzerhöhung. Anzumerken ist, dass sogar die Befürworter der LQV eine Transparenzerhöhung kaum feststellen können.

¹⁹ BT-Drs. 14/5395, S. 19.

4.4.4.10 LQV als Ausdruck der Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip

In der Gesetzesbegründung steht explizit vermerkt: „Mit den Pflegesätzen und Entgelten nach dem SGB XI werden nicht Selbstkosten erstattet, sondern Leistungen vergütet. Die Vergütungen müssen leistungsgerecht sein und dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, „seinen“ (individuellen) Versorgungsauftrag zu erfüllen.“²⁰ Insofern sollten und sollen die LQV nicht zu einer Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip führen.

Nach überwiegender Einschätzung liege auch keine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip vor (ET-Vertreter), denn trotz Abschluss einer LQV gelten die Regelungen der §§ 84 ff SGB XI, die u.a. auf die Vergleichbarkeit von Pflegeeinrichtungen abstellen (PK-Vertreter). Eine andere Begründung liegt darin, dass nur das Personal vereinbart werde, welches zur Sicherstellung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung erforderlich ist. Es stehe jedem Einrichtungsträger frei, darüber hinaus ein Mehr an Personal vorzuhalten. Dies sei dann jedoch nicht vergütungsrelevant nach § 85 SGB XI (PK-Vertreter). Von Einrichtungsseite wird mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum externen Vergleich argumentiert.

Nur eine Einschätzung geht dahin, dass eine deutliche Tendenz zum Selbstkostendeckungsprinzip besteht, schließlich würden Kern der Verhandlungen (zu 85%) die Personalkosten sein (ET-Vertreter).

4.4.4.11 Individualisierung der LQV

In *Brandenburg* wird die Situation dahingehend beurteilt, dass die Verhandlungen nach § 85 SGB XI auf der Basis der mit den LQV vereinbarten Leistungen und des in Abhängigkeit von der Pflegestufenstruktur vorzuhaltenden Personals erfolgen. Eine Individualisierung der LQV auf den Einzelfall sei in *Brandenburg* von den Pflegekassenverbänden nicht umsetzbar. Generell sei auch die Erforderlichkeit bei vergleichbaren Einrichtungen fraglich (PK-Vertreter).

Aus Sicht der Pflegekassenvertreter ist für diejenigen, die ein Pflegeplanungsinstrument befürworten, durch dieses auch die einrichtungsindividuelle Betrachtung ausreichend gewährleistet. Gleichzeitig wäre für alle Pflegeeinrichtungen die gleiche Grundlage gegeben, auf deren Basis sich die Ergebnisse besser als bisher miteinander vergleichen ließen (PK-Vertreter).

Die Einrichtungsvertreter lehnen zu einem guten Teil die stärkere Individualisierung ab. Zum Teil wird die Situation auch dahingehend beurteilt, dass es die Pflegekassen sind, die eine stärkere Individualisierung ablehnen, weil sich ansonsten für viele Einrichtungen eine Erhöhung des Personalschlüssels ergeben würde und die Pflegekassen dies nicht bezahlen wollen (ET-Vertreter).

²⁰ BT-Drs. 14/5395, S. 20.

4.4.4.12 Bewertung der LQV unter dem Aspekt des „Vereinbarungsprinzips“ und ob sie eine Gefahr für die Individualisierung darstellen würden

Diese Gefahr bestünde nicht, so wird vorgetragen, denn das SGB XI fordert vom Grundsatz her einrichtungsindividuelle Pflegesatzvereinbarungen. Insofern sei dies keine Beeinträchtigung des Vereinbarungprinzips durch die Individualisierung (PK-/ET-Vertreter).

4.4.4.13 Beurteilung der Akzeptanz der LQV bei Pflegeheimen und Pflegekassen

Hinsichtlich der Akzeptanz ist zu konstatieren, dass sie offensichtlich eher gering ist. Die Begründungen divergieren: Ein Einrichtungsvertreter sieht als ursächlich für die geringe Akzeptanz der Pflegekassen den hohen Verwaltungsaufwand an. Bei den Pflegeheimen wäre die Akzeptanz höher, wenn eine Individualisierungsmöglichkeit und differenzierte Personalausstattung gegeben wären. Höhere Leistungsinhalte in den LQV würden in den Pflegesatzverhandlungen bzw. Vergütungsvereinbarungen von den Pflegekassen aber nicht anerkannt oder berücksichtigt. Auch von Seiten der Pflegekassen wird die Akzeptanz als eher gering eingeschätzt.

4.4.4.14 Bewertung der vom Gesetz vorgeschriebenen und in der Gesetzesbegründung geplanten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI im Hinblick auf die LQV

Zunächst ist festzuhalten, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen i.S.d. § 71 SGB XI mit den Leistungsangeboten ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflegeleistungen durchgeführt werden dürfen. Als Gegenstand der Prüfung gilt allgemein die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen einer bestimmten Pflegeeinrichtung unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit. Dabei werden zunächst die Besonderheiten der Pflegeeinrichtung als Kriterium herangezogen. Der Inhalt der Prüfung ist darauf ausgerichtet, die Wirtschaftlichkeit (Leistungsfähigkeit) und Wirksamkeit (Qualität) der gesamten Pflegeeinrichtung (oder Teile der Einrichtung) zu untersuchen.²¹ In Verbindung hiermit werden anlässlich einer Wirtschaftlichkeitsprüfung i.d.R. die gesamten Betriebsstrukturen, die Anzahl der Pflegekräfte und deren Bezahlung, die Kräfte der Verwaltung, die kompletten Fixkosten, die Sachkosten usw. überprüft.²²

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind nach überwiegender Einschätzung grundsätzlich auch ohne den Abschluss von LQV möglich. Sie können - ähnlich wie bei den Qualitätsprüfungen durch den MDK - hilfreich sein, wenn in der LQV die erforderlichen Informationen enthalten sind (PK-/ET-Vertreter).

Ein Vertreter eines Einrichtungsträgers fragt sich, was überhaupt Prüfungsgegenstand sein kann, denn die Einrichtungen erhielten eine Vergütung nach dem externen Vergleich. Ob sie einen Gewinn oder Verluste machten, spiele keine Rolle.

²¹ Klie in Lehr- und Praxiskommentar SGB XI, hrsg. Thomas Klie/Utz Kraemer, 2. Auflage, Baden-Baden 2003, § 79 SGB XI Rn. 2.

²² Udsching, Soziale Pflegeversicherung, 2. Auflage, München 2000, § 79 SGB XI Rn. 5.

Vereinzelt wird eine differenziertere Auffassung vertreten. Die Beurteilung geht dahin, dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI teilweise ermöglicht werde. Dies sei jedoch abhängig von der Differenzierung bzw. Detaillierung der LQV (ET-Vertreter).

Bis auf wenige Ausnahmen lässt sich festhalten: Die Befragten beurteilen die Situation dahingehend, dass durch die LQV keine Wirtschaftlichkeitsprüfung ermöglicht wird.

4.4.4.15 Sind die Zielvorstellungen des Gesetzgebers - der effektive Schutz gegen illegale Praktiken zum Schaden der Pflegebedürftigen und Interessen der Pflegekräfte - erreicht worden?

Diese Fragestellung wird einhellig verneint (PK-/ET-Vertreter). Zum Teil wird die mangelnde Eignung dafür genannt, denn das entsprechende Instrumentarium würde sich im Heimgesetz und dort in den §§ 112 ff SGB XI finden (ET-Vertreter). Zum anderen wird kritisiert, dass nicht deutlich sei, was mit „illegalen Praktiken“ gemeint ist (PK-Vertreter). Dem letzt genannten Argument ist zuzustimmen. Der Gesetzgeber hätte sich konkreter ausdrücken sollen, denn „illegal“ ist ein Synonym für gesetzeswidrig. Es hätte expliziter erläutert werden sollen, welches nicht gesetzeskonforme Verhalten mit den LQV unterbunden werden soll. Erst wenn ein Gesetzeszweck genau festgelegt ist, lässt sich beurteilen, ob dieser auch erreicht worden ist bzw. ob das Gesetz/die Norm überhaupt für diese Zielsetzung geeignet ist.

4.4.4.16 Sind die LQV im Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Einrichtung hinreichend aussagekräftig und transparent, um als Grundlage des Pflegeheimvergleiches geeignet zu sein? Wird der Pflegeheimvergleich nach § 92a SGB XI dadurch ermöglicht bzw. verbessert?

Der Pflegeheimvergleich soll als Hilfe und Vergleichsmaßstab dienen, u.a. beim Abschluss von LQV, bei Vergütungsvereinbarungen sowie bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Informationen, die er wenigstens erfassen soll und die Datenquellen werden in § 92a Abs. 3 SGB XI beschrieben. Die Pflegeheime sollen länderbezogen Einrichtung für Einrichtung verglichen werden, um so den von der Rechtsprechung geforderten externen Vergleich bei den Vergütungsverhandlungen zu ermöglichen.²³

Der Gesetzgeber ging bei der Einführung der LQV nach § 80a SGB XI davon aus, dass sie eine „wichtige Quelle für die Einführung eines länderbezogenen Pflegeheimvergleichs“ darstellen.²⁴

Einem Pflegekassenvertreter zufolge stellen die Angaben aus den LQV durchaus eine Informationsgrundlage für den Pflegeheimvergleich dar. Allerdings sei der Pflegeheimvergleich auch ohne die LQV durchführbar, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich des Informationstransfers geschaffen sind (PK-Vertreter).

²³ Richter in Lehr- und Praxiskommentar-SGB XI, hrsg. v. Klie, Thomas/Krahmer, Utz, 2. Aufl., Baden-Baden 2003, § 92a SGB XI, S. 887.

²⁴ BT-Drs. 14/5395, S. 21.

Von Seiten der Pflegekassen wird aber auch eine andere Einschätzung vorgenommen: Ein Pflegeheimvergleich sei gar nicht möglich. Bei einer 98% Auslastung der Pflegeeinrichtungen und dem Zeitdruck der Angehörigen würde der Platz in Anspruch genommen, der sich anböte. Die Nachfrage sei höher als das Angebot. Ein Laie könne darüber hinaus gar nicht die Leistungen vergleichen, weil er sich in der Materie nicht auskenne. Ferner würden die Angehörigen sich, wenn sie die Auswahl hätten, primär nach dem Preis der Einrichtung richten (PK-Vertreter).

Einrichtungsvertreter sind dagegen einhellig der Auffassung, dass der Pflegeheimvergleich nicht ermöglicht und auch nicht verbessert wird. Es sei zu kompliziert, die unterschiedlichen Leistungen darzustellen. Überwiegend würden die Angehörigen das günstigste Angebot wählen. Als andere Ursache wird ein fehlendes Leistungsbemessungssystem gesehen. Auch die Transparenz würde nicht erhöht werden, da es diesbezüglich noch keine hinreichend konkreten Kriterien gäbe und es somit in das Belieben des Einzelnen gestellt sei, wie er einzelne Begriffe definiert.

Abschließend lässt sich hier also festhalten, dass die LQV für einen Pflegeheimvergleich entweder nicht als geeignetes Instrument bzw. als gar nicht notwendig betrachtet werden, weil es andere Möglichkeiten gibt.

Letztendlich führen alle Ansichten jedoch zu dem Ergebnis, dass der Pflegeheimvergleich nach § 92a SGB XI nicht als „Berechtigungsnachweis“ für die LQV dienlich ist.

4.4.4.17 Beurteilung der Relevanz der als Voraussetzung für den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeprägten Pflegestufen (§ 15 SGB XI) zur Charakterisierung der Leistungsinhalte nach § 43 SGB XI (d.h. des Ressourcenbedarfs bzw. -verbrauchs)

Zur Beantwortung dieser Frage seien nach einer Ansicht nähere Informationen erforderlich (PK-Vertreter). Einem anderen PK-Vertreter zufolge handele es sich dabei um „zwei paar Schuhe“, denn § 15 SGB XI kenne die Demenzproblematik nicht, § 43 SGB XI dagegen schon. So halten es auch andere PK-Vertreter für einen Systembruch im SGB XI hinsichtlich des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI und der Leistungsinhalte nach §§ 41-43 SGB XI, der immer wieder zu Diskussionen in den einzelnen Verhandlungen führe. Argumentiert werde von den Einrichtungsträgern immer wieder damit, dass bei den Einstufungen durch den MDK der Bedarf an sozialer Betreuung keine angemessene Berücksichtigung finde, was vor allem die Verhandlungen im Bereich der Einrichtungen für Menschen mit Demenz schwierig gestalte (PK-Vertreter).

Der Ansicht eines Einrichtungsträgers zufolge decken die Pauschalen einen kleinen Teil der Entgelte ab. Eine Orientierung am Ressourcenbedarf sei nicht zu erkennen. In der Regel würden die Zuschüsse noch nicht einmal ausreichen, die Pflegevergütung abzudecken (ET-Vertreter). Es bestehe hier die Diskrepanz, dass die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung sei und nicht den täglichen höheren Pflegebedarf abdecke (ET-Vertreter).

Demnach lässt sich hinsichtlich dieser Fragestellung keine einheitliche Linie ausmachen. Die Beurteilungen sind unterschiedlich.

Anlage

Fragenkatalog

Ausgestaltung der LQV

- Wie sind die LQV ausgestaltet?
- Falls eine LQV bisher nicht vereinbart wurde, wird um Angabe der Gründe gebeten.
- Wurden Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen im Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 1 SGB XI über den Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 bzw. Abs. 6 hinaus konkretisiert?
- Wie stark unterscheiden sie sich inhaltlich vom Versorgungsvertrag?
- Welche Personengruppen werden unter den Personenkreis mit besonderem Bedarf gefasst? Wurden der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf im Sinne des § 75 Abs. 3 SGB XI im Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI als Gegenstand des Versorgungsauftrages der Einrichtung konkretisiert und dazu Richtwerte i.S. des § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB IX vertraglich vereinbart?
- Was sollte zwingender Bestandteil der LQV sein?
- Enthalten die Verträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI auf Landesebene Maßstäbe und Grundsätze für die am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung, aus denen sich die personelle Ausstattung einer Pflegeeinrichtung entsprechend dem nach § 72 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Versorgungsauftrag der Einrichtung schlüssig ableiten lassen?
- Enthalten die Verträge nach § 75 Abs. 2 SGB XI oder der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für die in § 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI bezeichneten Pflegebedarfe Vereinbarungen über die bedarfsgerechte personelle Ausstattung mit Personal aus nichtpflegerischen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten usw.)?
- Wie verhält sich die Vereinbarung des Personalbedarfs für die Behandlungspflege und die soziale Betreuung bzw. die Vereinbarung zur Gewährleistung des besonderen Pflegebedarfs nach § 75 Abs. 3 SGB XI in den LQV zur Möglichkeit, die Pflegeklasse abweichend von der Pflegestufe festzusetzen? (vgl. § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI)
- Inwiefern unterscheidet sich die Fachkraftquote nach § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI von der Fachkraftquote des § 5 HeimpersonalVO?
- Sind besondere Unterschiede zwischen allgemeinen und Einrichtungen mit spezifischen (ggf. nach § 72 SGB XI ausdrücklich vereinbarten) Versorgungsaufträgen (Spezialpflegeheimen) gemacht worden?
- Werden die zur Versorgung besonderer Pflegebedarfe erforderlichen Leistungen (z.B. rehabilitative Ansätze, spezifische psychiatrische Pflege usw.) und die dazu erforderliche berufsspezifische personelle Ausstattung (z.B. Psychi-

atriepflegekräfte, Ergotherapeuten usw.) in den Versorgungsverträgen oder in den LQV vereinbart bzw. ausgewiesen und hinsichtlich der erforderlichen Struktur- und Prozessqualitäten konkretisiert?

- Finden sich Präventionsmethoden im Bereich der aktivierenden Pflege (z.B. Kneipp, Gedächtnistraining der Y-Gong-Gymnastik) in den LQV?
- Wird von § 115 Abs. 3 SGB XI Gebrauch gemacht?

Bewertung der LQV

- Sind die LQV sinnvoll, wenn ja, für alle Pflegeeinrichtungen oder nur für bestimmte und wenn nein, wieso nicht?
- Repräsentieren die LQV Struktur und Inhalt der Leistungen der Einrichtung (§ 80a Abs. 2 - Stichwort: bedarfsgerechter Ressourcenverbrauch) so nachvollziehbar und vollständig, dass sie ohne weiteres als tragfähige Basis von Pflegegesetzverhandlungen gelten können (§ 80a Abs. 2 Satz 3 SGB XI)?
- Gäbe es eine Optimierungsmöglichkeit?
- Sollten oder müssen sie stärker individualisiert werden?
- Wie würden Sie das „Vereinbarungsprinzip“ bewerten? Gefahr für die Individualisierung?
- Wie wird die Stellung der Einrichtung im Verhältnis zu den Pflegekassen bei Abschluss der Vereinbarung wahrgenommen (Über- bzw. Unterordnungsverhältnis; Vertragspartnerschaft auf gleicher Augenhöhe)?
- Welche Bedeutung haben die LQV für die Qualitätssicherung (als Grundlage geeignet und ausreichend)? Wie nützlich wäre die Pflegeprüfverordnung? Oder sind die Kontrollen durch die Pflegekassen und die Heimaufsicht ausreichend?
- Wie beurteilen Sie die Akzeptanz der LQV bei den Pflegeheimen bzw. bei den Pflegekassen?
- Sollte man die LQV auch auf ambulante Pflegeeinrichtungen ausdehnen?
- Ermöglichen die LQV die vom Gesetz vorgeschriebene und in der Gesetzesbegründung geplante Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 SGB XI?
- Sind die Zielvorstellungen des Gesetzgebers - der effektive Schutz gegen illegale Praktiken zum Schaden der Pflegebedürftigen und Interessen der Pflegekräfte - erreicht worden?
- Wie ist der Verwaltungsaufwand zu beurteilen? Lässt sich der mit der Erstellung und Durchführung der LQV verbundene Aufwand beziffern? Wie beurteilen Sie diesen Aufwand im Verhältnis zu dem nach Ihrer Auffassung damit erreichbaren Ergebnis (nachvollziehbarer Nutzen)?
- Sind die LQV im Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Einrichtung hinreichend aussagefähig und transparent, um als Grundlage des Pflegeheimvergleichs

geeignet zu sein? Wird der Pflegeheimvergleich nach § 92a SGB XI dadurch ermöglicht/verbessert?

- Sollte in den LQV weiterhin nach Pflegestufen oder stattdessen, wie z.T. gefordert, nach der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit gegliedert werden?
- Wie beurteilen Sie die Relevanz der als Voraussetzung für den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeprägten Pflegestufen (§ 15 SGB XI) zur Charakterisierung der Leistungsinhalte nach § 43 SGB XI, d.h., des Ressourcenbedarfs bzw. -verbrauchs?
- Sehen Sie in den LQV, u.a. eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip?
- Wie sind die Auswirkungen auf die Selbstverwaltung?
- Wurde die Transparenz erhöht?

Literaturverzeichnis

Deutscher Bundestag (2001): Drucksache 14/5395

Klie, Thomas/Krahmer, Utz (Hrsg.) (2003): Soziale Pflegeversicherung: Lehr- und Praxiskommentar (LPK – SGB XI), 2. Aufl., Baden-Baden

Krauskopf, Dieter (2005): Soziale Krankenversicherung / Pflegeversicherung Kommentar, München

Plantholz, Markus (2005): Offene Probleme der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung gemäß § 80a SGB XI, in: RsDE, Heft 57, S. 22-43

Udsching, Peter (2000): Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, 2. Aufl., München

Udsching, Peter (2003): Aktuelle Fragen des Leistungserbringerrechts in der Pflegeversicherung - ein Jahr nach dem Inkrafttreten des PQsG, SGB 2003, S. 133-139 (136).

5 Handlungsempfehlungen

Bestandteil des Auftrags an das Kompetenzteam sind Handlungsempfehlungen, die sich aus den Ergebnissen der einzelnen Erhebungen ableiten lassen. Im Sinne der Vorgaben des BMFSFJ beziehen sich die Handlungsempfehlungen einmal auf die für die Gesetzgebung Verantwortlichen in den Bundes- und Landesministerien und zum zweiten auf die für die Umsetzung gesetzlicher und unterrechtlicher Regelungen Verantwortlichen in den Verwaltungen bzw. in der Administration. Drittens schließlich zielen Handlungsempfehlungen auf die bei den Trägern und Einrichtungen Verantwortlichen, wenn es um *interne* Entbürokratisierungsaspekte geht.

In den vorausgehenden fachlichen Erörterungen wurden bereits Empfehlungen an die verschiedenen Adressaten formuliert. Sie werden hier - entlang der inhaltlichen Ausführungen in den einzelnen Kapiteln - zusammengefasst.

5.1 Handlungsempfehlungen für Gesetzgebung und Öffentliche Verwaltung

Nachfolgend werden die aus den verschiedenen Erhebungspaketen und der rechtlichen Analyse resultierenden Handlungsempfehlungen aufgeführt.

Handlungsempfehlungen *Bauen/Bauvorhaben* (Kapitel 3.6)

Die Erhebungsergebnisse zum Bereich Bauen und Bauvorhaben beinhalten folgende Empfehlungen:

- Aus dem Fehlen einer verbindlichen baurechtlichen Gebäude-Einstufung der Wohnformen im Alter (z.B. Pflegeheime, Betreutes Wohnen, Hausgemeinschaften) resultieren Unsicherheiten und z.T. Rückschläge im Planungsprozess. Beides ist im Ergebnis der Wohnqualität einer (neuen) Einrichtung abträglich. Empfehlung:
 - *Eine klare Abgrenzung zu Einrichtungen der Behindertenhilfe und zum Krankenhaus,*
 - *eine klare Abgrenzung zwischen Heimen (verdichtetes Wohnen) und Hausgemeinschaften (privathaushaltsähnliches Wohnen),*
 - *eine bundesweite Verständigung, solche Abgrenzungen einzuhalten zwischen Ländern, Kreisen und Kommunen, zwischen den verschiedenen Behörden sowie zwischen Förderstellen und Kostenträgern.*
- Die geltende Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) wird als nicht mehr zeitgemäß und somit als bei der Realisierung innovativer Wohnkonzepte hinderlich beurteilt. Empfehlung:
 - *Die befragten Experten empfehlen eine Novellierung der HeimMindBauV, um aktuellen Konzepten und Angebotsformen zu entsprechen. An die Stelle des klassischen Heims treten Wohngruppen, Hausgemeinschaften, Hospize und betreute Wohnformen in immer individuellerer Ausprägung.*

- *Es sollte eine "Experimentierklausel" eingefügt werden, die die Erprobung zukunftsweisender Projekte ermöglicht.*
- In einzelnen Bundesländern ist die Einhaltung detaillierter Planungsempfehlungen Voraussetzung für die Baugenehmigung und ggf. für die finanzielle Förderung von Bauvorhaben. Diese Planvorgaben behindern weit mehr als die kritisierte Heim-MindBauV die Realisierung innovativer und individueller Konzepte. Empfehlung:
 - *Die befragten Experten empfehlen, staatliche Vorgaben auf Kernanforderungen zu beschränken. Die fachliche Kompetenz der Träger sollte anerkannt und die notwendige unternehmerische Entscheidungsfreiheit nach dem Motto "Wenig Staat, viel Markt" zugestanden werden.*
- Es wird moniert, dass die Umsetzung neuer Rechtsvorschriften oder Verwaltungspraktiken meist zu Lasten der Pflegeheimträger bzw. deren Budgets geht. Empfehlung:
 - *Es wird gefordert, Rechtsvorschriften vor Inkraftsetzen auf ihre Kostenwirkung und Kostenzuordnung hin zu überprüfen.*
- Der Vorteil einer finanziellen Förderung von Bauvorhaben wird vielfach beträchtlich gemindert oder sogar aufgehoben durch aus den Förderverfahren resultierenden zeitlichen Verzögerungen und Mehrkosten. Empfehlung:
 - *Die befragten Experten empfehlen, Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die Inanspruchnahme bzw. eine grundsätzliche Änderung der Handhabung öffentlicher Objektförderung von Altenpflegeheimen bzw. deren Einstellung zu ermöglichen.*
- Bauherren und Architekten vermissen bei den zu beteiligenden Behörden vielfach sowohl eine verwaltungsinterne Abstimmung von Prüfkriterien und Bewilligungsbedingungen als auch die Bereitschaft, Entscheidungen zu treffen und die Verantwortung hierfür zu übernehmen. Empfehlung:
 - *Die befragten Experten empfehlen verwaltungsinterne Koordinationsstellen für Altenwohnbauprojekte einzurichten, die gegenüber Bauherren und Architekten eine Beratungs- und "Lotsenfunktion" übernehmen und die Zahl der Verhandlungspartner/-innen reduzieren.*

Handlungsempfehlungen zu Rechtsvorschriften (Kapitel 4.1 bis 4.4)

Ordnungsrecht (Kapitel 4.2)

Brandschutzrecht

In den exemplarisch untersuchten Bundesländern Hamburg, Schleswig-Holstein und Brandenburg finden keine sachlich nicht gerechtfertigte und unangemessene brandschutztechnischen Überprüfungen statt. Es ist lediglich festzuhalten, dass nicht alle brandschutztechnischen Anlagen und organisatorischen Maßnahmen von einer Behörde gebündelt geprüft werden, sondern die Zuständigkeiten aufgeteilt sind.

Eine Aufhebung oder Lockerung der Vorschriften der Verordnung über die Überprüfung haustechnischer Anlagen, insbesondere betreffend die regelmäßige Überprüfung der Brandmeldeanlagen, Lüftungsanlagen, Elektroanlagen, Rauch- und Wärmeabzugsanlagen, Feuerlöscher und Feststellanlagen für Rauchschutztüren ist nicht vorzunehmen. Die Vorschriften über die Brandverhütungsschau in Altenpflegeheimen sind ebenfalls nicht aufzuheben oder zu modifizieren.

Arbeitsschutzrecht

Die untersuchten Regelungen des Arbeitsschutzes sind verhältnismäßig. Probleme in der Praxis, wie z.B. widersprüchliche Anweisungen der Behörden bezüglich sich überschneidender Bereiche können durch Absprachen der Behörden, welcher Schutz, beispielsweise Arbeitsschutz, Brandschutz oder Gesundheitsschutz Vorrang hat, gelöst werden. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Überwachungen nicht sehr häufig stattfinden. Die Regelungen über den Arbeitsschutz sind somit aus rechtlicher Sicht nicht aufzuheben oder zu verändern.

Medizinprodukterecht

Die Regelungen über die Verpflichtung zur regelmäßigen Kontrolle von Medizinprodukten sind verhältnismäßig. Angesichts der Gefahren für die Gesundheit der Bewohner/-innen und Beschäftigten, die mit dem Einsatz einiger Medizinprodukte verbunden sind, sollte auch die gesetzliche Verpflichtung zur Führung von Bestandsverzeichnissen beibehalten werden. Dies erleichtert dem Betreiber auch die eigene Überwachung seiner Geräte und stellt damit deren Funktionsfähigkeit sicher. Zudem wird diese Regelung für ein gut geführtes Heim keine zusätzliche Belastung darstellen, da in diesen Fällen ohnehin von dem Vorhandensein eines solchen oder ähnlichen Verzeichnisses ausgegangen werden kann. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Überprüfungen nicht sehr häufig durchgeführt werden, sodass der damit verbundene Aufwand für die Einrichtungen gering ist. Die Vorschriften können somit aus rechtlicher Sicht beibehalten werden.

Hygiene- und Infektionsschutzrecht

Die Regelungen über die Aufstellung eines Hygieneplans sowie die infektionshygienische Überwachung sind verhältnismäßig und daher nicht aufzuheben.

Die regelmäßige Überwachung der Sicherstellung eines ausreichenden Infektionsschutzes für die Bewohner von Altenpflegeheimen im Rahmen der Heimüberwachung ist verhältnismäßig.

Einer doppelten Überwachung der Infektionshygiene durch das Gesundheitsamt und die Heimaufsicht kann in der Praxis dadurch vermieden werden, dass eine *Koordination beider Behörden* stattfindet, was schon vielfach praktiziert wird.

Da die Überwachung der Hausinstallation in Altenpflegeheimen im Rahmen der Trinkwasserkontrolle verhältnismäßig und damit gerechtfertigt ist, sind die Vorschriften über die regelmäßige Überwachung nicht zu modifizieren oder aufzuheben.

Lebensmittelrecht

Die Vorschriften über die Überwachung der Einhaltung hygienischer Standards für die Verarbeitung von Lebensmitteln sind verhältnismäßig und bieten den zuständigen Behörden bei der Ausführung genügend Spielraum, auf die Besonderheiten eines Altenpflegeheimes einzugehen. Sie sind daher nicht aufzuheben oder zu modifizieren.

Gesundheitsdienstrecht

Die Vorschriften des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst sind verhältnismäßig. Überschneidungen sind in der Praxis von den zuständigen Behörden durch (verbesserte) Absprachen zu lösen.

Umsetzungsbezogene Aspekte

Behördliche Überwachung

Um den Arbeitsablauf in den zu überwachenden Heimen nicht zu sehr zu beeinträchtigen, sollten Termine rechtzeitig bekannt gegeben bzw. vereinbart werden. Unangemeldete Kontrollen sollten - bis auf anlassbezogene Prüfungen - unterbleiben. Ausdrücklich ausgenommen von dieser Forderung sind lebensmittelhygienische Kontrollen. Hier werden unangekündigte Prüfungen als angemessen eingestuft.

Es wird empfohlen, Prüfungen möglichst so zu gestalten, dass von den Prüfenden wahrgenommene Mängel nach Möglichkeit sofort benannt, Ursachen und Optimierungsansätze erörtert und Prüfberichte den Heimen zeitnah und unaufgefordert vorgelegt werden. Beratung und Kritik wird dann begrüßt und als hilfreich bewertet, wenn sie auf Gesetze und Rechtsvorschriften zurückzuführen ist und nachvollziehbar begründet wird.

Im Bereich Haustechnik ist nach entsprechenden Beschwerden sachkundiger und erfahrener Haustechniker zu fordern, dass Prüfinstanzen auf der Grundlage aktueller technischer Regeln und Normen prüfen (kritisiert wurde u.a. der TÜV) und dass die Prüfenden sich einem fachlichen Diskurs stellen (moniert wird hier das Verhalten von Bezirksschornsteinfegern).

Es wird empfohlen, dass Prüfinstanzen, die Kontrollen nach dem Medizinproduktegesetz, dem Infektionsschutzgesetz und der Gefahrstoffverordnung durchführen, gemeinsam mit Heimen und Trägern „einer Region“ (z.B. Kreis-, Bezirks- oder Landesebene; möglichst nicht mit jedem einzelnen Heim) praktikable Standards und Formen der Umsetzung entwickeln. Die Sicherheitsstandards sollten den Erfordernissen eines Altenpflegeheims angepasst sein. Überzogenen Anforderungen einzelner Prüfpersonen kann so vorgebeugt werden.

Informationsbeschaffung / Informationsstand

Es ist zu empfehlen sicherzustellen, dass die Verantwortlichen zeitnah und kontinuierlich in Bezug auf die relevanten Rechtsvorschriften auf dem neuesten Stand gehalten werden. Die Verantwortlichen in den Heimen wünschen sich, dass die Prüfinstanzen zeitnah und eigeninitiativ - anstatt lediglich anlässlich der Begehungen - über neue bzw. geänderte Rechtsvorschriften informieren.

Das Kompetenzteam empfiehlt die Zusammenfassung und regelmäßige Herausgabe aller für Altenhilfeeinrichtungen geltenden Vorschriften und Normen in übersichtlicher und gestraffter Form insbesondere für die Bereiche Haustechnik und Hauswirtschaft.

Bürokratiefördernde Rechtsvorschriften

Das Gesetz zur Vermeidung, Verwertung und Beseitigung von Abfällen gibt Regeln für die Abfallentsorgung vor. Diese werden zwar in und von den Heimen, offenbar vielfach aber nicht von den Mitarbeitenden der Müllentsorgungsunternehmen. Gefordert werden daher eindeutige und in der Praxis umsetzbare Regelungen sowie eine bessere Information der Entsorgungsunternehmen.

Heimgesetz (Kapitel 4.3)

Betreutes Wohnen - neue Wohnformen

Die Abgrenzung zur Anwendbarkeit des HeimG im Verhältnis zum Betreuten Wohnen ist in einer schon im Gesetzgebungsverfahren besonders umstrittenen Vorschrift enthalten (§ 1 Abs. 2 HeimG). Dies gilt für den auslegungsbedürftigen Passus der *untergeordneten* Bedeutung des Entgelts für Dienst- und Pflegeleistungen im Verhältnis zur Miete (§ 1 Abs. 2 Satz 2 HeimG).

Unabhängig von dieser Abgrenzungsproblematik speziell in Richtung auf das Betreute Wohnen wird gerügt, dass § 1 HeimG der Entwicklung neuer Formen des Zusammenwohnens von älteren Menschen und der Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen entgegensteht. In der Praxis der Heimaufsichtsbehörden sei nicht klar, ob das Gesetz zur Anwendung komme oder nicht.

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat im Juli 2005 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht¹ vorgelegt. In diesen Eckpunkten werden zur vorstehenden Problematik folgende Lösungen angeboten:

“1. Auf ambulant betreute Wohngemeinschaften findet das Heimrecht keine Anwendung.”

Dies gilt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Bewohnerinnen und Bewohner können Betreuungs- und Pflegedienste frei wählen (auch den Pflegedienst des Trägers).
- Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Zusammenleben in der Wohngemeinschaft selbstbestimmt gestalten.
- In der Wohngemeinschaft leben nicht mehr als 12 betreuungsbedürftige Personen.”

“2. Die Erprobung von neuen Wohn- und Betreuungsformen wird unterstützt und unbefristet zugelassen.”

¹ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

Um das Entstehen neuer Wohn- und Betreuungsformen zu unterstützen wird die Erprobungsregel des § 25 a Heimgesetz neu gestaltet. Die Befristung der Geltungsdauer entfällt.

- “Die Erprobung neuer Wohn- und Betreuungsformen soll von Vorgaben des Heimgesetzes und seiner Verordnungen befreit werden, wenn dies mit den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner vereinbar ist.”

Diese Änderungen können wesentlich zur Bewältigung der Abgrenzungsproblematik und damit zur Entbürokratisierung beitragen.

- Damit die Heimaufsichtsbehörde den Überblick darüber behält, ob eine ambulant betreute Wohngemeinschaft oder eine neue Wohn- und Betreuungsform vorliegt, sollte allerdings eine Anzeigepflicht eingeführt werden.
- Bei den neuen Wohn- und Betreuungsformen sollte eine Lösung angestrebt werden, nach der der Heimaufsicht zunächst die Möglichkeit gegeben wird, die Realisierung des Konzeptes in der Praxis für einen gewissen Zeitraum zu beobachten. Hat sich das Konzept bewährt, soll die Befreiung von den Vorschriften des HeimG auf Dauer gegeben werden

Anzeigepflicht

- Die Anzeigepflicht nach § 12 HeimG besteht bezüglich der Anzeige vor Inbetriebnahme des Heimes (Abs. 1) und bei Änderungen (Abs. 3).
- Die Anzeigepflicht hinsichtlich der Personalangaben - Name und berufliche Ausbildung - für Betreuungskräfte soll entfallen. Nötig sind nur noch Angaben in Bezug auf die Heim- oder Pflegedienstleitung (Übernahme des Vorschlags aus: 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht,² Ziff. 4).
- Die Anforderung der unverzüglichen Anzeige von Änderungen gem. § 12 Abs. 3 HeimG wird gelockert. Eine regelmäßige Anzeige von Änderungen soll ein- oder zweimal im Jahr stattfinden. Für eine einmal im Jahr zu liefernde Änderungsanzeige spricht die jährliche Prüfung im Rahmen der Überwachung (§ 15 Abs. 4 HeimG). Es könnte auch daran gedacht werden, die Anzeige von Änderungen zeitlich vor die Prüfung nach § 15 Abs. 4 HeimG zu legen, damit ein Zusammenhang mit der Überwachung gegeben ist und die Aufsichtsbehörde direkt auf mögliche Änderungen eingehen kann.

Gestaltung des Heimvertrages

Da der Bundesgerichtshof angemahnt hat,³ eine Klarstellung zwischen den Vorschriften des Pflegeversicherungsrechts zur Vereinbarung des Leistungsblocks “Unterkunft und Verpflegung” und § 5 Abs. 5 HeimG zu treffen, könnte eine Änderung entweder darin bestehen, dass im Pflegeversicherungsrecht (§ 87 SGB XI) und entsprechend

² BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

³ BGH, Urt. vom 3. Februar 2005, Az: III ZR 411/04, Rn. 14 am Ende.

im Sozialhilferecht (§ 76 Abs. 2 SGB XII) der Block "Unterkunft und Verpflegung" in Leistungsbeschreibung wie Vergütung getrennt ausgewiesen wird, oder dass heimvertragsrechtlich (§ 5 Abs. 5 HeimG) eine getrennte Darstellung von Leistungen und Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nur dann erforderlich ist, wenn auch sozialleistungsrechtlich bzw. in der Pflegesatzvereinbarung eine solche Trennung vorgenommen worden ist.

Entgelterhöhung

Bei den Vorschriften zur Entgelterhöhung wird - wie schon bei der Vertragsgestaltung nach § 5 HeimG - zwischen sog. Selbstzahlern und Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG) unterschieden. Ein Zweck der Vorschrift kann darin gesehen werden, dass es dem Heimbewohner rechtzeitig möglich sein soll, sich bei einer Erhöhung des Entgelts um einen anderen Heimplatz zu kümmern. Hier steht ihm auch ein besonderes Kündigungsrecht zur Seite (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 2 HeimG). Weiter bezweckt die Vorschrift die Erleichterung der Rechtsdurchsetzung seitens des Heimbewohners.

Die Vorschriften werden vor allem unter zwei Gesichtspunkten als bürokratieaufwändig kritisiert:

- Die Darstellung einer Entgelterhöhung aufgeteilt nach den verschiedenen Leistungsblöcken sei sehr aufwändig. Sie nütze dem Heimbewohner wenig, da es diesem vor allem auf die Höhe des Entgelts insgesamt, nicht jedoch auf einzelne Positionen ankomme.
- Bei Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe sei fraglich, ob nach Abschluss der Pflegesatzvereinbarung bzw. nach der Entscheidung der Schiedsstelle das Erhöhungsverfahren noch einmal durchgeführt werden müsse. Auch sei nicht klar, wie bei einer rückwirkenden Vereinbarungsgeltung bzw. Festsetzung durch die Schiedsstelle vorzugehen sei.

Bisher haben sich erst zwei Oberwaltungsgerichte zu § 7 Abs. 3 HeimG geäußert. Das Schleswig-Holsteinische Oberverwaltungsgericht hat in einer gegen eine Heimaufsichtsbehörde gerichteten Klage eines Heimträgers festgestellt, wie die Vorschriften des § 7 Abs. 3 HeimG bei einer rückwirkenden, durch eine Pflegesatzerhöhung bewirkten Entgelterhöhung auszulegen sind.⁴ Das Oberverwaltungsgericht sah in § 7 Abs. 3 HeimG nur die Aufforderung, *vorgesehene* Erhöhungen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden sollen, schriftlich geltend zu machen und nach den Anforderungen der Vorschrift zu begründen. Bei in Pflegesatzverhandlungen vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten Vergütungen gelte dieses gemäß dem Wortlaut der Vorschrift nicht.

⁴ Schleswig-Holsteinisches Oberverwaltungsgericht, Urt. vom 13. Oktober 2005, Az: 2 LB 37/05, teilweise abgedruckt in: bpa-Magazin 06/2005.

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg hat sich in zwei Beschlüssen⁵ im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes gegen eine solche Auslegung gewandt und festgestellt, dass eine zuverlässige Kenntnis von Art und Höhe der Kostensteigerung unverzichtbar ist.

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat in den im Juli 2005 vorgelegten 10 Eckpunkten zur Entbürokratisierung im Heimrecht⁶ unter Nr. 5 ("Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert") angekündigt, dass die derzeit unterschiedlichen Regelungen zum Inkrafttreten einer Entgelterhöhung im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3) und im SGB XI (§ 85 Abs. 6) harmonisiert werden. Es wird in Anlehnung an die Rechtsprechung des OVG Schleswig-Holstein vorgeschlagen:

- § 7 Abs. 3 HeimG gilt für Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung oder Sozialhilfe in Einrichtungen nur für die vorherige Ankündigung des Erhöhungsbegehrens, nicht jedoch, wenn das Entgelt durch Pflegesatzverhandlungen vereinbart worden oder durch eine Schiedsstelle festgesetzt worden ist.

Beendigung des Heimvertrages

Bei der Vertragsbeendigung durch Tod des Heimbewohners endet das Vertragsverhältnis mit dem Tod des Bewohners. Allerdings ist hier die Möglichkeit gegeben, zwischen den Vertragspartnern die Fortgeltung des Vertrages über die Entgeltbestandteile für Wohnraum und Investitionskosten bis zu zwei Wochen nach dem Sterbetag zu vereinbaren (§ 8 Abs. 8 Satz 2 HeimG). Bei pflegeversicherten Personen gilt, dass die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger mit dem Tag endet, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Das für das HeimG zuständige BMFSFJ hat im Juli 2005 10 Eckpunkte zur Entbürokratisierung im Heimrecht⁷ vorgelegt. Dort wird unter Nr. 5 ("Sich widersprechende Regelungen im HeimG und SGB XI werden harmonisiert") angekündigt, dass die derzeit unterschiedlichen Regelungen zur Beendigung des Heimvertrages im Todesfall im Heimgesetz (§ 8 Abs. 8) und im SGB XI (§ 87a Abs. 1) harmonisiert werden. Dies wird bedeuten, dass in § 8 Abs. 8 die Sätze 2 und 3 gestrichen werden. Eine Vereinbarung über die Weitergeltung des Heimvertrages ist dann nicht mehr möglich. Mit dieser geplanten Regelung wird zwar im Verhältnis zwischen dem Heimvertrag und den Beendigungsvorschriften der Pflegeversicherung für den pflegeversicherten Heimbewohner Klarheit geschaffen. Dies geschieht jedoch um den Preis einer Verlagerung von Kosten der Nichtbelegung auf den Heimträger. Weiter werden damit die Erben eines Heimbewohners noch einmal in besonderer Weise privilegiert.

⁵ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschlüsse vom 2. September 2004, Az: 6 S 468/04, und vom 25. Oktober 2004, Az: 6 S 467/04.

⁶ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

⁷ BMFSFJ, Entbürokratisierung im Heimrecht - 10 Eckpunkte, vom 13.07.2005.

Eine andere Möglichkeit könnte darin bestehen, in § 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI den Satzbestandteil "oder verstirbt" zu ergänzen um eine Regelung, die auf § 8 Abs. 8 Satz 2 und 3 HeimG Bezug nimmt. Damit wäre auch für die pflegeversicherten Heimbewohner eine Fortgeltungsmöglichkeit zu Lasten eventuell vorhandener Erben - nicht zu Lasten der Pflegeversicherung - gegeben.

Heimmitwirkung

Die Mitwirkung des Heimbeirates bei Entgelterhöhungen bleibt wegen mangelnder Einflussmöglichkeiten dann ohne Wirkung, wenn es sich um Entgelte handelt, die im Rahmen von Pflegesatzvereinbarungen bestimmt werden (§ 7 Abs. 4 und 5 HeimG). Da bisher sozialwissenschaftlich noch nicht erhoben ist, ob die Beteiligung des Heimbeirates hier nur als Formalie verstanden wird, jedoch zurzeit entsprechende Erhebungen angestellt werden, wird Folgendes vorgeschlagen:

- Ergibt sich auf Grund der bisher noch ausstehenden sozialwissenschaftlichen Erhebungen, dass die nach § 7 Abs. 4 und 5 HeimG erforderliche Beteiligung des Heimbeirates nicht angemessen ist, sollten die Informations- und Beteiligungsrechte neu gestaltet werden. So könnte vorgesehen werden, dass dem Heimbeirat nur dann ein Recht auf Stellungnahme eingeräumt wird, wenn er dieses gegenüber dem Heimträger fordert (Initiativrecht des Heimbeirates). Der Heimträger hat die Heimaufsichtsbehörde davon zu informieren, dass der Heimbeirat dieses gefordert hat. Für diesen Fall würden dann die in § 7 Abs. 4 und 5 HeimG aktuell gegebenen Regelungen gelten.

Heimgesetz, Ordnungsrecht und SGB XI: Überwachung, Qualitätsprüfung und Koordination der Prüftätigkeit

Prüftätigkeit der Heimaufsicht und der ordnungsrechtlichen Behörden:

- Bei den im HeimG angelegten Doppelprüfungen (Infektionsschutz; Hygiene) ist klarzustellen, dass die zuständigen Fachbehörden vorrangig tätig werden.
- Die Prüfungen sollen sich auf die Ergebnisqualität konzentrieren. Neben diesem Anliegen an die Verwaltungspraxis kann auch ein entsprechender gesetzlicher Hinweis dienlich sein.
- Bei den regelmäßigen Prüfungen fragt sich, ob die nach dem HeimG gegebene Verpflichtung zu einer regelmäßigen jährlichen Prüfung aufrechterhalten werden muss. Vorzuziehen ist ein Ersatz der Prüfung durch Vorlage eines Qualitätsnachweises durch unabhängige Sachverständige. Außerdem könnten Prüfintervalle in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung bestimmt werden.

Kooperation und Koordination zwischen Heimaufsicht und MDK

Die Überwachung nach dem HeimG erstreckt sich auf die Erfüllung der Anforderungen des Heimgesetzes an den Betrieb eines Heimes (§ 15 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit § 11 HeimG). Damit sind die Gegenstände der Überwachung sehr weit gefasst.

Nach dem SGB XI bezieht sich die Prüfung (nur) auf die erbrachten Leistungen und deren Qualität (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Präzisierend wird gesagt, dass es sich bei den erbrachten Leistungen um allgemeine Pflegeleistungen, um die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung und die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie um die Zusatzleistungen handelt. Weiter wird präzisiert, dass sich Prüfungen auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse dieser Leistungen sowie deren Abrechnung erstrecken (§ 112 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). In dem Katalog der Überwachungsgegenstände des § 11 Abs. 1 HeimG enthalten die Ziffern 1, 3, 5, 6 und 7 Regelungen, die mit den Prüfungsgegenständen nach dem SGB XI vergleichbar sind.

Es wird folgende Koordinierungsordnung zwischen Landesverbänden der Pflegekassen bzw. MDK und Heimaufsichtsbehörden vorgeschlagen:

1. Die gesetzlichen Zuständigkeiten für die Qualitätsprüfung erstrecken sich für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Landesverbände der Pflegekassen bzw. die Medizinischen Dienste auf alle Ebenen der Qualitätsprüfung.
2. Die Heimaufsichtsbehörden sind vorrangig für die Prüfung der Strukturqualität, die Medizinischen Dienste vorrangig für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität zuständig. Diese Vorrangregel kann nur für den Fall einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung sowie durch eine Verwaltungsvereinbarung durchbrochen bzw. geändert werden.
3. Im Falle einer Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, können die Heimaufsichtsbehörden ebenso wie die Medizinischen Dienste auf allen Ebenen der Qualität Prüfungen vornehmen.
4. Die Prüfung gleichartiger Qualitätsgegenstände durch die Heimaufsicht und den MDK (Doppelprüfung) hat außer im Falle der Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, die in einer Einrichtung besteht, zu unterbleiben.
5. Die Landesverbände der Pflegekassen schließen mit den Verwaltungsträgern der Heimaufsichtsbehörden Verwaltungsvereinbarungen zu folgenden Gegenständen:

Optional:

- Wahrnehmung von Prüfaufgaben aus dem jeweiligen vorrangigen Prüfbereich, ggf. auch gemeinsame Aufgabenwahrnehmung
- Obligatorisch:
- Vorbereitung und Durchführung einer Prüfung vor Ort (gegenseitige Information über vorhandene oder geplante Prüfungen; Durchführung gemeinsamer Prüfungen; nachgehende Information bei getrennten Prüfungen)
- Prüfabstände, auch in Ansehung des Qualitätsverhaltens einer Einrichtung
- Vorkehrungen zur Vermeidung von Doppelprüfungen

- gegenseitige Information über den geplanten Einsatz sanktionierender Instrumente und Information über die durchgeführten Sanktionen;
 - Abstimmung der Beratung der Einrichtung bei vorliegenden Qualitätsmängeln und bei ihrer Abhilfe.
6. Die Einrichtungen und ihre Trägerverbände erhalten eine Abschrift der Verwaltungsvereinbarung.

Die Vorrangregel bei der Wahrnehmung der Prüfaufgaben, kombiniert mit einer Verwaltungsvereinbarung, mit der optional die Verteilung der Prüfaufgaben zwischen Heimaufsicht und MDK geregelt werden kann, und die weiter verpflichtende Kooperations- und Koordinationsgegenstände enthält, hat mehrere Vorteile gegenüber der bisherigen Rechtslage:

- Die gesetzlichen Zuständigkeiten jeweils für die Prüfung auf allen Ebenen der Qualität bleiben für die Heimaufsichtsbehörden wie für die Medizinischen Dienste bestehen.
- Die Wahrnehmung der Prüfaufgaben folgt einer Vorrangregelung, die sich an den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientiert und damit eine grundsätzlich sachgerechte Zuordnung der jeweiligen Prüfaufgaben zu den Prüfinstanzen erlaubt.
- Die Prüfinstanzen können in Ansehung der spezifischen Erfordernisse vor Ort die Aufgabenwahrnehmung flexibel gestalten. Eine Übertragung von Sanktionsbefugnissen ist jedoch nicht möglich.
- Die Prüfinstanzen werden gesetzlich verpflichtet, in Verwaltungsvereinbarungen die Vorgehensweise bei Prüfungen festzulegen und damit Transparenz gegenüber den Einrichtungen zu erzeugen.
- Das grundsätzliche Verbot der Doppelprüfung ist Ausfluss des Gebotes effizienten Verwaltungshandelns. Es dient ebenfalls der Entbürokratisierung.

Sozialleistungsrecht (Kapitel 4.4)

Empfehlung:

- Die LQV sind abzuschaffen und durch ein anderes Instrument zu ersetzen, mit dem die mit den LQV verfolgten Ziele in ähnlicher Weise erreicht werden können.
- Die Einrichtungen sollen ein einrichtungsindividuelles Leistungs- und Qualitätsprofil erstellen, das sich an den Merkmalen des § 80a Abs. 2 SGB XI orientieren und darüber hinaus zusätzliche Merkmale enthalten kann.
- Dieses Leistungs- und Qualitätsprofil ist dem Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages beizulegen und spätestens bei Aufnahme des ersten Bewohners bzw. der ersten Bewohnerin in einer Einrichtung bzw. bei Ab-

schluss des ersten Heimvertrages mit einer Bewohnerin/einem Bewohner der zuständigen Pflegekasse (bzw. dem Verband der Pflegekassen) vorzulegen.

- Das Leistungs- und Qualitätsprofil ist dem Heimvertrag beizulegen und wird Gegenstand des Inhalts des Heimvertrages. Es kann eine Bezugnahme auf Inhalte der Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Personen enthalten.
- Das Leistungs- und Qualitätsprofil ist weder Gegenstand einer Überprüfung anlässlich des Antrags auf Abschluss eines Versorgungsvertrages noch Gegenstand von Prüfungen durch den MDK.

Begründung

Jede Einrichtung hat ein eigenes Leistungs- und Qualitätsprofil. Zu seiner Spezifizierung ist der Versorgungsvertrag nicht der richtige Ort. Die Erstellung des Leistungs- und Qualitätsprofils findet im Rahmen der unternehmerischen Verantwortung des Einrichtungsträgers statt. Das Leistungs- und Qualitätsprofil ist selbstverpflichtend. Rechtlich bindend wirkt es als Bestandteil des Heimvertrages. Diese zivilrechtliche Bindung ist ausreichend. Außerdem hat die Heimbewohnerin bzw. der Heimbewohner bereits jetzt einen Anspruch auf eine in Bezug auf seine Person individualisierte Leistungsdarstellung ebenso wie auf eine Darstellung der allgemeinen Leistungen der Einrichtung (vgl. § 5 Abs. 3 HeimG). Eine zusätzliche Herstellung einer Verbindlichkeit gegenüber den Sozialleistungsträgern (Pflegekassen bzw. deren Landesverbände, Sozialhilfeträger) und die Schaffung einer Prüfmöglichkeit durch den MDK sind nicht erforderlich, weil die Einrichtung bereits durch den Versorgungsvertrag auf die allgemeinen, für alle Einrichtungen geltenden Versorgungsstandards verpflichtet ist. Gegenstand einer Überprüfung durch den MDK kann nur der allgemeine, im Versorgungsvertrag festgelegte Leistungsstandard sein, nicht jedoch der besondere einrichtungsspezifische Leistungsstandard.

Der Vorteil dieser Handlungsempfehlung liegt vor allem im Abbau von Verwaltungs- und insbesondere von Prüfaufwand bei den Sozialleistungsträgern. Ein weiterer Vorteil besteht in der Entkoppelung von LQV und Vergütungsvereinbarung. Schließlich ist ein Vorteil im Rekurs auf die unternehmerische Verantwortung (Selbstverpflichtung) zu sehen, die dem auch sonstig geäußerten gesetzlichen Anliegen entspricht, die Einrichtungen und ihre Träger als primär Verantwortliche für Qualitätssicherung zu sehen. Die zivilrechtliche Verbindlichkeit ist ausschlaggebend dafür, dass das Leistungs- und Qualitätsprofil vertrags- wie schadensersatzrechtlich von Relevanz ist.

Der mögliche Nachteil, eine LQV nicht mehr als für die Vergütungsverhandlung prägend erachten zu können, besteht de facto nicht, da die Sozialleistungsträger diese mögliche Verkoppelung in der bisherigen Praxis in aller Regel nicht mit getragen haben. Ein weiterer ggf. zu vermutender Nachteil einer Prüfabsenz durch den MDK wird durch die zivilrechtliche Haftung der Einrichtung bzw. des Trägers kompensiert.

5.2 Handlungsempfehlungen für Träger und Einrichtungen

Pflegedokumentation (Kapitel 3.1)

Eine Zentrierung der Pflegedokumentation auf die für eine fachgerechte und individuelle Pflege erforderlichen Inhalte ist nötig. Dazu bedarf es einerseits einer Reduzierung des Umfangs der Dokumentation und andererseits einer Vervollständigung der Inhalte. Um dies leisten zu können, braucht die Praxis Orientierungshilfen.

*Benötigt werden erstens **Handlungsleitlinien zur Pflegedokumentation**, die den Verantwortlichen Anhaltspunkte für Auswahl und Gestaltung des Pflegedokumentationssystems und Dokumentationsregeln liefern. Sie sollten zudem Grundlage des fachlichen Dialogs von Heimen und Prüfinstanzen sein.* Diese Handlungsleitlinien

- werden zeitnah benötigt, um die Situation in den Heimen zu stabilisieren und der Vergeudung von Ressourcen in zahllosen Einzelprojekten entgegen zu wirken.
- sollen theoretisch fundiert und praxisnah formuliert sein und den Pflegeleitungen konkrete Umsetzungsbeispiele (aber nicht Formulare) an die Hand geben.
- sollen ein plausibles Spektrum von Pflegeproblemen abdecken. Gegenwärtig verändern sich Pflegedokumentationen jeweils dann und nicht immer zum Vorteil, wenn ein Thema in der Fachöffentlichkeit aktuell diskutiert wird.
- sollen ein Mindestmaß an Einheitlichkeit der Pflegedokumentation in der stationären Altenhilfe fördern. Zurzeit finden Mitarbeiter/-innen oft bei Stellenwechsel ihnen unbekanntere Dokumentationssysteme vor, in die sie sich mit hohem Aufwand einarbeiten. Den Ausbildungsstätten wird von Heimseite vielfach die unzulängliche Vermittlung von Dokumentationswissen vorgeworfen, hier könnten Handlungsleitlinien eine Verbesserung und Annäherung bewirken.

*Gebraucht werden zweitens **Qualifizierungsangebote für Pflegeleitungen**, um diese fachlich und in ihrer Leitungsposition zu stabilisieren.* Diese Qualifizierungsangebote sollen

- pflegefachliche und Dokumentationskenntnisse festigen und erweitern. Die Anfälligkeit für Dokumentationsmoden, die Neigung zur "sicheren" Dokumentation, die Ausrichtung an den Erwartungen der Prüfinstanzen können nur abgebaut, die notwendige inhaltliche Arbeit kann nur geleistet werden, wenn die Pflegeleitung fachlich "sattelfest" ist.
- auf die Pflegedokumentation bezogene Fragen der Mitarbeiterführung und -entwicklung beinhalten.
- das Thema Pflegedokumentation im organisatorischen Kontext behandeln. Oft muss parallel am Pflegesystem, an den Arbeitszeitregelungen, an der Gestaltung der Dienstübergaben, am Delegationsverfahren etc. gearbeitet werden, um die Pflegedokumentation nachhaltig zu verbessern.

Haustechnik / Hauswirtschaft (Kapitel 3.2)

Informationsbeschaffung / Informationsstand

Auf Verbandsebene sollten die Zuständigkeiten für zentrale Recherchen, zeitnahe Informationsweitergabe und Steuerung notwendiger Veränderungen angesiedelt sein, um die Praxis vor Überforderung mit diesen Arbeitsanteilen zu schützen bzw. zu entlasten.

Ein Leitfaden mit Stichwortregister für die Haustechnik und die hauswirtschaftlichen Teilbereiche, der alle aktuell geltenden Gesetze und Verordnungen sowie Hinweise zu ihrer Umsetzung enthält, wird von den Praktikern und Praktikerinnen für erforderlich gehalten, ebenso ein Informationsdienst, der turnusmäßig Informationen zu Neuerungen direkt an die Fachbereichsverantwortlichen weiterleitet.

Die Träger sollten insbesondere im Bereich Haustechnik Zuständigkeiten bündeln und durch häufigere und regelmäßigeren heimübergreifende Treffen eine verbesserte Informationsweitergabe und den Austausch der Fachbereichsverantwortlichen ermöglichen.

Gezielte Fortbildungsangebote mit umfassenden Hintergrundinformationen zu aktuellen fachlichen und rechtlichen Fragen sollten Sicherheit für die Umsetzung in dem Heimalltag geben.

Reduzierung von Organisations-, Prüf- und Dokumentationsaufwand

Heimleitungen und Träger können den o.a. Aufwand selbst reduzieren, in dem sie:

- interne Prüf- und Dokumentationsintervalle hinterfragen und ggf. reduzieren,
- intern erbrachte, an Externe vergebene und von Prüforganen vorgenommene Kontrollen besser aufeinander abstimmen sowie
- Festlegungen im Qualitätsmanagement auf ihre Angemessenheit hin überprüfen.

Personal (Kapitel 3.3)

Eine professionelle Hard- und Softwareausstattung optimiert innerbetriebliche Kernprozesse und spart damit Zeit und Geld.

Im Bereich Personalverwaltung leistet eine auf Detailanforderungen abgestimmte und mit Schnittstellen zu einzelnen Arbeitsbereichen ausgestattete Software einen erheblichen Beitrag zur Prozessoptimierung und Fehlerreduzierung. Gleichzeitig liefert sie in verschiedenen Zusammenhängen benötigten Daten zeitsparend und zeitnah.

Im Idealfall lassen sich die Daten sowie die Dienstplanung, der Umgang mit Urlaubs-, Fort-, Weiterbildungs-, Krankheitstagen, aktuelle personen- und gehaltsrelevante Informationen aber auch die monatliche Berechnung der Zuschläge und Gehaltsüberweisungen effizient verbinden.

Es wird den Heimen und ihren Trägern empfohlen, solche integrierten Softwarelösungen anzuschaffen und die Mitarbeitenden für die sachgerechte Anwendung zu schulen.

Ebenso wichtig wie eine angemessene Hard- und Softwareausstattung sind **durchdachte und gestraffte betriebliche Abläufe**. In der Terminologie des Qualitätsmanagements geht es dabei um **optimierte Kernprozesse** mit Ablauf- und Rahmenstandards zu wesentlichen Punkten wie der Einstellung neuer Mitarbeiter/-innen, Dienst- und Einsatzplanung, Personalführungsgespräche, Umgang mit Fehltagen oder der Urlaubsplanung.

Es wird den Heimen und ihren Trägern empfohlen, diese Regelungen im Rahmen eines zeitgemäßen und lebendigen Qualitätsmanagements zu realisieren.

Weiterhin sind **professionelle Konzepte zur Personalentwicklung (PE-Konzepte)** geeignet, betriebsintern negative bzw. krisenhafte Entwicklungen bzgl. einzelner Mitarbeiter/-innen zu minimieren bzw. sogar zu vermeiden. Es wird empfohlen, diese in den Heimen und bei den Trägern zu entwickeln und verbindlich zu praktizieren.

Bewohner/-innen und Pflege (Kapitel 3.4)

Schadensmeldungen an Krankenkassen

Träger- und Verbandsebene sollten die Heime durch Beispiele guter Praxis zu allen relevanten Pflgethemen (d.h. mögliche Schäden oder Vorkommnisse wie Stürze) sowie durch das Angebot flankierender Maßnahmen (Beratung zur Standardimplementierung, Mitarbeiterschulung) unterstützen.

Praxisgebühr

Träger- und Einrichtungen sollten die Notwendigkeit der Übernahme dieser und vergleichbarer nicht verpflichtender Zusatzaufgaben sorgfältig abwägen.

Die Trägerverbände sollten in Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge sowie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung praxistaugliche und unbürokratische Verfahrensweisen entwickeln, die auch praktikable Regelungen für in stationären Einrichtungen lebende Menschen beinhalten.

Hilfsmittel

Träger und Trägerverbände sollten die Heime gezielt mit rechtlichen Informationen und Verfahrensempfehlungen versorgen, ggf. auch heimübergreifende Beratungsangebote entwickeln.

Heime sollten sich durch kontinuierliche, verbindliche Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern o.ä. bei der Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen, Betreuerinnen und Betreuern entlasten. Außerdem sollten heimintern gezielt Kompetenz aufgebaut werden und die Beratung der Bewohner/-innen gebündelt und zeitsparend organisiert werden.

Dieses PDF ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
es wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Autoren:

Kompetenzteam zur Identifikation von Entbürokratisierungspotenzialen
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Werner Göpfert-Divivier, Heike Pfeifer
iSPO-Institut Saarbrücken
Saargemünder Str. 40
66119 Saarbrücken
Tel.: 0681/9 85 01 67
E-Mail: iSPO@ispo-institut.de
Internet: www.ispo-institut.de/

Ursula Mybes, Angelika Mahlberg-Breuer
Büro Ursula Mybes
Kolumbahaus
Glockengasse 2a
50667 Köln
Tel.: 0221-9 32 20 51
E-Mail: info@buero-mybes.de
Internet: www.buero-mybes.de

Prof. Dr. Gerhard Igl, Silke Hamdorf, Viktoria Tallich
Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Olshausenstr. 40
24098 Kiel
Tel.: 0431 - 880-35 33
E-Mail: office@instsociallaw.uni-kiel.de
Internet: www.uni-kiel.de/instsociallaw

Stand:

Mai 2006

Gestaltung Titel:

KIWI GmbH, Osnabrück

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 018 01/90 70 50*
Fax: 018 88/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 7–19 Uhr

* nur Anrufe aus dem Festnetz, 9–18 Uhr 4,6 Cent,
sonst 2,5 Cent pro angefangene Minute