



Antwort

der Landesregierung

auf die

Große Anfrage

der Fraktion der CDU

Pflegesituation

Drucksache 15/3682

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz

A. Tätigkeit der Heimaufsichtsbehörden und Fachaufsicht des Sozialministeriums über die Heimaufsichtsbehörden

Vorbemerkung der Landesregierung:

Das Heimgesetz als Bundesgesetz wird von den Ländern ausgeführt, die die zuständigen Behörden für die Durchführung zu bestimmen haben. Wie in den meisten Ländern ist in Schleswig-Holstein die Heimaufsicht der kommunalen Ebene zugeordnet. Die Landrätinnen und Landräte der Kreise und die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der kreisfreien Städte sind von der Landesregierung als zuständige Stellen für die Durchführung der Heimaufsicht bestimmt worden.

Aufgaben der Heimaufsicht:

Die primäre Aufgabe der örtlichen Heimaufsicht ist die Information und Beratung (§ 4 des Heimgesetzes - HeimG). Sie sind Ratgeber und Partner für den im Gesetz genannten Personenkreis.

Die Informations- und Beratungspflicht über die Rechte und Pflichten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner umfassen insbesondere

- Regelungen im Heimvertrag
- Fragen zum einseitigen Vorgehen von Heimträgern
- Das Beschwerderecht, Mitwirkung und Tagesstrukturierung
- Fragen zur Heimordnung

Eine weitere Aufgabe der HAB ist die Heimüberwachung (§ 15 HeimG). Hierbei nimmt die Heimaufsicht ordnungsrechtliche Aufgaben wahr, indem sie darauf achtet, dass die Heime ihre Aufgaben und Verpflichtungen wahrnehmen. Es können jederzeit angemeldete und unangemeldete Prüfungen vorgenommen werden. Prüfungen sollen mindestens einmal jährlich stattfinden. Die örtliche HAB ist berechtigt, Aufzeichnungen über die Pflegeplanung und Pflegeverläufe einzusehen und mit Zustimmung der betroffenen Bewohnerin oder des Bewohners deren Pflegezustand in Augenschein zu nehmen

Die Heimaufsicht kann Anordnungen und Untersagungen erteilen. Sie hat bei der Feststellung von Mängeln im Vorfeld möglicher Anordnungen den Heimträger zunächst über die Möglichkeiten der Abstellung der Mängel zu beraten (§ 16 HeimG), wenn nicht sofortige Maßnahmen erforderlich sind. Reichen Anordnungen nicht aus, um Missstände zu beseitigen, kann die zuständige Behörde unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit den Heimbetrieb untersagen (§19 Abs. 1 u. 2 HeimG). In diesen Fällen muss der Heimträger den Bewohnerinnen und Bewohnern eine angemessene anderweitige Unterkunft und Betreuung zu zumutbaren Bedingungen nachweisen (§ 8 Abs. 7 HeimG). Die zuständige HAB soll die Bewohnerinnen und Bewohner dabei unterstützen).

Eine wichtige Aufgabe ist die Zusammenarbeit mit anderen Behörden, Institutionen und Verbänden. Die örtliche Heimaufsicht wirkt gemeinsam mit den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - MDK - und dem Sozialhilfeträger durch

- den mit dem Heim abgeschlossenen Versorgungsvertrag (§§ 72, 73 SGB XI)
- die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a SGB XI)
- Vergütungsvereinbarungen (§§ 84 ff. SGB XI)

auf die Qualität der Pflegeeinrichtung ein. Im Rahmen der engen Zusammenarbeit sollen die genannten Stellen sich gegenseitig informieren, ihre Prüftätigkeit koordinieren sowie sich über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Mängelbeseitigung verständigen (§ 20 Abs. 1 HeimG). Dies geschieht in Arbeitsgemeinschaften. Es sollen Doppelarbeiten vermieden und Synergieeffekte genutzt werden.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz (MSGV) ist für die örtliche Heimaufsicht nach § 17 des Landesverwaltungsgesetzes oberste Fachaufsichtsbehörde. Entsprechend dieser gesetzlichen Regelung erstreckt sich die Fachaufsicht auf die rechtmäßige und zweckmäßige Ausführung der gesetzlichen Aufgaben der zuständigen Behörden. Die Fachaufsichtsbehörde ist berechtigt, von den ihrer Aufsicht unterstehenden Behörden

- Berichterstattung und Vorlage der Akten zu verlangen,
- Prüfungen vorzunehmen
- Weisungen zu erteilen.
- Bei Gefahr im Verzug und wenn zuvor eine Weisung der Fachaufsichtsbehörde nicht befolgt worden ist, kann die Fachaufsichtsbehörde an Stelle der angewiesenen Behörde selbst tätig werden (§ 16 Abs. 3 des Landesverwaltungsgesetzes).

Aus dieser Aufgabenzuordnung folgt, dass die Heimaufsichtsbehörden (HAB) die Aufgaben der Heimaufsicht eigenverantwortlich erfüllen. Es obliegt den kommunalen Trägern, wie die Heimaufsicht im Verwaltungsaufbau zugeordnet wird und wie viel bzw. welches Personal für diese Aufgabe bereitgestellt wird.

Das MSGV setzt in seiner Funktion als oberste Fachaufsicht für die Heimaufsicht auf eine Ziel orientierte, kontinuierliche Zusammenarbeit, die in den letzten Jahren ständig verbessert worden ist und sich zu einer konstruktiven Zusammenarbeit entwickelt hat. Die HAB sollen dabei unterstützt werden die mit der Heimgesetznovelle 2002 erweiterten gesetzlichen Instrumente zu nutzen und die Qualität der Heimaufsicht weiter zu steigern. Ein wichtiges Ziel ist es die jährliche Prüfung in jedem Heim zu realisieren. Ferner besteht die Aufgabe die Zusammenarbeit, insbesondere die Koordinierung der Prüftätigkeit, zwischen HAB und MDK/Pflegekassen sowie Sozialhilfeträger zu verstärken, wozu Arbeitsgemeinschaften unter Geschäftsführung der HAB gesetzlich neu eingeführt wurden. Ferner soll die erweiterte Heimmitwirkung ausgebaut werden.

Das MSGV hat sich im Zusammenhang mit der Heimgesetznovelle von 2002 zunächst dafür eingesetzt, dass die HAB im Hinblick auf die Ausweitung ihrer Aufgaben personell verstärkt werden. Dies ist inzwischen in fast allen HAB bereits geschehen, insbesondere haben die Kreise und kreisfreien Städte zur besseren fachlichen Aufgabenwahrnehmung zusätzlich zum vorhandenen Verwaltungspersonal Pflegefachkräfte eingesetzt. Diese positive Entwicklung hat die Heimaufsicht vor Ort deutlich gestärkt. Weiter wurde der fachliche Austausch zwischen MSGV und HAB durch häufigere Besprechungen, laufende telefonische Kontakte und diverse Rundschreiben des MSGV zu Durchführungsfragen der heimrechtlichen Bestimmungen verstärkt.

Seit der Vorlage des ersten Zwischenberichts des MDK im Jahr 2000 ist eine breite Diskussion über die Feststellungen von sog. „gefährlicher Pflege“ entstanden. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist damit gemeint, dass durch falsches pflegerisches Ver-

halten oder durch Unterlassungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern körperliche Pflegeschäden verursacht werden. Der Begriff „gefährliche Pflege“ stammt aus einer vorwissenschaftlichen Phase der Pflege und ist nicht eindeutig definiert. Deshalb hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) in seiner Prüfanleitung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für die Kategorie „gefährliche Pflege“ unterschiedliche Ausprägungen definiert wurden, wodurch eine einheitliche Anwendung des Begriffs nicht sichergestellt werden kann und daher dieser Begriff in den Prüfberichten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nicht verwendet werden sollte. Gemäß dieser Empfehlung des MDS wird seit dem 1. April 2004 das Stufenmodell „gefährliche Pflege - Routinepflege - angemessene Pflege - optimale Pflege“ in den Prüfberichten in Schleswig-Holstein nicht mehr zu Grunde gelegt. In der individuellen Prüfung der Ergebnisqualität wird jetzt an Stelle der Kriterien des Stufenmodells zu den konkreten pflegerischen Defiziten, die bei Prüfungen festgestellt werden, Stellung genommen. Dies führt zu einer Versachlichung im Umgang mit festgestellten Pflegeproblemen und zu konkreten Aussagen zu Bearbeitungsschritten.

Hierzu hat die AG Pflegequalität des Landespflegeausschusses zusammen mit dem Bündnis Altenpflege am 30. August 2004 im MSGV ein Werkstattgespräch „Pflegequalität – Was heißt Pflege am aktuellen Stand des Wissens?“ mit den Pflegekassen, dem MDK, HAB und den Trägerverbänden durchgeführt. Hier wurde aus Expertensicht bestätigt, dass der Begriff der „gefährlichen Pflege“ nicht mehr sachgerecht ist und als zukunftsweisend eine professionelle Orientierung an der individuellen Lebenssituation mit einem entsprechenden Pflegemanagement sowie Pflegecontrolling vorgestellt (siehe www.pflegeprofi-sh.de). In der AG Pflegequalität werden weitere Schritte zur Umsetzung beraten und vereinbart.

Die Position der Landesregierung zur Heimaufsicht ist in den wiederholten parlamentarischen Behandlungen in der laufenden Legislaturperiode mehrfach dargelegt worden: Drucksache 15/1174 vom 12.09.2001 - Bericht „Heimaufsicht in Schleswig-Holstein“; Drucksache 15/2268 vom 19.11.2002 - Große Anfrage „Durchführung der Heimaufsicht“; Drucksache 15/2370 vom 22.01.2003 - „Durchführung der Heimaufsicht“; Drucksache 15/3339 vom 05.04.2004 - „Kontrolle stationärer Pflegeeinrichtungen“.

1. In welchen Kreisen bzw. kreisfreien Städten haben 2003 die Heimaufsichtsbehörden die ihnen nach dem Heimgesetz obliegende Pflicht, alle stationären Pflegeeinrichtungen ihres Dienstbereichs mindestens einmal jährlich auch in Bezug auf die Pflegequalität zu kontrollieren, nicht erfüllt?

Antwort:

Im Jahr 2003 sind die Prüfungen gegenüber den Vorjahren verstärkt worden. In den Kreisen Herzogtum Lauenburg und Steinburg sind alle Einrichtungen geprüft worden, in 11 Kreisen und kreisfreien Städten wurden ca. 80 % der Einrichtungen und in den Kreisen Dithmarschen und Rendsburg-Eckernförde wurde in einem geringeren Umfang geprüft.

2. Welche Maßnahmen hat das Sozialministerium getroffen, um diejenigen Heimaufsichtsbehörden, die ihre Kontrollpflicht 2003 nicht erfüllt haben, anzuhalten, die ausstehenden Kontrollen unverzüglich nachzuholen?

Antwort:

Das MSGV hat die HAB wiederholt mit Nachdruck aufgefordert, die gesetzliche Pflicht zur jährlichen Prüfung zu erfüllen. Auf Grund der für 2003 erzielten Prüfquoten wurden die HAB mit Erlass vom 22. April 2004 erneut zur Erfüllung der jährlichen Prüfung aufgefordert und auf mögliche Weisungen der Fachaufsicht im Falle der Nichterfüllung hingewiesen. Die Prüftätigkeit der HAB ist im Jahr 2004 weiter verstärkt worden. In den zwei Fällen, die unterhalb der durchschnittlichen Prüfquote lagen, wurden die Landräte schriftlich auf mögliche Maßnahmen der Fachaufsicht hingewiesen, und mit beiden Landräten wurde die Problematik zusätzlich ausführlich mündlich erörtert. In beiden Fällen wurde die Bedeutung der Aufgaben der Heimaufsicht von den Landräten hervorgehoben und versichert, alle Anstrengungen zur Verstärkung des Personals für die Heimaufsicht zu unternehmen.

3. Falls das Sozialministerium Maßnahmen getroffen hat, um diejenigen Heimaufsichtsbehörden, die ihre Kontrollpflicht 2003 nicht erfüllt haben, anzuhalten die ausstehenden Kontrollen unverzüglich nachzuholen:

- a) **Bis zu welchem Zeitpunkt sind in den betreffenden Kreisen bzw. kreisfreien Städten alle noch ausstehenden Kontrollen nachgeholt worden?**
- b) **Hatte das Sozialministerium im Zusammenhang mit seinen fachaufsichtlichen Maßnahmen den betreffenden Heimaufsichtsbehörden die Pflicht auferlegt, bis zu einem bestimmten Zeitpunkt schriftlich oder mündlich zu berichten, ob sie nunmehr alle stationären Pflegeeinrichtungen ihres Dienstbereichs ordnungsgemäß kontrolliert haben?**

Antwort:

zu a):

Wie bereits in der Antwort zu Frage 2 ausgeführt, wurden die HAB mit Erlass des MSGV vom 22. April 2004 erneut mit Nachdruck zur Erfüllung der jährlichen Prüfung aufgefordert. Die betroffenen HAB haben auf Anfrage des MSGV mitgeteilt, dass sie die Einrichtungen, die im Jahr 2003 nicht geprüft werden konnten, vorrangig zu Beginn des Jahres 2004 geprüft haben.

zu b):

Das MSGV hat bereits im Jahr 2001 durch Erlass geregelt, dass die HAB das MSGV über wichtige Maßnahmen und über Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung unaufgefordert und unverzüglich informieren müssen. Diese Berichtspflicht wurde in 2004 dahingehend präzisiert, dass die HAB aufgefordert wurden, über gravierende Vorkommnisse z.B. über Maßnahmen der Heimaufsicht wie Belegungsstopps oder Betriebsuntersagungen zu berichten, ferner die Fachaufsicht über weitere wichtige Angelegenheiten wie z.B. besonders gravierende Pflegemängel zu informieren. Die Aufforderung zur Berichtspflicht wurde zuletzt in einer Besprechung mit den HAB im MSGV am 26. August 2004 erneut bekräftigt.

4. Falls das Sozialministerium keine Maßnahmen getroffen haben sollte, um diejenigen Heimaufsichtsbehörden, die ihre Kontrollpflicht 2003 nicht erfüllt haben, anzuhalten, die ausstehenden Kontrollen unverzüglich nachzuholen, wird ebenfalls um Beantwortung der Frage 3 a) gebeten.

Antwort:

siehe Antwort zu Frage 2 und 3 b)

5. Sind 2003 bei den Heimkontrollen Fälle von gefährlicher Pflege festgestellt worden?

6. Wenn Frage 5. mit ja beantwortet wird

a) In welchen Kreisen bzw. kreisfreien Städten und in welchen stationären Pflegeeinrichtungen?

b) Wie viele Fälle insgesamt?

Antwort zu den Fragen 5 und 6 a) und b):

Zur Bedeutung und zum Verständnis des Begriffs „gefährliche Pflege“ wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung zu Abschnitt A verwiesen.

Im Rahmen ihrer Tätigkeitsberichte, die für die Jahre 2002 und 2003 erstmals zu erstellen waren, haben die HAB über die von ihnen durchgeführten Prüfungen in den Heimen, über die dabei festgestellten Mängel und über ihre Beratungstätigkeit und angeordnete Maßnahmen berichtet.

Aus den Tätigkeitsberichten der HAB für die Jahre 2002 und 2003 lassen sich hinsichtlich der zentralen Aufgabenbereiche der Pflege folgende Mängelschwerpunkte zusammenfassen:

1. Mängel in der Pflegequalität

Bei der Pflege wurden Mängel im Bereich der Prophylaxe von Dekubitus, Kontrakturen und Stürzen festgestellt. Ein weiteres Problemfeld war der Bereich der Inkontinenz. Hier wurden eine mangelhafte Versorgung der Pflegebedürftigen und ein fehlendes Inkontinenztraining festgestellt. Ferner bestanden Defizite bei der pflegefachlich notwendigen Kontrolle von Essen und Trinken. Defizite wurden auch bei der aktivierenden Pflege, insbesondere bei der Mobilisation, wahrgenommen.

2. Mängel in der Pflege-/Betreuungsplanung

In der Pflegeplanung fehlte noch häufig eine Darstellung der verbliebenen Fähigkeiten der zu Pflegenden, ihrer Probleme sowie der aufeinander bezogenen Ziele und Maßnahmen für den Pflegeprozess. Die vorgefundene Darstellung war oft schematisch und nicht auf den Einzelfall konkretisiert, so dass eine individuelle Pflegeplanung nicht erkennbar wurde. Auch fehlte der Bereich der notwendigen Prophylaxen.

3. Mängel in der Pflege-/Betreuungsdokumentation

Die Dokumentationen waren in zahlreichen Fällen noch unvollständig. Beispielsweise fehlten Angaben zur Biographie der zu Pflegenden, zur Pflegeanamnese und zu Gefährdungspotentialen. Weitere Probleme waren fehlende Trinkpläne sowie Angaben zur Betreuung und zu erbrachten Leistungen. Darüber hinaus wurden formale Fehler

festgestellt. Oft fehlten Unterschriften der ausführenden Pflegekräfte, die Dokumentationen waren zum Teil unleserlich oder überschrieben. PC-gestützte Dokumentationen wiesen noch deutlich größere Defizite als die handschriftlich geführten auf.

6.c) Ist das Sozialministerium hierüber schriftlich oder mündlich durch die betreffenden Heimaufsichtsbehörden vor dieser Großen Anfrage unterrichtet worden?

Antwort:

Zusätzlich zu den umfassenden schriftlichen Tätigkeitsberichten ist das MSGV darüber hinaus von den HAB über gravierende oder in einzelnen Pflegeeinrichtungen gehäuft aufgetretene Fälle von Pflegeschäden weitgehend mündlich unterrichtet worden.

d) Hat das Sozialministerium Maßnahmen der Fachaufsicht hinsichtlich derjenigen Heimaufsichtsbehörden getroffen, in deren Dienstbereich Fälle von gefährlicher Pflege festgestellt worden sind? Wenn ja: Welche?

e) Falls derartige Maßnahmen der Fachaufsicht ergriffen worden sind: Sind diese Maßnahmen der Fachaufsicht beachtet worden?

Die Landrätinnen und Landräte der Kreise und die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der kreisfreien Städte verfügen über alle Instrumente der Heimaufsicht, um in Fällen von gravierenden Pflegeschäden in eigener Verantwortung die erforderlichen und wirksamen Maßnahmen zu treffen. So sind nach den Tätigkeitsberichten in den Jahren 2002 und 2003 insgesamt 114 Bescheide mit Anordnungen nach § 17 des Heimgesetzes erlassen worden. In zwei Fällen wurden Beschäftigungsverbote nach § 18 des Heimgesetzes und in 13 Fällen Untersagungen nach § 19 des Heimgesetzes ausgesprochen. 18 Bußgeldbescheide nach § 21 des Heimgesetzes wurden erlassen. Diese Maßnahmen hat das MSGV als ausreichend angesehen, so dass von Weisungen im Rahmen der Fachaufsicht abgesehen werden konnte.

7. In wie vielen Fällen sind 2004

a) angemeldete und

b) unangemeldete Heimkontrollen durchgeführt worden?

Antwort:

Über das Jahr 2004 liegen diese Daten vollständig erst nach dem Jahresende vor. In den Jahren 2002 und 2003 sind von den HAB 1.904 Prüfungen bzw. Kontrollen nach § 15 des Heimgesetzes durchgeführt worden. Hiervon waren 1.385 (ca. 73 %) unangemeldet und 519 (ca. 27 %) angemeldet. 751 Prüfungen (ca. 39 %) wurden aufgrund von Beschwerden oder Anzeigen vorgenommen. Nachts wurden insgesamt 51 Prüfungen (ca. 3 %) durchgeführt. In 151 Fällen (ca. 17 %) fand die Kontrolle gemeinsam mit dem MDK statt.

8. Wenn davon ausgegangen wird, dass die Heimaufsichtsbehörden die Pflicht haben, alle stationären Pflegeeinrichtungen mindestens einmal jährlich auch in Bezug auf die Pflegequalität zu kontrollieren: Zu welchem Prozentsatz haben die einzelnen Heimaufsichtsbehörden in der Zeit vom 01.01.2004 –

31.08.2004 ihre Kontrollpflicht erfüllt?

Antwort:

Bei der bereits erwähnten Besprechung am 26. August 2004 hat die Mehrzahl der HAB mitgeteilt, dass etwa zwei Drittel der Heime geprüft sind und vorgesehen ist die jährliche Prüfung der ausstehenden Einrichtungen noch in diesem Jahr durchzuführen. Das MSGV wird die Prüfquote weiter überwachen und falls erforderlich entsprechende Weisungen erteilen.

9. In welchen Kreisen bzw. kreisfreien Städten und in welchen stationären Pflegeeinrichtungen sind 2004 Fälle von gefährlicher Pflege festgestellt worden?

10. Wie viele Fälle von gefährlicher Pflege sind 2004 insgesamt festgestellt worden?

Antwort zu den Fragen 9 und 10:

Im Jahr 2004 sind Fälle von gravierenden Pflegeschäden vorgekommen und auch von den zuständigen HAB festgestellt worden. Die HAB haben hierbei die erforderlichen Anordnungen getroffen. Wie in der Antwort zu Frage 6 bereits ausgeführt, wurden auch im Jahr 2004 gravierende Pflegeschäden und die ergriffenen Maßnahmen der Heimaufsicht entsprechend der allgemeinen Berichtspflicht dem MSGV gemeldet.

11. Ist das Sozialministerium hierüber schriftlich oder mündlich durch die betreffenden Heimaufsichtsbehörden unterrichtet worden?

Antwort:

Das MSGV ist darüber überwiegend mündlich unterrichtet worden.

12. Hat das Sozialministerium 2004 Maßnahmen der Fachaufsicht hinsichtlich derjenigen Heimaufsichtsbehörden getroffen, in deren Dienstbereich Fälle von gefährlicher Pflege festgestellt wurden? Wenn ja: Welche?

Antwort:

Wie in der Antwort zu Frage 6 bereits ausgeführt, haben die HAB bei ihren Mitteilungen über Fälle von gravierenden Pflegeschäden auch die nach dem Heimgesetz getroffenen Anordnungen genannt. Daher waren keine zusätzlichen Weisungen im Rahmen der Fachaufsicht erforderlich.

13. Falls derartige Maßnahmen der Fachaufsicht 2004 ergriffen worden sind: Sind diese Maßnahmen der Fachaufsicht beachtet worden?

Antwort: siehe Antwort zu den Fragen 6 und 12

14. Hat das Sozialministerium inzwischen den Heimaufsichtsbehörden eine durch fachaufsichtlichen Erlass geregelte allgemeine Berichtspflicht über die von ihnen allein oder in Zusammenarbeit mit dem MDK vorgenommenen Heimkontrollen und deren Ergebnis auferlegt?

Antwort:

Die HAB sind seit 1. Januar 2002 nach § 22 Heimgesetz verpflichtet, alle zwei Jahre einen Tätigkeitsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Insofern ist eine gesonderte Pflicht von der Fachaufsicht nicht zu statuieren. Wie bereits in der Antwort zu Frage 5 ausgeführt, liegen die Tätigkeitsberichte der HAB für die Jahre 2002 und 2003 bereits vor und sind auch veröffentlicht. Diese Berichte sind wertvolle Informationsquellen über die gesamte Tätigkeit der HAB und Grundlage für den fachlichen Austausch mit dem MSGV und dienen damit auch der Weiterentwicklung der fachlichen Qualität der Arbeit für die Heimaufsicht.

15. Wenn nein: Gibt es wenigstens inzwischen eine durch fachaufsichtlichen Erlass geregelte Berichtspflicht für die Heimaufsichtsbehörden, dem Sozialministerium unverzüglich über festgestellte Fälle von gefährlicher Pflege und das daraufhin Veranlasste zu berichten?

Antwort:

Die Unterrichtung des MSGV über gravierende Pflegemängel unterliegt der in der Antwort zu Frage 3 b) genannten besonderen Berichtspflicht.

16. Ist die Landesregierung nach den in DRK-Pflegeheimen festgestellten Pflegemängeln nunmehr bereit, ein eigenständiges Pflege-Controlling im Sozialministerium einzurichten, das für alle schwerwiegenden Pflegemängel zuständig ist?

Antwort:

Die Qualität der Leistungserbringung in der stationären Pflege unterliegt einem System von unterschiedlichen Kontrollmechanismen: Eine vertragliche Kontrolle ergibt sich aus dem Versorgungsvertrag, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen und dem Heimvertrag. Eine staatliche Kontrolle wird durch die Heimaufsichtsbehörden, den MDK und die Landesverbände der Pflegekassen ausgeübt. Aus den vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen ergeben sich für die betroffenen Vertragsparteien und Aufgabenträger bei unsachgemäßer Aufgabenerledigung unterschiedliche Sanktionsmöglichkeiten (siehe Anlage 1).

Der MDK und die örtlich zuständigen HAB sind wirksame Prüfinstitutionen. Ihre Zusammenarbeit hat sich seit Inkrafttreten des novellierten Heimgesetzes und des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes am 1.1.2002 nach dem Bekunden aller Beteiligten zunehmend verbessert. Darüber hinaus ist Kontrolle von Pflegeeinrichtungen einschließlich der Erkenntnisse und der Konsequenzen daraus ein Thema, das regelmäßig im Landespflegeausschuss Schleswig-Holstein aufgegriffen wird.

Durch die erweiterte Heimmitwirkung und Information und Transparenz, die über Presse und Medien hergestellt wird, ergibt sich auch eine zusätzliche soziale Kontrolle. Mit „Pflegeplus“, der neuen Initiative für eine gute Pflege alter Menschen wird die Landesregierung den Dialog mit allen Beteiligten führen, denn wirklich gute Pflege

und Begleitung muss sich unmittelbar aus den Einrichtungen heraus entwickeln. Eine wirksame Verbesserung der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen in Heimen ist jedoch nur möglich, wenn das gesamte soziale- und Wohnumfeld Mitverantwortung für pflegebedürftige Menschen übernimmt. Gute Pflege gelingt nur in gemeinsamer Verantwortung. Angehörige, Freunde, Nachbarn und freiwillig Engagierte leisten durch ihre individuelle Kontrolle einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung.

Schwerwiegende Mängel können schon heute durch die bestehenden Kontrollinstanzen erkannt und wirksam beseitigt werden. Daher wird die Landesregierung die Kooperation und Vernetzung der bestehenden Kontrollinstitutionen weiter verstärken.

17. Wird die Landesregierung Maßnahmen treffen und wenn ja welche, um die Kreise und kreisfreien Städte bei den schon 2003 zutage getretenen Schwierigkeiten zu unterstützen, ihre Kontrollpflichten entsprechend dem Heimgesetz zu erfüllen?

Antwort:

Die Kreise und kreisfreien Städte sind eigenverantwortlich für die Aufgabenwahrnehmung nach dem Heimgesetz. Daher sind die kommunalen Träger in der Pflicht, Schwierigkeiten bei der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der HAB durch angemessene Maßnahmen selbst zu beseitigen.

Gleichwohl wird das MSGV im Interesse der vertrauensvollen Zusammenarbeit die HAB durch einen weiter verstärkten fachlichen Austausch unterstützen. Ferner wird sich das MSGV weiter dafür einsetzen und alle Initiativen unterstützen, die bisher schon gut funktionierende Zusammenarbeit der gesetzlichen Arbeitsgemeinschaft zwischen HAB, Pflegekassen, MDK und Sozialhilfeträger weiter auszubauen und zu verbessern. Schließlich soll die notwendige Fortbildung der Beschäftigten in den HAB durch entsprechende Maßnahmen des MSGV verstärkt werden.

B. Zu den Schwierigkeiten bei der Einführung des Pflegepersonal-Bemessungsverfahrens PLAISIR:

Vorbemerkung der Landesregierung:

Die Verhandlungen mit dem kanadischen Rechteinhaber bzw. dem Institut EROS (Équipe de Recherche Opérationelle en Santé) über einen Transfer des Verfahrens PLAISIR nach Deutschland wurden ausschließlich von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe geführt. Die genannten Spitzenverbände haben am 1. Juni 2004 die Deutsche Gesellschaft für die systematische Erfassung von Pflegebedarf mbH (dgep) zu dem Zweck gegründet, mit dem kanadischen Rechteinhaber einen Lizenzvertrag abzuschließen. Die Bundesregierung gehörte nicht zu den Verhandlungsparteien. Es war auch nicht vorgesehen, dass die Bundesregierung Inhaber von Rechten an dem Verfahren PLAISIR wird oder sich an den Kosten des Lizenzerwerbs beteiligt.

Die Landesregierung wurde am 1. September 2004 durch einen an den Vertragsverhandlungen beteiligten Spitzenverband über das Scheitern der Verhandlungen mit dem kanadischen Rechteinhaber von PLAISIR unterrichtet. Am 2. September 2004 ging der Landesregierung die Pressemitteilung der dgep vom gleichen Tage zu, in der u. a. Gründe für das Scheitern der Verhandlungen angegeben werden.

Die Landesregierung war in die Vertragsverhandlungen über die Einführung von PLAISIR nicht eingebunden, so dass ihr keine Einzelheiten über die Verhandlungen, die Verhandlungsgegenstände oder Konditionen für den Lizenzerwerb bekannt sind. Ferner liegen der Landesregierung keine weitergehenden Informationen über die Gründe für das Scheitern der Verhandlungen vor, als die in der Pressemitteilung der dgep vom 2. September 2004 genannten. Die Landesregierung hat die Bundesregierung um Sachstandsinformationen und Prüfung von Vermittlungsmöglichkeiten zwischen den Verhandlungsparteien gebeten.

- 1. In welcher Hinsicht und in Bezug auf welche Einzelheiten hat die Bundesregierung von dem kanadischen Anbieter „Eros“ die Übernahme einer Haftung verlangt?**
- 2. Hat die Bundesregierung von „Eros“ eine umfangreichere Haftung verlangt als diejenigen Schweizer Kantone, die das Copyright von „Eros“ bereits erworben haben? Wenn ja: Warum? Hinsichtlich welcher Einzelpunkte?**

Antwort zu den Fragen 1 und 2:

Der Landesregierung liegen keine weiteren Informationen darüber vor, in welchem Umfang eine Haftung durch den Rechteinhaber von den deutschen Verhandlungsparteien gefordert worden ist. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

- 3. Trifft es zu, dass „Eros“ zunächst für die Übertragung des Copyright im Hinblick auf seine Verwendung einen bestimmten Betrag von allen Bundesländern verlangt hat? Um welchen Betrag hat es sich gehandelt? Ist es zutreffend, dass sich die Verhandlungen zwischen der Bundesregierung und „Eros“ nur auf die Verwendung von PLAISIR in Schleswig-Holstein bezogen haben?**

Antwort:

Das Institut EROS hat von der Landesregierung Schleswig-Holstein zu keinem Zeitpunkt einen Betrag für die Übertragung des Copyrights verlangt. Die Verhandlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste und des Kuratoriums Deutsche Alterhilfe zielten darauf ab, PLAISIR in Deutschland einzuführen und bereitzustellen, um allen Bundesländern die Anwendung dieses Personalbedarfsbemessungsverfahrens in der stationären Pflege zu ermöglichen. § 75 Abs. 3 SGB XI sieht insoweit vor, dass in den Rahmenverträgen auf Landesebene entweder Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs bzw. zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren sind. Nach den Erkenntnissen der Landesregierung Schleswig-Holstein stehen in Deutschland bisher keine allgemein anerkannten rationalen Personalbedarfsbemessungsverfahren i. S. des § 75 Abs. 3 SGB XI zur Verfügung.

4. Trifft es zu, dass „Eros“ schließlich den Betrag zu Frage 3. erhöht hat? Um welchen Betrag hat es sich gehandelt? Welchen Grund hat „Eros“ für die nachträgliche Erhöhung angegeben?

Antwort:

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

5. Wollte die Bundesregierung den Preis für das Copyright für PLAISIR aus eigenen Haushaltsmitteln ohne Rückgriff auf diejenigen Bundesländer, die PLAISIR einzuführen bereit sind, zahlen?

Antwort:

Die Bundesregierung gehörte nicht zu den Verhandlungsparteien. Es war auch nicht vorgesehen, dass die Bundesregierung Inhaber von Rechten an dem Verfahren PLAISIR wird oder sich an den Kosten für dessen Einführung beteiligt.

Der AOK-Bundesverband als einer der an den Verhandlungen beteiligten Spitzenverbände hatte dem Landespflegeausschuss Schleswig-Holstein mit Schreiben vom 22. April 2004 mitgeteilt, dass das Verfahren PLAISIR im Dauerbetrieb zu den gleichen Kosten angeboten werden könne wie bei der modellhaften Erprobung. Bei der Anwendung des Verfahrens PLAISIR im Rahmen der durchgeführten Modellprojekte waren in den Kosten pro Evaluation Lizenzgebühren bereits enthalten.

6. Falls Frage 5. verneint wird: Mit welchem prozentualen Anteil hätte das Land Schleswig-Holstein sich beteiligen müssen?

Antwort:

Es wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen.

7. Ist in der Sozialministerkonferenz - und in welcher - Einigkeit oder zumindest Teileinigkeit über die Einführung von PLAISIR in den Bundesländern er-

zielt worden und hat man sich dort auf einen Verteilungsschlüssel im Hinblick auf die von den einzelnen Bundesländern zu tragenden Teilkosten geeinigt?

Antwort:

Über die Einführung des Verfahrens PLAISIR ist in der Arbeits- und Sozialministerkonferenz nicht beraten worden. Wie in der Antwort auf Frage 3 bereits ausgeführt, ist es Aufgabe der Rahmenvertragsparteien bzw. der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene, sich über die Anwendung eines Personalbedarfsbemessungsverfahrens oder über Personalrichtwerte in der Pflege zu verständigen.

8. Im Hinblick darauf, dass in Schleswig-Holstein ein auf die deutschen Verhältnisse angepasstes PLAISIR-Verfahren eingeführt werden soll:

- a) Sind hierdurch die Kosten für das Copyright an PLAISIR gestiegen? Wenn ja: In welcher Höhe?**
- b) Hätte das System PLAISIR und/oder die Software für PLAISIR geändert werden müssen?**
- c) Hätte „Eros“ diese Änderungen vornehmen sollen?**
- d) Um welche Änderungen im einzelnen handelt es sich?**

Antwort:

Im Rahmen der modellhaften Erprobung von PLAISIR in Deutschland, die im Übrigen nicht nur in Schleswig-Holstein erfolgte, hat sich gezeigt, dass bei einer breiteren Anwendung des Verfahrens in Deutschland weitere Anpassungen an deutsche Gegebenheiten notwendig sind. Wenn das Verfahren nicht dauerhaft in Deutschland zur Verfügung steht, wird es auch keine landesweite Anwendung in Schleswig-Holstein geben.

zu a) bis c)

Der Landesregierung liegen keine Informationen darüber vor, ob und welche Anpassungen des Verfahrens mit welchen Aufträgen und Kostenfolgen zwischen den Parteien konkret verhandelt worden sind.

zu d)

Nach dem Ergebnisbericht der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH „Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR“ (Köln 2003, S. 153 f.) besteht weiterer Anpassungsbedarf insbesondere beim Erfassungsformular (FRAN) und dem PLAISIR-Handbuch. Unter Berücksichtigung leistungsrechtlicher und pflegewissenschaftlicher Aspekte werden Anpassungen sowohl in sprachlicher als auch in inhaltlicher Hinsicht für erforderlich angesehen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den genannten Bericht verwiesen.

9. Hat die Landesregierung inzwischen die Bundesregierung aufgefordert, erneut mit „Eros“ zu verhandeln und zu einem Abschluss zu kommen? Hat sie insoweit konkrete Vorschläge für das Verhandlungskonzept der Bundesregierung entwickelt? Hat die Landesregierung sich um die Unterstützung der Lan-

desregierungen anderer Bundesländer bemüht? Und wenn ja: Mit welchem Erfolg?

Antwort:

Die Landesregierung hat die Bundesregierung um Mitteilung gebeten, ob dort alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind oder ob nach Vermittlung durch die Bundesregierung noch Chancen dafür gesehen werden, dass die Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden und dem kanadischen Rechteinhaber wieder aufgenommen werden. Vorschläge für das Vorgehen der Bundesregierung wurden in diesem Zusammenhang nicht unterbreitet. Die Landesregierung steht derzeit in Abstimmungsgesprächen mit den Ländern Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

10. Die Sozialministerin hat erklärt, falls es nicht zu den von ihr angestrebten weiteren Verhandlungen zwischen der Bundesregierung und „Eros“ kommen sollte oder diese scheitern würden, „müssen wir mit unglaublichem Tempo eine eigene Alternative in Deutschland entwickeln.“: Erwägt die Landesregierung das in den USA entwickelte und ebenfalls in mehreren Kantonen der Schweiz mit Erfolg eingesetzte Pflegepersonal-Bemessungsverfahren „RAI“ in einem Modellversuch in Schleswig-Holstein zu erproben und welche vorsorglichen Schritte hat sie insoweit bereits eingeleitet?

Wir bitten die Landesregierung in ihrer Antwort eine, wenn auch nur vorläufige Bewertung des Verfahrens „RAI“ aufzunehmen, da dieses Verfahren nach unserem Kenntnisstand auch die Qualitätssicherung unterstützt.

Antwort:

Bei dem Verfahren RAI[®] handelt es sich im Kern um ein Assessmentsystem, welches die pflege- und betreuungsrelevanten Merkmale, die Ressourcen, Defizite und Interventionen von Bewohnerinnen und Bewohnern in der Langzeitpflege strukturiert erfasst. Es dient vorrangig der Bedarfsabklärung und Pflegeplanung für Bewohnerinnen und Bewohner und trägt damit zur Qualitätssicherung bei. Das Verfahren, das als Qualitätsinstrument in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde, liefert aber keine Ergebnisse zum Kostenaufwand bzw. Personalbedarf. Mit Hilfe von Zusatzmodulen, den sog. RUG's (Resource Utilization Groups), werden die erhobenen Daten der Bewohnerinnen und Bewohner auf der Basis ausgewählter Merkmale unterschiedlichen kostengewichteten „Ressourcenverbrauchsgruppen“ zugeordnet. Derzeit wird in Expertenkreisen nicht die Möglichkeit einer kurzfristigen Weiterentwicklung von RAI/RUG hin zu einem objektiven Personalbedarfsbemessungsverfahren in stationären Pflegeeinrichtungen gesehen. Im Übrigen gilt die Anwendung des RAI[®] als sehr aufwändig und stellt hohe Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Von Seiten der Landesregierung ist derzeit nicht geplant, eine modellhafte Erprobung des Verfahrens RAI[®] in Schleswig-Holstein durchzuführen. Gleichwohl hält die Landesregierung nach wie vor anerkannte Personalbedarfsbemessungsverfahren in der Pflege für unverzichtbar. Vor diesem Hintergrund gilt es, gemeinsam mit der Bundesebene und in Zusammenarbeit mit den Beteiligten in Schleswig-Holstein zügig vorhandene Systeme und die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung zu prüfen.

C. Pflegeberatung

1. Welche Maßnahmen beabsichtigt das Sozialministerium zur Qualitätsverbesserung bei der Pflegeberatung zu ergreifen, insbesondere im Hinblick auf den in der fachwissenschaftlichen Diskussion allgemein für notwendig gehaltenen Übergang von der im Regelfall einmaligen Beratung hin zu einer begleitenden Pflegeberatung (Case Management)?

Antwort:

Die Tätigkeit der trägerunabhängigen Beratungsstellen war von vornherein von der Zielsetzung einer begleitenden Unterstützung in belastenden Pflegesituationen geprägt und hat sich als hilfreich und sachgerecht erwiesen. Ca. 45 % der Beratungs- bzw. Informationsgespräche haben mehrfache Aktivitäten der Beraterinnen oder Berater zur Folge. Ein solcher Beratungsprozess beinhaltet nach den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung im Mittel fünf Gespräche oder andere Aktivitäten der Beratungsstelle.

Dem zunächst bis Ende 2004 befristete Modellvorhaben „Trägerunabhängige Beratungsstellen“ wird ein zweijähriges Anschlussprojekt mit ergänzenden Aufgabenstellungen zur Qualitätssicherung des Beratungsgeschehens folgen.

2. Zu welchen Ergebnissen hat die Pflegeberatung geführt?

Antwort:

Das Modellprojekt wird in seiner ersten Phase mit Ablauf des Jahres 2004 enden. Aber bereits jetzt ist festzustellen, dass die Beratungsstellen einen wichtigen Beitrag leisten, das Unterstützungsnetzwerk älterer Menschen verlässlicher zu knüpfen und damit ihre Lebensqualität zu erhöhen. Durch die beratende und begleitende Unterstützung wurden Menschen in häuslichen Pflegesituationen gestärkt und/oder entlastet. Die an der Lebenssituation des einzelnen Pflegebedürftigen und seines sozialen Netzes ausgerichteten Hilfestellungen für ein angemessenes und tragfähiges Hilfe- bzw. Pflegearrangement fördern selbstbestimmtes Leben, stabilisieren häusliche Pflegesituationen und verzögern den Beginn einer stationären Dauerpflege.

Nach den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung bewirkt die Tätigkeit der trägerunabhängigen Beratungsstellen in finanzieller Hinsicht im Durchschnitt eine jährliche Minderbelastung der Sozialhilfeträger von etwa 2,9 Millionen Euro. Mit dem Aufwand der Beratungsstellen (jährlich ca. 1,4 Millionen Euro) wird demzufolge nicht nur die Situation pflegebedürftiger und pflegender Menschen verbessert, sondern auch eine „echte“ Einsparung von Sozialhilfemitteln in Höhe von jährlich 1,5 Millionen Euro erreicht. Hinzu kommen von der wissenschaftlichen Begleitforschung ebenfalls errechnete Einspareffekte in Höhe von jährlich zwei Millionen Euro für die Träger der Pflegeversicherung.

3. Sind in die Pflegeberatung auch stationäre Träger und die ambulante Pflege mit einbezogen werden? Wenn nein: Warum nicht?

Antwort:

Die Unabhängigkeit der Beratungsstellen wird durch eigenständige Rechtsträger wie beispielsweise eingetragene Vereine, aber auch durch die rechtliche Anbindung an eine Stadt, einen Kreis oder einen anderen kommunalen Aufgabenträger gewährleistet. Unverzichtbar ist die Eigenständigkeit der Beratungsstellen gegenüber Kostenträgern und Leistungsanbietern. Eine Beteiligung von Pflegeeinrichtungen am unmittelbaren Beratungsgeschehen erfolgt nicht und wäre mit den Erfordernissen von Trägerunabhängigkeit und Neutralität unvereinbar. Gleichwohl sind die Beratungsstellen auf eine enge Kooperation mit allen an der Pflege Beteiligten ausgerichtet, da nur auf diese Weise ein umfassendes Beratungsangebot sichergestellt werden kann. Die Leistungsanbieter sowie auch die Pflegekassen und Seniorenvertretungen wirken im Rahmen der Begleitgremien mit, die nach den Umsetzungsregelungen zur Einrichtung trägerunabhängiger Beratungsstellen zu bilden sind.

4. Wie wird die langfristige Finanzierung der Pflegeberatung gesichert werden?

Antwort:

Die Landesregierung strebt eine landesweite und dauerhafte Vorhaltung eines Beratungsangebotes durch trägerunabhängige Beratungsstellen an. Es fördert die Errichtung und den Betrieb der am Anschlussmodellprojekt teilnehmenden trägerunabhängigen Beratungsstellen bis Ende 2006 mit unverändert jeweils 81.807 € jährlich. Die Landesregierung beabsichtigt auch künftig, mit Projekten zur Verbesserung der sozialpflegerischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung (§ 7 Landespflegegesetz) die Entwicklung neuer Formen pflegerischer Angebote und Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu fördern sowie Anstöße für bessere und wirtschaftlichere Strukturen zu geben.

Die Modalitäten einer dauerhaften Finanzierung werden sich an den rechtlichen Rahmenbedingungen, an den Aufgabenstellungen der zur Beratung berufenen Behörden und Institutionen (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Verbände u. a.) und nicht zuletzt an dem (nachgewiesenen) wirtschaftlichen Nutzen Beteiligter zu orientieren haben. In diesem Zusammenhang kommt auch den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung eine wesentliche Bedeutung zu. Die Landesregierung wird im fortgeschrittenen Stadium des Anschlussmodellprojektes (2005/2006) die Möglichkeiten einer dauerhaften Finanzierung mit den Beteiligten erörtern.

D Pflegedokumentation

1. Wie im Einzelnen ist das von der Landesregierung initiierte Modell für eine einfachere Pflegedokumentation strukturiert?

Antwort:

Der „Standardpflegeplan“, die tragende Säule der „Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation“ beschreibt die Grundfähigkeiten der Bewohnerin oder des Bewohners, typische Verhaltensmerkmale und daraus abgeleitet die wichtigsten Ziele für die Pflege. Dabei werden die humanistischen Grundziele nach Würde, Selbstverwirklichung, Sicherheit, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit und Privatsphäre zu Grunde gelegt.

Der entscheidende Unterschied zur herkömmlichen Planung besteht in der Bündelung der wichtigsten Pflegeziele auf vier Lebensbereiche:

- Essen und Trinken können,
- sich pflegen, ausscheiden können,
- sich bewegen können,
- psychosozial integriert sein.

Aus diesen vier Lebensbereichen wird - abgestuft nach der jeweiligen Dringlichkeit - ein individueller Ziel orientierter Pflegeplan für jede Pflegebedürftige oder jeden Pflegebedürftigen erstellt. Dieser bildet die Basis für die Planung der täglichen Arbeit. Das schleswig-holsteinische Modell der vereinfachten Pflegeplanung sieht bereits in der Planungsphase die Einbeziehung der Angehörigen vor.

Aus dem „Standardpflegeplan“ leitet sich der konkrete Plan für den Tagesablauf ab. Er beschreibt auf einem einzigen Blatt die Fähigkeiten und Hilfebedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die für den Tag vorgesehenen Leistungen. Der „Tagesablaufplan“ wird im Zimmer der oder des Pflegebedürftigen vorgehalten und gibt den Pflegekräften auf einen Blick Auskunft über die aktuelle Situation.

Zu den Unterschieden zwischen der Standardpflegeplanung und der traditionellen Pflegeplanung wird auf die Anlage 2 verwiesen.

Im Modellprojekt wurden die Dokumentationszeiten des herkömmlichen Systems dem der vereinfachten Pflegeplanung gegenüber gestellt. Der Vergleich ergab eine Zeitersparnis von mehr als 50 Prozent für die tägliche Dokumentation bei dem vereinfachten System (ohne Begleitdokumente und Neuaufnahmen). Das höchste Einsparpotenzial liegt dabei in der Leistungserfassung: der Tagesablauf wird als Ganzes abgezeichnet und nicht jede Leistung. Für den Pflegeplan sind Beobachtungen des Befindens relevant, aber keine Routineeintragungen. Eine Beispielrechnung für eine Einrichtung mit 50 Bewohnern ergab eine Einsparung von etwa 4,3 Stunden pro Tag.

Außerdem konnte eine höhere Zufriedenheit und bessere Akzeptanz des neuen Systems gegenüber dem herkömmlichen Verfahren bei den Pflegekräften festgestellt werden. Diese beurteilen die „Vereinfachte Pflegeplanung“ als alltagsnah und realistisch; sie lenke den Blick auf das Wesentliche und schaffe Transparenz sowie Verbindlichkeit hinsichtlich der Abstimmung von Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen.

Das schleswig-holsteinische Modell der „Vereinfachten Pflegeplanung“ entspricht den gesetzlichen Bestimmungen und den Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Schleswig-Holstein, der das System in einem externen Pflege-Audit in einer der am Modellprojekt beteiligten Einrichtungen begutachtet hat.

Voraussetzung für die Einführung der vereinfachten Pflegeplanung ist allerdings ein funktionierendes Qualitätsmanagement in der Einrichtung.

2. Hat die Landesregierung zusätzliche Maßnahmen ergriffen, um mittels einer EDV-gestützten Pflegedokumentation, die sicher und leicht zu handhaben ist, die zeitliche Belastung durch die Pflegedokumentation zu reduzieren?

Wenn ja: Welche?

Antwort:

Nein.

E. Pflegewissenschaftliches Forschungsinstitut

Wird die Landesregierung die von dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein geplante Einrichtung eines Pflegewissenschaftlichen Forschungsinstituts in Lübeck unterstützen? Wenn ja: Durch welche Maßnahmen?

Antwort:

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H) verfügt über keinen eigenständigen Forschungsauftrag (vgl. § 119 Hochschulgesetz). Die Einrichtung eines akademisch geleiteten pflegewissenschaftlichen Forschungsinstituts kann daher nur in Zusammenarbeit mit einer Hochschule erfolgen.

Für die Hochschulen des Landes hat die Erichsen-Kommission in 2003 ihre Empfehlungen abgeben und sich auch zu den zukünftigen Forschungsschwerpunkten geäußert. Dabei ist deutlich geworden, dass die Einrichtung neuer Professuren und natürlich insbesondere neuer Forschungsfelder der Einbindung in ein entsprechendes Forschungsumfeld bedarf sowie einer nachhaltigen und ausreichenden Finanzierung. Bei Einrichtung eines neuen Forschungsfeldes Pflegeforschung muss zunächst die Einbindung in ein entsprechendes Umfeld geprüft werden. Neben der Medizin gehören dazu u. a. Bereiche wie Soziologie, Psychologie, Recht und Gesundheitsökonomie. Darüber hinaus müssen die zusätzlich benötigten Professuren nachhaltig finanziert werden. Zusätzliche Landesmittel stehen nicht zur Verfügung.

Das UK S-H prüft die entsprechenden Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit Vertretern der Universität Lübeck, Fachbereich Medizin. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für eine weitere Professionalisierung der Pflege und für einen Ausbau der Weiterbildung zunächst die Anwendung von Forschungsergebnissen im Vordergrund stehen muss. Dieses könnte z. B. durch Kooperationen mit anderen Hochschulen in Norddeutschland geschehen.

F. Personalmangel in der Altenpflege

1. Welche sonstigen Maßnahmen hat die Landesregierung in den letzten drei Jahren getroffen, um den Personalmangel in der Altenpflege zu verringern?

Antwort:

Im Rahmen der Pflegequalitätsoffensive und des „Bündnis Altenpflege Schleswig-Holstein“ des MSGV hat die Landesregierung eine Reihe von entsprechenden Maßnahmen initiiert und inhaltlich sowie finanziell unterstützt.

Hierzu gehören die Förderung von Fortbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte und Leitungskräfte („Coachingprogramm“) sowie die Einführung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflegeausbildung.

Eine weitere wichtige Maßnahme ist die Imagewerbung für die Pflegeberufe. Hier ist z. B. die von der Landesregierung geförderte Teilnahme an der Ausbildungsmesse „nordjob“ in den Jahren 2003 und 2004 in Kiel und im kommenden Jahr in Flensburg, Kiel, Lübeck, Neumünster und Itzehoe zu erwähnen.

Ferner werden Projekte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege auf den Weg gebracht. Die Auftaktveranstaltung hierzu hat am 20. Oktober 2004 in Rendsburg stattgefunden.

2. Welche Auswirkungen auf die Personalsituation hat nach Einschätzung der Landesregierung das Auslaufen des Zivildienstes?

Antwort:

Eine mögliche Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht und damit einhergehend auch die des Zivildienstes wird derzeit in Politik und Öffentlichkeit diskutiert. Gleichwohl gibt es keine konkreten Schritte der Bundesregierung in diese Richtung. Zivildienstleistende sind grundsätzlich „arbeitsmarktneutral“ einzusetzen. Sie sollen daher auch im Bereich der Pflege vorrangig für Tätigkeiten eingesetzt werden, die ansonsten nicht oder nur in geringem Umfang wahrgenommen werden (z. B. im Bereich der sozialen Betreuung Pflegebedürftiger). Praktische Beispiele aus den neuen Bundesländern zeigen, dass die Pflege auch weitgehend ohne Zivildienstleistende funktionieren kann. Anstelle von Zivildienstleistenden werden dort Auszubildende eingestellt, die durchgängig motivierter und nach kurzer Zeit besser qualifiziert sind. Vor diesem Hintergrund erwartet die Landesregierung, dass im Falle der Abschaffung des Zivildienstes vermehrt Auszubildende eingestellt und Arbeitsgelegenheiten im Rahmen des SGB II für entsprechend qualifizierte Arbeitslose angeboten werden.

G. Ausbildung in der Altenpflege und Altenpflegehilfe

1. Wie hat sich das Angebot an Ausbildungsplätzen in der Altenpflege und Altenpflegehilfe entwickelt?

Antwort:

Das Angebot an Ausbildungsplätzen hat sich wie folgt entwickelt:

1999	1.769
2000	1.657
2001	1.843
2002	1.806
2003	1.973
2004	1.950

Erläuterung:

Es handelt sich um die Gesamtzahlen der vom Land und von der Arbeitsverwaltung geförderten Ausbildungsplätze. Verringert hat sich von 2003 auf 2004 die Zahl der vom Land geförderten Plätze von 876 am 1. 10.2003 auf 821 am 1.1.2004. Ursache ist ein mit den Schulträgern vereinbarter Wechsel des Stichtags vom 1. Oktober 2003 auf 1. Januar 2004. Künftig soll für die Förderung der 1. Januar maßgebend sein. Im letzten Quartal 2003 sind einige Kurse beendet, jedoch keine neuen begonnen worden. Dadurch ergibt sich eine nur scheinbare Reduzierung.

In Schleswig-Holstein wird es künftig neben den Gesundheitsberufen, die in staatlich anerkannten Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet werden, einen weiteren Beruf in der Pflegehilfe geben. Die breiter angelegte dreijährige Ausbildung zur „Fachkraft für Pflegeassistenten“ an der Berufsfachschule Sozialwesen tritt an die Stelle der bisherigen Ausbildung in der Krankenpflegehilfe und umfasst zusätzlich auch die Ausbildung in der Altenpflegehilfe sowie in der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Dazu strukturiert das Bildungsministerium die bestehende Berufsfachschule Sozialwesen entsprechend den gesellschaftlichen Anforderungen um. In dem neu geordneten Ausbildungsgang sollen insgesamt 40 Praxiswochen in Betrieben und Einrichtungen in den Bereichen Pflege, Betreuung und Versorgung durchgeführt werden. Die geänderte Stundentafel ist schwerpunktmäßig auf eine berufliche Tätigkeit im Bereich der Sozialpflege ausgerichtet. Derzeit wird der Lehrplan überarbeitet.

Die Berufsfachschule Sozialwesen bietet an 12 Standorten in Schleswig-Holstein rund 450 Ausbildungsplätze in den Eingangsklassen, in allen drei Ausbildungsjahren rund 1.100 Plätze an (Stand: Schuljahr 2003/04). Die Errichtung weiterer Standorte wird vorbereitet.

2. Wie haben sich die Fördermaßnahmen des Landes in den letzten drei Jahren hierzu entwickelt?

Antwort:

2001: 1,711 Mio €

2002: 2,278 Mio €
2003: 2,210 Mio €

Erläuterung:

Die Verringerung der Mittel von 2002 auf 2003 ist durch eine erforderliche Rückführung der Ausgaben im Zusammenhang mit der Pflegequalitätsinitiative entstanden. Von Oktober 1999 bis zum Ende des Jahres 2003 erhielten die Altenpflegeschulen im Rahmen der Pflegequalitätsinitiative ca. 2,64 Mio € **zusätzliche** Förderung für die Altenpflegeausbildung (400 Plätze Altenpflegeausbildung, 150 Plätze Altenpflegehilfe). Gefördert wurde mit einem erhöhten monatlichen Betrag von 280 € pro Ausbildungsplatz, um die Ausbildungsbereitschaft der Pflegeeinrichtungen zu erhöhen. Diese Förderung erfolgte **neben** den laufenden Zuschüssen für die Altenpflegeschulen.

Es wurde jedoch festgestellt, dass sich die Zahl der Ausbildungsplätze nicht in dem Maße erhöhte, wie es mit der Zusatzförderung beabsichtigt war. Dies führte zu mehreren Finanzierungsgesprächen mit den Schulträgern im Jahr 2002 und insbesondere 2003. Dabei wurde in den Verhandlungen für 2004 und die Folgejahre ein einheitlicher Fördersatz in Höhe von 212 € vereinbart, eine Aufstockung des Förderbetrages im Rahmen der Pflegequalitätsinitiative entfiel, und in beiden Jahren wurden die im Haushalt vorgesehenen Mittel nicht voll ausgeschöpft. Die Zahl der Ausbildungsplätze hat sich nach diesen Gesprächen deutlich erhöht (1. Januar 2004 : 1.950 insgesamt, davon 821 landesgefördert, zum Vergleich 2002 : 1.806 insgesamt, davon 683 landesgefördert).

3. Hält die Landesregierung diese Förderung für ausreichend?

Antwort:

Im Hinblick auf die erhöhten Aufwendungen der Altenpflegeschulen für die nach dem Altenpflegegesetz vorgesehene Umstellung auf den Lernfeld orientierten Unterricht werden die Mittel für die Förderung der Altenpflegeausbildung in diesem Jahr auf voraussichtlich rd. 3 Mio. € erhöht.

H. Tages- und Nachtpflege

Welche Angebote hinsichtlich der Tages- und Nachtpflege gibt es zurzeit und wie fördert die Landesregierung diese?

Antwort:

Teilstationäre Pflege im Sinne des § 41 SGB XI wird von den Pflegeeinrichtungen in unterschiedlicher Weise angeboten. Im Bereich der Tagespflege gibt es eigenständige Einrichtungen, die ausschließlich Tagespflege anbieten. Weitere Tagespflegeplätze bestehen als eigenständige Bereiche in Anbindung an Einrichtungen der vollstationären Dauer- oder Kurzzeitpflege sowie vereinzelt auch in Form sog. „eingestreuter Plätze“. Versorgungsverträge für die Nachtpflege bestehen fast ausschließlich mit Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege.

Die Investitionskostenförderung teilstationärer Pflegeeinrichtungen richtet sich nach dem Landespflegegesetz bzw. der dazu erlassenen Landespflegegesetzverordnung. Danach können bedarfsnotwendige investive Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur - insbesondere im Bereich der ambulanten und teilstationären Pflege - im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert werden (Objektförderung). Darüber hinaus erhalten teilstationäre Pflegeeinrichtungen bewohnerbezogene Zuschüsse zu den laufenden Investitionsaufwendungen (sog. Subjektförderung). Die Zuschüsse betragen 90 % der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen i. S. des SGB XI und sind auf 10,23 € täglich begrenzt; sie werden unabhängig vom Einkommen der Pflegebedürftigen gezahlt und entlasten diese von den Investitionskosten.

Die Aufwendungen für die Förderung werden nach dem Landespflegegesetz zu 39 % vom Land und zu 61 % von den Kreisen und kreisfreien Städten getragen.

Anlage 1**Ebenen der Kontrolle in der stationären Pflege**

Institution	Rechtsgrundlage	Aufgabe	Sanktionsmöglichkeiten	Aufsicht	Sanktionsmöglichkeiten
1. vertragliche Kontrolle					
1.1. Versorgungsvertrag	§ 72 SGB XI § 112 SGB XI § 113 SGB XI	Zulassung zur Pflege; PE unterliegt damit allen Regelungen des SGB XI; (Rahmenvertrag § 75 SGB XI; Qualitätsmaßstäbe § 80 SGB XI) Träger der PE ist für die Qualität seiner Leistungen verantwortlich und muss sich an internen Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen Vorlage von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch PE	Auflagenbescheid; Kündigung von Versorgungsverträgen durch Pflegekassen im Einvernehmen mit zuständigem Sozialhilfeträger; fristlose Kündigung, wenn die PE ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gröblich verletzt s.o. Im Gesetz so vorgesehen; zzt. noch keine Umsetzung, da - nach Scheitern der Pflege-PrüfVO - noch eine Rechtsgrundlage geschaffen werden muss	MSGV: Rechtsaufsicht über die landesunmittelbaren Kassen (AOK, IKK, BK und IK)	Einsicht in Unterlagen, Beratung, Verpflichtung Zur Einhaltung des geltenden Rechts (§§ 88,89 SGB IV)
1.2. Leistungs- und Qualitätsvereinbarung	§ 80 a SGB XI	Festlegung von Leistungs- und Qualitätsmerkmalen der PE (u. a. Art und Inhalt der Leistungen; personelle und sachliche Ausstattung)	Bei Nichteinhaltung Kürzung der Pflegevergütung		
1.3. Heimvertrag	§ 4 Nr. 1 i.V.m. § 5 HeimG	Beratung der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen über Heimverträge	Anordnung der HAB nach § 17 HeimG	MSGV als Fachaufsicht nach § 17 LVwG	Akteneinsicht, Anfordern von Berichten, Weisungen, Selbsteintritt des

Institution	Rechtsgrundlage	Aufgabe	Sanktionsmöglichkeiten	Aufsicht	Sanktionsmöglichkeiten
					MSGV (nach Nichtbefolgung einer Weisung als äußerstes Mittel der Fachaufsicht)
2. staatliche Kontrolle					
2.1. Heimaufsicht	§ 15 Abs. 1 und 4 HeimG i.V.m. § 11 HeimG	angemeldete oder unangemeldete Prüfung der Heime durch HAB, grundsätzlich jedes Heim 1x jährlich; <u>Kontrolle des Heimbetriebs:</u> Pflege- und Betreuungsqualität, Wohnqualität, Personelle Ausstattung, Pflegedokumentation, Hygiene, Zuverlässigkeit und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Trägers, Heimentgelt, Qualitätsmanagement	Untersagung des Heimbetriebs, Bußgeld	MSGV	Akteneinsicht, Anfordern von Berichten, Weisungen, Selbsteintritt des MSGV (nach Nichtbefolgung einer Weisung als äußerstes Mittel der Fachaufsicht)
	§ 16 Abs. 1 HeimG	Beratung der Träger durch HAB nach festgestellten Mängeln und <u>vor</u> Anordnungen		MSGV	wie oben
	§ 17 Abs. 1 HeimG	Anordnungen der HAB, wenn Mängel nicht abgestellt werden	Androhung von Eingriffsmaßnahmen (Belegungsstopp, Untersagung), Bußgeld	MSGV	wie oben
	§ 19 HeimG	Untersagung des Heimbetriebs Beschäftigungsverbot für Heimleiter oder Mitarbeiter und		MSGV	wie oben

Institution	Rechtsgrundlage	Aufgabe	Sanktionsmöglichkeiten	Aufsicht	Sanktionsmöglichkeiten
noch zu 2.1 Heimaufsicht	§ 18 HeimG diverse Stellen im Heimgesetz	kommissarische Heimleitung Verstöße der Heimträger gegen Mitteilungs- und Auskunftspflichten sowie gegen Vorschriften der Verordnungen zum Heimgesetz	Anordnung der sofortigen Vollziehung Bußgeld Bußgeld	MSGV MSGV	wie oben wie oben
2.2. MDK im Auftrag der Pflegekassen	§ 114 Abs. 1 SGB XI	Örtliche Prüfungen (jederzeit, angemeldet oder unangemeldet) der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	durch Pflegekassen: Entscheidung nach Anhörung der PE, welche Maßnahmen zu treffen sind; Bescheid mit angemessener Fristsetzung zur Beseitigung von Mängeln; ggf. Kürzung der Pflegevergütung oder Kündigung des Versorgungsvertrages	MSGV (nur Rechtsaufsicht) Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht (§§ 87 SGB IV, 281 SGB V)	Einsicht in Unterlagen, Beratung, Verpflichtung Zur Einhaltung des geltenden Rechts (§§ 88,89 SGB IV)
2.3. Beteiligung des MDK an Prüfungen der Heimaufsicht	§ 114 Abs. 4 SGB XI		(s. o.)	s.o.	s.o.
2.4. Landesverbände der Pflegekassen	§ 79 SGB XI	Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Leistungen	Berücksichtigung des Prüfungsergebnisses in der Vergütungsvereinbarung; ggf. Kündigung des Versor-	MSGV; aufgrund gesetzl. Regelungen in SH nur bei	s.o.

Institution	Rechtsgrundlage	Aufgabe	Sanktionsmöglichkeiten	Aufsicht	Sanktionsmöglichkeiten
			gungsvertrages (s. o.)	AOK und IKK	
3. berufsbezogene Kontrolle					
3.1. Ärzte		Sorgfaltspflicht, Aufklärungspflicht, Dokumentationspflicht	Persönliche Ansprache, PflegeNotTelefon Meldung bei HAB, MDK, Anzeige	Arzttekammer	berufsrechtliche Konsequenzen
4. soziale Kontrolle					
4.1. Erweiterte Heimmitwirkung	§ 10 Abs. 5 HeimG	Heimmitwirkung bei Fragen der Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung Freizeitgestaltung, Qualität der Betreuung und bei Leistungs-, Vergütungs-, Qualitätsvereinbarungen		HAB	Aufhebung der Wahl
4.2. Presse, Medien	GG (Meinungs- und Pressefreiheit)	Information, Transparenz			
5. individuelle Kontrolle					
5.1. Angehörige, Besuchsdienste, Lieferanten	Demokratisches Grundverständnis, dass jeder aus eigener Verantwortung seine Pflichten in der Gemeinschaft wahrnimmt	Probleme ansprechen, „Anwaltschaftliche“ Aufgaben für eine Hilfebedürftigen übernehmen	Persönliche Beschwerde, Beratungsstellen, PflegeNotTelefon Meldung bei HAB, MDK, Anzeige, Presse		

Institution	Rechtsgrundlage	Aufgabe	Sanktionsmöglichkeiten	Aufsicht	Sanktionsmöglichkeiten
6. zusätzliche Kontrollmöglichkeiten					
6.1. Freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahmen Zertifizierungen, Benchmarking, Qualitätssiegel		Vertrauensbildung, Transparenz, Konkurrenzfähigkeit	Entzug des Qualitätssiegels		

Anlage 2**Worin unterscheiden sich Standardpflegeplan und traditionelle Pflegeplanung?**

	Standardpflegeplan	traditionelle Pflegeplanung
Wie wird gedacht	Nach Erstellung der Anamnese wird der Zielbereich mit der höchsten Priorität abgeleitet und alle weiteren Maßnahmen im Hinblick auf dieses Ziel geplant. Grundlegend ist die Heimkonzeption und die festgelegte Orientierung an Handlungskonzepten, die sich in der Systematik wieder finden.	Der Mensch mit all seinen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen soll im Sinne eines ganzheitlichen Pflege-modells abgebildet werden. Die innere Logik wird von einem Lebensmodell abgeleitet und Ressourcen werden Problemen gegenübergestellt und kleinteilig durchgeplant.
Was wird gemacht?	Alle Informationen werden in einem Standardpflegeplan verdichtet und spiegeln sich auf der Handlungsebene im Tagesablaufplan wieder.	Ganz viele Informationen stehen nebeneinander und müssen z.T. doppelt dokumentiert werden, alles wird einzeln geplant. Der Handlungsbezug geht in der Vielzahl der Blätter unter.
Wie wird mit der Dokumentation gearbeitet?	Die aktuell wichtigen Informationen zur täglichen Pflege stehen auf einer Seite. Die Änderungen werden mit Bleistift und Radiergummi vorgenommen und dokumentenecht kopiert.	Die Dokumentation orientiert sich an den Anforderungen des MDK und haftungsrechtlichen Fragen. Es muss ein erheblicher Zeitaufwand zur Pflege des Systems eingeplant werden, so dass Engpässe automatisch zu Lücken in der Dokumentation führen.
Wie/wo wird Pflegeprozess deutlich?	Durch die Kopie des Tagesablaufplanes ist der Pflegeverlauf immer nachzuvollziehen.	Es wird viel geschrieben und neu geschrieben. Der Verlauf der Pflege muss mühsam recherchiert werden. Da PC-Systeme noch nicht ausgereift sind, treten hier zusätzliche Probleme auf.
An welchen Stellen des Arbeitsprozesses greifen die Materialien	Der Tagesablaufplan hängt im Bewohnerzimmer in einer Mappe und ist damit direkt in den Arbeitsablauf integriert. Die Arbeit mit speziellen Formblättern / Nachweisen hat sich prinzipiell nicht geändert.	Die Dokumentation wird in der Regel am Ende einer Schicht geführt.
Wie sind Risikopotenziale dargestellt?	Risikopotenziale und deren Planung ergeben sich aus der gesamten Dokumentation. Wichtig sind Prüfroutinen z.B. mit der Prophylaxenmatrix.	Es gibt zusätzliche Blätter und Informationen zu Pflegeproblemen mit Wiederholungen und Doppeldokumentation. Im Vordergrund steht die Dokumentationsroutine.
Wie wird die Dokumentation rechtlich bewertet?	Ein unabhängiges juristisches Gutachten bestätigt, dass die Standardpflegeplanung alle rechtlichen Anforderungen erfüllt, lediglich das Layout der selbst erstellten Formblätter aus dem Projekt sei „für einen Juristen nicht immer ganz transparent“.	Die bestehenden Dokumentationssysteme sind nur mit einem täglichen, erheblichen und sehr zeitaufwendigen Kontrollaufwand und hoher Fachlichkeit haftungsrechtlich „wasserdicht“ zu führen. Problematisch sind insbesondere „vergessene“ und widersprüchliche Eintragungen sowie die fehlende Aktualität in der Abbildung des Pflegeprozesses.