

## **UNTERRICHTUNG**

**durch die Landesregierung**

**Bericht der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern zur Qualitätssicherung  
in der ambulanten Intensivpflege**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		<b>Seite</b>
1.	Zusammenfassung	4
2.	Auftrag und Vorgehensweise	5
3.	Quantitative Entwicklung	6
3.1	Definition ambulante Intensivpflege	6
3.2	Entwicklung der Fallzahlen der ambulanten Intensivpflege	6
3.3	Gründe für den starken Anstieg der Fallzahlen	7
3.4	Entwicklung der Fallzahlen der ambulanten Intensivpflege in Wohngemeinschaften und in der Häuslichkeit	10
3.5	Leistungsanbieter für ambulante Intensivpflege	11
4.	Rechtliche Rahmenbedingungen	11
4.1	Regelungen zur ambulanten Intensivpflege unabhängig von der Wohnform	11
4.1.1	Qualitätsanforderungen beim Abschluss von Versorgungsverträgen über Intensivpflege beziehungsweise häusliche Krankenpflege zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern/Pflegediensten	11
4.1.2	Anforderungen an die Qualität des eingesetzten Personals	13
4.1.3	Qualitätsprüfung der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) gemäß §§ 112 ff. SGB XI	14
4.1.4	Regelungen des öffentlichen Gesundheitsschutzes	15
4.2	Ambulante Intensivpflege in Wohngemeinschaften	17
5.	Ergebnisse der Befragung zur Qualität in der ambulanten Intensivpflege	18
6.	Überprüfung der (rechtlichen) Rahmenbedingungen für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Intensivpflege	19
6.1	Fehlende spezifizierte und systematische Qualitätskontrolle der ambulanten Intensivpflege	19
6.1.1	Hinweise und Vorschläge der Befragten	19
6.1.2	Bewertung	20
6.2	Vereinbarung von Qualitätsanforderungen, deren Vergütung und Kontrolle in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern	21
6.2.1	Hinweise und Vorschläge der Befragten	21
6.2.2	Bewertung	22
6.3	Anforderungen an Wohngemeinschaften mit intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern	22
6.3.1	Hinweise und Vorschläge der Befragten	22
6.3.2	Bewertung	24

---

	<b>Seite</b>	
6.3.2.1	Erweiterte Meldepflichten	24
6.3.2.2	Überprüfung, ob tatsächlich eine Wohngemeinschaft gemäß § 2 Absatz 5 Satz 2 Einrichtungenqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern vorliegt	24
6.3.2.3	Zutrittsrecht zu Wohngemeinschaften im Rahmen regelmäßiger Prüfungen	25
6.3.2.4	Einbeziehung von Wohngemeinschaften mit intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern in die Anforderungen an Heime durch das Einrichtungenqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern	25
Anlage:	Rundschreiben des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales vom 8. November 2012 an die Heimaufsichten	

## 1. Zusammenfassung

Die zunehmende Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf in ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder der Häuslichkeit ist eine Entwicklung der letzten Jahre, die sich verstärken wird. Gründe hierfür sind der medizinische Fortschritt und der demografische Wandel.

Dabei verschiebt sich die Betreuung zunehmend in die Wohngemeinschaften, derzeit leben rund zwei Drittel der betroffenen Personen in Wohngemeinschaften und rund ein Drittel in der Häuslichkeit. Die betroffene Personengruppe (Wohngemeinschaften und Häuslichkeit) ist mit circa 200 im Bereich der gesetzlich Versicherten relativ klein (Stand 2012).

Die Regelungen zur Qualität der ambulanten Intensivpflege als Spezialfall der Behandlungssicherungs- und Pflege gemäß § 37 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und deren Überprüfung tragen der quantitativen Entwicklung noch nicht ausreichend Rechnung. Es fehlt an spezifischen und verbindlichen Qualitätskriterien für die ambulante Intensivpflege. Andererseits sind Fälle von gravierenden Qualitätsmängeln nur vereinzelt bekannt geworden.

Die Notwendigkeit zur Reaktion auf diese Entwicklung wird vorrangig im Verhältnis Krankenkassen und Leistungsanbieter gesehen. In Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern sollten spezifische Qualitätskriterien für die ambulante Intensivpflege, deren Vergütung und Kontrolle vereinbart werden. Hierzu sind entsprechende Abstimmungsprozesse zwischen den Beteiligten im Gange.

Parallel wird das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales mit der Bundesebene Kontakt aufnehmen zwecks Sensibilisierung für die Entwicklung und der Bitte um Prüfung von Anpassungserfordernissen im SGB V oder den entsprechenden untergesetzlichen Qualitätsrichtlinien.

Regelungen des öffentlichen Gesundheitsschutzes ermöglichen ohne konkrete Gefährdungslage keine regelmäßige Kontrolle der ambulanten Intensivpflege in Wohngemeinschaften oder der Häuslichkeit. Unabhängig davon wird das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales die Ergebnisse dieses Berichtes zum Anlass nehmen, über Informationen im Rahmen einer Amtsärztendienstberatung, Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Handlungsempfehlungen die Einhaltung von Hygienestandards zu verbessern.

Die in den Einrichtungenqualitätsgesetzen der Länder und des Landes Mecklenburg-Vorpommern geregelten weitgehenden Melde- und Prüfrechte gelten für die selbstbestimmten Wohngemeinschaften und damit für den überwiegenden Teil von Wohngemeinschaften mit Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten nur eingeschränkt, da hier gesetzlich der häusliche Versorgungscharakter starke Berücksichtigung gefunden hat.

Ungeachtet der eingegrenzten Kontrollverpflichtungen des Gesetzes hat das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales sowohl mit Rundschreiben an die Heimaufsichten als auch mit den regelmäßig stattfindenden Heimaufsichtsbehördentagungen reagiert und die Heimaufsichten auf die entsprechende Sensibilität der Problematik und die Möglichkeiten des Gesetzes hingewiesen. Gleichzeitig wurde zwischen Kranken- und Pflegekassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und Heimaufsichten ein enger Austausch zu Informationen und Sachverhalten bezüglich der Wohn- und Intensivpflegewohngemeinschaften vereinbart, um schnell und angemessen reagieren zu können.

Die rechtliche Prüfung einer regelmäßigen erweiterten Kontrolle von privaten Räumlichkeiten bei Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten führte aus verfassungsrechtlichen Gründen zu einer Verneinung entsprechender Erweiterungsmöglichkeiten.

Sowohl die Fachaufsicht des Landes als auch die Heimaufsichten der Landkreise und kreisfreien Städte werden die besondere Situation der Intensivpflegewohngemeinschaften unter besonderer Beobachtung und Kontrolle halten und in den Heimaufsichtsbehördentagungen das gemeinsame Vorgehen der Heimaufsichtsbehörden abstimmen.

## **2. Auftrag und Vorgehensweise**

Mit Beschluss vom 6. September 2012 (Drucksache 6/1046) hat der Landtag Mecklenburg-Vorpommern die Landesregierung gebeten, über die Entwicklung in der ambulanten Intensivpflege in Mecklenburg-Vorpommern zu berichten und zugleich zu prüfen, ob die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Intensivpflege ausreichend ausgestaltet sind.

Zunächst wurde eine Recherche zur Situation der ambulanten Intensivpflege durchgeführt. Dazu wurden folgende Institutionen schriftlich befragt:

- Allgemeine Ortskrankenkasse Nordost (AOK Nordost),
- Betriebskrankenkasse Nordwest (BKK Nordwest),
- Innungskrankenkasse Nord (IKK Nord),
- Verband der Ersatzkassen Mecklenburg-Vorpommern e. V. (vdek M-V),
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (MDK M-V),
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (**PKV**) und
- Gesundheitsämter, die jeweils die für Heimaufsicht zuständigen kommunalen Stellen einbeziehen sollten.

In einem zweiten Schritt, nach erster Auswertung der Antworten, fand eine Befragung folgender Verbände der Leistungsanbieter statt:

- LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e.V.,
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa),
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad) und
- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP).

Zudem wurden Gespräche mit einzelnen Institutionen zur Erläuterung ihrer Antworten beziehungsweise mit Dritten geführt.

### **3. Quantitative Entwicklung**

#### **3.1 Definition ambulante Intensivpflege**

Die ambulante Intensivpflege ist eine Art der außerklinischen Intensivpflege und beinhaltet die Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit oder in einer Wohngemeinschaft. Die stationäre außerklinische Intensivpflege ist folglich nicht erfasst und wird nachfolgend nicht betrachtet.

Der Begriff der ambulanten Intensivpflege ist gesetzlich nicht definiert. Sie ist ein Spezialfall der Behandlungssicherungspflege gemäß § 37 Absatz 2 SGB V (dazu näher unter 4.1.1). Aus der Stellungnahme der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2<sup>1</sup> (SEG 2) ergibt sich folgende Definition:

„Hauptmerkmal der ambulanten Intensivpflege ist die Gewährleistung einer sofortigen Intervention bei lebensbedrohlichen Zuständen, die mit pflegerischen Maßnahmen adäquat zu versorgen sind. Darüber hinaus besteht in aller Regel phasenweise oder dauerhaft eine Bedrohung der Vitalfunktion Atmung, wobei es sich um beatmete oder nicht-beatmete Patientinnen und Patienten handeln kann.“

In der ambulanten Intensivpflege kommt es zu einer Übernahme von medizinisch-pflegerischen Entscheidungen durch die Patientinnen und Patienten sowie ihre Pflegepersonen. Unter Pflegepersonen sind nicht nur ausgebildete Pflegefachkräfte zu verstehen, sondern auch geschulte Laienpflegepersonen, zum Beispiel geschulte Angehörige. Insbesondere den durchführenden Pflegepersonen kommt hierbei eine besondere Verantwortung zu.

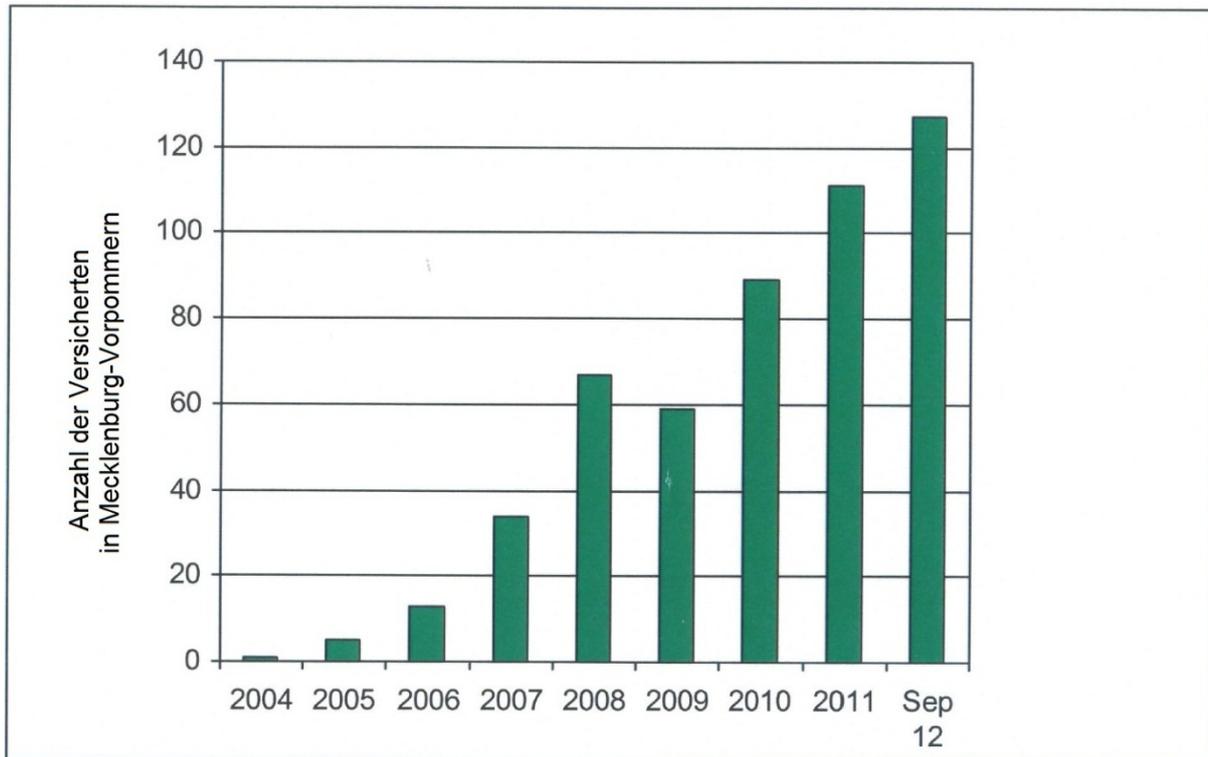
Eine Indikation für ambulante Intensivpflege kann sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen gegeben sein. Die häufigsten Ursachen im Kindesalter stellen die Folgen von angeborenen und erworbenen Fehlbildungen, Unfällen oder schweren Infektionskrankheiten dar. Im Erwachsenenalter kommen noch die Folgen schwerer chronischer Lungenerkrankungen und neurodegenerativer Erkrankungen hinzu.

#### **3.2 Entwicklung der Fallzahlen der ambulanten Intensivpflege**

Eine retrospektive Betrachtung ist nach Aussagen der Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern erst ab dem Jahr 2004 möglich. Die nachstehende Grafik verdeutlicht die Fallzahlentwicklung der AOK Nordost in der Zeit von 2004 bis September 2012.

---

<sup>1</sup> Eine der sieben Expertengruppen der MDK-Gemeinschaft, die das zentrale Beratungs- und Begutachtungsfeld „Pflege/Hilfebedarf“ abdeckt.



Quelle: AOK Nordost, Antwortschreiben vom 29. November 2012.

Bei den Mitgliedkassen des Verbandes der Ersatzkassen Mecklenburg-Vorpommern stellt sich die Entwicklung ähnlich dar. Im Jahr 2006 wurden zwei Versicherte ambulant intensiv versorgt. Im Jahr 2012 waren es bis zum September schon 51 Versicherte. Auch die Fallzahlentwicklung bei der Innungskrankenkasse Nord spiegelt diesen Trend wieder. Dort erhöhte sich die Zahl der intensiv versorgten Versicherten von sechs im Jahr 2010 auf neun im Jahr 2012.

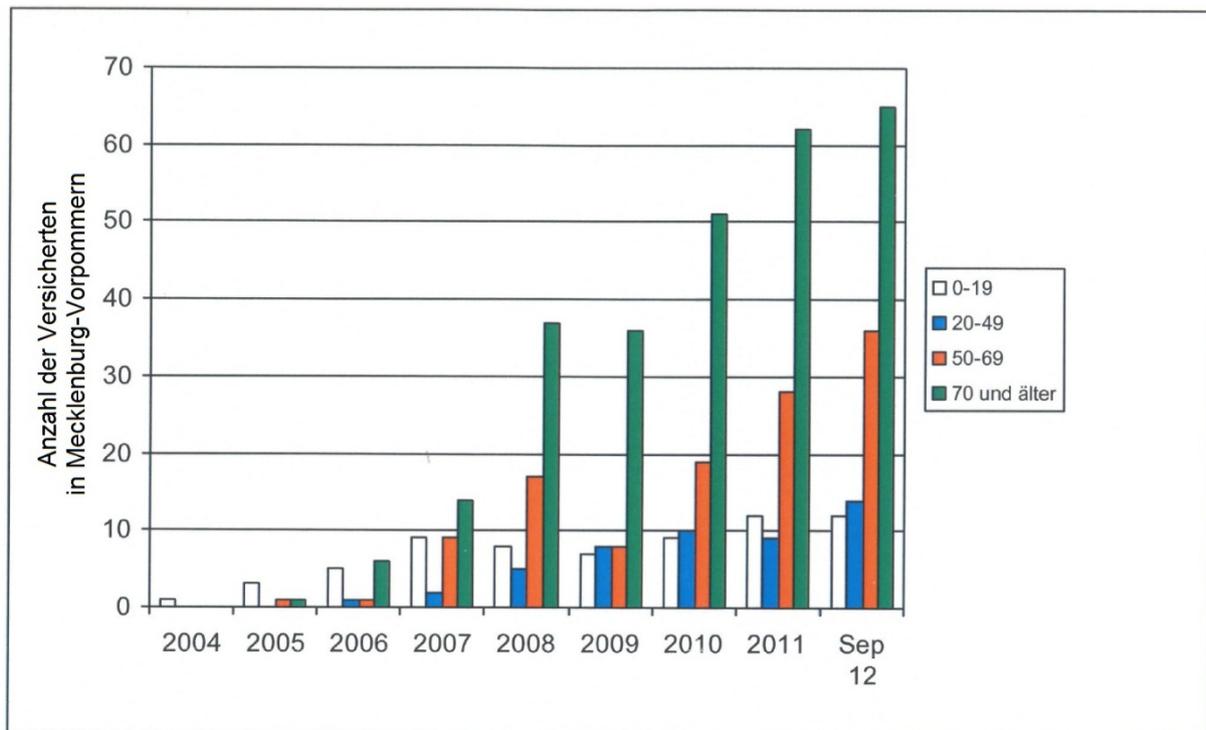
Insgesamt sind danach in Mecklenburg-Vorpommern knapp 200 gesetzlich Versicherte betroffen. Nach Aussagen der Krankenkassen ist insgesamt davon auszugehen, dass der ansteigende Trend bei allen Kassenarten besteht. Auch in den nächsten Jahren ist von einem Anstieg der Fallzahlen auszugehen.

### 3.3 Gründe für den starken Anstieg der Fallzahlen

Aus Sicht der Landesverbände der Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern basiert diese Entwicklung auf mehreren Tatsachen.

Die demografische Entwicklung sowie eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Intensivmedizin (der entsprechenden Beatmungsgeräte und der medizinischen Überwachungsgeräte) ermöglichen es, ältere und alte Menschen bis zum Lebensende ambulant zu versorgen.

Die Altersstruktur der Versicherten auf Basis der Daten der AOK Nordost, die ambulante Intensivpflege in Anspruch nehmen, stellt sich wie folgt dar:



Quelle: AOK Nordost, Antwortschreiben vom 29. November 2012.

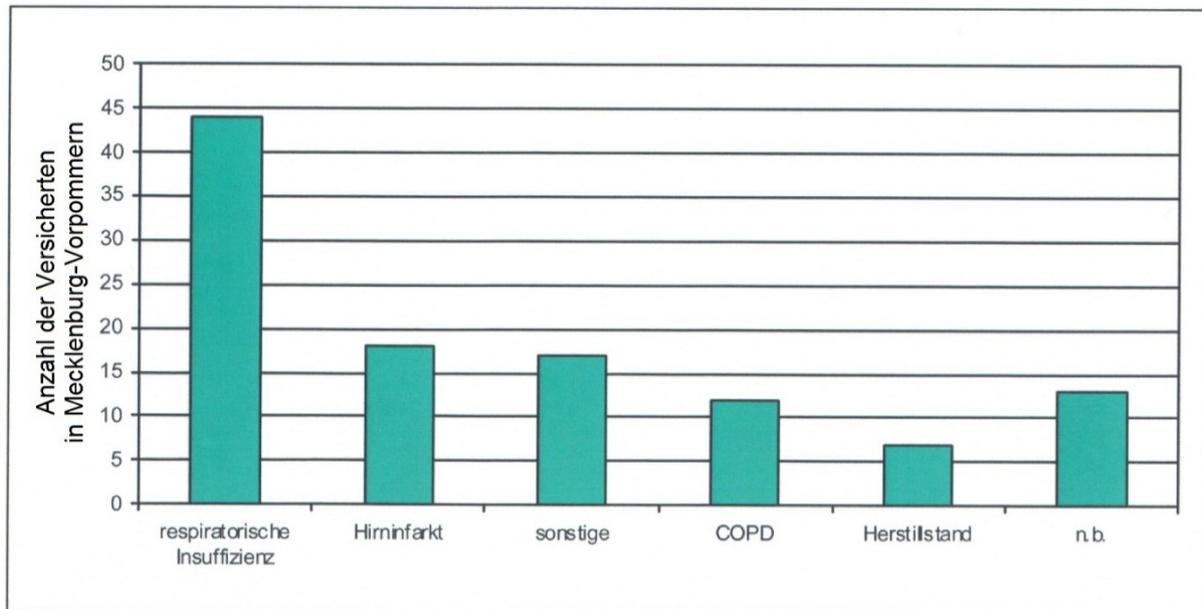
Die in der Abbildung dargestellte Altersstruktur zeigt, dass die Altersgruppe 70 und älter am stärksten vertreten ist und kontinuierlich zugenommen hat. Bei dieser Altersgruppe ist von einer Beatmungsentwöhnung in der Regel nicht mehr auszugehen. Gleichzeitig erweist sich, dass der Anstieg der Fallzahlen der ambulanten Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten nicht nur auf die demografische Entwicklung zurückzuführen ist, da ein Anstieg in allen Altersgruppen zu verzeichnen ist. Dies zeigt, dass auch Entwicklungen im Bereich der Medizintechnik für den Anstieg ausschlaggebend sind.

Die Entwicklung im Bereich der Medizintechnik erlaubt es heute, Krankheitsbilder ambulant zu versorgen, denen früher keine oder nur geringe Überlebenschancen eingeräumt wurden.

Die Zunahme der Fallzahlen dürfte auch aus der gesetzlichen Vorgabe „ambulant vor stationär“<sup>2</sup> resultieren.

<sup>2</sup> Vergleich § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V, § 43 Absatz 1 SGB XI, § 61 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XII.

Zu den Krankheitsbildern (bezogen auf die Hauptdiagnose bei Einweisung in das Krankenhaus) zählen zum Beispiel respiratorische Insuffizienz<sup>3</sup>, Hirninfarkt, COPD<sup>4</sup>, Herzstillstand und andere. Sie stellen sich wie folgt dar (Stand 2011) und beruhen ebenfalls auf Datenerhebungen der AOK Nordost:



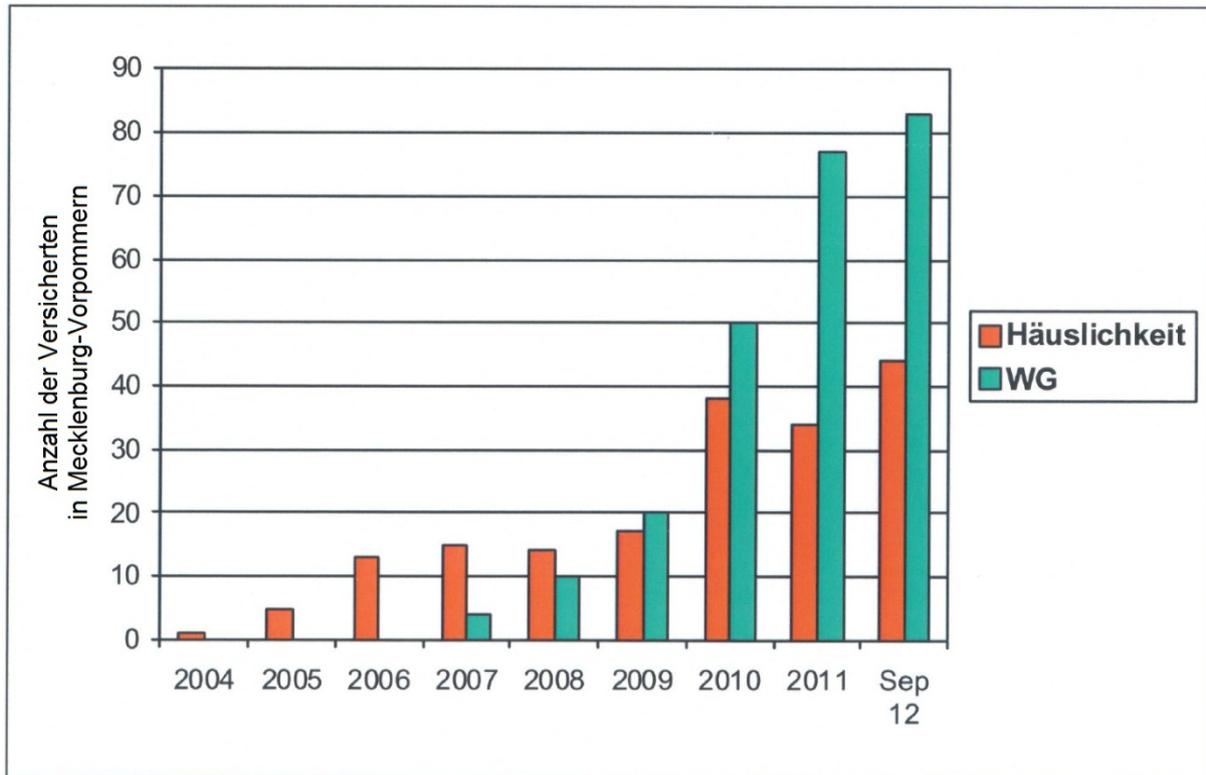
Quelle: AOK Nordost, Antwortschreiben vom 29. November 2012.

<sup>3</sup> Störung der äußeren Atmung, die zu einer Minderbelüftung der Lungenbläschen führt, die Folge einer Behinderung des Gasaustausches in den Lungenbläschen ist oder eine Minderbelüftung verschiedener Lungenabschnitte bewirkt.

<sup>4</sup> Chronisch obstruktive Lungenerkrankung bezeichnet als Sammelbegriff eine Gruppe von Krankheiten der Lunge, die durch Husten, vermehrten Auswurf und Atemnot bei Belastung gekennzeichnet sind. In erster Linie sind die chronisch-obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem zu nennen. Beide Krankheitsbilder sind dadurch gekennzeichnet, dass vor allem die Ausatmung behindert ist.

### 3.4 Entwicklung der Fallzahlen der ambulanten Intensivpflege in Wohngemeinschaften und in der Häuslichkeit

Die Verteilung der Versorgung der Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten in der Häuslichkeit bzw. in einer Wohngemeinschaft stellt sich auf der Basis der Daten der AOK Nordost wie folgt dar:



Quelle: AOK Nordost, Antwortschreiben vom 29. November 2012.

Nach Auswertung der vorliegenden Daten ist seit dem Jahr 2007 ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei der Versorgung in Wohngemeinschaften zu verzeichnen. Im Jahr 2009 überstieg die Fallzahl in Wohngemeinschaften erstmals die in der Häuslichkeit.

Laut Einschätzung der Krankenkassen muss davon ausgegangen werden, dass sich die Versorgung in einer Wohngemeinschaft aus Sicht der Betroffenen und deren Angehörigen als adäquat etabliert hat, sprechen doch auch die räumlichen Gegebenheiten oft gegen die Versorgung in der Häuslichkeit. Darüber hinaus ist die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit für alle Beteiligten emotional hoch belastend.

### 3.5 Leistungsanbieter für ambulante Intensivpflege

Auf der Anbieterseite gibt es sowohl ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege neben der „normalen“ ambulanten Pflege anbieten als auch Anbieter, die auf ambulante Intensivpflege spezialisiert sind.

Grundsätzlich sind alle Leistungsanbieter, die gemäß den Rahmenverträgen nach § 132a SGB V berechtigt sind, häusliche Krankenpflege zu erbringen, auch berechtigt, Leistungen der Intensivpflege zu erbringen. Besondere Zulassungsvoraussetzungen für diesen Leistungsbereich gibt es nicht.

Entsprechend der Mitteilung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste erbringen circa 35 spezialisierte Pflegedienste „Leistungen mit hohem intensiven behandlungspflegerischen Aufwand“.

Insgesamt liegen keine genauen Angaben zur quantitativen Entwicklung der Leistungsanbieter vor, da das Anbieten von ambulanter Intensivpflege nicht besonders erfasst wird.

## 4. Rechtliche Rahmenbedingungen

### 4.1 Regelungen zur ambulanten Intensivpflege unabhängig von der Wohnform

Gesetzlich geregelte Qualitätsanforderungen speziell für die ambulante Intensivpflege als Behandlungssicherungspflege im Sinne des § 37 Absatz 2 SGB V existieren nicht.

Allgemein sind im Hinblick auf die Qualität der häuslichen Krankenpflege, die auch die ambulante Intensivpflege umfasst, sowohl bundesrechtliche- als auch landesrechtliche Regelungen relevant. Einschlägig sind das SGB V in Verbindung mit dem Elften Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) sowie das Infektionsschutzgesetz (IfSG) als Bundesrecht und das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG M-V) als Landesrecht.

Für ambulant betreute Wohngemeinschaften als spezielle Wohnform gilt zusätzlich das Einrichtungsqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern (EQG M-V; dazu unter 4.2.).

#### 4.1.1 Qualitätsanforderungen beim Abschluss von Versorgungsverträgen über Intensivpflege beziehungsweise häusliche Krankenpflege zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern / Pflegediensten

Die ambulante Intensivpflege ist ein Spezialfall der Behandlungspflege, die im Rahmen der Sicherungspflege gemäß § 37 Absatz 2 SGB V gewährt wird. In Fällen, in denen die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann, wird diese als Sicherungspflege bezeichnet und ist ohne zeitliche Begrenzung gemäß § 37 Absatz 2 SGB V verordnungsfähig. Besteht gleichzeitig Pflegebedürftigkeit - was bei Patientinnen und Patienten in der ambulanten Intensivpflege in der Regel der Fall ist - haben Versicherte gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung allerdings nur Anspruch auf Behandlungspflege, das heißt auf verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (§ 37 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2, Satz 6 SGB V)<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Ausnahme: Satzung der Krankenkasse sieht diese Leistungen vor; Beispiel für verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme: tracheale Sekretabsaugung.

Für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung ist die Pflegeversicherung zuständig, wobei die Abgrenzung im Einzelfall schwierig sein kann.

Verordnende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wirken mit dem Pflegedienst und der Krankenkasse eng zusammen. Die Koordination der Zusammenarbeit liegt bei den behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten<sup>6</sup>.

Die Krankenkasse stellt die Erbringung der häuslichen Krankenpflege durch Verträge mit geeigneten Leistungserbringern sicher (§ 132a Absatz 2 Satz 1 SGB V). Dabei muss eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleistet sein (§ 70 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Diesen Anforderungen wird ein gemäß § 72 Absatz 1 SGB XI zugelassener Pflegedienst regelmäßig entsprechen.

Die Pflegekassen dürfen ambulante Pflege nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen gewährleisten, das heißt durch Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (§ 72 Absatz 1 SGB XI). Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden, die bestimmten Anforderungen genügen. Qualitätsbeeinflussend sind dabei vorrangig folgende Anforderungen:

- Pflegebedürftige müssen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft gepflegt werden (§ 72 Absatz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 1 SGB XI);
- die Pflegeeinrichtung muss die Gewähr für eine leistungsfähige pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Vergütung an ihre Beschäftigten zahlen (§ 72 Absatz 3 SGB XI) und
- die Pflegeeinrichtung muss sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln und alle Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden (§ 72 Absatz 3 SGB XI).

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben gemeinsame Rahmenempfehlungen unter anderem zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und Fortbildung bis zum 01. Juli 2013 abzugeben (§ 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V).

Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und die Verpflichtungen der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern auf Landesebene (§ 132a Absatz 2 Satz 1 SGB V<sup>7</sup>). In der Praxis werden in Mecklenburg-Vorpommern Rahmenverträge über häusliche Krankenpflege zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer abgeschlossen. Konkretisierungen zur ambulanten Intensivpflege erfolgen in direkten Einzelverträgen Krankenkasse - Leistungserbringer beziehungsweise seit September 2012 zwischen der Gemeinschaft der Kassen und einzelnen Leistungserbringern.

Im Ergebnis bestehen besondere Qualitätsanforderungen an die ambulante Intensivpflege nur soweit sie zwischen Leistungsanbieter und Krankenkasse jeweils vereinbart sind.

---

<sup>6</sup> § 7 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) zuletzt geändert am 21. Oktober 2010, in Kraft getreten am 15. Januar 2011.

<sup>7</sup> Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschlüsse vorzusehen.

#### 4.1.2 Anforderungen an die Qualität des eingesetzten Personals

Für Leistungen der ambulanten Intensivpflege werden nach Aussage der AOK Nordost examinierte Pflegekräfte mit folgenden Qualifikationen eingesetzt<sup>8</sup>:

- Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
- Altenpflegerin oder Altenpfleger.

Die Standards für die häusliche Krankenpflege und damit auch die ambulante Intensivpflege einschließlich der Qualifikation des Personals ergeben sich grundsätzlich aus den Vorgaben des Rahmenvertrages (zwischen Krankenkasse und Pflegedienst) zur Durchführung der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a Absatz 2 SGB V (vergleiche oben). Weitere Anforderungen werden - soweit diese geschlossen wurden - in Zusatzvereinbarungen über Leistungen mit hohem intensivpflegerischem Aufwand getroffen:

- Jeder Pflegedienst hat eine speziell qualifizierte examinierte Pflegekraft vorzuhalten, die intern die Verantwortung und fachliche Aufsicht übernimmt. Diese Pflegekraft muss über eine Zusatzqualifikation verfügen (Atmungstherapeutin/Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung, Fachgesundheits-/Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits-/Krankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege oder Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens drei Jahre in den letzten fünf Jahren).
- Alle Pflegekräfte, die selbständig und eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung sicherstellen, müssen zusätzlich zur Grundqualifikation mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren oder eine anerkannte Zusatzqualifikation im Bereich Beatmungspflege erworben haben.

Die Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte ist eine Berufspflicht jeder Pflegekraft, die von Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu unterstützen ist. Die auf der Grundlage von § 132a SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) bis zum 1. Juli 2013 abzugebenden Rahmenempfehlungen sollen auch Maßnahmen der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung und Fortbildung festgelegt.

In Mecklenburg-Vorpommern ist die berufsbegleitende Weiterbildung zur/zum „Fachpflegerin/Fachpfleger für Intensivpflege und Anästhesie“ staatlich geregelt durch die Weiterbildungsverordnung für Intensivpflege und Anästhesie vom 10. Juli 1996 (Gesetz- und Verordnungsblatt Mecklenburg-Vorpommern 1996 Seite 329), zuletzt geändert durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. Juli 2006 (Gesetz- und Verordnungsblatt Mecklenburg-Vorpommern 2006 Seite 539).

Nach Aussage der Weiterbildungsstätte „Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe gGmbH“ in Stralsund<sup>9</sup> wurden seit 2002 (Beginn der Weiterbildung an dieser Einrichtung) keine Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter aus den ambulanten Pflegediensten im Bereich Intensivpflege und Anästhesie weitergebildet. Dies sei bei der Struktur der Weiterbildung auch kaum möglich, da der weit überwiegende Teil der Praktika im stationären Bereich zu absolvieren ist.

<sup>8</sup> Geregelt in den Rahmenverträgen.

<sup>9</sup> Es gibt in Mecklenburg-Vorpommern drei staatlich anerkannte Weiterbildungsstätten für Intensivpflege und Anästhesie. Das Bildungsinstitut in Stralsund verfügt über die längsten Erfahrungen und bildet landesweit aus. Weitere Einrichtungen sind die Bildungsakademie der Universitätsmedizin Rostock sowie die Weiterbildungsstätte an der Universitätsmedizin Greifswald.

Der tatsächliche Schwerpunkt für die Tätigkeit im Bereich der ambulanten Intensivpflege liegt auf der Pflege beatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten. Das ist nur zu einem kleinen Teil Inhalt der oben genannten Weiterbildung, ansonsten geht diese weit darüber hinaus. Aus Sicht des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales ist es möglich, dass die Anforderungen der ambulanten Intensivpflege in einem in sich geschlossenen Modul von Weiterbildungsstätten vermittelt und mit einem Zertifikat dieser Weiterbildungsstätte abgeschlossen wird. Eine separate landesrechtliche Regelung für diesen Teilbereich der Weiterbildung in der Intensivpflege und Anästhesie ist nicht geplant.

Im Rahmen einer vorzunehmenden Modernisierung der Weiterbildungsverordnung wird geprüft werden, ob durch eine Modularisierung der Weiterbildungsinhalte die Belange der ambulanten Intensivpflege stärker berücksichtigt werden und ein Teilabschluss erlangt werden kann.

#### **4.1.3 Qualitätsprüfung der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) gemäß §§ 112 ff. SGB XI**

Direkte Anforderungen an die Qualität von Pflegeleistungen stellen die §§ 112 ff. SGB XI. Die Träger der ambulanten Pflegeeinrichtung (Pflegedienste) sind für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen verantwortlich einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement durchzuführen, Expertenstandards anzuwenden und an Qualitätsprüfungen mitzuwirken. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. beraten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung (§ 112 SGB XI).

Die Einhaltung der Qualitätsanforderungen wird gemäß § 114 SGB XI überprüft. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen hierzu dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen gemäß § 114 Absatz 1 SGB XI einen Prüfauftrag. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung.

Gemäß § 114 Absatz 2 SGB XI veranlasst der Landesverband der Pflegekassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung und der erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 IfSG entspricht.

Die konkrete Durchführung der Qualitätsprüfungen ist in § 114a SGB XI geregelt. Demnach sind Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen am Tag zuvor anzukündigen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der Pflegebedürftigen oder des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen (§ 114a Absatz 2 Satz 3 SGB XI).

Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Sowohl Pflegebedürftige als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Angehörige und Betreuerinnen und Betreuer sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen können dazu befragt werden. Die Teilnahme an einer solchen Inaugenscheinnahme und Befragung sind jedoch freiwillig (§ 114a Absatz 3 Satz 4 SGB XI). Eine enge Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden ist gemäß § 117 SGB XI verpflichtend.

Eine systematische und regelmäßige Überprüfung der ambulanten Intensivpflege als Behandlungssicherungspflege im Sinne des § 37 Absatz 2 SGB V anhand spezieller Qualitätsanforderungen erfolgt durch die Prüfung nach §§ 112 ff. SGB XI jedoch nicht:

- Die Richtlinien des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinie, QPR<sup>10</sup>) enthalten spezielle Anforderungen lediglich für einzelne Anforderungen an die Pflege von Pflegebedürftigen mit schweren Atemwegserkrankungen (Beatmung und Absaugen), nicht aber für andere Intensivpflegeleistungen.
- Die Prüfung ist auf Leistungen aus dem SGB XI ausgerichtet, das heißt sie richtet sich außerhalb stationärer Einrichtungen vorrangig auf die Prüfung des Pflegedienstes und sie erfasst Leistungen nach § 37 SGB V nur soweit diese zusätzlich zu Leistungen nach dem SGB XI anfallen.<sup>11</sup>
- Bei der Bildung der Stichprobe der Pflegebedürftigen erfolgt eine zufällige Auswahl. Da keine besondere Stichprobe für Pflegebedürftige mit Intensivpflegebedarf gebildet wird, ist es dem Zufall überlassen, ob ein Intensivpflegefall in die Prüfung einbezogen wird.

#### 4.1.4 Regelungen des öffentlichen Gesundheitsschutzes

Aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsschutzes kommen das IfSG und ÖGDG M-V für Überprüfungen im Hinblick auf Infektionskrankheiten oder hygienische Mängel in Betracht.

Ziel des IfSG ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern (§ 1 Absatz 1 IfSG). § 16 IfSG regelt allgemeine Maßnahmen der für den Infektionsschutz zuständigen Behörden. Werden Tatsachen festgestellt, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, oder ist anzunehmen, dass solche Tatsachen vorliegen, so trifft die zuständige Behörde (Landkreise und kreisfreien Städte gemäß § 54 IfSG in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nummer 1 Infektionsschutzausführungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern) gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 IfSG die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit hierdurch drohenden Gefahren. Diese Maßnahmen werden im Land Mecklenburg-Vorpommern durch das zuständige Gesundheitsamt angeordnet.

<sup>10</sup> vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009.

<sup>11</sup> Vergleiche Ziffer 6 Absatz 8, 3. Anstrich der Qualitätsprüfungs-Richtlinie "Voraussetzung für die Einbeziehung in die Stichprobe im ambulanten Bereich ist der Sachleistungsbezug nach SGB XI.

In diesen Fällen sind die Beauftragten 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 Auszüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen (§ 16 Absatz 2 Satz 1 IfSG). Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 Grundgesetz) wird dadurch eingeschränkt.

Eine regelmäßige infektionshygienische Überwachung gemäß § 36 IfSG ist bei der ambulanten Intensivpflege in der Häuslichkeit sowie in ambulant betreuten Wohngemeinschaften jedoch nicht möglich, da § 36 IfSG nur ganz bestimmte Einrichtungen erfasst<sup>12</sup>.

Auch das ÖGDG M-V enthält allgemeine Regelungen, auf die zurückgegriffen werden kann. Gemäß § 1 Absatz 2 Nummer 3 ÖGDG M-V ist die „Überwachung von Leistungen und Einrichtungen im Hinblick auf gesundheitliche Belange und Wirkungen“ nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften eine der Pflichtaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die berufs- oder gewerbsmäßig Angehörige der einzelnen Berufe des Gesundheitswesens beschäftigen, haben dies bei Beginn und Beendigung der Beschäftigung dem Gesundheitsamt schriftlich anzuzeigen (§ 27 Absatz 3 Satz 2 ÖGDG M-V). Dies betrifft auch Pflegedienste. Dabei müssen allerdings keine Angaben dazu gemacht werden, ob auch Intensivpflege angeboten wird.

Einrichtungen der ambulanten Pflege sind gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 ÖGDG M-V darauf zu überwachen, dass die Anforderungen der Hygiene beachtet und die gesundheitsrechtlichen Vorschriften eingehalten werden. Im Rahmen der Überwachung sind die Beauftragten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes berechtigt, Betriebs- und Geschäftsräume der Einrichtungen, die zu überwachen sind, sowie zugehörige Grundstücke, Anlagen und Fahrzeuge während der üblichen Betriebs- oder Geschäftszeit zu betreten und zu besichtigen (§ 29 Absatz 1 Nummer 1 ÖGDG M-V) und betriebliche und berufliche Aufzeichnungen einzusehen und hieraus Abschriften und Ablichtungen anzufertigen (§ 29 Absatz 1 Nummer 4 ÖGDG M-V).

Zudem berät der Öffentliche Gesundheitsdienst alle Einrichtungen in Fragen des Gesundheitsschutzes (§ 9 Absatz 1 Satz 3 ÖGDG M-V).

Eine regelmäßige Überprüfung in der Häuslichkeit sowie in ambulant betreuten Wohngemeinschaften erfolgt nach dem ÖGDG M-V jedoch nicht. Dies ist nur für die in § 9 Absatz 1 ÖGDG M-V genannten Einrichtungen, wie zum Beispiel die Pflegedienste, nicht aber für die durch diese betreuten Wohngemeinschaften<sup>13</sup>, vorgesehen.

---

<sup>12</sup> Bei den genannten Einrichtungen handelt es sich zum Beispiel um Kindergärten, Schulen oder Heime. In Heimen unterliegen zwar die Zimmer der Bewohner dem grundgesetzlichen Schutz der Wohnung des Artikels 13 Grundgesetz, es gibt jedoch auch Gemeinschaftsräume, die zwecks regelmäßiger Kontrolle betreten werden können. Bei Wohngemeinschaften im Sinne des § 2 Absatz 5 Einrichtungenqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern sind hingegen alle Räume rein privat genutzt.

<sup>13</sup> Vergleiche die Ausführungen zum IfSG.

#### 4.2 Ambulante Intensivpflege in Wohngemeinschaften

Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft im Sinne des EQG M-V ist eine Wohnform, die dem Zweck dient, dass pflege- und betreuungsbedürftige Menschen das Leben in einem Haushalt selbst organisieren und externe Pflege oder Betreuungsleistungen gegen Entgelt in Anspruch nehmen (§ 2 Absatz 5 Satz 2 EQG M-V).

Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft liegt gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 Einrichtungenqualitätsgesetz vor, wenn

1. in der Regel nicht mehr als zwölf pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen in der Wohngemeinschaft wohnen,
2. Miet- und Betreuungs- oder Pflegevertrag getrennt abgeschlossen werden,
3. die Mieterinnen und Mieter die Pflege- oder Betreuungsdienste sowie Art und Umfang der Pflege- und Betreuungsleistungen, in der Regel als Auftraggebergemeinschaft, frei wählen können,
4. die Pflege- oder Betreuungsdienste nur einen Gaststatus, insbesondere keine Büroräume in der Wohn- und Betreuungsform für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen haben und
5. die ambulant betreute Wohngemeinschaft baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständig, insbesondere kein Bestandteil einer Einrichtung im Sinne des § 2 Absatz 1 oder 2 ist.

Auf ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen finden § 13 Absatz 2 und § 16 EQG M-V Anwendung.

Gemäß § 13 Absatz 2 in Verbindung mit § 19 EQG M-V sind die Landräte und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte (im Land Mecklenburg-Vorpommern wird diese Aufgabe von den kommunalen Heimaufsichten ausgeführt) für die Information und Beratung von Mieterinnen und Mietern sowie Personen mit berechtigtem Interesse an diesen Wohn- und Betreuungsformen zuständig.

§ 16 Absatz 1 Einrichtungenqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern regelt die Anzeigepflicht für den, der Verträge zur Erbringung von allgemeinen Betreuungsleistungen mit Mieterinnen und Mietern oder der Auftragsgemeinschaft einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft abschließt. Dies ist spätestens vier Wochen nach Vertragsschluss anzuzeigen. Angaben, ob beabsichtigt ist, Bewohnerinnen und Bewohner mit Intensivpflegebedarf aufzunehmen, sind nicht vorgeschrieben.

Die zuständige Behörde (kommunale Heimaufsicht) kann gemäß § 16 Absatz 2 Satz 1 EQG M-V prüfen, ob tatsächlich eine ambulant betreute Wohngemeinschaft im Sinne des § 2 Absatz 5 Einrichtungenqualitätsgesetz besteht. Wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Gefahr für Leben, Gesundheit oder Freiheit der Menschen vorliegt oder unmittelbar bevorsteht, hat die Heimaufsicht dies zu prüfen (§ 16 Absatz 2 Satz 2 EQG M-V). Um diese Prüfungen durchführen zu können, sind die zuständige Behörde oder die von ihr beauftragten Personen befugt, die von der betreuten Wohngemeinschaft genutzten Grundstücke und Räume zu betreten, sich mit den Mieterinnen oder Mietern in Verbindung zu setzen, die bestehenden Verträge einzusehen und Fotokopien anzufertigen, soweit dies notwendig ist (§ 16 Absatz 3 Satz 1 EQG M-V). Soweit die Räume dem allgemeinen Hausrecht einer Mieterin oder eines Mieters unterliegen, dürfen sie gemäß § 16 Absatz 3 Satz 2 EQG M-V nur mit deren Zustimmung betreten werden.

Die Heimaufsicht kann zur Beseitigung einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder Freiheit der Menschen erforderliche Anordnungen erlassen und sonstige notwendige Maßnahmen ergreifen oder dem in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft tätigen Betreuungsdienst die Tätigkeit untersagen, wenn Anordnungen und Maßnahmen zur Beseitigung der Gefahr nicht ausreichen (§ 16 Absatz 4 und 5 EQG M-V). In diesen Fällen können die Räume auch ohne Zustimmung der Bewohnerin oder des Bewohners betreten werden.

## **5. Ergebnisse der Befragung zur Qualität in der ambulanten Intensivpflege**

Bei den Gesundheitsämtern beziehungsweise Heimaufsichten besteht kein vollständiger Überblick über Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege anbieten. Gleiches gilt für ambulant betreute Wohngemeinschaften, in denen Menschen leben, die ambulanter Intensivpflege bedürfen. Zwar müssen Pflegedienste die Aufnahme ihrer Tätigkeit beim Gesundheitsamt anzeigen (§ 27 Absatz 3 Satz 2 ÖGDG M-V), jedoch müssen sie dabei nicht offenlegen, ob sie auch Intensivpflege betreiben. Betreute Wohngemeinschaften sind nach § 16 Absatz 1 EQG M-V anzeigepflichtig, auch dabei muss jedoch die geplante Aufnahme von Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten nicht angegeben werden (vergleiche oben). Konkrete Hinweise auf Qualitätsmängel haben sich im Ergebnis der Befragungen nur vereinzelt ergeben.

Seitens der Gesundheitsämter schildert nur das Gesundheitsamt des Landkreises Vorpommern-Rügen einen konkreten Fall, bei dem in Folge des Nachweises von Krankheitserregern im Trachealsekret eines beatmungspflichtigen Bewohners in einer Einrichtung eine Prüfung vorgenommen wurde. Dabei wurden erhebliche Beanstandungen in Folge mangelnder Hygienestandards bei der Desinfektion von Flächen festgestellt.

Teilweise äußern die Gesundheitsämter beziehungsweise Heimaufsichten Zweifel an der speziell für die Intensivpflege notwendigen fachlichen Kompetenz des eingesetzten Personals. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat im Rahmen seiner Prüfungen keine gravierenden Qualitätsmängel in der Versorgung der Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten festgestellt. Der Verband der Privaten Krankenversicherung hat im Jahr 2012 keine Qualitätsprüfungen im Bereich der ambulanten Intensivpflege vorgenommen.

Die Verbände der Krankenkassen teilten mit, dass sie Hinweisen zu Qualitätsmängeln bei der Versorgung ihrer Versicherten sofort nachgehen. Ob und in welchem Umfang dabei Mängel festgestellt wurden, wurde nicht erläutert.

Die Leistungsanbieter haben im Hinblick auf ihre Mitglieder keine Kenntnisse über Qualitätsmängel. Vereinzelt wird auf einen Fachkräftemangel verwiesen.

Aus den Vorschlägen für Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen (vergleiche nachfolgend) lässt sich aber ablesen, dass diese nach Einschätzung einiger Befragter eine durchgehend ausreichende Qualitätskontrolle der ambulanten Intensivpflege nicht hinreichend gewährleisten.

## **6. Überprüfung der (rechtlichen) Rahmenbedingungen für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Intensivpflege**

Den befragten Gesundheitsämtern, Heimaufsichten, Verbänden der Krankenkassen, Prüfdiensten und Leistungsanbietern wurde auch die Frage gestellt, ob es aus ihrer Sicht einer Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Intensivpflege bedarf. Die dabei gegebenen Hinweise werden im Folgenden dargestellt und anschließend bewertet.

### **6.1 Fehlende spezifizierte und systematische Qualitätskontrolle der ambulanten Intensivpflege**

#### **6.1.1 Hinweise und Vorschläge der Befragten**

Von verschiedener Seite wird angemerkt, dass die ambulanten Pflegedienste durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach dem Zufallsprinzip überprüft werden und es dabei ebenfalls zufällig ist, ob der geprüfte Pflegedienst Leistungen der Intensivpflege anbietet.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung selbst hält eine systematische Qualitätsprüfung im Bereich der ambulanten Intensivpflege - auch für Wohngemeinschaften, in denen Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten betreut werden - für wünschenswert.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung führt aus, dass der Prüfkatalog für Qualitätsprüfungen<sup>14</sup> lediglich spezielle Anforderungen für den großen Bereich der Pflegebedürftigen mit schweren Atemwegserkrankungen (Beatmung und Absaugen) enthält, nicht aber für andere Intensivpflegeleistungen. Darüber hinaus seien Pflegebedürftige, die keiner Pflegestufe zugeordnet sind, sondern ausschließlich Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V haben, nicht berechtigt, in die Stichprobe für Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI einbezogen zu werden.

Daraus werden von den Befragten folgende Vorschläge abgeleitet:

- Schaffung einer rechtlichen Grundlage zur systematischen Qualitätsprüfung der ambulanten Intensivpflege - dadurch nicht mehr nur zufällige Prüfung der Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten;
- Schaffung einheitlicher Anforderungen an ambulante Einrichtungen, die Intensivpflege anbieten;
- Heranziehung
  - der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie
  - der S2 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“als Maßstab zur Qualitätsprüfung für Kernprozesse in der ambulanten Intensivpflege;

---

<sup>14</sup> Siehe Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009.

- Benennung einer Organisation, die Leistungen nach § 37 SGB V prüfen darf;
- Schaffung der Möglichkeit von Kontrollen der Einhaltung der Infektionshygiene nach § 36 IfSG.

### 6.1.2 Bewertung

Die Vorschläge betreffen überwiegend bundesrechtliche Regelungen. Anforderungen an die Qualität der Intensivpflege als Behandlungssicherungspflege und damit als Unterfall der häuslichen Krankenpflege und deren Überprüfung könnten im SGB V (§§ 37, 132a SGB V) verankert werden. Zum Beispiel könnten die Qualitätsanforderungen und das Verfahren der Überprüfung gemäß §§ 112 ff. SGB XI für unmittelbar anwendbar erklärt werden.

Die konkrete Spezifizierung der Qualitätsanforderungen für den Bereich der Intensivpflege sollte sachgerecht auf die untergesetzliche Ebene zum Beispiel durch Vereinbarungen vergleichbar mit § 113 SGB XI<sup>15</sup> verlagert werden. Denkbar wäre auch die Festlegung von Qualitätsanforderungen speziell für die Intensivpflege im Rahmen der nach § 132a Absatz 1 SGB V zu erlassenden Rahmenempfehlungen.

Eine Anfrage, ob entsprechende Regelungen geplant sind, wird an das Bundesministerium für Gesundheit und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gerichtet.

Ob ein Erfordernis für eine entsprechende gesetzliche Regelung besteht, könnte auf Initiative Mecklenburg-Vorpommerns in der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beraten werden. Bevor über eine solche Initiative entschieden wird, sollten jedoch von den maßgeblichen Akteuren Krankenkassen und Leistungsanbieter vorrangig Vereinbarungen auf freiwilliger Basis angestrebt werden (siehe nachfolgend 6.2.2).

Die Schaffung der Möglichkeit von regelmäßigen Kontrollen der Einhaltung der Infektionshygiene ohne besondere Gefährdung nach § 36 IfSG durch Erweiterung dessen Anwendungsbereiches wäre nur durch den Bundesgesetzgeber möglich. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dies unter dem Aspekt der Unverletzlichkeit der Wohnung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht möglich ist (vergleiche dazu unten 6.3.2.2).

Entsprechendes gilt für eine Ergänzung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern.

---

<sup>15</sup> § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“.

Unterhalb der Ebene gesetzlicher Regelungen ist jedoch Folgendes geplant:

Das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales wird den Bericht der Landesregierung zur Qualitätssicherung in der ambulanten Intensivpflege den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen einer Amtsärztedienstberatung vorstellen.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll auch weiterhin in die Beratung dieses Themas einbezogen werden. Ziel ist die gegenseitige Information über die Verantwortlichkeiten und eine Abstimmung über in diesem Bereich zu fordernde Hygienestandards unter Einbeziehung des Landesamtes für Gesundheit und Soziales.

In der Arbeitsgruppe Hygiene des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist das Thema „ambulante Intensivpflege“ bereits seit längerem Gegenstand von Beratungen. Generell wird im Zusammenhang mit der oben genannten Thematik die Notwendigkeit gesehen, das Zusammenwirken beziehungsweise gemeinsame Vorgehen sowie den Informationsaustausch zwischen Heimaufsicht, Gesundheitsämtern und Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter zu verbessern.

Handlungsempfehlungen beziehungsweise eine Handreichung für ein Hygienemanagement in der ambulanten Intensivpflege werden als dringend notwendig angesehen. Deshalb wurde als ein Ergebnis der bisherigen gemeinsamen Arbeit eine Checkliste für ein mögliches Hygienemanagement in Wohngruppen mit Versorgung Intensivpflegebedürftiger entworfen. Diese basiert im Wesentlichen auf den in Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Bayern und der Landeshauptstadt München im Rahmen einer Schwerpunktüberprüfung ermittelten Erkenntnissen und daraufhin erarbeiteter Standards. Hierzu fanden in Mecklenburg-Vorpommern im Vorfeld diverse Gespräche mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auf Arbeitsebene statt.

Es ist angedacht, diese Kriterien zur Überprüfung der Versorgungsqualität dem ambulanten Intensivpflegebereich in Form eines Leitfadens oder als Handlungsempfehlung zur Verfügung zu stellen.

## **6.2 Vereinbarung von Qualitätsanforderungen, deren Vergütung und Kontrolle in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern**

### **6.2.1 Hinweise und Vorschläge der Befragten**

Folgende Vorschläge wurden von den Verbänden der Leistungsanbieter gemacht:

- Überprüfung der Verträge zwischen Kostenträgern und spezialisierten Leistungsanbietern durch die zuständige Behörde unter den Aspekten Qualitätssicherung, Auskömmlichkeit und Wirtschaftlichkeit.
- Ergänzung der Rahmenvereinbarung nach § 132a SGB V durch standardisierte Vereinbarungen für die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Qualitätssicherung entsprechend den §§ 112 ff. SGB XI.
- Unter anderem Festlegung fester Personalschlüssel und -qualifikationen; teilweise wird ein Betreuungsschlüssel von 1:1 für notwendig erachtet.
- Identische Rahmenbedingungen für alle Leistungserbringer und Kostenträger, insbesondere einheitliche Vergütung anstelle von Einzelvereinbarungen.

Teilweise deckt sich dies mit den Vorstellungen der Kassen. Differenzen scheinen insbesondere im Hinblick auf den Abschluss der Zusatzvereinbarungen (mit jedem Anbieter einzeln oder mit dem entsprechenden Verband) und im Hinblick auf die Vergütung zu bestehen.

Die Verbände der Leistungsanbieter berichten teilweise über Schwierigkeiten, geeignetes Personal einstellen zu können beziehungsweise zu halten.

### **6.2.2 Bewertung**

Die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen an intensivpflegerische Leistungen, deren Vergütung und Überprüfung zwischen den Kostenträgern und spezialisierten Leistungsanbietern in Zusatzvereinbarungen wird als der am schnellsten erfolversprechende Weg angesehen, um die Qualität der ambulanten Intensivpflege und deren regelmäßige Überprüfung zu gewährleisten. Laut Angaben der AOK Nordost werden solche Vereinbarungen als Zusatzvereinbarungen zum Rahmenvertrag nach § 132 a SGB V bereits regelmäßig abgeschlossen beziehungsweise wird dies für die Zukunft angestrebt<sup>16</sup>. Die Leistungsanbieter kritisieren allerdings, dass dies nicht zu einheitlichen Bedingungen erfolgt.

Eine Einigung zu den noch strittigen Punkten obliegt den Kostenträgern mit den Leistungsanbietern.

Eine rechtsaufsichtliche Überprüfung der Verträge ist erst dann geboten, wenn Hinweise auf rechtswidriges Verhalten seitens der Kassen bestünden. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Im Hinblick auf das Problem des Fachkräftemangels wirbt die Landesregierung in Kooperation mit der Bundesregierung und den beteiligten Krankenkassen, Pflegekassen, Pflegeverbänden und Schulen durch vielfältige Aktivitäten gezielt für Berufe im Pflegebereich. Der Erfolg dieser Anstrengungen wird letztlich auch davon abhängen, wie sich das Bild der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit gestaltet. Um ein positives Image der Pflegeberufe zu stärken, wird es in besonderem Maße darauf ankommen, wie die Bezahlung und die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte ausgestaltet werden.

## **6.3 Anforderungen an Wohngemeinschaften mit intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern**

### **6.3.1 Hinweise und Vorschläge der Befragten**

Die Gesundheitsämter und Heimaufsichten einiger Kreise und kreisfreien Städte haben insbesondere Bedenken im Hinblick auf die Qualität in ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten. Sie sehen die rechtlichen Grundlagen zur Durchführung von regelmäßigen Kontrollen insbesondere im Hinblick auf die Einhaltung von Hygieneanforderungen als nicht ausreichend an, da § 16 EQG M-V nur ein Noteingriffsrecht bietet und die Rechtsverordnungen gemäß § 17 EQG M-V auf ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht anwendbar sind. In der Öffentlichkeit und bei den Angehörigen würden diese Wohngemeinschaften wie Einrichtungen wahrgenommen und es fehle das Bewusstsein, dass es keine regelmäßigen qualitätssichernden Überwachungen seitens der Heimaufsicht oder den Kranken- und Pflegekassen gebe.

---

<sup>16</sup> Laut Angaben der AOK Nordost (Stand April 2013) sind mit 13 von 34 Anbietern, die in Mecklenburg-Vorpommern Leistungen der Intensivpflege für Versicherte der AOK Nordost erbringen, Zusatzvereinbarungen abgeschlossen.

Es bestehe ein besonderes Schutzbedürfnis und besondere Hygieneanforderungen für Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, da dies nicht mit dem Leben in der Häuslichkeit vergleichbar sei.

Teilweise wird bezweifelt, dass Wohngemeinschaften mit Intensivpflegepatientinnen oder Intensivpflegepatienten den Anforderungen des Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern im Hinblick auf ein selbst organisiertes Leben in einem gemeinsamen Haushalt genügen.

Die Verbände der Krankenkassen sehen die Entwicklung, bei der Wohngemeinschaften auf Initiative ausschließlich zur Versorgung von intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern geschaffen werden, als bedenklich an. Hier bestehe eine komplette strukturelle Abhängigkeit von einem Anbieter. Diese Wohngemeinschaften sollten stationären Einrichtungen gleichgestellt werden.

Die Pflegeverbände äußern diese Bedenken nicht oder sehen das Heimrecht als völlig ausreichend an (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste).

Soweit die Befragten Bedenken mitgeteilt haben, werden daraus von diesen folgende Vorschläge abgeleitet:

- Klarere Definition einer Wohngemeinschaft.
- Festlegen von besonderen Qualitätskriterien bei der Unterbringung von Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (zum Beispiel Qualifikation und Schulung des Personals, richtige Einteilung des Fachpersonals, Hygienevorschriften).
- Gleiche gesetzliche Regelungen hinsichtlich Finanzierung, Ausstattung, Brandschutz und so weiter für stationäre Einrichtungen und Intensivpflege-Wohngemeinschaften (eventuell mit anderen „kleineren Maßstäben“ der pflegerischen Vorschriften).
- Regelungen zu Wohngemeinschaften mit intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern sollten als Bundesrecht erlassen werden.
- Klare Anzeige- und Meldepflichten für Wohngemeinschaften mit intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern und Nebenbetriebsstätten beim örtlich zuständigen Gesundheitsamt, auch wenn Hauptsitz eines Unternehmens nicht in dessen Territorium liegt.
- Klarere Definition der Informationswege zwischen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und zuständigen Gesundheitsämtern beziehungsweise Heimaufsichten.
- Kontrolle gemäß § 36 IfSG auf die Einhaltung der Infektionshygiene.
- Klarere Definition von Überwachungsaufgaben der Gesundheitsämter im ÖGDG M-V.

### 6.3.2 Bewertung

#### 6.3.2.1 Erweiterte Meldepflichten

Grundsätzlich ist im Rahmen der verfassungsmäßigen Grenzen eine Änderung des Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern zwecks Verschärfung der gesetzlichen Anforderungen an ambulant betreute Wohngemeinschaften mit intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern möglich. Dies gilt auch unterhalb der Schwelle der völligen Gleichstellung mit stationären Einrichtungen. Denkbar wäre vor allem eine Verstärkung von Meldeverpflichtungen für ambulante Pflegedienste in Wohngemeinschaften, die Pflegebedürftige mit Vollzeitbetreuungsbedarf (rund um die Uhr) betreuen. Dies könnte Verpflichtungen zu den jeweiligen medizinischen und pflegeseitigen Versorgungskonzepten, die Einreichung von Evakuierungsplänen sowie die Verpflichtung zur Vorhaltung von Personaleinsatzplänen enthalten. Allerdings wäre bei einer Verschärfung des Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern mit erhöhten Verwaltungskosten auf Seiten der Heimaufsichten und mit höheren Kosten auf Seiten der ambulanten Dienste zu rechnen, die entsprechende Kostenerhöhungen an die Bewohnerinnen und Bewohner weiterreichen würden. Dieses hätte auch einen Anstieg der Sozialhilfekosten zur Folge. Auch wenn die genaue Höhe dabei nur schwer abzuschätzen ist, könnte eine Verschärfung des Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern zu einer zögerlichen Haltung bei der politisch gewollten Stärkung ambulanter Wohnformen führen, soweit die ambulanten Wohnformen von den verschärften Regelungen des Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern betroffen wären.

Die betont unbürokratischen Regelungen des bisherigen Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern hatten die politische Zielsetzung, den ambulanten Sektor insbesondere bei selbstbestimmten Wohnformen deutlich zu stärken. Mit einer Verschärfung des Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern würden die Kranken- und Pflegekassen in ihrer Verantwortung für die Qualitätskontrolle der vertraglichen Leistungen zum Teil entlastet, indem die Aufgaben dem staatlichen Ordnungsrecht unterworfen werden. Gerade dies war mit dem EQG M-V im Bereich ambulanter Pflegewohngemeinschaften bisher nicht beabsichtigt.

#### 6.3.2.2 Überprüfung, ob tatsächlich eine Wohngemeinschaft gemäß § 2 Absatz 5 Satz 2 Einrichtungenqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern vorliegt

Zwar gab es zum Zeitpunkt der Überleitung der Gesetzesverantwortung vom Bund auf die Länder (Föderalismusreform) noch verhältnismäßig wenige Intensivpflegefälle, allerdings wurde gerade im Hinblick auf besondere vergleichbare Sensibilitäten im Bereich der Demenzpflege darauf geachtet, dass das Thema selbstbestimmte Organisation in Wohngemeinschaften einen starken Stellenwert erhält. Es sollte verhindert werden, dass die pflegeseitigen Vorteile von Wohngemeinschaften und kleinen Wohngruppen durch gewerbsmäßige Anbieter missbraucht werden, ohne dass die qualitätsseitige Sicherung insbesondere für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz oder Intensivpflege ausreichend gegeben ist.

Ungeachtet dessen hat das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales bereits mit einem Rundschreiben vom 8. November 2012 an die Heimaufsichten reagiert und auf die besonderen Versagungsgründe des Status einer Wohngemeinschaft nach § 16 Absatz 2 EQG M-V verwiesen (Anlage).

Die Heimaufsichten wurden unter anderem darauf hingewiesen, dass gerade bei der Betreuung von Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten oder Demenzpatientinnen und Demenzpatienten die Frage besteht, ob tatsächlich der Charakter einer selbstbestimmten Wohngemeinschaft gewährleistet ist.

### **6.3.2.3 Zutrittsrecht zu Wohngemeinschaften im Rahmen regelmäßiger Prüfungen**

Es wurde eine Änderung des § 16 Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern dahingehend geprüft, dass die Räume von intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern zwecks Qualitätsprüfung durch die Heimaufsichten auch ohne besondere Gefahrenlage betreten werden können.

Das konsultierte Justizministerium hat dazu folgendes mitgeteilt:

Die Vorgaben des Artikel 13 Absatz 7 Grundgesetz sind strikt einzuhalten, da es sich mit Blick auf die von § 2 Absatz 5 EQG M-V für das Vorliegen einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft geregelten Voraussetzungen (getrennter Miet- und Betreuungs- oder Pflegevertrag, Gaststatus des Pflege- oder Betreuungsdienstes) um rein privat genutzte Räume, das heißt Wohnung im engeren Sinne, handelt.

Im Ergebnis kann daher ein Zutrittsrecht ohne eine Zustimmung der Bewohnerin oder des Bewohners beziehungsweise ersetzend der Betreuerin oder des Betreuers nur zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung normiert werden.

Damit sind auch Prüfungen ohne konkrete Gefahrenlage nach dem ÖGDG M-V oder IfSG nicht möglich.

### **6.3.2.4 Einbeziehung von Wohngemeinschaften mit intensivpflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern in die Anforderungen an Heime durch das Einrichtungenqualitätsgesetz Mecklenburg-Vorpommern**

Im EQG M-V wird bei der Frage, ob eine selbstbestimmte Wohngemeinschaft gemäß § 2 Absatz 5 Satz 2 EQG M-V vorliegt, keine Differenzierung in dem Sinne vorgenommen, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit bestimmtem Pflegebedarf (hier Intensivpflege) von vorneherein ausgeschlossen sind.

Die Gesetzgebung der anderen Bundesländer ist in diesem Bereich vergleichbar geregelt. Lediglich Sachsen hat bei betreuten Wohngruppen, in denen Personen, die der dauernden Anwesenheit einer Betreuungskraft bedürfen, die volle Anwendung des Prüfrechtes wie bei stationären Einrichtungen geregelt. Je nachdem, welcher Personenkreis als betroffen definiert wird (in jedem Fall Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten), wurde hier die Betreuungsform von Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten in Wohngemeinschaften stark eingeschränkt, da insbesondere die baulichen Erfordernisse einen Betrieb als selbstständige Wohngemeinschaft nur schwer möglich machen.

Eine Änderung des Einrichtungenqualitätsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern analog zu Sachsen dürfte ab Inkrafttreten des Gesetzes für die meisten Fälle eine Kündigung der entsprechenden Betreuungsverhältnisse nach sich ziehen, ohne dass eine adäquate Versorgung für die Betroffenen auch nur annähernd zeitnah alternativ sicherstellbar wäre und ohne dass konkrete Qualitätsverstöße in größerem Ausmaß bekannt geworden sind.

Dies würde im Ergebnis die Wohnform ambulant betreute Wohngemeinschaft für Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten weitgehend ausschließen.

Die Bauministerkonferenz hat entgegen dem Votum der Arbeits- und Sozialministerkonferenz Musterregelungen zum Brandschutz beschlossen, die unter anderem betreute Wohngemeinschaften mit mehr als sechs Bewohnerinnen und Bewohnern betreffen. Es bleibt abzuwarten, ob und wie dies in dem anstehenden Landesverfahren zur Umsetzung der Brandschutzmusterregelungen in Landesrecht Auswirkungen auf Wohngemeinschaften gemäß § 2 Absatz 5 Satz 2 EQG M-V haben wird.

Die Heimaufsichten und das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales haben sich im Rahmen ihrer Heimaufsichtsbehörden tagung darauf verständigt, dass unabhängig von rechtlichen Verpflichtungen demnächst ein enger Austausch über jeweilige Erkenntnisse aus den Prüfungen der Heimaufsichten beziehungsweise den Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gegenseitig erfolgt, um ein schnelles Handeln bei möglichen aufgedeckten Missständen zu gewährleisten.

**Anlage: Rundschreiben des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales vom 8. November 2012 an die Heimaufsichten**

Anlage

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern

Schwerin, den 08.11.2012

**Rundschreiben**

an die Heimaufsichten der Landkreise und kreisfreien Städte zur Umsetzung des Einrichtungenqualitätsgesetzes – Prüfungen in selbstbestimmten ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen (hier: Intensivpflegepatienten, Demenzkranke).

Anlass:

Die Pflege von Intensivpflegepatienten verlangt in allen Pflegeformen, von der Einrichtungspflege über die teilstationäre Tages- und Nachtpflege bis hin zur Pflege in Wohngemeinschaften ein qualitativ hohes Niveau. Dem sind sich grundsätzlich alle Beteiligten, von den Kassen über die Träger der Pflege bis hin zu den Heimaufsichtsbehörden, klar. Auch aus diesem Grunde haben sich in konkreten Fällen Kassen bereit erklärt, die hohen Standards der S2 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin als Basis für Vertragsabschlüsse mit Trägern anzuerkennen. Allerdings sind diese Standards keinesfalls Grundlage allgemeinen Handelns. Um Intensivpflege auch in der Häuslichkeit und in Wohngruppen zu ermöglichen wurden Öffnungsklauseln zugelassen, die jedoch klar eingegrenzt sind. In Einzelfällen ist eine missbräuchliche oder unzureichende Anwendung dieser Öffnungsklauseln nicht grundsätzlich auszuschließen. Unter anderem hat dies den Landtag bewegt, die Landesregierung zu beauftragen, einen entsprechenden Bericht über die Situation der Intensivpflege zu erstellen. Aus diesem Anlass weise ich noch einmal auf die klaren Möglichkeiten des EQG M-V zur differenzierten Betrachtung und Bewertung hin und möchte Sie ermutigen diese bedarfsgerecht anzuwenden.

Die Frage der Eingriffs- und Kontrollmöglichkeiten der Heimaufsichten in selbstbestimmten ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach § 2 Abs. 5 EQG M-V, zum Beispiel bei der Pflege und Betreuung von Intensivpflegepatienten, ergibt sich aus der abgrenzenden Definition der fünf Vorgaben des § 2 Abs. 5 Nr. 1-5 EQG M-V:

Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft im Sinne dieses Gesetzes ist eine Wohnform, die dem Zweck dient, dass pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen das Leben in einem gemeinsamen Haushalt selbst organisieren und externe Pflege- oder Betreuungsleistungen gegen Entgelt in Anspruch nehmen. Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn

1. in der Regel nicht mehr als zwölf pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen in der Wohngemeinschaft wohnen,
2. Miet- und Betreuungs- oder Pflegevertrag getrennt abgeschlossen werden, (Hinweis: Begründung zum Gesetz – muss einzeln kündbar sein)
3. die Mieter die Pflege- oder Betreuungsdienste sowie Art und Umfang der Pflege- und Betreuungsleistungen, in der Regel als Auftraggebergemeinschaft, frei wählen können, (Hinweis: Begründung zum Gesetz – muss einzeln kündbar sein)
4. die Pflege- oder Betreuungsdienste nur einen Gaststatus, insbesondere keine Büroräume in der Wohn- und Betreuungsform für pflege- und betreuungsbe-

*dürftige Menschen haben und (Hinweis: Begründung zum Gesetz – unterhalten dort keine Büroräume)*

5. *die ambulant betreute Wohngemeinschaft baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständig, insbesondere kein Bestandteil einer Einrichtung im Sinne des § 2 Absatz 1 oder 2 ist.*

Daraus ist klar und unmissverständlich zu entnehmen, dass soweit der Charakter einer selbst organisierten Wohnform nicht erfüllt ist, es sich um eine nicht selbstbestimmte Wohngemeinschaft (Einrichtung) gemäß § 2 Abs. 1 EQG M-V handelt:

(1) *...Einrichtungen, die*

1. *dem Zweck dienen, ältere Menschen, pflegebedürftige oder psychisch kranke einschließlich suchtkranke Volljährige oder volljährige behinderte Menschen aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung oder Pflege und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten,*
2. *in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohner unabhängig sind sowie*
3. *entgeltlich betrieben werden.*

Kommt die Behörde bei einer Überprüfung nach § 16 Absatz 2 EQG M-V zur Einschätzung, dass die gesetzlichen Vorgaben für selbstbestimmtes Pflegewohnen, auch auf dem Weg der Beratung, nicht umzusetzen sind, wird die Behörde die Wohnform als Einrichtung nach § 2 Abs. 1 EQG M-V einordnen. Dann sind die Vorschriften aus Teil 2 und 3 des Einrichtungenqualitätsgesetzes anzuwenden.

§ 16 Absatz 2 EQG M-V:

- (2) *In teilstationären Einrichtungen, in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, in betreuten Wohngruppen sowie in Trainingswohngruppen kann die zuständige Behörde prüfen, ob tatsächlich eine teilstationäre Einrichtung im Sinne des § 2 Absatz 4, eine ambulant betreute Wohngemeinschaft im Sinne des § 2 Absatz 5, eine betreute Wohngruppe im Sinne des § 2 Absatz 6 oder eine Trainingswohngruppe im Sinne des § 2 Absatz 7 besteht. Wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass in einer teilstationären Einrichtung, in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, in einer betreuten Wohngruppe oder in einer Trainingswohngruppe eine Gefahr für Leben, Gesundheit oder Freiheit der Menschen vorliegt oder unmittelbar bevorsteht, hat die zuständige Behörde dies zu prüfen.*

Jede Wohngemeinschaft kann somit jeder Zeit umfassend darauf überprüft werden, ob die Voraussetzung für eine selbstbestimmte Wohngemeinschaft gegeben sind. Gerade bei der Betreuung von einem oder sogar mehreren Intensivpflege- oder Demenzpatienten steht die Frage, ob tatsächlich der Charakter der selbstbestimmten Wohngemeinschaft gewährleistet wird.

Angesichts der besonderen hygienischen, betreuenden und baulichen Anforderungen in der Intensivpflege tritt der Entbürokratisierungsaspekt des § 2 Abs. 5 EQG M-V zur Förderung von selbstbestimmten Wohngemeinschaft hinter dem besonderen Schutzbedürfnis der Pflegebedürftigen zurück.

Die rechtlichen Vorgaben des Gesetzes und seiner Begründung sollten genug Anhaltspunkte geben, um eine klare Bewertung durch die Heimaufsicht vorzunehmen. Weitere Kriterien, wie die Frage, ob mehrere Wohngemeinschaften in einem Gebäude untergebracht sind, die von einem Träger der ambulanten Pflege betreut werden, können genauso zur Bewertung herangezogen werden, wie die Bewertung, ob die

Pflegebedürftigen die Chance und die Möglichkeit haben, an einem selbstbestimmten Wohnen in der Gemeinschaft angemessen teilzuhaben.

Der Gesetzgeber hat diese bestimmten Pflege,- und Betreuungsformen nicht ausdrücklich von den Wohngemeinschaften ausgeschlossen, setzt aber voraus, dass besondere Formen der Pflege wie Intensivpflege sowie die Pflege- und Betreuung von Demenzkranken ein besonderes Schutzbedürfnis genießen. In diesem Fall ist im Zweifel sicherzustellen, dass die vollständigen Prüfrechte der Heimaufsichten gewährt werden.

Selbstbestimmte Wohngemeinschaften sind ein wichtiges Instrument zur Gestaltung der ambulanten Pflege. Es muss den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und Freunden die Gelegenheit gegeben werden, die Pflege in Eigenverantwortung bei professioneller Hilfe selber zu organisieren. Die Herausnahme der selbstbestimmten Wohngemeinschaften aus bestimmten spezifischen Vorgaben des EQG ist jedoch kein betriebswirtschaftliches Instrument zur Gestaltung einer kostengünstigen Pflege.

Die Heimaufsichtsbehörden haben auch in der Vergangenheit bewiesen, dass ausreichend Spielraum besteht, es auch Intensivpflege- und Demenzpatienten zu ermöglichen, in selbstbestimmten Wohnformen bedarfs- und qualitätsgerecht zu wohnen und zu leben.

Es besteht derzeit kein Anlass, durch Verschärfung von Handhabungen und Regelungen einer Vielzahl von Betroffenen die Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung zu entziehen, zumal eine entsprechende stationäre Versorgung nicht immer bedarfs- und ortsgerecht sofort zur Verfügung zu stellen wäre.

Die Heimaufsichten werden jedoch im Zweifel ebenso klar und verantwortlich zu Gunsten der Anwendung der vollständigen Standards des EQG zu entscheiden haben, um die Rechte der Pflegebedürftigen durchzusetzen.

Die rechtlichen Regelungen bieten ausreichend Gewähr für verantwortungsvolles Handeln. Die Heimaufsichten werden mit diesem Rundschreiben durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales nochmals auf die Sachlage hingewiesen.



(Referatsleiter Angelegenheiten  
pflegebedürftiger Menschen)