



» Trends in der Pflege II

VOELKER & Partner mbB



INHALTSVERZEICHNIS

• Die Pflegebuchführungsverordnung (PBV)	6
• Ein-Personen-Gesellschaft zur Vermeidung von Sozialversicherungspflichten?	8
• Das Hinweisgeberschutzgesetz in der Praxis – worauf insbesondere Unternehmen in der Pflege achten sollten	10
• DiCognita – pflegesprachliche Integration für ausländische Pflegefachkräfte – made in Reutlingen	13
• Chancen und Risiken beim Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte	16
• Kooperationen in der außerklinischen Intensivpflege	18
• Digitalisierung in der Pflege: Die Telematikinfrastruktur	22
• Neue Unterstützungsmöglichkeiten durch die digitale Pflege-App	26
• HeimDoc: Telemedizinische hausärztliche Betreuung – ein Interview mit Frau Dr. med. Zsuzsa Märkle	28
• Entwicklung einer innovativen Gehhilfe für Kinder	31
• Das Konzept des Wohn- und Pflegeangebotes milea – eine Alternative zum Pflegeheim	34
• Betreutes Wohnen – auch hinsichtlich den vertraglichen Ausgestaltungen vielfältig	37
• Gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase	40
• Einführung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Mariaberg	41
• Kontaktdaten	46

VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser,

Pflege ist weit mehr als eine Dienstleistung – sie ist Ausdruck von Anteilnahme, fachlicher Kompetenz und gesellschaftlicher Verantwortung. Die Branche steht einmal mehr, aber vielleicht aktuell sogar mehr denn je im Zentrum großer sozialer, rechtlicher und wirtschaftlicher Veränderungen: gesetzliche Neuerungen, das Streben nach innovativen Angebotsmodellen, Digitalisierung und die Integration internationaler Fachkräfte prägen deren Alltag und stellen diese (Sozialwirtschafts-) Unternehmen, Fachkräfte und Nichtfachkräfte sowie pflegebedürftige Personen und deren Angehörige vor vielfältige Herausforderungen. Und dies alles ereignet sich vor dem Hintergrund durchaus angespannter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen für alle Beteiligten, vor allem aber für pflegebedürftigen Personen, deren Angehörigen, für Leistungserbringer und nicht zuletzt auch für Pflegekassen sowie für Sozialhilfeträger.

Mit unserer aktuellen Pflegebroschüre möchten wir einen kompakten und praxisnahen Überblick über wesentliche aktuelle Entwicklungen für die Pflegebranche und deren Leistungsangebote bieten.

Darin finden sich fundierte Beiträge, so etwa zu den Auswirkungen der Pflegebuchführungsverordnung, zur Umsetzung des Hinweisgeberschutzgesetzes oder zu sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen rund um die Ein-Personen-Gesellschaft. Außerdem werden Praxisleistungen wie digitale Pflege-Apps oder telemedizinische Versorgung ebenso beleuchtet wie ein innovatives, zukunftsweisendes Angebotskonzept und Vielfältigkeit zu (kunden- und sonstigen) Verträgen im Zusammenhang mit Angeboten des betreuten Wohnens.

Besonderes Augenmerk wird auf die Themen der Integration internationaler Pflegefachkräfte und der Bedeutung einer inklusiven, wertschätzenden Fachsprache gelegt. Zudem stellen wir die Entwicklung spezieller Hilfsmittel für Kinder vor.

Wir danken allen Beteiligten für ihre wertvollen Beiträge und wünschen eine anregende und informative Lektüre.

Herzliche Grüße



Veronika Klein



Volker Rieger



Dr. Inci Demir

Hinweis: Sämtliche Bezugnahmen auf Personen im Text beziehen sich auf jegliches Geschlecht, auch wenn dies der Lesbarkeit halber im Fließtext nicht stets betont wird.

Die Pflegebuchführungsverordnung (PBV)



Die Pflegebuchführungsverordnung (PBV) existiert seit 1996 auf Grundlage des elften Sozialgesetzbuches (SGB XI). Die PBV umfasst 11 Paragraphen und 6 Anlagen.

Die PBV enthält Vorschriften zur Rechnungslegung und Buchführung sowie zur Kosten- und Leistungsrechnung von Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach SGB XI erbringen.

Pflegeeinrichtungen im Sinne der PBV sind:

1. Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie
2. Teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)

mit denen ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen).

Die Rechnungs- und Buchführungspflichten nach der PBV sind auf die Leistungen beschränkt, für die die Pflegeeinrichtung als Pflegeeinrichtung nach SGB XI zugelassen ist.

Die PBV ist nicht anzuwenden von:

1. Pflegediensten mit max. 6 Vollzeitkräften und einem SGB XI-Umsatz von weniger als Euro 250.000,00 pro Jahr;
2. Teilstationären Einrichtungen und Kurzzeitpflege mit max. 8 Pflegeplätzen und
3. Pflegeheimen mit max. 20 Pflegeplätzen und einem SGB XI-Umsatz von weniger als Euro 500.000,00 pro Jahr.

Auf Antrag können Pflegedienste mit max. 10 Vollzeitkräften, teilstationäre Einrichtungen mit max. 15 Pflegeplätzen und Pflegeheime mit max. 30 Pflegeplätzen unter Einhaltung der o.g. Umsatzgrenzen von der Anwendung der PBV befreit werden.





Die Rechnungs- und Buchführungspflichten nach der PBV gelten für die o.g. Pflegeeinrichtungen unabhängig davon, ob die Pflegeeinrichtung Kaufmann im Sinne des Handelsgesetzbuchs ist und unabhängig von der Rechtsform der Pflegeeinrichtung. Rechnungs-, Buchführungs- und Aufzeichnungspflichten nach anderen Vorschriften bleiben unberührt.

Die Pflegeeinrichtungen sind nach dieser Verordnung verpflichtet, ein sehr umfangreiches Zahlenwerk mit unterschiedlichen Ergebnisrechnungen zu erstellen. Ziel ist es, den Pflegeeinrichtungen eine überprüfbare Dokumentation gegenüber den Pflegekassen, den Förderbehörden und Pflegebedürftigen an die Hand zu geben. Mit der PBV sollen Grundlagen zur Kalkulation einheitlicher Pflegesätze geschaffen werden, des Weiteren soll das wirtschaftliche Arbeiten von Pflegeeinrichtungen gefördert werden und es soll die Verwendung von Fördermitteln kontrolliert werden.

Nach § 3 PBV sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, ihre Bücher nach der kaufmännischen doppelten Buchführung zu führen. Es sind die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung nach HGB §§ 238 bis 241 zu beachten. In Anlage 4 der PBV findet sich ein Muster-Kontenrahmen, der zwar individuell angepasst werden kann, jedoch in der grundlegenden Struktur nicht verändert werden soll. Dieser Musterkontenrahmen ist als Standardkontenrahmen SKR 45 verfügbar.

Der Jahresabschluss gemäß PBV besteht aus Bilanz gegliedert entsprechend Anlage 1 der PBV, Gewinn- und Verlustrechnung gegliedert entsprechend Anlage 2 der PBV sowie dem Anlagennachweis und dem Fördernachweis (Anlagen 3a und 3b der PBV). Es kann ein auf die Leistungen nach dem SGB XI begrenzter (Teil-)Jahresabschluss nach PBV erstellt werden.

Darüber hinaus sind Pflegeeinrichtungen nach § 7 PBV verpflichtet, eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen. Die Kosten- und Leistungsrechnung umfasst eine Kostenstellen- und eine Kostenträgerrechnung. Die Kosten sind verursachungsgerecht auf Kostenstellen und Kostenträger zu verteilen. Kostenträger sind in diesem Zusammenhang die Leistungsarten, z.B. Versorgung eines Menschen mit Pflegegrad III. Die Anlagen 5 und 6 der PBV enthalten Empfehlungen zur Gliederung der Kostenstellen und Kostenträger.

Während der Jahresabschluss nach der PBV unter Anwendung des SKR 45 noch relativ einfach aus der Buchführung abgeleitet werden kann, ist die Einrichtung der Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung insbesondere bei gemischten Einrichtungen sehr aufwändig, da eine verursachungsgerechte Abgrenzung der Kosten und Erträge mit anteiliger Zuordnung auf die verschiedenen Einrichtungen erfolgen muss.

Liane Slama



➤ **Liane Slama**
Diplom-Betriebswirt (FH)
Wirtschaftsprüfer
Steuerberater

Ein-Personen-Gesellschaft zur Vermeidung von Sozialversicherungspflichten?



Unkomplizierte Gründung einer Kapitalgesellschaft

Die Gründung einer Kapitalgesellschaft ist seit dem Jahr 2008 stark vereinfacht, da seither auch sogenannte haftungsbeschränkte Unternehmergesellschaften – kurz UG – mit einer „Stammkapital“ von einem Euro gegründet werden können. Als Gesellschafter-Geschäftsführer unterliegen die Gesellschafter in der Regel nicht der Sozialversicherungspflicht. Diesen Umstand haben sich nun einige findige Unternehmer zu Nutzen gemacht, eine UG gegründet und für Dritte Dienstleistungen erbracht.

Grundsätzlich besteht natürlich die Möglichkeit, Dritten gegenüber als Gesellschafter einer UG Dienstleistungen zu erbringen, ohne dass diese Tätigkeit der Sozialversicherungspflicht unterliegt. Selbstverständlich können auch Kapitalgesellschaften in der Rechtsform einer UG eigenen Mitarbeiter zur Erbringung von Dienstleistungen für Dritte einsetzen. So kann zum Beispiel eine Werbeagentur in der Rechtsform der UG mit den bei ihr angestellten Mitarbeitern Werbeaufträge für Kunden bearbeiten.

Kritisch wird es allerdings dann, wenn die Kapitalgesellschaft als Ein-Personen-Gesellschaft besteht, keine eigenen sozialversicherungspflichtigen Mitarbeiter beschäftigt und für Auftraggeber Dienstleistungen erbringt, die originär dem Geschäftsbereich des Auftraggebers unterliegen.

Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 20.07.2023

Das Bundessozialgericht hatte am 20.07.2023 in insgesamt drei Verfahren (Az. B 12 BA 1/23 R, Az. B 12 R 15/21 R und Az. B 12 BA 4/22 R) über den sozialversicherungsrechtlichen Status

der Gesellschafter-Geschäftsführer bei Ein-Personen-Gesellschaften zu entscheiden. Bei zwei Verfahren handelte es sich jeweils um den alleinigen Gesellschafter-Geschäftsführer einer UG, im Verfahren B 12 R 15/21 R um den alleinigen Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH.

Das Bundessozialgericht hat in allen drei Fällen die grundsätzliche Möglichkeit der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung trotz Vertragsbeziehungen zwischen den Kapitalgesellschaften und dem auftraggebenden Unternehmen bejaht, allerdings das Verfahren B 12 BA 1/23 R und das Verfahren B 12 R 15/21 R zur weiteren Sachverhaltsaufklärung an die jeweiligen Landessozialgerichte zurückverwiesen.

Im Verfahren B 12 BA 4/22 R, in dem der Gesellschafter-Geschäftsführer das auftraggebende Unternehmen mit Strategieentwicklungsthemen und Planung des Vertriebs unterstützte, hat das Bundessozialgericht eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung des Gesellschafter-Geschäftsführers für das auftraggebende Unternehmen festgestellt.

Maßgebend ist die Art der Beschäftigung

Zur Bewertung des sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigungsstatus ist § 7 Abs. 1 SGB IV maßgebend. Dort heißt es:

„ Beschäftigung ist die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers.“ **“**



Im Wesentlichen hat das Bundessozialgericht in den drei Entscheidungen vom 20.07.2023 festgehalten, dass ein sich selbst überlassender Alleingesellschafter, der die von seiner Kapitalgesellschaft eingegangene vertragliche Verpflichtung bei und für einen Auftraggeber erfüllt, den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Regeln zur Ermittlung eines Beschäftigungsverhältnisses unterliegt wie eine natürliche Person, die ein freies Mitarbeiterverhältnis eingeht.

Es kommt also alleine darauf an, ob der Gesellschafter einer Ein-Personen-Gesellschaft eine natürliche Person ist und sich dessen Tätigkeit im auftraggebenden Unternehmen nach dem tatsächlichen Gesamtbild als abhängige Beschäftigung darstellt, der Gesellschafter-Geschäftsführer also in den auftraggebenden Betrieb eingegliedert ist, kein eigenes wirtschaftliches Risiko in Bezug auf diese Tätigkeit trägt und bei näherer Betrachtung eigentlich eine weisungsgebundene Tätigkeit ausübt.

Ein sehr hohes Risiko für eine solche Bewertung besteht immer dann, wenn der Gesellschafter-Geschäftsführer Tätigkeiten ausübt, die im auftraggebenden Unternehmen auch von angestellten Mitarbeitenden verrichtet werden.

Gründung von Kapitalgesellschaften kein „Allheilmittel“ gegen Sozialversicherungspflicht

Das Bundessozialgericht hat nunmehr erneut einer kreativen Möglichkeit, sich im Bereich von Pflegedienstleistungen mit selbständigen Tätigkeiten außerhalb eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zu etablieren, einen Riegel vorgeschoben. Grundsätzlich sieht das Bundessozialgericht bei der Erbringung von Pflegedienstleistungen eine Eingliederung in den Betrieb des Auftraggebers und damit keine sozialversicherungsfreie Tätigkeit.

Veronika Klein



➤ **Veronika Klein**
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Arbeitsrecht
Zertifizierte Fachexpertin
für betriebliche Alters-
versorgung BRBZ e.V.

Das Hinweisgeberschutzgesetz in der Praxis – worauf insbesondere Unternehmen in der Pflege achten sollten



Am 02.07.2023 ist das Gesetz für einen besseren Schutz hinweisgebender Personen (Hinweisgeberschutzgesetz – HinSchG) in Kraft getreten. Seit diesem Zeitpunkt müssen Unternehmen ab 250 Mitarbeitenden ein internes Hinweisgebersystem – mindestens für ihre Beschäftigten – bereitstellen. Für Unternehmen ab 50 Mitarbeitenden gilt diese Verpflichtung seit dem 17.12.2023. Dennoch haben viele Unternehmen noch kein entsprechendes internes Hinweisgebersystem implementiert und laufen so nicht nur Gefahr mit empfindlichen Geldbußen von bis zu 50.000 EUR rechnen zu müssen, sondern auch, dass sich meldewillige Mitarbeitende an eine externe, behördliche Meldestelle wenden. Teilweise entsprechen die bestehenden Systeme auch nicht den Anforderungen des HinSchG, insbesondere im Hinblick auf den geltenden Vertraulichkeitsgrundsatz. Im Folgenden stellen wir Ihnen die wichtigsten Anforderungen an ein internes Hinweisgebersystem dar:

Interne Meldestelle

Ab 50 Mitarbeitenden muss eine interne Meldestelle durch das Unternehmen eingerichtet werden. Diese kann entweder aus einem:r Mitarbeiter:in oder einer Arbeitseinheit bestehen. Auch ein externer Dritter kann grundsätzlich die Aufgaben der internen Meldestelle wahrnehmen, wobei die Verantwortlichkeit immer beim Unternehmen selbst verbleibt. Die interne Meldestelle muss zudem die notwendige Fachkunde besitzen, den Meldekanal betreiben, das Verfahren führen, die Vertraulichkeit der Identität des Hinweisgebenden wahren und erforderliche Folgemaßnahmen ergreifen. Sie ist das Bindeglied zwischen Hinweisgeber und Unternehmen. In ihrer Tätigkeit ist die Meldestelle unabhängig, darf also nicht an Weisungen des Unternehmens gebunden sein. Das Unternehmen ist jedoch verpflichtet, für eine regelmäßige Schulung der internen Meldestelle zu sorgen, damit die erforderliche Fachkunde gewährleistet ist.

Interner Meldekanal

Vertraulich, datenschutzkonform, leicht zugänglich. Dies sind nur die wichtigsten Voraussetzungen, die ein interner Meldekanal erfüllen muss. Hinweise müssen sowohl schriftlich als auch telefonisch oder durch eine andere Art der Sprachübermittlung erfolgen können. Weitere technische

Vorgaben ergeben sich aus dem Gesetz grundsätzlich nicht. Allerdings stecken hier, wie so oft, die Risiken in den nicht geschriebenen Voraussetzungen und der praktischen Umsetzung: Wer beispielsweise eine Voicebox vorsieht, um Sprachnachrichten entgegenzunehmen, wird spätestens bei der vorzunehmenden Eingangsbestätigung an Grenzen stoßen, wenn die hinweisgebende Person keine Kontaktdaten angegeben hat. Hier bieten digitale Systeme einen deutlichen Vorteil.

Zugang zum internen Meldekanal

Das interne Hinweisgebersystem muss mindestens allen Mitarbeitenden und Leiharbeitnehmenden zugänglich sein. Der persönliche Anwendungsbereich des HinSchG ist jedoch weiter gefasst und bezieht alle Personen, die im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit Informationen über Verstöße erlangt haben, ein, also z.B. auch Lieferanten. Es ist daher zu überlegen, auch diesen Personen den Zugang zum internen Hinweisgebersystem zu ermöglichen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass diese sich an externe, behördliche Meldestellen wenden. Aus Compliance-Gesichtspunkten erscheint es zudem sinnvoll, die Meldewege allen Dritten zu öffnen, die Kenntnisse von möglichen und relevanten Rechtsverstößen haben können, wie beispielsweise Patienten. Dies stärkt das Vertrauen in das



Unternehmen ebenso wie dessen Reputation, besonders in dem sensiblen Bereich der Pflege.

Vertraulichkeit vs. Anonymität

Die Annahme von anonymen Hinweisen ist als Soll-Vorschrift ausgestaltet, sollte jedoch schon aus Compliance-Gesichtspunkten unbedingt zugelassen werden, damit dem Unternehmen wertvolle Hinweise nicht entgehen. Auch muss bedacht werden, dass Hinweisgeber die Wahl zwischen einer internen und einer externen Meldung haben. Die Möglichkeit, anonym zu melden, verschafft einen Anreiz zur Nutzung der internen Meldestelle. Darüber hinaus ist nach hier vertretener Auffassung die Entgegennahme von anonymen Meldungen schon deshalb Pflicht, weil Geschäftsführer und Vorstände aus dem Legalitätsprinzip verpflichtet sind, zur Abwendung von Schäden gegen das Unternehmen jedem ernsthaften Verdacht nachzugehen und Verdachtsfälle aufzuklären. Ein Hinweisgebersystem ist immer auch Teil eines ordnungsgemäßen Compliance-Management-Systems. Behörden und Gerichte berücksichtigen bei der Verhängung von Bußgeldern auch wie effizient bzw. effektiv Compliance-Maßnahmen sind. Ebenso hat der Bundesgerichtshof anerkannt, dass es sich bei einem Hinweisgebersystem um eine Maßnahme handelt, die ggf. bußgeldmindernd berücksichtigt werden kann, sodass Leitungspersonen schon zur Vermeidung der eigenen Haftung auch anonyme Hinweise zulassen sollten.

Unabhängig von der Frage der Anonymität ist die Vertraulichkeit in jedem Fall zu wahren. Ist die Identität des Hinweisgebenden bekannt, darf sie grundsätzlich nur Mitarbeitenden offengelegt werden, die für die Behandlung der Meldung zuständig sind. Ein Verstoß gegen das Vertraulichkeitsgebot stellt eine Ordnungswidrigkeit dar, die

mit einer Geldbuße von bis zu 50.000 EUR belegt ist und sowohl die Meldestelle als auch die Leitung, der eine Aufsichtspflicht obliegt, treffen kann. Mit einer Verletzung des Vertraulichkeitsgebots wird idR auch eine Verletzung datenschutzrechtlicher Pflichten einhergehen, welche dann wiederum Ansprüche auf materiellen und immateriellen Schadenersatz gem. Art. 82 DSGVO auslösen kann. Die Vertraulichkeit sollte daher mit äußerster Sorgfalt gewahrt werden.

Inhalte von Meldungen

Der sachliche Anwendungsbereich des Gesetzes bezieht sich zunächst auf alle Meldungen von strafbewehrten Verstößen. Aber auch lediglich bußgeldbewehrte Verstöße werden erfasst, soweit die verletzte Vorschrift dem Schutz von Leben, Leib oder Gesundheit oder dem Schutz von Beschäftigten dient. Im Einzelfall wird es daher schwierig zu entscheiden sein, ob ein Verstoß überhaupt dem Anwendungsbereich des Hinweisgeberschutzes unterfällt.

Praktische Umsetzung

Vor dem Hintergrund der strengen gesetzlichen Vorgaben bietet sich die Einrichtung eines digitalen Systems an, um die Voraussetzungen bestmöglich einzuhalten. Digitale Lösungen enthalten meist auch das erforderliche Fristenmanagement, da eingehende Meldungen binnen sieben Tagen bestätigt werden und Hinweisgeber innerhalb von drei Monaten eine begründete Rückmeldung erhalten müssen, welche Maßnahmen ergriffen wurden. Dies führt zu einer Entlastung der internen Meldestelle. Auch die gesetzliche Dokumentationspflicht kann am Einfachsten über ein digitales System abgebildet werden. Besteht eine

Interessenvertretung (Betriebsrat, Mitarbeitervertretung) im Unternehmen, muss diese bei der Umsetzung ordnungsgemäß beteiligt werden, insbesondere wenn hierzu technische Mittel verwendet werden. Auch die Schulungen für die interne Meldestelle können mitbestimmungspflichtig sein.



Nadine Kirsch
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Arbeitsrecht
Certified Chief Compliance Officer (DIZR)

Ausblick

Die Schonfrist ist vorbei. Unternehmen, die die gesetzlichen Vorgaben nicht einhalten, haben mit empfindlichen Geldbußen zu rechnen. Besonders Augenmerk sollte weiterhin auf die regelmäßige Schulung der internen Meldestelle sowie die generelle Einhaltung des Vertraulichkeitsgebots und des Datenschutzes gelegt werden, da hier ein großes Fehlerrisiko besteht. Denn auch

eine nicht gesetzeskonforme Einrichtung oder ein nicht konformes Betreiben der Meldestelle kann eine Ordnungswidrigkeit darstellen, insbesondere wenn die Einrichtung keinen vertraulichen Betrieb gewährleistet oder der internen Meldestelle nicht alle erforderlichen Befugnisse eingeräumt werden. Auch eine regelmäßige Bewertung des internen Systems auf seine Konformität mit dem HinSchG ist ratsam. VOELKER unterstützt Sie gerne in allen rechtlichen Bereichen rund um die Einführung eines Hinweisgebersystems. Wir bieten Ihnen innerhalb der VOELKER Gruppe neben der rechtlichen Beratung durch unsere spezialisierten Anwälte auch die technische Umsetzung eines sicheren, rechtskonformen Hinweisgebersystems. Auch Schulungen für die interne Meldestelle werden regelmäßig von uns angeboten.

Nadine Kirsch



Hinweisgeberschutz – einfach, sicher und rechtskonform

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

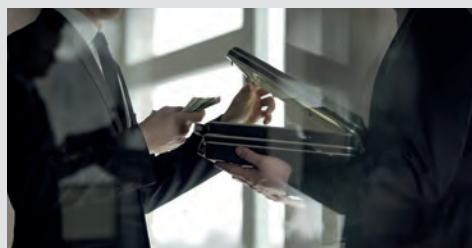
- Hinweisgeberschutzgesetz
- DSGVO
- Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz
- Geldwäschegesetz

WARUM WhistleBird?

- digital und webbasiert, keine Software-Installation erforderlich
- schnelle Einrichtung, auf die Bedürfnisse Ihres Unternehmens anpassbar
- intuitiv und benutzerfreundlich
- vertraulich und anonym
- Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, Zugriffskontrollen, ISO 27001-zertifizierte Server und vieles mehr sorgen für Sicherheit und Vertraulichkeit
- datenschutzkonform
- integriertes Fristenmanagement

LEISTUNGSPAKETE

WhistleBird ist in vier verschiedenen Paketen erhältlich, so können Sie die für Sie und Ihre Unternehmen passende Lösung wählen. In allen Paketen ist die Einrichtung Ihres Systems und ein „Go-Live-Termin“ enthalten.



22 Sprachen erleichtern das Lernen

Über den Sprachwahlschalter kann jederzeit die Muttersprache ergänzend zugeschaltet werden. Insgesamt sind knapp 10.000 Begriffe aus dem Pflegealltag professionell übersetzt.

- Deutsch
- Englisch
- Französisch
- Spanisch
- Albanisch
- Arabisch
- Bosnisch
- Bulgarisch
- Farsi (Persisch)
- Kroatisch
- Mazedonisch
- Polnisch
- Portugiesisch*
- Rumänisch
- Russisch
- Serbisch
- Thai
- Tagalog (Philippinen)
- Tschechisch
- Ukrainisch*
- Ungarisch
- Vietnamesisch

*Aktuell nur Lernmodul 1



INTERVIEW

DiCognita – pflegesprachliche Integration für ausländische Pflegefachkräfte – made in Reutlingen

Dr. Ulrike Brucklacher: Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen. Könnten Sie uns kurz DiCognita vorstellen?

► Christine Mehl: Gerne! DiCognita ist ein Unternehmen, das ich im März 2020 gegründet habe, genau eine Woche vor dem ersten Lockdown. Das vergessen wir so schnell nicht. Unser Hauptangebot ist ein Online-Pflege-Sprachkurs für ausländische Pflegekräfte, der speziell darauf ausgerichtet ist, sprachliche Barrieren zu überwinden und somit die Integration zu optimieren. Ab März 2020 gab es aber Einreiseverbote, keine Pflegekraft durfte aus dem Ausland einreisen und alle Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen waren massiv mit Hygieneplänen beschäftigt. So war unser erster Kunde eine Pflegeschule in Deutschland, die für den Distanzunterricht digitales Unterrichtsmaterial benötigten.

Wer sind nun Ihre Kunden?

► Unsere Kunden sind heute hauptsächlich Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Auslandsrecruiter und Pflegeschulen. Sie alle eint, dass sie ausländischen Pflegefachkräften oder Pflegeschülern den Weg in die deutsche Pflege ebnen wollen.

Warum ist das schwierig?

Es gibt doch Anpassungslehrgänge und vorgeschriebene Sprachkurse im Ausland.

► Viele haben schlechte Erfahrungen gemacht, haben sich auf das allgemeine Sprachzertifikat verlassen und sind nun ernüchtert, weil die Einarbeitung unnötig lange dauert oder die Abbruchquoten in der Ausbildung bei bis zu 40% liegen. Aber: die Pflege ist ein hoch-



DiCognita ist ein Reutlinger Startup aus dem Jahr 2020, das sich auf die Qualifizierung und Integration ausländischer Pflegekräfte spezialisiert hat. Mit ihrem einzigartigen Online-Sprachkurs „Fit für die Pflege in Deutschland“ bietet DiCognita AZAV-zertifizierte Lernmodule, die speziell auf die Bedürfnisse von ausländischen Pflegekräften zugeschnitten sind. Der Kurs zielt darauf ab, die Sprachfähigkeiten im beruflichen Kontext zu verbessern, die Einarbeitung zu erleichtern und die Qualität der Patientenversorgung zu erhöhen. DiCognita unterstützt Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Personalvermittler dabei, das volle Potential ihrer internationalen Mitarbeiter zu entfalten und eine effektive Integration zu gewährleisten.

spezialisierten Beruf, in der die Pflegefachsprache beherrscht werden muss, um sich im medizinischen Team verständigen zu können. Mit einem allgemeinen Sprachzertifikat kann man super nach dem Weg fragen oder etwas einkaufen. Es ist aber unmöglich, damit ein Übergabegespräch oder Anweisungen von Kollegen zu verstehen oder die Pflege fachlich korrekt zu dokumentieren.

Was bedeutet das dann für den Träger und die Pflegeteams?

➤ Am häufigsten sehen wir folgendes:

1. die Einarbeitung dauert wegen der sprachlichen Probleme länger und ist komplexer durch die Vermittlung der Pflegefachsprache durch die Pflegekräfte,
2. die Zeit bis zur beruflichen Anerkennung verlängert sich, wenn Kenntnisprüfung oder Anpassungslehrgang nicht erfolgreich abgelegt werden können,
3. die ohnehin belasteten Pflegeteams können die Einarbeitung in dieser Form nicht mehr schultern,
4. die neuen Kollegen aus dem Ausland sind im Dienstplan nicht so einsetzbar wie geplant, sie können oft erst deutlich später in die Fachkraftquote einbezogen werden,
5. die erschwerten Startbedingungen im stressigen Pflegealltag führen frühzeitig zu Resignation und innerer Kündigung bei den neuen Kollegen.

Und wie können Sie dies lösen?

➤ Wir bieten frühzeitig den Aufbau der Pflegefachsprache an. Unsere Online-Lernplattform ist weltweit 24 Stunden am Tag erreichbar. Mit unseren Modulen lernen die Pflegekräfte noch im Heimatland sowohl das Pflegevokabular als auch die Basics deutscher Pflege. Texte, Videos, Audiodateien, interaktive Lernaufgaben, Tests, Fotoserien und viel mehr ermöglichen es, die deutsche Pflege zu verstehen, sich verständigen zu können und fachlich korrekt zu dokumentieren.

Aber können die Pflegekräfte dies nicht besser hier am Arbeitsplatz lernen?

FIT FÜR DIE PFLEGE IN DEUTSCHLAND

Das AZAV-zertifizierte Fortbildungsprogramm für ausländische Pflegekräfte



➤ Profitieren Sie von der Refinanzierung durch die Agentur für Arbeit
➤ Entfalten Sie das volle Mitarbeiterpotential



Willkommen bei DiCognita!

Ich möchte mit Deutsch fortfahren

I would like to continue in English

Magyarul szeretném folytatni

Я хотел бы продолжить по-русски

Me gustaría continuar en español

Chci pokračovat v češtině

Unë dëshiroj të vazhdoj në shqip

➤ Das geht natürlich auch, aber die Lernsituation ist dann deutlich schwieriger. Abitha aus Indien ist ein Beispiel. Sie hat zwei kleine Kinder und ist nach Deutschland gekommen, um ihre Familie finanziell zu unterstützen. Sie reist ein, in Deutschland ist es kalt. Die Menschen empfindet sie als distanziert und sehr direkt. Sie findet nicht die Lebensmittel, die ihr schmecken. Seit dem Sprachzertifikat sind 4 Monate vergangen, in denen sie keinen weiteren Deutschunterricht hatte, vieles hat sie verlernt. Der Stress auf Station ist enorm, die Kollegen haben kaum Zeit für die Einarbeitung. Sie versteht sie nicht, denn ihr Sprachlehrer in Indien war kein deutscher Muttersprachler. In ihrer Freizeit ist sie mit ihrer Familie im Videocall. Sie hat Heimweh. Da ist es doch besser, noch im Heimatland, in der Wartezeit auf die Einreise die Pflegefachsprache zu erlernen. Dann erhält sie ihre Sprachkompetenzen und sattelt die Pflegefachsprache obendrauf. Die Lernatmosphäre in der Heimat ist viel gewohnter und leichter.

Können denn die meisten mit einer Lernplattform selbstständig lernen?

➤ Das funktioniert besser als man denkt. Im Ausland ist das Lernen viel stärker digitalisiert als in Deutschland. Und wir unterstützen das Lernen durch 22 Sprachen, übersetzt von zertifizierten menschlichen Übersetzern. Eines unserer Übersetzungsbüros ist übrigens auch hier in Reutlingen ansässig: die Transline Deutschland GmbH. Dann wird nur noch ein Smartphone und ein Internetanschluss benötigt und los geht's.

Was sind aktuelle Entwicklungen und was ist Ihre Zukunftsvision?

➤ Seit Januar sind wir AZAV-zertifiziert. Viele Gesundheitseinrichtungen sind finanziell unter Druck geraten und suchen nach Möglichkeiten der Refinanzierung. Dies ist nun über die Agentur für Arbeit möglich. Neben weiteren Lernmodulen und Sprachen kommen viele Anfragen, nach einer solchen Lernplattform auch für die Physiotherapeuten, OTAs, Hebammen und Ärzte. Aktuell konsolidieren wir uns, legen viel Wert auf die maßgeschneiderte Betreuung unserer Kunden und die Optimierung unseres Angebots.

Christine Mehl, Dr. Ulrike Brucklacher



Zur Person: Christine Mehl (58)

- seit 40 Jahren in verschiedenen Positionen im Pflegemarkt tätig
- Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Studium des Gesundheits- und Sozialmanagements (HFH) sowie Educational Media (Universität Duisburg-Essen)
- Redaktionsleitung und Programmplanerin beim Georg Thieme Verlag, Stuttgart

DiCognita

– Pioniere in der pflegefachlichen Sprachbildung für ausländische Pflegefachkräfte

- Gründungsjahr: 2020
- Gründerin: Christine Mehl
- Hauptangebot: Online-Pflege-Fachsprachkurs ab B1-Niveau
- Spezialisiert auf: Integration ausländischer Pflegekräfte in deutsche Pflegeeinrichtungen
- Kernziel: Verbesserung der Kommunikation und Patientenversorgung durch Erlernen der deutschen Pflegefachsprache und der Basics deutscher Pflege
- Preise und Zertifizierungen:
 - Gewonnen: Avenio Start-up-Challenge 2022
 - Nominert: Sozialer Innovationspreis der ConSozial 2022
 - Akkreditiert nach RbP (Registrierung beruflich Pflegender)
 - AZAV-Zertifizierung seit Januar 2024
- Kontakt: www.dicognita.com, Tel. 07121/260262-0



➤ Christine Mehl
Geschäftsführerin



➤ Dr. Ulrike Brucklacher
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht

Chancen und Risiken beim Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte



Der Beruf der Gesundheits- und Krankenpfleger gehört zu den sogenannten Mangelberufen. Die Politik hat auf diesen Mangel zuletzt mit der „Konzertierten Aktion Pflege“ reagiert. Ziel dieser Aktion ist zum einen die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte, zum anderen soll aber auch dem Personalmangel begegnet werden. Einer der Punkte der Bundesinitiative „Konzertierte Aktion Pflege“ ist die Gewinnung bereits ausgebildeter Fachkräfte aus dem Ausland.

Unternehmen, die ausländische Pflegefachkräfte beschäftigen wollen, stehen zwischenzeitlich nicht mehr vor scheinbar unüberwindbaren bürokratischen Hürden. Dennoch sind einige Besonderheiten zu beachten. Insbesondere muss die Anerkennung der Qualifikation des ausländischen Abschlusses erfolgen und die ausländischen Pflegekräfte müssen über eine Arbeitserlaubnis in Deutschland verfügen.

Anerkennung des ausländischen Abschlusses

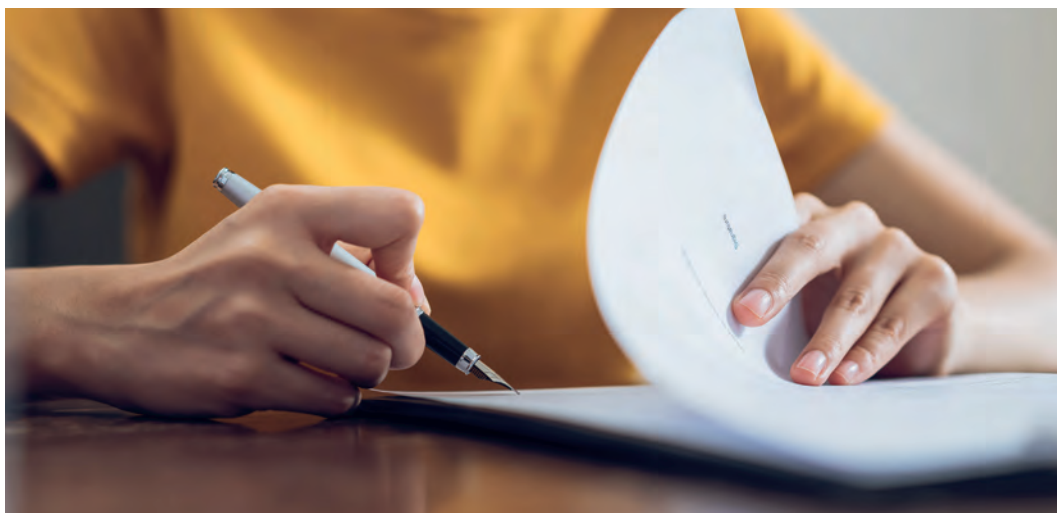
Die Ausübung der Pflegeberufe ist in Deutschland durch das zum 01.01.2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz (PflBG) geregelt, weshalb ausländische Fachkräfte nach den Regeln der deutschen Gesetzgebung als examinierte Fachkräfte in der Pflegeversorgung zugelassen sein müssen. Zum einen müssen die in § 2 PflBG geregelten Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung erfüllt sein.

Hierunter fallen unter anderem Nachweise über die Zuverlässigkeit, gesundheitliche Eignung und für die Ausübung des Berufs erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache. Weiter sind die berufsrechtlichen Anerkennungen ausländischer Pflegeabschlüsse, die in §§ 40 ff. des PflBG geregelt sind, einzuhalten.

Pflegekräfte aus EU-Staaten

Staatsangehörige aus einem EU-Mitgliedsstaat haben in Deutschland ein unbefristetes Aufenthaltsrecht und damit auch die unbefristete Erlaubnis, in Deutschland einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Zudem ist für EU-Bürger durch die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (EU-Richtlinie 2005/36/EG 2005) die Gleichwertigkeit der Ausbildungsinhalte in den Pflegeberufen garantiert. Damit entfällt eine Einzelfallprüfung und das Anerkennungsverfahren von Abschlüssen im Pflegeberuf, welche in einem EU-Mitgliedsstaat erworben wurden, gestaltet sich relativ unkompliziert.





Pflegefachkräfte aus Drittstaaten

Zum 01.03.2020 ist das Fachkräfteeinwanderungsgesetz in Kraft getreten, welches qualifizierten Fachkräften, insbesondere in Mangelberufen, die Einwanderung nach Deutschland erleichtert. Die Pflegefachkräfte aus nicht EU-Ländern können nunmehr relativ unkompliziert einen Aufenthaltstitel mit Arbeitserlaubnis erhalten. Allerdings muss, um die Qualität in der Pflege zu gewährleisten, eine Einzelfallprüfung hinsichtlich der Gleichwertigkeit der im Ausland erworbenen Berufsqualifikation festgestellt werden. Sollte eine solche nicht festgestellt werden können, dann müssen Eignungs- und Kenntnisprüfungen absolviert werden.

Grenzüberschreitende Arbeitnehmerüberlassung

Neben der Anstellung von Pflegefachkräften aus dem Ausland besteht auch die Möglichkeit, einen kurzfristigen Engpass durch den Einsatz von Leiharbeitnehmern aus dem Ausland abzudecken. Für Pflegefachkräfte, welche aus einem EU-Staat, einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums oder aus der Schweiz überlassen werden sollen, gilt im Grunde nichts anderes als für die Arbeitnehmerüberlassung zwischen deutschen Unternehmen. Der einsetzende Betrieb hat zu prüfen, ob das überlassende Unternehmen

über eine Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis verfügt. Zudem sind die Voraussetzungen für die Erfüllung der Qualifikation zu prüfen.

Wichtig ist zudem, dass die hier eingesetzten ausländischen Pflegefachkräfte eine A1-Bescheinigung bei der hierfür im Ausland zuständigen Stelle beantragen und diese auch bei sich führen, um im Falle einer Kontrolle den Nachweis erbringen zu können, dass die Sozialversicherungsbeiträge im jeweiligen Entsendestaat entrichtet werden.

Einsatz freier Mitarbeiter in der Pflege

Einige Vermittlungsagenturen, insbesondere aus dem Ausland, treten teilweise mit Angeboten an Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser heran, freie Pflegefachkräfte aus dem Ausland zu vermitteln.

Vorsicht vor solchen Angeboten: Da die deutschen Sozialversicherungsträger beim Einsatz von Pflegekräften in der Regel immer von einer abhängigen Beschäftigung ausgehen, drohen den einsetzenden Unternehmen in solchen Scheinselbstständigkeitsfällen bei der Betriebsprüfung nicht nur erhebliche Nachzahlungen, es können sogar strafrechtliche Ermittlungen erfolgen.

Veronika Klein



➤ **Veronika Klein**
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Arbeitsrecht
Zertifizierte Fachexpertin
für betriebliche Alters-
versorgung BRBZ e.V.



Kooperationen in der außerklinischen Intensivpflege



Warum gibt es das neue Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG)?

Seit Jahren steigt die Zahl der Versicherten, die außerklinische Intensivpflege wegen eines besonderen Bedarfs an Behandlungspflege in Anspruch nehmen müssen. Insbesondere trifft dies den Bereich der ambulanten Intensivpflege. Die in der 1 zu 1 Betreuung erforderlichen hohen personellen Kapazitäten können indes nicht mehr gedeckt werden. Der Mangel an Fachkräften zwingt die Leistungserbringer, viele Stellen vakant zu lassen. Durch den gleichzeitig nicht nachlassenden Preiswettbewerb der Krankenkassen bestehen hohe Anreize für Abrechnungsbetrugstaten. Viele Leistungserbringer weichen auf minder qualifiziertes Personal aus. Auf diese Missstände reagierte der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des IPReG. Vorhandene Ressourcen (z.B. Fachkräfte) sollen hierdurch effektiver eingesetzt werden. Teil dessen ist unter anderem die Stärkung der stationären Versorgung.

Welche neuen Regelungen gibt es?

Der Gesetzgeber hat mit dem IPReG ein sehr komplexes Regelungskonstrukt erschaffen. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege wird nun gesondert in § 37c SGB V geregelt. Für die Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege gilt § 132l SGB V. Doch hierbei blieb es nicht. Neben die gesetzlichen Regelungen ist eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur außerklinischen

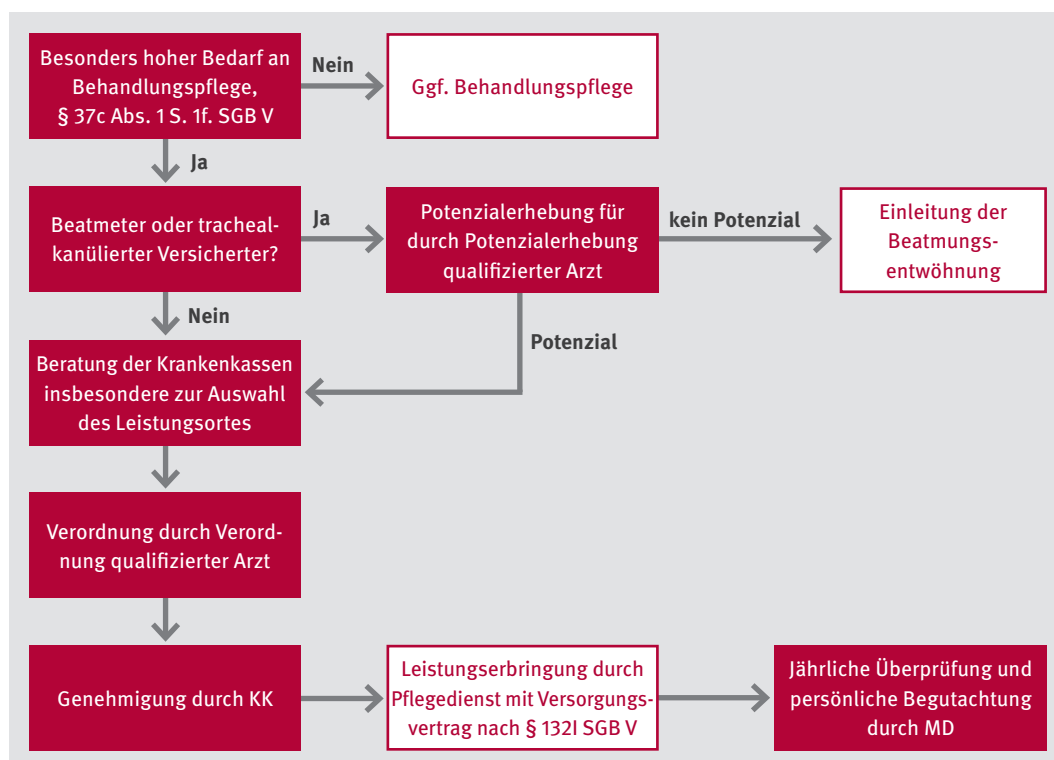
Intensivpflege (AKI-RL) sowie eine Rahmenempfehlung getreten, die vom GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenverbänden und Trägern der Leistungserbringer vereinbart wird und für einheitliche und flächendeckende Qualitätsstandards sorgen soll. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenempfehlung schließen die Leistungserbringer nun gemäß § 132l Abs. 5 SGB V individuelle Vereinbarungen über die Leistungserbringung und deren Vergütung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Wer hat einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege?

§ 1 Abs. 2 S. 1 der AKI-RL stellt klar, dass der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege bei einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht erforderlich ist. Vor allem aber nicht ausschließlich sind dies beatmete oder trachealkanülierte PatientInnen.

Was bestimmt die AKI-Richtlinie?

Inhaltlich wird der Schwerpunkt auf den für die Intensivpflege erforderlichen spezifischen Bedarf, die Zusammenarbeit zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung, die Verordnungen sowie die für das Ausstellen der Verordnung benötigten Qualifikationen der Ärzte/Ärztinnen gelegt. Aus ihren Regelungen ergibt sich folgendes Prüfungsschema:



Was hat es mit der Potenzialerhebung auf sich?

Vor jeder Entlassung und Verordnung der außerklinischen Intensivpflege ist zu prüfen, ob die versicherte Person von der Beatmung entwöhnt, die Beatmungszeit verkürzt oder auf eine nicht invasive Beatmungsmethode umgestellt werden kann. Hierdurch möchte der Gesetzgeber vermeiden, dass Versicherte ohne tatsächliche Notwendigkeit in die außerklinische Intensivpflege entlassen werden. § 8 der AKI-RL schreibt vor, wer zur Potenzialerhebung befugt ist. Im Grundsatz sind dies Vertragsärztinnen- und Ärzte, die durch ihre Facharztausbildung oder eine Zusatzweiterbildung Methoden- und Heilkompetenzen und praktische Erfahrungen in der Behandlung und Entwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten erworben und nachgewiesen haben. Fehlt es an einer solchen Ausbildung muss zumindest eine einschlägige Tätigkeit nachgewiesen werden. Zudem bedarf jeder verordnende Arzt/Ärztin grundsätzlich einer Genehmigung durch die kassenärztliche Vereinigung. Auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte/innen sowie nicht teilnehmende Krankenhäuser können Verordnungen ausstellen. Sie nehmen hierfür an der Versorgung teil. Die Ergebnisse der Erhebung sind in einem hierfür entworfenen Formular (62A) festzuhalten.

Wie wird die Durchführung der Beatmungsentwöhnung (Weaning) sichergestellt?

Es wurden Regelungen erlassen, welche die tatsächliche Umsetzung durch die Krankenhäuser sicherstellen sollen.

§ 39 SGB V	§ 5 Abs. 3 KHEntgG und § 9 KHEntgG	§ 6 Abs. 2a KHEntgG
<ul style="list-style-type: none"> • Vor Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten ist eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungstatus vorzunehmen • Entlassungsmanagement umfasst auch Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus (ins. Krankenhaus mit Weaningstation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung von Abschlüssen für Krankenhäuser bei fehlender Feststellung des Beatmungstatus oder fehlender Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Solange für eine längerfristige Beatmungsentwöhnung kein Zusatzentgelt gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG kalkuliert werden kann, ist ab 2021 ein gesondertes krankenhausspezifisches Zusatzentgelt zu vereinbaren • OPS-Code für Weaning und prolongierte Beatmungsentwöhnung besteht sowohl bei der Durchführung auf einer Beatmungsentwöhnungseinheit als auch auf anderen Stationen

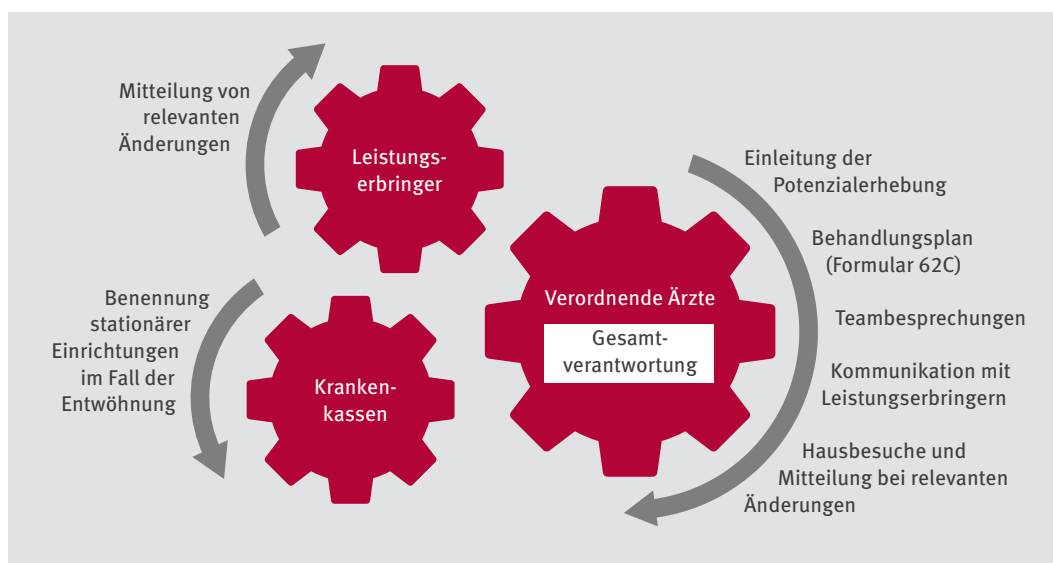
Wie hat die Verordnung zu erfolgen?

Die Erstverordnung kann für einen Zeitraum von fünf Wochen – sofern sie im Entlassmanagement erfolgt für sieben Tage – ausgestellt werden. Folgeverordnungen können sich, sofern Aussicht auf nachhaltige Besserung besteht, auf bis zu sechs Monate erstrecken. Die Verordnung erfolgt auf einem vereinbarten Vordruck (Formular 62B). Ihr ist ein Behandlungsplan beizulegen (Formular 62C), der insbesondere den Informationsfluss unter den beteiligten Akteuren sicherstellen soll.

Wird die versicherte Person beatmet, muss Aussteller ein Vertragsarzt/Ärztin sein. Zusätzlich muss die Qualifikation als potenzialerhebende(r) Arzt/Ärztin oder eine in § 9 Abs. 1 der AKI-RL näher konkretisierte Facharztausbildung vorhanden sein. Hausärzte/innen können nur bei einschlägiger Erfahrung und einer Genehmigung verordnen. Bei allen anderen Versicherten können die Fachärzte/innen verordnen, deren Fachrichtung zur Intensivpflege auslösenden Erkrankung passt.

Wie wird die Kooperation aller beteiligten Akteure sichergestellt?

In Intensivpflegefällen liegen oftmals komplexe Erkrankungen, Einschränkungen und Behandlungsverläufe vor. Damit ist es meist unvermeidbar, viele verschiedene Leistungserbringer in die Behandlung mit einzubeziehen. Um den Behandlungserfolg trotzdem gewährleisten zu können, bedarf es einer gegenseitigen Abstimmung. Insbesondere kommt es hier auf eine enge Zusammenarbeit sowie genaue Absprachen aller Beteiligten an. Durch § 12 der AKI-RL wurde dem verordnenden Arzt die Gesamtverantwortung für das Behandlungsgeschehen übertragen. Bei größeren zu versorgenden Einheiten sollten Kooperationsverträge geschlossen werden, um eine verlässliche Zusammenarbeit der Leistungserbringer zu gewährleisten.



Welches Fazit kann gezogen werden?

Krankenhäuser, Ärzte und Intensivpflegedienste, aber auch die Krankenkassen sind gefordert, dem sehr komplexen Regelungsgeflecht im Sinne der betroffenen Versicherten gerecht zu werden. Die durch den Gesetzgeber verfolgten Regelungsziele insbesondere der Aufdeckung der Potenziale zur Beatmungsentwöhnung und der besseren Ressourcenallokation sind grundsätzlich richtig und zur Aufrechterhaltung der Gesamtversorgung im Bereich der außerklinischen Intensivpflege unausweichlich.

Dr. Inci Demir, Dr. Ulrike Brucklacher



➤ **Dr. Inci Demir**
Rechtsanwältin



➤ **Dr. Ulrike Brucklacher**
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht

Digitalisierung in der Pflege: Die Telematikinfrastruktur



Bis 2030 wird ein Anstieg der pflegebedürftigen Menschen auf sechs Millionen erwartet. Digitale Lösungen, insbesondere die Telematikinfrastruktur (TI), sind entscheidend für die Entlastung der Pflegekräfte und Verbesserung der Versorgungsqualität. Bisher sind nur 2.000 der 31.000 Pflegeeinrichtungen an die TI angebunden (Stand: März 2025). Das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) schreibt die verpflichtende Anbindung aller Pflegeeinrichtungen an die TI seit dem 01.07.2025 vor.

Zeitplan der TI

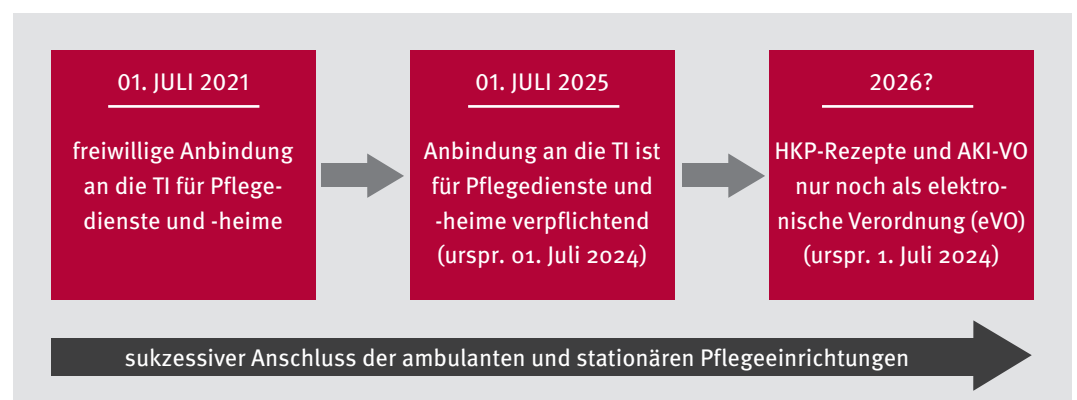
Ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur TI war das sog. E-Health-Gesetz, das 2015 beschlossen wurde und ein Jahr später in Kraft getreten ist. Hier wurden konkrete Anwendungen eines digitalen Gesundheitswesens festgesetzt. 2017 wurden erstmals technische Endgeräte der TI von der gematik – der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte – zertifiziert: der Konnektor und das E-Health-Kartenterminal.

Ab 2017 wurden Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte an die TI angebunden. Seit 2020 findet die Anbindung von Apotheken und Krankenhäusern statt. In der ärztlichen Versorgung ist die Anbindung an die TI bereits seit dem 01.09.2019 verpflichtend.

Die Anbindung der **ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen** an die TI hingegen ist seit dem 01.07.2025 – deutlich später – verpflichtend. Ursprünglich war eine Frist bis zum 01.07.2024 geplant.

Seit Mitte 2024 läuft bereits die Umsetzung der TI 2.0, beginnend mit digitalen Identitäten für Versicherte.

Diese soll es auch medizinischem Fachpersonal ermöglichen, sich digital auszuweisen und auf die elektronische Patientenakte (ePA) zuzugreifen. Besonders für ambulante Pflegedienste und außerklinische Intensivpflegedienste dürfte dies den Arbeitsalltag erleichtern.



Ziele und Vorteile der TI

ANWENDUNGEN DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR	
ePA:	elektronische Patientenakte
NFDM:	Notfalldatenmanagement
eMP:	elektronischer Medikationsplan
eRezept:	elektronisches Rezept
eAU:	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eVO:	elektronische Verordnung
KIM:	Kommunikation im Medizinwesen
TI-Messenger: Telematik-Messenger	
VSDM:	Versichertenstammdatenmanagement

Ziel der TI ist es, die Patientenversorgung zu verbessern und das Pflegepersonal zu entlasten. Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen profitieren von der TI, da digitale Anwendungen Zeit und Wege sparen. Die Vernetzung von Akteuren wie Arztpraxen, Apotheken und Krankenkassen ermöglicht einen reibungslosen und sicheren Austausch.

Das Rezeptmanagement, die Medikamentenversorgung und Abrechnungsverfahren werden durch den sicheren E-Mail-Dienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) erleichtert, da Informationen digital und ohne Postwege übertragen werden. Televisiten können Abläufe beschleunigen, indem Vitalparameter gemessen und per KIM an den Hausarzt gesendet werden. So kann die Medikation bei Bedarf direkt angepasst und der aktualisierte Medikationsplan umgehend umgesetzt werden.

Im Zuge der Digitalisierung wurden bereits Apothekenrezepte digitalisiert und das eRezept eingeführt. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVGPMG) sieht vor, dass künftig auch die häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege elektronisch verordnet werden. Dies gilt auch für Verbandsmaterialien, Teststreifen, bilanzierte Diäten und verordnungsfähige Medizinprodukte.

Seit dem 01.01.2025 ist die ePA als Opt-Out-Modell eingeführt und von Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern genutzt. Die ePA zentralisiert alle relevanten Patientendaten, wodurch separate Patientenakten überflüssig werden. Die Daten in der ePA sind geschützt, da Kranken- und Pflegeversicherungen keine Leserechte haben.

Zukünftig sollen auch Pflegeberatungen digital durchgeführt werden können, was seit der Erweiterung des § 7a SGB XI im März 2021 möglich ist.

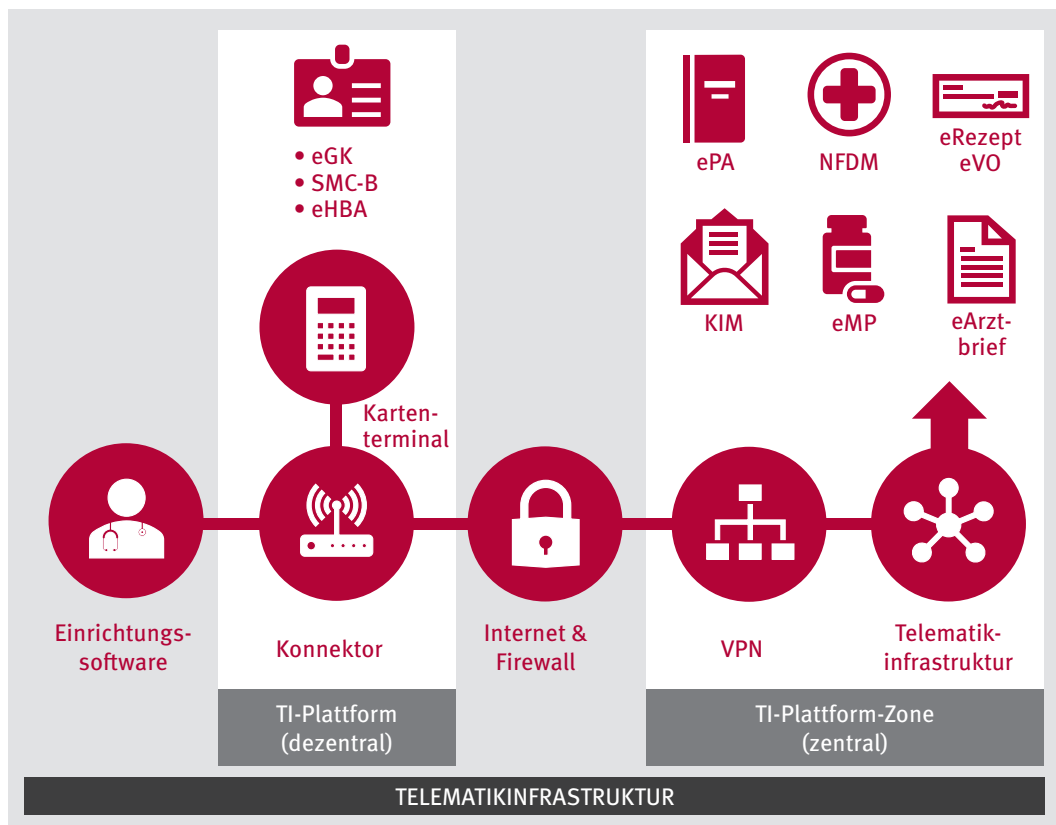
TI: Technologie und Funktionsweise

Die TI besteht aus mehreren Schlüsselkomponenten: dem Konnektor und dem Kartenterminal, die den Zugang zur zentralen TI-Plattform erleichtern. Beide müssen von der gematik zugelassen und vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zertifiziert sein. Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen benötigen mindestens ein Kartenterminal.

Der Benutzer benötigt zudem insgesamt drei Karten: die elektronische Gesundheitskarte des Patienten (eGK), den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) sowie die Security Module Card Typ B (SMC-B). Der eHBA ist ein digitaler Ausweis für Angehörige von Heilberufen, wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten sowie Pflegekräfte. Die SMC-B fungiert dabei als Institutionsausweis. Durch das Zusammenspiel dieser Karten wird eine erforderliche Authentifizierung sichergestellt, damit nur autorisierte Benutzer auf das System zugreifen können.

Nach der Authentifizierung ermöglicht ein Internetzugang mit VPN-Anbindung den Zugriff auf die zentrale TI-Plattform und die elektronische Patientenakte, die einen strukturierten Zugang zu Gesundheitsinformationen bietet. Die TI nutzt verschlüsselte Kommunikationsprotokolle, um die Sicherheit und Vertraulichkeit der Gesundheitsinformationen während der Übertragung zu gewährleisten.

Übersicht über die grundlegende Funktionsweise der TI:



Die nächste Stufe: TI 2.0

Die Anbindung an die TI wird mit der TI 2.0 vereinfacht, was neuen TI-Nutzergruppen wie der Pflege und bereits angeschlossenen Einrichtungen die Nutzung von TI-Anwendungen erleichtert und neue Möglichkeiten eröffnet.

Zugang zu TI 2.0





Zukünftig reicht ein Smartphone, um die TI zu nutzen. Ein TI-Gateway ermöglicht den Zugang zur TI über einen staatlich geprüften Service-Anbieter, wodurch unterwegs auf TI-Anwendungen zugegriffen werden kann, sofern eine Internet-Verbindung besteht. Die datenschutzrechtliche Verantwortung liegt daher beim Anbieter des TI-Gateways. Neue TI-Nutzergruppen, wie die Pflege, benötigen keine spezielle Hardware mehr und der Konnektor wird optional. Große Einrichtungen können künftig mit einem einzigen leistungsstarken High-Speed-Konnektor auskommen, statt mehrere zu benötigen.

Finanzierung und Förderung

Die Anbindung an die TI stellt für Pflegeeinrichtungen eine finanzielle Belastung dar, insbesondere für kleinere Betriebe mit begrenzten Ressourcen. Investitionen in Hardware, Software, Schulungen und laufende Betriebskosten sind nötig. Seit dem 01.01.2024 beträgt die monatliche Erstattungspauschale des GKV-Spitzenverbands 200,22 EUR pro

Betrieb, plus 7,48 EUR – zwei Zuschlagspauschalen: für den eHBA – für fünf Jahre und wird quartalsweise ausgezahlt. Für Juli bis Dezember 2023 war die Pauschale auf 192,80 EUR und 7,20 EUR für den eHBA festgesetzt. Pflegeeinrichtungen, die bereits Erstattungen erhalten haben, bekommen 30 Monate lang eine um 50 % reduzierte TI-Pauschale.

Anspruch auf die TI-Pauschale hat jede Pflegeeinrichtung mit einem Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI, vorausgesetzt, sie ist vollständig an die TI angeschlossen und kann dies nachweisen. Die Pflegeversicherung stellt zudem bis 2030 Fördermittel für Digitalisierungsprojekte bereit. Pflegeeinrichtungen erhalten einmalig bis zu 12.000 EUR für digitale Anwendungen, die das interne Qualitätsmanagement, die IT- und Cyber-Sicherheit, die Zusammenarbeit mit Arztpraxen und die entsprechenden Schulungen fördern. Bis zu 40 % der Kosten für digitale Ausrüstung und Schulungen werden übernommen. Unabhängig von der TI-Anbindung kann so der Behandlungsalltag effizienter gestaltet werden.

Dr. Inci Demir

Die TI in der Pflege eröffnet zweifellos vielversprechende Möglichkeiten, darunter die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Effizienzsteigerung bei Pflegeprozessen. Sie kann die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen fördern und den Zugang zu medizinischer Versorgung erleichtern.

Doch diese vielversprechenden Vorteile werden teilweise von den massiven finanziellen Herausforderungen überschattet. Die Implementierung der TI erfordert erhebliche Investitionen in die IT-Infrastruktur, Schulungen des Personals und laufende Betriebskosten.

Nichtsdestotrotz kann die Pflege von der Anbindung an die TI profitieren – insbesondere die ambulante Pflege.



➤ **Dr. Inci Demir**
Rechtsanwältin

Neue Unterstützungsmöglichkeiten durch die digitale Pflege-App



Digitale Pflegeanwendungen sind z.B. Smartphone-Apps, die Pflegebedürftige oder deren Angehörige unterstützen können. Die Kosten hierfür werden von der Pflegekasse getragen. Der Pflegedienst erhält für Unterstützungsleistungen eine Vergütung. Das entsprechende Gesetz soll alsbald verabschiedet werden.

Die Digitale-Pflegeanwendung (DiPA)

Der nationale und europäische Gesetzgeber ermöglicht und fördert derzeit in zahlreichen Bereichen neue digitale Möglichkeiten. Ende 2020 wurde bereits die „App auf Rezept“ für den SGB V-Bereich eingeführt, oder mit den Worten des Gesetzes die „Digitale Gesundheitsanwendung“ (kurz: „DiGA“).

Für die DiGA wird beim BfArM eine „DiGA-Liste“ geführt. Darin sind alle gegenwärtig zugelassenen DiGA aufgeführt. Ärzte können diese DiGA über den altbekannten Rezeptblock oder auch digital verschreiben. Gesetzlich versicherte Patienten können das Rezept über ihre Krankenkasse einlösen, die DiGA aus dem Apple App Store, Google Play Store oder einem sonstigen Marktplatz beziehen und über einen von der Krankenkasse erhaltenen Code freischalten. Verschiedene Aspekte sind hierzu noch offen, einschließlich der genauen Vergütung für die Hersteller der Apps.

Dieses System der erstattungsfähigen Apps soll voraussichtlich zum 01.01.2022 auf den Pflegebereich erweitert werden. Konkret ist in einem Gesetzentwurf die Einführung einer „Digitalen Pflegeanwendung“ (kurz: „DiPA“) vorgesehen. Hierzu

soll durch das „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz“ (kurz: „DVPMG“) u. a. ein § 40a SGB XI wie folgt eingeführt werden:

„Versicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, sowie die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendung).“

Die DiPA muss daher nicht zwingend nur den Pflegebedürftigen zugutekommen, sondern kann schwerpunktmäßig auch die pflegenden Angehörigen oder den ambulanten Pflegedienst unterstützen. Damit kann im Pflegebereich eine deutliche Entlastung eintreten und möglicherweise auch eine bessere Einbindung der jüngeren, vielleicht technikaffineren Generationen.

So können DiPAs Anwendungen, die neben der Organisation des pflegerischen Alltages auch der Interaktion mit Angehörigen dienen, aber auch Apps sein, die bei der Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können. Sie können von den Pflegebedürftigen genutzt werden, um den eigenen Gesundheitszustand durch Übungen und Trainings zu sta-



bilisieren oder zu verbessern. DiPA können die Themenbereiche Betreuung/Begleitung/Kommunikation, Organisation/Administration sowie körpernahe oder kognitive Themen betreffen.

Eine DiPA muss nicht eine Smartphone- oder Tablet-App sein, sondern kann jede Art von Software darstellen, einschließlich Web-Apps im Internetbrowser und Software auf Desktop-Computern und Notebooks. Wichtig ist jedoch, dass der Fokus der App auf dem digitalen Bereich liegen muss. Umfangreiche Hardwareausstattungen im Zusammenhang mit der DiPA, z.B. Messinstrumente, sind nicht erfasst. Pflegebedürftige sollen einen Anspruch bis zur Höhe von insgesamt 50 EUR im Monat haben.

Kostentragung durch die Pflegekasse

Ebenso wie bei der DiGA sind DiPA in ein beim BfArM geführtes Verzeichnis aufzunehmen, um erstattungsfähig zu sein. Die Kriterien für die Aufnahme werden vom BMG durch eine Rechtsverordnung festgelegt.

Liegt eine DiPA vor, werden die Kosten von der Pflegekasse getragen. Über die Notwendigkeit der Versorgung mit einer DiPA entscheidet daher auch die Pflegekasse auf Antrag des Berechtigten hin. Dies bedeutet aber auch, dass – anders als bei der DiGA – keine ärztliche Verordnung o. ä. für die DiPA notwendig ist. Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen der DiPA und der DiGA ist, neben der Ausrichtung auf den Pflegebereich, das geringere Anforderungsspektrum an DiPA. Denn eine DiGA muss zunächst kostspielig und aufwändig als Medizinprodukt zertifiziert werden und dann zusätzlich die weiteren, hohen Anforderungen aus der DiGA-Verordnung erfüllen. Dies ist für Hersteller eine erhebliche Herausforderung. Gleichzeitig ist noch nicht einmal abschließend über die Höhe der Vergütung entschieden. Eine DiPA hingegen muss nach dem gegenwärtigen Stand der Planung nicht zwingend ein Medizinprodukt sein, da die möglichen Zweckbestimmungen einer DiPA weiter sind als die möglichen Zweckbestimmungen bei Medizinprodukten.

Damit fällt eine erhebliche Hürde für die Zulassung von DiPA weg und es ist durchaus anzunehmen, dass es rasch mehr DiPA als DiGA geben wird oder Hersteller, die auch eine DiGA anbieten möchten, zuerst eine DiPA anbieten.

Vergütung für Unterstützung durch Pflegedienste

Erfreulicherweise hat der Gesetzgeber erkannt, dass zumindest der Pflegebedürftige selbst bei der Nutzung der DiPA einer Unterstützung bedürfen wird. Im Gesetzesentwurf ist daher ein neuer § 39a SGB XI mit dem folgenden Wortlaut vorgesehen:

„ Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat, durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen. Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist. **“**

Der Pflegedienst soll also für Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der DiPA eine Vergütung erhalten. Die genaue Höhe der Vergütung ist noch nicht bestimmt. Bislang sind dem Vernehmen nach Beträge von 60 EUR oder zuletzt leider nur 25 EUR je Monat in der Diskussion.

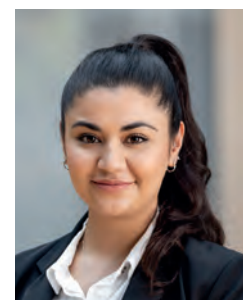
Blick in die Zukunft

Die DiPA kann damit zu einem modernen, digitalen Helferlein in der Pflege werden. Das neue Gesetz soll alsbald beschlossen werden. Nach einer „Aufwuchsphase“ von vier Jahren sollen rund 10 % der ambulant versorgten Pflegebedürftigen DiPA in Anspruch nehmen – so eine Schätzung des BMG.

Dr. Gerrit Hötzel, Dr. Inci Demir



➤ **Dr. Gerrit Hötzel**
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Urheber-
und Medienrecht
Fachanwalt für Infor-
mationstechnologierecht



➤ **Dr. Inci Demir**
Rechtsanwältin

INTERVIEW

Telemedizinische hausärztliche Betreuung

Ein Interview mit Frau Dr. med. Zsuzsa Märkle, Ärztliche Koordinatorin ambulante Medizin der Kreiskliniken Reutlingen gGmbH.



Dr. Ulrike Brucklacher: Mit dem HeimDoc-Projekt hat das MVZ II der Kreiskliniken Reutlingen gGmbH ein Leuchtturm-Projekt in der Telemedizin geschaffen, welches die Versorgung von Pflegeheimbewohnern sicherstellt. Frau Dr. Märkle, wie ist es dazu gekommen, was war der Anlass?

► Dr. med. Zsuzsa Märkle: Bevor ich als Ärztin in der Portalpraxis im MVZ der Kreiskliniken Reutlingen tätig wurde, war ich viele Jahre in der Notaufnahme tätig. Dabei ist mir folgendes Problem aufgefallen: Durch geriatrische Patienten aus den umliegenden Pflegeheimen wurde die Notaufnahme sehr oft in Anspruch genommen, obwohl es sich teilweise gar nicht um Notfälle handelte: Es lag oft daran, dass für das Pflegepersonal im Heim kein Arzt erreichbar war und deswegen Unsicherheiten über den weiteren Umgang mit den Bewohnern vorlag oder z.B. ein Katheter gewechselt werden musste.

Hierdurch wurden in der Vergangenheit oft unnötige Transporte durch den Rettungsdienst erforderlich und die Bewohner waren der Belastung des beschwerlichen Transports und dem Aufenthalt in der fremden Umgebung ausgesetzt. Oft wurde die Notaufnahme hierdurch „verstopft“, die Patienten mussten im Flur auf den Rücktransport ins Heim zum Teil mehrere Stunden warten und waren ganz durcheinander. Da habe ich oft gedacht, das kann doch einfach nicht sein.

Das war dann der Auslöser, etwas ändern zu wollen?

► Ja, wir haben dann erste Sondierungsgespräche mit der Reutlinger Altenhilfe (RAH), die ebenfalls in kommunaler Trägerschaft steht, geführt. Hierbei haben wir erfahren, dass bei

den niedergelassenen Hausärzten oft keine Valenz mehr besteht, zusätzliche neue Bewohner im Heim zu betreuen.

Dann kam schnell die Frage auf, ob wir denn nicht einspringen oder diese Lücke füllen können, um die Versorgung dieser geriatrischen Patienten sicherzustellen.

Da es sich kein Arzt heutzutage mehr leisten kann, sehr viel Zeit auf der Straße zu verbringen, haben wir uns für ein hybrides Modell entschieden.

Einerseits nutzen wir die Digitalisierung, die viele Optionen bietet, und andererseits führen die nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) des Projekts Präsenzbesuche vor Ort durch und begleiten die Televisiten.

Was waren die Herausforderungen dabei?

► Wir mussten zunächst die technischen Anforderungen für die Digitalisierung überprüfen. Zum Beispiel müssen die Zimmer im Pflegeheim über eine umfassende WLAN-Ausleuchtung verfügen.

Um die Anliegen der Pflegekräfte bearbeiten können, haben wir Zugriff (Leserecht) auf die digitale Heimakte erhalten. Auch musste besonderes Equipment angeschafft werden, um eine telemedizinische Behandlung durchzuführen (Televisiten-Türme und digitale Tools).

Die Daten dieser Behandlung liegen datenschutzkonform in einer Cloud, die Server stehen in Deutschland. Der Patient muss natürlich einwilligen. Jetzt führen wir Online-Sprechstunden durch, bei denen die NäPa vor Ort ist und der Arzt das MVZ am Krankenhaus nicht

verlässt. Natürlich sind die Ärzte auch immer wieder persönlich zu festen Sprechstundenterminen vor Ort.

Die Ärztin in der Praxis kann dann die Untersuchung synchron über den Monitor begleiten und z.B. sagen, jetzt schau mal auf die Harnblase und so beurteilen, ob diese mit Urin gefüllt ist.

Welche Ausrüstung war konkret erforderlich?

➤ Gerade werden die Televisitentürme in den Heimen angeschafft, hierin enthalten ist ein digitales Stethoskop, zwei Monitore und eine Raumkamera. Außerdem stehen ein Bluetooth EKG und eine transportable Ultraschallsonde für die Diagnostik zur Verfügung. Das ist revolutionär und toll, da wir für eine Ultraschalluntersuchung dann eine NäPa entsenden können, die vor Ort den Schallkopf führt.

Und das wurde mithilfe von Fördermitteln angeschafft?

➤ Ja, hierfür haben wir ca. 300.000 Euro Förderung durch das Sozialministerium Baden-Württemberg erhalten. Ziel des Projektes ist es, eine bedarfs- und zeitgerechte sowie wirtschaftliche Versorgung von Pflegeheimen durch den Einsatz moderner Telemedizinstrukturen



zu gewährleisten. Sobald die Televisiten-Türme angeschafft sind, übernehmen wir dann im Laufe des nächsten Jahres 10 Heime, bei denen wir einfach das Angebot machen, wenn ihr keinen Hausarzt findet, dann dürft ihr euch bei uns melden. Der Patient muss selbstverständlich einverstanden sein, seine Datenschutzerklärung unterschreiben und dann übernehmen wir und füllen diese Versorgungslücke.

Außerdem machen wir unseren Patienten das Angebot bei Bedarf den Blasenkatheter im Heim zu wechseln, damit die Bewohner nicht mit einem Transport in die Notaufnahme gefahren werden und mit einem Transport wieder zurückgefahren werden müssen. Hierdurch werden viele Ressourcen geschont.

Wie schätzen Sie denn die Vergütung für diese Art der Versorgung ein? Daran scheitern ja häufig solche sinnvollen Projekte.

- Allein mit der Telemedizin verdient man nicht das erforderliche Geld, aber mit den Pflegeheimen schließt man Kooperationsverträge ab. Aufgrund der Kooperationsverträge können dann aufgrund des regelmäßigen Kontakts mit

den Patienten eine ganze Reihe an Ziffern abgerechnet werden.

Mit Chroniker-Zuschlag, Hausbesuchen, Psychosomatik-Ziffern, Gesprächsziffern, Basisassessment Geriatrie, Videokonferenzen und so weiter, glaube ich, wird sich das tragen.

Aber nicht allein durch die Videosprechstunde. Aufgrund der geschlossenen Kooperationsverträge gehen wir dann aber auch nicht nur einmal im Quartal ins Heim, sondern viel öfter. Unser großes Ziel ist es, das Projekt auch in der Regelversorgung zum Laufen zu bringen.

Dann führt das Projekt auch zu einer regelmäßigen Versorgung der Heim-Patienten.

- Ziel ist natürlich eine bedarfsgerechte Versorgung. Da ist dann die Frage, was bringt eigentlich mehr: Die Digitalisierung oder die Präsenz. Es ist ein wirklich hybrides Konzept, welches dann auch die Pflege in den Pflegeheimen entlastet. Bisher haben wir sehr gute Resonanz. Es stehen schon weitere Heime in den Startlöchern und wollen teilnehmen.

Dr. Ulrike Brucklacher, Dr. med. Zsuzsa Märkle

Dr. med. Zsuzsa Märkle

Fachärztin für Innere Medizin

Klinische Akut- und Notfallmedizin

E-Mail: zsuzsa.maerkle@mvz2-rt.de

- seit 12/95:
an den Kreiskliniken Reutlingen gGmbH beschäftigt
- 11/10-03/22:
Leitende Ärztin der Zentralen Notaufnahme
- seit 4/19 bis heute:
Fachbereichsleitung Allgemeinmedizin am MVZ
- seit 4/22 bis heute:
Ärztliche Koordinatorin für Ambulante Medizin

Kooperationspartner im Projekt HeimDoc:

- *Reutlinger Altenhilfe gGmbH*
- *BruderhausDiakonie*





Entwicklung einer innovativen Gehhilfe für Kinder

Technologie, Regulatorik und Kostenerstattung aus Sicht und Erfahrung eines Start-ups.

Fehlende Technologien für Kinder

Vermeehrt werden robotische Systeme und moderne Technologien in Therapiegeräten in der Neurorehabilitation eingesetzt und bieten in speziellen Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit von wiederholten, aufgabenspezifischen Lauftrainings. Diese Geräte sind häufig nicht für Kinder entwickelt worden.

Die eingeschränkte Bewegungsvariabilität führt dazu, dass Patient*innen dazu neigen, passiv zu gehen. Als weitere Nachteile sind die unnatürlichen Umfelder und zeitlichen Vorgaben in den Rehabilitationseinrichtungen zu nennen, wodurch die intrinsische Motivation von Kindern sich zu bewegen nicht genutzt wird.

Lösungsansatz von RooWalk

Zur Verbesserung der Rehabilitation sind neue Ansätze erforderlich:

RooWalk entwickelt eine elektrisch angetriebene Gehhilfe für Kinder mit Zerebralparese¹ zur Förderung der Bewegungsfähigkeiten für mehr Teilhabe im Alltag, eigenständige Mobilität und für kindgerechte Gehtrainings als Erweiterung von existierenden Rehabilitationsmaßnahmen. Konzeptuell erfüllt die Gehhilfe die Funktion, die üblicherweise Elternteile übernehmen, wenn sie ihre Kinder von hinten an der Hüfte halten und den beabsichtigten Bewegungen in alle Richtungen folgen und dabei so viel wie nötig unterstützen. Zur Steuerung nutzt das Kind seinen gesamten Körper und lässt das Gerät automatisch, ohne zusätzliche Elemente wie z. B. Joysticks, den

RooWalk®

Wir helfen Kindern und Erwachsenen, die mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen vor besonderen Herausforderungen stehen, mehr Freiheit und Freude an Bewegung zu ermöglichen. Wir wollen vor allem Kindern die bestmöglichen Entwicklungschancen, mehr Inklusion und Lebensqualität bieten.

¹ Zerebralparese ist die häufigste Ursache für motorische Behinderungen im Kindesalter [1]. In Deutschland leben etwa 21.300 Kinder im Alter zwischen 0 und 14 Jahren mit CP und sind in ihren Fähigkeiten, eigenständig zu stehen oder gehen eingeschränkt.



eigenen Bewegungen folgen. Es wird den Kindern ermöglicht, sich vollständig auf und ab bewegen zu können. Diesen erweiterten Bewegungsspielraum bietet keine bisher im Markt verfügbare Gehhilfe. Aufgrund der elektrischen Unterstützung werden Hindernisse wie z. B. Türschwellen, abgesenkte Bordsteine oder Unebenheiten auf Spiel- und Rasenflächen leichter und damit eigenständig überwunden.

Der Weg zur CE-Kennzeichnung

Funktionsfähige Prototypen wurden entwickelt und Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Eltern und Kindern vorgestellt. Mit den Rückmeldungen aus den Anwendungsbeobachtungen erfolgt die kontinuierliche Weiterentwicklung bis zur produktionsreife und CE-Zertifizierung für eine erste marktfähige Version. Darüber hinaus lassen sich aus den Erfahrungen der Erprobungen die Anforderungen an zukünftige Weiterentwicklungen der Gehhilfe definieren. Ein wichtiger Entwicklungsschritt ist die Fähigkeit, spastische Bewegungsstörungen von Intentionsbewegungen zu unterscheiden und dynamisch auszugleichen. Dies würde den Einsatzbereich der Gehhilfe erweitern und auch Kindern mit unterschiedlichen Mobilitätseinschränkungen zugutekommen.

MDR-Klassifizierung

Die Klassifizierung eines Medizinproduktes nach der Medizinprodukteverordnung (MDR) ist entscheidend, um die Anforderungen für das Konformitätsbewertungsverfahren zu ermitteln. Medizinprodukte werden bekanntlich in die vier Risikoklassen I, IIa, IIb und III unterteilt. In der Regel sind elektrische Rollstühle und Gehhilfen Medizinprodukte der Klasse I. Wohingegen die meisten aktiven therapeutischen Produkte und aktiven Medizinprodukte zu Diagnose- und Überwachungszwecken der Klasse IIa zugeordnet werden. Die Klassifizierung erfolgt auf Grundlage der 22 Regeln im Anhang VIII der MDR.

Für RooWalks Gehhilfe sind insbesondere Regel 9 und Regel 11 interessant. Regel 9 betrifft aktive Produkte, die „zur Abgabe oder zum Austausch von Energie bestimmt sind“. Die meisten Exoskelette, die die Beine aktiv bewegen, sind der Klasse IIa zugeordnet. Es gibt jedoch auch Bewegungstrainer, die als Klasse I klassifiziert wurden. Im Fall der Gehhilfe von RooWalk liegt der Fokus auf der Unterstützung bzw. dem Aufrechterhalten an der Hüfte, nicht auf der motorunterstützten Bewegung der Beine – was die Interpretation des Energieaustauschs komplex macht. Regel 11 betrifft Software, die für diagnostische oder therapeutische Entscheidungen genutzt wird. Solche Software fällt in der Regel mindestens in Klasse IIa, wobei zu dieser Regel gegenwärtig eine sehr intensive Debatte geführt wird. RooWalks Software hingegen dient derzeit ausschließlich der Steuerung der Gehhilfe und liefert keine Daten zur Entscheidungsfindung. Eine Einordnung in Klasse I könnte daher gerechtfertigt sein. Eine frühe und korrekte Klassifizierung ist essentiell, um die Produktzulassung rechtssicher und effizient zu gestalten, und um eine kosteneffiziente und zeitlich gut vorbereitete Konformitätsbewertung zu ermöglichen.

Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Nach der Produktzulassung stellt die Kostenübernahme durch die Krankenkassen eine wei-

tere zentrale Herausforderung dar. Die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis (HMV) der gesetzlichen Krankenkassen erscheint auf den ersten Blick als idealer Weg zur Kostenerstattung. RooWalks Gehhilfe kann entweder in Gruppe 10: Gehhilfen oder in Gruppe 32: Therapeutische Bewegungsgeräte eingeordnet werden. Die Gruppe 10 umfasst Hilfsmittel, die vorrangig den Ausgleich einer Behinderung fördern. Produkte in dieser Gruppe benötigen keinen Nachweis des medizinischen Nutzens. Jedoch gibt es hier bislang keine elektrisch angetriebene Gehhilfe für Kinder, was RooWalks Gehhilfe von den bisherigen Produkten unterscheidet. Produkte der Gruppe 32 sind u. a. darauf ausgerichtet, Muskel- und Bewegungsfunktionen zu fördern.

Im Gegensatz zu Gruppe 10 ist hier der Nachweis des medizinischen Nutzens erforderlich. Es ist wichtig zu beachten, dass ein Produkt nicht gleichzeitig in zwei Produktgruppen eingeordnet werden darf, obwohl RooWalks Gehhilfe den Ausgleich einer Behinderung und gleichzeitig die Bewegungsfunktion fördern kann. Unabhängig von der Produktgruppe könnte aufgrund der Neuartigkeit der Gehhilfe eine neue Produktuntergruppe erforderlich sein. Sollte dies einhergehen mit einer „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode“, kann es eine intensivere Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach sich ziehen. Dieser Prozess könnte die Listung im HMV um mehrere Jahre verzögern. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass die Aufnahme in das HMV nicht der einzige Weg ist. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist auch ohne eine Listung im HMV möglich – durch eine Einzelproduktverordnung. Diese Option ist nicht immer bekannt oder gewollt. Voraussetzung hierfür ist eine patientenindividuelle Begründung. Bereits in der Entwicklung muss der Prozess bis zur Kostenübernahme mitgedacht werden.

Parallele Geltung der KI-Verordnung

In der Weiterentwicklung von RooWalks Gehhilfe ist der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) denkbar – sowohl zur Auswertung der Sensorik,

als auch zur gezielten Ansteuerung der Aktuatorik zur Unterstützung der Intentionsbewegung. Umfangreiche Bewegungsdaten könnten erstmalig im Alltag des Kindes kontinuierlich aufgezeichnet, aufbereitet und individuell analysiert werden und so als Grundlage für Verbesserungen bei den therapeutischen Maßnahmen oder Gehtrainings mit Fachleuten dienen. Doch wie bei jeder technologischen Weiterentwicklung bringt der Einsatz von KI nicht nur Chancen, sondern auch regulatorische Fragen mit sich. Dies könnte ebenso neue Diskussionen zur Klassifizierung des Produkts sowie zur Krankenkassenerstattung anstoßen.

Regulatorisch betrachtet stellen sich mit der KI-Verordnung zusätzliche Herausforderungen für den Hersteller. Die KI-Verordnung gilt weitgehend parallel zur MDR. Auch nach der KI-Verordnung gelten Risikoklassen und im Falle einer höheren Klassifizierung ist die Einbindung einer Benannten Stelle erforderlich.

Medizinprodukte werden dabei fast immer in die Hochrisiko-Klasse der KI-Verordnung fallen. Die dann zwingende Einbindung der Benannten Stelle ist oftmals zielführend, da so die gesammelten Erfahrungen der Benannten Stelle genutzt werden können. Andererseits bestehen bei den Benannten Stellen oftmals Kapazitätsengpässe, sodass sich eine rasche Konformitätsbewertung verzögern kann.

Als Hersteller sollte somit frühzeitig geklärt werden, ob und unter welchen Aspekten eine Benannte Stelle benötigt wird. Wird eine Benannte Stelle beispielsweise unter dem Aspekt der MDR und der KI-Verordnung zugleich benötigt, sollte eine Stelle gewählt werden, die nach beiden Rechtsakten benannt ist und dies insbesondere auch dann, wenn erst mittel- oder langfristig KIFunktionalitäten zum Produkt hinzugefügt werden.

Die KI-Verordnung ist bereits verabschiedet, gilt jedoch in Gänze erst ab dem 02.08.2026. Mit Blick auf die üblichen Produktlebenszyklen und die „Time to Market“ ist man als Hersteller gut beraten, die Umsetzung der KI-Verordnung bereits jetzt einzuplanen.

Maria Enge



➤ **Benjamin Pardowitz**
CEO & Gründer



➤ **Maria Enge**
Product Owner & Gründerin

Das Konzept des Wohn- und Pflegeangebotes milea – eine Alternative zum Pflegeheim



Beim Angebot milea (miteinander leben im Alter) steht die Individualität im Mittelpunkt. Ziel ist, ein Zuhause zu bieten, in dem Individualität bewahrt werden kann und in dem man sich rundum wohl und akzeptiert fühlt.

In diesem Wohn- und Pflegeangebot leben die Menschen nicht isoliert, sondern finden eine gesellige und herzliche Atmosphäre. Sie haben die Möglichkeit, neue Freundschaften zu knüpfen, sich auszutauschen und sich an einem aktiven Leben zu beteiligen.

Bei diesem Angebot wird auf die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner eingegangen und Ihnen maßgeschneiderte Unterstützung und Hilfe, wo diese benötigt wird, angeboten.

milea ermöglicht ein selbstbestimmtes Leben im Alter, in dem Individualität und Gemeinschaft im Vordergrund stehen.

Die meisten Menschen wünschen sich, in ihren eigenen vier Wänden alt zu werden. Über Jahrzehnte hat sich Jede*r ein selbstbestimmtes Leben aufgebaut mit einem Lebensalltag, den man nach seinen Wünschen und Bedürfnissen selbst gestaltet hat. Auch im letzten, „vierten“ Lebensabschnitt möchte in der Regel niemand auf Individualität, Selbstbestimmtheit und Wohlbefinden verzichten. Gleichzeitig sind aber viele Menschen gezwungen, diese vier Wände und damit oft auch die eigene Selbstbestimmtheit aufzugeben, wenn sie bei entsprechenden Pflege- bzw. Betreuungsbedarfen in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen müssten.

Ausgehend von ihrer auf Basis jahrzehntelanger Erfahrung in der Altenpflege gewachsenen Überzeugung, dass im Zentrum der Arbeit eines Wohn- und Pflegeangebotes stets der einzelne Mensch mit seinen jeweiligen ganz eigenen Wünschen und Bedürfnissen individuell stehen muss, haben Richard und Melchior Wolfframm als Alternative zur herkömmlichen stationären Pflege das Konzept milea entwickelt und dieses auch bereits in einem Pflegewohnpark, der dieses umsetzt, verwirklicht. Künftig sollen noch weitere solcher Pflegewohnparks mit diesem Konzept eröffnet werden.

Das Konzept milea sieht vor, dass pflegebedürftige Personen sich an einem Ort in ihren eigenen Wohnräumlichkeiten, die mit dem benötigten Komfort, dem Zuschnitt und der Grundeinrichtung, die dies ermöglichen, ausgestattet sind, selbstbestimmt betruerisch und pflegerisch versorgen lassen können. Diese eigenen Wohnräumlichkeiten als Wohnung werden den Kund*innen im Pflegewohnpark vermietet. Der Umfang und der Intensitätsgrad der pflegerischen und/oder betruerischen Leistungen sowie die Entscheidung, ob diese der einzelnen

Person erbracht werden, richtet sich dabei nach den individuellen Wünschen und Bedürfnissen des Einzelnen. Schon dieses Grundprinzip des Konzepts milea ermöglicht einen viel individualeren Zuschnitt des Ob und des Wie dieser Leistungen als die Abstufung nach Pflegegraden bei stationärer Pflege. Kunden eines Pflegewohnparks mit dem milea-Konzept, die Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5 haben, wird so Wohnen, Pflege, Versorgung, Service und Aktivität unter einem Dach mit maximaler Selbstbestimmung und individuellem Leistungszuschnitt angeboten. Das Ziel ist dabei immer, die*den einzelne*n Kund*in dabei zu unterstützen, so lange wie möglich selbstständig und fit zu bleiben.

Zum gemieteten Individualwohnraum, der im Vergleich zu einem Bewohnerzimmer einer stationären Pflegeeinrichtung deutlich mehr Fläche und zudem jeweils eine vollständig ausgestattete Wohnung mit eigenem Sanitärbereich sowie eigener kleiner Küchenzeile aufweist, kann zwischen einer Einzimmer- und einer Zweizimmerwohnung gewählt werden. Diese ist zwischen 35 und 60 m² groß und jeweils vollständig barrierefrei. Die dortigen Mieter*innen können den mobilen Menüservice vor Ort in Anspruch nehmen, müssen dies aber nicht oder auch nicht immer tun. Vielmehr kann auch ganz oder teilweise selbstbestimmt eingekauft und die eigene Küche genutzt werden.

Im Pflegewohnpark milea vor Ort ist zudem ein ambulanter Pflegedienst angesiedelt, der dort – je nach individuellen Wünschen bzw. Bedarfen – ggfs. auch rund um die Uhr Pflegeleistungen erbringen kann. Er bietet grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Leistungen an. Dies erfolgt in der Regel in den eigenen Wohnräumlichkeiten, die zudem so geschnitten sind, dass diese Leistungen auch bei



Wohnung

höhergradiger Pflegebedürftigkeit ‚wie in einer stationären Pflegeeinrichtung‘ erbracht werden können. Anders als in einer stationären Pflegeeinrichtung mit Bewohnerzimmern erfolgt dies hier also in der eigenen Wohnung. Der eigene Haushalt, solange und soweit er nach individueller Wahl aufrecht erhalten werden soll, kann dabei ganz oder teilweise selbst oder bspw. mit Unterstützung der hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes geführt werden.

Weiter ist im Pflegewohnpark milea eine eigene Tagespflegeeinrichtung vor Ort vorhanden. Auch diese kann von den Kund*innen nach eigenen Wünschen bzw. Bedarfen zum Ob und zur Häufigkeit besucht werden.

Mit diesen wesentlichen Bausteinen steht beim Konzept milea immer die Individualität der einzelnen Person im Mittelpunkt, die zugleich auf ihren Wunsch hin deren selbstbestimmtes Leben alleine oder auch in Gemeinschaft ermöglicht. Dies kann nach der Konzeption einer stationären Pflegeeinrichtung als Gemeinschaftsangebot in dieser Konsequenz gar nicht umgesetzt werden.

Auf diese Weise soll beim Konzept milea die Einzigartigkeit jedes Menschen mit seinen ganz persönlichen Vorlieben, Bedürfnissen und Gewohnheiten voll respektiert und gefördert werden. Dieses Angebot, dem einzelnen Kunden Wohnraum mit wählbarem Service zu bieten, in dem er die eigene Individualität so lange er möchte bewahren kann, trägt nach den bisherigen Erfahrungen der Umsetzung des milea-Konzepts dazu bei, dass deren Zufriedenheit auch deutlich höher ist als bei einem eventuell nicht gewollten, aber alternativlos gewordenen Aufenthalt in einem Pflegeheim.

Dies liegt daran, dass den Kund*innen die Privatsphäre und Freiheit weiterhin geboten wird, die sie von Ihren eigenen vier Wänden und dem bisherigen selbstbestimmten Leben gewohnt sind.

Gleichzeitig legt das Konzept milea großen Wert auf die Möglichkeit, aber nicht den Zwang von Gemeinschaft und sozialer Interaktion. Im Pflegewohnpark milea leben Menschen nicht isoliert, sondern sollen eine gesellige und herzliche Atmosphäre vorfinden. Bei Möglichkeiten zu Aktivitäten in der Gruppe, Gesprächen in den



Tagespflege

Gemeinschaftsräumen oder bei regelmäßigen abwechslungsreichen Veranstaltungen sollen pflege- und unterstützungsbedürftige Menschen Sicherheit und soziale Kontakte individuell und selbstbestimmt leben können.

Zusammengefasst stellt das Konzept milea ein innovatives und zukunftsorientiertes Wohn- und Pflegemodell dar, das weder stationäres Pflegeheim noch betreutes Wohnen ist.

Den Kund*innen können alle von ihnen gewünschten bzw. nach ihrem Bedarf benötigten Leistungen erbracht werden, die sie selbstbestimmt wählen und im Zuschnitt individuell zusammenstellen und ausgestalten können.

Abgerechnet werden die Miete sowie die einzelnen, individuell vereinbarten und erbrachten pflegerischen und/oder betreuerischen Einzelleistungen – und keine Leistungspakete.

Auf diese Weise wird beim milea-Konzept die Versorgung bis zum Lebensende im Pflege-wohnpark mit all seinen Vorzügen ermöglicht, wodurch auch bei höhergradiger Pflegebedürftigkeit niemand mehr ausziehen muss, sondern in der eigenen Wohnung bleiben und dennoch pflegerisch voll versorgt werden kann. Dies mit seinen Möglichkeiten zur individuellen Ausgestaltung macht das Konzept milea zu einer innovativen und modernen Alternative zur stationären Pflege im Pflegeheim sowie zum betreuten Wohnen.

Richard Wollframm, Melchior Wollframm



➤ **Melchior Wollframm (li.)**
Geschäftsführer

➤ **Richard Wollframm (re.)**
Unternehmensinhaber

Betreutes Wohnen – auch hinsichtlich der (klienten- und sonstigen) vertraglichen Ausgestaltungen vielfältig

Unter den Angeboten für Formen betreuten Wohnens finden sich die unterschiedlichsten Ausprägungen: „Das“ betreute Wohnen als solches gibt es nicht. Vielmehr kann ein Dienstleister ziemlich weitgehend individuell ausgestalten, wie „sein“ Angebot des betreuten Wohnens im Einzelnen konkret aussehen soll. Dabei spielen auch verschiedene rechtliche und tatsächliche Beziehungen zu unterschiedlichen Beteiligten, die mit diesem Angebot zu tun haben, eine Rolle.


VOELKER

Bei der Ausgestaltung sind die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen für Angebote betreuten Wohnens zu beachten. Ein leistungsrechtlicher Rahmenvertrag, dessen Inhalte zwingend zu beachten und als Leistungsinhalte in das Dienstleistungsangebot zu übernehmen sind, wie etwa für stationäre Pflegeeinrichtungen, existiert für Angebote des betreuten Wohnens – mit allen damit verbundenen Vor- und Nachteilen – nicht. Insofern sind hierbei die verschiedensten Kombinationen (und Inhalte) von verpflichtenden Grund- und/oder freiwilli-

gen Wahlleistungen betreuten Wohnens denkbar und möglich. Zudem finden sich, ebenfalls anders als für stationäre Pflegeeinrichtungen, im Heimordnungsrecht des jeweiligen Bundeslandes einige wenige gesetzliche Leitplanken, die lediglich der Abgrenzung dienen, welche Angebote von einer Beaufsichtigung der Heimaufsichtsbehörden erfasst sind und welche nicht. Dies gilt aber nur, soweit das jeweilige Heimordnungsrecht des einzelnen Bundeslandes die Abgrenzung zu betreutem Wohnen überhaupt noch enthalten (für Baden-Württemberg etwa wird



dies mit dem TPGQ künftig, Stand November 2025, nicht mehr der Fall sein). Außerhalb dieser ordnungsrechtlichen Leitplanken, soweit vorhanden, sind die verschiedenen heimordnungsrechtlichen Anforderungen (bspw. für stationäre Einrichtungen und für ambulant betreute Wohngemeinschaften) hier nicht zu beachten. Auch eine Überwachung solcher Angebote betreuten Wohnens durch die Heimaufsicht findet dann nicht statt. Genauso lässt das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) großen Spielraum zur Ausgestaltung des Angebotes im Einzelnen, ohne dass dieses dann – betreffend die zivilrechtlichen Verträge des Dienstleisters mit den Klientinnen und Klienten – zusätzlich dessen besonderen Verbraucherschutzregelungen unterliegt, wenn die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 S. 3 WBVG erfüllt sind.

Zugleich besteht für Dienstleister beim betreuten Wohnen, welche die hierfür typischen allgemeinen Unterstützungsleistungen wie etwa Notrufdienste, „Anlaufstelle“ im Haus mit Büro, Beratungs- und Vermittlungsservice für weitergehende Dienstleistungen (etwa Pflegedienste) etc. erbringen, regelmäßig die Notwendigkeit, jedenfalls die verpflichtenden Grunddienstleistungsangebote für (möglichst) alle Bewohnerinnen und Bewohner einer betreuten Wohnanlage zu planen, zu kalkulieren und zu erbringen. Wohnen in dieser Wohnanlage und die verpflichtenden Dienstleistungen dieses Angebots des betreuten Wohnens wird der Dienstleister also regelmäßig voneinander abhängig machen wollen. Dies lassen § 1 Abs. 1 S. 3 WBVG und das jeweilige Heimordnungsrecht, soweit dieses je nach Bundesland (Abgrenzungs-) Regelungen dazu enthält – beispielhaft sei hierfür Art. 2 Abs. 3 des bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) genannt – mit den dort jeweils genannten Rahmenbedingungen auch ausdrücklich zu.

Wenn und soweit ein Dienstleister für betreutes Wohnen selbst Vermieter für alle Wohnungen einer betreuten Wohnanlage ist, kann und darf er Abschluss und Weiterbestehen von Miet- und von Dienstleistungsvertrag in diesem Zusammenhang voneinander abhängig machen und dadurch aneinander „koppeln“. Dies ist dann

in beiden Verträgen mit Bezug aufeinander jeweils ausdrücklich aufzunehmen. Dadurch wird vermieden, dass jemand dauerhaft in dieser betreuten Wohnanlage wohnt, ohne die verpflichtenden Dienstleistungen des betreuten Wohnens in Anspruch zu nehmen und zu vergüten. Der vermietende Dienstleister kann in diesem Falle im Rahmen seines sogenannten „Betriebsbedarfs“ das Mietverhältnis kündigen. Zugleich endet ohne ein dortiges Wohnen auch die Dienstleistung des betreuten Wohnens, die also auch nicht anderswo als in dieser Wohnanlage erbracht werden muss.

Schwieriger ist dies aber immer dann, wenn der Dienstleister bei einer betreuten Wohnanlage entweder gar nicht oder jedenfalls nicht für alle diese Wohnungen in der Wohnanlage selbst Vermieter ist, sondern Dritte. In solchen Fällen bietet es sich an, die entsprechende Kopplung zwischen Wohnraumüberlassung und der dortigen Erbringung der Dienstleistungen des betreuten Wohnens über eine Kooperationsvereinbarung mit dem bzw. den anderen Vermietern sicherzustellen. Darin könnten diese etwa verpflichtet werden, eine Kopplung an den Dienstleistungsvertrag in ihre Mietverträge aufzunehmen. Um die Kooperationsvereinbarungen passend ausgestalten zu können, sind die jeweiligen Verhältnisse, die sich sehr unterscheiden können, zugrunde zu legen. Hinzu kommt, dass der bzw. die Vermieter regelmäßig frei darin sind, eine solche Kooperationsvereinbarung einzugehen oder nicht. Denkbar ist auch, dass bei diesen zwar eine grundsätzliche Bereitschaft besteht, aber ganz oder teilweise andere Inhalte gewünscht werden. Gerade dann wird man um noch konkretere Abstimmungen und Verhandlungen nicht umhin kommen.

Auf die Spitze getrieben wird diese Problematik in den Fällen, wenn die betreute Wohnanlage in Eigentumswohnungen gegliedert ist. Dann könnten auch die einzelnen Wohnungseigentümer selbst dort wohnen oder die Wohnung vermieten. Möglicherweise werden die Wohnungen auch weiterveräußert, sodass neue WEG-Eigentümer ins Spiel kommen, die bei einer anfänglichen Abstimmung mit dem Dienstleister gar nicht beteiligt waren.

Zu beachten sind in einer WEG auch die unterschiedlichen Rechtsebenen, die miteinander zu verknüpfen sind:

An erster Stelle steht hier das Verhältnis der einzelnen Sondereigentümer der Wohnungen untereinander. Soll sichergestellt werden, dass die Wohnungen nur einem bestimmten Nutzerkreis, der etwa ein bestimmtes Alter oder einen gewissen Grad an Hilfsbedürftigkeit erreicht hat, offensteht, geht dies nur im Wege der sogenannten Vereinbarung nach § 10 Abs. 1 S. 2 WEG. Diese Vereinbarung ist nichts anderes als die Gemeinschaftsordnung, die sich die Eigentümergemeinschaft im Rahmen der Teilungserklärung gibt. Hierdurch entsteht der besondere Charakter des betreffenden Wohneigentums und dessen besondere Zweckbindung an Bewohner, die die festgelegten Eigenschaften erfüllen. Durch die Eintragung im Grundbuch als sogenannter Inhalt des Sondereigentums wird zugleich sichergestellt, dass nicht nur der ursprüngliche Eigentümer der Wohnung, sondern auch jeder andere Erwerber, unabhängig davon, ob der Erwerb durch Kauf, Erbgang oder auch im Wege einer Zwangsversteigerung erfolgt, an diese Regelungen gebunden wird. Gleiches gilt auch für den Fall einer Vermietung der Wohnung.

An zweiter Stelle steht das Verhältnis der einzelnen Sondereigentümer der Wohnungen zu dem jeweiligen Dienstleister. Die Eigentümergemeinschaft selbst ist nach der nunmehrigen ausdrücklichen gesetzlichen Regelung in § 9a Abs. 1 WEG ein teilrechtsfähiger Personenverband, kann also selbst Träger von Rechten und Pflichten sein. Dies gestattet es, dass der Dienstleister einen umfassenden Rahmenvertrag mit der Eigentümergemeinschaft, statt in diesem Fall mit den einzelnen Bewohnern, über die Erbringung bestimmter Grundleistungen abschließt,

die dann zwischen den Sondereigentümern der einzelnen Wohnungen wie jede andere Betriebskosten umgelegt und abgerechnet werden. Diese Variante bietet sich insbesondere dann an, wenn die Wohnungen auch durch die Sondereigentümer vermietet werden, da hier eine gleichmäßige Kostenbelastung aller Sondereigentümer sichergestellt wird. Denkbar ist daneben aber auch Abschluss jeweils einzelner Dienstleistungsverträge mit jedem einzelnen Sondereigentümer bzw. gegebenenfalls sogar dem einzelnen Mieter/Bewohner. Für über die Grundleistungen hinausgehende Wahlangebote ist dies sogar im Ergebnis zwingend, bei Grundleistungen möglich, auch wenn hier gewisse Vor- und Nachteile mit einhergehen.

Dienstleister für Angebote des betreuten Wohnens haben – hinsichtlich der verpflichtenden Verbindung von Wohnen in der betreffenden betreuten Wohnanlage und den Dienstleistungen der Leistungen dieses betreuten Wohnens ggfs. auch gemeinsam mit Dritten, die als Vermieter oder als Wohnungseigentümer mit diesem Angebot zu tun haben – also die Möglichkeit, aber auch die Aufgabe, dies jeweils konkret auszugestalten.

Lösungen im Sinne von one fits all gibt es hierbei wegen der Individualität der Verhältnisse und vorgesehenen Angebotsinhalte nur bedingt. Vielmehr ist im Einzelnen zu überlegen und dann auch in den einzelnen Beziehungen zu Dritten vertraglich auszugestalten, wie das Leistungsangebot des Dienstleisters konkret ausgestaltet werden soll. Dabei müssen auch die ggfs. verpflichtenden Verbindungen zwischen Wohnen und Dienstleistungen des betreuten Wohnens bedacht und in den entsprechenden Verträgen festgehalten werden.

Mike Kirchner, Volker Rieger



➤ **Mike Kirchner**
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bau-
und Architektenrecht



➤ **Volker Rieger**
Rechtsanwalt



Gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase



In § 132g SGB V sieht der Gesetzgeber seit 2015 vor, dass Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Versicherten in der Einrichtung eine gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase anbieten können. Im Rahmen des Angebotes soll der Versicherte über die Möglichkeiten der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten und ihm Hilfen und Angebote der Sterbegleitung aufgezeigt werden. Der gesetzlichen Regelung liegt das internationale Konzept des Advance Care Planning (ACP), also der vorherigen Planung von Behandlungen oder auch dem Unterlassen von Behandlungen zugrunde.

Vorgesehen ist, dass zusammen mit dem Versicherten im Rahmen von Fallbesprechungen auf die individuellen Bedürfnisse in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses und auch in Notfallsituationen eingegangen wird. Der behandelnde Hausarzt und sonstige Behandler sowie Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen sollen einbezogen werden. Für mögliche Notfallsituationen soll die erforderliche Übergabe an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden. Eine interne und externe Vernetzung soll angestrebt werden.

Zur Durchführung der Beratungen für die letzte Lebensphase werden Beraterinnen und Berater mit einer einschlägigen Grundqualifikation und Berufserfahrung ausgerichtet am Deutschen Qualifikationsrahmen ausgebildet.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben eine Vereinbarung über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Vorsorgeplanung getroffen. Hierin sind auch die Grundsätze der Vergütung geregelt: Die Krankenkassen tragen die notwendigen Personal-, Sach-, Overhead und Regiekosten der Einrichtung.

Die zu zahlende Pauschale ergibt sich auf die Anzahl der zu beratenden Personen. Allein diese Möglichkeit der Refinanzierung sollte ein Grund für die Einrichtungen sein, sich genauer mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Für die Einrichtungen stellt sich daher die (nicht so einfache) Aufgabe, einen Prozess unter Einbeziehung der Behandler, Angehörigen und Vertrauenspersonen aufzusetzen, in dem zunächst der Wille der leistungsberechtigten Person ermittelt und dokumentiert wird.

Des Weiteren ist sicherzustellen, dass sowohl die Mitarbeitenden in der Einrichtung über die Ergebnisse der gesundheitlichen Vorsorgeplanung informiert sind und diese eingehalten und beachtet werden. Auch die möglicherweise externen Beteiligten, wie Ärzte, Rettungsdienste, SAPV-Teams und Kliniken sind über den Einsatz der erstellten Dokumentation vorab und generell zu informieren. Für den Notfall aber auch bei geplanten Krankenhausaufenthalten ist die Übermittlung der dokumentierten Willensäußerung an die relevanten Versorger weiterzugeben.



Dr. Ulrike Brucklacher
Rechtsanwältin
Fachanwältin für
Medizinrecht

Dr. Ulrike Brucklacher

INTERVIEW

Einführung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Marienberg

Marienberg ist ein Unternehmen, welches Menschen unabhängig von der Schwere ihrer Behinderung Hilfe und Förderung anbietet. Neben sozialen Einrichtungen werden Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung betrieben. In diesen Einrichtungen der Eingliederungshilfe wurde im Jahr 2023 die „Einführung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ betrieben.



Dr. Ulrike Brucklacher: Was war Ihr persönlicher Anlass, eine Ausbildung zur Beratung in Bezug auf die gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase zu beginnen?

► Renate Nottbrock: Der ehemalige Vorstand Rüdiger Böhm ist mit dem Anliegen an mich herangetreten. Spiritual Care, beziehungsweise, eine gute seelsorgerliche Begleitung der Menschen auch auf dem letzten Lebensweg war mir aus persönlichen Gründen schon immer ein Anliegen.

Schon meine Diplomarbeit in den 90er Jahren habe ich über die damals aufkeimende Hospizbewegung verfasst. Sie wurde in der Zeitschrift „Forum Gesundheitswissenschaften unter dem Titel: „Sterben ist das Schwierige am Werden“ veröffentlicht.

Als Herr Böhm den Wunsch geäußert hat, diesen neuen Aufgabenbereich aufzubauen, hat mir sofort eingeleuchtet, dass zudem eine Anbindung des Beratungsangebotes an unsere Pfarrstelle, für unser diakonisches Unternehmen eine Chance bietet, die gesundheitliche Versorgungsplanung qualitativ hochwertig weiterzuentwickeln und für alle Beteiligten mit guter seelsorgerlichen Begleitung anzubieten.

Ganz generell: Welche Ausbildung ist erforderlich, um eine Beratung nach § 132g SGB V anbieten zu können?

► Es gibt verschiedene Weiterbildungen, die einen für diese Beratungen qualifizieren.

Der Marienberg e.V. ist ein diakonischer Träger für soziale Dienste mit Angeboten für Menschen mit Behinderung und sozialer Benachteiligung vom Kindes- bis zum Seniorenalter. Der Hauptstandort des 1847 gegründeten Unternehmens ist in Gammertingen auf der schwäbischen Alb. Mit rund 1.750 Mitarbeitenden kümmert sich Marienberg um rund 3.000 Menschen in der Region.





Voraussetzung für eine solche Qualifizierung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Studium in einem relevanten sozialen Beruf und dreijährige Berufserfahrung.

Die Ausbildung selbst unterscheidet sich in den unterschiedlichen Weiterbildungsstätten, umfasst aber einen Theorieteil von etwa 50-60 Stunden mit den Themen:

- Einführung in gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
- Kenntnisse zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten
- Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen
- Kommunikation
- Dokumentation und Vernetzung
- Je nach Ausbildungsstätte auch seelsorgerliche Aspekte

Hinzu kommt ein Praxisteil von etwa 30 Stunden:

- Begleitete Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung
- Alleinverantwortlich geplante, vorbereitete, durchgeführte und dokumentierte Beratungsprozesse (im Diakonischen Institut in Dornstadt waren dies 11 Beratungsprozesse, die dokumentiert und supervidiert werden mussten). Man muss mit einem zeitlichen Aufwand von etwa zwei Jahren rechnen.

Welche Erfahrungen konnten Sie bei Ihren ersten Beratungsgesprächen sammeln?

► Für uns in der Eingliederungshilfe ist es wichtig, dass wir die Beratungsangebote dann machen, wenn sie erforderlich erscheinen, sei es aufgrund des hohen Alters einzelner Menschen oder aufgrund von Krankheitsverläufen. Unsere Klientel hat überdurchschnittlich viele Erfahrungen mit dem Thema Tod und Sterben. Im Laufe eines Lebens in einer Einrichtung der Behindertenhilfe erleben die Menschen viele nahe Todesfälle.

Ein grundsätzliches, vorsorgliches Beratungsangebot bezüglich der Wünsche für die letzte Lebensphase hat dazu geführt, dass einige wenige Menschen mit Unterstützungsbedarf angenommen haben, sie hätten eine tödlich verlaufende Erkrankung. Darum haben wir von dieser Vorgehensweise vorläufig wieder Abstand genommen.

Einen äußerst positiven Effekt haben die Beratungsgespräche auch auf die Teamsituation in den Wohngruppen.

Ein Ziel der Versorgungsplanung ist die Erstellung einer Handlungsempfehlung auch für evtl. Notfallsituationen. So bekommen alle Mitarbei-

tenden, die die palliative Versorgung leisten, Handlungssicherheit und durch die gut dokumentierten Wünsche und Absprachen, die vom Hausarzt und den gesetzlichen Betreuenden unterschrieben werden, auch Rechtssicherheit besonders in Notfallsituationen.

Warum besteht aus Ihrer Erfahrung ein Bedarf für ein entsprechendes Beratungsangebot in Maria-berg?

- Zunächst mal ist es sicher für jeden mitfühlenden Menschen leicht nachvollziehbar, dass es ein tiefes Bedürfnis in jedem Menschen gibt, auf dem letzten Lebensweg eine professionell hochwertige, sensible Begleitung zu erleben, die auf die individuellen und selbstbestimmten Wünsche möglichst eingeht und es den Menschen ermöglicht, in ihrer vertrauten Umgebung, ihrem Zuhause (der Wohngruppe) bis zum Lebensende zu bleiben.

Nun hat glücklicherweise der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung die Ausgestaltung der Palliativ-Versorgung (§ 132g Abs. 3 SGB V) vereinbart. Diese Vereinbarung ist seit Anfang 2018 in Kraft.

Wir halten diese Vereinbarung aber auch aus vielen Gründen für sinnvoll, weil sie die Selbstbestimmung unserer Klientel erhöht, weil sie die Qualität der Palliativ-Versorgung sichert und weiterentwickelt, weil es den einzelnen Pflegenden Handlungssicherheit gibt und weil es die Kommunikation zwischen medizinischem Personal (Hausärzt*innen) und Mitarbeitenden in der Pflege intensiviert.

Welche Tipps können Sie für die Einführung und Etablierung eines Konzeptes an andere Einrichtungen weitergeben?



- Wir haben die Einführung des Beratungsangebotes in unserem Unternehmen sehr gut vorbereitet.

Wir haben viel Zeit und auch Geld investiert um die Dokumentation für unsere Klientel zwar alle Aspekte umfassend, gleichzeitig aber sehr schlank und übersichtlich zu gestalten.

Wir haben uns dazu entschlossen, darauf zu verzichten, die Einwilligungsfähigkeit unserer Klientel zu ermitteln, da dies – um rechtssicher zu sein – eines ausführlichen medizinischen Gutachtens bedürfte. Nahezu alle Menschen, die durch unser diakonisches Unternehmen betreut werden, haben gesetzliche Betreuungspersonen. Dennoch nehmen wir unsere Klientel nicht als entmündigt wahr. Aus diesem Grunde ermitteln wir in ethischen Fallgesprächen mit den Klienten und allen, die an den jeweiligen Prozessen beteiligt sind, gemeinsam die Wünsche und den mutmaßlichen Willen für die letzte Lebensphase.

Wir haben Vorstand, Rechtsabteilung, Geschäftsführende und die Mediziner*innen, in den gesamten Prozess des Aufbaus dieses neuen Beratungskonzeptes mit einbezogen und auch deren Expertise und kritischen Rückfragen in die Gestaltung eines Konzepts, das zu unserem diakonischen Unternehmen passt, einfließen lassen.

Wir haben uns in der gesamten Vorbereitungszeit kompetenten juristischen Rat bei VOELKER eingeholt, da die Handlungs- und Rechtssicherheit für unsere Mitarbeitenden, insbesondere in Notfallsituationen, höchste Priorität haben.

Wenn die Mitarbeitenden sich in den Entscheidungen, die sie für die sterbenden Menschen treffen müssen, sicher sind, weil sie die Wünsche und Absprachen kennen und mittragen, können sie auch eine sichere und liebevolle Umgebung für die letzte Lebensphase gestalten.

Renate Nottbrock, Dr. Ulrike Brucklacher

Seit Januar 2019 ist Diakonin und Dipl. Sozialarbeiterin Renate Nottbrock in dem diakonischen Unternehmen Mariaberg e.V. tätig. Gemeinsam mit Pfarrerin Bärbel Danner ist sie u.a. für die Seelsorge im Unternehmen verantwortlich. 2022 hat sie die Qualifizierung zur Beraterin für die gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase abgeschlossen und wurde vom Vorstand damit beauftragt, ein Konzept zur Einführung dieses Beratungsangebotes, mit Anbindung an die Pfarrstelle in Mariaberg zu erstellen.



KONTAKT

Hier finden Sie die Adressen unserer Kooperationspartner in dieser Ausgabe, sowie die Kontaktdaten der Herausgeber.



DiCognita GmbH
Gartenstraße 49
72764 Reutlingen
+49 7121 260262-0
christine.mehl@dicognita.de
www.dicognita.com



**MVZ II der
Kreiskliniken Reutlingen gGmbH**
Steinenbergstraße 31
72764 Reutlingen
+49 7121 200-1777
portalpraxis@mvz2-rt.de
www.mvzreutlingen.de



Mariaberg e.V.
Klosterhof 1
72501 Gammertingen
+49 7124 923-0
info@mariaberg.de
www.mariaberg.de



milea Holding GmbH
Keltenstraße 10
72829 Engstingen
+49 7129 9359-100
info@milea.de
www.milea.de



RooWalk Mobility GmbH
Altensteinstraße 40
14195 Berlin
www.roowalk.com



VOELKER ist eine Sozietät von Rechtsanwälten, Wirtschaftsprüfern und Steuerberatern mit Standorten in Reutlingen, Stuttgart und Balingen. Seit 1975 bietet VOELKER höchste Qualität und maßgeschneiderte, praxisnahe Lösungen in allen Bereichen des Wirtschafts- und Steuerrechts. Das renommierte „JUVE-Handbuch Wirtschaftskanzleien“ zählt VOELKER seit vielen Jahren konstant zu den führenden Sozietäten in Baden-Württemberg.

VOELKER & Partner mbB

Am Echazufer 24, Dominohaus, D - 72764 Reutlingen
www.voelker-gruppe.com

ANSPRECHPARTNER



Veronika Klein
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Arbeitsrecht
Zertifizierte Fachexpertin für betriebliche Altersversorgung BRBZ e.V.
+49 7433 26026-15
v.klein@voelker-gruppe.com



Volker Rieger
Rechtsanwalt
+49 7121 9202-12
v.rieger@voelker-gruppe.com



Dr. Inci Demir
Rechtsanwältin
+49 7121 9202-75
i.demir@voelker-gruppe.com

IMPRESSUM

Herausgeber:
VOELKER & Partner mbB, Am Echazufer 24, 72764 Reutlingen, +49 7121 9202-0, info@voelker-gruppe.com, www.voelker-gruppe.com

Bilder:
S. 6: © Robert Kneschke – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 7: © Ingo Bartussek – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 9: © Kostiantyn – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 11: © THAWEEERAT – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S.12: © Beckermeier – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock), © Travel mania – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock), © our future – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock), © motortion – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 13 - 15: DiCognita GmbH; S. 16: © sitthiphong – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock), S. 17: © motortion – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 18 Chat GTP; S. 22 © MQ-Illustrations – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 25 © iconimage – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 29 + 30: Kreiskliniken Reutlingen gGmbH; S. 31+32: © Amin Akhtar; S. 33: © Eric Obriegat; S. 35 + 36: milea Holding GmbH; S. 37: © photographee.eu – [adobe.stock.com](https://www.adobe.com/stock); S. 40 - 43: Mariaberg e.V.

Innovativ.
Praxisnah.
Auch in der Pflege.