



Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg

Impressum:

Behörde für Soziales und Familie
Amt für Soziales und Rehabilitation
Abteilung für Rehabilitation, Altenhilfe, Pflege und Betreuung

Hamburger Straße 47
D-22083 Hamburg

Redaktion, Nachfragen und Bestellung:

Erich-M. Kauth-Kokshoorn

☎: 49 / 40 / 428 63 – 30 76

Fax: 49 / 40 / 428 63 – 46 08

Email: ErichMarcel.Kauth-Kokshoorn@bsf.hamburg.de

2. Auflage: 300

Stand: Oktober, 2000

Materialien zur besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg

- Vortrag „Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“
- Gemeinsame Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg
- Qualitätskriterien der Einrichtungen
- Liste der teilnehmenden Einrichtung

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
 Referat Pflege
 Marco Kellerhof, Eckhard Cappell

Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg

Vortrag anlässlich der Fachtagung Altenhilfe in Europa, „Demenziell erkrankte Menschen - eine gesellschaftliche Herausforderung“

Frankfurt am Main, 31. August 2000

1. DEMENZIELL ERKRANKTE IN HAMBURG UND IN HAMBURGER PFLEGEHEIMEN	3
2. DAS MODELLPROGRAMM STATIONÄRE DEMENTENBETREUUNG (1991-1994).....	4
3. ÜBERGÄNGE ZUM PFLEGEVERSICHERUNGSSYSTEM (1995-1997).....	4
4. FORTSETZUNG UND AUSBAU DER BESONDEREN BETREUUNG UND PFLEGE DEMENTER (1997 FF.)	5
5. BEWERTUNG: HINDERNISSE UND ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN FÜR DIE HAMBURGER STATIONÄRE DEMENTENBETREUUNG IM DEUTSCHEN PFLEGESYSTEM	7

1. Demenziell erkrankte in Hamburg und in Hamburger Pflegeheimen

Aufgrund der epidemiologischen Abgrenzungsschwierigkeiten und der entsprechend stark differierenden Prävalenzraten in der Literatur lassen sich auch für Hamburg keine exakten Angaben über die Zahl der demenziell Erkrankten machen, sondern nur Schätzungen abgeben. Auf Basis einer zusammenfassenden Würdigung von 22 Untersuchungen ist die Hamburger Sozialbehörde 1993 von einem Anteil von **5,6 % der 60jährigen** und älteren Menschen ausgegangen, das waren damals ca. **20.250 Personen**¹. In den Jahren bis 2010 ist aufgrund der demographischen Entwicklung nur mit einem leichten Anstieg dieser Zahl zu rechnen. Möglicherweise bewegt sich diese Schätzung eher im unteren, aber sicheren Bereich der Demenzprävalenzen².

In Hamburg leben etwa **14.000 Personen in Alten- und Pflegeheimen**. Anhaltspunkte für die Anzahl der dementen Heimbewohner liefert der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des ersten Hamburger Dementenprogramms (Anfang der 90er Jahre). Hier lag der Anteil der dementen Bewohner von „normalen Abteilungen“ nach Angaben des Personals bei **40%**. Bei einer Heimbefragung 1995 (Totalerhebung in Hamburg) gaben die Einrichtungen an, dass 38 % ihrer

¹ W. Damkowski, A. Seidelmann, L. Voß: Evaluation des Modellprogramms stationäre Dementenbetreuung in Hamburg - Endbericht; hrsg. v. der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg 1994

² Vgl. A.O. Kern, F. Beske (IGSF): Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030, hrsg. v. Arbeitskreis Gesundheit im Alter 1999

Bewohner mittelschwer- oder schwer dement seien; dieser Wert wurde durch die Heimbefragung 1998 weitgehend bestätigt. Geht man von einem Anteil von 40 % aus, wären **ca. 5.600 Heimbewohnerinnen und -bewohner** als demenziell erkrankt zu bezeichnen.

Demgegenüber leben rd. 15.000 dementiell erkrankte Menschen nicht in Heimen, werden von ihren Angehörigen oder von ambulanten Diensten betreut.

2. Das Modellprogramm stationäre Dementenbetreuung (1991-1994)

Ende der 80er Jahre beschloss der Hamburger Senat ein Programm zur Verbesserung der stationären Pflege. Ein Schwerpunkt war die Dementenbetreuung. Auf dieser Grundlage wurde das Modellprogramm stationäre Dementenbetreuung durchgeführt. Damit sollte ein Einstieg zu Verbesserungen in der stationären Pflege geschaffen werden, es sollten aber auch unterschiedliche Betreuungskonzepte unter wissenschaftlicher Begleitung erprobt werden. Teilnahmevoraussetzung für die Heime war ein schriftlich ausgearbeitetes Konzept und die Bereitschaft, sich mit eigenem Personal zu beteiligen. 17 Heime beteiligten sich mit ca. 250 Plätzen, die Laufzeit betrug 3 Jahre, das Programm begann 1991. Die Finanzierung erfolgte durch Übernahme der Personalkosten im Pflegesatz.

Im Modell gab es sehr unterschiedliche Betreuungstypen in Bezug auf Umfang, Inhalt und Zielgruppe:

- 24-Std.-Betreuung in speziellem Wohnbereich
- feste Gruppe Dementer außerhalb des Wohnbereichs mit unterschiedlicher Dauer
- offene Angebote für Demente und Nicht-Demente

Der Abschlussbericht beschreibt für die meisten Betreuungsformen positive Auswirkungen für die Betreuten, die Mitbewohner und das Pflegepersonal. Er spricht sich zusammenfassend für die 24-Std.-Betreuung in einem eigenen Wohnbereich und einen erhöhten Personalschlüssel aus.

3. Übergänge zum Pflegeversicherungssystem (1995-1997)

Das Modellprogramm endete 1994. Die Verbände der Heimträger übten einen erheblichen öffentlichen Druck zur Fortsetzung der Modellfinanzierung aus. Parallel fiel die Entscheidung für die Pflegeversicherung, die die Pflege vor große Umbrüche und Unsicherheiten stellte. Die Pflegesätze wurden nach Einführung der Pflegeversicherung nicht neu verhandelt, sondern fortgeschrieben und gemäß Art. 49a PflegeVG umgerechnet. Dies wirkte sich insofern günstig auf die Fortsetzung des Programms aus, als es technisch keiner Entscheidung zur Fortsetzung, sondern nur einer Umrechnung der Pflegesätze bedurfte. Im Ergebnis hielten die Heime ihr Angebot in von ihnen bestimmter Form aufrecht.

4. Fortsetzung und Ausbau der besonderen Betreuung und Pflege Dementer (1997 ff.)

Zum 1.1.1998 liefen die Übergangsregelungen für die Heimpflegesätze nach PflegeVG aus, es standen Einzelverhandlungen zwischen den Heimträgern und den Kostenträgern nach §85 SGB XI an. Damit gerieten Pflegekassen und Sozialbehörde (als zuständiger Sozialhilfeträger) in Hamburg unter Entscheidungsdruck, wie es inhaltlich und finanziell mit dem Angebot weitergehen sollte. Der Senat der Hansestadt entschied sich 1997 auf Antrag der Sozialbehörde für einen gezielten Ausbau der Plätze für Bewohner mit besonderem Bedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprogramms. Es wurde die Einrichtung von 750 Plätzen für besonders verhaltensauffällige Demenzkranke beschlossen.

Bei der Größenordnung von 750 Plätzen wurde davon ausgegangen, dass von den oben genannten rd. 5.600 demenzkranken Heimbewohnerinnen und -bewohnern rd. 10-20%, also 560 bis 1120 zur Gruppe der Menschen gehören, die wegen ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten besonders betreuungsbedürftig sind.

Seit Herbst 1997 wurden dreiseitige Gespräche zwischen Anbieterverbänden, Pflegekassen und Sozialbehörde zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung geführt. Zunächst mussten Grundsatzfragen und –bedenken geklärt werden, z.B. ob es sich bei der Betreuung Dementer um Pflege im Sinne des SGB XI handele. Danach konnte man sich der Zielgruppe des Programms, den Leistungen der Einrichtungen und Verfahrensfragen zuwenden. Die folgende Übersicht stellt die wesentlichen Elemente, die sich dann auch in der Rahmenvereinbarung wiederfinden, dar.

Thema	Inhalt	Operationalisierung
Zielgruppe	Stark verhaltensauffällige Demente, die in „normaler Pflege“ kaum oder gar nicht angemessen zu versorgen sind	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz durch MMS • Verhaltensauffälligkeit durch Cohen-Mansiel-Agitation-Inventory
Grundsätze der Betreuung	Der Lebensraum und die Tagesgestaltung muss an die Bedürfnisse der Bewohner angepasst sein. Die Einrichtung entwirft hierzu ein umfassendes Konzept	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung der Biographie • Pflegedokumentation • Pflegeplanung • angepasster Tagesablauf • konstantes Verhalten des Personals • Fallbesprechungen mit Gerontopsychiatern
Betreuungsform	„Domus-Prinzip“: Die Teilnehmer wohnen zusammen in einem Wohnbereich und werden rund-um-die-Uhr nach bestimmten Prinzipien betreut „Integrations-Prinzip“: Die Teilnehmer wohnen	

	verstreut in der Einrichtung und werden über eine bestimmte Zeit des Tages gemeinsam betreut.	mindestens durchgehend 5 Tage/Woche 8 Std.
Raumausstattung	bestimmte Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenraum • Rückzugsmöglichkeiten • Platz zum „Wandern“ • geräumige Sanitäranlagen • Hinweise zur Gestaltung
Personalausstattung	Grundsätze für die Ermittlung des Personalbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> • eine anwesende Pflegekraft je 8 Bewohner • Leitung mit besonderer Fortbildung • Weiterbildung für alle neu Anfangenden • regelmäßige Weiterbildungen
Begrenzung des Angebotes auf eine bestimmte Platzzahl	Die BAGS geht von einem Bedarf von 750 Plätzen für die o.g. Zielgruppe aus	
Versorgungsvvertrag	Verankerung des besonderen Angebots im Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI als besonderer Versorgungsauftrag	
Vergütungsvereinbarung	Honorierung im Rahmen einer Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI	
Auswahl der beteiligten Einrichtungen	Kommission aus PK, BAGS, Anbieter prüft eingereichte Konzepte und Angebote, entscheiden einvernehmlich; ehemalige Modelleinrichtungen genießen Bestandsschutz	
Finanzierung	Die Mehrkosten von bis zu 1000 DM je Platz und Monat werden auf die Pflegesätze umgelegt.	<ul style="list-style-type: none"> • die Pflegekassen leisten die Pauschalen für die Pflegestufen • die Bewohner leisten den möglichen Eigenanteil • die Restkosten werden durch die Sozialhilfe übernommen

Die Verhandlungen gestalteten sich nicht einfach und dauerten über zwei Jahre. Ursächlich war neben den Interessenunterschieden der beteiligten Seiten, dass hier für einen Spezialbereich Struktur- und Prozessqualität in Ausstattung, Pflege und Betreuung konkret und verbindlich als Grundlage von Vergütungen festgelegt wurden. Dabei konnte nicht auf den Normalbereich aufgebaut werden, weil hier solche ausformulierten Standards nicht vorliegen. Die Vertragspartner in Hamburg

nehmen für sich in Anspruch, damit einen Vorläufer der - nach den derzeitigen Plänen der Bundesregierung und der meisten Länder - in Zukunft flächendeckend einzuführenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) entwickelt und umgesetzt zu haben.

Die verbindlich vorgeschriebene Relation zwischen (anwesenden) Pflegekräften und Bewohnern führt zusammen mit den erforderlichen zusätzlichen Zeiten für Fortbildung, Fallbesprechungen etc. zu einem Mehraufwand (gegenüber der Normalpflege in Hamburg) von etwas über 40 Minuten je Tag und Bewohner und zu einem kalkulatorischen Pflegepersonalschlüssel von 1:1,7 im Domus-Prinzip.

Im letzten Quartal 1999 konnte die Rahmenvereinbarung abgeschlossen werden.

Charakteristisch für die Umsetzung der Vereinbarung in Hamburg war, dass die betreffenden Einrichtungen, die die 750 Plätze zur Verfügung stellen sollen, nicht im Voraus feststanden, sondern in einem transparenten Ausschreibungsverfahren („Öffentliche Bekanntgabe“) ermittelt wurden. Nach einem Aufruf zur Bewerbung - unter anderem im Internet - bewertete eine vom Landespflegeausschuss Hamburg eingesetzte Kommission aus Vertretern der Pflegekassen, der BAGS und auch der Trägervereinigungen die eingesandten Konzepte. Sie besichtigten zusätzlich jede einzelne Einrichtung und befragten ausgiebig die Heimleitung und die Pflegedienstleitung. Für die Entscheidung galt das Einvernehmensprinzip.

Die Auswahl konnte im Februar 2000 abgeschlossen werden. Da auch von den ausgewählten Heimen in vielen Fällen einzelne Anforderungen der Rahmenvereinbarung noch geschaffen werden müssen, kann die vollständige Inbetriebnahme der 750 Plätze erst im Oktober 2000 abgeschlossen werden.

5. Bewertung: Hindernisse und Entwicklungsperspektiven für die Hamburger stationäre Dementenbetreuung im deutschen Pflegesystem

Die Hamburger Rahmenvereinbarung, die im Zusammenwirken mit den Pflegekassen vorbereitet und abgeschlossen wurde, ist über Hamburg hinaus auf viel Interesse gestoßen. Kompetente und in Sachen Dementenbetreuung engagierte Heimträger werden von den Kostenträgern im Vorfeld von Vergütungsverhandlungen zunehmend auf den Hamburger Weg aufmerksam gemacht. Die Bundesregierung führt die Hamburger Vereinbarung als exemplarisch in ihren Eckpunkten zur verbesserten Dementenbetreuung vom April 2000 an - allerdings unter dem zweifelhaften Aspekt, dass eine Verbesserung der Dementenbetreuung in Heimen ohne Änderung des SGB XI möglich sei.

Im Zusammenhang mit der Hamburger Rahmenvereinbarung konnte mit bestimmten Vorgaben des SGB XI allerdings nur „kreativ“ umgegangen werden, grundsätzliche Lösungen müssen auf anderen Ebenen gefunden werden. Als problematisch erwiesen sich insbesondere

- die fehlende Möglichkeit, regionale Platzzahlobergrenzen für genau bestimmte Angebote („spezifische Versorgungsverträge“) festzulegen,
- die festen Leistungsobergrenzen der Pflegekassenleistungen, die eine finanzielle Beteiligung der Pflegekassen an der besonderen Betreuung faktisch ausschließen,

- die starre Festlegung auf einen dreistufigen Pflegesatz je Einrichtung.

Die Heimentgelte steigen durch die besondere stationäre Dementenbetreuung um bis zu 1000 DM im Monat auf bis zu 7000 DM an. Die Mehrkosten werden ausschließlich von den Bewohnern bzw. den Angehörigen und ggf. dem Sozialhilfeträger getragen. In diesem Zusammenhang trifft das Programm auf die reale Schwierigkeit der „Durchsetzung“ der Pflegesatzerhöhung bei den Angehörigen Demenzkranker.

Die notwendige ärztliche Versorgung durch neurologische und psychiatrische Fachärzte ist nur schwer sicherzustellen, weil nur ein Teil der Fachärzte überhaupt Hausbesuche durchführt. Die häufig notwendige Behandlungsdichte findet in deren Vergütungsstruktur keinen Niederschlag.

Neben diesen gesetzlichen Schwächen wurde im Laufe des Auswahlverfahrens deutlich, dass in der stationären Pflege erhebliche Anstrengungen zur Organisationsentwicklung und Qualifizierung in den Heimen selbst notwendig sind. Dies ist umso bemerkenswerter, als es sich schon um eine Auswahl in diesem Feld besonders engagierter Träger bzw. Heime handelt.

Keiner der Vertragspartner in Hamburg geht davon aus, dass der hier eingeschlagene Weg der Spezialeinrichtungen mit speziellen Pflegesätzen auf die größere Gruppe der leicht bis mittelschwer Dementen ohne schwere Verhaltensauffälligkeiten zu übertragen ist. Hier sind alle Pflegeheime gefordert, sich ständig in ihrer Praxis an den Erfordernissen und Bedürfnissen dieser großen Gruppe ihrer Bewohner zu orientieren. Flächendeckende Änderungen der Strukturqualität (zum Beispiel hinsichtlich der Personal-Bewohner-Relationen) erscheinen derzeit nur möglich, wenn durch gesetzliche Leistungsverbesserungen ein Finanzierungsbeitrag auch der Pflegeversicherung zur Bewältigung dieser gesellschaftlichen Herausforderung geleistet wird.

Gemeinsame Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg

Die AOK Hamburg -, zugleich für die Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover,

der BKK-Landesverband Nord, zugleich für die Pflegekasse für den Gartenbau, in Wahrnehmung der Aufgabe eines Landesverbandes für die Landwirtschaftliche Pflegeversicherung,

die Innungskrankenkasse Hamburg,

die See-Pflegekasse, Hamburg,

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Hamburg,

der Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V., Landesvertretung Hamburg,

der Verband der privaten Krankenversicherungen e.V.,

jeweils handelnd als Landesverband der Pflegekasse(n)

und

die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales

und

die Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Hamburg e.V.,

der Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e.V., Landesvertretung Hamburg,

der Caritasverband für Hamburg e.V.,

der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, Landesverband Hamburg e.V.,

das Deutsche Rote Kreuz, Landesverband Hamburg e.V.,

das Diakonischen Werk Hamburg, Landesverband der Inneren Mission e.V.,

pflegen&wohnen, AöR

vereinbaren die folgenden Grundsätze und Verfahrensregelungen für die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg

Präambel

Die Verbesserung der Lebenssituation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner steht bei dieser Vereinbarung zur „besonderen stationären Dementenbetreuung“ im Mittelpunkt. Sie berücksichtigt den Personenkreis von Schwer- und Schwerstdementen mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten, nicht berücksichtigt bleibt dabei eine große Zahl von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern.

Die Landesverbände der Pflegekassen, die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales und die Leistungsanbieter haben im Einvernehmen für das Land Hamburg eine „Besondere stationäre Dementenbetreuung“ vereinbart.

§ 1 Definition

(1) Die besondere stationäre Dementenbetreuung schafft für die Betreuung stark verhaltensauffälliger dementiell erkrankter Bewohner ein besonders geeignetes Milieu. Das Milieu wird insbesondere durch das Verhalten der Pflegenden, die bauliche Gestaltung und Einrichtung der Räumlichkeiten sowie durch Kontinuität in der Zusammensetzung der Gruppe, der betreuenden Personen und des Tagesablaufs geprägt. Eine besondere stationäre Betreuung kann zum Beispiel nach dem Integrationsprinzip oder dem Domusprinzip stattfinden (s. Anlage 1).

(2) Ziel ist eine der Erkrankung angemessene Betreuung und Pflege, die den Streß für die Bewohner in der besonderen stationären Betreuung und damit ggf. Verhaltensauffälligkeiten und Psychopharmakabedarf minimiert und die Belastungen der Mitbewohner und Pflegekräfte reduziert, so daß die Lebensqualität in der Einrichtung verbessert wird.

§ 2 Persönliche Zugangsvoraussetzungen

(1) Die besondere stationäre Dementenbetreuung ist vorgesehen für Bewohner bei denen:

1. eine therapeutisch nicht beeinflussbare Demenzerkrankung mit einer Ausprägung von weniger als 18 Punkten im Mini-Mental-State, soweit dieser durchführbar ist, von einem nicht in der Einrichtung beschäftigten Arzt diagnostiziert wurde,
2. grundsätzlich³ mindestens Pflegestufe II durch Bescheid der Pflegekasse festgestellt wurde,⁴
3. eine systematische Verhaltensbeobachtung mit der modifizierten Cohen-Mansfield-Skala massive Verhaltensauffälligkeiten im definierten Umfang ergeben hat (s. Anlage 2).
Bei erstmals in die Einrichtung einziehenden Bewohnern ist diese Verhaltensbeobachtung rückwirkend auf Basis der Pflegedokumentation oder der Aussagen von Angehörigen nachzuvollziehen;
bei anderen Bewohnern muß die Verhaltensbeobachtung in der Regel zweimal im Abstand von zwei Wochen, d.h. mit einem Beobachtungszeitraum von vier Wochen, erfolgen; die im Einzelfall in der modifizierten Cohen-Mansfield-Skala berücksichtigten massiven Verhaltensauffälligkeiten müssen in der Pflegedokumentation festgehalten sein.
4. die Mobilität soweit erhalten ist, daß sie an Gruppenaktivitäten und dem Gemeinschaftsleben teilnehmen können.

(2) Die Überprüfung der Teilnahmebedingungen erfolgt durch die Einrichtungen. Sie verpflichten sich, die sinnvolle Nutzung der Betreuungsplätze im Einzelfall zu prüfen. Die Kontrolle der Einhaltung der Nummern 1 und 4 erfolgt durch den MDK bzw. durch vom PKV-Verband zu benennende Gutachter, aber nur ,wenn ohnehin eine Begutachtung unabhängig von der besonderen Betreuung durchgeführt

³ Bei Sozialhilfe- oder EEF-Berechtigten ist einer Abweichung durch einen Gutachter des Sozialhilfeträgers zuzustimmen.

⁴ Der grundsätzliche Ausschluß der Pflegestufe I wird bei der Evaluation der besonderen Dementenbetreuung überprüft.

werden muß⁵. Ist die Kostenübernahme aus Sozialhilfe- oder Einzelförderungsmitteln notwendig oder absehbar, wird die Einhaltung aller Voraussetzungen durch den Sozialhilfeträger überwacht.

(3) Bei Bewohnern, die bereits vor dem 15.12.1998 an der besonderen stationären Dementenbetreuung in weitergeführten ehemaligen Modelleinrichtungen teilgenommen haben, wird nicht erneut geprüft, ob sie die persönlichen Zugangsvoraussetzungen nach Abs. 1 Nummer 3 dieser Vereinbarung erfüllen. Die Einrichtungen prüfen für jeden Bewohner in Pflegestufe I eigenverantwortlich, ob ein Verbleib in der besonderen Betreuung notwendig und der Wechsel in die Normalpflege zumutbar ist.

(4) Für Bewohner, die bereits vor dem 15.12.1998 an Maßnahmen der besonderen stationären Dementenbetreuung in Einrichtungen teilgenommen haben, die nicht am Modellprogramm beteiligt waren, gilt Abs. 3, wenn die Betreuung durch die Einrichtung grundsätzlich der Anlage 1 entsprach. Die Arbeitsgruppe nach § 8 entscheidet einvernehmlich, ob dies der Fall ist.

§ 3 Anforderungen an die besondere stationäre Dementenbetreuung

(1) Die jeweilige besondere Betreuungsform und die Leitlinien der Einrichtung müssen im Betreuungskonzept dargestellt werden.

(2) Der Tagesablauf in der besonderen stationären Dementenbetreuung muß sich an den Bedürfnissen der teilnehmenden Bewohner orientieren. Hierzu ist die Kenntnis, Beachtung und Dokumentation der Biographie, von Vorlieben, Abneigungen und verbliebenen Fähigkeiten eine wichtige Voraussetzung. Auf dieser Basis wird eine Pflegeplanung aufgestellt und im Pflegeprozeß umgesetzt, überprüft und ggf. modifiziert. Die sich daraus ergebenden individuell notwendigen Leistungen werden im Rahmen des persönlichen Bedarfs erbracht.

(3) Das Verhalten der Pflegekräfte einschließlich des hauswirtschaftlichen Personals muß konstant und vorhersehbar sein. Dazu sind Leitlinien für den Umgang mit den teilnehmenden Bewohnern zu erarbeiten.

(4) Das Pflorgeteam soll durch gerontopsychiatrisch erfahrene Ärzte beraten werden. Sie sind im Rahmen des Möglichen bei den Fallbesprechungen hinzuzuziehen.

(5) Diese fachlichen Anforderungen müssen rund um die Uhr beachtet werden. Die besonderen aktivierenden Betreuungsangebote finden mindestens 8 Stunden an 5 Wochentagen statt; d.h., die Betreuung muß auch an nicht auf die Wochenenden fallenden Feiertagen stattfinden.

§ 4 Personelle Anforderungen an die besondere stationäre Dementenbetreuung

⁵ Ob dies der Fall ist, entscheidet der MDK bzw. der vom PKV-Verband zu benennende Gutachter.

(1) Die besondere Betreuung erfolgt durch ein in der Regel festes Team, in das auch die Stationshilfen und hauswirtschaftlichen Kräfte einbezogen werden.

(2) Die fachliche Leitung ist staatlich anerkannte Altenpflegerin bzw. -pfleger oder Krankenschwester bzw. -pfleger oder verfügt im Einzelfall über eine verwandte abgeschlossene Ausbildung, z.B. ein Studium der Sozialpädagogik/-arbeit.

Sie erfüllt darüber hinaus folgende weitere Anforderungen:

- mindestens dreijährige Berufserfahrung, davon ein Jahr im gerontopsychiatrischen Pflegebereich und
- Nachweis über spezielle Kenntnisse in der Gerontopsychiatrie durch Beurteilungen und Teilnahmebescheinigungen an Fort- und Weiterbildungen im Umfang von mindestens 3 Wochen sowie
- eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 400 Theorie- Stunden (z.B. durch verbandsinterne Weiterbildungen oder Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie). Bis spätestens zum Jahr 2004 muß die Einrichtung sicherstellen, daß die fachliche Leitung oder ihre Vertretung diese Zusatzqualifikation erworben hat.

(3) Mindestens zwei Drittel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen im Rahmen dieser Vereinbarung Qualifikationen in den folgenden Bereichen aufweisen:

- Pflegefachkräfte
- Sozialpädagogen/-arbeiter
- Psychologen
- Musiktherapeuten
- Ergotherapeuten
- Physiotherapeuten
- Freizeitbegleiter
- geprüfte Altenpflegehelfer (zweijährige Ausbildung)

(4) Mindestens die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter muß aus Pflegefachkräften bestehen.

(5) Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Erfahrung im gerontopsychiatrischen Pflegebereich sind innerhalb des ersten Jahres zu spezifischer Fortbildung im Umfang von mindestens fünf Tagen verpflichtet. Daneben sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (einschließlich der hauswirtschaftlichen Kräfte) möglichst im Team zu einem spezifischen Fortbildungsumfang von mindestens 15 Stunden in 2 Jahren verpflichtet.

(6) Die regelmäßigen Fallbesprechungen aller maßgeblich an der Pflege und Betreuung des angesprochenen Bewohners Beteiligten (durchschnittlich ca. 4 Personen) sollen nach Möglichkeit unter Hinzuziehung eines gerontopsychiatrisch erfahrenen Arztes stattfinden. Hierfür ist durchschnittlich pro Bewohner ein zeitlicher Umfang von 14,63 Minuten monatlich vorzusehen.

(7) Während der besonderen Betreuung muß die fachliche Leitung oder eine Pflegefachkraft anwesend sein.

(8) Für besondere Angebote können geringfügig Beschäftigte oder Honorarkräfte eingesetzt werden.

(9) Außerhalb der Nachtwachenzeiten muß für 8 Bewohner während der besonderen Betreuung im Durchschnitt mindestens jeweils eine Pflegekraft anwesend sein. Grundsätze zur weiteren Umsetzung werden in Anlage 3 geregelt.

§ 5 Bauliche Anforderungen⁶

- (1) Die Räumlichkeiten, in denen die besondere stationäre Dementenbetreuung stattfindet, bilden einen wichtigen Bestandteil des Milieus. Sie sollen so weit wie möglich auf die Bedürfnisse der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmt sein und vorrangig für sie zur Verfügung stehen.
- (2) Die teilnehmenden Bewohner müssen die Möglichkeit haben, sich an Gruppenaktivitäten zu beteiligen, sich zurückziehen und ihrem Laufbedürfnis nachgehen zu können. Das setzt voraus, daß geeignete Räumlichkeiten im Zusammenhang und soweit möglich in einer Ebene zur Verfügung stehen.
- (3) Alle teilnehmenden Bewohner müssen einen Gruppenraum nutzen können, um dort die Mahlzeiten einzunehmen und Gruppenaktivitäten auch mit Musik und Bewegung durchführen zu können. Möglichkeiten zur Umsetzung des Tagesstrukturierungskonzeptes müssen im Gruppenraum oder in angrenzenden Räumlichkeiten gegeben sein.
- (4) In der Nähe des Gruppenraumes muß es Rückzugsmöglichkeiten für einzelne Teilnehmer oder kleine Gruppen geben. Dies können in der Nähe liegende Zimmer der Teilnehmer sein oder geeignete Flurnischen, kleine Gruppenräume etc.
- (5) Leicht erreichbarer, geeigneter und ausreichender Platz zum „Wandern“ drinnen und draußen muß vorhanden sein, um dem ausgeprägten Bewegungsdrang vieler Dementer Rechnung zu tragen.
- (6) Die sanitären Anlagen müssen gut ausgeleuchtet und so groß sein, daß ein teilnehmender Bewohner Hilfestellung von zwei Pflegekräften erhalten kann.
- (7) Wegen des leichten Zugangs zu Außenanlagen und der Sturzgefahr durch Treppen müssen die Räumlichkeiten ebenerdig liegen oder mit einem Aufzug erreichbar sein.
- (8) Die Gestaltung der Räume soll sich nach folgenden Empfehlungen richten:
 - Farbgestaltung: möglichst helle, nicht zu viele Farben, keine spiegelnden Flächen, es sei denn, sie können bei Bedarf verkleidet werden.
 - Beleuchtung: Helle Tages- und Gemeinschaftsräume (inkl. Flure)(500 Lux in Augenhöhe), keine dunklen Ecken, Nachtlicht im Zimmer
 - Ausstattung: soweit möglich mit wohnlichem, vertraut erscheinendem Mobiliar, nur ungiftige, berührbare Pflanzen
 - Fußböden: höchstens dezent gemustert, es darf nicht der optische Eindruck von Hindernissen entstehen

§ 6 Konzepte als Antrags- und Arbeitsgrundlage

Mit dem Antrag zur Teilnahme an der besonderen stationären Dementenbetreuung reicht die Einrichtung ein verbindliches Konzept ein. Darin ist u.a. festgehalten, nach welchen pflegerischen Grundsätzen, mit welchem Personal, für welche Teilnehmerzahl, in welchen Räumlichkeiten und mit

⁶ s. Protokollnotiz

welchen Maßnahmen der Qualitätssicherung die besondere stationäre Dementenbetreuung stattfinden soll.

§ 7 Einhaltung der Anforderungen

(1) Die Einhaltung der Anforderungen nach §§ 3 - 6 bei zugelassenen Einrichtungen wird geprüft

- im Rahmen der Heimaufsicht
- im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI
- durch die Kostenträger .

(2) In ca. einem Drittel der teilnehmenden Einrichtungen soll jährlich eine dieser Prüfungen stattfinden. Werden bei einer Überprüfung Mängel festgestellt in Form von z.B.

- nicht inhaltlich begründete Abweichungen vom Konzept,
- nicht erfolgter Anpassung des Konzepts und der Betreuung an Veränderungen der Bewohnerstruktur im Hinblick auf veränderte Verhaltensauffälligkeiten,

wird die Einrichtung aufgefordert, diese innerhalb einer Frist von längstens 3 Monaten (soweit praktisch durchführbar) abzustellen. Geschieht dies nicht, erfolgt eine Kündigung des Zusatzes zum Versorgungsvertrag und die Kostenträger fordern die Einrichtung zu Pflegesatzverhandlungen auf.

§ 8 Gemeinsame Arbeitsgruppe

(1) Der Landespflegeausschuß setzt eine Arbeitsgruppe zur besonderen stationären Dementenbetreuung ein. Die HPG entsendet drei, die Landesverbände der Pflegekassen zwei und die BAGS ein Mitglied. Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wird jeweils eine Stellvertretung zugeordnet, die auch benannt wird. Die Stellvertreterinnen und Stellvertreter können auch bei gleichzeitiger Anwesenheit der Mitglieder an allen Sitzungen der Arbeitsgruppe teilnehmen, haben jedoch in diesen Fällen kein Rederecht und erhalten nicht automatisch die Sitzungsunterlagen. Unabhängige Vertreterinnen und Vertreter können beratend einbezogen werden. Die Arbeitsgruppe kann sich eine Geschäftsordnung geben.

(2) Die Arbeitsgruppe berät über Fragen, die die Durchführung der besonderen stationären Dementenbetreuung betreffen; sie empfiehlt einvernehmlich nach Besichtigung die Teilnahme einer Einrichtung und gibt den Antrag an den jeweils zuständigen Landesverband der Pflegekassen weiter. Die Arbeitsgruppe kann Besichtigungen der an der besonderen stationären Dementenbetreuung teilnehmenden Einrichtungen durchführen und auf festgestellte Mängel schriftlich hinweisen.

§ 9 Zulassung und Kündigung von Einrichtungen an der besonderen stationären Dementenbetreuung

(1) Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für die besondere stationäre Dementenbetreuung abschließen wollen, richten einen Antrag an die Arbeitsgruppe nach § 8 mit folgenden Unterlagen:

- Konzept zur besonderen stationären Dementenbetreuung
- eine durch Unterschrift des Einrichtungsträgers bekundete Anerkennung dieser Rahmenvereinbarung als Grundlage für den Versorgungsvertrag

(2) Die Arbeitsgruppe nach § 8 besichtigt die Einrichtung. Wird einvernehmliche eine Teilnahme empfohlen, gibt sie den Antrag an den zuständigen Landesverband der Pflegekassen weiter. Zeichnet sich kein positives Einvernehmen ab, ist die Einrichtung von der Arbeitsgruppe anzuhören, bevor es zu einer Ablehnung kommt. Die Arbeitsgruppe gibt ihre Entscheidung schriftlich unverzüglich an die Landesverbände der Pflegekassen und den Sozialhilfeträger weiter. (s. Protokollnotiz)

(3) Bei der Entscheidung über Neuanträge richtet sich die Arbeitsgruppe nach der möglichst optimalen Erfüllung der Anforderungen aus §§ 3 -6 unabhängig davon, ob es sich um ein Integrations- oder Domuskonzept handelt.

(4) Einrichtungen, die am Modellprogramm stationäre Dementenbetreuung teilgenommen haben und in der Folgezeit mit dem vereinbarten zusätzlichen Personaleinsatz und nach den eingereichten oder modifizierten Konzepten eine besondere Betreuung weiter durchgeführt haben, erhalten vorrangig vor Neubewerbern einen Versorgungsvertrag nach dem in dieser Vereinbarung festgelegten Verfahren, wenn sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen.

(5) Die Arbeitsgruppe ist auch zu beteiligen, wenn über die Frage der Kündigung einer Zulassung einer Einrichtung an der besonderen stationären Dementenbetreuung zu entscheiden ist, weil nach § 7 festgestellte Mängel nicht innerhalb der gesetzten angemessenen Frist abgestellt worden sind. Abs. 2 findet entsprechende Anwendung.

§ 10 Versorgungs- und Vergütungsverträge zur besonderen stationären Dementenbetreuung

Die Landesverbände der Pflegekassen schließen in Einvernehmen mit dem Sozialhilfeträger mit den Einrichtungen, über deren Teilnahme nach § 9 positiv entschieden worden ist, einen Versorgungsvertrag gem. §§ 72 ff. SGB XI ab, der einen besonderen Versorgungsauftrag zur besonderen Dementenbetreuung für ein festgelegte Anzahl von Plätzen enthält. Sie schließen ebenfalls eine Vergütungsvereinbarung gem. dem 8. Kapitel SGB XI ab, die der Einrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine dieser Vereinbarung entsprechende Dementenbetreuung ermöglicht.

§ 11 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am ersten Tag nach Abschluß des Unterschriftenverfahrens in Kraft.
- (2) Jede unterzeichnende Vertragspartei kann die Vereinbarung kündigen. Die Vereinbarung ist damit insgesamt gekündigt.
- (3) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende schriftlich gegenüber den Vertragspartnern gekündigt werden.
- (4) Nach einer wirksamen Kündigung zum Jahresende bildet die Rahmenvereinbarung noch 9 Monate die Grundlage von Versorgungsverträgen.
- (5) Für das Jahr 1999 gilt eine besondere Kündigungsfrist von 2 Wochen zum Jahresende. Für diesen Fall beträgt die Nachwirkungsfrist nach Abs. 3 12 Monate.

§ 12 Wissenschaftliche Evaluation

Diese Vereinbarung wird wissenschaftlich evaluiert. Insbesondere werden untersucht:

- die Bestimmung der Zielgruppe durch die dafür vorgesehenen Instrumente
- die Effekte der besonderen stationären Dementenbetreuung auf die Bewohner.

Protokollnotizen

Protokollnotiz zu § 5

Notwendige Investitionen bzw. Umbaumaßnahmen müssen erst nach Ablauf der besonderen Kündigungsfrist nach § 11 Abs. 5 erfolgen.

Protokollnotiz der BAGS zu § 9 Abs. 2

Die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales legt die Platzzahl der besonderen Dementenbetreuung fest. Die geplante Platzzahl beträgt zur Zeit 750 Plätze.

AOK Hamburg, zugleich für die Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover	den
BKK-Landesverband Nord, zugleich für die Pflegekasse für den Gartenbau, in Wahrnehmung der Aufgabe eines Landesverbandes für die Landwirtschaftliche Pflegeversicherung	den
Innungskrankenkasse Hamburg	den
See-Pflegekasse, Hamburg	den
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Hamburg	den
Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V., Landesvertretung Hamburg,	den
Verband der privaten Krankenversicherungen e.V.,	den
Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales	den
Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Hamburg e.V.,	den
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e.V., Landesvertretung Hamburg,	den
Caritasverband für Hamburg e.V.,	den
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Hamburg e.V.,	den
Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Hamburg e.V.,	den
Diakonisches Werk Hamburg, Landesverband der Inneren Mission e.V.,	den
pflügen&wohnen, AöR	den

Die letzte Unterschrift erfolgte am 28.9.1999.

Anlage 1

Integrations-Prinzip

Unter dem Integrationsprinzip versteht man eine Begleitung und Betreuung (d.h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote) der Dementen in einer teilintegrierten Versorgung, die in die stationäre „Rund-um-die-Uhr“ Betreuung eingebettet ist.

Der/die Demente bleibt in seinem gewohnten Umfeld wohnen und verbringt einen großen Teil des Tages in dem besonderen Betreuungsangebot in einem dafür vorgesehenen besonderen Bereich. Alle pflegerischen Maßnahmen werden dem Demenzkranken verständlich angeboten und mit seinem Einverständnis möglichst stressfrei für ihn durchgeführt.

Domus-Prinzip

Unter dem Domus-Prinzip versteht man eine spezialisierte, segregative „Rund-um-die-Uhr“ - Betreuung (d.h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote) der Demenzkranken. Sie leben (zusammen) in einem demenzgerecht gestalteten Wohnbereich. Die betreuenden Personen unterstützen sie bei einer möglichst normalen Lebensführung bei allen krankheitsbedingten Einschränkungen. Alle pflegerischen Maßnahmen werden dem Demenzkranken verständlich angeboten und mit seinem Einverständnis möglichst stressfrei für ihn durchgeführt.

Anlage 2

Die Dokumentation der Verhaltensauffälligkeiten vor und in der besonderen Dementenbetreuung erfolgt u.a. mittels einer modifizierten Cohen-Mansfield-Skala (s. folgende Seite).

Eine Aufnahme in die besondere stationäre Dementenbetreuung ist möglich, wenn die Verhaltensauffälligkeiten in einem Bereich das dunkelgrau unterlegte Ausmaß erreichen oder in drei Bereichen das hellgrau unterlegte Ausmaß oder ausgeprägte Antriebsstörungen (B.) vorliegen.

Die Verlaufsbeobachtung sollte regelmäßig wiederholt werden, spätestens jedoch im Jahresabstand.

COHEN - MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI)(modifiziert).

Für jeden der Verhaltensmerkmale soll die Häufigkeit ihres Auftretens in den letzten 2 Wochen angegeben werden

Verhalten	nie	weniger als	1x oder	mehrmals	1x oder 2x	mehrmals	mehrmals in
	1	1x pro Woche	2x pro Woche	wöchentlich	täglich	täglich	der Stunde
	1	2	3	4	5	6	7
A.							
1. Schlagen (auch selbst).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anfassen anderer (mit schmutzigen Hd.).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
4. Stoßen (mit Gefahr von Stürzen).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werfen mit harten Gegenständen.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beißen.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kratzen./Kneifen.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bespucken (anderer).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sich selbst Verletzen (heiße Getränke usw.).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
10. Zerreißen von Kleidungsstücken oder Zerstören des eigenen od. fremden Eigentums.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sexuelle körperliche Annäherungsversuche.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eindringen in fremde Räume/Liegen in fremden Betten.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inadäquates (Anziehen) Ausziehen.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
14. Gefährdung durch das Weglaufen.....	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. "Absichtliches" Fallen.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
16. Essen oder trinken ungeeigneter Substanzen.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
17. Nahrungsverweigerung.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Urinieren/Einkoten in den Wohnräumen (nicht als Folge der Inkontinenz).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Verstecken/Verlegen und/oder Sammeln von Gegenständen (aus fremden Zimmern).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
20. Ausführen von Manierismen (?), Klopfen, Klatschen usw.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
22. Anhaltendes Schreien.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Abweichende Vokalisation (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder eigenartiges Lachen usw.).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
24. Gefährden anderer durch Fehllhandlungen (Zerren aus dem Bett durch die Bettgitter usw.).....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (?)
25. Ständiges, nicht beeinflussbares Suchen nach Zuwendung oder Hilfe.....	0	0	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.

Ausgeprägte Antriebsstörungen (bitte sehr ausführlich beschreiben !!)

(?) - BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN, DIE MIT (?) GEKENNZEICHNET SIND, MUSS DIE NOTWENDIGKEIT EINER BESONDEREN BETREUUNG SEHR AUSFÜHRLICH BEGRÜNDET WERDEN (Beschreibung der Störung, der Art der Gefährdung usw.)

Name des Patienten:..... Name des Untersuchers:.....
Datum:..... Beobachtungszeit: von.....bis..... Dabei.....Stunden Schlaf

Anlage 3**1. Ermittlung eines Personalschlüssels bei einer Anwesenheitsrelation von 1:8**

Folgende Betrachtung wurde zur Annäherung an einen Personalschlüssel angestellt:

Vorgaben:		
1 Personen	8	
2 bes. Betreuung h/d	14,00	
3 bes. Betreuung Überg. h/d	1,00	
4 Anw. PK je 8 Personen	1,00	
5 Nachtwache	0,50	
6 Nachwachendauer h	10,00	
7 Übergabezeit NW h	0,50	
Für diese 8 Bewohner kann nun im Domusprinzip die benötigte Pflegezeitkapazität ermittelt werden:		
8	20,50 h/d	Summe von 2*4, 3*4, 6*5, 7
Um diese Kapazität das ganze Jahr vorhalten zu können sind folgende Stellen notwendig:		
9	4,78	8.*365/1566,42
Daraus ergibt sich ein Personalschlüssel von:		
10	1: 1,67	1./10.
ändert man die Nachtwache auf 0,3 ergibt sich 1:1,86		

In der aufgezeigten Spanne des Personalschlüssels verständigen sich die Vertragsparteien auf einen Basis Personalschlüssel von

1 : 1,7

Auf Basis dieses Personalschlüssels und einer gegebenen Pflegestufenverteilung wird ein erster Wert (in min/d) ermittelt:

Personalschl. 1:	1,7		
Pflegestufe	I	II	III
Pflegestufenverteilung	11%	45%	44%
Pflegezeit	59,83	101,71	143,60
Personalschlüssel 1:	4,3	2,53	1,79
Durchschnittliche normale Personalausstattung (min)			115,53
bei 1:1,7 notwendige Personalausstattung (min)			151,47
zusätzlich benötigte Pflegekapazität (min/d je Bew.)			35,94

2. Ermittlung weiterer Zeitbedarfe für Fachbesprechungen und Fortbildung

Auf Basis einer Modellstation wird der zusätzliche Zeitbedarf für Fortbildungen und Fallbesprechungen ermittelt.

Voraussetzung	Zusätzlicher Zeitaufwand h/a	
Stellen	14,12	
Personen	18	
Bewohner	24	
1. Fortbildung für Anfänger		115,5
Umfang in h	38,5	
Anzahl Anfänger	3	
2. Fortbildung für alle		138,6
Umfang in h	7,7	
Personen	18	
3. Fallbesprechungen		702
Häufigkeit/a	26	
Dauer h	1,5	
Teilnehmer	18	
4. Begleitung bei Arztbesuchen		
Umfang in h	2	
Personen	24	48
Summe		1004,1
		min/Bew/d
		6,88

Addiert man den unter 1. ermittelten ersten Erhöhungswert und den unter 2. ermittelten Wert, ergibt sich damit ein zusätzlicher Zeitbedarf von **42,82 min/d je Bewohner**, um den der Zeitbedarf nach Eckpunktepapier erhöht wird.

Die Vertragsparteien stimmen darin überein, daß eventuelle weitere zusätzliche Bedarfe zunächst im Rahmen dieser Erhöhung aufgefangen werden und nach einer wissenschaftlichen Evaluation verhandelt werden können.

3. Bestimmung des zusätzlichen Zeitbedarfs bei einem geringeren Umfang der besonderen Betreuung

Der zusätzliche Zeitbedarf richtet sich nach der im Konzept dargestellten und in der Einrichtung umgesetzten Dauer der besonderen Betreuung. Der ermittelte Wert von 42,81 min ist die Obergrenze, die bei 14 h an 7 Tagen in der Woche besonderer Betreuung erreicht wird.

Zur Ermittlung eines auf die Betreuungsstunde bezogenen zusätzlichen Zeitbedarfs, wird der Wert 42,82 durch die Dauer der besonderen Betreuung (15 h = 14 h Betreuungszeit + 1 h Übergabezeit) dividiert. **Daraus ergibt sich ein zusätzlicher Zeitbedarf von 2,855 min je Stunde besonderer Betreuung bei besonderer Betreuung an 7 Tagen in der Woche.**

Dementsprechend ergeben sich z.B. bei einer 11stündigen besonderen Betreuung (10h Betreuung + 1 h Übergabe) 31,4 min zusätzlicher Zeitbedarf, bei einer 8stündigen 22,84 min.

Bei der in § 3 Abs. 5 festgeschriebenen Untergrenze von 8 h (7 h Betreuung + 1 h Übergabe) an 5 d wird zur Ermittlung des zusätzlichen Bedarfs dieser auf die Wochenstunden, an denen besondere Betreuung geleistet wird, bezogen:

	h/d	h/Woche	zus. Bed./ Wochenstunde	min/d
Obergrenze	15 h an 7 d	105	0,408	42,82
Untergrenze	8 h an 5 d	40		16,31

Die Untergrenze des zusätzlichen Zeitbedarfs beträgt demnach 16,31 min/d je Bewohner.

4. Bildung von Pflegesätzen

Die Pflegesätze für einzelne Einrichtungen werden gebildet, indem ein täglicher DM-Betrag pro Platz der Einrichtung durch Multiplikation der zusätzlichen Pflegeminuten mit der Anzahl der Teilnehmer und dem Stundensatz der Einrichtung im Sockelbetrag errechnet wird.

Qualitätskriterien der Einrichtungen

Alle Einrichtungen, die sich an der besonderen stationären Dementenbetreuung beteiligen wollen, müssen zum Zeitpunkt der Aufnahme der Betreuung die Anforderungen der Rahmenvereinbarung grundsätzlich erfüllen. Da eine Obergrenze der Platzzahl vereinbart wurde, und bereits die Vorbereitung für die Einrichtungen mit erheblichen Kosten verbunden sein kann, muss die Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses einige Zeit vor Beginn der besonderen Betreuung eine Empfehlung für die Pflegekassen abgeben.

Bei der ersten großen Besichtigungsrunde Ende 1999/ Anfang 2000 wurde von allen Einrichtungen zunächst ein schriftliches Konzept angefordert und dieses auf die Einhaltung der Anforderungen geprüft, dann wurden alle Einrichtungen von der Arbeitsgruppe besichtigt.

Die Besichtigung vor Ort hat sich als unabdingbar erwiesen, da Konzept und Eindruck bei der Besichtigung häufig stark differierten.

Die Kriterien der Beurteilung sind ausschließlich aus der Rahmenvereinbarung abgeleitet.

Entscheidend bei der Bewertung eines Merkmales ist, ob es eine spezielle Ausrichtung der pflegerischen Vollzüge (z.B. Pflegeplanung, Mahlzeitenorganisation, ...) auf demente Bewohner gibt.

Liste der Kriterien und Abstufungen:

Kriterium	Abstufung (in Klammern: Punktzahl)
1. Bewohner	
1.1 Sammeln von Anhaltspunkten über die Biographie	bisher schon (3) geplant (1)
1.2 individuelle Pflegeplanung	bisher schon (3) geplant (1)
1.3 ärztliche Diagnose	wird schon bisher immer drauf gedrungen (3) geplant (1)
1.4 MMS	wird schon bisher immer drauf gedrungen oder selbst durchgeführt (3) geplant (1)
1.5 Verhaltensauffälligkeiten	werden schon bisher systematisch erfaßt (3) in Pflegedoku, mit Verlaufskontrolle (2) geplant (1)
1.6 Pflegestufe Verteilung der betreuten oder zur Betreuung vorgesehenen Bewohnergruppe	dient als Hintergrundinformation, keine Bepunktung
2. konzeptionelle Anforderungen	
2.1 Es wird eine feste Gruppe von Bewohnern betreut	schon jetzt (3)

Kriterium	Abstufung (in Klammern: Punktzahl)
	geplant (1)
2.2 Mindestanforderung an Dauer der besonderen Betreuung wird eingehalten	schon jetzt (3) geplant (1)
2.3 Vollständiges Konzept <ul style="list-style-type: none"> • Leitlinien des Heimes • Pflegegrundsätze • Pflegeprozeß • Personal • Teilnehmerzahl • Räumlichkeiten • Maßnahmen der Qualitätssicherung 	wenn alles berücksichtigt: (1)
2.4 Leitlinien im Umgang mit dementen Bewohnern	existieren (3) werden gerade erarbeitet (2) geplant (1)
2.5 Beratung durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt	läuft längere Zeit (3) ist fest vereinbart (2) geplant (1)
2.6 Fallbesprechungen	finden regelmäßig statt (3) geplant (1)
2.7 Kontinuität in der Betreuung zwischen Schichten und Bereichen, durch gemeinsame Fallbespre. oder Übergaben	finden regelmäßig statt (3) geplant (1)
3. Orientierung des Tagesablaufes an den Bedürfnissen der Bewohner	
3.1 gemeinsame Mahlzeiten in kleineren Gruppen	bisher schon (3) geplant (1)
3.2 Beachtung individueller Gewohnheiten beim Aufstehen und Zubettgehen	bisher schon (3) geplant (1)
3.3 regelmäßige tagesstrukturierende Angebote	bisher schon (3) geplant (1)
4. Personelle Voraussetzungen	
4.1 festes Pflegeteam	vorhanden (3) geplant (1)
4.2 Zusatzqualifikation der fachlichen Leitung	entsprechende Berufsausbildung wird vorausgesetzt + Zusatzerfordernungen voll erfüllt (3) z.T. erfüllt (2) Qualifikation geplant (1)
4.3 2/3 Quote und Fachkraftquote	erfüllt (3) geplant (1)
4.4 neben Pflegekräften weitere genannte Berufe im Pflegeteam	mehr als einer (3) einer (2) geplant (1)
4.5 eine Woche Fortbildung für alle	wurde schon absolviert (3) wurde z.T. (>40%) absolviert (2) geplant (1)
4.6 die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft ist gewährleistet	schon der Fall (3) geplant (1)
4.7 Betreuungsrelation 1:8 ist sichergestellt	schon der Fall (3) geplant (1)
5. Räumlichkeiten	
5.1 Raum für Gruppenaktivitäten zur Umsetzung der Tagesstrukturierung	eingerrichtet vorhanden (3) muß noch hergerichtete werden (2) geplant (1)
5.2 Räume als Rückzugsmöglichkeiten	eingerrichtet vorhanden (3)

Kriterium	Abstufung (in Klammern: Punktzahl)
	muß noch hergerichtete werden (2) geplant (1)
5.3 Gehwege drinnen und draußen	eingerichtet vorhanden (3) muß noch hergerichtete werden (2) geplant (1)
5.4 ausreichend große und helle Sanitärräume	eingerichtet vorhanden (3) muß noch hergerichtete werden (2) geplant (1)
5.5 o.g. Räume und Wege im Zusammenhang und in einer Ebene	ja (3) geplant (1)
5.6 ebenerdige Lage oder Aufzug, keine Treppen	ja (3) geplant (1)
5.7 bedürfnisgerechte Gestaltung	vorhanden je (2), geplant je (1) <ul style="list-style-type: none"> • Farbgestaltung • Beleuchtung • Ausstattung • Fußböden
6. Qualitätssicherung	
weitere Maßnahmen der Q.S. werden durchgeführt	bei mindestens einer Maßnahme (1) u.a. <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel • Gütegemeinschaften o.ä. • Vertretung in Fachgruppen • systematischer Einbezug von Angeh. und Betreuern • systematisches Beschwerdemanagement

Achtung: Diese Liste wurde aktualisiert. Sie finden die aktuelle Fassung unter

<http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/soziales/pflege/veroeffentlichungen/dementenbetreuung.html>

Liste der teilnehmenden Einrichtungen

Be- zir- k	Name	Str.	Nr.	PLZ HH	040 / Tel	040 / Fax	Grö- ße (Plät- ze)	Ver- band	Plät- ze Do- mus	Plät- ze Inte- gr.
A	Ernst und Claere Jung Stiftung	Emkendorfstraße	49	22605	880 10 36	889 18 666	129DW		10	
A	Fallen Anker	Bernadottestraße	140	22605	889 0270	881 0905	134DW		40	
A	Haus Flottbek-Nienstedten	Vogt-Groth-Weg	27	22609	80 10 85	8001 491	128DW		8	
A	Pflegezentrum Bahrenfeld	Holstenkamp	119	22525	2022 2901	2022 2924	300P&W		34	
A	Pflegezentrum Altona mit Reventlow-Stift	Bernstorffstr.	145	22767	4325 0077 / -78	4325 0079	193P&W		32	
A	Seniorenresidenz Sancta Barbara	Müllenhoffweg	15	22607	899 510	891 568	111BPA		40	
A	Tabea Wohn- und Pflegeheim	Am Isfeld	19	22589	80 92 0	80 92 114	319DW		18	
B	Pflegezentrum Moosberg	Moosberg	3	21033	2022-2737	2022-2710	205P&W		24	
E	Altenzentrum ELIM	Bondenwald	50- 54	22459	55 42 50	55 42 5119	103DW		12	

E	Pflegezentrum Lokstedt	Lohkoppelweg	42	22529	2022-3005	2022-3021	230P&W	24
E	Senioren-Zentrum der Arbeiterwohlfahrt	Hagenbeckstraße	12	22527	4019 070	4019 0729	76AWO	12
E	St. Markus Seniorenzentrum	Gärtnerstraße	63	20253	4019 08-0	40190899	116DW	9
H	Pflegezentrum Heimfeld	An der Rennkoppel	1	21075	2022-4040/4011	2022-4001	398P&W	27
H	Pflegezentrum Wilhelmsburg	Reinstorfweg	9	21107	7566 0505	7510 5220	241P&W	30
M	Rauhies Haus, Haus Weinberg	Beim Rauhen Hause	21	22111	655 91 150	655 91 246	66DW	12
N	Altenhof	Winterhuder Weg	98-106	22085	22 94 11 - 0	22 94 1111	80DW	17
N	Haus Alstertal	Wellingsbütteler Landstr.	217	22337	50 11 06	5071 5160	156BPA	24
N	Pflegezentrum Alsterberg	Suhrenkamp	40	22335	2022 3900/-3901	2022 3911	300P&W	23
N	Pflegezentrum Die Oberaltenallee	Finkenau	19	22081	2022 3445	2022 3560	387P&W	39
N	Stiftung Anscharhöhe (Carl-Ninck-Haus)	Tarpenbekstraße	107	20251	46 69 0	46 69 400	102DW	24
W	Gast- und Krankenhaus	Hinsbleek	12	22391	606 89 40	606 89 440	130DW	25
W	Hospital z. Hlg. Geist	Hinsbleek	11	22391	60 60 10	60601144	919DW	48
W	Margarethenhof	Wohldorfer Damm	156	22395	604 87 42	604 0240	68BPA	8
W	Martha Haus	Am Ohlendorffturn	20-22	22149	67 57 70	6757 7120	129DW	22
W	Pflegezentrum Farmsen	August-Krogmann-Str.	100	22159	2022 2238	2022 2245	365P&W	21
W	Pflegezentrum Holstenhof	Elfsaal	20	22043	2022 4977	2022 4833	273P&W	48
W	Pflegezentrum Wandsbek-Marienthal	Am Husarendenkmal	16	22043	2022.4759/.4725	2022 4739	351P&W	32
W	Senator Ernst Weiß Haus,	Bullenkoppel	17	22047	6946 - 0	6946-2223	132DPWV	30
W	Theodor-Fliedner-Haus	Berner Chaussee	37	22175	646045.0	64604516	122DW	26
W	Veteranenheim Deutscher Soldaten	Poppenbütteler Weg	186-190	22399	606 84 - 0	606 84 414	146DW	25

A: Altona
 B: Bergedorf
 E: Eimsbüttel
 H: Harburg
 M: Hamburg-Mitte
 N: Hamburg-Nord
 W: Wandsbek

AWO: Arbeiterwohlfahrt
 BPA: Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste
 DPWV: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
 DW: Diakonisches Werk
 P&W: pflegen & wohnen, AöR