



**Tätigkeitsbericht
des Vorstandes der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft
der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen im Bistum Essen
für das Jahr 2016**

Im Berichtszeitraum seit dem 2. Dezember 2015 wurden 5 Sitzungen des Vorstandes, 3 Sondersitzungen der in die Delegiertenversammlung des DiCV Essen entsandten Delegierten, 6 Sitzungen des Arbeitskreises der Pflegedirektionen und 2 Sitzungen mit den Personalleitern der Kath. Krankenhäuser im Bistum Essen durchgeführt. Die Sitzungen mit den Personalleitern werden gemeinsam mit Herrn Simon geplant und durchgeführt. Die Themen stammen aus der aktuellen Arbeit des DiCV; sie können sich bspw. mit den aktuellen Entwicklungen in den AVR oder besonderen gesetzlichen Fragestellungen befassen.

1. Gesetzgebung/Politische Entwicklungen

1.1 Psych KG

Das Land NRW hat zu Beginn des Jahres einen Arbeitsentwurf zum zweiten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) auf den Weg gebracht. Im Gesetzesentwurf finden sich verschiedenen Regelungen, die wohl aktuelle Entwicklungen aber auch Rechtsprechungen umsetzen. Auf einige Dinge ist besonders hinzuweisen:

§ 10 - Unterbringung

Hier ist vorgesehen, dass die Unterbringung soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll. Neu eingefügt wurde ein § 10 a, der es ermöglicht, dass die Durchführung der Aufgaben nach §§ 10 und 14 auf einen Krankenhausträger übertragen werden. Hierzu ist der Akt einer formalrechtlichen Beleihung erforderlich bzw. möglich, der den entsprechenden Krankenhausträger dann mit den erforderlichen hoheitlichen Befugnissen ausstattet. Das Antragsverfahren zur Erlangung dieser Beleihung ist in § 10 a ausführlich geregelt.

§ 2 - Behandlungsvereinbarungen

Nach § 2 muss der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen angeboten und gefördert werden. Eine Behandlungsvereinbarung ist vergleichbar mit einer Patientenverfügung; in ihr wird das Ausmaß und der Umfang der durchzuführenden psychiatrischen Behandlung vereinbart (geregelt).

§ 16 - Aufenthalt im Freien

Weiterhin muss nach § 16 ein täglicher Aufenthalt im Freien ermöglicht werden.

§ 20 - Neue Sicherungsmaßnahme

Als neue Sicherungsmaßnahme wird in § 20 das „Festhalten“ (statt Fixierung) eingeführt. Aus der Praxis wurde angemerkt, dass das Festhalten durchaus auch als psychiatrische Behandlungsmaßnahme bekannt sei. Das Festhalten als reine Sicherungsmaßnahme sei an sich nichts neues, da es in einer Akut-Situation schon immer möglich und ggf. auch notwendig war. Eine dauerhafte Sicherung über ein Festhalten erscheint nur schwer vorstellbar.

§ 32 - Rahmenplanung

Wichtig ist, dass in § 32 Abs. 2 ein Bezug zum Landespsychiatrieplan (vgl. nachfolgend Nr. 3) hergestellt wird. Dort soll die Rahmenplanung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Hilfeangebote für die Person nach § 1 Nr. 1 enthalten sein. Damit ändert sich allerdings die Perspektive des Landespsychiatrieplanes, in dem nunmehr verbindliche Regelungen formuliert und im Plan enthalten sein „würden“.

Besondere Probleme für die Krankenhäuser werden an dieser Stelle nicht erwartet.

Durch die Geschäftsstelle wurde die Fragestellung der „Beleihung“ mit einem Wirtschaftsprüfer und mit dem Ministerium erörtert. Relevante Fragen waren: Ist diese Beleihung gemeinnützigkeitsschädlich und ist die Tätigkeit als Beliehener von den Satzungszwecken der kirchlichen Einrichtungen mit umfasst.

Nach Einschätzung des Ministeriums ist von einer Gemeinnützigkeitsschädlichkeit nicht auszugehen. Hinsichtlich der Satzungszwecke wurde angemerkt, dass man sich als kirchliche Einrichtung derzeit unter besonderer Aufmerksamkeit der Finanzbehörden sehe, weshalb die eingangs genannten Vorüberlegungen vorsorglich anzustellen seien. Inhaltlich sei das hoheitliche Handeln, abgelöst von den Tätigkeitsinhalten zu werten und damit keine caritative Tätigkeit.

Im Gespräch kristallisierte sich folgende Einschätzung heraus: Die Betätigung eines Krankenhauses im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrages beinhaltet nach dem PsychKG auch die Beleihungen in besonderen Aufgabenstellungen. Damit sind diese Tätigkeiten nicht nur abgedeckt, sondern sie werden im besonderen Maße erfüllt.

1.2 Schiedsstelle KHG

Schiedsstellenverfahren gab es schwerpunktmäßig zu den Themenkreisen Mindestmengen, Zusatzentgelte und Mehrerlösausgleich.

In einem Verfahren ging es darum, ob die vorgegebenen Mindestmengen im Rahmen einer Kooperation erbracht werden können. Die Schiedsstelle führte aus, dass die Leistungen nicht durch Ärzte des Krankenhauses selbst erbracht werden müssen.

In einem anderen Verfahren ging es darum, ob nach mehreren Jahren, in denen die Mindestmengen nicht erbracht worden sind, durch die Einstellung eines teilzeitbeschäftigten Oberarztes das Merkmal einer personellen Neuausrichtung erfüllt sei.

Nach Einschätzung der Schiedsstelle reichte der Beschäftigungsumfang von 13 Stunden in der Woche nicht aus.

Ein weiteres Verfahren betraf die Berechnung von Zusatzentgelten. Dieses Verfahren ist aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Parteien beendet worden, so dass es keinen Schiedsspruch hierzu gibt.

Letztlich ging es darum, wie der Differenzbetrag zwischen Gesamtkosten und den durch die DRG abgedeckten Kosten ermittelt wird. Vorgestellt wurden unterschiedliche Berechnungsmethoden der relevanten Kosten. Die Ist-Kosten können mit den DRG-Werten - also hypothetisch - berechnet werden, oder aber anhand der faktischen Zahlen. Bei der Berechnung mit den Ist-Zahlen können beispielsweise Wirtschaftlichkeitsvorteile durch hohe Leistungsmengen, die sich auf einen günstigen Einkauf auswirken, nicht generiert werden.

Im Bereich des Mehrerlösausgleiches ergeben sich Probleme und Risiken durch nachträglich und rückwirkend eingeführte gesetzliche Anrechnungspflichten.

1.3 Schiedsstelle REHA

Im Jahr 2016 gab es zwei Schiedsstellenverfahren vor der neu eingerichteten REHA-Schiedsstelle. Zur Entscheidung hat die Schiedsstelle auf die durch die Rechtsprechung entwickelte Zwei-Säulen-Theorie zurückgegriffen. Zunächst müsse geprüft werden, ob die Betriebsführung der REHA-Klinik plausibel dargelegt sei und/oder ob sich Wirtschaftlichkeitsreserven erkennen lassen. In einem zweiten Schritt sei dann zu prüfen, ob der nachvollziehbar begründete Vergütungsanspruch einen Vergleich mit anderen REHA-Kliniken standhalte. Bei der Bewertung hat die Schiedsstelle zwar die Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bejaht, es aber nicht ausgeschlossen, dass eine Steigerung der Entgelte über die Veränderungsrate hinaus möglich sei. Die von den Einrichtungen vorgelegte Kostenkalkulation wurde detailliert geprüft und hinterfragt. Letzteres ist Ausfluss des Amtsermittlungsgrundsatzes in der Sozialgerichtsbarkeit, vor der dann auch ggfls. eine weitere Überprüfung des Schiedsspruches stattfindet.

2. Arbeitsrecht

2.1 KZVK

Mit dem stetigen Ansteigen der Beiträge zur KZVK ist eine Problemstellung offenkundig geworden, die bislang nicht relevant war. Entsprechend den Regelungen der KZVK und der AVR wird der Umlagebetrag von jetzt 4,8 % auf 5,3 % steigen. In den Regelungen ist eine 5,2 % Schwelle vorgesehen, bei deren Überschreiten eine Beteiligung der Mitarbeiter in Betracht kommt. Allerdings gibt es zur Auslegung der entsprechenden Normen unterschiedliche Ansichten. Nach der einen Ansicht ist mit Überschreitung der 5,2 % Schwelle eine Beteiligung der Mitarbeiter an den Umlagebeträgen für die KZVK geboten. Nach einer anderen Ansicht bezieht sich diese Regelung noch auf die frühere KZVK-Satzung, vor der Umstellung auf eine Kapitaldeckung. In § 1 a der Anlage 8 zu den AVR ist formuliert:

„Der Dienstgeber hat eine monatliche Umlage in Höhe des in §§ 62 und 63 der Satzung der Zusatzversorgungskasse festgesetzten Satzes des Zusatzversorgungspflichtigen Entgeltes (Abs. 7) des Mitarbeiters einschließlich des vom Mitarbeiter zu zahlenden Beitrags an die Zusatzversorgung abzuführen.

Bis zu einem Umlagesatz von 5,2 % trägt der Dienstgeber die Umlage alleine, der darüber hinausgehende Finanzierungsbedarf wird zur Hälfte vom Dienstgeber durch eine Umlage und zur Hälfte vom Mitarbeiter durch einen Beitrag getragen. Den Beitrag des Mitarbeiters behält der Dienstgeber vom Arbeitsentgelt ein.“

Aus der Verwendung des Wortes „Umlage“ wird ein ausschließlicher Bezug zum alten KZVK-System hergeleitet. Daher sei der § 1 a der Anlage 8 der AVR auf die aktuellen Arbeitsverhältnisse nicht anzuwenden.

Die Regelung dieser Unklarheit ist Gegenstand der erwarteten Änderung der AVR für das Jahr 2017.

2.2 Sanierungsgeld KZVK

Die Rechtmäßigkeit des Sanierungsgeldes zur KZVK war in den vergangenen Jahren regelmäßiges Thema. Inzwischen liegt die Entscheidung des BGH zur Rechtmäßigkeit vor. Danach ist die Erhebung der Sanierungsgelder rechtswidrig und die KZVK wurde zur Rückzahlung des Sanierungsgeldes (der Sanierungsgelder) verurteilt. Nach Auffassung des BGH ist der Beschluss des Verwaltungsrates der KZVK zur Erhebung des Sanierungsgeldes rechtsfehlerhaft. Der BGH setzt sich in dieser Entscheidung auch mit den verschiedenen Beschlüssen des Verwaltungsrates auseinander, mit denen die Erhebung des Sanierungsgeldes geheilt bzw. korrigiert werden sollte. Der BGH bewertet dieses Vorgehen als unzulässig.

Zwischenzeitlich hatte die KZVK beschlossen, die in der Vergangenheit entrichteten Sanierungsgelder zurückzuzahlen. Nach einer Neuberechnung und einer Korrektur der Satzung werden diese Beträge wieder vereinnahmt.

2.3 Tarifrunde 2016

Unter besonderer Beobachtung stehen die Tarifrunden im TVöD, die Ausgangspunkt der entsprechenden Regelungen in der AVR sind. Zu Beginn des Jahres forderte die Arbeitnehmerseite eine Steigerung von 6 %, die sich die Mitarbeiterseite der AK zu Eigen gemacht hat. Die weiteren Veränderungen sind derzeit in der Bearbeitung durch die Arbeitsrechtliche Kommission. Die Vergütungssteigerungen wurden übernommen.

Für eine Informationsveranstaltung konnte kurzfristig einer der „Chefverhandler“ des VKA (Verband der kommunalen Arbeitgeber) für den Krankenhausbereich gewonnen werden, der die Hintergründe und Zielsetzungen der Verhandlungen im TVöD erläuterte. Die TVöD Anwendungen sind regelmäßig Basis für die Beschlüsse der Arbeitsrechtlichen Kommission.

2.4 Änderungen der AVR

An den bereits erwähnten Änderungen der AVR wird aktuell intensiv gearbeitet. Zu rechnen ist mit einer umfassenden Neubearbeitung verschiedener Teile. Insbesondere sollen die Vergütungsgruppen neu gestaltet werden. Für die Umsetzung wurden Fristen vereinbart, danach hängt die Tariferhöhung zum 01.01.2017 und die Regelung zum Einbehalt von Eigenbeträgen zur KZVK von der Schaffung der neuen Entgeltordnung ab. Die entsprechenden Formulierungen lauten im Einzelnen:

„Das Wirksamwerden der Erhöhung der mittleren Werte zum 1. Januar 2017 der Ziffern 1, 3 und 4 verschiebt sich auf den Tag, an dem die neue Entgeltordnung wirksam wird.“

„Anlage 8 zu den AVR und Abschnitt XIII der Anlage 1 zu den AVR werden geändert. Im Zuständigkeitsbereich einer Regionalkommission tritt Ziffer XII Nr. 3 b) des Beschlusses in dem Monat in Kraft, in dem die Werte zur Höhe aller Vergütungs- und Entgeltwerte dieses Beschlusses durch Beschluss der Regionalkommission innerhalb der von der Bundeskommission festgelegten Bandbreite in Kraft treten. Der monatliche Einbehalt von Eigenbeiträgen nach § 1a VersO A Anlage 8 zu den AVR wird ab dem 1. Januar 2017 solange ausgesetzt, bis die neue Entgeltordnung wirksam wird.“

3. Krankenhausplanung

3.1 Psychiatrieplan NRW

Das Land NRW hat im Jahr 2015 die Arbeiten zu einem Landespsychiatrieplan NRW aufgenommen. Die Geschäftsstelle hatte sich dafür eingesetzt, dass die Krankenhausesseite an der Erarbeitung beteiligt wird. Auf diese Art und Weise konnte ein Sitz im Lenkungsausschuss gesichert werden. Die Zielsetzungen und Arbeitsaufträge zur Erarbeitung des Landespsychiatrieplanes NRW sind nach Aussage des Ministeriums umfassend. Es sollen eine Bestandsaufnahme vorgenommen und Ziele definiert werden. Das Ministerium geht davon aus, dass es innerhalb des Landespsychiatrieplanes Selbstverpflichtungserklärungen der verschiedenen Beteiligten geben wird.

Die Arbeitsmethodik bzw. die Organisation der Erarbeitung gestalten sich recht kompliziert, weil der Psychiatrieplan Zuständigkeiten verschiedener Ministerien betrifft; diese müssen in die Arbeit integriert werden. Außerdem sind verschiedene spezifische Interessen der unterschiedlichen Beteiligten (Selbsthilfe, Leistungserbringer, Kostenträger) zu berücksichtigen. Die Arbeiten zum Psychiatrieplan sollen bis zum Frühjahr 2017 abgeschlossen werden. Derzeit liegt ein „vollständiger“ Bericht über die Erarbeitungsphase vor, der einen Umfang von ca. 250 Seiten hat. Auf Grundlage dieses Berichtes wird das Ministerium nun einen Psychiatrieplan formulieren. Im Bericht wurde allerdings regelmäßig darauf hingewiesen, dass die dort genannten Inhalte keine (nicht unbedingt) Positionen des Ministeriums seien. Letztlich bleibt abzuwarten, wie sich der erste Entwurf darstellen wird.

3.2 Neuroreha

Anfang des Jahres 2016 erreichte die Geschäftsstelle eine Anhörung zur Krankenhausplanung, in der Einrichtungen der Neurorehabilitation in den Krankenhausplan aufgenommen werden sollen. Diese Entwicklung zeichnete sich bereits seit geraumer Zeit ab, da die betreffenden Einrichtungen politisch außerordentlich aktiv waren. Eigentlich handelt es sich hierbei um Rehabilitationseinrichtungen, die schon aus diesem Grunde nicht im Krankenhausplan aufgenommen werden. Allerdings werden inzwischen frührehabilitative Behandlungsanteile bereits innerhalb der stationären Krankenhausversorgung erbracht, so dass hier eine Verschiebung festzustellen ist. Einige Einrichtungen sind inzwischen auf diese Art und Weise im Krankenhausplan ausgewiesen.

3.3 Krankenpflegeschulen

Das Land NRW will die Krankenhausplanung hinsichtlich der Planung von Ausbildungsstätten für Berufe gem. § 2 Nr. 1, KHG „verschlanken“. Vorgesehen ist, dass die Ausbildungsstätten nicht mehr im Rahmen von regionalen Planungskonzepten geplant werden sollen. Das Land hat erkannt, dass mit der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten - die ebenfalls von den Bezirksregierungen ausgesprochen wird - die Übernahme in den Krankenhausplan ausreichend ist.

Hierzu wurde durch das Land über den Landesausschuss für Krankenhausplanung bei den Verbänden angefragt, ob dem zugestimmt werden könnte.

Die Caritasverbände in NRW haben dem zugestimmt, aber gleichzeitig auch auf eine Sicherung der Finanzierung hingewiesen. Ebenso gibt es von der KGNW eine Stellungnahme, die auch mit den Caritasverbänden in NRW abgestimmt ist.

3.4 Neuerungen des Pflegeausbildungssystems aufgrund des anstehenden Pflegeberufegesetzes

Mit der Neufassung des Pflegeberufegesetzes ist nach dem derzeitigen Stand von der Einführung der „generalistischen Pflegeausbildung“ auszugehen. Damit würde es zukünftig nur noch einen Ausbildungsgang für Pflegeberufe geben. Hinsichtlich der Qualifikation der Lehrkräfte sowohl an den Altenpflegefachseminaren als auch an den Krankenpflegeschulen können die Lehrkräfte schon jetzt generalistisch ausbilden.

Um die weitere Vorgehensweise und die verschiedenen Interessenlagen zu sondieren, wurde seitens des DiCV zu einem Gespräch eingeladen. Anhand verschiedener Vorträge wurden die Entwicklung und die rechtlichen Rahmenbedingungen erörtert.

Im Bistum Essen gibt es derzeit verschiedene Altenpflegefachseminare und Krankenpflegeschulen. Die KKS in Essen und die KBG in Gelsenkirchen bilden bereits sowohl in der Krankenpflege als auch in der Altenpflege aus.

Das BIGEST in Bochum und die Jordan-Mai-Krankenpflegeschule in Gelsenkirchen sind reine Krankenpflegeschulen. In den Städten Bochum und Duisburg gibt es noch selbständige Altenpflegefachseminare. Weiterhin sind einige Krankenhäuser an Krankenpflegeschulen beteiligt, die außerhalb des Bistums liegen oder aber einem anderen Trägerkreis zugeordnet sind.

In dem Gespräch wurde deutlich, dass es bei den verschiedenen Schulen bereits Überlegungen gibt, wie mit der neuen Situation umgegangen werden soll. Wie diese Überlegungen konkret aussehen könnten, soll in einem weiteren Gespräch geklärt werden.

4. Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investieren aus Verantwortung

An dieser über die KGNW gesteuerten Aktion beteiligen sich die Diözesan-Caritasverbände über die KGNW.

Die Aktivitäten sollen bis zur Landtagswahl im nächsten Jahr fortgeführt werden; allerdings haben sich die Diözesan-Caritasverbände dazu entschlossen, derzeit zurückhaltend zu agieren. Im Bereich des Bistums Essen waren über die Krankenhausverbände zwei Aktionen geplant.

Mit dieser Aktion wird das Land aufgefordert, seine Pflicht zu erfüllen, die notwendigen Investitionsmittel für die Krankenhäuser zu gewähren. Diese Pflicht folgt aus der Gesetzessystematik der Dualen Finanzierung; Betriebs- und Sachkosten werden aus der Sozialversicherung finanziert, während Investitionen durch das Land bereitzustellen sind. Das Land NRW erfüllt diese Pflicht nicht einmal zur Hälfte. Bei einem Investitionsbedarf von über 1 Mrd. Euro gewährt das Land gerade einmal 500 Mio. Euro. Es handelt sich um ein Problem, das besonders für freigemeinnützige Träger virulent ist, da diese erhebliche Vermögen für die Versorgung zur Verfügung gestellt haben, die durch die Unterfinanzierung entwertet werden. Ihnen fehlen die Möglichkeiten einer anderweitigen Finanzierung (öffentliche Haushalte) oder sie stehen ihnen nur eingeschränkt zur Verfügung (Kapitalmarkt bei Aktiengesellschaften)

5. Pflege

Der Arbeitskreis der Pflegedirektionen hat zum Ende des letzten Jahres begonnen, ein umfangreiches Positionspapier zur „Pflege im Jahr 2025“ zu erarbeiten. Hierbei ging es darum, die verschiedenen Problemstellungen und Entwicklungsnotwendigkeiten aufzuzeigen, um letztlich quasi einen Arbeitsplan für die nächsten Jahre zu haben. Die Vorarbeiten, die in ganztägigen Klausurtagungen in der Wolfsburg stattfanden, sind inzwischen abgeschlossen und eine Textfassung ist erarbeitet worden. Es stehen noch die Schlussredaktion und die Schlussabstimmung aus. Sodann kann dieses Positionspapier präsentiert werden.

6. Sonstiges

6.1 Präventionsordnung des Bistums Essen

Zur 33. Sitzung des Vorstandes war Frau Dr. Redeker, Präventionsbeauftragte des Bistums Essen eingeladen worden.

Sie berichtete über den aktuellen Stand hinsichtlich der Umsetzung der Präventionsordnung und das geplante weitere Vorgehen. Inhaltlich wurde die bislang geltende Frist für die Umsetzung bzw. die Erarbeitung des institutionellen Schutzkonzeptes auf den 31.12.2015 aufgehoben und bis zum 31.12.2018 verlängert.

Seitens des Bistums Essen wurde ein Mantelschutzkonzept erarbeitet, das zur Erarbeitung des institutionellen Schutzkonzeptes dient. Es wurde durch die Geschäftsstelle den Einrichtungen in mehreren Exemplaren zur Verfügung gestellt.

Von dieser Frist zu trennen ist die Umsetzung des Präventionskonzeptes. Hierfür gibt es keine Frist; vielmehr soll die Umsetzung als andauernder Prozess gesehen werden, so dass mittelfristig die Präventionsordnung und der dahinterstehende Schutzgedanke sachgerecht in den Einrichtungen verankert wird.

In einem nächsten Schritt sind von den Einrichtungen entsprechende Präventionsfachkräfte zu benennen, über die dann die weitere Kommunikation mit der Präventionsbeauftragten erfolgen soll. Der Vorgang wird kontinuierlich durch den DiCV begleitet.

6.2 Organspende

In der Vorstandssitzung am 11. Mai war Herr Brandtner von der DSO NRW, die ihren Sitz in Essen hat, zu Gast. Er berichtete über die aktuellen Entwicklungen hinsichtlich der Organspenden. Auffallend sei, dass die Transplantationszahlen im Jahr 2015 gegenüber dem Vorjahr um bis zu einem Drittel zurückgegangen seien. Es habe den Anschein, dass die Skandale der vergangenen Jahre zu einer deutlichen Verunsicherung beigetragen hätten. Es scheint aber auch Auswirkungen durch eine geänderte Richtlinie zur Hirntodfeststellung und durch ein verändertes Therapieverhalten zu geben. Verbunden wurde die Veranstaltung mit einer Information über das aktuelle Formularwesen und die aktuelle Finanzierung. Zu der Veranstaltung waren auch die Transplantationsbeauftragten eingeladen. Von diesen wurde über geeignete Verfahren zur strukturellen Einbindung der Arbeit der Transplantationsbeauftragten berichtet.

6.3 DiCV intern

Mit der Veränderung in der Position des Diözesan-Caritasdirektors einher gingen verschiedene Veränderungen in der Organisationsstruktur des DiCV Essen. Seitens der DiAG sind vier Mitglieder als Delegierte in die Delegiertenversammlung entsandt. Neu gestaltet werden soll der Caritasrat. Die DiAG war in die entsprechende Neufassung der Satzungsteile eingebunden und hat sich regelmäßig zum Austausch (insbesondere die entsandten Delegierten) getroffen. Allerdings konnten die Vorschläge der DiAG an einer sachgerechten Beteiligung der Krankenhäuser nicht umgesetzt werden. Gleichwohl wurde ein Kandidatenvorschlag für die anstehende Wahl in den Diözesan-Caritasrat unterbreitet.

(Peter Weingarten)
Vorsitzender

(Tapio Knüvener)
Geschäftsführer