

07/2016

Sabine Kirchen-Peters, Lukas Nock, Peter Baumeister, Birgit Mickley

PFLEGESTÜTZPUNKTE IN DEUTSCHLAND

DIE SICHT DER MITARBEITENDEN –
DER RECHTLICHE RAHMEN –
DIE POLITISCHE INTENTION

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Informationen zu den Autor_innen

Dr. Sabine Kirchen-Peters ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e. V. Sie forscht zu Versorgungsstrukturen für alte und demenzkranke Menschen und zu Arbeitsbedingungen und Arbeitsstrukturen in Pflegeeinrichtungen und Akutkrankenhäusern.

Lukas Nock ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) e. V. Er beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem Wandel sozialer Dienstleistungsarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Pflege.

Prof. Dr. iur. habil. Peter Baumeister ist Professor für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Europarecht an der SRH Hochschule Heidelberg und apl. Prof. der Universität Mannheim, selbstständiger Rechtsanwalt in der Kanzlei Schlatter Rechtsanwälte in Heidelberg sowie (ehrenamtlicher) Vorsitzender der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI Baden-Württemberg.

Birgit Mickley ist Geschäftsführerin der Bildungseinrichtung QualiGes, die bereits mehr als zehn Durchgänge der Weiterbildung für Pflegeberater_innen nach § 7a SGB XI durchgeführt hat.

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Severin Schmidt ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

Sabine Kirchen-Peters, Lukas Nock,
Peter Baumeister, Birgit Mickley

PFLEGESTÜTZPUNKTE IN DEUTSCHLAND

- 2 **VORBEMERKUNG UND ZEHN ZENTRALE THESEN DES PROJEKTS**
- Sabine Kirchen-Peters, Lukas Nock
- 5 **DIE SICHT DER MITARBEITENDEN**
- Peter Baumeister
- 37 **DER RECHTLICHE RAHMEN NACH § 92C SGB XI (UND § 7C SGB XI N. F.)**
- Birgit Mickley
- 63 **INTENTIONEN UND AKTUELLE DISKUSSION**

VORBEMERKUNG UND ZEHN ZENTRALE THESEN DES PROJEKTS

In den Jahren 2014 und 2015 erarbeiteten im Rahmen des Projekts „Pflegestützpunkte“ der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) rund 20 Expert_innen aus Pflegestützpunkten, Pflege- und Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, der kommunalen und der Landessozialverwaltung sowie aus der Politik, der Wissenschaft und Betroffenenverbänden eine Bestandsaufnahme der Pflegestützpunktentwicklung in Deutschland.

In Workshops, mittels Expertenanhörungen und einer umfassenden Befragung von Mitarbeiter_innen aus den Pflegestützpunkten erhoben sie die aktuellen Bedingungen der Pflegestützpunktarbeit und analysierten die Voraussetzungen einer wirkungsvollen Pflegeberatung. Ein umfangreicher Auswertungsbericht, der federführend von Dr. Sabine Kirchen-Peters und Lukas Nock vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso-Institut) in Saarbrücken erarbeitet wurde, liegt nun vor.

Ergänzend wurde Prof. Dr. Peter Baumeister von der SRH-Hochschule Heidelberg um eine Analyse und Bewertung des bisher gültigen rechtlichen Rahmens gebeten. Auch wenn seiner Bewertung vorrangig das SGB XI in seiner bis Ende 2015 gültigen Fassung zugrunde lag, gibt diese Ausarbeitung wertvolle Hilfen für die zukünftige Ausgestaltung der neuen gesetzlichen Vorgaben, die teilweise bereits im Pflegestärkungsgesetz II enthalten sind.

Von Prof. Baumeister werden auch Präzisierungsbedarfe aufgezeigt, die im beabsichtigten Pflegestärkungsgesetz III aufgegriffen werden müssen, soll diese soziale Innovation für die betroffenen Menschen eine wirkliche Struktur- und Leistungsverbesserung bringen.

Birgit Micky, die selbst beim Aufbau der ersten Modellpflegestützpunkte mitwirkte und weit über 100 Pflegeberater_innen entsprechend den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes weiterqualifizierte, fasst die aufgezeigten gesetzlichen Regeln zu einem Handlungsrahmen für die Errichtungs- und Betriebspraxis von Pflegestützpunkten zusammen. Sie beschreibt das gesetzlich gewollte strukturelle und inhaltliche Profil der Pflegestützpunkte.

Armin Lang, der unter anderem als Landtagsabgeordneter im Saarland an der konzeptionellen Entwicklung des Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung und der rechtlichen Ausgestaltung der Pflegestützpunkte mitwirkte und am Aufbau

der Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung in Rheinland-Pfalz und Saarland beteiligt war, moderierte diesen Arbeitskreis der Friedrich-Ebert-Stiftung zur Evaluation der Pflegestützpunkte.

Der Moderator dieses Arbeitskreises sowie der zuständige Referent in der FES haben – unter Mitarbeit des Landtagsabgeordneten Jörg Heydorn aus Mecklenburg-Vorpommern sowie von Chris Behrens von der AOK Nordost – zehn zentrale Schlussfolgerungen aus diesem Projekt gezogen, die wir hier zusammenfassend darstellen. Wenn Pflegestützpunkte tatsächlich eine wirkungsvolle soziale Innovation in einer älter werdenden Gesellschaft werden sollen, müssen diese – nach unserer Überzeugung – die nachfolgend dargestellten Anforderungen erfüllen.

1. Die Sicherung der Pflegeversorgung in der eigenen Häuslichkeit ist ein zentrales Anliegen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Auch der Gesetzgeber räumt dieser Hilfeform einen Vorrang ein. Oft scheitert sie jedoch an fehlenden Kenntnissen zu den vielfältig vorhandenen rechtlichen und fachlichen Hilfen sowie ihrem fall- und situationsgerechten Einsatz. Auch individuelle Blockaden und Ängste hindern oft bei der passgenauen und bedarfsgerechten Hilfeorganisation. „Wer hilft, wenn Hilfe gebraucht wird?“ – dies ist die zentrale Herausforderung in der Mehrheit der Familien, die die Pflege von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit sichern wollen. Noch werden fast 70 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in ihrer eigenen Wohnung versorgt. Mehr Single-Haushalte sowie das rückläufige Versorgungspotenzial stellen die Beibehaltung dieser Quote zunehmend infrage. Nur eine fachlich anspruchsvolle und qualitätsgesicherte Beratung auf der Basis sozialarbeiterischer und pflegerischer Grundausbildung inklusive Zusatzqualifikationen im Case und Care Management, mit quartiersbezogener und regionalspezifischer Kompetenz, kann zukünftig die häusliche Versorgung auch bei komplexem Hilfebedarf sichern.
2. Das Gesetz fordert die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt mit kontinuierlich und bedarfsgerecht für diese

Aufgaben dort beschäftigtem Personal und arbeitstätiger Präsenz. Die konkrete Aufgabenstellung dieser Beratungsspezialist_innen muss den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI und XII entsprechen.

Über die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt lösen die Kranken- und Pflegekassen ihre Sicherstellungsverpflichtung zum bedarfsgerechten Case Management (§ 7 a SGB XI) und die zum versorgungsoptimierenden bzw. -steuernden Care Management (§ 12 SGB XI) ein. Wenn die Kranken- und Pflegekassen mit vertretbarem Finanzaufwand auch im entferntesten Winkel des Landes ihre hilfebedürftigen Versicherten bedarfsadäquat mit Pflegeberatung und Pflegebegleitung erreichen wollen, ist der gemeinschaftlich mit anderen Partnern betriebene Pflegestützpunkt die einzige effektive und effiziente Lösung. Sporadische Pflegeberatung, „virtuelle Pflegestützpunkte“ sowie die Zuordnung von Care und Case Management auf unterschiedliche Institutionen erfüllen nicht die gesetzlich geforderten Voraussetzungen einer professionellen Pflegeberatung und Pflegebegleitung.

3. Pflegeberatung im Pflegestützpunkt ist mehr als SGB-V- und SGB-XI-Beratung. Das gesamte Spektrum des Sozialgesetzbuches kommt zum Einsatz. Um die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige zu sichern, werden auch die gesetzlich oder tarifvertraglich geregelten Freistellungsansprüche von Arbeitnehmer_innen, die finanzielle Förderung altersgerechter Wohnungsgestaltung, das Wissen über technische Hilfen im Alltag und vieles mehr gebraucht.

Hilfen aus unterschiedlichen Rechts- und Zuständigkeitsbereichen müssen sich gegenseitig ergänzen bzw. ineinandergreifen. Deshalb sollten die Kranken- und Pflegekassen bzw. ihre Verbände sowie die kommunalen Gebietskörperschaften und die Länder kooperativ zusammenwirken und daher auch gleichverantwortlich gleichberechtigte Träger der Pflegestützpunkte sein.

Gerade die Länder, die als überörtliche Sozialhilfeträger bei der Mitfinanzierung der Heimkosten pflegebedürftiger Menschen gefordert sind, sollten sich aktiv in die Pflegestützpunktarbeit mit Steuerungsverantwortung einbringen. Ihre steuernde Mitwirkung hilft letztlich auch bei der Begrenzung des Anstiegs der Finanzierungsbelastungen der Kommunen in den Bereichen „Hilfe zur Pflege“ bzw. „Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes“ ohne Leistungsverweigerung. Die aktive Mitwirkungspflicht der kommunalen Ebene bei der Sicherstellung von Beratung und Koordinierung der Leistungen für hilfesuchende Menschen gibt das SGB XII, in dessen § 4, vor.

4. Die gleichberechtigte und gleichverantwortliche Aufgabenwahrnehmung durch Kranken- und Pflegekassen, kommunale Gebietskörperschaften und Länder begründet auch eine gemeinsame Kostenträgerschaft („Drittelfinanzierung“) der laufenden Ausgaben inklusive der ständigen bedarfsgerechten Personalisierung der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt. Zur Förderung der Pflegekompetenz in den Regionen und zum Aufbau von Netzwerkstrukturen sowie für die bedarfsgerechte Entwicklung seiner Arbeit braucht der Pflegestützpunkt eine flexibel

einsetzbare finanzielle Grundausrüstung, die über die Finanzierung der laufenden Personalkosten hinausgeht. Pflegestützpunkte müssen sich proaktiv in die Gestaltung der regionalen Versorgungslandschaft und in die Steigerung der Selbsthilfekompetenz der Bürger_innen einbringen können.

5. Das Case Management zur Optimierung der Versorgung von multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen setzt ein funktionierendes Care Management voraus. Deshalb ist die Größe des Einzugsbereichs eines Pflegestützpunktes so zu wählen, dass der Aufbau vernetzter Strukturen zur Realisierung eines Hilfemixes von Profi- und Laienpflege, von ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung in den Bereichen Medizin, Pflege und Alltagshilfen möglich ist. Der Gesetzgeber will die „Beratung aus einer Hand“. Eine Trennung von Pflege- und Sozialberatung widerspricht dem gesetzlich gewollten und fachlich gebotenen integrierten Beratungs- und Hilfekonzept. Schnittstellen sollen überwunden und nicht neu geschaffen werden.
6. Für den erfolgreichen Aufbau und die sachgerechte Führung von Pflegestützpunkten sind eindeutige Organisations- und Verantwortungsstrukturen erforderlich. Weil Pflegestützpunkte in ihren jeweiligen Einzugsbereichen Schlüsselstellungen bei der Organisation und Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung hilfebedürftiger Menschen einnehmen und durch Case Management eine sehr weitgehende Verantwortung für Menschen wahrnehmen, muss die Beratung und Begleitung stets qualitätsgesichert, auf fachlich aktuellem Wissens- und Kenntnisstand basierend, stattfinden. Pflegestützpunkte bedürfen der unmittelbaren fachlichen Führung. Getrennte Dienst- und Fachaufsichten sind für die Zielerreichung hinderlich.
7. Pflegestützpunkte müssen finanziell abgesichert und unabhängig ihrer Arbeit nachgehen können. Unabhängig von der jeweiligen Anstellungsträgerschaft müssen die Pflegeberater_innen kosten- und leistungsträgerneutral die Pflegebedürftigen und deren Angehörige sachgerecht beraten und begleiten.

Die von den Pflegestützpunkten erarbeiteten Versorgungspläne müssen bei den Leistungsentscheidungen der Kostenträger Berücksichtigung finden. Dazu müssen sich die bei der Trägerschaft der Pflegestützpunkte kooperierenden Kostenträger vertraglich verpflichten. Hierzu gehört auch die Bereitschaft zur Einleitung bedarfsgerechter Prävention, bspw. durch die frühzeitige Gewährung von rehabilitativen Maßnahmen und die Durchführung präventiver Hausbesuche.

Auch das versorgungsoptimierende Zusammenwirken von Kranken- und Pflegekassen, niedergelassenen Ärzt_innen, Kliniken sowie Heil- und Hilfsmittelerbringern ist sicherzustellen. Die Gestaltung einer kooperierenden und integrierenden Versorgungsstruktur in der Region ist von den Führungsebenen der Kosten- und Leistungsträger vertraglich zu vereinbaren (z. B. durch populationsbezogene IV-Verträge).

Insoweit ist den Kranken- und Pflegekassen zu empfehlen, ihre wettbewerblichen Interessen der qualifizierten und insgesamt wirtschaftlichen Versorgungsbedarfsdeckung unterzuordnen.

Die Krankenkassen sind – nach unserer Überzeugung – gut beraten, die Fachkompetenz in den Pflegestützpunkten bei der Versorgungsbegleitung und Versorgungssteuerung ihrer insbesondere multimorbiden Versicherten zu nutzen. Wenn bei vielen Krankenkassen 80 Prozent ihrer Leistungsaufwendungen von weniger als 20 Prozent ihrer Versicherten verbraucht werden, drängt sich die professionelle Beratung und Begleitung der pflegebedürftigen und mehrfachkranken Menschen zur Versorgungsoptimierung ohne Leistungsverweigerung geradezu auf.

8. Pflegestützpunkte bedürfen verbindlich festgelegter, flexibler Arbeitsstrukturen und einer bedarfsadäquaten Personalausstattung. Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit unter Einbezug des familiären und gegebenenfalls auch nachbarschaftlichen Umfeldes muss bedarfsgerecht und kontinuierlich ausgeübt werden können. Auch bei der Existenz einer zentralen Anlaufstelle muss die dezentrale Aufgabenwahrnehmung, beispielsweise in Außenstellen, über lokale Sprechstunden, durch Telekommunikation als Ergänzung und Unterstützung der persönlichen Beratung oder auch mittels Gebärdendolmetscher_innen möglich sein. Die Nutzung einer einheitlichen Beratungssoftware ist landesweit vorzusehen, und darauf aufbauend ist eine ständige Evaluation zu etablieren.
9. Die Mindestqualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter_innen in den Pflegestützpunkten sind gemäß Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes festgelegt. Alle Fachkräfte im Pflegestützpunkt müssen diese Zusatzqualifikation absolvieren. Nur so kann Beratung und Begleitung ohne neue Brüche sichergestellt werden. Ebenso müssen die Träger der Pflegestützpunkte das aktuell notwendige Wissen für die Pflegeberatung durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der dort tätigen Fachkräfte gewährleisten. Hier sind auch die ehrenamtlich Mitwirkenden einzubeziehen. Aufgrund der hohen persönlichen Belastung in der Beratungsarbeit ist den Pflegeberater_innen bei Bedarf zur Sicherung der Beratungsqualität und ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit Supervision zu ermöglichen.
10. In den gesetzlichen Vorgaben, den Allgemeinverfügungen der Länder bzw. in den auf Landesebene abzuschließenden Landesrahmenverträgen ist demnach verbindlich zu regeln:
 - die Wahrnehmung der Sicherstellungsverpflichtung, gegebenenfalls ihre Durchsetzung mittels Ersatzvorhaben durch die nach § 46 Abs. 6, S. 1 SGB XI für die Aufsicht über die Kranken- und Pflegekassen zuständigen Stellen;
 - die verbindliche Beteiligung der Gebietskörperschaften und aller Kassen im Versorgungsbereich sowie des jeweiligen Landes an der Sicherstellung der Pflegeberatung und der Errichtung der Pflegestützpunkte;

- die gleichberechtigte, dauerhafte und bedarfsadäquate Personalisierung und Finanzierung;
- die verantwortliche Führung der Pflegestützpunkte und die Sicherstellung „einer integrierten Beratung“ mit bedarfsgerechtem Care und Case Management sowie die Trägerverantwortung für die Systemgestaltung in der Versorgungsregion, die Einbeziehung weiterer Beteiligter und die mögliche Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflegestützpunkte (z. B. Wohnberatung, Initiierung und Begleitung bürgerschaftlichen Engagements, Hilfe für demenzkranke Menschen, Optimierung der hausärztlichen Versorgung, Kooperation mit Servicestellen gem. SGB IX);
- die bedarfsgerechte kosten- und leistungs-trägerneutrale sowie die barrierefreie Beratung;
- die Klarstellung, dass der Rechtsanspruch auf integrierte Pflegeberatung nur im partnerschaftlich getragenen Pflegestützpunkt eingelöst werden kann.

Im Pflegestärkungsgesetz II, welches mit 1.1.2016 in Kraft getreten ist, sind bereits einige Klarstellungen bzgl. der Verantwortlichkeiten, des Aufbaus und der Ausgestaltung von Pflegeberatung im Pflegestützpunkt erfolgt. Weitere müssen insbesondere im geplanten Pflegestärkungsgesetz III, welches die Stärkung der kommunalen Mitwirkung und ihre Mitverantwortung in der Pflege regeln soll, folgen. Die konsequente und bedarfsgerechte Sicherstellung der Pflegeberatung „aus einer Hand“ ist ein wesentliches Instrument zur Versorgungsoptimierung. Sie hilft den Betroffenen, die häusliche Kranken- und Pflegeversorgung zu sichern, sie entlastet und motiviert die pflegenden Angehörigen, sie ermöglicht die sachgerechte und wirtschaftliche Versorgungssteuerung und trägt somit zur Stärkung der Akzeptanz unserer sozialen Sicherungssysteme bei.

Wir danken allen Beteiligten für ihre engagierte Mitarbeit und wertvollen Beiträge zu diesem Projekt! Über Ihr Feedback zu den vorliegenden Texten würden wir uns freuen.

SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik

ARMIN LANG

Moderator des Arbeitskreises Pflegestützpunkte

Sabine Kirchen-Peters, Lukas Nock

DIE SICHT DER MITARBEITENDEN

6	1	EINLEITUNG
7	2	EXECUTIVE SUMMARY
9	3	ZIELE DES PROJEKTS UND METHODISCHER ANSATZ
11	4	ANALYSEDIMENSIONEN UND SCHLÜSSELINDIKATOREN
13	5	ÜBERBLICK ÜBER VORANGEGANGENE STUDIEN
16	6	AUSWERTUNG DER SCHRIFTLICHEN DOKUMENTE AUS DEN BUNDESLÄNDERN
20	7	ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG
21	7.1	Ergebnisse zum übergeordneten Rahmen von PSP
22	7.2	Ergebnisse zur Dienstleistungspraxis von PSP
25	7.3	Ergebnisse zur Organisationspraxis von PSP
31	8	FAZIT UND EMPFEHLUNGEN
35		Tabellen- und Abbildungsverzeichnis
36		Abkürzungsverzeichnis
36		Literaturverzeichnis

1

EINLEITUNG

Seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), das im Jahr 2008 in Kraft getreten ist, besteht in Deutschland ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung. Hintergrund der Gesetzesinitiative war die Erfahrung, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige häufig mit der Beantragung und Organisation von Hilfen überfordert waren. In der Konsequenz wurden die in den Sozialgesetzbüchern verankerten Leistungen zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen. Insbesondere fehlte es an neutralen Beratungsinstanzen, die in der Lage waren, eine qualitativ hochwertige und umfassende Unterstützung „aus einer Hand“ zu leisten. Nun sollte auf der Grundlage des Gesetzes eine flächendeckende Infrastruktur von wohnortnahen Anlaufstellen geschaffen werden, um die im Paragraphen 7a SGB XI aufgelisteten Beratungsleistungen zu erbringen:

- die systematische Erfassung des Hilfebedarfs;
- die Erstellung eines umfassenden individuellen Hilfeplans;
- das Hinwirken auf die Umsetzung der festgelegten Maßnahmen;
- das Monitoring der Umsetzung des Hilfeplans;
- die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Als Organisationsform für die Erbringung der Leistungen empfahl der Gesetzgeber in § 92c SGB XI die Errichtung von Pflegestützpunkten (PSP) und formulierte umfassende Anforderungen an deren Ausgestaltung:

- Die Beratung soll eine unabhängige und neutrale Auskunft zu den Rechten und Pflichten der Versicherten nach den Sozialgesetzbüchern umfassen sowie eine Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme der vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote bieten.
- Auf der Ebene des Einzelfalls soll sich die Beratung nicht auf Auskünfte beschränken, sondern auch die Koordinierung und Fallsteuerung beinhalten, womit stärker als bisher ein systematisches Case Management verankert wurde.
- Zudem wurde festgelegt, dass PSP auf der Ebene der Versorgungsanbieter ein Care Management betreiben sollen, indem sie u. a. die zur Verfügung stehenden pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangebote der unterschiedlichen Träger miteinander vernetzen.

Die Case und Care Managementfunktion wurde zusätzlich im § 12 SGB XI gestützt, mit dem die Pflegekassen aufgefordert werden, die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren und sicherzustellen, damit im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen können.

Die Mitwirkungspflicht der kommunalen Gebietskörperschaften bei der Sicherstellung von Beratungen und koordinierenden Leistungen ist auch im SGB XI, bspw. in § 4, begründet. Auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI könnten grundsätzlich von PSP übernommen werden.

Seit der Einführung der gesetzlichen Regelung im Jahr 2008 sind nun die PSP in den meisten Bundesländern aus der Implementationsphase in den regelhaften Betrieb übergegangen. Derzeit bestehen bundesweit ca. 400 PSP, wobei diese in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich dicht angesiedelt sind. So gibt es z. B. in Sachsen und Sachsen-Anhalt keine PSP, während diese z. B. in Rheinland-Pfalz in großer Zahl eingerichtet wurden.

Vor diesem Hintergrund hat die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) im Jahr 2014 ein Forschungsprojekt initiiert, um erstmals wissenschaftliche Erkenntnisse zur bundesweiten Situation von PSP im Regelbetrieb zu generieren. Der vorliegende Bericht stellt die Gesamtergebnisse dieser Studie dar. Im Folgenden werden zunächst die genaueren Ziele und der methodische Ansatz sowie die Analysedimensionen und Schlüsselindikatoren der Untersuchung beschrieben. In einem weiteren Kapitel folgt die Wiedergabe des aktuellen Forschungsstandes in Form eines kommentierten Literaturüberblicks. Daran anschließend werden die Ergebnisse einer systematischen Dokumentenanalyse von gesetzlichen Regelungen aus den einzelnen Bundesländern zur Errichtung von PSP vergleichend dargestellt. Im Hauptteil des Berichtes finden sich die Ergebnisse einer standardisierten Befragung von PSP zu übergeordneten Rahmenbedingungen, zur Dienstleistungs- sowie zur Organisationspraxis. In einem abschließenden Teil werden die vorgestellten Ergebnisse zusammengefasst und zu Handlungsempfehlungen verdichtet.

2

EXECUTIVE SUMMARY

Die vorliegende Studie zu Pflegestützpunkten in Deutschland wurde zwischen Dezember 2013 und Januar 2015 durchgeführt. Ziel der Untersuchung war eine Bewertung des Umsetzungsstandes sowie der Entwicklungspotenziale dieser noch vergleichsweise neuen Angebotsform. Die folgenden Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf einer standardisierten Mitarbeiterbefragung in PSP. Es konnten insgesamt 151 Pflegestützpunkte, also fast 40 Prozent aller Einrichtungen erreicht werden. Der Forschungsprozess wurde von einem Expertenbeirat mit Vertreter_innen aus Wissenschaft, Politik, Praxis sowie Kassen der Bundes- und Länderebene begleitet und durch kontinuierliche Diskussionsbeiträge unterstützt.

ZENTRALE BEFUNDE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die Evaluation hat insbesondere verdeutlicht, dass sich in Deutschland eine große Vielfalt an Umsetzungsvarianten von PSP herausgebildet hat. Diese Vielfalt ist vor allem deshalb zustande gekommen, weil in den Länderregelungen an vielen Punkten keine stringenten Vorgaben z. B. zu Einzugsgebiet, Struktur, Leistungserbringung und Ausstattung formuliert wurden. Daneben ist deutlich geworden, dass auch innerhalb der Länder große Varianzen in der Umsetzung bestehen. Demnach ist davon auszugehen, dass auch andere Variablen die Umsetzung von PSP beeinflussen, wie z. B. die Trägerschaft oder die Betriebsdauer.

In aller Regel weisen die PSP angemessene Räumlichkeiten und Öffnungszeiten auf, sie werden zumeist mit mindestens zwei Fachkräften aus den Berufen der Sozialarbeit und der Pflege besetzt, und es werden die gesetzlich definierten Aufgaben der Beratung sowie des Case und Care Managements überall erbracht. Damit die PSP ihre Entwicklungspotenziale bundesweit noch stärker nutzen können, werden aus der Studie folgende Empfehlungen abgeleitet:

– Chancen von Vorgaben ausschöpfen

Allgemeinverfügungen und Rahmenverträge sollten stärker als Steuerungsinstrumente bei der Ausgestaltung von Pflegestützpunkten genutzt und Vorgaben verbindlicher formuliert und nachgehalten werden. Dazu gehö-

ren vor allem klarere Regelungen zur Trägerschaft und zur Finanzierung. Weder die gesetzlich angestrebte „gemeinsame Verantwortung“ von Kassen und Kommunen noch die Kostenträgerschaft sollten ohne konkrete Vorgaben allein auf regionaler Ebene ausgehandelt werden. Außerdem sollten Einzugsgebiete definiert, die angestrebte Versorgungsdichte festgelegt und nominale wie qualifikatorische Angaben zur personellen Ausstattung formuliert werden.

– Abbau von Zugangsbarrieren

Bei den derzeit üblichen Einzugsgebieten von über 100.000 Einwohner_innen pro Pflegestützpunkt kann ein problemloser Zugang zum Beratungsangebot nicht überall angenommen werden. Es sollten deswegen entweder die Einzugsgebiete der Pflegestützpunkte verkleinert werden oder eine personelle Aufstockung erfolgen. Für den Abbau von Zugangsbarrieren ist außerdem entscheidend, PSP so zu organisieren, dass eine regelhafte Durchführung von Hausbesuchen problemlos möglich ist. Weiterhin ist eine niedrigschwellige Anbindung der PSP ebenso anzustreben wie eine gute zeitliche und räumliche Erreichbarkeit.

– Aufgabenvielfalt bei der strategischen Entwicklung berücksichtigen

Die enorme Aufgabenvielfalt und die perspektivischen Herausforderungen an PSP sollten bei ihrer strategischen (Weiter-)Entwicklung berücksichtigt werden. Die besonderen Anforderungen entstehen insbesondere durch komplexe Beratungsthemen wie z. B. der Prävention von Pflegebedürftigkeit, der Gesunderhaltung der Angehörigen, der speziellen Demenzberatung oder der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund. Damit solche Aufgaben erfolgreich übernommen werden können, muss insbesondere ein weiterer Ausbau des Case und Care Managements erfolgen. Besonders wichtig erscheinen in diesem Zusammenhang Maßnahmen zur Stärkung von Kooperationen zwischen den PSP, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzt_innen.

– **Personalkonzepte entwickeln**

Ein zentrales Qualitätsmerkmal der PSP ist die personelle Besetzung. Hier gilt es sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht dafür zu sorgen, dass nicht nur akute und kurzfristige Beratungen, sondern auch längerfristige Case und Care Managementaufgaben erfüllt werden können. Die Leistungsfähigkeit der Stützpunkte ist damit nicht nur von einer ausreichenden Personalmenge abhängig, sondern bedarf gleichermaßen eines Personalkonzepts, das Qualifizierung, Personalbindung und Personalpflege berücksichtigt. Die Untersuchung zeigte einen deutlichen Entwicklungsbedarf bei relevanten Zusatzqualifikationen wie der Weiterbildung zur Pflegeberatung nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands.

– **Optimierung der Arbeitsorganisation**

Personalstärkere PSP sollten Teamleitungen bestimmen, um eine effiziente Arbeitsorganisation zu gewährleisten. Weitere Formen von Arbeitsteilung, etwa die Zuweisung regionaler oder thematischer Zuständigkeiten (z. B. Öffentlichkeitsarbeit), können grundsätzlich sinnvoll sein. Diese sollten jedoch nicht dazu führen, dass Ratsuchende innerhalb der Organisation PSP nicht mehr eine „Beratung aus einer Hand“ erhalten. Anzuraten ist zudem, Prozessempfehlungen als Orientierung für das Care Management zu entwickeln, um die Kooperations- und Netzwerkarbeit von PSP systematischer zu gestalten.

3

ZIELE DES PROJEKTS UND METHODISCHER ANSATZ

Derzeit fehlt es an einer ausreichenden Datengrundlage, wie PSP ihre Beratungsarbeit im bundesweiten Vergleich umsetzen und inwieweit sie sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben ausrichten. Zudem liegen keine Informationen darüber vor, inwieweit sich die PSP an neuen Herausforderungen in Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung (z. B. Zunahme von Demenzkranken, wachsende Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund) oder an neuen sozial- und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen (z. B. technische Innovationen) orientieren.

Die vorliegende Untersuchung soll eine empirisch fundierte Diskussionsgrundlage über Entwicklungspotenziale von PSP schaffen und Handlungsempfehlungen für politisch Verantwortliche und Stakeholder im Gesundheitswesen formulieren. Dabei sollen die Erfolge der Stützpunktarbeit ebenso herausgearbeitet werden wie die derzeit noch bestehenden Umsetzungsprobleme auf verschiedenen Ebenen. Nach den Vorgaben der FES sollen mit der Evaluation vor allem folgende Fragen beantwortet werden:

- Gibt es eine Kluft zwischen den gesetzlichen Vorgaben zu den PSP und der praktischen Umsetzung dieser Vorgaben? Welche gesetzlichen Präzisierungen sind nötig, um diese Kluft ggf. zu schließen?
- Wie muss die Pflegeberatung organisiert werden, damit Care und Case Management erfolgreich durchgeführt werden können?
- Wie ist eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Trägern der PSP zu gewährleisten?
- Wie kann eine neutrale – am Pflegebedürftigen orientierte – Beratung organisiert werden?
- Wie müssen die Einzugsbereiche der PSP zugeschnitten sein, damit eine erfolgreiche Arbeit möglich ist?
- Welche berufliche Qualifikation brauchen Mitarbeiter_innen in PSP?
- Welche Qualitätsstandards für die Arbeit von PSP sind wünschenswert?

Die Aufgabe der Evaluation war es, auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden qualitative und quantitative Aussagen zur Zielerreichung, zu förderlichen und hemmenden

Faktoren, also letztlich zum Erfolg der PSP im Sinne einer Gesamtbilanzierung zu treffen. Die operative Durchführung der Evaluation erfolgte mithilfe eines mehrdimensionalen methodischen Ansatzes:

(a) Literaturrecherche und Dokumentenanalyse

In einem ersten Analyseschritt wurden die vorliegenden Studien zur Umsetzung von PSP gesichtet und ausgewertet. Dieser Arbeitsschritt diente insbesondere der Präzisierung des Evaluationskonzeptes. Zudem sollten Anknüpfungspunkte für eine im Rahmen eines Workshops gemeinsam mit den Autor_innen anderer Evaluationen vorzunehmende Bewertung der Studienlage gefunden werden.

(b) Auswertung von schriftlichen Unterlagen zur Umsetzung von PSP in den Bundesländern

Im Rahmen einer Dokumentenanalyse wurden zudem die für die jeweiligen Bundesländer vorliegenden schriftlichen Unterlagen zur Errichtung von PSP ausgewertet. Dazu wurden die zuständigen Referent_innen der Bundesländer gebeten, die aktuellen schriftlichen vertraglichen Regelungen (Landesrahmenverträge, Allgemeinverfügungen, Pflegestützpunktverträge, Tätigkeitsbeschreibung usw.) an das iso-Institut zu übersenden. Dadurch konnte ein bundesweiter Vergleich der aktuellen rechtlichen und politischen Rahmensetzungen der PSP ermöglicht werden.

(c) Schriftliche Befragung von Mitarbeiter_innen der PSP

Im Zentrum des empirischen Konzepts stand eine schriftliche Befragung der Mitarbeiter_innen in PSP. Bei der Formulierung der Fragen standen quantitativ gut darstellbare Outputkriterien im Vordergrund, die mittels Ratingskalen erfasst werden konnten. Die standardisierte Befragung war als Vollerhebung angelegt und wurde in Form eines Online-Surveys in Kooperation mit einem professionellen Dienstleister organisiert. Pro PSP wurde nur ein Fragebogen ausgefüllt. Die Datenanalyse erfolgte computergestützt.

(d) Experteninterviews

Zur Fundierung des Fragebogens für die schriftliche Befragung und als Interpretationshilfe bei der Ergebnisauswertung

wurden Interviews mit ausgewählten Expert_innen durchgeführt. Dabei handelte es sich zum einen um Mitarbeiter_innen von PSP, zum anderen um Evaluator_innen mit breiten Erfahrungen in pflegerelevanten Fragestellungen. Die persönliche Befragung der Akteur_innen hatte den Vorteil, dass diese ihre Erfahrungen und Einschätzungen differenziert mitteilen konnten und somit auch komplexere Zusammenhänge und kritische Äußerungen im Vorfeld der standardisierten Erhebung angemessen berücksichtigt werden konnten. Die Inputs aus den Experteninterviews flossen in die Ergebnisdiskussion und in die Handlungsempfehlungen ein.

(e) Begleitende Diskussion im Rahmen von Workshops der FES

Zu unterschiedlichen Zeitpunkten führte die FES Workshops mit einer festen, den Projektverlauf begleitenden Arbeitsgruppe durch. Das Gremium wurde von der Stiftung mit namhaften Expert_innen aus dem Bereich der Wissenschaft sowie mit Vertreter_innen von Kassen, Ländern, Kommunen und Wohlfahrtspflege gebildet. Die Workshops wurden dazu genutzt, die zum jeweiligen Zeitpunkt vorliegenden Ergebnisse zu diskutieren und Anregungen zum weiteren Vorgehen (z. B. Feintuning des Evaluationskonzepts, Maßnahmen zur Förderung des Rücklaufs der schriftlichen Befragung durch den Einsatz von Multiplikator_innen usw.) zu sammeln. Es fanden insgesamt drei Workshops zu folgenden Themen statt:

- Workshop zur Konzeptualisierung der Evaluation und zur Entwicklung von Evaluationskriterien: Beim Workshop wurden die bisher vorliegenden politischen und wissenschaftlichen Erfahrungen zu den Pflegestützpunkten zusammengetragen. Vor allem aber wurde in Arbeitsgruppen der eigentliche Sollzustand für verschiedene Handlungsbereiche herausgearbeitet. Diese Beschreibung diente als Referenzfolie für die Evaluation. In den Arbeitsgruppen wurde differenziert nach der politischen Rahmensetzung (Makroebene), der Organisation und Arbeitsweise der PSP (Mesoebene) und der konkreten Dienstleistungspraxis (Mikroebene) ein Anforderungsprofil entwickelt.
- Workshop zur Bewertung und Diskussion der Ergebnisse der Literaturrecherche und Dokumentenanalyse: Zu diesem Workshop wurden ausgewählte Autor_innen bisheriger Studien mit Bezug zu PSP eingeladen. Eine zentrale Funktion des Workshops bestand darin, die Erfahrungen der Wissenschaftler_innen zu ermitteln und zu eruieren, an welchen Punkten diese weiteren Forschungsbedarf sahen. Zudem wurde festgestellt, dass es an einem aktuellen Überblick über die Rahmensetzung in den einzelnen Bundesländern fehlte, was zur Konzipierung des entsprechenden Arbeitspakets führte.
- Workshop zur Diskussion der Ergebnisse der schriftlichen Befragung: In diesem Workshop wurden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung vorgestellt und in einem erweiterten Expertenkreis diskutiert. Der bestehende Arbeitskreis wurde dazu insbesondere durch weitere Kassenvertreter_innen der Bundes- und Länderebene verstärkt. Die Diskussion lieferte wertvolle Anregungen

zur Interpretation der Ergebnisse sowie wichtige Impulse für die im Endbericht formulierten Empfehlungen für politisch Verantwortliche.

Nach Abschluss der empirischen Erhebungen wurde der Endbericht zunächst als Bestandsaufnahme der Entwicklung von PSP in Deutschland als Werkstattfassung formuliert. Nach einer weiteren Abstimmung dieses Entwurfs im Rahmen eines vierten Workshops wurde das vorliegende Papier von einem Redaktionsteam erstellt.

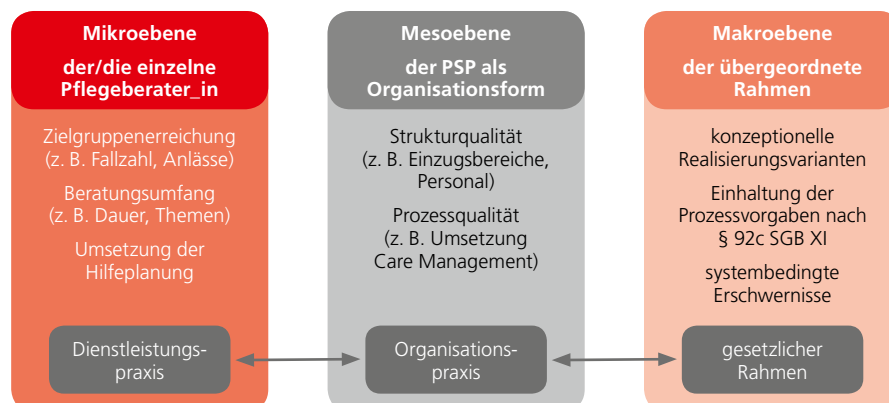
4

ANALYSEDIMENSIONEN UND SCHLÜSSEL-INDIKATOREN

Im Rahmen des ersten projektbegleitenden Workshops wurden drei Analysedimensionen entwickelt, die die Evaluation strukturierten und eine systematische Herangehensweise

bei der Datenerhebung und -auswertung ermöglichten. Die zentralen Fragestellungen und Projektziele lassen sich danach wie in Abbildung 1 darstellen.

Abbildung 1
Analysedimensionen



Quelle: Eigene Darstellung.

Um eine zielführende Evaluation vornehmen zu können, mussten zunächst die beim Workshop eher abstrakt formulierten Fragestellungen operationalisiert und anhand klar umrissener Indikatoren überprüfbar gemacht werden. Als Grundlage dieses Arbeitsschritts diente eine Literaturanalyse, auf deren Grundlage im Rahmen der Expertendiskussion zu allen Analysedimensionen Schlüsselindikatoren gebildet wurden (vgl. Kapitel „Überblick über vorangegangene Studien“). Diese mussten sich sowohl an den gesetzlichen

Vorgaben für die PSP-Arbeit orientieren als auch an den allgemeinen Herausforderungen durch die demografische Entwicklung und durch neue wissenschaftliche bzw. fachliche Erkenntnisse. Bei den Indikatoren handelte es sich einerseits um quantifizierbare Kategorien (z. B. Fallzahlen, zeitlicher Umfang der Beratung), zum anderen um qualitative Aspekte (z. B. Herausforderungen in der Beratungsarbeit). Welche Indikatoren im Einzelnen auf den verschiedenen Ebenen zur Anwendung gebracht wurden, zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1
Schlüsselindikatoren nach Analyseebenen

Analysedimensionen	Beispiele für Schlüsselindikatoren
Mikroebene	
Arbeitsweise der einzelnen Pflegeberater_innen	Zielgruppenerreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen • Beratungsthemen • Zeitpunkt der Beratung (z. B. im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit) • Anteil aufsuchender Beratung Beratungsumfang: <ul style="list-style-type: none"> • zeitlicher Umfang der Beratungen • Wartezeiten • Umgang mit speziellen Beratungsbedarfen (z. B. Demenz) • Ausrichtung an neuen Erkenntnissen (z. B. technische Neuerungen) • Umsetzung des Case Managements
Mesoebene	
PSP als Organisationsform	Strukturqualität: <ul style="list-style-type: none"> • Anbindung • Raumkonzept • Öffnungszeiten • Personalstellen • Leitungsstruktur • Berufe/Qualifikationsstruktur • interner Support/Supervision Prozessqualität: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisation/Arbeitsteilung • Zahl der Netzwerkpartner_innen • Verbindlichkeit der Kooperationsabsprachen • Einbezug von Selbsthilfe/Ehrenamt • Impulse zur Verbesserung des regionalen Hilfeangebots • Öffentlichkeitsarbeit
Makroebene	
übergeordneter Rahmen	konzeptionelle Realisierungsvarianten: <ul style="list-style-type: none"> • Trägerschaft • Kostenträgerschaft • Landesbeteiligung an der Finanzierung Einhaltung der Prozessvorgaben nach § 92c SBG XI: <ul style="list-style-type: none"> • verbindliche Vorgaben für Qualitätsstandards in Allgemeinverfügungen oder Landesrahmenverträgen • Umsetzung der neutralen Beratung systembedingte Erschwernisse: <ul style="list-style-type: none"> • Definition der Einzugsbereiche • konkurrierende Beratungsstrukturen in der Region • Konkurrenz der Pflegekassen

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Rahmen der Evaluation wurden Bezüge und Zusammenhänge zwischen den drei Betrachtungsebenen hergestellt. Dadurch war es möglich, nicht nur den Stand der Umsetzung der PSP in den einzelnen Bundesländern nachzuvollziehen, sondern auch Hinweise auf förderliche bzw. hemmende Faktoren herauszufiltern. Der Erfolg der PSP auf der Mikro- und Mesoebene sowie die Frage, inwieweit die PSP ihre gesetzlich vorgegebenen Aufgaben erfüllen können, hängt in entscheidendem Maße von den übergeordneten Rahmenbedingungen, z. B. von den konzeptionellen Realisierungs-

varianten auf der Landesebene, ab. Die zu diesen Themen erarbeiteten Indikatoren konnten nur in Ansätzen über die schriftliche Befragung erfasst werden (Trägerschaft, Definition der Einzugsbereiche, Überschneidung von Beratungsstrukturen). Zur weiteren Exploration wurden die Bundesländer in einem zusätzlichen Arbeitsschritt gebeten, die zur Ausgestaltung der PSP vorliegenden schriftlichen Vereinbarungen zu übersenden. Die Auswertung dieser Materialien findet sich im Kapitel „Auswertung der schriftlichen Dokumente aus den Bundesländern“.

5

ÜBERBLICK ÜBER VORANGEGANGENE STUDIEN

Es existiert eine Reihe von Studien und wissenschaftlichen Begleitvorhaben aus der Zeit vor und während der Einführung der PSP. Die Vorgehensweisen und Ergebnisse dieser Studien wurden zu Beginn des Projekts analysiert, um das Evaluationskonzept zu fundieren.

Eine erste Studie vor Einführung der Pflegestützpunkte wurde vom iso-Institut in Kooperation mit der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen und dem Institut für Medizinische Soziologie an der Charité durchgeführt. Es handelte sich um das Projekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere pflege- und hilfsbedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“. In dem vom GKV-Spitzenverband geförderten Vorhaben wurden u. a. Leistungs- und Qualitätsstandards der Pflege- und Wohnberatung definiert, ein Screeningverfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs entwickelt sowie die Effektivität und Effizienz des Beratungsprozesses bewertet (Schweizer 2007). Die Ergebnisse des Projekts sind in die Konzeptionierung der Pflegestützpunkte eingeflossen.

Im Jahr 2007 legte das Bundesgesundheitsministerium zudem das Projekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ auf. Ziel des vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) durchgeführten Vorhabens war die Begleitung von 16 geförderten Pilot-

stützpunkten sowie die Entwicklung von Instrumenten für den flächendeckenden Aufbau der PSP (Michell-Auli 2010). Eine weitere bundesweit angelegte Studie aus der Einführungsphase der PSP führte ein Forschungsverbund aus dem Institut AGP (Alter. Gesellschaft. Partizipation) für angewandte Sozialforschung, der Hans Weinberger Akademie und Infratest im Auftrag des GKV-Spitzenverbands durch. Das im Dezember 2011 vorgelegte Gutachten belegt ebenso wie die KDA-Studie eine hohe Zufriedenheit der Nutzer_innen. Es werden jedoch Entwicklungsbedarfe identifiziert, z. B. beim Zugang zur Beratung, in der Umsetzung des Fallmanagements oder in der Wahrnehmung von Koordinierungsaufgaben. Betont wurde die Schwierigkeit einer Gesamtbewertung vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern und der unterschiedlichen Organisationsmodelle der Kranken- und Pflegekassen (Klie et al. 2011).

Neben den bundesweit angelegten Studien wurden in einigen Bundesländern Begleitstudien durchgeführt, die den Fortschritt der Stützpunktarbeit in bestimmten Regionen ermitteln sollten. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die zu Beginn des Projekts vorliegenden veröffentlichten Forschungsarbeiten zum Themenfeld PSP.

Tabelle 2
Studienlage

Institut	Region	Auftraggeber	Erhebungsphase	Jahr der Veröffentlichung
Kuratorium Deutsche Altershilfe AGP Institut, Hans Weinberger Akademie, Infratest	bundesweit	BMG	April 2008– März 2010	2010
Universitätsklinikum HH-Eppendorf/Universität HH	Hamburg	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz	November 2009 – November 2010	2011
Rambøll Management Consulting GmbH	Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg	2009–2011	2011
QualiGes – Gesellschaft für Qualifizierung im Gesundheitswesen	Saarland	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes/vdek	2009–2011	2011
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Goethe Universität Frankfurt	Hessen	Hessisches Sozialministerium	Januar 2010 – März 2012	2012
Zentrum für Sozialpolitik	Bremen	Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Land Bremen	März– September 2010	2012

Quelle: Eigene Darstellung.

Neben den bundesweit angelegten Studien aus der Frühphase der PSP lagen zum Zeitpunkt der Auswertung im Februar 2014 fünf veröffentlichte Regionalstudien von unterschiedlichen wissenschaftlichen Instituten vor. Bis zu diesem Zeitpunkt nicht veröffentlichte Evaluationen konnten nicht berücksichtigt werden. Es wird deutlich, dass sich die Erhebungsphasen aller Studien mit Ausnahme von Hessen auf eine sehr frühe Phase der Umsetzung von PSP beziehen. Daraus lässt sich ableiten, dass es derzeit an einem aktualisierten Überblick fehlt, wie sich die PSP seit ihrer Einführung bundesweit entwickelt haben. Zudem verfolgen die bisher vorliegenden Arbeiten differierende Themen und Erkenntnisinteressen. Die folgende Tabelle 3 veranschaulicht die Fragestellungen und Schwerpunkte der untersuchten Studien.

Bei näherer Betrachtung der Einzelstudien zeigen sich teilweise erhebliche inhaltliche, formelle und methodische Unterschiede, die einen direkten Vergleich der erzielten Ergebnisse erschweren. So variieren die Berichte allein vom Umfang zwischen 51 und 330 Seiten, was sich natürlich auch in der Breite der jeweils bearbeiteten Fragestellungen widerspiegelt. Zwar liegen die inhaltlichen Schwerpunkte in den meisten Fällen auf Aspekten der Ausgestaltung und Wirksamkeit von PSP, doch zeigen sich bei der konkreten Ausformulierung der Aufgabenstellungen erhebliche Varianzen mit Blick auf die Differenzierungstiefe. Zusätzlich erschwert wird ein Ergebnisvergleich durch die heterogenen Kombinationen sozialwissenschaftlicher Methoden (vgl. Tabelle 4), die den jeweiligen Untersuchungen zugrunde liegen.

Tabelle 3
Fragestellungen und Schwerpunkte der Studien

Region	Fragestellungen und Schwerpunkte
bundesweit KDA	<ul style="list-style-type: none"> • Konzeption, Leistung und Performance der PSP • betriebswirtschaftliche Funktionen • Grad der Zielerreichung + Weiterentwicklungsbedarf • Empfehlungen + Instrumente für Aufbau + Betrieb
bundesweit GKV	<ul style="list-style-type: none"> • Organisations- und Nutzerstrukturen der Pflegeberatung • Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern • Zusammensetzung der Pflegeberatungseinrichtungen • Zugänglichkeit und Wirksamkeitsempfinden (Nutzer_innen)
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> • Kongruenz, Ressourceneinsatz und Nachfrage • Bedarfsermittlung Nutzer_innen • Sonder-PSP für Kinder und Jugendliche
Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> • Steuerung der pflegerischen Versorgung auf den verschiedenen Ebenen • Optimierungspotenziale und Good Practice-Beispiele • Bedarfsanalyse
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> • Sollkonzept für die saarländischen PSP • Stand der Umsetzung (Hinweise auf Stärken + Schwächen)
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Bemessungsverfahrens • Kundenzufriedenheit • Vernetzung der PSP • interne Arbeitsorganisation • Handlungsempfehlungen
Bremen	<ul style="list-style-type: none"> • Kongruenz Beratungsleistungen und Beratungsbedarf (Nutzer_innen) • Vernetzung mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen • Stabilisierung der häuslichen pflegerischen Versorgung • Erfüllung der Kriterien des § 7 a SGB XI • Umsetzung der ergänzenden Beratungsleistungen

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 4
Methodik der Studien

Methode	KDA	GKV	HH	BB	SL	HE	HB
Dokumentenanalyse	x	x	x	x			x
Mitarbeiter_innenbefragung (quantitativ)			x				
Mitarbeiter_innenbefragung (qualitativ)	x		x			x	x
Nutzer_innenbefragung (quantitativ)	x	x	x			x	x
Nutzer_innenbefragung (qualitativ)		x		x			
Expert_inneninterviews (extern)		x	x	x	x	x	
Gruppendiskussion (Nutzer_innen)			x				
Fallstudien	x	x		x			
Sonstiges	x	x	x			x	x

Quelle: Eigene Darstellung.

Verbreitet sind neben Dokumentenanalysen und Experteninterviews vor allem quantitative Befragungen der Nutzer_innen und qualitative Befragungen der Mitarbeiter_innen von PSP. Unter „Sonstiges“ tauchen zudem sehr individuelle methodische Ansätze wie Werkstattgespräche, Bedarfsrechnungen oder Bemessungsverfahren auf.

Insgesamt lässt sich nach der Analyse der verwendeten Erhebungsinstrumente eine große Diversität bei der Fragenentwicklung und Kategorienbildung erkennen, sodass aus den Regionalstudien keinerlei vergleichbare Aussagen abgeleitet werden konnten. Dies betrifft u. a. die Weise, wie die Fallarbeit quantifiziert wurde. So gibt es bspw. sehr unterschiedliche Vorgehensweisen, wie „Fälle“ definiert und von „Kontakten“ abgegrenzt wurden, und nicht immer ist ersichtlich, auf welchen Bearbeitungszeitraum sich die ermittelten Fallzahlen beziehen.

Ein weiterer restriktiver Faktor ergibt sich aus dem Umstand, dass sich die jeweiligen Erhebungsphasen der Regionalstudien meist auf die Jahre 2010 und 2011 beziehen, die Ergebnisse somit lediglich die „frühe Phase“ der PSP skizzieren und keine Aussagen zum „Regelbetrieb“ erlauben.

Auf Grundlage der Literaturanalyse lässt sich zusammenfassen, dass die Studienlage kein homogenes Ergebnisbild zum Stand der PSP ergibt. Dafür sind insbesondere folgende Gründe zu nennen:

- differierende Fragestellungen bei den Untersuchungen;
- verschiedene methodische Vorgehensweisen und Operationalisierungen;
- teilweise unbrauchbare/lückenhafte Daten (z. B. Fallzahlen, spezielle Zielgruppen etc.)

Im Bereich der qualitativen Ergebnisse der Studien sind jedoch teilweise übereinstimmende Aussagen zu finden. Diese beziehen sich z. B. auf die Empfehlung, die Erreichbarkeit der PSP für die Ratsuchenden zu erhöhen. Zum anderen wurde in mehreren Studien darauf hingewiesen, dass PSP noch zu wenig Case und Care Management betreiben. Die Analyse des Forschungsstandes unterstreicht insgesamt betrachtet den Bedarf einer bundesweiten, einheitlichen Datenerhebung zu PSP in Deutschland.

6

AUSWERTUNG DER SCHRIFTLICHEN DOKUMENTE AUS DEN BUNDESLÄNDERN

Die folgende Auswertung basiert auf den schriftlichen Dokumenten, die die Bundesländer dem iso-Institut für die Studie zur Verfügung gestellt haben. Es konnten nur die vorliegenden Informationen verarbeitet werden. Zudem wurden die Workshops genutzt, um die schriftliche Datengrundlage zu verifizieren und ggf. zu ergänzen.

Nach Inkrafttreten des PfWG im Jahr 2008 hatten die Bundesländer die Möglichkeit, die Errichtung von PSP durch eine Allgemeinverfügung auf der Grundlage von §92 Abs. 8 SGB XI staatlich anzuordnen. Eine weitere Variante bestand im Verzicht auf eine solche verbindliche Verfügung, um den Verbänden der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden die Möglichkeit zu lassen, auf dem Verhandlungsweg einen Landesrahmenvertrag zustande zu bringen. Wie in der folgenden Tabelle 5 verdeutlicht wird, haben zwischen 2008 und 2010 fast alle Bundesländer von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Allgemeinverfügungen zur Errichtung von PSP zu erlassen. Nur Niedersachsen und Brandenburg haben auf eine Allgemeinverfügung verzichtet. In Brandenburg erfolgte der Aufbau der PSP über Einzelerrichtungsverfügungen anstelle einer Allgemeinverfügung. In Thüringen existiert zwar eine Allgemeinverfügung, doch standen dem iso-Institut darüber hinaus keine weiteren Unterlagen zur Verfügung. Sachsen und Sachsen-Anhalt haben keine PSP errichtet.

In elf Bundesländern wurden Rahmenverträge zwischen den Kassen und Kommunen abgeschlossen, in denen Angaben zur Ausgestaltung der PSP enthalten sind. In Brandenburg stellt der Rahmenvertrag nur eine Vereinbarung der Pflegekassen dar. Laut den vorliegenden Zahlen waren in den Ländern durchschnittlich 28 PSP eingerichtet. Dabei schwankten die Werte zwischen drei PSP in Thüringen und Bremen sowie 135 in Rheinland-Pfalz.

VERSORGUNGSDICHTE

Schwankungen sind auch hinsichtlich der erreichten Versorgungsdichte zu konstatieren. Die größte Versorgungsdichte erreicht Rheinland-Pfalz, wo ein PSP für rund 30.000 Einwohner_innen zuständig ist. Eine vergleichsweise hohe Dichte an PSP besteht zudem im Saarland, in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (je 1 PSP auf ca. 125.000 Einwohner_innen). Wenige PSP haben Einzugsgebiete von über einer Million Einwohner_innen. Dazu zählen z. B. Bayern, wo es eine Arbeitsteilung zwischen PSP und einer intensiv betriebenen Pflegeberatung der Kassen gibt, und Thüringen, wo keine weiteren Informationen zur Umsetzung der Pflegeberatung vorliegen (vgl. Kapitel „Ergebnisse der schriftlichen Befragung“, Ausführungen zu Hausbesuchen).

Tabelle 5
Allgemeinverfügungen und Rahmenverträge (Ländervergleich)

Länder	Allgemeinverfügung	Landesrahmenvertrag	Zahl der errichteten PSP	erreichte Versorgungsdichte (Einwohner_innen je PSP)	Vorgaben zur personellen Ausstattung je PSP	Finanzierung der Personal- und Sachkosten
Baden-Württemberg	am 22.1.2010 ¹	Kooperationsvereinbarung ersetzt Landesrahmenvertrag ² (15.12.2009)	48 (Mai 2014) ⁴	ca. 1:222.833 (ca. 10,6 Mio. Einwohner_innen)	durchgängige Präsenz mindestens einer Fachkraft ²	Gesetzliche Kranken-/Pflegekassen zu jeweils einem Drittel, kommunale Träger zu einem Drittel
Bayern	am 22.10.2009 ¹	am 1.11.2009 ¹	8 (Aug. 2014) ⁶	ca. 1:1.550.000 (ca. 12,4 Mio. Einwohner_innen)	nicht bekannt	Die Träger der PSP sollen eine Vereinbarung über die Aufteilung der Kosten treffen.
Berlin	am 12.12.2008 ¹	am 1.11.2009 ¹	28 (Aug. 2014) ⁷	ca. 1:125.000 (ca. 3,5 Mio. Einwohner_innen)	2,5 VZ-Stellen (Land) ³	Das Land finanziert die bisherigen Koordinierungsstellen mit einem Personal- und Sachkostenaufwand von 133.500 Euro je Stelle, die PSP werden von den Kassen finanziert.
Brandenburg	ab 4.2.2009 Einzelverfügungen je PSP	Landesrahmenvertrag zwischen den Pflegekassen sowie örtliche Kooperationsvereinbarungen	19 (Aug. 2014) ⁸	ca. 1: 126.315 (ca. 2,4 Mio. Einwohner_innen)	nicht bekannt	Die Finanzierung erfolgt durch die Träger des PSP zu jeweils 1/3.
Bremen	am 25.9.2008 ¹	am 1.4.2009 ¹	3 (Aug. 2014) ⁹	1:183.333 (ca. 550.000 Einwohner_innen)	2 VZ-Stellen: (1 VZ-Stelle Kassen) 1 VZ-Stelle Kommune ³	Personalkosten für die Pflegeberatung tragen die Krankenkassen und Pflegekassen (Umlage). Die Personalkosten für die Beratung nach dem SGB XII tragen die jeweiligen Stadtgemeinden. Das Land beteiligt sich mit 5.000 Euro/Jahr an den Sachkosten. Die Restkosten werden durch 3 geteilt.
Hamburg	am 1.1.2009 ¹	am 16.1.2009 ¹	9 (Aug. 2014) ¹⁰	ca. 1:200.000 (ca. 1,8 Mio. Einwohner_innen)	3 VZ-Stellen: (2 VZ-Stellen (Kasse(n)) 1 VZ-Stelle Kommune ³)	Die Finanzierung erfolgt zu einem Drittel von der Stadt und zu zwei Dritteln von den Kassen.
Hessen	am 1.1.2009 ¹	am 1.5.2009 ¹	23 (Aug. 2014) ¹¹	ca. 1:260.869 (ca. 6 Mio. Einwohner_innen)	in der Aufbauphase 2 VZ-Stellen ³	Die Träger treffen Vereinbarungen über die Übernahme der Kosten in einem Stützpunktvertrag. Der Anteil der Kassen darf den Anteil der Kommunen nicht überschreiten. Eine Aufteilung der Kosten zwischen Kassen und Kommunen wird empfohlen, sofern eine gemeinsame Trägerschaft zustande kommt. Das Land gewährt den Kommunen Finanzausweisungen von jährlich 730.000 Euro und übernimmt damit maximal 70 Prozent der Personalkosten.
Mecklenburg-Vorpommern	am 9.10.2010 ⁵	am 1.12.2010 ³	13 (Juni 2013) ¹²	ca. 1:123.076 (ca. 1,6 Mio. Einwohner_innen)	Die Anzahl der Mitarbeiter_innen ist im Stützpunktvertrag zu vereinbaren. Eine regelhafte Personalausstattung von 2-3 VZ-Stellen ist bei Beteiligung des Landkreises anzustreben.	gemeinsame Finanzierung durch kommunale Gebietskörperschaften und Pflegekassen (Beteiligung der Pflegekassen max. 2,1 Mio. Euro insgesamt)
Niedersachsen	nein ¹	am 28.5.2009 ⁵	23 (Mai 2011) ⁵	1:343.000 (ca. 7,9 Mio. Einwohner_innen) ⁵	mindestens 2 TZ-Kräfte mit jeweils mindestens 50 Prozent einer VZ-Beschäftigung ⁵	Der Träger trägt seine Sach- und Personalkosten selbst, es sei denn, es wird infolge einer Beauftragung ein Kostenausgleich vereinbart.
Nordrhein-Westfalen	am 28.4.2009 ¹	am 1.5.2009 ¹	53 (Aug. 2014) ¹³	ca. 1:323.636 (ca. 17,8 Mio. Einwohner_innen)	Die Anzahl der Mitarbeiter_innen ist im Stützpunktvertrag zu vereinbaren. In der zweijährigen Erprobungsphase sind 2 VZ-Stellen vorgesehen. ³	Die Personalkosten für die früheren Beratungs- und Koordinierungsstellen werden zwischen dem Land, den Pflegekassen und zum kleineren Teil den Trägern dieser Stellen aufgeteilt. Die Kommunen sind lediglich an den Sachkosten der PSP beteiligt.
Rheinland-Pfalz	am 1.8.2008 ⁵	am 1.1.2009 ⁵	135 (Juni 2011) ⁵	1:29.600 (ca. 4 Mio. Einwohner_innen) ⁵	1,5 VZ-Stellen ⁵	Die Personalkosten für die früheren Beratungs- und Koordinierungsstellen werden zwischen dem Land, den Pflegekassen und zum kleineren Teil den Trägern dieser Stellen aufgeteilt. Die Kommunen sind lediglich an den Sachkosten der PSP beteiligt.
Saarlund	am 14.8.2008 ¹	am 1.1.2009 ¹	8 (Aug. 2014) ¹⁴	ca. 1:125.000 (ca. 1 Mio. Einwohner_innen)	3 VZ-Stellen, zusätzliche Verwaltungskräfte im erforderlichen Umfang ³	Das Land trägt jeweils ein Drittel der notwendigen Kosten.
Schleswig-Holstein	am 1.10.2008 ¹	am 1.7.2009 ¹	12 (Aug. 2014) ¹⁵	ca. 1:350.000 (ca. 2,8 Mio. Einwohner_innen)	2 VZ-Stellen und 0,5 VZ-Stellen für administrative Aufgabe ³	Das Land, die Pflege-/Krankenkassen sowie die Kreise und kreisfreien Städte tragen ein Drittel der Aufwendungen.
Sachsen	keine Pflegestützpunkte errichtet					
Sachsen-Anhalt	keine Pflegestützpunkte errichtet					
Thüringen	am 1.5.2010 ¹	nicht bekannt	3 (Aug. 2014) ¹⁶	ca. 1: 100.000 (ca. 2,2 Mio. Einwohner_innen)	nicht bekannt	nicht bekannt

Quelle:
 1 Klie et al. 2011;
 2 Kooperationsvereinbarung Baden-Württemberg; Landesrahmenvertrag des Bundeslandes;
 3 Hildebrandt et al. 2014;
 4 http://www.pflegestuetzpunkte.de/cms/index.php?article_id=5;
 5 <http://www.pflegestuetzpunkte.de/unsere-standorte/>;
 6 <http://www.hamburg.de/pflegestuetzpunkte/>;
 7 <http://www.landeszentrum-pflegeberatung-mw.de/pflegestuetzpunkte-in-nrw.html>;
 8 <http://www.thueringen.de/th7/tmsfg/soziales/pflegestuetzpunkte/>;
 9 <http://www.psp-saar.net/>;
 10 http://www.bkk-hessen.de/pflegestuetzpunkte_in_hessen/;
 11 <http://www.pflegestuetzpunkte.de/>;
 12 <http://www.pflegestuetzpunkte.de/>;
 13 <http://www.pflegestuetzpunkte.de/>;
 14 <http://www.pflegestuetzpunkte.de/>;
 15 <http://www.schleswig-holstein.de/>;
 16 <http://www.pflegestuetzpunkte.de/>;

PERSONELLE AUSSTATTUNG

Zur Interpretation der Versorgungsdichte sind zudem regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. So verfügen z. B. die PSP im Saarland und in Hamburg mit durchschnittlich 3,0 Vollzeitstellen über deutlich mehr Personal als die PSP in vielen anderen Regionen und können dadurch größere Einzugsgebiete abdecken. Auch für Mecklenburg-Vorpommern wurde eine personelle Ausstattung von 2,0 bis 3,0 Vollzeitstellen empfohlen, wenn die Landkreise am PSP beteiligt sind. In fast allen Rahmenverträgen werden Vorgaben zur personellen Ausstattung der PSP formuliert. In fünf Verträgen wird die Besetzung von 2,0 Vollzeitstellen angeraten (Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein), wobei in Schleswig-Holstein zusätzlich eine halbe Stelle für administrative Aufgaben aufgeführt wird. Rheinland-Pfalz besetzt die PSP aufgrund des relativ kleinen Einzugsgebiets nur mit 1,5 Stellen. Manche Länder verzichten in den Rahmenverträgen ganz auf Vorgaben zur personellen Ausstattung (z. B. Brandenburg, Bayern) oder halten die Vorgaben eher vage wie in Baden-Württemberg (durchgängige Präsenz mindestens einer Fachkraft).

FINANZIERUNG

Aus den meisten Landesrahmenverträgen gehen zudem Informationen über die Finanzierung der PSP hervor. Diese Vorgaben sind jedoch unterschiedlich stark konkretisiert. Im nordrhein-westfälischen Landesrahmenvertrag ist beispielsweise lediglich formuliert, dass der Träger des PSP die Personal- und Sachkosten selbst trägt. Laut den Vorschlägen im Vertrag wären zu zwei Dritteln die federführenden Kassen Träger und zu einem Drittel die ansässige Kommune. Auch aus dem Rahmenvertrag für Hessen gehen keine eindeutigen Regelungen zur Finanzierung hervor. Die Träger der PSP werden vielmehr dazu angehalten, Vereinbarungen über die notwendigen Kosten in einem Stützpunktvertrag zu treffen, wobei der Finanzierungsanteil der Kassen den der Kommunen nicht übersteigen sollte. Ähnliches gilt für Bayern. Hier sind die Träger aufgefordert, eine Vereinbarung über die anteilige Finanzierung der Betriebskosten abzuschließen. Im Bayerischen Rahmenvertrag wird die Federführung der Kassen für die PSP betont, eine kommunale Beteiligung jedoch als wünschenswert erklärt. Die im Rahmenvertrag avisierten 60 PSP sind aufgrund des „Bayerischen Wegs“ nicht zustande gekommen. Die AOK führt für ihre Versicherten eine ausgedehnte mobile Pflegeberatung durch, während dies für die Ratsuchenden anderer Kassenarten vom Medizinischen Dienst – ebenfalls primär aufsuchend – erfolgt.

In Brandenburg erfolgt die Finanzierung zu je einem Drittel durch den Landkreis und die beteiligten Kranken- und Pflegekassen. Für Mecklenburg-Vorpommern wird eine Aufteilung der Kosten im Rahmenvertrag empfohlen, sofern eine gemeinsame Trägerschaft von Kassen und Kommunen zustande kommt. In einer gesonderten Vereinbarung ist geregelt, dass das Land Mecklenburg-Vorpommern bis zu 70 Prozent der Personalkosten der PSP bis zu einem maximalen Volumen von 730.000 Euro übernimmt.

In einem kleineren Teil der Länder gibt es im Hinblick auf die Kostenübernahme eine klare und einheitliche Vorgabe in den Rahmenverträgen. Dies trifft z. B. auf das Saarland und auf Schleswig-Holstein zu, wo Personal- und alle bzw. ein Großteil der Sachkosten jeweils zu einem Drittel von den Kassen, den kommunalen Gebietskörperschaften und dem Land übernommen werden. In Bremen beteiligt sich das Land jährlich mit 5.000 Euro an den Sachkosten der PSP. Ansonsten wird hier eine hälftige Finanzierung zwischen Pflegekassen und Kommunen vorgegeben. In Berlin kommt das Land für die bisherigen Beratungs- und Koordinierungsstellen bis zu einem finanziellen Limit von 133.500 Euro pro Einrichtung und einem Gesamtvolumen von 1.602.000 Euro auf, während die neu errichteten PSP von den Pflege- und Krankenkassen ohne kommunale Beteiligung getragen werden. In Rheinland-Pfalz besteht der Sonderfall, dass die früheren Beratungs- und Koordinierungsstellen (BEKO), die in der Regel von Trägern der Wohlfahrtspflege besetzt wurden, in der Struktur der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten aufgegangen sind. Die Personalkosten für diese Stellen werden nunmehr zwischen dem Land, den Pflegekassen und zum kleineren Teil von den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen aufgeteilt. Die kommunalen Gebietskörperschaften sind lediglich an den Sachkosten der örtlichen Pflegestützpunkte beteiligt. In Baden-Württemberg und Hamburg werden jeweils zwei Drittel der Kosten von Pflege- und Krankenkassen sowie ein Drittel von den kommunalen Trägern übernommen. Auch in Niedersachsen teilen sich Kassen und Kommunen die Finanzierung der PSP auf, wobei der Anteil der Kassen auf max. 2,1 Millionen Euro gedeckelt ist.

ORGANISATION UND AUSGESTALTUNG DER PSP

In einigen Ländern wurden bereits in den Rahmenverträgen oder sogar in den Allgemeinverfügungen Vorgaben oder Empfehlungen zur Organisation und Ausgestaltung von PSP formuliert. In Rheinland-Pfalz wurde z. B. im Landesrahmenvertrag die Vorhaltung eines einheitlichen Dokumentationssystems gefordert sowie die Einbindung ehrenamtlichen Engagements. In Schleswig-Holstein wurde eine Aufgabenteilung zwischen PSP und Pflegeberatung festgelegt. Danach übernehmen die PSP eher die koordinierenden Aufgaben und verstehen sich als allgemeine Anlaufstellen, während die Pflegeberater_innen das Einzelfallmanagement übernehmen. Die unterschiedlichen Aufgaben sind tabellarisch nach den §§ 92c bzw. 7a SGB XI unterteilt. Zudem sind in den Anlagen des entsprechenden Rahmenvertrages Angaben zu Berufsgruppen und wünschenswerten Qualifikationen formuliert. Ergänzend zum Rahmenvertrag liegt dem iso-Institut ein Schreiben vor, in dem vonseiten der Landkreise festgestellt wird, dass die Errichtung von PSP der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kommunen untergeordnet werden muss und damit der Entscheidung des Kreises oder der kreisfreien Stadt obliegt.

Der Rahmenvertrag aus Niedersachsen empfiehlt u. a. die Anbindung von PSP an kommunale Gebietskörperschaften

oder Seniorenservicebüros, die Mindestpersonalbesetzung mit zwei Personen und eine Öffnungszeit von mindestens 30 Wochenstunden. In Mecklenburg-Vorpommern wird im Rahmenvertrag die Errichtung eines PSP pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt empfohlen. Die Kassen sollen auf eine Beteiligung der Kommunen hinwirken. Als Aufgaben werden neben der Beratung die Koordinierung und Vernetzung genannt. Im Hinblick auf weitere Details, wie z. B. die personelle Ausstattung, werden nur Empfehlungen gegeben und auf den Stützpunktvertrag zwischen den örtlichen Trägern verwiesen. Ausformuliert ist hingegen der Anspruch einer gemeinsamen Software und einer übergreifenden Qualitätssicherung. Für Nordrhein-Westfalen liegt ein umfangreicher Rahmenvertrag vor, in dem z. B. beschrieben ist, welche Aspekte im einzelnen Stützpunktvertrag geregelt werden sollen. Zudem sind für alle PSP bindende Kriterien formuliert worden wie etwa der Vorrang der aufsuchenden Beratung oder die Schaltung einer landesweiten Telefonservicenummer. Empfohlen wird auch die Weiterqualifizierung des Personals nach den Kriterien des GKV, und es wird großer Wert auf die Nutzung vorhandener Beratungsstrukturen gelegt (z. B. Demenzservicezentren oder Wohnberatungsstellen). Im Saarland werden im Rahmenvertrag umfangreiche Anforderungen an die Ausgestaltung der Arbeit der PSP formuliert. So wird in der Aufgabenbeschreibung bspw. darauf verwiesen, dass sowohl die Koordinierung und Vernetzung der Hilfen als auch der Ausbau von bürgerschaftlichem Engagement zum Tätigkeitsprofil eines PSP zählen. Daneben werden Aussagen zur Regionalisierung der Beratung getroffen, zu den Einzugsbereichen und zur ganztägigen Erreichbarkeit der Stützpunkte. Im Bereich Personal wird die Weiterbildung zum/zur Pflegeberater_in nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands festgeschrieben und ein Mindestbeschäftigungsumfang von einer halben Stelle vorgegeben. Mit Blick auf die Räumlichkeiten wird explizit auf Barrierefreiheit verwiesen. Darüber hinaus folgt die Empfehlung zur Bildung eines Kooperationsausschusses mit wechselndem Vorsitz, um eine gleichförmige Arbeit in den PSP zu gewährleisten. Schließlich wird die Nutzung einer einheitlichen Software sowie eines Verfahrens zur Evaluation und Qualitätssicherung der Beratung festgelegt.

Auch in Hamburg wurde im Rahmenvertrag eine Reihe von Verbindlichkeiten hergestellt. Dargestellt sind z. B. der Prozess des schrittweisen Aufbaus von PSP sowie die Möglichkeit, hamburgweite PSP für bestimmte Zielgruppen zu etablieren. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll in Hamburg möglichst in die PSP integriert werden. Im Vergleich zu den anderen Rahmenverträgen fällt insbesondere auf, dass dem Aspekt der Neutralität eine große Bedeutung zugemessen wird. So wird eine Errichtung von PSP bei Leistungsanbietern ausgeschlossen. Zudem wird ebenso wie in Hessen eine wissenschaftliche Begleitung empfohlen. In Hessen wird zudem – ähnlich wie in Schleswig-Holstein – zwischen den eher koordinierenden und vernetzenden Leistungen der PSP sowie der Pflegeberatung durch die Kassen unterschieden. Der Berliner Rahmenvertrag konzentriert sich u. a. auf die Regelung der Zusammenarbeit zwischen den bestehenden Koordinierungsstellen und den neu errichteten PSP sowie auf die Herstellung geeigneter Rahmenbedin-

gungen für eine klientenfreundliche Beratung (Öffnungszeiten, Einstellung auf spezifische Beratungsthemen, Abstimmungen von Versorgungsplänen etc.).

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich zu einem späteren Zeitpunkt entworfene Rahmenverträge häufig an vorangegangenen Mustern orientiert haben, sodass sich die Ausformulierungen teilweise wiederholen. Der Verbindlichkeitsgrad der Verträge ist sehr unterschiedlich. Dies betrifft auch wichtige Rahmenbedingungen wie die Finanzierung oder die personelle Ausstattung. Im Hinblick auf die im Gesetz geforderte Neutralität der Beratung erfolgt in fast allen Verträgen ein expliziter Hinweis auf deren Notwendigkeit.

7

ERGEBNISSE DER SCHRIFTLICHEN BEFRAGUNG

Bevor die konkreten Ergebnisse der schriftlichen Befragung dargestellt werden, soll zunächst kurz auf die vielfältigen Reaktionen eingegangen werden, die der Evaluation von unterschiedlichen Seiten entgegengebracht wurden. So haben bereits im laufenden Forschungsprozess eine Fülle von Personen und namhaften Institutionen ein hohes Interesse an den Ergebnissen bekundet, was das Argument bestärkt, dass derzeit ein akuter Datenmangel zum Thema PSP vorliegt. Weitere Anfragen zur Studie wurden von der Bundesebene der Krankenkassen bzw. von regionalen Kassenvertreter_innen mit der Bitte um zusätzliche mündliche und schriftliche Erläuterungen zur Befragung an das iso-Institut herangetragen. Die Anfragen verdeutlichten, dass die im zweiten Workshop der FES verabredete Informationsstrategie zum Projekt zu einem uneinheitlichen Kenntnisstand geführt hat. Im Beisein mehrerer ausgewählter Vertreter_innen regionaler Kassen war vereinbart worden, die Information zur Evaluation über die zuständigen Referate der Bundesländer zu transportieren. Diese Strategie hat in den Ländern offensichtlich nicht immer den gleichen Erfolg erzielt.

Dennoch konnte letztlich ein zufriedenstellender Rücklauf von rund 40 Prozent erzielt werden. Wie der folgenden Tabelle 6 zu entnehmen ist, ist die Teilnahme an der Studie in den Bundesländern jedoch sehr unterschiedlich ausgefallen.

Die PSP aus Hessen und Niedersachsen haben sich nicht an der Studie beteiligt. Auch aus PSP anderer Länder liegen wenige Fragebögen vor, sodass in diesen Fällen keine tiefer greifenden, das gesamte Land betreffenden Aussagen getroffen werden können. Dies gilt z. B. für Nordrhein-Westfalen mit einer Rücklaufquote von unter 20 Prozent oder Thüringen, wo Aussagen auf einem beantworteten Fragebogen basieren würden.

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den in Kapitel 3 beschriebenen Analysedimensionen. In die Darstellung fließen jeweils erklärende Aspekte und Ergebnisinterpretationen mit ein, die in der Diskussion mit den Expert_innen im Rahmen der FES-Workshops erarbeitet wurden.

Tabelle 6
Rücklauf nach Bundesländern

Rücklauf nach Bundesländern	n (netto)	n (brutto)	Rücklaufquote	Sampleanteil
Baden-Württemberg	37	48	77,1 %	24,5 %
Bayern	8	8	100,0 %	5,3 %
Berlin	22	26	84,6 %	14,6 %
Brandenburg	16	19	84,2 %	10,6 %
Bremen	3	3	100,0 %	2,0 %
Hamburg	5	9	55,6 %	3,3 %
Hessen	0	23	0,0 %	0,0 %
Mecklenburg-Vorpommern	11	13	84,6 %	7,3 %
Niedersachsen	0	23	0,0 %	0,0 %
Nordrhein-Westfalen	10	55	18,2 %	6,6 %
Rheinland-Pfalz	27	135	20,0 %	17,9 %
Saarland	7	8	87,5 %	4,6 %
Schleswig-Holstein	4	8	50,0 %	2,6 %
Thüringen	1	2	50,0 %	0,7 %
gesamt	151	382	39,5 %	100,0 %

Quelle: Eigene Darstellung.

7.1 ERGEBNISSE ZUM ÜBERGEORDNETEN RAHMEN VON PSP

In den Rahmenverträgen zur Umsetzung der PSP wurden in unterschiedlicher Intensität Vorgaben bzw. Empfehlungen zur Ausgestaltung von Rahmenbedingungen formuliert (vgl. Kapitel „Auswertung der schriftlichen Dokumente aus den Bundesländern“). Diese prägen das Bild der PSP in den einzelnen Ländern. Im Rahmen des Surveys wurden Angaben zur Trägerschaft, zur Struktur des Einzugsgebiets, zur räumlichen Anbindung sowie zu sich überschneidenden Beratungsstrukturen erfasst.

Tabelle 7
Trägerstruktur

Trägerstruktur	n	%
Kommune + Pflege-/Krankenkasse	68	45,3
Kommune + Pflegekasse + Leistungserbringer	8	5,3
Kommune + Pflegekasse + Land	17	11,3
nur Kommune	34	22,7
nur Pflegekasse	16	10,7
Sonstiges	7	4,7
fehlend	1	
gesamt	151	100,0

Quelle: Eigene Darstellung.

Wie aus der Tabelle 7 hervorgeht, wird eine gemeinsame Verantwortung zwischen Pflege-/Krankenkasse und kommunaler Gebietskörperschaft in rund 62 Prozent der befragten PSP umgesetzt. Dabei wird diese Trärgemeinschaft teilweise durch einen Leistungserbringer (5,3 Prozent) oder durch das Land erweitert (11,3 Prozent), wobei Letzteres insbesondere für PSP in Rheinland-Pfalz gilt. Alleinige Träger-schaften von Kommunen oder Kassen werden vor allem in Baden-Württemberg und Berlin angegeben.

Tabelle 8
Einwohner_innen im Einzugsgebiet

Einwohner_innen im Einzugsgebiet	n	%
< 20.000	4	2,7
20.000 bis 50.000	29	19,3
50.000 bis 100.000	28	18,7
> 100.000	89	59,3
fehlend	1	
gesamt	151	100,0

Quelle: Eigene Darstellung.

Nur rund 20 Prozent der PSP haben Einzugsgebiete unter 50.000 Einwohner_innen. In der Mehrzahl der Fälle umfassen die Einzugsgebiete der PSP über 100.000 Einwohner_innen (ca. 60 Prozent). Größere Einzugsgebiete sind nicht per se negativ zu bewerten, wenn mit steigender Einwohnerzahl ein höherer Personalansatz verbunden ist. Dies ist jedoch nur in einzelnen Bundesländern der Fall, wie die folgenden Daten verdeutlichen. Damit kann festgestellt werden, dass

große Einzugsgebiete dann ein Problem für den Zugang zur Beratung darstellen, wenn sie nicht mit ausreichender Personalkapazität unterlegt sind.

Tabelle 9
Struktur des Einzugsgebiets

Struktur des Einzugsgebiets	n	%
ländlich/kleinstädtisch	77	51,0
mittelstädtisch	30	19,9
großstädtisch	44	29,1
gesamt	151	100,0

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Probleme mit überdimensionierten Einzugsbereichen stellen sich noch gravierender dar, wenn es sich um weniger besiedelte ländliche oder kleinstädtische Regionen handelt, in denen im Fall von Hausbesuchen viel Arbeitszeit der Beratungskräfte bereits in Fahrzeiten investiert werden muss. Dies trifft auf rund die Hälfte der PSP zu, während rund 30 Prozent im großstädtischen Raum angesiedelt sind.

Tabelle 10
Räumliche Anbindung

Räumliche Anbindung	n	%
an Gebäude der kommunalen Verwaltung	72	49,0
an Pflegedienst/-heim	15	10,2
an Gebäude der Pflege-/Krankenkasse	10	6,8
an eine andere Beratungsstelle	10	6,8
Sonstiges: Anbindung an Einrichtung mit Versorgungsbezug	18	12,2
Sonstiges: keine Anbindung an Einrichtung mit Versorgungsbezug	22	15,0
fehlend	4	
gesamt	151	100,0

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der räumlichen Anbindung ist zu berücksichtigen, dass PSP gut erreichbar sowie in Ämter- und Zentrumsnähe angesiedelt werden sollten. Wenn sie an „unverdächtige“ andere Dienstleistungsangebote ohne das Etikett „Pflege“ angebunden werden, könnten sich auch Personen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit eher angesprochen fühlen. Wie die Befragung ergeben hat, ist die Anbindung der PSP sehr unterschiedlich umgesetzt, wobei die Anbindung an ein Gebäude der kommunalen Verwaltung am häufigsten genannt wird (49 Prozent). An einen Pflegedienst, an ein Pflegeheim bzw. an eine andere Einrichtung mit Versorgungsbezug sind insgesamt rund 22 Prozent der PSP angebunden. Dabei spielt die Anbindung an Pflegeeinrichtungen insbesondere in Rheinland-Pfalz eine größere Rolle und geht auf die Vorstruktur der BEKO-Stellen zurück. Etwa ebenso viele PSP sind an sonstige Einrichtungen ohne Versorgungsbezug bzw. an andere Beratungsstellen angegliedert. Die räumliche Anbindung an eine Kasse bildet die Ausnahme und ist ein Modell, das z. B. in Berlin häufiger praktiziert wird.

Tabelle 11
Überschneidung von Beratungsstrukturen

Überschneidung von Beratungsstrukturen	n	%
ja	47	31,5
nein	102	68,5
fehlend	2	
gesamt	151	100,0

Quelle: Eigene Darstellung.

In fast einem Drittel der PSP geben die Mitarbeiter_innen Probleme durch sich überschneidende Beratungsstrukturen an. Im Rahmen eines FES-Workshops lieferten die Teilnehmer_innen aus den besonders betroffenen Ländern mögliche Begründungen für die Wahrnehmung solcher Konkurrenzen:

- In städtischen Großräumen kann es zu Konkurrenzen kommen, wenn es neben dem PSP weitere Beratungsstellen wie Behindertenberatung oder Seniorenberatung gibt.
- Auch die Beratung durch gut etablierte Alzheimer Gesellschaften kann als Konkurrenz erlebt werden.

Aus Sicht der Kund_innen sollte auf der Länderebene präzisiert werden, wie die Ausdifferenzierung der Beratungsstruktur z. B. durch Kooperationsabsprachen beendet werden kann, damit das Prinzip „Hilfen aus einer Hand“ im PSP effizienter umgesetzt werden kann.

7.2 ERGEBNISSE ZUR DIENSTLEISTUNGSPRAXIS VON PSP

Die Ergebnisse zur Dienstleistungspraxis umfassen im Wesentlichen die Dimensionen der Arbeit der einzelnen Pflegeberaterin bzw. -beraters. Hier ist zunächst relevant, in welchem Umfang PSP Beratung leisten, welche Differenzen es bei den Fallzahlen gibt und wie diese Unterschiede zu begründen sind. Um die Verlässlichkeit der Daten für die Evaluation beurteilen zu können, wurden die Mitarbeiter_innen in verschiedenen Frageblöcken dazu aufgefordert, ihre Datengrundlagen zu benennen. Hierzu konnten sie angeben, ob ihre Daten auf einer intern geführten Statistik oder auf einer Schätzung beruhen.¹ Wie die Tabelle 12 zu den durchschnittlichen Fallzahlen beispielhaft für die folgenden Erfassungen veranschaulicht, gibt es nur geringe Abweichungen zwischen den statistisch unterlegten und den geschätzten Angaben, sodass in der Folge aus Gründen einer besseren Übersichtlichkeit mit Mittelwerten aus Statistik und Schätzungen gearbeitet wird.

¹ In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass die PSP ihre Arbeit in unterschiedlicher Weise dokumentieren und auch die PSP-internen Statistiken nicht immer vollständig vergleichbar sind.

Tabelle 12
Durchschnittliche Fallzahlen (1. Quartal 2014)

Durchschnittliche Fallzahlen	n	%
interne Statistik	102	282,4
Schätzung	42	273,5
fehlend	7	
zusammen	151	279,8

Quelle: Eigene Darstellung.

Aus der Tabelle geht hervor, dass die PSP im Durchschnitt knapp 280 Fälle pro Quartal bearbeitet haben. Bei diesen Fällen handelte es sich zu 40 Prozent um Kurzkontakte und zur Hälfte um Beratungen mit einem oder mehreren Kontakten. Jeder zehnte Fall erforderte ein umfassendes Case Management². Das im Gesetz eingeforderte Case Management wird jedoch in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich intensiv betrieben. Am häufigsten wird Case Management in Hamburg durchgeführt, wo ein durchschnittlicher Anteil von 21 Prozent für diese Beratungsform angegeben wird.

Tabelle 13
Fallzahlen und Fallzahlenquotienten nach Bundesländern (1. Quartal 2014)

	MW Fallzahlen	Fallzahlenquotient
gesamt	280	159
Bremen	854	439
Thüringen	693	712
Saarland	566	127
Bayern	507	352
Schleswig-Holstein	356	177
Brandenburg	334	160
Mecklenburg-Vorpommern	264	127
Baden-Württemberg	235	193
Berlin	228	99
Nordrhein-Westfalen	228	99
Rheinland-Pfalz	159	112
Hamburg	159	54

Quelle: Eigene Darstellung.

Interessant ist auch die Aufschlüsselung der Fallzahlen nach Bundesländern. Hier fällt zunächst die deutliche Spannweite der Durchschnittswerte zwischen 159 in Hamburg und Rheinland-Pfalz und 854 in Bremen ins Auge. Diese Durchschnittswerte müssen jedoch zunächst mit den Volumina des in den PSP beschäftigten Personals in Bezug gesetzt werden. Hierzu wurde ein Fallzahlenquotient gebildet, der die Fälle pro Vollzeitäquivalent abbildet. Die Spannweite dieses Wertes ist enorm: Während in Hamburg 54 Fälle pro Vollzeitbeschäftigten betreut wurden, waren dies in Thüringer PSP 712 Fälle, wobei letztere Zahl nicht überinterpretiert werden sollte, weil sie lediglich auf den Aufgaben eines PSP beruht. Die Gründe

² Diese Angaben werden hier nicht in einer Tabelle dargestellt.

für diese Varianz können sehr vielschichtig sein. Folgende Hypothesen zur Interpretation der ungleichen Fallzahlenverteilung können gebildet werden:

- Die Zahl der Fälle hängt in starkem Maße vom Aufgabenspektrum ab, für das ein PSP verantwortlich ist. So sagt die Fallzahl z. B. nichts aus über die Zahl der Kontakte, die im Rahmen eines Falls notwendig sind. Nach den Ergebnissen der Befragung ist insbesondere der Anteil an Case Management (mit Beratung in mehreren Rechtsbereichen) mit ausschlaggebend, wenn Fallzahlen im Durchschnitt eher geringer ausfallen. Betrachtet man die Verteilung der Case Management-Aktivitäten (als diejenigen Tätigkeiten, die am zeitintensivsten gestaltet sind) über die Bundesländer hinweg, so zeigt sich, dass der PSP in Thüringen als derjenige mit dem höchsten Fallzahlenquotienten mit einem Anteil von fünf Prozent am wenigsten Case Management-Fälle bearbeitet hat, wohingegen Hamburg (niedrigster Fallzahlenquotient) mit 21 Prozent einen Schwerpunkt auf das Case Management legt. Dieser Zusammenhang deutet sich – wenn auch nur schwach ausgeprägt – inferenzstatistisch an: Erwartungsgemäß zeigt sich eine negative Korrelation zwischen dem Fallzahlenquotienten und dem Case Management-Anteil der Fallzahlen ($r=-.187$; $p<.05$)³.
- Zu unterstreichen ist zudem die Bedeutung der Bedingungsvariable Care Management. Für den Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Care Management spricht z. B., dass wiederum der PSP in Thüringen mit dem höchsten Fallzahlenquotient mit fünf Prozent den geringsten Anteil an Care Management an der Arbeitszeit angegeben hat. Die vernetzenden und koordinierenden Aufgaben werden von den PSP unterschiedlich intensiv bearbeitet. Dabei liegt es auf der Hand, dass nur PSP, die gut vernetzt sind, eine effiziente Beratung anbieten können. PSP sollten darum einen Teil ihrer Arbeitszeit in Vernetzungsaktivitäten investieren, auch wenn dies zu weniger Beratungsfällen führt.
- Ein statistischer Zusammenhang lässt sich auch zwischen dem Anteil an Hausbesuchen und dem Fallzahlenquotient nachweisen ($r=-.203$; $p<.05$). Da Hausbesuche wesentlich zeitintensiver sind als Beratungen in einer Komm-Struktur, ist es wenig überraschend, dass diejenigen PSP weniger Fälle bearbeiten können, die regelhaft Hausbesuche durchführen.
- Zudem konnte ermittelt werden, dass die Zahl der beschäftigten Mitarbeiter_innen mit dem Fallzahlenquotient korrespondiert ($r=.296$; $p<.01$). Dies entspricht der Erfahrung der PSP, dass bei einer Verteilung der Arbeit auf mehrere Köpfe insbesondere Krankenstände nicht zu so gravierenden Einbrüchen in der Auslastung der PSP führen.

Insgesamt ist festzustellen, dass es offenbar eine Vielzahl beeinflussender Faktoren auf die Fallzahlen von PSP gibt. Auffallend ist auch, dass es kaum ländertypische Fallzahlen gibt, sondern dass es innerhalb der Länder mitunter zu erheblichen

Schwankungen kommt. Dies ist z. B. in Berlin der Fall, wo die Fallzahlen zwischen 11 und 600 im Quartal divergieren. Im Rahmen der Workshops wurde z. B. berichtet, dass eine personelle Fluktuation zu zeitweisen Einbrüchen der Fallzahlen führen kann.

Wichtig ist jedoch festzuhalten, dass die Zahl der Fälle keine Aussage über die Qualität der geleisteten Beratung zulässt. Zur Illustration dieser Aussagen sind im Anhang Beispiele für besonders aufwendige Beratungen aufgeführt. Womit die ermittelten Unterschiede im Einzelnen zusammenhängen, kann nur durch weitere Analysen und durch Fallstudien erhebungen ermittelt werden. So können z. B. zusätzliche Einflussfaktoren vermutet werden zwischen Fallzahlen und Öffnungszeiten, ländlicher Lage, Betriebsdauer, Bekanntheitsgrad usw.

Tabelle 14
Ort der Beratung (n=131)

Hausbesuche	MW in %
im PSP	66,4
in der Häuslichkeit	33,6
fehlend	
zusammen	100,0

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Bedeutung von Hausbesuchen für eine qualitativ hochwertige Beratung ist unbestritten. Zunächst können mit Hausbesuchen auch die weniger mobilen Ratsuchenden oder nicht krankheitseinsichtige Demenzkranke besser erreicht werden. Zum anderen kann der Hausbesuch genutzt werden, um die Beratungsinhalte besser zu justieren, etwa im Falle notwendiger Wohnraumberatung.

Die Mitarbeiter_innen wurden befragt, wie viel Prozent ihrer Beratungen in der Häuslichkeit der Ratsuchenden bzw. im PSP stattfinden. Im Durchschnitt findet derzeit jede dritte Beratung von PSP als Hausbesuch statt. Zwischen den Ländern gibt es auch hier erhebliche Unterschiede. So beträgt z. B. der Anteil an Hausbesuchen in Rheinland-Pfalz 72 Prozent und im Saarland bzw. Mecklenburg-Vorpommern 50 bzw. 52 Prozent. In Rheinland-Pfalz besteht mit 135 PSP eine sehr hohe Dichte und räumliche Nähe zu den Ratsuchenden, was die Durchführung von Hausbesuchen vereinfacht. Auch im Saarland, wo die Einzugsbereiche größer definiert sind, wurde ein Modell gefunden, das häufige Hausbesuche ermöglicht. So hat man große PSP mit mehreren Personen gebildet und den Einzugsbereich in mehrere Regionen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten aufgeteilt. In anderen Ländern sind Beratungen als Hausbesuche hingegen eher die Ausnahme, wie z. B. in Bremen mit einem Anteil von fünf Prozent. In Bayern gibt es insgesamt nur wenige PSP, die eher für das Care Management zuständig sind und nur in Ausnahmefällen Hausbesuche übernehmen. Die mobile Beratung wird hingegen primär von den Pflegeberater_innen der AOK geleistet. Allein die AOK beschäftigt in Bayern 52 Pflegeberater_innen an 39 Standorten. Für die anderen Kassenarten übernimmt diese Aufgabe der MDK.

³ R bezeichnet die Größe des statistischen Zusammenhangs. P bezieht sich auf das Signifikanzniveau.

Tabelle 15
Zeitaufwand in Minuten nach Beratungsformen

Zeitaufwand (n= 148)	MW
Beratungseinheit in der Häuslichkeit	74,6
persönliche Beratungseinheit im PSP	54,9
telefonische Beratungseinheit	20,8

Quelle: Eigene Darstellung.

Betrachtet man den Zeitaufwand für Hausbesuche im Vergleich zu anderen Beratungsformen, so wird deutlich, dass Hausbesuche mit durchschnittlich rund 75 Minuten wesentlich aufwendiger sind als telefonische Beratungen mit einem Zeitaufwand von durchschnittlich 21 Minuten bzw. persönliche Beratungseinheiten im PSP mit einem Zeitaufwand von durchschnittlich 55 Minuten. Rechnet man die erforderliche durchschnittliche Fahrtzeit hinzu, benötigen PSP-Mitarbeiter_innen pro Hausbesuch 103 Minuten. In dieser Zeit könnten sie fünf telefonische Beratungen durchführen. Der Zeitaufwand potenziert sich in ländlichen Regionen, in denen für Hausbesuche weite Anfahrten anfallen. Besonders lange Anfahrtswege wurden in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern angegeben.

Tabelle 16
Beratungsinhalte (Fragen)

Beratungsinhalte, Mehrfachnennungen möglich	n	%
Fragen zur Finanzierung von Leistungen (SGB V; IX; XI; XII)	119	64,0
Fragen zur Pflegeeinstufung bzw. zum Widerspruch	147	51,0
Fragen zur Organisation der häuslichen Pflege	146	14,4
rechtliche Fragen (z. B. Fragen der Betreuung, Vorsorgevollmacht etc.)	120	56,9
Fragen zur Organisation der stationären Pflege	120	31,0
	120	19,6

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Hinblick auf die von den Ratsuchenden gestellten Fragen gibt es zwischen den PSP wenige Schwankungen. In fast zwei Drittel aller Fälle geht es um die Finanzierung von Hilfen in den verschiedenen Leistungsbereichen. Ebenso häufig sind Fragen zur Pflegeeinstufung bzw. zu Widersprüchen gegen erteilte Bescheide. Die Fragen zur Organisation einer häuslichen Versorgung dominieren mit rund 57 Prozent weit über den Fragen zur Organisation einer Heimunterbringung mit rund 20 Prozent. Damit wird verdeutlicht, dass PSP primär als Beratungsinstanz wahrgenommen werden, die Unterstützung zur Sicherung der häuslichen Versorgung leisten soll. Eine wichtige Rolle spielt in der Beratung zudem die Klärung rechtlicher Fragen.

Tabelle 17
Beratungsinhalte (Themen)

Beratungsinhalte (Themen) Mehrfachnennungen möglich	n	%
Demenz	125	41,3
Multimorbidität	116	38,9
Fragen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit	147	28,9
Palliativversorgung	123	7,0
technische Assistenzsysteme	115	6,2
Verwahrlosung	118	5,7
Pflege von Kindern	122	3,4

Quelle: Eigene Darstellung.

Die von den Ratsuchenden gestellten Fragen (vgl. Tabelle 16) stehen meist in Zusammenhang mit einem Thema, um das es in der Beratung gehen soll. Am häufigsten ist das Thema Demenz Gegenstand der Beratung. Damit wird deutlich, dass PSP bereits heute als wichtige Anlaufstelle für Probleme in der Demenzversorgung angesehen werden. Allerdings gibt es hier bei gleichmäßiger Verteilung von Demenzkranken im Bundesgebiet deutliche Unterschiede in den Anfragen. Während es z. B. in Hamburg in 62 Prozent der Fälle um Demenzversorgung geht, trifft dies in Berlin nur auf 27 Prozent der Fälle zu. Demenz scheint dann weniger Thema im PSP zu sein, wenn vor Ort starke Alzheimer Gesellschaften spezielle Demenzberatungen durchführen. Dennoch kann man aus dem Ergebnis ableiten, dass PSP sich aufgrund der Komplexität der diesbezüglichen Hilfebedarfe spezieller auf Demenzberatungen einstellen müssen (vgl. Kapitel „Fazit und Empfehlungen“).

Ein weiteres wichtiges Thema stellt die Multimorbidität dar. Wenn Ratsuchende multimorbide sind, werden häufig komplexere Hilfearrangements aus verschiedenen Sektoren erforderlich, um die Versorgung abzusichern. In solchen Fällen übernehmen PSP eine wichtige präventive Funktion, denn unterversorgte chronische Erkrankungen bergen die akute Gefahr von Pflegebedürftigkeit. Dieses Argument wird von dem Ergebnis gestützt, dass es in PSP häufig um Fragen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit geht. Dieses Themenfeld prägt rund 29 Prozent der Beratungsinhalte, allerdings wiederum mit deutlichen Schwankungen zwischen den Ländern. So werden Fragen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit in Bremen z. B. nur in jedem zehnten Fall thematisiert, während dies z. B. in Hauberg auf durchschnittlich 35 Prozent der Beratungen zutrifft. Es ist zu vermuten, dass vor allem in denjenigen PSP präventive Beratungen durchgeführt werden können, die sich als Teil des Gemeinwesens etablieren konnten und denen nicht so stark das Etikett „Pflege“ anhaftet. Dies kann z. B. durch eine Verknüpfung mit Fragen der Wohnraumberatung erreicht werden. In Mecklenburg-Vorpommern wird derzeit diskutiert, Wohnberatungsangebote in die PSP zu integrieren, die dafür eine personelle Aufstockung erhalten sollen. Es wird darin der Vorteil gesehen, dass die PSP aus der „Bedürftigkeitsecke“ herauswachsen und noch mehr Personen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit angesprochen werden können. Weitere Themen, die im Rahmen der Beratung behandelt werden, sind die Palliativversorgung, der Einsatz technischer Hilfsmittel, das Thema Verwahrlosung sowie die Pflege von Kindern.

Im Schnitt sind acht Prozent der Ratsuchenden Menschen mit Migrationshintergrund. Bei einer Schwankungsbreite zwischen 0 und 40 Prozent ist diese Zielgruppe sehr unterschiedlich in den PSP repräsentiert.⁴

Mit der Frage nach den Herausforderungen in der täglichen Beratungsarbeit sollten Erkenntnisse zu typischen Erschwernissen generiert werden, die die Beratungsarbeit derzeit kennzeichnen. Die Nennungen sind in der Tabelle 18 nach Häufigkeiten sortiert. Am häufigsten genannt wurden Erschwernisse bei der Organisation alltagsnaher Hilfen. Hier kann konstatiert werden, dass es in Deutschland zwar viele pflegerische Angebote gibt, es aber im Hinblick auf Hilfeformen unterhalb eines Pflegebedarfs (wie z. B. Einkaufs- oder Begleitsdienste) zu erheblichen Versorgungslücken kommen kann. Hier stoßen PSP in ihrer Beratungsarbeit immer wieder an Grenzen. Dies gilt auch für die medizinische Versorgung. So werden Herausforderungen sowohl im Rahmen von Krankenhausentlassungen Ratsuchender als auch im Hinblick auf die sonstige medizinische Versorgung gesehen. Probleme liegen ebenso bei Aspekten, die die Ratsuchenden

selbst betreffen, etwa wenn diese Ängste vor Veränderungen haben oder die Beratung durch kognitive Einschränkungen bzw. durch Konflikte zwischen den Anfragenden erschwert wird. Die mangelnde Mobilität der Ratsuchenden, die ebenfalls häufiger als Herausforderung benannt wird, dürfte insbesondere für diejenigen PSP ein Problem darstellen, die nicht mobil arbeiten. Eine nicht unbedeutende Rolle spielen gleichermaßen Erschwernisse, die durch Zeitmangel zustande kommen.

7.3 ERGEBNISSE ZUR ORGANISATIONSPRAXIS VON PSP

Die Ergebnisse zur Organisationspraxis umfassen u. a. Aspekte der Struktur- und der Prozessqualität (Personal- und Raumkonzepte, Formen von Arbeitsteilung, Öffnungszeiten usw.).

Wie bereits im Zusammenhang mit der Definition der Einzugsgebiete thematisiert wurde, ist die Erreichbarkeit eines PSP ein wichtiges Qualitätskriterium. Dazu zählt z. B. die Frage, ob der PSP über eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel verfügt.

⁴ Diese Angaben werden hier nicht in einer Tabelle dargestellt.

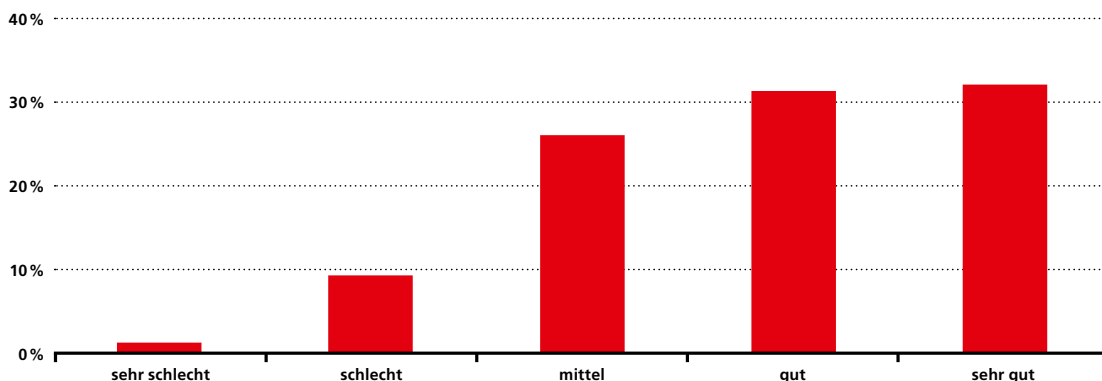
Tabelle 18
Herausforderungen in der Beratungsarbeit

Herausforderung	nie	selten	mittel	häufig	immer	n	MW
Probleme bei Organisation von alltagsnahen Hilfen	1	22	49	75	4	151	3,4
Ängste vor Veränderungen	3	20	59	68	1	151	3,3
mangelnde Mobilität der Ratsuchenden	7	27	54	61	1	150	3,1
kognitive Einschränkungen der Ratsuchenden	3	35	60	52	0	150	3,1
Probleme im Rahmen einer Krankenhausentlassung	0	38	59	52	1	150	3,1
Probleme in der medizinischen Versorgung	3	46	62	38	1	150	2,9
Konflikte zwischen Angehörigen und Hilfebedürftigen	2	45	69	35	0	151	2,9
Zeitmangel	10	50	53	32	4	149	2,8
Scham aufseiten der Ratsuchenden	3	68	53	26	0	150	2,7
Angst vor Kontrolle	21	93	30	5	0	149	2,1
sprachliche Probleme (Migrant_innen)	24	106	16	5	0	151	2,0
Vermutung von Gewalt in der Pflegesituation	21	119	10	1	0	151	1,9

Quelle: Eigene Darstellung.

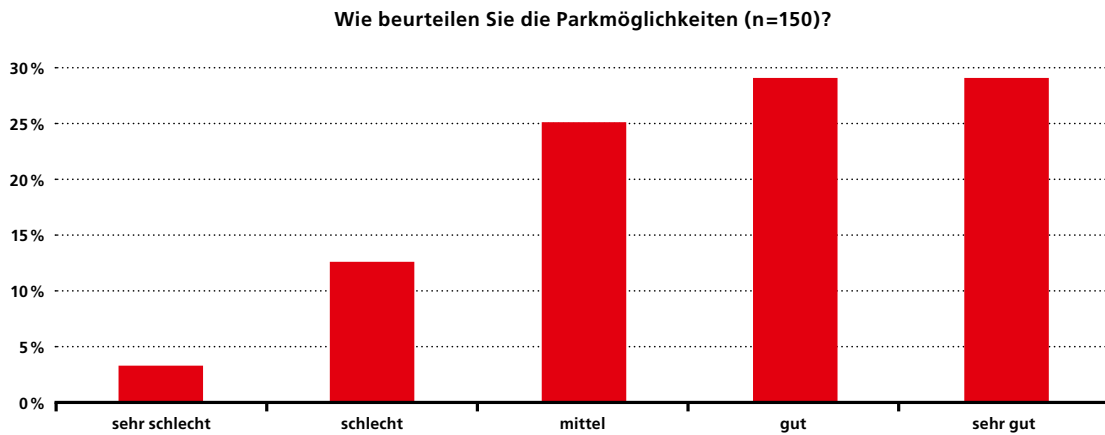
Abbildung 2
Beurteilung der Anbindung an den ÖPNV

Wie beurteilen Sie die Anbindung an den ÖPNV (n=150)?



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 3
Beurteilung der Parkmöglichkeiten



Quelle: Eigene Darstellung.

Die meisten Befragten beurteilen die Anbindung des PSP-Standorts an den ÖPNV gut bis sehr gut. Im Durchschnitt ergibt sich eine Bewertung von 3,8⁵ von maximal 5 Punkten. Etwa jeder zehnte PSP scheint jedoch keine ausreichende Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel zu haben, sodass Ratsuchende auf eigene Pkw oder auf Hausbesuche angewiesen sind.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Parkmöglichkeiten. Bei einer mittleren Bewertung von 3,7 von maximal 5 Punkten und überwiegend positiven Bewertungen sind lediglich etwa 15 Prozent der PSP von schlechten Parkmöglichkeiten betroffen. Für Rollstuhlfahrer_innen sind fast alle PSP gut zu erreichen. Nur rund fünf Prozent⁶ der PSP geben an, nicht gut für Rollstuhlfahrer_innen erreichbar zu sein.

tung nach Terminvereinbarung geleistet. Im Durchschnitt sind die befragten PSP 22 Stunden pro Woche geöffnet. Das entspricht einer täglichen Öffnungszeit von 4,4 Stunden. An den einzelnen Wochentagen kommt es jedoch zu einigen Abweichungen. Am längsten sind die PSP dienstags und donnerstags geöffnet. Zwischen den Ländern gibt es deutliche Unterschiede bei den Öffnungszeiten. Während z. B. die Bremer PSP durchschnittlich 32,5 Stunden geöffnet sind, beträgt die Präsenzzeit in Berlin und Bayern durchschnittlich nur 18 Stunden. Die zeitliche Erreichbarkeit ihres PSP bewerten die Befragten überwiegend mit gut bis sehr gut (92,2 Prozent). Auch bei diesem Aspekt wird vonseiten der Befragten demnach eher wenig Handlungsbedarf gesehen. Im Saarland, wo die PSP mit vielen „Köpfen“ versehen sind, kann es umgesetzt werden, dass trotz der Hausbesuche immer eine Person im PSP ansprechbar bleibt.

Durch den Fragebogen wurden auch Wartezeiten erfasst. Derzeit müssen Ratsuchende durchschnittlich 2,2 Tage auf eine persönliche Beratung warten. Während in Thüringen (0 Tage), Bremen (0,7 Tage) und Bayern (1,3 Tage) unterdurchschnittliche Wartezeiten angegeben wurden, liegen Schleswig-Holstein (3,8 Tage), Mecklenburg-Vorpommern (2,8 Tage), das Saarland (2,7 Tage) und Baden-Württemberg (2,6 Tage) über dem Durchschnitt. In manchen Ländern wurde vertraglich vereinbart, dass eine Beratung innerhalb von zwei Tagen stattzufinden hat (z. B. in Hamburg).

Damit die Beratung in einer ungestörten Atmosphäre durchgeführt werden kann, sollte ein PSP möglichst über mehrere Räume verfügen. Zudem werden weitere Räume wie z. B. Toiletten oder Wartebereiche für die Ratsuchenden benötigt. Dies scheint nach den Ergebnissen der Befragung weitgehend umgesetzt zu sein.

Tabelle 19
Öffnungszeiten der PSP in Stunden

Öffnungszeiten in Stunden (n=151)	MW
Montag	3,8
Dienstag	5,6
Mittwoch	3,6
Donnerstag	5,7
Freitag	3,1
Woche gesamt	21,8

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der PSP stehen nicht zwangsläufig in einem Zusammenhang mit der Erreichbarkeit. So kann z. B. ein Diensthandy die Erreichbarkeit außerhalb von Öffnungszeiten gewährleisten. Auch außerhalb der Sprech- oder Präsenzöffnungszeiten wird in vielen PSP Bera-

⁵ Die Mittelwerte aus der Likert-Skala werden zwischen 1,0 und 5,0 angegeben. In der folgenden Darstellung werden die Mittelwerte zusätzlich zu den Prozentuierungen genannt, weil sie eine bessere Einschätzung und Vergleichbarkeit des Grades an Zustimmung bzw. Ablehnung erlauben. Die Mittelwerte sind dabei auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet.

⁶ Diese Angaben werden hier ebenfalls nicht in einer Tabelle dargestellt.

Tabelle 20
Funktion und Anzahl der Räume

Funktion der Räume	MW
Mitarbeiterbüros	2,0
Toiletten	1,6
Warterräume	0,6
Besprechungsräume	0,6
sonstige Räume	0,5

Quelle: Eigene Darstellung.

Die PSP verfügen über durchschnittlich 5,3 Räume. Während drei Viertel der Mitarbeiter_innen die räumliche Ausstattung gut bis sehr gut beurteilen, bezeichnen lediglich sieben Prozent diese als schlecht.⁷

Wichtigstes Qualitätskriterium eines PSP ist die Sicherung einer hinreichenden und qualifizierten Personalausstattung. Durchschnittlich verfügen die PSP in Deutschland über Personal in einem Umfang von 2,0 Vollzeitäquivalenten. Die personelle Ausstattung des PSP wird von den Mitarbeiter_innen mit 3,5 von maximal 5 Punkten durchschnittlich eher mäßig bewertet.

In rund einem Drittel der PSP wird mit befristeten Arbeitsverträgen gearbeitet. Dies kommt z. B. in PSP mit kurzer Betriebsdauer häufiger vor, weil dort der Anteil an neu eingestellten Mitarbeiter_innen höher ist. Auch in PSP, die mit Büroassistenzen arbeiten, scheinen Befristungen häufiger zu sein. Der hohe Anteil von 20 Prozent befristeter Arbeitsverträge könnte jedoch auch Ausdruck eines Missverständnisses aufseiten der PSP-Mitarbeiter_innen beim Ausfüllen des Fragebogens sein. Diese könnten die Frage mit der Abordnungszeit verwechselt haben, wenn sie z. B. für eine zunächst befristete Zeit von einer Kasse in den PSP entsendet wurden.

Wie aus der Abbildung 4 hervorgeht, arbeiten die meisten PSP mit zwei oder drei Mitarbeiter_innen. Nur unter

fünf Prozent der PSP sind mit einem/einer Mitarbeiter_in besetzt. Immerhin rund ein Viertel der PSP bilden mit vier und mehr Mitarbeiter_innen größere Einheiten. Letztere Variante hat eine Reihe von Vorteilen, die bereits genannt wurden, etwa die bessere Erreichbarkeit oder die weniger folgenreichen Auswirkungen von Fehlzeiten. Große PSP müssen jedoch im Regelfall ihre Einzugsgebiete weiter definieren, um den höheren Personalansatz finanzieren zu können.

Tabelle 21
Im PSP vertretene Berufsgruppen (Zahl der Personen)

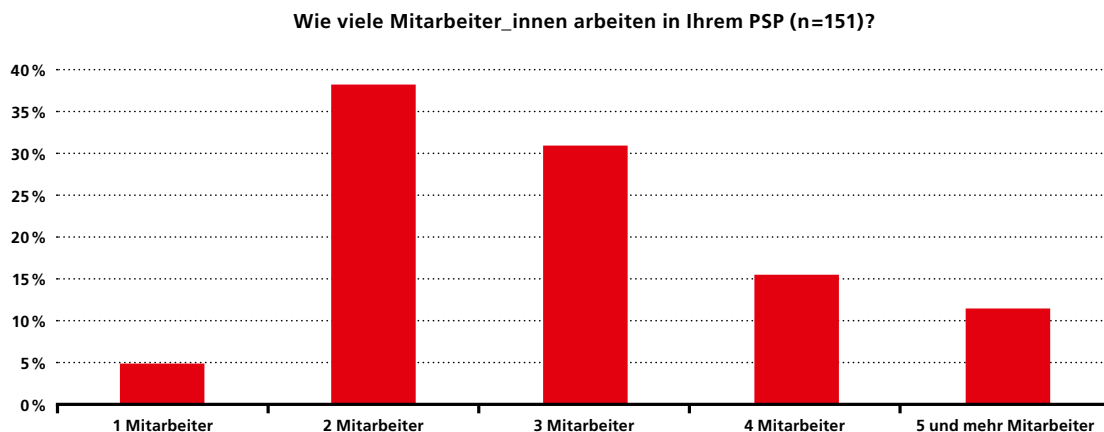
Vertretene Berufe (n=151)	MW
Sozialarbeiter_innen	1,1
Gesundheits-/Krankenpfleger_innen	0,7
Altenpfleger_innen	0,2
Sozialversicherungsfachangestellte	0,5
sonstige Berufe (Pädagogik, Gesundheitsberufe, Verwaltung)	0,4
Büroassistenten	0,1

Quelle: Eigene Darstellung.

Häufigste Berufsgruppe im PSP ist die Sozialarbeit mit 1,1 Personen sowie Pflegekräfte mit 0,9 Personen pro Stützpunkt, wobei hier Gesundheits- und Krankenpfleger_innen häufiger zum Einsatz kommen als Altenpflegekräfte. Es gibt aber auch Länder, in denen keine Pflegekräfte im PSP eingesetzt werden wie z. B. in Bremen. Seltener sind Sozialversicherungsfachangestellte beschäftigt. Diese kommen in bestimmten Ländern gar nicht oder kaum zum Einsatz wie z. B. in Baden-Württemberg oder in Schleswig-Holstein. Daneben gibt es häufigere Nennungen unter Sonstiges (bspw. Mediziner_innen, Pädagog_innen, Gerontolog_innen). Büroassistenzen sind zwar insgesamt eher selten, werden in manchen Ländern aber fast regelhaft eingesetzt (z. B. im Saarland, wo sechs von sieben PSP mit Büroassistent_innen ausgestattet sind).

⁷ Auch diese Angaben werden hier nicht in einer Tabelle dargestellt.

Abbildung 4
Zahl der Mitarbeiter_innen im PSP



Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 22
**Anteil Beschäftigte mit Weiterbildung
 (Pfleger_innen/Case Management⁸)**

Bundesland	Anteil Personal mit Weiterbildung zum/zur Pfleger_in	Anteil Personal mit Weiterbildung zum Case Management
Baden-Württemberg	14,1 %	33,3 %
Bayern	57,6 %	6,1 %
Berlin	55,1 %	63,8 %
Brandenburg	52,2 %	37,0 %
Bremen	38,5 %	30,8 %
Hamburg	66,7 %	23,8 %
Mecklenburg-Vorpommern	63,9 %	52,8 %
Nordrhein-Westfalen	28,6 %	23,8 %
Rheinland-Pfalz	93,7 %	90,5 %
Saarland	97,1 %	91,2 %
Schleswig-Holstein	0,0 %	6,3 %
Thüringen	0,0 %	0,0 %
insgesamt	47,3 %	38,3 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Hinblick auf den Anteil an Personal mit spezifischer Qualifizierung kann noch Entwicklungsbedarf konstatiert werden, zumal hier – zumindest was die Weiterbildung zum/zur Pfleger_in nach den Vorgaben des GKV betrifft – gesetzliche Regelungen vorliegen. Wie der Tabelle 22 zu entnehmen ist, hat derzeit noch nicht einmal die Hälfte des Personals in PSP die Weiterbildung zum/zur Pfleger_in durchlaufen. Federführend im Weiterbildungsstand sind Rheinland-Pfalz und das Saarland, die sich der 100-Prozent-Marke annähern. In immerhin vier Bundesländern liegt die Weiterbildungsquote zum/zur Pfleger_in bei unter 30 Prozent. Wie im Rahmen der FES-Workshops diskutiert wurde, weisen vor allem PSP mit geringer Betriebsdauer Nachholbedarf an Schulungen auf. Zudem wurde von Schwierigkeiten berichtet, geeignete Weiterbildungsangebote zu finden. Auch eine hohe Personalfluktuation kann einen Grund für den geringen Weiterbildungsanteil darstellen. Darüber hinaus sind gesetzlich lediglich die Kassen zu einer Weiterbildung ihrer Pfleger_innen verpflichtet, nicht aber die Kommunen im Falle einer Trennung von Pflege- und Sozialberatung. Um ein einheitliches Beratungsniveau zu gewährleisten, sollte die Weiterbildung zum/zur Pfleger_in jedoch unabhängig von der Berufsgruppe die Mindestqualifikation einer PSP-Mitarbeiterin bzw. eines -Mitarbeiters darstellen.

Für die Weiterbildung zum/zur Case Manager_in nach den Richtlinien der DGCC (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management) gibt es keine bindenden Vorschriften. Diese oder vergleichbare Weiterbildungen stellen nach Einschätzungen von Expert_innen jedoch eine wünschenswerte Zusatzqualifikation dar. Im Durchschnitt verfügen weniger als 40 Prozent der PSP-Mitarbeiter_innen über eine solide Weiterbildung. Wiederum stellen Rheinland-Pfalz und das Saarland die höchsten Anteile an Mitarbeiter_innen mit der entsprechenden Qualifikation.

⁸ Die Büroassistenzen sind aus dieser Frage ausgeschlossen.

Tabelle 23
Anzahl Supervisionen im Jahr 2013

Supervision 2013	intern	extern
nein	80,8 %	76,8 %
ja, 1- bis 2-mal	4,6 %	9,3 %
ja, 3- bis 4-mal	9,9 %	6,6 %
ja, 5-mal und mehr	4,6 %	7,3 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Im Rahmen der Beratungsarbeit können psychisch belastende Situationen oder auch ethische Problemstellungen auf die Mitarbeiter_innen zukommen. Zur Entlastung, Teambildung, aber auch zur Verfestigung vergleichbarer Arbeitsweisen bei den unterschiedlichen im PSP vertretenen Berufsgruppen sind Supervisionen von großer Bedeutung.

In einem Großteil der PSP wird für die Mitarbeiter_innen weder eine interne noch eine externe Supervision angeboten. Dabei kommt es zwischen den Ländern zu erheblichen Unterschieden. Interne Supervisionen gibt es vor allem in Schleswig-Holstein (durchschnittlich in 75 Prozent der PSP) und in Berlin (41 Prozent). Externe Supervisionen werden insbesondere in Brandenburg (56 Prozent), in Mecklenburg-Vorpommern (46 Prozent) und im Saarland (29 Prozent) umgesetzt.

Im Hinblick auf die Arbeitsorganisation wurde in der Befragung thematisiert, ob es im PSP eine Teamleitung und Formen von Arbeitsteilung gibt. Zwei Drittel der PSP arbeiten ohne Teamleitung (64,2 Prozent).⁹ Teamleitungen werden vor allem in Berlin (96 Prozent der PSP verfügen über eine Teamleitung) sowie in Bayern und Schleswig-Holstein eingesetzt (jeweils 75 Prozent). Teamleitungen sind in erster Linie in personell größer aufgestellten PSP sinnvoll. Neben der Leitungsfunktion werden, wie Tabelle 24 zeigt, folgende Bereiche arbeitsteilig organisiert:

Tabelle 24
Interne Arbeitsteilung

Interne Arbeitsteilung	n	%
nein	69	45,7
ja, in Bezug auf die Trennung von Sozial- und Pflegeberatung	28	18,5
ja, in Bezug auf regionale Zuständigkeiten	21	13,9
ja, in Bezug auf Hausbesuche	6	4,0
ja, in Bezug auf pflegebedürftige Kinder	9	6,0
ja, in Bezug auf Sonstiges (z. B. nach Tagen, Themen)	17	11,3
fehlend	1	
gesamt	151	

Quelle: Eigene Darstellung.

⁹ Auch diese Angaben werden hier nicht in einer Tabelle dargestellt.

In knapp der Hälfte der PSP gibt es keinerlei Arbeitsteilung. Bei den anderen wird vor allem die Trennung zwischen Sozial- und Pflegeberatung praktiziert. Diese Form von Arbeitsteilung fußt in aller Regel auf einem Modell, in dem die Pflegeberatung von Pflegekräften durchgeführt wird, die von den Pflegekassen bereitgestellt werden, während die Sozialberatung den Mitarbeiter_innen der Kommune obliegt. Die Trennung von Pflege- und Sozialberatung innerhalb der Organisationsform PSP wird von Expertenseite kritisiert. Sie birgt die Gefahr, dass innerhalb einer Beratungsinstitution keine abgestimmte Beratung aus einer Hand erfolgt, wie sie gesetzlich vorgesehen ist, und dass sich die verschiedenen Disziplinen nicht im Sinne eines interdisziplinären Ansatzes gegenseitig ergänzen können. Auch die Teambildung kann unter einer solchen Arbeitsteilung erschwert sein.

Als sinnvoll und ressourcenschonend kann jedoch die Aufteilung nach Regionen bewertet werden. Dies spart Wegezeiten bei Hausbesuchen und erleichtert das Care Management. In einzelnen PSP werden Hausbesuche nur von den Pflegekräften durchgeführt, und es gibt PSP, in denen eine Arbeitsteilung nach Zielgruppen, Themen oder nach bestimmten Präsenztagen stattfindet.

Tabelle 25
Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten in Prozent

Arbeitszeit nach Tätigkeiten	MW
Kundenberatung (direkte und indirekte Beratung/koordinierende Leistungen)	61,8 %
Administration (z. B. Dokumentation)	21,9 %
Care Management (z. B. Netzwerkarbeit)	16,5 %

Quelle: Eigene Darstellung.

Laut gesetzlichem Auftrag sollen sich PSP nicht auf die einzelfallbezogene Beratung beschränken. Vielmehr haben sie nach § 92c SGB XI einen umfassenden Versorgungsauftrag, der auch die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote umfasst. Zwar stimmen 95 Prozent der Befragten der Aussage zu, dass PSP Impulse zur Schließung regionaler Versorgungslücken setzen sollten.¹⁰ Dieser Auftrag wird in den PSP jedoch nicht einheitlich umgesetzt. In den meisten PSP stellt die Beratung die Kernleistung dar, wobei die Betätigung der PSP darüber hinaus als Motoren für die Weiterentwicklung des regionalen Hilfesystems im Sinne des Care Managements sehr unterschiedlich ausfällt.

Betrachtet man die Aufschlüsselung der Arbeitszeiten nach Tätigkeiten, wird deutlich, dass die Beratung mit durchschnittlich 62 Prozent den Großteil der Arbeitszeit bindet. In Bayern liegt dieser Anteil mit 55 Prozent am niedrigsten. Dies resultiert aus dem „Bayerischen Weg“ (vgl. Kapitel „Auswer-

tung der schriftlichen Dokumente aus den Bundesländern“), nach dem die Pflegeberatung primär über die Kassen bzw. den MDK erbracht wird, während sich die PSP eher koordinierenden Aufgaben verpflichtet sehen. Im Gesamtdurchschnitt entfallen rund 17 Prozent der Arbeitszeit auf das Care Management. Dabei kommt es zu Schwankungen zwischen den einzelnen Ländern. Während in Bayern und in Schleswig-Holstein z. B. über ein Fünftel der Arbeitszeit der PSP für diese Tätigkeiten aufgebracht wird, sind die Anteile z. B. im Thüringer PSP mit fünf Prozent deutlich geringer. Über ein Fünftel der Arbeitszeit fließt durchschnittlich in Dokumentationsaufgaben, was das Argument bekräftigt, dass Büroassistenzen in PSP sinnvoll sind.

Neben den Unterschieden in den prozentualen Anteilen, die auf das Care Management entfallen, ist zu vermuten, dass die inhaltliche Ausrichtung dieses Aufgabenbereichs stark differiert, wie die folgenden Ergebnisse nahelegen.

Tabelle 26
Öffentlichkeitsarbeit der PSP

Öffentlichkeitsarbeit im PSP	n	%
durch Vorträge	150	99,3
durch Flyer	149	98,7
durch Netzwerkpflge	150	99,3
durch Internetauftritt	133	88,1

Quelle: Eigene Darstellung.

So zählt zum Care Management zunächst die Öffentlichkeitsarbeit, um den Bekanntheitsgrad bei den Ratsuchenden, aber auch bei potenziellen Kooperationspartnern zu steigern. Wie die Tabelle 26 verdeutlicht werden von nahezu allen PSP hierzu geeignete Wege eingeschlagen wie das Halten von Vorträgen, die Verteilung von Flyern, die Netzwerkpflge oder der Internetauftritt.

Tabelle 27
Kontaktpflege zu Netzwerkpartnern

Kontaktpflege zu Netzwerkpartnern	MW Netzwerkpartner	MW (schriftliche Vereinbarung)
Pflegeeinrichtungen	30	1,7
andere Beratungseinrichtungen	13	0,7
Krankenhäuser	5	0,2
niedergelassene Ärzt_innen	18	2,7
Selbsthilfvereine	14	0,2
sonstige Netzwerkpartner	15	1,1

Quelle: Eigene Darstellung.

Zudem ist die Netzwerkpflge ein zentrales Element des Care Managements. Die PSP wurden gefragt, mit wie vielen Netzwerkpartnern sie Kontakt pflegen und mit wie vielen davon schriftlich fixierte Vereinbarungen über die Zusammenarbeit getroffen wurden. Bei den Kooperationspartnern spielen insbesondere Pflegeeinrichtungen eine wichtige Rolle. Daneben

¹⁰ Diese Angaben werden hier ebenfalls nicht in einer Tabelle dargestellt.

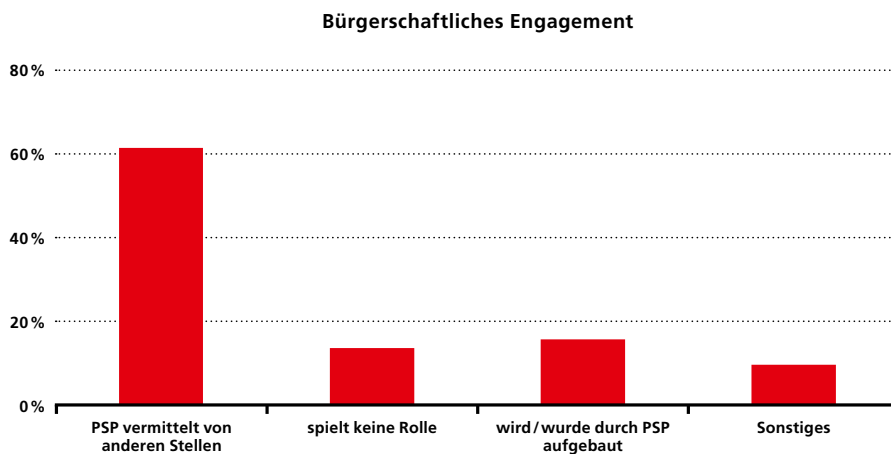
werden niedergelassene Ärzt_innen, andere Beratungseinrichtungen sowie Selbsthilfvereine häufiger genannt. Der Verbindlichkeitsgrad, mit denen die Netzwerkpflege betrieben wird, ist jedoch sehr gering. So sind schriftliche Vereinbarungen, die z. B. im § 92 Abs. 3 SGB XI als erstrebenswert dargelegt sind, die Ausnahme. Als zentrale Herausforderung kann zudem die Kooperation mit Krankenhäusern bewertet werden. Krankenhäuser sind eine wesentliche Schaltstelle, wenn es um die Sicherung der häuslichen Versorgung geht. Die hier bestehenden Potenziale für eine geregelte Kooperation zwischen Krankenhaussozialdiensten und PSP werden nach den Erfahrungen der Expert_innen der FES-Workshops kaum genutzt. Dies spiegelt auch die Befragung, nach der die PSP durchschnittlich nur mit fünf Kliniken Netzwerkkontakte pflegen. Ein schriftlich fixiertes Vernetzungskonzept liegt nur bei 30 Prozent der PSP vor, während es zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede gibt.¹¹ So arbeiten z. B. in Berlin 90 Prozent der PSP auf der Basis solcher Instrumente.

Ebenfalls im Gesetz ist der Anspruch formuliert, dass PSP nach Möglichkeit ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit einbinden sollen (vgl. § 92 Abs. 2 SGB XI). Diese Anregung setzen die meisten PSP durch die Vermittlung von Ehrenamtlichen von anderen Institutionen um. Der Aufbau von ehrenamtlichem Engagement spielt insbesondere in Rheinland-Pfalz eine größere Rolle, wo ein Drittel der PSP angibt, sich in dieser Richtung zu engagieren, während der Durchschnitt in dieser Kategorie lediglich bei rund 16 Prozent liegt.

Insgesamt zeichnet sich ab, dass die Netzwerkpflege sowie die Kooperation mit Selbsthilfvereinen und bürgerschaftlich Engagierten in allen PSP eine Rolle spielt, diese jedoch sehr unterschiedlich ausgefüllt wird. Dem Care Management sollte bundesweit eine angemessene Bedeutung zugemessen werden, damit die PSP ihre zentrale Aufgabe der Sicherung der häuslichen Versorgung auf der Basis einer einzelfall- sowie systembezogenen Koordination nachkommen können.

¹¹ Auch diese Angaben werden hier nicht in einer Tabelle dargestellt.

Abbildung 5
Umgang der PSP mit bürgerschaftlichem Engagement



Quelle: Eigene Darstellung.

8

FAZIT UND EMPFEHLUNGEN

Mit der vorliegenden Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung wurde eine aktuelle Bestandsaufnahme und Bewertung über den Stand der Umsetzung, der Erfolge und Handlungsbedarfe von PSP in Deutschland ermöglicht. Die folgenden Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf einer Auswertung schriftlicher Vereinbarungen auf Länderebene sowie auf einer Mitarbeiterbefragung in PSP. Zum Zeitpunkt der Analyse der Rahmenverträge im Sommer 2014 gab es rund 400 PSP. In Deutschland ist demnach die Implementierung von PSP nach § 92c SGB XI erfolgreich gelungen, wenn auch mit deutlichen Differenzierungen in den Bundesländern. Es gibt in aller Regel angemessene Räumlichkeiten und Öffnungszeiten und die PSP werden meist mit mindestens zwei Fachkräften aus den Berufen der Sozialarbeit und Pflege besetzt. Auch die gesetzlich definierten Aufgaben der Beratung sowie des Case und Care Managements werden überall erbracht, wenngleich dies in teilweise sehr unterschiedlichem Umfang erfolgt. Damit die PSP ihre Entwicklungspotenziale bundesweit noch stärker nutzen können, werden aus der Studie die folgenden Empfehlungen abgeleitet.

CHANCEN VON VORGABEN BESSER NUTZEN

Wie die Analyse der schriftlichen Vereinbarungen ergeben hat, wurden die Steuerungsmöglichkeiten bei der Ausgestaltung von PSP sehr unterschiedlich genutzt. In immerhin 13 Bundesländern wurden Allgemeinverfügungen verfasst, die die Errichtung von PSP veranlassen. In Niedersachsen sind PSP auch ohne Allgemeinverfügung auf dem Verhandlungsweg zustande gekommen.

Eine große Diversität konnte im Verbindlichkeitsgrad der Rahmenverträge zur Ausgestaltung von PSP ermittelt werden. Nur wenige Rahmenverträge liefern ein klares Gerüst sowohl zu strukturellen Rahmenbedingungen als auch zur inhaltlichen Umsetzung der Stützpunktarbeit. Hier bestehen im Hinblick auf die Verbindlichkeit in den meisten Bundesländern noch deutliche Entwicklungspotenziale. Dies betrifft insbesondere folgende Parameter:

- Trägerschaft und Kostenträgerschaft: Die gesetzlich angestrebte „gemeinsame Verantwortung“ von Kassen und kommunalen Gebietskörperschaften für die Beratung der

Bürger_innen ist nicht überall klar geregelt. Eine Beteiligung der Kommunen wird häufig nur als wünschenswert deklariert, dann aber in die Verantwortung der regionalen Aushandlungspartner gelegt. Gleiches gilt für die Kostenträgerschaft, wo teilweise darauf gesetzt wird, dass je nach Umsetzungsmodell in den einzelnen Gebietskörperschaften Absprachen getroffen werden. Wenn sich die Bundesländer an der Finanzierung der PSP beteiligen, was sehr unterschiedlich geregelt ist, sind die übernommenen Anteile in der Regel klar definiert. Die Anteile schwanken zwischen einer Drittelfinanzierung der Gesamtkosten bis hin zu kleineren Festbeträgen zur Deckung von Sachkosten.

- Versorgungsdichte: Nicht in allen Verträgen wurden Angaben zur angestrebten Zahl von PSP und damit zur Definition von Einzugsgebieten getroffen. In der Konsequenz kommt es zu einer enormen Varianz in der Versorgungsdichte mit PSP. In keinem Land wurde die in der Begründung zum Gesetzentwurf empfohlene, aber fachlich nicht weiter begründete Versorgungsdichte von 1 PSP für 20.000 Einwohner_innen umgesetzt.
- Personelle Ausstattung: Auch an diesem zentralen Punkt geben nicht alle Verträge eindeutige Vorgaben. Dies betrifft sowohl das einzusetzende Vollzeitäquivalent, die vorzusehenden Berufsgruppen als auch den Umfang an Fort- und Weiterbildung.
- Sonstige Vorgaben: Die Rahmenverträge werden darüber hinaus zu selten dazu genutzt, um weitere, die Qualität der Beratungsarbeit fördernde Ausgestaltungsmerkmale zu definieren. Dies betrifft z. B. Raumkonzepte, Öffnungszeiten, den Umgang mit der Notwendigkeit von Hausbesuchen usw. Zudem sind nur in einzelnen Verträgen Anforderungen an die Dokumentation der Beratungsarbeit und an Qualitätssicherungssysteme formuliert.

Bereits durch die Auswertung der vorliegenden schriftlichen Verträge hat sich gezeigt, dass die PSP in Deutschland sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Damit für die Bürger_innen unabhängig vom Wohnort ein vom qualitativen Standard vergleichbares Beratungsangebot geschaffen werden kann, sind auf der Ebene der politischen Steuerung weitere Weichenstellungen erforderlich. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung haben dazu wichtige Erkenntnisse geliefert.

ZUGANGSBARRIEREN

Um einen problemlosen Zugang zur Beratung zu ermöglichen, müssten entweder die Einzugsgebiete der PSP kleinräumiger definiert werden oder bei den derzeit üblichen Einzugsgebieten von über 100.000 Einwohner_innen eine personelle Aufstockung der PSP erfolgen. Umgekehrt gibt es Regionen, in denen die Mitarbeiter_innen über Doppelstrukturen in der Beratung berichten, die zu Konkurrenzsituationen führen. Auf der Länderebene muss präzisiert werden, wie die Ausdifferenzierung der Beratungsstruktur reduziert werden kann, um das Prinzip „Hilfen aus einer Hand“ im PSP umzusetzen. Bei der Definition von Einzugsgebieten ist zudem zu berücksichtigen, dass diese so konzipiert werden, dass ein sinnvolles Case und Care Management betrieben werden kann und Hausbesuche ermöglicht werden.

Eine Erbringung der Beratung in Form von Hausbesuchen ist ein wichtiges Qualitätskriterium, z. B. wenn es um eine Senkung von Zugangsbarrieren geht. Auch wenn im Durchschnitt ein Drittel der Beratungen als Hausbesuch durchgeführt wird, kommt es zwischen den Bundesländern zu erheblichen Unterschieden. In den PSP sollten Arbeitsformen gefunden werden, die Hausbesuche grundsätzlich ermöglichen. Dazu können z. B. die Einzugsbereiche kleiner definiert bzw. an Sozialräumen orientiert werden. Eine Alternative stellen größere PSP mit mehreren Mitarbeiter_innen dar, die sich das Einzugsgebiet regional untereinander aufteilen. Bei großen Einzugsgebieten hat es sich bewährt, dass die PSP dezentrale Sprechzeiten anbieten.

Im Hinblick auf Zugangsbarrieren spielt auch die räumliche Anbindung von PSP eine große Rolle, die derzeit sehr unterschiedlich gelöst ist. Bei der Anbindung ist zu berücksichtigen, dass PSP gut erreichbar sein müssen und dass sie in Ämter- und Zentrumsnähe angesiedelt werden sollten. Wenn sie an „unverdächtige“ andere Dienstleistungsangebote ohne das Etikett „Pflege“ angebunden werden, fühlen sich auch Personen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit eher angesprochen.

Probleme in der Erreichbarkeit durch mangelnde Anbindung an den ÖPNV oder durch unzureichende Parkplätze sind noch in etwa jedem zehnten PSP zu konstatieren. Solche Strukturprobleme sollten ebenso gelöst werden wie die Tatsache, dass es immer noch einzelne PSP gibt, die nicht gut für Rollstuhlfahrer_innen erreichbar sind. Die zeitliche Erreichbarkeit der PSP wird von den Mitarbeiter_innen weit mehrheitlich positiv bewertet. Dies erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf die Bewertung der Erreichbarkeit durch die Nutzer_innen. Wartezeiten auf eine persönliche Beratung fallen bei einem Durchschnitt von 2,2 Tagen unterschiedlich ins Gewicht. Um Wartezeiten zu begrenzen, hat z. B. Hamburg eine freiwillige Selbstverpflichtung umgesetzt, nach der die Ratsuchenden höchstens zwei Tage auf eine Beratung warten müssen.

AUFGABENVIELFALT

Der Zahl der Beratungsfälle wird für die Bewertung der Leistungsfähigkeit der PSP eine große Bedeutung beigemessen. Doch kann der Erfolg von PSP nicht einseitig auf den Faktor

der Fallzahlen reduziert werden. Im Gegenteil: Wenn PSP die ihnen gesetzlich vorgegebenen Aufgaben gewissenhaft übernehmen, führt dies nicht selten dazu, dass die Zahl der bearbeiteten Fälle geringer ausfällt, als dies in PSP der Fall ist, die sich auf institutionelle Beratung beschränken. Zeitintensiv sind insbesondere das Case und Care Management sowie die Beratung in Form von Hausbesuchen. Um hierfür zeitliche Ressourcen zu schaffen, müssen genügend Personalstellen vorhanden sein. Zudem wirkt es sich günstig aus, die Arbeit auf mehrere Köpfe zu verteilen, weil sich dann personelle Ausfälle weniger gravierend auswirken. Zur Veranschaulichung der unterschiedlichen Arbeitsweisen von PSP sollten Fallbeispiele ausgearbeitet werden. Dadurch kann die Qualität der Beratung und die aufzubringende Zeit für verschiedene Leistungen besser dokumentiert werden. Auch der administrative Aufwand der Fallarbeit könnte dadurch illustriert werden.

Aus den Angaben der Befragten zur Häufigkeit bzw. Dringlichkeit bestimmter Themenstellungen, die regelmäßig Anlass einer Beratung im PSP waren, lassen sich Schlussfolgerungen für Entwicklungsperspektiven ableiten:

- Die PSP erfüllen bereits heute eine wichtige präventive Funktion. Die meisten Ratsuchenden wenden sich an den PSP, um die Sicherung der häuslichen Versorgung zu gewährleisten. Fragen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit spielen in allen PSP eine Rolle, diese sind jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt. Vor allem diejenigen PSP, die sich in das Gemeinwesen integrieren und denen nicht ausschließlich das Etikett „Pflege“ anhaftet, erreichen Menschen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit. Dazu hat es sich u. a. bewährt, Fragen der Wohnraumgestaltung im Alter offensiv in die PSP-Arbeit zu involvieren.
- Wenn es um präventive Aufgaben von PSP geht, sind Angebote zur Entlastung und Stärkung pflegender Angehöriger von großer Bedeutung ebenso wie die Bearbeitung von Themen rund um Fragen der Gesunderhaltung, Ernährung und Bewegung. Zum anderen sollten breite Anstrengungen zur Verzögerung bzw. Verhinderung von Pflegebedürftigkeit unternommen werden.
- Auch das frühzeitige Eingehen auf die Bedürfnisse von multimorbiden Ratsuchenden kann Pflegebedürftigkeit verzögern oder verhindern. Allerdings kann hier ein Handlungsbedarf konstatiert werden, die rechtlichen Rahmenbedingungen weiter zu präzisieren. Vor allem der Rechtsanspruch auf Entlassungsmanagement im Krankenhaus muss in der Praxis stärker umgesetzt werden. So gehen immer noch zu viele Heimunterbringungen von Krankenhaussozialdiensten aus. Es sollten Möglichkeiten ausgelotet werden, die Kooperation zwischen Krankenhäusern und PSP durch entsprechende Formulierungen im Gesetz stärker zu fördern.
- Die Mitarbeiter_innen von Pflegestützpunkten sind immer häufiger mit Anfragen Demenzkranker und ihrer Angehörigen befasst. Bereits jetzt werden durchschnittlich 40 Prozent der Beratungen zu diesem Thema durchgeführt. Aufgrund der Spezifik der Demenz sind hier sehr spezielle und facettenreiche Beratungsbedarfe zu erfüllen, für die nicht immer eine ausreichende Fachexpertise im Pflegestützpunkt vorausgesetzt werden kann. Daher müssen

dringend Konzepte der Qualifizierung von PSP-Mitarbeiter_innen und der Vernetzung mit Demenzspezialist_innen entwickelt und umgesetzt werden.

- Menschen mit Migrationshintergrund werden von den PSP unterschiedlich gut erreicht. Hier sollte von denjenigen PSP gelernt werden, die sich auf diese Zielgruppe bereits intensiver eingestellt haben. Positive Erfahrungen wurden z. B. mit übersetzten Beratungsunterlagen oder mit speziellen Sprechzeiten im Wohnquartier gesammelt.
- Neben den Hauptthemen wird in PSP eine Vielfalt weiterer Beratungsthemen bearbeitet von der Palliativversorgung bis hin zur Versorgung mit technischen Assistenzsystemen. PSP sollten sich als Lotsen verstehen, die nicht zu jedem Thema eine spezifische Beratung leisten müssen, dafür aber mit den zuständigen Fachexpert_innen kooperieren sollten.

Ratsuchende wenden sich häufig mit sehr komplexen Fragen rund um die Versorgung an die PSP und sollen dort Hilfen aus einer Hand erhalten. Wie aus den Ergebnissen abzuleiten ist, stoßen PSP in ihrer Beratungsarbeit nicht selten an Grenzen, wenn es auf der regionalen Ebene nicht ausreichend bedarfsgerechte Versorgungsangebote gibt. Probleme, die die meisten PSP benennen, entstehen z. B. bei der Organisation alltagsnaher Hilfen. Hier kann konstatiert werden, dass es in Deutschland zwar viele pflegerische Angebote gibt, es aber im Hinblick auf Hilfeformen unterhalb eines Pflegebedarfs (wie z. B. Einkaufs- oder Begleitsdienste) zu erheblichen Versorgungslücken kommt. Mit dem PNG bestehen nun neue Möglichkeiten nach § 45b, solche Hilfen finanzierbar aufzubauen. Handlungsbedarf besteht auch in der medizinischen Versorgung. So benennen die Befragten Herausforderungen sowohl im Rahmen von Krankenhausentlassungen als auch im Hinblick auf die sonstige medizinische Versorgung. Weder Arztpraxen noch Krankenhäuser arbeiten derzeit regelmäßig mit PSP zusammen. Zudem sind viele medizinische Angebote für ältere Patient_innen nicht angemessen ausgerichtet (z. B. zu wenig mobile Hilfen).

RAUM- UND PERSONALKONZEPTE

Im Hinblick auf die Raumkonzepte der PSP scheint eher weniger Handlungsbedarf. Von einigen Ausnahmen abgesehen bewerten die Befragten das Raumangebot als geeignet. Bei durchschnittlich rund fünf Räumen sind neben Beratungsräumen und Toiletten auch häufiger Warte- und/oder Besprechungsräume verfügbar.

Die personelle Besetzung eines PSP ist ein wesentliches Qualitätskriterium. Hier geht es zunächst um die Personalmenge. Im Durchschnitt sind PSP mit 2,0 Vollzeitäquivalenten besetzt. In Abhängigkeit zur Größe der Einzugsgebiete kann diese Besetzung als zu niedrig betrachtet werden, wenn man von den PSP neben der Beratung auch die Übernahme komplexerer Case und Care Managementfunktionen erwartet.

Möglichst sollte die Arbeit in PSP auf mehrere Personen aufgeteilt werden, um die Flexibilität im Beratungsangebot zu sichern. Einen PSP mit nur einer Person zu besetzen ist sicher kein angemessener Weg, um die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben zu erfüllen. Dies trifft nach den Ergebnissen der Befragung auf rund fünf Prozent der PSP zu. Die meisten

PSP sind folgerichtig mit zwei bis drei Personen besetzt. Vieles spricht für noch größere Einheiten mit vier und mehr Personen, weil dadurch eine bessere Erreichbarkeit gewährleistet ist und sich Fehlzeiten weniger dramatisch auswirken. Größere Einheiten müssen jedoch im Regelfall ihre Einzugsgebiete weiter definieren, um den höheren Personalansatz finanzieren zu können.

Bei den Personalkonzepten ist anzuraten, dass zumindest die Hauptberufe Sozialarbeit und Pflege vertreten sind. Hilfreich sind zudem Büroassistenzen, die die Berater_innen bei der Dokumentation und bei sonstigen Verwaltungsarbeiten unterstützen können. Mit Befristungen sollte in PSP vorsichtig umgegangen werden, um den Personalstamm an hoch qualifizierten und eingearbeiteten Mitarbeiter_innen nicht ungewollt zu gefährden. Es stimmt deshalb bedenklich, dass jeder fünfte PSP mit befristeten Arbeitsverträgen ausgestattet ist.

Im Hinblick auf den Anteil an Personal mit spezifischer Qualifizierung kann noch Entwicklungsbedarf konstatiert werden, zumal hier – was die Weiterbildung zum/zur Pflegeberater_in nach den Vorgaben des GKV betrifft – gesetzliche Regelungen vorliegen. Derzeit hat noch nicht einmal die Hälfte des Personals in PSP die Weiterbildung zum/zur Pflegeberater_in durchlaufen. Mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz und dem Saarland besteht demnach ein hoher Nachholbedarf an Schulungen. Um ein einheitliches Beratungsniveau zu gewährleisten, sollte die Weiterbildung zum/zur Pflegeberater_in unabhängig von der Berufsgruppe die Mindestqualifikation eines PSP-Mitarbeiters bzw. einer PSP-Mitarbeiterin darstellen. Derzeit sind lediglich die Kassen gesetzlich zu einer Weiterbildung ihrer Pflegeberater_innen verpflichtet, nicht aber die Kommunen im Falle einer Trennung von Pflege- und Sozialberatung. Hier könnte eine Präzisierung der Richtlinien für Klarstellung sorgen. Für die Weiterbildung zum/zur Case Manager_in nach den Richtlinien der DGCC (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management) gibt es derzeit keinerlei bindende Vorschriften. Diese oder vergleichbare Weiterbildungen stellen nach Einschätzungen von Expert_innen jedoch eine wünschenswerte Zusatzqualifikation dar. Im Durchschnitt verfügen 47 Prozent der PSP-Mitarbeiter_innen über diese Weiterbildung, sodass in den meisten Ländern zur fachlichen Unterstützung und zum Kompetenzaufbau des Personals Nachholbedarf besteht.

Ein weiterer Handlungsbedarf im Sinne von „Personalpflege“ zeichnet sich im Bereich der Supervisionen ab. In der weit überwiegenden Zahl von PSP werden weder interne noch externe Supervisionen angeboten. Dabei kommt es zwischen den Bundesländern zu erheblichen Unterschieden.

ARBEITSORGANISATION UND ARBEITSINHALTE

Im Hinblick auf die Arbeitsorganisation ist die Festlegung einer Teamleitung insbesondere in personalstarken PSP zu empfehlen. Zudem können weitere Formen von Arbeitsteilung sinnvoll sein, etwa die Aufteilung regionaler oder thematischer Zuständigkeiten (z. B. Öffentlichkeitsarbeit). Kritisiert wird von Expert_innen hingegen eine Trennung von Sozial- und Pflegeberatung. Hier wird die Gefahr gesehen, dass Doppelstrukturen geschaffen werden, die die Idee

der „Beratung aus einer Hand“ unterlaufen. Zu fordern sind abgestimmte Verfahren einer integrierten Beratung auf der Grundlage interdisziplinärer Versorgungspläne und eines gemeinsamen Monitorings des Hilfeprozesses.

Laut gesetzlichem Auftrag sollen sich PSP nicht auf die einzelfallbezogene Beratung beschränken, sondern sie haben nach § 92c SGB XI einen umfassenden Versorgungsauftrag, der auch die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote umfasst. Das sogenannte Care Management schafft auf der regionalen Ebene die Grundlage für versorgungsgerechte Konzepte und sollte nach §92c SGB XI Absatz 3 in verbindliche Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung mit Ärzt_innen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Altenhilfe und des Behindertenwesens im regionalen Einzugsbereich münden. Zwar wird in allen PSP Netzwerkpflege betrieben, das Verbindlichkeitsniveau der Vereinbarungen ist jedoch noch sehr gering. So liegen z. B. kaum schriftliche Vereinbarungen mit Kooperationspartnern vor. Entwicklungsbedarf ist insbesondere in der Kooperation zwischen PSP und Krankenhäusern zu sehen. Hier gibt es derzeit kaum geregelte Kooperationsformen, obgleich in Kliniken viele Entscheidungen über frühzeitige Heimunterbringungen getroffen werden. Dies verdeutlicht, dass ohne Care Management letztlich auch die einzelfallbezogene Beratung der PSP nicht erfolgreich in Richtung einer Sicherung der häuslichen Versorgung umgesetzt werden kann. Aufgrund der großen Bedeutung des Care Managements sollten dazu umfassende Prozessempfehlungen für die PSP entwickelt werden.

WEITERER FORSCHUNGSBEDARF

Trotz der hohen Bedeutung, die PSP vor dem Hintergrund einer steigenden Bedarfslage aufseiten der Ratsuchenden und einem unübersichtlichen und sektoralisierten Hilfesystem zukommt, ist die Studienlage zum Thema unterentwickelt. Es fehlt vor allem an bundesweit vergleichbaren Strukturdaten, mittels derer Aussagen zu förderlichen und hemmenden Umsetzungsbedingungen gewonnen werden können. Hier hat die vorliegende Studie der FES einen ersten wichtigen Beitrag geleistet. Zukünftige Untersuchungen sollten sich u. a. auf folgende offene Fragestellungen fokussieren:

- Dies betrifft z. B. eine elaborierte Wirkungsanalyse. Schwerpunktmäßig sollte eine solche Studie zum einen die Beratungs- und Servicequalität der PSP näher beleuchten und hierbei vor allem auch die Adressatenperspektive berücksichtigen. Zum anderen wäre in eine solche Wirkungsanalyse einzubeziehen, wie sich die von den PSP zu leistende Vernetzungsarbeit und das Care Management auf die regionalen Versorgungsstrukturen und Kooperationsbeziehungen auswirken.
- Daneben fehlen derzeit tragfähige Implementationsanalysen, durch die vor allem vergleichbare Aussagen über diejenigen Bundesländer ermöglicht werden, die auf die Einrichtung von PSP ganz verzichtet haben, bzw. über

jene, die sehr individuelle Wege zur Umsetzung der Pflegeberatung eingeschlagen haben (wie z. B. Bayern). Dazu wäre die Durchführung länderübergreifender qualitativer Fallstudien erforderlich, in die die Vielzahl der relevanten Akteure einzubeziehen wäre wie z. B. die zuständigen Vertreter_innen der Kassen, der Gebietskörperschaften und anderer Träger sowie die Klient_innen und Netzwerkpartner von PSP.

Aus den Reaktionen auf die Studie kann zum einen ein hoher Konsens über den Bedarf an bundesweit vergleichbaren Daten abgeleitet werden. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass eine sorgfältige Abstimmung mit den relevanten Akteuren auf Trägerseite erforderlich ist, um eine hohe Beteiligungsbereitschaft in allen Bundesländern zu erzielen. In zukünftigen Vorhaben sollte diesem Aspekt eine stärkere Bedeutung beigemessen werden.

FAZIT

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2008 den Anspruch formuliert, dass PSP das Zentrum von Beratungsaktivitäten und Netzwerkarbeit in der Kommune darstellen sollen. Seither wurde vieles auf den Weg gebracht, damit die PSP ihre vor allem in den §§ 7a und 92c SGB XI beschriebenen Funktionen erfüllen können. Die Evaluation hat insbesondere eines verdeutlicht: Es herrscht eine große Vielfalt an Umsetzungsvarianten. Diese Vielfalt konnte sich vor allem deshalb herausbilden, weil in den Länderregelungen an vielen Punkten keine stringenten Vorgaben z. B. zu Einzugsgebiet, Struktur, Leistungserbringung und Ausstattung formuliert wurden. Daneben ist deutlich geworden, dass auch innerhalb der Länder große Varianzen in der Umsetzung bestehen, was z. B. die stark differierenden Fallzahlen belegen. Demnach ist davon auszugehen, dass auch andere Variablen die Umsetzung von PSP beeinflussen, wie z. B. die Trägerschaft oder die Betriebsdauer.

Insgesamt hat die Studie keinen Zweifel an der Sinnhaftigkeit und dem Nutzen von PSP für die Bevölkerung aufkommen lassen, auch wenn einige Hinweise auf Optimierungsmöglichkeiten gefunden wurden. So hat die Befragung u. a. wichtige Impulse geliefert, wie die Organisation der PSP zur Aufgabenerfüllung beitragen kann und an welchen Stellen präzisere Strukturvorgaben eine einheitliche und verbindliche Mindestqualität sicherstellen können.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

12	Tabelle 1: Schlüsselindikatoren nach Analyseebenen	28	Tabelle 23: Anzahl Supervisionen im Jahr 2013
13	Tabelle 2: Studienlage	28	Tabelle 24: Interne Arbeitsteilung
14	Tabelle 3: Fragestellungen und Schwerpunkte der Studien	29	Tabelle 25: Verteilung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten in Prozent
14	Tabelle 4: Methodik der Studien	29	Tabelle 26: Öffentlichkeitsarbeit der PSP
17	Tabelle 5: Allgemeinverfügungen und Rahmenverträge (Ländervergleich)	29	Tabelle 27: Kontaktpflege zu Netzwerkpartnern
20	Tabelle 6: Rücklauf nach Bundesländern	11	Abbildung 1: Analysedimensionen
21	Tabelle 7: Trägerstruktur	25	Abbildung 2: Beurteilung der Anbindung an den ÖPNV
21	Tabelle 8: Einwohner_innen im Einzugsgebiet	26	Abbildung 3: Beurteilung der Parkmöglichkeiten
21	Tabelle 9: Struktur des Einzugsgebiets	27	Abbildung 4: Zahl der Mitarbeiter_innen im PSP
21	Tabelle 10: Räumliche Anbindung	30	Abbildung 5: Umgang der PSP mit bürgerschaftlichem Engagement
22	Tabelle 11: Überschneidung von Beratungsstrukturen		
22	Tabelle 12: Durchschnittliche Fallzahlen (1. Quartal 2014)		
22	Tabelle 13: Fallzahlen und Fallzahlenquotienten nach Bundesländern (1. Quartal 2014)		
23	Tabelle 14: Ort der Beratung (n=131)		
24	Tabelle 15: Zeitaufwand in Minuten nach Beratungsformen		
24	Tabelle 16: Beratungsinhalte (Fragen)		
24	Tabelle 17: Beratungsinhalte (Themen)		
25	Tabelle 18: Herausforderungen in der Beratungsarbeit		
26	Tabelle 19: Öffnungszeiten der PSP in Stunden		
27	Tabelle 20: Funktion und Anzahl der Räume		
27	Tabelle 21: Im PSP vertretene Berufsgruppen (Zahl der Personen)		
28	Tabelle 22: Anteil Beschäftigte mit Weiterbildung (Pflegeberater_innen/Case Management)		

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkte
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe

Literaturverzeichnis

- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.) 2002: Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung, Wiesbaden.
- Joost, Angela 2012: IWAK Abschlussbericht: Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen, Frankfurt a. M.
- Hildebrandt, T.; Leiffemann, S.; Tarwitz, M.; Simon, M. 2014: Der Stand des Aufbaus von Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen im Jahr 2011. Ergebnisse einer Befragung von Pflegestützpunkten, in: Pflege & Gesellschaft 19 (1), S. 40–58.
- Klie, Thomas; Frommelt, Mona; Schneekloth, Ulrich 2011: Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI: Abschlussbericht GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Köpke Sascha et al. 2011: Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg (PSPHH): Abschlussbericht, Hamburg.
- Mayring, Philipp 2003: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, Weinheim.
- Michel-Aulli, Peter et al. 2010: Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Mickley, Birgit 2011: Bericht über den Stand der Umsetzung der Pflegestützpunkte im Saarland, Berlin.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie Brandenburg 2011: Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg, Potsdam.
- Rothgang, Heinz et al. 2012: Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen, Bremen.
- Schweizer, Carola 2007: Das Modell aus der Perspektive der Ratsuchenden und der Profis – Ergebnisse der qualitativen Untersuchung, in: Alter und Soziales e. V. (Hrsg.): Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen, Ahlen.

Peter Baumeister

DER RECHTLICHE RAHMEN NACH § 92C SGB XI (UND § 7C SGB XI N.F.)

38	1	EINLEITUNG
39	2	EXECUTIVE SUMMARY
40	3	RECHTSREGIME FÜR PFLEGESTÜTZPUNKTE NACH DEM SGB XI (BIS ZUM 31.12.2015)
40	3.1	Vorgaben zur Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI)
40	3.1.1	Bestimmung der Einrichtung durch die oberste Landesbehörde
44	3.1.2	Rechtspflicht der Pflege- und Krankenkassen zur Einrichtung der Pflegestützpunkte
45	3.2	Rechtsnatur der Pflegestützpunkte
46	3.3	Aufgaben der Pflegestützpunkte
46	3.3.1	Aufklärung und Beratung (§ 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 1 i. V. m. § 7 SGB XI)
47	3.3.2	Allgemeine Koordinierung und Vernetzung
47	3.3.3	Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen (§ 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 2)
47	3.3.4	Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
49	3.4	Durchsetzung der Erfüllung der gesetzlichen Pflichten zur Einrichtung der Pflegestützpunkte
50	4	BEISPIELE FÜR DIE VERLETZUNGEN DER RECHTLICHEN VORGABEN ZUR EINRICHTUNG VON PFLEGESTÜTZPUNKTEN
50	4.1	Bestimmung der Einrichtung von Pflegestützpunkten und deren Umsetzung
50	4.1.1	Bestimmung durch die oberste Landesbehörde
51	4.1.2	Umsetzung in den Bundesländern
52	4.2	Fehlvorstellungen vom zwingenden Aufgabenbereich der Pflegestützpunkte
53	4.3	Rahmenverträge gem. § 92c Abs. 8 SGB XI und Empfehlungen gem. § 92c Abs. 9 SGB XI
54	5	BETEILIGUNG DER KOMMUNEN
55	6	ZWEITES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ (PSG II)
55	6.1	Änderungen mit Bezug zu den Pflegestützpunkten
55	6.2	Bewertung
57	7	AUSBLICK
59	8	THESENARTIGE ZUSAMMENFASSUNG
61		Abkürzungsverzeichnis
61		Literaturverzeichnis

1

EINLEITUNG

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurde 2008 ein Instrument in das Recht der Pflegeversicherung eingeführt, an das der Gesetzgeber hohe Erwartungen geknüpft hat. Im Vordergrund stand das Ziel eines Auf- und Ausbaus wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung ermöglichen sollten. Den Pflegestützpunkten sollte insbesondere die Aufgabe einer besseren Abstimmung und Vernetzung der wohnortnahen Angebote für Pflegebedürftige zufallen (BT-Drs. 16/7439: 1, 37).

Die praktische Umsetzung in den Folgejahren hat die Ziele und Erwartungen um Längen verfehlt. Bis heute gibt es – bundesweit gesehen – kein auch nur annähernd flächendeckendes wohnortnahes Netz von Pflegestützpunkten. Zudem sind die vorhandenen Pflegestützpunkte in aller Regel nur unzureichend personell und sächlich ausgestattet. Weiterhin ist die Beratungslandschaft für Pflegebedürftige durch ein verbreitetes Nebeneinander unterschiedlicher Beratungsstellen geprägt. In den meisten Bundesländern sind die Kommunen (Städte und Landkreise) vielfach nicht in die vorhandenen Pflegestützpunkte eingebunden. Vor diesem Hintergrund sind die Möglichkeiten eines Pflegestützpunktes, die Angebote für pflegebedürftige Menschen sinnvoll zu vernetzen, von vornherein sehr begrenzt. Zudem bestehen weitverbreitet Unklarheiten über den Umfang der Aufgaben der Pflegestützpunkte. Daraus folgt wiederum die sehr unterschiedliche Ausgestaltung der Pflegestützpunkte in den einzelnen Bundesländern.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieser Untersuchung, den Rechtsrahmen der Pflegestützpunkte nach dem SGB XI darzustellen und anhand der Ergebnisse rechtliche Bewertungen zu den unterschiedlichen Wegen der Umsetzung in den Bundesländern zu treffen. Zu berücksichtigen ist dabei auch das zum 1.1.2016 (teilweise) in Kraft tretende Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II).

Das Gutachten befindet sich auf dem Rechtsstand nach dem Gesetzesbeschluss zum PSG II¹. Dabei bildet die bis

zum 31.12.2015 geltende Rechtslage den Ausgangspunkt der Darstellung. Auf die mit dem PSG II in Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten verbundenen (überschaubaren) Neuregelungen wird am Ende des Gutachtens (Kapitel 6) eingegangen.²

Ausdrücklich aus dem Untersuchungsgegenstand ausgeklammert werden die Rechtsfragen zur Zulässigkeit einer bundesgesetzlichen Anordnung zur flächendeckenden Einrichtung von Pflegestützpunkten, wie sie im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 7.12.2007 ursprünglich vorgesehen war (BT-Drs. 16/7439: 20 – § 92c Abs. 1 S. 1, Abs. 2 S. 1 SGB XI-Entwurf), dann aber im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zugunsten einer Entscheidungsbefugnis der Länder fallengelassen wurde.

Zur Einschätzung der Länderpraxis werden auch die Ergebnisse verschiedener Studien zur Tätigkeit der Pflegestützpunkte herangezogen, nicht zuletzt der Endbericht zur Studie „Pflegestützpunkte in Deutschland aus der Sicht der Mitarbeitenden“ durch das Institut für Sozialforschung und Sozialpolitik e. V. (iso), Saarbrücken, aus dem Februar 2015.

Das vorliegende Gutachten beginnt mit der Darstellung des bis zum 31.12.2015 gültigen Rechtsregimes für Pflegestützpunkte nach dem SGB XI, ohne die durch das PSG II eintretenden Änderungen zunächst zu berücksichtigen (Kapitel 3). Sodann werden aus der Länderpraxis Beispiele für die Verletzung der rechtlichen Vorgaben zur Einrichtung von Pflegestützpunkten dargestellt (Kapitel 4). Es folgt ein Abschnitt zu Vorschlägen der verstärkten Beteiligung der Kommunen an den Pflegestützpunkten (Kapitel 5). Schließlich werden die mit dem PSG II verbundenen Änderungen erörtert (Kapitel 6). Abschließend folgt ein kurzer Ausblick auf den grundlegenden Änderungsbedarf (Kapitel 7), bevor die Ergebnisse des Gutachtens thesenartig zusammengefasst werden (Kapitel 8).

² Von den Materialien zum PSG II wurden berücksichtigt: 1) Referentenentwurf v. 22.6.2015; 2) Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 14.8.2015 (BR-Drs. 354/15; BT-Drs. 18/5926); 3) Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung v. 29.9.2015 (BT-Drs. 18/6182); 4) Beschlussempfehlung des 14. Ausschusses des Bundestages v. 11.11.2015 (BT-Drs. 18/6688); 5) Gesetzesbeschluss des Bundestages v. 13.11.2015 (BT-PIPr. 18/137: 13433 A); 6) Beschluss des Bundesrates v. 18.12.2015 (BR-Drs. 567/15).

¹ Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) v. 21.12.2015, BGBl. I: 2424.

2

EXECUTIVE SUMMARY

Das Gutachten beschäftigt sich mit den rechtlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuchs Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) zu den Pflegestützpunkten. Die Analyse der Rechtslage geht aus von der bis zum 31.12.2015 geltenden Gesetzesfassung und erörtert zudem die durch das „Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze“ (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015 mit Wirkung vom 1.1.2016 eingeführten Änderungen.

Die bundesrechtlichen Vorgaben zur Einrichtung der Pflegestützpunkte haben die Bundesländer sehr unterschiedlich umgesetzt, nicht nur weil mit Sachsen und Sachsen-Anhalt zwei Bundesländer überhaupt keine Stützpunkte eingerichtet haben. So bestehen zwischen den 14 Bundesländern mit Pflegestützpunkten hinsichtlich deren konkreter Ausgestaltung teilweise gravierende Unterschiede im Hinblick auf Anzahl, Ausstattung und Aufgabenspektrum. Insofern deckt die Untersuchung vielfältige Verstöße der Länder und der dort tätigen Pflege- und Krankenkassen gegen den Rechtsrahmen für die Einrichtung der Pflegestützpunkte auf. Ursache dafür ist zum einen die in manchen Punkten recht unklare Rechtslage, die verbunden ist mit nur wenigen Vorgaben für die Organisationsstruktur und das Aufgabenspektrum der Stützpunkte. So gibt das Gesetz – aus Rücksicht auf die bereits vorher vorhandenen Strukturen und die Landeskompetenzen im Hinblick auf die Einbindung der Kommunen – kein einheitliches Modell der Einrichtung der Pflegestützpunkte und der an ihr beteiligten Träger vor. Entsprechend ist in vielen Bundesländern weder eine umfassende Beteiligung der vertretenen Pflege- und Krankenkassen noch eine solche der Kommunen gelungen. Damit fehlt es häufig an der notwendigen Verzahnung der Beratungs-, Unterstützungs- und Fallmanagementangebote für die pflegebedürftigen Menschen. Unter diesen Umständen wird die vom Gesetzgeber angestrebte Bedeutung des Pflegestützpunktes als zentrale Anlaufstelle in keiner Weise erreicht. Das wenig effiziente und für die Bürger_innen meist undurchschaubare Nebeneinander unzähliger Beratungsstellen öffentlicher und privater Träger konnte vielerorts nicht beendet werden.

Mit dem – aus anderen Gründen sehr positiv einzuschätzenden – PSG II hat der Gesetzgeber die Ursachen der häufig

wenig zufriedenstellenden Praxis der Pflegestützpunkte nicht bekämpft, sondern bestenfalls Randkorrekturen vorgenommen.

Aus der Analyse des aktuellen Rechtsregimes der Pflegestützpunkte (also auch nach dem Inkrafttreten des PSG II) und der Umsetzungsdefizite in den Bundesländern lassen sich – unter der Prämisse einer gewünschten Stärkung des Systems der Pflegestützpunkte – verschiedene notwendige oder zumindest sinnvolle Maßnahmen ableiten:

- zwingende Beteiligung kommunaler Träger;
- Klarstellung des Aufgabenbereichs „Pflegeberatung“;
- Aufnahme von Rechtspflichten der Träger eines Pflegestützpunktes;
- Möglichkeit einer ungleichen Kostenbeteiligung von Pflege- und Krankenkassen;
- keine Pflegestützpunkte bei Pflegeeinrichtungen;
- Überdenken des „sozialrechtlichen Beratungsstellenkonzepts“.

3

RECHTSREGIME FÜR PFLEGESTÜTZPUNKTE NACH DEM SGB XI (BIS ZUM 31.12.2015)

3.1 VORGABEN ZUR EINRICHTUNG VON PFLEGESTÜTZPUNKTEN (§ 92C SGB XI)

Die Grundnorm zur Einrichtung von Pflegestützpunkten stellt der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) eingeführte § 92c SGB XI dar. Dessen Abs. 1 S. 1 hat folgenden Wortlaut: „Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt.“ Weiter bestimmt § 92c Abs. 1 S. 2 SGB XI, dass die Einrichtung der Pflegestützpunkte „innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde“ zu erfolgen hat.

Aufgrund dieser Vorgaben besteht eine Rechtspflicht für die Pflege- und Krankenkassen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, die lediglich von einer Entscheidung der zuständigen obersten Landesbehörde, also dem jeweils für die Pflegeversicherung zuständigen Ministerium, abhängig gemacht wird. Angesichts der überaus unterschiedlichen Praxis der Bundesländer bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten (näher unten Kapitel 4) stellen sich vor allem Fragen nach dem Gestaltungsspielraum der Länder (bzw. der zuständigen obersten Landesbehörde) und der Pflege- und Krankenkassen bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten.

3.1.1 BESTIMMUNG DER EINRICHTUNG DURCH DIE OBERSTE LANDESBEHÖRDE

Entscheidung über das „Ob“ der Einrichtung (EntschlieBungsermessen)

– Einräumung eines Ermessensspielraums

Indem der Gesetzgeber die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch die Pflege- und Krankenkassen von der Bestimmung der Einrichtung durch die obersten Landesbehörden abhängig macht, kommt dem jeweiligen Ministerium die Entscheidungskompetenz darüber zu, ob Pflegestützpunkte überhaupt in dem jeweiligen Bundesland eingerichtet werden.

Das Gesetz weist die Entscheidung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten der jeweiligen obersten Landes-

behörde zu, ohne für die Entscheidung inhaltliche Vorgaben zu machen. Damit trifft die oberste Landesbehörde die Entscheidung nach ihrem Ermessen, auch wenn in § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI ein ausdrücklicher Hinweis auf ein Ermessen (z. B. durch eine „Kann“-Regelung) fehlt. Der maßgebliche letzte Halbsatz des § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI enthält konkludent die Regelung, dass die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung der Pflegestützpunkte bestimmen kann, aber nicht muss. In den Kategorien des Verwaltungsermessens handelt es sich um einen Fall des sogenannten EntschlieBungsermessens⁴.

– Bestimmung der Einrichtung von Pflegestützpunkten als Fall des „intendierten Ermessens“?

Insbesondere in der verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung wird seit geraumer Zeit davon ausgegangen, dass es Ermessensregelungen gibt, in denen eine „Intention“ für eine bestimmte Entscheidung der zuständigen Behörde schon im Gesetz angelegt sei.⁵ Die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat diese Rechtsfigur bislang nur in Ausnahmefällen aufgegriffen.⁶ Die Anerkennung eines intendierten Verwaltungsermessens wird in der Literatur

³ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008, BGBl. I: 874.

⁴ Zu den beiden Ausprägungen des Ermessens, dem EntschlieBungsermessen und dem Auswahlermessen, s. für das Sozialrecht etwa Mrozynski (2014: § 39 Rn. 32); Gutzler (2015: § 39 Rn. 1); Seewald (2015: § 39 Rn. 3). Nicht eindeutig ist allerdings, ob das zuständige Ministerium eine ausdrückliche Entscheidung darüber treffen muss, ob die Pflegestützpunkte eingerichtet werden oder nicht. Denkbar wäre auch, dass es im Fall der Ablehnung der Einrichtung von Pflegestützpunkten ausreicht, schlicht nichts zu unternehmen. In diesem Fall wäre der Untätigkeit allenfalls eine interne, nicht nach außen erkennbare Entscheidung gegen die Einrichtung von Pflegestützpunkten vorausgegangen. Diesen Fragen braucht hier aber mangels praktischer Relevanz nicht weiter nachgegangen zu werden.

⁵ Siehe etwa BVerwG, Urt. v. 5.7.1985 – 8 C 22.83, BVerwGE 72, 1 (6) – juris Rn. 22; BVerwG, Urt. v. 16.6.1997 – 3 C 22.96, BVerwGE 105, 55 – juris Rn. 14; vgl. auch Schöenbroicher (2014: § 40 Rn. 66 ff.).

⁶ BSG, Urt. v. 23.8.2013 – B 8 SO 24/11 R, juris Rn. 23 (zu § 88 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB XII); BSG, Urt. v. 30.10.2013 – B 12 R 14/11 R, juris Rn. 38 (zu § 45 Abs. 2 S. 3 SGB X); dazu interessanterweise a. A. BVerwG, Urt. v. 14.3.2013 – 5 C 10.12, juris LS und Rn. 29 ff.; vgl. auch Störmer (2013).

vielfach kritisch gesehen, weil auf diese Weise vor allem die Grenzen zwischen „Soll-“ und „Kann“-Vorschriften verwischt würden (Maurer 2011: § 7 Rn. 12; Sachs 2014: § 40 Rn. 30, 57).

Regelmäßig wird die Rechtsfigur des intendierten Ermessens nur dazu verwendet, Anforderungen an die Verwaltung betreffend Begründung einer Ermessensentscheidung abzusenken oder gar zu negieren. Im Fall eines intendierten Ermessens sehe das Gesetz eine bestimmte Entscheidung als Regelentscheidung an und fordere eine (nähere) Begründung nur für ein Abweichen vom intendierten Regelfall.

Unabhängig von den beachtlichen Bedenken gegenüber der Rechtsfigur des intendierten Ermessens sind die vorhandenen Anhaltspunkte für eine entsprechende gesetzliche Intention im vorliegenden Fall ohnehin nicht ausreichend. Zwar sprechen einerseits systematische und teleologische Argumente eher für eine Tendenz des Gesetzes, nach der die Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zur Einrichtung von Pflegestützpunkten als Regelfall anzusehen ist. So verlangt § 7 Abs. 3 S. 2 SGB XI, dass die zuständige Pflegekasse den Pflegebedürftigen⁷ unverzüglich nach Eingang des Leistungsantrags u. a. über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt und die Unentgeltlichkeit der Pflegeberatung zu unterrichten hat. Diese Regelung, die trotz der Änderungen an der Gesetzesentwurfassung des § 92c SGB XI im Gesetzgebungsverfahren unverändert geblieben ist (BT-Drs. 16/8525: 12), deutet zumindest die Tendenz des Gesetzes an, die durch teleologische Argumente gestützt wird. Der Zweck der Einführung von Pflegestützpunkten, an denen eine umfassende Pflegeberatung i. S. v. § 7a SGB XI erbracht wird, besteht gerade auch in der besseren Koordinierung bzw. Zusammenfassung aller bereits vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote. Kostenintensive Parallelstrukturen sollen abgebaut und ein einheitliches, für die betroffenen Versicherten einfach zu verstehendes System von Unterstützungsleistungen geschaffen werden. Wenn daher die oberste Landesbehörde ihre Entscheidung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten trifft, muss sie diese Zielsetzung des Gesetzes im Rahmen der Ermessensentscheidung berücksichtigen.

Im Ergebnis kann daraus dennoch nicht geschlossen werden, dass der Gesetzgeber mit dieser Nebenvorschrift ein intendiertes Ermessen in § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI im Hinblick auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten schaffen oder gar ein Entschliebungsermessen gänzlich negieren wollte. Die Gegenmeinung ist kaum damit in Einklang zu bringen, dass im Gesetzentwurf zunächst eine Pflicht zur Einrichtung vorgesehen war, die dann im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zur aktuellen Fassung abgeändert wurde. In § 7 Abs. 3 S. 2 SGB XI wurde auf den Zusatz „sofern Pflegestützpunkte eingerichtet wurden“ schlicht verzichtet, ohne dass fraglich sein kann, dass die Regelung so zu verstehen ist.

Gegen die Annahme einer regelmäßigen Pflicht der obersten Landesbehörde zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sprechen – wie vorausgehend angedeutet – die Entstehungsgeschichte der Norm des § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI sowie gleichfalls teleologische Gesichtspunkte. Zwar werden die Hintergründe der Änderung der Gesetzesformulierung während des Gesetzgebungsverfahrens (von einer Pflicht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten hin zu einer Ermessensentscheidung der obersten Landesbehörde über die Einrichtung) in den Gesetzesmaterialien (hier in der Begründung des Beschlusses des 14. Ausschusses des Bundestages) nicht mitgeteilt. Sämtliche möglichen Gründe für die Änderung der Regelung im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens sprechen jedoch gegen eine Beschränkung des Entschliebungsermessens. Naheliegender erscheint, dass die Kritik des Bundesrats an der zentralistischen Ausrichtung des Gesetzentwurfs mitentscheidend für die Änderung war.⁸

Die Annahme eines intendierten Ermessens stünde dazu in deutlichem Widerspruch. Zu keinem anderen Ergebnis gelangt man, wenn für die Streichung ein anderer Erklärungsversuch herangezogen wird: So gehen Klie und Ziller (2009: 173) davon aus, dass mit der Einräumung des Bestimmungsrechts der Länder über die Einrichtung der Pflegestützpunkte die Zustimmungspflichtigkeit des Gesetzes durch den Bundesrat vermieden werden sollte. Nur soweit als Grund für die Änderung gegenüber dem Gesetzentwurf auf das Urteil des BVerfG vom 20.12.2007 (2 BvR 2433/04 u. a., BVerfGE 119, 331) zur Verfassungswidrigkeit der Mischverwaltung in § 44b SGB II a. F. verwiesen wird,⁹ lassen sich daraus keine eigenen Anhaltspunkte gegen ein intendiertes Ermessen ableiten. Zusätzlich ist noch darauf hinzuweisen, dass die Entscheidung der obersten Landesbehörde, also dem zuständigen Ministerium, zugewiesen wurde. Das spricht zudem für die Anerkennung eines politischen Handlungsspielraums.¹⁰

⁸ Die entsprechende Stellungnahme des Bundesrats (BT-Drs. 16/7439: 123 – unter Nr. 44 a) lautet: „Der Bundesrat bemängelt die deutlich zu zentralistische Ausrichtung des Gesetzentwurfs, die der Zielrichtung der Föderalismusreform widerspricht, die Exekutivrechte der Länder zu stärken. Kritisch zu sehen sind insofern etwa die detaillierten Regelungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, die umfassende Kompetenzübertragung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder die Möglichkeiten der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit.“ Unter Nr. 44 c) heißt es: „Der Bundesrat fordert daher im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens, aber auch mit Blick auf künftige Gesetzesvorhaben, der Tendenz zum Zentralismus Einhalt zu gebieten und dem Föderalismus sowie den berechtigten Interessen der Länder umfassend Rechnung zu tragen.“

⁹ Siehe O’Sullivan (2013: § 92c Rn. 10); Behrend (2015: § 92c Rn. 4); soweit dort mit Verweis auf die BT-Drs. 16/8525 (101 f.) angenommen wird, dass nach der Ansicht des Gesetzgebers die Beteiligung der Länder an der Entscheidung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch das Urteil geboten sei, so können dafür zumindest keine Anhaltspunkte in den Gesetzesmaterialien gefunden werden; denkbar ist natürlich gleichwohl, dass der Gesetzgeber dies angenommen hat.

¹⁰ Siehe dazu etwa Schönenbroicher (2014: § 40 Rn. 117); W.-R. Schenke (2009: Art. 19 Abs. 4 Rn. 566 ff.).

⁷ Soweit in diesem Text an einigen Stellen das „generische Maskulinum“ verwendet wird, beruht das auf der insoweit notwendigen Anknüpfung an den Gesetzeswortlaut. In allen anderen Fällen wird diese Form vermieden und auf den Gendergap zurückgegriffen.

Im Ergebnis ist die Ermessensentscheidung nicht in Richtung einer bestimmten Entscheidung vorgeprägt, auch wenn an vielen Stellen des Gesetzes der Wunsch des Gesetzgebers deutlich wird, dass die Pflegestützpunkte in allen Ländern eingeführt werden. Jedes Bundesland kann sich gleichwohl frei für oder gegen die Einrichtung entscheiden. Auch eine Entscheidung gegen die Einrichtung bedarf keiner besonderen Gründe.

– Rechtsform der Entscheidung

Keine Regelung enthält das Gesetz zu der Frage, in welcher Form (Rechtsform) die Entscheidung über die Einrichtung der Pflegestützpunkte von der obersten Landesbehörde zu treffen ist.

Zunächst ist festzuhalten, dass es sich bei einer Bestimmung der Einrichtung notwendigerweise um eine Regelung, einen Rechtsakt, handelt. Da diese Regelung gegenüber den Pflegekassen und Krankenkassen gem. § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI erlassen wird, muss die Bestimmung durch die oberste Landesbehörde gegenüber anderen juristischen Personen mit Außenrechtswirkung erfolgen. Da der obersten Landesbehörde keine Ermächtigung zum Erlass einer Verordnung eingeräumt wurde, kommt im Ergebnis damit allein eine Bestimmung durch Verwaltungsakt in Betracht, auch wenn das Gesetz dazu keine ausdrückliche Aussage macht. Indem das Gesetz zudem eine allgemeine Bestimmung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten fordert, wird von der Behörde nicht die Regelung eines Einzelfalls oder mehrerer Einzelfälle (einzelne/r Pflegestützpunkt/e) verlangt, sondern die Regelung einer Vielzahl von Einzelfällen, die noch nicht konkretisiert sind. Im Ergebnis liegt damit eine Allgemeinverfügung gem. § 31 S. 2 SGB X nahe, ohne dies hier weiter vertiefen zu können.¹¹

Entscheidung über das „Wie“ der Einrichtung (Auswahlermessen)?

Während der (weite) Entscheidungsspielraum hinsichtlich des „Ob“ der Einrichtung von Pflegestützpunkten nach der gesetzlichen Regelung des § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI damit geklärt ist, stellt sich weiter die Frage, ob sich der in der Norm eingeräumte Spielraum auch auf das „Wie“ der Einrichtung von Pflegestützpunkten bezieht. Ein solches Auswahlermessen scheint von fast allen zuständigen obersten Landesbehörden in der Praxis in Anspruch genommen worden zu sein. Praktisch alle Bundesländer, in denen die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt worden ist, haben in ihren regelmäßig erlassenen Allgemeinverfügungen nicht nur bestimmt, dass Pflegestützpunkte einzurichten sind. Vielmehr enthalten viele der Allgemeinverfügungen zusätzlich Vorgaben über die geplante Zahl von Pflegestützpunkten sowie den zeitlichen Ablauf ihrer Einrichtung. In Einzelfällen gehen die Bestimmungen noch deutlich darüber hinaus. Dieser Praxis entsprechend haben auch andere Akteure diese Einschät-

zung vom Bestehen eines Auswahlermessens in der Sache übernommen.¹²

Auf den ersten Blick scheint für eine solche Interpretation der Regelung des § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI zu sprechen, dass das Auswahlermessen eine Konsequenz der Anerkennung eines Entschließungsermessens sein müsste. Wenn die oberste Landesbehörde bestimmen kann, ob überhaupt Pflegestützpunkte eingerichtet werden, so scheint es nur konsequent, wenn sie auch bestimmen darf, wie viele Pflegestützpunkte wann, wo und mit welcher Ausstattung eingerichtet werden. In der vorausgehend befürworteten Kompetenz zu einer generellen Ablehnung der Pflegestützpunkte scheint als ein Minus zugleich auch die Kompetenz mitenthaltend zu sein, die Pflegestützpunkte nicht komplett abzulehnen oder anzuordnen, sondern in einem irgendwie eingeschränkten Umfang zuzulassen oder konkrete Vorgaben für die Einrichtung zu machen.

Eine solche Argumentation verkennt jedoch die Verschiedenheit von Entschließungs- und Auswahlermessen. Beide sind keineswegs notwendig gekoppelt und vor allem ist das Auswahlermessen nicht im Entschließungsermessen mitenthaltend. Selbst wenn von einem Hoheitsträger gewisse Leistungen nicht erbracht bzw. Regelungen nicht getroffen werden müssen, ist der Hoheitsträger keineswegs frei im Hinblick auf die Ausgestaltung der Leistungen oder Regelungen, wenn er sich für die Erbringung entscheidet. Es stellt daher noch keinen Widerspruch dar, wenn das Gesetz einerseits ein Entschließungsermessen einräumt, andererseits aber – für den Fall der Entschließung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte – ein Ermessen bei der Ausgestaltung der Umsetzung der Einrichtung versagt.

– Kein Auswahlermessen hinsichtlich der Aufgaben der Pflegestützpunkte

Bevor näher auf die Auslegungskriterien zu der Frage des Auswahlermessens hinsichtlich der Zahl der Pflegestützpunkte, des Zeitpunkts ihrer Einrichtung oder ihrer Ausstattung eingegangen wird, soll vorweg ein Bereich eines möglichen Auswahlermessens behandelt werden, weil für diesen Bereich ohne Weiteres ein Ermessen der obersten Landesbehörde ausgeschlossen werden kann. So folgt aus der systematischen Auslegung mithilfe der Regelung des § 92c Abs. 2 SGB XI sowie des § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI zwingend ein Ausschluss einer Kompetenz der obersten Landesbehörde (oder einer anderen Stelle) zur Bestimmung der Aufgaben der Pflegestützpunkte. Beide Regelungen geben das Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte vor (konkret zu den Aufgaben siehe unten 3.3). Diese Regelungen können nicht durch eine Entscheidung der obersten Landesbehörde verdrängt werden (siehe hierzu auch unten 4.1.1).

¹¹ Zur (seltenen) Allgemeinverfügung im Sozialrecht siehe etwa Mutschler (2014: § 31 Rn. 24 ff.).

¹² Siehe zuletzt etwa Deutscher Städtetag (2015: 3): „Da es den Ländern überlassen wurde, inwieweit diese [Pflegestützpunkte] eingeführt werden, gibt es in einigen Bundesländern ein mehr oder weniger breites Netz an Pflegestützpunkten, in anderen Ländern gibt es keine Pflegestützpunkte.“

Auswahlmessen hinsichtlich des Umfangs der Einrichtung von Pflegestützpunkten?

– Wortlautauslegung

Der Wortlaut der § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI spricht bereits gegen ein Auswahlmessen hinsichtlich des Umfangs der Einrichtung von Pflegestützpunkten. Das Gesetz verlangt die Einrichtung der Pflegestützpunkte von den Pflege- und Krankenkassen, „sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt“. Bei der Wortlautauslegung kommt hier der im Gesetz verwendeten Konjunktion „sofern“ maßgebliche Bedeutung zu. Im Unterschied zur ebenfalls häufig im SGB XI an anderen Stellen benutzten Konjunktion „soweit“ lässt das „sofern“ keine Abstufungen hinsichtlich des Umfangs oder des Zeitplans der Einrichtung der Pflegestützpunkte zu. Während ein „soweit“ in der Bedeutung von „in dem Maße, wie“ (vgl. hierzu den Eintrag im Duden zum Stichwort „soweit“, Bedeutungserklärung Nr. 2, <http://www.duden.de/rechtschreibung/soweit>) verwendet wird, besitzt das „sofern“ demgegenüber die Bedeutung eines „vorausgesetzt, dass“ oder wird mit Synonymen „falls“ oder „wenn“ umschrieben (Duden, Stichwort „sofern“, Bedeutungserklärung sowie Synonyme, <http://www.duden.de/rechtschreibung/sofern>).

Gerade auch die Vielzahl der Verwendungen eines „soweit“ im SGB XI spricht dafür, dass der Gesetzgeber in § 92c mit dem PfWG den Begriff „sofern“ bewusst in Abgrenzung zum „soweit“ benutzt.

Dagegen spricht auch nicht, dass in der Gesetzentwurfsbegründung (in der Fassung des Ausschussberichts) an einer Stelle der Begriff „soweit“ verwendet worden ist, bei der es um die Entscheidung der obersten Landesbehörde für oder gegen die Einrichtung der Pflegestützpunkte geht. So findet sich in der Begründung des Entwurfs zu § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI der Hinweis, dass Seite 10 sicherstelle, „dass Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten erfolgt, soweit ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist“ (BT-Drs. 16/8525: 95).

Angesichts der Vielzahl – teilweise eindeutiger – gegenteiliger gesetzlicher Hinweise auf die von einem „soweit“ abweichende Bedeutung des „sofern“ kann die Formulierung der Gesetzentwurfsbegründung zu einer anderen Vorschrift (zu § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI) das Auslegungsergebnis unter dem Gesichtspunkt des Wortlauts nicht verändern.

– Systematische Auslegung

Für die durch den Wortlaut nahegelegte Auslegung spricht auch der systematische Zusammenhang der Regelung des § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI. Vorrangig ist dafür auf die unmittelbar nachfolgenden Sätze 2 und 3 zu verweisen, die folgenden Wortlaut haben: „Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen.“

Wenn das Gesetz die Einrichtung der Pflegestützpunkte auch im Hinblick auf die Reichweite oder den zeitlichen Vollzug vom Willen der obersten Landesbehörde hätte abhängig machen wollen, dann hätten die Sätze 2 und 3 zwingend anders formuliert werden müssen. Da die Einrichtung der Pflegestützpunkte aber innerhalb von sechs Monaten „nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde“ erfolgen muss (S. 2), so erfolgt die Einrichtung gerade nicht „nach Maßgabe der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde“. Das „nach“ bezieht sich allein auf den Zeitpunkt, in dem die Bestimmung erging, nicht auf deren Inhalt. Zusätzlich gibt auch S. 3 zu erkennen, dass das Gesetz eine zügige oder unverzügliche Einrichtung der Pflegestützpunkte verlangt und für mögliche Verzögerungen, die durch die notwendigen Vertragsverhandlungen eintreten können, bereits Vorkehrungen getroffen hat, die zu einer ebenfalls zügigen Umsetzung führen sollen. Die gegenteilige Annahme, jedes Bundesland bzw. die Beteiligten (Pflegekassen, Krankenkassen, Kommunen und gegebenenfalls zusätzliche Anbieter von Beratungsleistungen) könnten einen eigenen Zeitplan entwickeln, steht mit der insoweit eindeutigen Regelung der Sätze 2 und 3 in Widerspruch.

Im Rahmen der systematischen Auslegung des § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI muss mit § 92c Abs. 8 S. 2 SGB XI eine weitere Regelung in die Betrachtung einbezogen werden. Auch hier hat die „Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten“ ihren Eingang gefunden: „Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind hierbei zu berücksichtigen.“

Die Regelung ordnet damit an, dass bei der Vereinbarung der in Abs. 8 S. 1 behandelten Rahmenverträge zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte die Bestimmung zur Einrichtung und die Empfehlungen der Bundesspitzenverbände zu berücksichtigen sind. Insofern könnte sich die Frage stellen, aus welchem Grund bzw. inwiefern die Bestimmung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte berücksichtigt werden soll, wenn darin allein die Anordnung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte ohne weitere Regelung der Modalitäten der Einrichtung (etwa Anzahl der Pflegestützpunkte, beteiligte Träger, Zeitplan, Aufgaben) enthalten sein darf. Unter diesem Blickwinkel könnte Abs. 8 S. 2 eine Andeutung dazu enthalten, dass doch eine Kompetenz zu weiteren Regelungen für die oberste Landesbehörde besteht. Im Ergebnis kann diese Möglichkeit aber ausgeschlossen werden. Bezüglich der beteiligten Träger stehen § 92c Abs. 2 S. 3-5 SGB XI, bezüglich des Zeitplans Abs. 1 S. 2 und 3 und bezüglich der Aufgaben Abs. 2 S. 1 sowie § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI entgegen. Als einzige Möglichkeit bliebe eine Regelung der Anzahl der Pflegestützpunkte, gegebenenfalls im Verhältnis zur Einwohnerzahl. Doch erscheint auch diese Möglichkeit nicht überzeugend, selbst wenn man ausschließlich systematische Gesichtspunkte heranzöge. So enthalten auch die Gesetzesmaterialien zu Abs. 8 keinen Anhaltspunkt für eine entsprechende Interpretation. Insofern wird allein darauf verwiesen, dass mit den Abs. 8 und 9 einem Anliegen des Bundesrats Rechnung getragen werde (BT-Drs. 16/8525: 102).

Da das Anliegen des Bundesrats im Gesetzgebungsverfahren nur im ersten Durchgang im Bundesrat gem. Art. 76 Abs. 2 GG zum Ausdruck gebracht worden sein konnte, scheiden folglich nähere Hinweise zu der Bestimmung der Einrichtung der Pflegestützpunkte von vornherein aus, weil diese Bestimmung im ursprünglichen Gesetzentwurf nicht enthalten war (siehe entsprechend BT-Drs. 16/7439: 110 ff.).

Soll dem Verweis auf die Bestimmung der obersten Landesbehörde in Abs. 8 S. 2 irgendeine Bedeutung zukommen, so kann diese nur darin bestehen, dass in den Rahmenverträgen der Zeitpunkt der Bestimmung (also des Erlasses der Allgemeinverfügung) zu berücksichtigen ist. Anderenfalls stellte sich die Regelung im Hinblick auf die Anordnung der Berücksichtigung der Bestimmung zur Einrichtung schlicht als überflüssig dar, was gleichfalls nicht ausgeschlossen werden kann.

– Historisch-genetische Auslegung (hier Entstehungsgeschichte)

Die Interpretation, dass jegliches Auswahlermessen für die oberste Landesbehörde ausgeschlossen ist, wird durch die Entstehungsgeschichte der Vorschrift zwar nicht grundlegend gestützt, aber jedenfalls auch nicht widerlegt. § 92c SGB XI hat seine Fassung erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zum PFWG erfahren. Die ursprünglich im Gesetzentwurf vorgesehene zwingende Einrichtung von Pflegestützpunkten ist im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens auf Vorschlag des 14. Ausschusses zugunsten der heutigen Regelung gestrichen worden. Zu der hier zu erörternden Frage von Spielräumen bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten (Auswahlermessen) enthält die Begründung des Beschlussvorschlags des 14. Ausschusses im Zusammenhang mit § 92c SGB XI nur einen einzigen Satz, in dem eine mit dem Gesetz im praktischen Ergebnis identische Formulierung gewählt und die Konjunktion „sofern“ nur durch ein „wenn“ ersetzt wurde (BT-Drs. 16/8525: 101: „Die Pflegekassen richten gemeinsam mit den weiteren Trägern unter einem Dach wohnortnahe und gut erreichbare Pflegestützpunkte auf der Grundlage der im Land vorhandenen Strukturen ein, wenn die oberste Landesbehörde dies bestimmt.“).

In eine andere Richtung könnte demgegenüber die oben bereits angesprochene Formulierung in der Begründung zu § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI weisen. Angesichts der gegenteiligen Formulierung in der Begründung zu § 92c SGB XI kann aus dieser Formulierung in den Materialien aber kein solches Ergebnis gefolgert werden.

Dasselbe gilt im Ergebnis auch für die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PFWG erfolgte Streichung der Regelungen des § 92c Abs. 2 S. 1 und 2 SGB-XI-Entwurfs aus dem ursprünglichen Gesetzentwurf. Auch diese liefert keinen Ansatzpunkt für eine Gewährung eines Auswahlermessens bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten. Nach dem ursprünglichen Entwurf hatten die Pflege- und Krankenkassen in jedem Land für ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten zu sorgen, bei dem in der Regel für 20.000 Einwohner_innen ein Pflegestützpunkt eingerichtet werden sollte (BT-Drs. 16/8525: 42, linke Spalte).

Darauf, warum diese Vorgaben für die Endfassung des Gesetzes ersatzlos gestrichen wurden, geht die Begründung des Vorschlags des Ausschusses nicht ein. Selbst wenn auf diese Weise die relativ strengen Vorgaben für die Kassen entfallen und diesen ein größerer Spielraum bei der Bestimmung der Anzahl, der Größe und der Standorte der Pflegestützpunkte zukommen sollte, so fehlt es gleichzeitig an jeglichen Anhaltspunkten dafür, dass nun den Ländern (bzw. den jeweiligen obersten Landesbehörden) ein Auswahlermessen hinsichtlich der Anzahl (und damit verbunden des Einzugsbereichs) der Pflegestützpunkte eingeräumt werden sollte.

– Teleologische Auslegung

Schließlich sprechen – unter (systematisch-)teleologischem Blickwinkel – die Regelungen über die inhaltlichen Aufgaben der Pflegestützpunkte, insbesondere § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI, gegen ein Auswahlermessen hinsichtlich Umfang und Zeitplan bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten. Das Gesetz will mit den Pflegestützpunkten eine Konzentration der Beratungs- und Unterstützungsleistungen unter Beachtung einer Unabhängigkeit von Einzelinteressen, sei es der Sozialversicherungsträger, der kommunalen Sozial- und Altenhilfeträger oder der Leistungserbringer (Träger von Pflegeeinrichtungen), etablieren. Die zahllosen Parallelstrukturen, die die knappen Ressourcen über Gebühr in Anspruch nehmen und die für die betroffenen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen regelmäßig undurchsichtig sind, sollen abgebaut werden. Diese Zielsetzung schließt aber einen Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Zahl der Pflegestützpunkte bzw. des räumlichen Zuständigkeitsbereichs im praktischen Ergebnis aus.

Ergebnis

Ein Auswahlermessen hinsichtlich der Fragen der Anzahl, der Standorte, des Einrichtungszeitplans, der Ausstattung und der Aufgaben der Pflegestützpunkte steht den obersten Landesbehörden bei der Bestimmung über die Einrichtung nicht zu. Allein die Pflegekassen und Krankenkassen richten zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte ein (§ 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI). Diese unterstehen nicht allgemein den Maßgaben der obersten Landesbehörden (zu den Ausnahmen im Rahmen der Rechtsaufsicht siehe unten 4.4).

3.1.2 RECHTSPFLICHT DER PFLEGE- UND KRANKENKASSEN ZUR EINRICHTUNG DER PFLEGESTÜTZPUNKTE

Sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt hat, richten die Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein (§ 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI). Diese Einrichtung erfolgt „zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten“.

Wie sich aus dem Wortlaut bereits sicher ableiten lässt, besteht für die Pflege- und Krankenkassen eine Rechtspflicht zur Einrichtung der Pflegestützpunkte (Lang 2009: 187). Bestätigt wird dies auch durch die Anordnung in § 92c Abs. 1 S. 2 SGB XI, nach der die Einrichtung innerhalb von sechs

Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zu erfolgen hat.

Fraglich kann allerdings sein, ob die Pflege- und Krankenkassen einen Beurteilungsspielraum bei der Interpretation der „wohnortnahen“ Einrichtung besitzen. Der Begriff „wohnortnah“ unterliegt als unbestimmter Rechtsbegriff grundsätzlich – wie alle unbestimmten Rechtsbegriffe – der uneingeschränkten gerichtlichen Kontrolle, falls es zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung in dieser Frage kommen sollte. In Ausnahmefällen ist der zuständigen Behörde (hier also den Pflege- und Krankenkassen) ein gerichtlich nicht voll überprüfbarer Beurteilungsspielraum (vergleichbar mit einem Ermessensspielraum) zuzusprechen. Ein solcher kann sich aus der besonderen Sachkompetenz der Behörde oder aus anderen im Gesetz enthaltenen Anhaltspunkten ergeben.

Auch wenn § 92c SGB XI keine eindeutigen Hinweise zu dieser Frage enthält, spricht doch einiges für einen solchen Spielraum bei der Interpretation der Frage, was unter einer wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung zu verstehen ist. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Pflege- und Krankenkassen bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte auf bereits vorhandene Beratungsstrukturen zurückzugreifen (Abs. 2 S. 2) und die Pflegekassen jederzeit auf die Beteiligung anderer Stellen an den Pflegestützpunkten hinzuwirken haben (Abs. 2 S. 3). Diese vom Gesetz vorgesehene Einbindung vorhandener Beratungsstellen erfordert ein erhebliches Maß an Flexibilität, um zu den dafür erforderlichen Vereinbarungen der Beteiligten zu kommen.

Dass der Gesetzgeber keine näheren Vorgaben zum Einzugsbereich der Pflegestützpunkte gemacht und auch die im Gesetzentwurf der Bundesregierung enthaltenen Vorgaben aus dem Gesetz gestrichen hat (BT-Drs. 16/8525: 42, linke Spalte), spricht ebenfalls für die Zuerkennung eines Beurteilungsspielraums an die Pflege- und Krankenkassen. Zur Klarstellung ist aber zu ergänzen, dass dieser Spielraum nur für die „Wohnortnähe“, nicht aber für das Tätigkeitsspektrum eines Pflegestützpunktes gilt (zu diesem nachfolgend unter 3.3).

Der hier befürwortete Beurteilungsspielraum der Pflege- und Krankenkassen bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte besteht nicht mehr, soweit Vorgaben zu Anzahl und/oder Standorten der Pflegestützpunkte in den Allgemeinverfügungen der obersten Landesbehörden (siehe dazu unten 4.1.2) enthalten sind. Selbst wenn entsprechende Regelungen unzulässig sind, sind sie als Verwaltungsakte doch wirksam und schränken den nach dem Gesetz vorhandenen Spielraum ein.

3.2 RECHTSNATUR DER PFLEGESTÜTZPUNKTE

Nach der Erörterung der Vorgaben zur Einrichtung von Pflegestützpunkten stellt sich die Frage, welche Rechtsnatur die Pflegestützpunkte nach dem Gesetz besitzen. Eine nähere Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Fragen hat bisher – soweit ersichtlich – nicht stattgefunden. In der Literatur finden sich allenfalls nur sehr knappe Ausführungen zur Rechtsnatur der Pflegestützpunkte. Dazu zählen auch die Ausführungen von Klie und Ziller im Rahmen ihrer Erörterung der Organisationsstruktur von Pflegestützpunkten (Klie/Ziller 2009: 173 f.).

Zu der mit der Rechtsnatur zusammenhängenden Frage, ob die Pflegestützpunkte selbst Inhaber von Rechtspflichten sein können und von den Anspruchsinhaber_innen „in Anspruch genommen“ werden können, nehmen aber auch sie nicht eindeutig Stellung. Richtet sich etwa der Anspruch auf Beratung nach § 7 Abs. 1, 2 SGB XI zumindest auch gegen die Pflegestützpunkte, zu deren Aufgaben nach § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB XI gerade auch diese Beratung zählt? Oder sind als Adressaten der Rechtspflichten ausschließlich die Pflegekassen anzusehen?

Die bisher fehlende Klärung der Rechtsnatur von Pflegestützpunkten ist keineswegs erstaunlich, besteht doch auch bei anderen von mehreren Verwaltungsträgern gebildeten „gemeinsamen Stellen“ eine ähnlich ungeklärte Rechtslage. Verwiesen werden kann hier etwa auf die gemeinsamen Einrichtungen nach § 44b SGB II oder die gemeinsamen Servicestellen gem. §§ 22 ff. SGB XI. In diesen Fällen fehlt es jeweils an einer näheren Bestimmung des Organisations- und der Rechtsnatur der Einrichtungen im Gesetz.

Die umfangreichsten Regelungen existieren noch für die gemeinsame Einrichtung gem. § 44b SGB II. Von der herrschenden Meinung wird diese als teilrechtsfähig (BSG, Urt. v. 18.01.2011 – B 4 AS 90/10 R, juris Rn. 9; Knapp 2015: § 44b Rn. 65) und als Behörde (Knapp 2015: § 44b Rn. 66; Weißenberger 2013: § 44b Rn. 13) angesehen. Diese Einschätzung gründet sich maßgeblich auf die Kompetenz der gemeinsamen Einrichtung, Verwaltungsakte zu erlassen (§ 44 Abs. 1 S. 3 SGB II).

Eine vergleichbare Rechtslage besteht weder für die gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX noch für die Pflegestützpunkte nach dem SGB XI. Für die gemeinsamen Servicestellen finden sich nur wenige Aussagen. Die „Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen“ in der Fassung vom 1.7.2010 enthält keine Aussagen dazu. Lediglich ein mittelbarer Hinweis ist in der Feststellung enthalten, dass der Rehabilitationsträger, der die gemeinsame Servicestelle betreibt, die Mitarbeiter_innen im „front-office“ stelle (Ziff. 1, letzter Abs. der Rahmenvereinbarung).

Danach ist die gemeinsame Servicestelle regelmäßig gar keine gemeinsame Stelle mehrerer Träger.¹³ Gleichwohl gehen Klie und Ziller im Ergebnis davon aus, dass mit den Verträgen zwischen den Trägern zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes regelmäßig eine BGB-Gesellschaft entstehe, sofern nicht ein neuer Rechtsträger (wie etwa ein e.V., eine gGmbH oder eine Genossenschaft) geschaffen werde (Klie/Ziller 2009: 174).

Diese Auffassung überzeugt nicht. Zum einen dürfte es sich bei den vertraglichen Regelungen zwischen den Trägern eines Pflegestützpunktes um sozialverwaltungsrechtliche Koordinationsverträge gem. § 53 SGB X handeln, die nicht auf die Gründung einer zivilrechtlichen BGB-Gesellschaft gerichtet sind. Die Pflegestützpunkte nehmen hoheitliche Aufgaben wahr. Auch wenn sich an ihnen Privatpersonen beteiligen können (siehe § 92c Abs. 2 S. 6 SGB XI), so sind als Träger ausschließlich die beteiligten Kosten- und Leistungsträger vorgesehen (§ 92c Abs. 2 S. 5 SGB XI). Diese Regelung schließt zugleich – entgegen den Vorstellungen von

¹³ Vgl. Schütze (2004: § 22 Rn. 6); Noftz (2014: 208); Hinweis auf die Praxis bei Nürnberger (2015: § 22 Rn. 5).

Klie und Ziller – die Gründung einer juristischen Person des Zivilrechts aus.

Richtigerweise besitzen die Pflegestützpunkte aber keine eigene Rechtsfähigkeit (siehe auch Knittel 2015: § 92c Rn. 7) und auch keine Teilrechtsfähigkeit wie die gemeinsame Einrichtung nach § 44b SGB II. Stattdessen handelt es sich um eine nichtrechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts (Knittel 2015: § 92c Rn. 5).

Anstalten des öffentlichen Rechts werden regelmäßig definiert als „Bestände von sachlichen und persönlichen Mitteln, die in der Hand eines Trägers öffentlicher Verwaltung einem besonderen öffentlichen Zweck dauernd zu dienen bestimmt sind“ (Schönenbroicher 2014: § 1 Rn. 55 m. Verweis auf O. Mayer 1924: 268, 331; Burgi 2010: § 8 Rn. 13).

Auch der Umstand, dass ein Pflegestützpunkt in der Regel mehrere Träger hat, steht der Annahme einer Anstalt des öffentlichen Rechts nicht entgegen. Dieser Einschätzung entspricht auch, dass das Charakteristikum der Anstalt die Benutzer sind – im Gegensatz zu den Mitgliedern bei den Körperschaften. Damit können die Träger auch nicht ihre Haftung durch Begründung einer juristischen Person des Zivilrechts ausschließen.

3.3 AUFGABEN DER PFLEGESTÜTZPUNKTE

Wie die Praxis vielfach zeigt, scheint das Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte bislang weitgehend ungeklärt zu sein; zumindest nehmen die existierenden Pflegestützpunkte je nach Bundesland durchaus unterschiedliche Aufgaben wahr (iso-Endbericht 2015: 29 ff. zur Dienstleistungspraxis).

In der Praxis haben die Regelungen in § 7a Abs. 1 S. 10, Abs. 4 SGB XI zu erheblichen Unklarheiten geführt. Danach muss die Pflegeberatung i. S. d. § 7a SGB XI „im jeweiligen Pflegestützpunkt [...] in Anspruch genommen werden“ können. § 7a Abs. 4 SGB XI verlangt von den Pflegekassen zudem, Pflegeberater_innen in den Pflegestützpunkten bereitzustellen. Gleichzeitig wird die Pflegeberatung aber nicht ausdrücklich auch im Katalog der Aufgaben der Pflegestützpunkte in § 92c Abs. 2 S. 1 SGB XI aufgeführt. So haben etliche Bundesländer die Pflegeberatung nicht als Aufgabe der Pflegestützpunkte, sondern ausschließlich der Pflegekassen angesehen (GKV-Evaluationsbericht 2012: 19).

Zur rechtlichen Beurteilung dieser unterschiedlichen Praxis ist eine Klärung des Aufgabenspektrums der Pflegestützpunkte ein zentrales Anliegen, auch wenn die praktische Bedeutung angesichts der fehlenden Rechtsfähigkeit der Pflegestützpunkte nicht überschätzt werden darf.

Die zentrale Regelung zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte bildet § 92c Abs. 2 S. 1 SGB XI. Darin werden mit Auskunft und Beratung (1), Koordinierung aller Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Hilfestellung bei der Inanspruchnahme (2) und Vernetzung der Versorgungs- und Betreuungsangebote (3) drei Aufgabenbereiche aufgeführt.

Diese Aufgabenbereiche werden in § 92c SGB XI nicht weiter umschrieben, sodass die Regelung für sich betrachtet einen Interpretationsspielraum bei der Ausgestaltung der Pflegestützpunkte zu eröffnen scheint. Angesichts der Regelungen der §§ 7, 7a, 12 SGB XI, die die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsrechte und -pflichten der Versicherten

bzw. pflegebedürftigen Versicherten zum Gegenstand haben, wird diese fehlende Konkretetheit jedoch (zumindest zum Teil) wieder kompensiert.

3.3.1 AUFKLÄRUNG UND BERATUNG (§ 92C ABS. 2 S. 1 NR. 1 I.V.M. § 7 SGB XI)

Als eine Konkretisierung des den Pflegestützpunkten nach § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB XI zufallenden Aufgabenbereichs „Auskunft und Beratung“ können einzelne Regelungen des § 7 SGB XI angesehen werden. Hier ist zunächst § 7 Abs. 1 SGB XI zu nennen, der eine Rechtspflicht der Pflegekassen zur Aufklärung und Beratung der Versicherten über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung vorsieht. Unabhängig von der Frage des Verhältnisses dieser Vorschrift zu den allgemeinen sozialrechtlichen Regelungen über Beratung und Auskunft nach §§ 14, 15 SGB I erscheint der rechtliche Gehalt dieser Regelung eher gering (Berchtold 2015: § 7 Rn. 3).

Im Vergleich dazu etwas konkreter werden die Beratungs- und Aufklärungspflichten der Pflegekassen gegenüber den Versicherten und Angehörigen bzw. Lebenspartnern in § 7 Abs. 2 S. 1 SGB XI genannt, wengleich auch sie inhaltlich noch nicht über die Normen der §§ 13, 14, 15 SGB I hinausgehen dürften. So haben die Pflegekassen in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen und anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Die „Unterrichtung“ dürfte entsprechend der Überschrift des § 7 SGB XI und in Übereinstimmung mit § 13 SGB I als Synonym für die „Aufklärung“ zu verstehen sein (Berchtold 2015: § 7 Rn. 4).

Während die Pflichten aus § 7 Abs. 1 und 2 SGB XI für die Pflegekassen gegenüber allen ihren Versicherten allgemein und unabhängig von einer Antragstellung auf Leistungen nach dem SGB XI bestehen, gelten die Pflichten nach § 7 Abs. 3 nur gegenüber „ihren“ pflegebedürftigen Versicherten und nur nach einer Antragstellung. So ist den Pflegebedürftigen gem. § 7 Abs. 3 S. 1, 2 SGB XI unverzüglich nach Eingang des Antrags auf Leistungen nach dem SGB XI die sogenannte Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln und sind sie über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und deren Unentgeltlichkeit zu unterrichten. Da das Bestehen der Pflegebedürftigkeit bzw. der Leistungsberechtigung im Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht feststeht, bestehen die jeweiligen korrespondierenden Ansprüche für sämtliche versicherte Antragsteller, soweit diese nicht von vornherein offensichtlich keine Leistungsansprüche besitzen.

Ergänzend dazu besteht nach § 7 Abs. 3 S. 4 SGB XI eine Pflicht der Pflegekassen zum Angebot einer Beratung über die individuell („in seiner persönlichen Situation“) in Betracht kommenden Pflegeleistungen.¹⁴ Aufgrund der weiten Formulierung der Aufgaben nach § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB XI

¹⁴ Die Vorschrift des § 7 Abs. 3 S. 4 SGB XI war bereits in der Gesetzesfassung vor dem PfWG 2008 wortgleich enthalten (damals noch § 7 Abs. 3 S. 3 SGB XI). Das PfWG hat daran keine Änderung vorgenommen, obwohl eine Vorschrift zur individuellen Beratung über konkret in Betracht kommende Pflegeleistungen seit dem PfWG deutlich besser im Kontext des § 7a SGB XI aufgehoben wäre.

sind als Aufgaben der Pflegestützpunkte alle mit den Auskunfts- und Beratungspflichten und korrespondierenden Ansprüchen nach §§ 13 – 15 SGB I sowie § 7 SGB XI verbundenen Aufgaben auch Aufgaben der Pflegestützpunkte.

3.3.2 ALLGEMEINE KOORDINIERUNG UND VERNETZUNG

Die unter § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB XI aufgeführte Aufgabe der Pflegestützpunkte enthält zum einen die vom konkreten Einzelfall unabhängige „Koordinierung aller [...] Hilfs- und Unterstützungsangebote“. Zusammen mit der ebenda unter Nr. 3 genannten Aufgabe der Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote werden hier Aufgaben des Versorgungsmanagements (Care Management) zugewiesen: Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur im Einzugs- bzw. Zuständigkeitsbereich (mit ständiger Fortschreibung), Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung, Kontaktpflege zu den Leistungserbringern, Anwerben und Begleiten von Vertragspartnern, Vertragsmanagement (Verhandlungen, Abschluss, Durchführung etc.), Datenerfassung, Berichte, Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit (Lang 2009: 189).

Weitere Verankerung im Gesetz hat das Versorgungsmanagement in § 12 SGB XI gefunden. Nach § 12 Abs. 1 S. 1 SGB XI sind die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Dieser Sicherstellungsauftrag soll u. a. durch Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten sowie im Wege der Vernetzung der regionalen und der kommunalen Versorgungsstrukturen verfolgt werden. Bei der Vernetzung kommt den Pflegestützpunkten nach § 12 Abs. 1 S. 2 SGB XI besondere Bedeutung zu („insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c“).

Im Rahmen des in § 12 Abs. 1 S. 1 SGB XI ausgesprochenen und in § 69 SGB XI definierten (pflegerischen) Sicherstellungsauftrags (im Hinblick auf die pflegerische Versorgung der Versicherten) kommt den Pflegestützpunkten die Aufgabe der Vernetzung der Versorgungs- und Betreuungsangebote zu (§ 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB XI). Über den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen hinaus, der sich allein auf die pflegerische Versorgung bezieht, wirken die Pflegekassen nach § 12 Abs. 1 S. 2 SGB XI auch an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung mit. Insofern wird gerade auf die Aufgabe der Pflegestützpunkte hinsichtlich der Vernetzung der Versorgungs- und Betreuungsangebote verwiesen.

3.3.3 HILFESTELLUNG BEI DER INANSPRUCHNAHME DER LEISTUNGEN (§ 92C ABS. 2 S. 1 NR. 2)

Neben den Aufgaben der (allgemeinen) Koordinierung aller Hilfs- und Unterstützungsangebote enthält § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB XI zusätzlich auch die Aufgabe der „Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“. Damit enthält § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB XI neben dem Versorgungsmanagement auch Aufgaben für die Pflegestützpunkte im Hinblick auf die Betreuung des Einzelfalls und somit einen Teilaspekt des Fallmanagements. Die Aufgabe der „Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“ geht erkennbar über die allgemeinen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

hinaus. Hier wird den Pflegestützpunkten die Aufgabe zugewiesen, im Einzelfall bei der Inanspruchnahme von Leistungen und Hilfsangeboten zu helfen. Diese Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten ist auch Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 1 S. 1 SGB XI.

Das wird auch durch § 12 Abs. 2 S. 2 SGB XI hervorgehoben: Bei der konkreten Koordinierung der Hilfen für den einzelnen Pflegebedürftigen soll der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eine besondere Bedeutung zukommen. Die Koordinierung im Einzelfall ist spezifische Aufgabe der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI; dies wird durch die Gesetzentwurfsbegründung zusätzlich gestützt (BT-Drs. 16/7439: 46 f.).

3.3.4 PFLEGEBERATUNG NACH § 7A SGB XI

Über die Frage, ob auch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählt, besteht in der Praxis keine Einigkeit. Auch wenn dazu in der Literatur keine Diskussion stattfindet, bedarf es angesichts der Unklarheit in der Praxis doch einer näheren Prüfung dieser Thematik.

Wie die vorausgehenden Überlegungen (unter 3.3.3) bereits gezeigt haben, ist mit der ausdrücklichen Aufgabenstellung in § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB XI („Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“) bereits eine Aufgabe aus dem Fallmanagement und damit auch ein Teil der Aufgaben der Pflegeberatung für die Pflegestützpunkte ausdrücklich genannt. Folglich kann die Annahme, Pflegeberatung sei keine Aufgabe der Pflegestützpunkte, in ihrer Allgemeinheit bereits als widerlegt angesehen werden. Offen bleibt nur noch, ob die Pflegeberatung insgesamt zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählt oder ob sich diese auf den Teilbereich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen beschränkt.

Dazu ist zunächst der Inhalt der „Pflegeberatung“ zu konkretisieren: Mit § 7a SGB XI haben die Beratungs- und Unterstützungspflichten sowie die damit korrespondierenden subjektiven Rechte eine erhebliche Erweiterung erfahren. Die (recht unübersichtliche und teilweise etwas weitschweifige) Bestimmung begründet in Abs. 1 S. 1 für Leistungsempfänger_innen (und für Antragsteller_innen mit erkennbarem Hilfe- und Beratungsbedarf, Abs. 1 S. 8) einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen/eine Pflegeberater_in. Die hier normierte Pflicht zur „Pflegeberatung“ geht weit über den Begriff der Beratung nach § 14 SGB I oder § 7 SGB XI hinaus. Mit § 7a SGB XI ist vielmehr ein Anspruch auf ein umfassendes Fallmanagement (Case Management) verbunden: Der Hilfebedarf ist systematisch zu erfassen und zu analysieren (Abs. 1 S. 2 Nr. 1), ein individueller Versorgungsplan ist zu erstellen (Abs. 1 S. 2 Nr. 2), auf dessen Durchführung ist hinzuwirken (Abs. 1 S. 2 Nr. 3). Weiter ist die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen (Abs. 1 S. 2 Nr. 4). Zudem ist der Hilfeprozess unter besonderen Voraussetzungen auszuwerten und zu dokumentieren (Abs. 1 S. 2 Nr. 5).¹⁵

¹⁵ Plastisch geschilderte Beispiele der Pflegeberaterin Irini Langensiepen finden sich bei Lang (2009: 201 ff.).

Funktionell wird von der Pflegeberatung die gesamte Bandbreite des Fallmanagements erfasst. Die Durchführung der Beratung erfolgt auf Wunsch der Versicherten unter Einbeziehung von Dritten (Angehörigen, Partner_innen etc.) und gegebenenfalls in der häuslichen Umgebung oder der Einrichtung, in der die/der Berechtigte lebt (Abs. 2 S. 1). Bei dem/der Pflegeberater_in können auch Leistungsanträge gestellt werden (Abs. 2 S. 2), die dann unverzüglich der zuständigen Pflegekasse oder Krankenkasse zu übermitteln sind (Abs. 2 S. 3) (BT-Drs. 16/8525: 95 – zu Nr. 4, Abs. 2).

Dass die Pflegeberater_innen nach dem Gesetz umfassend für das Fallmanagement zuständig sind, zeigt sich auch daran, dass der Leistungsbescheid zeitgleich dem/der Antragsteller_in und dem/der Pflegeberater_in zuzuleiten ist (Abs. 2 S. 3). Die Pflegeberater_innen haben das vor Ort vorhandene Leistungsangebot zu ermitteln und die Berechtigten auch bei der Durchführung privater Verträge über Hilfe- und Betreuungsleistungen zu unterstützen (BT-Drs. 16/7439: 47).

Der in den Gesetzesmaterialien zum Ausdruck kommenden Zielsetzung entspricht es, dass der gesamte, zum Teil erhebliche Beratungs- und Unterstützungsbedarf durch die Bereitstellung eines persönlichen Ansprechpartners (des Pflegeberaters) bzw. einer persönlichen Ansprechpartnerin (der Pflegeberaterin) gedeckt werden soll.

Die Adressaten der Rechtspflicht zur Pflegeberatung, die Pflegekassen und die privaten Pflegeversicherungen, werden allerdings nicht in § 7a SGB XI, sondern in § 28 Abs. 1a SGB XI genannt. § 7a Abs. 1 S. 1 SGB XI bestimmt nur, dass die Pflegeberatung durch Pflegeberater_innen zu erfolgen hat, deren Zahl und Qualifikation durch § 7a Abs. 3 SGB XI bestimmt wird. Zur Organisation der Bereitstellung von Pflegeberater_innen trifft § 7a Abs. 4 SGB XI zusätzliche Regelungen.

Demgegenüber enthält weder § 7a SGB XI noch eine andere bundesrechtliche Bestimmung eine Aussage dazu, wo die Pflegeberatung organisatorisch anzusiedeln ist. Nach dem geltenden Recht können Pflegeberater_innen damit etwa bei den Pflege- und Krankenkassen, bei kommunalen Stellen, bei privaten Pflegeversicherungen und beauftragten Stellen oder auch in den Pflegestützpunkten tätig werden. Im Gegensatz dazu sah der Gesetzentwurf zum PFWG zwingend vor, dass die Pflegeberatung im jeweiligen Pflegestützpunkt anzusiedeln sei (§ 7a Abs. 1 S. 6 SGB XI-Entwurf zum PFWG, BT-Drs. 16/7439: 8).

Diese Vorgabe sollte dem Ziel einer koordinierten Aufgabenwahrnehmung dienen (BT-Drs. 16/7439: 47 zu Abs. 1) und war damit so zu verstehen, dass die Pflegeberatung (im Sinne des § 7a SGB XI) ausschließlich in den Pflegestützpunkten und nicht auch bei anderen Stellen stattfinden sollte. Infolge der Streichung der Pflicht der „Pflege- und Krankenkassen im Land“ (so § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI-Entwurf) zu einem flächendeckenden Angebot an Pflegestützpunkten (§ 92c Abs. 2 S. 1 SGB XI-Entwurf) wurde die in § 7a Abs. 1 S. 6 SGB XI-Entwurf vorgesehene Pflicht, die Pflegeberatung ausschließlich in den Pflegestützpunkten durchzuführen, ebenfalls gestrichen. Die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI muss daher nicht notwendigerweise in einem Pflegestützpunkt erfolgen. Wie sich allerdings aus § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI ergibt, müssen die Pflegestützpunkte den umfassenden Anspruch auf eine Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements durch Pflegeberater_innen erfüllen können („es ist sicherzustellen“). Diese Regelung ist im Ergebnis so

zu verstehen, dass jedenfalls dort, wo ein Pflegestützpunkt existiert, in diesem auch die Leistungen der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI ohne Einschränkung in vollem Umfang angeboten werden müssen (Lang 2009: 187).

Diese Ansicht folgt nicht nur aus der Wortlautinterpretation des § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI, sondern wird auch gestützt durch die Entstehungsgeschichte der Vorschrift. Nach der Begründung des Entwurfs in der später Gesetz gewordenen Fassung stellt S. 10 „sicher, dass Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten erfolgt, soweit ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist“ (BT-Drs. 16/8525: 95).

Dieses Ergebnis wird bestätigt durch § 7a Abs. 4 S. 1 SGB XI, nach dem die Pflegekasse die Pflegeberater_innen in den Pflegestützpunkten bereitzustellen haben.

Der Wortlaut des § 7a Abs. 1 S. 10, Abs. 4 S. 1 SGB XI ermöglicht jedoch auch eine Interpretation, nach der es sich bei der Pflegeberatung nicht um eine Aufgabe der Pflegestützpunkte, sondern ausschließlich der Pflegekassen handelt. Die Verbindung zu den Pflegestützpunkten besteht dann ausschließlich darin, dass die Pflegeberatung eben auch „im jeweiligen Pflegestützpunkt [...] in Anspruch genommen werden kann“. Das könnte dann so verstanden werden, dass die Pflegeberater_innen lediglich in räumlicher, nicht aber in organisatorischer Hinsicht den Pflegestützpunkten zugeordnet werden. Eine solche räumliche Verbindung zum Pflegestützpunkt bei gleichzeitiger organisatorischer Trennung wird offenbar auch häufig praktiziert.

Eine solche Auffassung kann jedoch aus vielerlei Gründen nicht überzeugen: Wie dargelegt enthält bereits § 92c Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB XI die Aufgabe des Pflegestützpunktes zur Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen im Einzelfall. Auch wenn damit nicht das gesamte Spektrum der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (insbesondere in Abs. 2) erfasst wird, so handelt es sich nach der Aufgabenbeschreibung keineswegs nur um Versorgungsmanagement, sondern um Hilfe im Einzelfall, also Fallmanagement. Diese ist aber Teil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Die der verbreiteten Praxis der organisatorischen Trennung der Pflegeberatung von den Pflegestützpunkten offenbar zugrunde liegende Ansicht, die Rechtspflicht zur Pflegeberatung treffe allein die Pflegekassen, kann die Verneinung der Aufgabe der Pflegestützpunkte zur Pflegeberatung nicht begründen. Die Pflegestützpunkte sind – wie vorausgehend dargelegt – nichtrechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts. Sie können damit mangels Rechtsfähigkeit ohnehin keine Adressaten von Rechtspflichten sein. Bei ihnen handelt es sich um organisatorische Einheiten mit sachlichen und personellen Mitteln, denen Aufgaben zugewiesen werden. Sie nehmen daher auch nicht eigenverantwortlich ihre Aufgaben wahr (Behrend 2015: § 92c Rn. 5).

Die Pflichten zur Erfüllung der Aufgaben treffen daher ohnehin immer die hinter den Stützpunkten stehenden Rechtsträger. Insofern ändert es nichts an der Rechtspflicht der Pflegekassen zur Pflegeberatung, wenn die Pflegeberatung als Aufgabe der Pflegestützpunkte anerkannt wird. Allerdings ist ein Pflegestützpunkt mehr als ein Ort, an dem bestimmte Angebote etwa für Versicherte gemacht werden. Insofern ist es auch nicht gleichgültig, ob man die Pflegeberatung als Aufgabe der Pflegestützpunkte oder (nur) der Pflegeberater_innen ansieht.

Denkbar erscheint allenfalls, aus § 7a SGB XI abzuleiten, dass auch im Fall einer Beteiligung weiterer Kostenträger an einem Pflegestützpunkt die Pflicht zur Erbringung der Pflegeberatung allein Rechtspflicht der Pflegekassen bleibt. Das ändert aber nichts daran, dass die Pflegeberatung Aufgabe der Pflegestützpunkte ist und nicht nur „in den Räumen“ des Pflegestützpunktes angeboten werden muss.

Im Ergebnis zeigt sich daran, dass der Gesetzgeber trotz der fehlenden landesrechtlichen Pflicht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten im Grundsatz an seiner schon im ursprünglichen Gesetzentwurf enthaltenen Zielsetzung der Konzentration der Pflegeberatung auf die Pflegestützpunkte festgehalten hat. Pflegestützpunkte mit einem begrenzten Betätigungsspektrum ohne Pflegeberatung sind nach dem Gesetz ausgeschlossen.

3.4 DURCHSETZUNG DER ERFÜLLUNG DER GESETZLICHEN PFLICHTEN ZUR EINRICHTUNG DER PFLEGESTÜTZPUNKTE

Wie oben ausgeführt (unter 3.1.2) sind die Pflege- und Krankenkassen für eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Einrichtung der Pflegestützpunkte verantwortlich. Dazu zählt sowohl die Schaffung der für die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung erforderlichen Anzahl an Pflegestützpunkten als auch deren angemessene personelle und sächliche Ausstattung zur Bewältigung sämtlicher vom Gesetz vorgesehener Aufgaben. Neben allgemeinen Beratungsaufgaben zählen dazu vor allem ein umfassendes Fallmanagement (Case Management) und ein Versorgungsmanagement (Care Management). Selbst wenn den Pflege- und Krankenkassen insoweit ein gewisser Beurteilungsspielraum zuzuerkennen ist, dürfte dieser Spielraum in einigen Bundesländern, gerade im Hinblick auf die für die Aufgaben völlig unzureichende Personalausstattung, deutlich verlassen worden sein (Beispiele unter 4.1.2).

Zwei Wege zur Durchsetzung der Pflichten sind im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten im Gesetz vorgesehen. Zum einen ist auf § 92c Abs. 1 S. 3 SGB XI zu verweisen. Danach haben die Landesverbände der Pflegekassen nach Ablauf von drei Monaten nach der Bestimmung der Einrichtung von Pflegestützpunkten den Inhalt von Verträgen zur Einrichtung festzulegen. Wie diese Festlegung in der Praxis erfolgen könnte, soll hier nicht weiter untersucht werden. Dieser Regelung dürfte die Fähigkeit zur praktischen Anwendbarkeit fehlen.

Zum anderen können die Pflege- und Krankenkassen im Rahmen der Rechtsaufsicht zur Einhaltung der Pflichten bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte angehalten werden. Die Aufsicht über die Pflegekassen führen nach § 46 Abs. 6 S. 1 SGB XI die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. Konkret üben die zuständigen obersten Landesbehörden (Ministerien) die Rechtsaufsicht über die landesunmittelbaren Körperschaften der Sozialversicherung aus.

Im Falle eines Rechtsverstößes kann die zuständige Landesbehörde folglich die Pflege- und die Krankenkassen zu Maßnahmen (wie der Einrichtung von Pflegestützpunkten an zusätzlichen Standorten) per Verwaltungsakt anweisen. Auch wenn ein solches Vorgehen stets als Ultima Ratio anzusehen ist, von dem gerade im Fall der Einrichtung von Pfle-

gestützpunkten infolge der notwendigen Rücksichtnahme auf vorhandene Strukturen und der vom Gesetz gewünschten Beteiligung kommunaler Träger nur vorsichtig Gebrauch gemacht werden kann, so handelt es sich doch um ein Mittel, die zuständigen Pflege- und Krankenkassen mit Nachdruck zur Erfüllung ihrer Rechtspflichten anzuhalten.¹⁶

¹⁶ Auf das Mittel der Rechtsaufsicht hat interessanterweise zuletzt auch die „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ aufmerksam gemacht, s. BLAG-Empfehlungen 2015: 8 unter 3.1, letzter Punkt.

4

BEISPIELE FÜR DIE VERLETZUNGEN DER RECHTLICHEN VORGABEN ZUR EINRICHTUNG VON PFLEGESTÜTZPUNKTEN

Auch wenn es im Rahmen des vorliegenden Gutachtens ausgeschlossen ist, die Praxis der Bundesländer auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI eingehend zu untersuchen und zu bewerten, sollen gleichwohl kurz einzelne Beispiele angesprochen werden, anhand derer ein Eindruck von den Differenzen zwischen Praxis und Gesetz vermittelt werden kann.

4.1 BESTIMMUNG DER EINRICHTUNG VON PFLEGESTÜTZPUNKTEN UND DEREN UMSETZUNG

4.1.1 BESTIMMUNG DURCH DIE OBERSTE LANDESBEHÖRDE

Auf der Basis des § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI ist die Bestimmung der Einrichtung der Pflegestützpunkte durch die Länder regelmäßig im Wege von Allgemeinverfügungen der zuständigen Landesministerien erfolgt.¹⁷ Wie vorausgehend dargelegt handelt es sich bei den Allgemeinverfügungen um die zutreffende Handlungsform für die Bestimmung.

Sonderfälle bilden die übrigen vier Bundesländer: In **Brandenburg** erfolgt die Einrichtung der Pflegestützpunkte allein auf der Grundlage von Einzelfallregelungen (durch ministerielle Verwaltungsakte).¹⁸ Nach hier vertretener Rechts-

auffassung handelt es sich dabei um eine unzulässige Vorgehensweise, weil der obersten Landesbehörde die Kompetenz zur Anordnung von konkreten Standorten und Trägern einzelner Pflegestützpunkte fehlt (siehe oben unter 3.1.1).

In **Niedersachsen** werden die Pflegestützpunkte allein auf der Grundlage einer Landesrahmenvereinbarung gem. § 92c Abs. 8 SGB XI zwischen den Pflege- und Krankenkassen sowie den kommunalen Spitzenverbänden („unter Mitwirkung des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit“) eingerichtet.¹⁹ Auch die niedersächsische Variante erscheint nicht unproblematisch, weil es an einer formalen Bestimmung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte fehlt. Andererseits ist das Land selbst überörtlicher Sozialhilfeträger (§ 1 Abs. 3 AG SGB XII Nds.), sodass das Land auch möglicher Vertragspartner der Rahmenvereinbarung nach § 92c Abs. 8 SGB XI ist.

Schließlich existieren in **Sachsen** und **Sachsen-Anhalt** bislang keine Pflegestützpunkte; hier erfolgte auch keine Anordnung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, was mit dem Gesetz trotz seiner Tendenz zur Beförderung von Pflegestützpunkten im Einklang steht.²⁰

Bei Betrachtung der Allgemeinverfügungen aus elf Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen²¹) ist eine Vielzahl von Verstößen aufgrund der fehlenden Kompetenz zu

¹⁷ Dies gilt für insgesamt zwölf Bundesländer: Baden-Württemberg (Allgemeinverfügung [AV] v. 22.1.2010 – Az. 34-5277-92c), Bayern (AV v. 22.10.2009 – Az. III3/022/4/09), Berlin (AV v. 12.12.2008 – IntArbSoz I D 10, ABl. Nr. 1 v. 9.1.2009, S. 17), Bremen (AV v. 25.9.2008, AmtsBl. 2008, Nr. 104, S. 771), Hamburg (AV v. 29.12.2008, Amtl. Anz. Nr. 3 v. 9.1.2009, S. 29), Hessen (AV v. 8.12.2008, StAnz 2008, 3488), Mecklenburg-Vorpommern (AV v. 11.8.2010, AmtsBl. M-V 2010, S. 571), Nordrhein-Westfalen (AV v. 28.5.2009 – VI-4900.2.4), Rheinland-Pfalz (AV v. 1.7.2008, StAnz 2008 Nr. 24, S. 1058), Saarland (AV v. 30.7.2008, AmtsBl. 2008, Nr. 32, S. 1333), Schleswig-Holstein (AV v. 17.10.2008) und Thüringen (AV v. 22.3.2010).

¹⁸ Nachweise über die Einzelfallregelungen finden sich unter <http://www.masgf.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.207084.de>.

¹⁹ Siehe die Hinweise auf der Homepage des Ministeriums: http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5103&article_id=14132&psmand=17.

²⁰ Informationen zur Pflegeberatung durch die Pflegekassen in Sachsen siehe auf <http://www.pflegenetz.sachsen.de/14348.html>; neben den dort angegebenen 127 Beratungsangeboten der Pflegekassen wird zusätzlich noch auf 480 kommunale und regionale Beratungsangebote sowie 61 Seniorenbüros verwiesen. Zur Situation in Sachsen-Anhalt siehe <http://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de/>.

²¹ Der Text aus Mecklenburg-Vorpommern lag nicht im Originalwortlaut vor.

einem Auswahlermessen erkennbar. Das gilt etwa, wenn die Bestimmung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte mit weiteren Vorgaben zu den Standorten oder der Anzahl verbunden ist. Solche Vorgaben mögen für die Praxis hilfreich (gewesen) sein; rechtlich zulässig sind sie freilich nicht.²²

Um einen mehr als eindeutigen Verstoß gegen die gesetzlichen Vorgaben handelt es sich im Fall der nordrhein-westfälischen Allgemeinverfügung. Diese enthält nicht nur Vorgaben aus der den Rahmenvertrag betreffenden Norm des § 92c Abs. 8 SGB XI. Vor allem enthält die Allgemeinverfügung unter den „Hinweisen“ die Erklärung: „Es besteht keine Verpflichtung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten.“ Diese Regelung widerspricht der begrenzten Entscheidungskompetenz der Länder (Ermessen allein hinsichtlich der Entscheidung über das „Ob“) in eklatanter Weise. Mit der nordrhein-westfälischen Bestimmung wird aber wohl nur ausnahmsweise ausdrücklich festgelegt, was auch in anderen Bundesländern in praxi offenbar ebenso gesehen wird. Einen solchen Schluss lässt zumindest der Umgang zahlreicher Länder mit dem Vollzugsdefizit bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte zu.

Ohne rechtliche Basis sind auch die Vorgaben zu den Zeitpunkten, zu denen die Pflegestützpunkte einzurichten sind. Solche Regelungen enthalten etwa die Allgemeinverfügungen in Baden-Württemberg, Bayern oder Berlin. Entsprechendes gilt auch für Vorgaben zur Anzahl und zu den Standorten der Pflegestützpunkte. So regeln die hessische und die thüringische Verfügung im Rahmen der Einrichtungsbestimmung, dass „zunächst in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens ein Pflegestützpunkt“ (Hessen) oder „zunächst in den vier Planungsregionen [...] mindestens je ein Pflegestützpunkt“ (Thüringen) einzurichten sei. Teilweise vergleichbare Regelungen finden sich auch in anderen Bundesländern. Letztlich sind auch Vorgaben zur „Dichte“ des Netzes an Pflegestützpunkten (Verhältnis Pflegestützpunkt/Einwohnerzahl) nicht legitimiert; hier handelt es sich um eine Interpretation des Tatbestandsmerkmals „wohnortnah“, für die – zumindest zunächst – nach dem Gesetz die Pflege- und Krankenkassen zuständig sind. Ohne jede Einschränkung mit dem SGB XI übereinstimmend sind im Ergebnis nur die Allgemeinverfügungen aus Hamburg und Bremen anzusehen.

4.1.2 UMSETZUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN

Wie allgemein bekannt weist zum einen die Versorgungsdichte mit Pflegestützpunkten in Deutschland insgesamt noch erhebliche Differenzen gegenüber der nach dem Gesetz vorgeschriebenen wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung durch Pflegestützpunkte auf. Notwendig ist insoweit u. a., dass die Pflegestützpunkte für die betroffenen Versicherten gut erreichbar sind und über die für ihre Aufgaben erforderlichen personellen und sächlichen Kapazitäten verfügen. Insofern kommt es nicht unbedingt (nur) auf die Zahl der Stützpunkte und das Verhältnis von Pflegestützpunkten zu Einwohner_innen an. Allerdings gibt es in dünn

besiedelten Gebieten auch eine größere Zahl von Pflegestützpunkten als in Ballungszentren, weil anderenfalls die räumliche Entfernung vom Wohnort der Pflegebedürftigen zu groß werden kann. Dabei ist aber zusätzlich zu berücksichtigen, dass die bloße Zahl an Pflegestützpunkten nichts über die Wohnortnähe aussagt, wenn Pflegestützpunkte auch noch über zusätzliche Außenstellen verfügen.

Unabhängig von dieser Frage sind die Pflichten zur Einrichtung nach § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI in solchen Bundesländern nicht erfüllt worden, in denen Pflegestützpunkte nicht im gesamten Bundesland, sondern nur punktuell eingerichtet wurden. Ein deutliches Beispiel dafür ist Bayern. Abgesehen von Sachsen und Sachsen-Anhalt, die keine Pflegestützpunkte eingerichtet haben, verfügt Bayern aktuell nur in wenigen Landkreisen über Pflegestützpunkte, was rechnerisch zur bundesweit schlechtesten Versorgungsdichte mit Pflegestützpunkten führt (Einwohner_innen je Pflegestützpunkt: ca. 1.400.000).²³ Dabei verpflichtet die bayerische Allgemeinverfügung die Pflegekassen und Krankenkassen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten.²⁴ Auch wenn daraus noch keine Rückschlüsse auf die Versorgungslage der bayerischen Bevölkerung mit „Beratungsleistungen“ nach § 7a SGB XI gezogen werden können, so belegt die Zahl von aktuell lediglich neun Pflegestützpunkten zunächst schlicht die fehlende Erfüllung der Rechtspflicht zur Einrichtung der Stützpunkte durch die Pflege- und Krankenkassen.

Von meist größerer Bedeutung als die bloße Anzahl der Pflegestützpunkte ist deren personelle und sächliche Ausstattung. Nur gemeinsam mit der Ausstattung kann die Versorgungsdichte ein realistischer Indikator für die Fähigkeit der Pflegestützpunkte zur Bewältigung der gesetzlichen Aufgaben sein. Nur bei einer den Aufgaben angepassten Ausstattung kann der gesetzliche Auftrag an die Pflegestützpunkte auch erfüllt werden. Die häufig anzutreffende Besetzung eines Pflegestützpunktes mit lediglich 1,0 oder 1,5 Vollzeitkräften kann daher allenfalls bei einem sehr kleinen Einzugsgebiet als ausreichend angesehen werden. Insoweit bestehen größte Unterschiede zwischen den Bundesländern (iso-Endbericht 2015: 26 ff.). Die damit zwangsläufig verbundenen Rechtsverstöße wegen der Nichtwahrnehmung der gesetzlich vorgegebenen Aufgaben können und müssen die Länder – notfalls im Wege der Rechtsaufsicht – bekämpfen.

Als einer der Gründe für die geringe (und häufig unzureichende) personelle Ausstattung dürfte die Kostenregelung des § 92c Abs. 4 S. 3 SGB XI anzusehen sein. Danach darf der Anteil der Pflegekassen an den Kosten nicht höher als der der Krankenkassen sein. Hintergrund ist der Versuch des Gesetzgebers, unberechtigte Kostenverlagerungen von den Krankenkassen auf die Pflegekassen zu vermeiden (BT-Drs. 16/7439: 78 – zu § 92c Abs. 2 SGB XI-E).

²² Nachdem die Allgemeinverfügungen aber bestandskräftig geworden sind, ist ihr Inhalt gleichwohl für die Pflege- und Krankenkassen als endgültig verbindlich anzusehen.

²³ Bayern besitzt nach der Homepage des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (http://www.stmgp.bayern.de/pflege/beratung_pflege/pflegestuetzpunkte/) aktuell neun Pflegestützpunkte und hat etwa 12,6 Millionen Einwohner_innen.

²⁴ Ziff. 1 der Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Bayern – Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 22.10.2009, Az. III3/022/4/09.

Da die Krankenkassen jedoch nach ihrem gesetzlichen Aufgabenbereich im Grunde in wesentlich geringerem Maße an den Pflegestützpunkten zu beteiligen wären, sind diese häufig nicht bereit (und nach dem SGB V auch nicht berechtigt), sich in größerem Umfang an der Finanzierung zu beteiligen und damit für eine ausreichende Ausstattung zu sorgen. Das ist nur dann anders, wenn das Land selbst einen entsprechenden finanziellen Beitrag leistet.

4.2 FEHLVORSTELLUNGEN VOM ZWINGENDEN AUFGABENBEREICH DER PFLEGESTÜTZPUNKTE

Ein nicht unerheblicher Teil der Probleme dürfte auch dadurch verursacht sein, dass die diversen Akteure teilweise sehr unterschiedliche Auffassungen vom Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte besitzen. Zudem werden vielfach die abschließenden gesetzlichen Vorgaben ignoriert, und es wird angenommen, durch das Ministerium, die Pflege- und Krankenkassen oder andere Gremien sowie durch die Rahmenvereinbarung nach § 92c Abs. 8 SGB XI könnte der Aufgabenbereich bestimmt werden. Diese Situation führt erkennbar zu Diskussionen und Verhandlungen über die Tätigkeitsfelder der Pflegestützpunkte, denen jedoch die gesetzliche Basis fehlt.

Ein deutliches Beispiel dafür sind die Empfehlungen der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“. Diese Arbeitsgruppe hat in ihren am 12.5.2015 vorgestellten Empfehlungen zum Punkt „Stärkung sinnvoller Strukturen“ unter anderem folgende Forderung aufgestellt: „Das gesetzlich vorgegebene Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte wird um die Erbringung der Beratung nach § 7a SGB XI ergänzt“ (BLAG-Empfehlungen 2015: 9 – unter 3.3).

Wie die obigen Ausführungen zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gezeigt haben, zählt die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI schon heute zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte. Die in der Praxis teilweise verbreitete gegenteilige Auffassung ist nicht überzeugend. Nur vor dem Hintergrund der Unklarheiten in der Praxis kann daher der Forderung der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ insoweit zugestimmt werden, dass eine entsprechende gesetzgeberische Klarstellung sinnvoll erscheint.

Vor diesem Hintergrund ist das zweite Beispiel aus der aktuellen Diskussion um die Aufgaben und den Ausbau der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg schon fast konsequent. Diese Diskussionen werden überwiegend auf der Basis des Abschlussberichts zur „Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) aus dem Jahre 2013 (Mehner/Tebest 2013) geführt. In diesem Bericht wird festgestellt, dass die Pflegestützpunkte bei Bedarf eine Leistung erbringen, die mit der Pflegeberatung vergleichbar sei (Case Management) (Mehner/Tebest 2013: 76). Die Autoren empfehlen sodann, dass – sollte dieses Vorgehen der Pflegestützpunkte im Sinne des Ministeriums und der Landearbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte (LAG-Pflegestützpunkte) sein – dieses möglichst zeitnah auch so kommuniziert werden sollte. Zudem müsste

man dann über die bisherige finanzielle Ausstattung der Pflegestützpunkte diskutieren (Mehner/Tebest 2013: 76). Zusätzlich wird aber auch das gegenteilige Interesse des Ministeriums und der LAG-Pflegestützpunkte für möglich gehalten, da für diesen Fall geklärt werden soll, wie die dann zuständigen Mitarbeiter_innen der Pflege- und Krankenkassen erreicht werden können, damit die Leistung zeitnah vor Ort erbracht werden kann (Mehner/Tebest 2013: 76).

Dieser Stellungnahme ist zunächst zu entnehmen, dass die gesetzliche Rechtspflicht zur Erbringung der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI durch die Pflegestützpunkte, den Autoren nicht bekannt war, was wiederum auf die teilweise rechtswidrige Praxis zurückzuführen sein mag. So wird im Fall des KDA-Berichts Baden-Württemberg in Verkennung der Rechtslage davon ausgegangen, dass der Umfang der Leistungen eines Pflegestützpunktes etwa vom politischen Willen des Landesministeriums (oder dem der LAG-Pflegestützpunkte) abhängt. Das Beispiel der KDA-Studie ist deshalb besonders relevant, weil auf deren Grundlage gerade aktuell über die Zukunft der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg diskutiert wird.

In Zusammenhang mit dem KDA-Bericht Baden-Württemberg steht auch die Antwort des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg auf eine parlamentarische Kleine Anfrage des Abgeordneten Werner Raab im Landtag von Baden-Württemberg zur Zukunft der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg (BW LT-Drs. 15/6929 v. 29.5.2015 – ausgegeben am 29.6.2015).

In der Antwort verweist das Ministerium darauf, dass die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und die Kommunalen Landesverbände für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg verantwortlich seien. Das Sozialministerium habe bei der Diskussion in der LAG-Pflegestützpunkte, in der das Sozialministerium beratend vertretend sei, eine moderierende Rolle (BW LT-Drs. 15/6929: 2).

Entsprechend wird die baden-württembergische Sozialministerin Katrin Altpeter in einer Presseerklärung des Ministeriums vom 12.7.2015 unter dem Titel „Sozialministerium drängt auf einen deutlichen Ausbau der Pflegestützpunkte“ wie folgt zitiert: „Mein Ziel war und ist es, das Angebot an Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg deutlich auszubauen. Leider liegt die Entscheidung darüber nach der jetzigen Rechtslage aber nicht in meiner Hand.“²⁵

Die dahinter stehende Rechtsauffassung ist doppelt bemerkenswert. Zum einen bestätigen die Antwort und die Presseerklärung die hier vorausgehend dargelegte Rechtsauffassung, dass die oberste Landesbehörde im Rahmen der Einrichtungsbestimmung keine Kompetenz für Vorgaben zu Anzahl, Größe oder Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte besitzt. Für die Umsetzung einer wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung sind nach dem SGB XI die Pflege- und Krankenkassen zuständig. Andererseits besteht eine uneingeschränkte Rechtspflicht zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durch die Pflege- und Krankenkassen.

²⁵ Homepage des Ministeriums unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/sozialministerin-draengt-auf-einen-deutlichen-ausbau-der-pflegestuetzpunkte/>.

Wird diese Pflicht nicht oder nur unzureichend erfüllt, so besitzt die oberste Landesbehörde zugleich im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht über die Pflege- und Krankenkassen (dazu oben unter 3.3) durchaus Einflussmöglichkeiten, die über eine moderierende Funktion hinausgehen. Demgegenüber fehlt eine Regelung, die eine Konzentration der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten vorschreibt.

Dass die Pflichten zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben (wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung, die ein Fall- und ein Versorgungsmanagement einschließen) in Baden-Württemberg nicht erfüllt werden, wird schon an der minimalen personellen Ausstattung der Pflegestützpunkte in Kombination mit der Versorgungsdichte (ca. 220.000 Einwohner_innen pro Pflegestützpunkt) (iso-Endbericht 2015: 21) deutlich. Da sämtliche Unterstützungsleistungen nach der Vorstellung des Gesetzgebers funktionell und auch personell nach Möglichkeit in einer Hand liegen (BT-Drs. 16/8525: 95 – zu Abs. 2: personelle Kontinuität), wird zusätzlich deutlich, dass die derzeitige Einrichtung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg (wie in vielen anderen Bundesländern auch) den rechtlichen Vorgaben in keiner Weise gerecht wird.

4.3 RAHMENVERTRÄGE GEM. § 92C ABS. 8 SGB XI UND EMPFEHLUNGEN NACH § 92C ABS. 9 SGB XI

Das Gesetz sieht in § 92c Abs. 8 SGB XI die Möglichkeit des Abschlusses von Rahmenverträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach SGB XII vor. Die Rahmenverträge regeln die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte. Sofern es in der Praxis gelingt, zu praktikablen Vereinbarungen über eine angemessene, an den gesetzlichen Aufgaben orientierte Ausstattung und gleichzeitige Finanzierung zu kommen, hat ein Rahmenvertrag einen wesentlichen Teil seines praktischen Nutzens schon erfüllt.

Insoweit kann hier keine detaillierte Bewertung einzelner Rahmenverträge erfolgen. Hinzuweisen ist nur darauf, dass eine adäquate Finanzierung als wesentliche Grundlage für eine funktionierende Struktur von Pflegestützpunkten anzusehen ist. Beispielsweise sind in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland an den Rahmenverträgen neben den Pflege- und Krankenkassen und den Kommunen auch jeweils die Länder beteiligt. Hier übernehmen die Länder jeweils selbst einen Teil der Kosten.²⁶

Damit wird ein Teil der Probleme für die Träger der Pflegestützpunkte gelöst, was in anderen Bundesländern häufig nicht der Fall ist. Eine solche Regelung ist nach § 92c Abs. 8 SGB XI allerdings in diesen Ländern nur möglich, weil die Länder selbst Träger der Sozialhilfe sind (§ 1 Abs. 2 AGSGB XII Rh-Pf.; § 1 Abs. 3 AGSGB XII Saarl.).

Im praktischen Ergebnis als problematisch erwiesen hat sich weiter, dass bei den Vereinbarungen in Form der Rahmenverträge gem. § 92c Abs. 8 S. 2 SGB XI insbesondere die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe nach § 92c Abs. 9 SGB XI zu berücksichtigen sind. Diese Empfehlungen²⁷ enthalten hinsichtlich der dortigen Beschreibung der Aufgaben der Pflegestützpunkte in der Sache nur eine Wiederholung der in § 92c Abs. 2 S. 1 SGB XI genannten Aufgaben. Bedenklich ist, dass in den Empfehlungen jeder Hinweis auf die Aufgabe der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI fehlt. Insofern ist verständlich, wenn viele Rahmenverträge der Länder auch nicht über diese Empfehlungen hinausgehen, obwohl die Empfehlungen im Hinblick auf die Nichtberücksichtigung der Pflichtaufgabe der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI fehlerhaft sind.

Entsprechend rechtlich problematisch sind in den Rahmenverträgen nach § 92c Abs. 8 SGB XI häufig die Vereinbarungen über die Aufgaben der Pflegestützpunkte. Die gesetzlich vorgegebenen Aufgaben können nicht durch die Vertragsparteien unbeachtet gelassen werden. So ist es nicht zulässig, wenn in den Rahmenverträgen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht als Aufgabe der Pflegestützpunkte gesehen und dazu nur Koordinierungs- und Abgrenzungsregelungen getroffen werden.²⁸ Dasselbe gilt, wenn die Pflegeberatung nur als Option (und damit nicht verpflichtend) in den Pflegestützpunkten vorgesehen ist.²⁹ Demgegenüber haben einige Bundesländer – trotz der mangelhaften Empfehlung nach § 92c Abs. 9 SGB XI – die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI richtigerweise ausdrücklich als Aufgabenbereich der Pflegestützpunkte in den Rahmenverträgen festgelegt.³⁰

²⁷ „Empfehlungen nach § 92c Abs. 9 S. 3 SGB XI über die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten“ v. 3.8.2009 (<https://www.gkv-spitzenverband.de>).

²⁸ § 1 Abs. 4, 5 i. V. m. Anlage 1 Rahmenvertrag Schleswig-Holstein; ähnlich § 4 Rahmenvertrag Hessen und § 4 Abs. 3, zweiter Punkt Rahmenvertrag Niedersachsen.

²⁹ Siehe etwa § 4 Rahmenvertrag Hessen; § 4 Abs. 4 Rahmenvertrag Saarland – tatsächlich wird hier aber durchgehend die Leistung nach § 7a SGB XI erbracht.

³⁰ Etwa § 2 Abs. 1 Rahmenvertrag Berlin; § 1 Abs. 1, IV Rahmenvertrag Bremen; § 6 Abs. 1 Rahmenvertrag Rh.-Pf.; unklar: § 2 Abs. 1 im Verhältnis zu § 2 Abs. 7 Rahmenvertrag Hamburg.

²⁶ Siehe § 9 Rahmenvertrag Rheinland-Pfalz: zwei Kostenträgergruppen ([1] Pflege- und Krankenkassen, [2] Kommunen, Kreise und Land), die die Kosten jeweils zur Hälfte tragen; § 7 Abs. 1 Rahmenvertrag Saarland (jeweils ein Drittel Pflege- und Krankenkassen, Landkreise/Regionalverband Saarbrücken sowie Land).

5

BETEILIGUNG DER KOMMUNEN

Auch wenn die Pflege- und Krankenkassen nach § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI die Pflicht zur Einrichtung der Pflegestützpunkte trifft, so sollen doch auch andere Akteure an den Pflegestützpunkten beteiligt werden. Gem. § 92c Abs. 2 S. 3 SGB XI sind dies neben den Pflegeeinrichtungen und den privaten Pflege- und Krankenversicherungen vor allem die für die Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zuständigen Stellen, also regelmäßig die Landkreise und die kreisfreien Städte. Die Beteiligung der kommunalen Träger ist in praxi die zentrale Weichenstellung für eine funktionierende Aufgabenerfüllung der Pflegestützpunkte. Gerade auch die Aufgaben hinsichtlich des Versorgungsmanagements (Care Management) sind ohne eine Einbindung der kommunalen Träger nicht zu bewältigen. Funktionierende, also alle gesetzlichen Aufgaben erfüllende Pflegestützpunkte sind auf die aktive Beteiligung der SGB-XII-Leistungsträger angewiesen. Zugleich stellt die entsprechende Zusammenarbeit gem. § 4 Abs. 1 S. 2 SGB XII eine Aufgabe der Träger der Sozialhilfe dar.

In diesem Kontext wurde am 29.9.2014 die vorausgehend bereits erwähnte „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ eingerichtet, deren Arbeitsauftrag vor allem die Klärung folgender Fragen war:

- Wie kann die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden?
- Wie können die Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden?
- Wie können Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können? (BLAG-Empfehlungen 2015: 1)

Beteiligt an der Arbeitsgruppe waren der Bund, Vertreterinnen der Länder und die kommunalen Spitzenverbände. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurden am 12.5.2015 vorgestellt. Danach wurde auf zwei Feldern Handlungsbedarf identifiziert:

- angemessene Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstrukturen vor Ort;
- effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und im Rah-

men der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und -aufgaben der Pflegekassen (BLAG-Empfehlungen 2015: 2).

Für die Bewertung der Empfehlungen mit Blick auf die Pflegestützpunkte ist ein differenziertes Urteil notwendig. Einerseits erscheint ein gelungener Aufbau von Pflegestützpunkten ohne intensive Beteiligung der Kommunen gerade im Hinblick auf sozialplanerische Themen praktisch kaum möglich. Die Pflege ist ein Themenfeld, in dem nur durch echte Kooperationen der verschiedenen Beteiligten Fortschritte zu erwarten sind. Insoweit kann den – eher pauschalen – Erklärungen in den Empfehlungen durchaus zugestimmt werden.

Andererseits können die Empfehlungen hinsichtlich der konkreten Ergebnisse nicht überzeugen. Sie erwecken z. T. den Eindruck von bloßen Formelkompromissen zwischen Akteuren, deren Beziehung vor allem durch Misstrauen geprägt ist.

Angesichts der vielfältigen Erfahrungen in diversen Bundesländern erscheint etwa die Initiierung eines Modellprojektes mit 60 „Modellkommunen Pflege“ mit einer Laufzeit von fünf Jahren (BLAG-Empfehlungen 2015: 9 unter 3.4) als weitere Verzögerung der Erfüllung der schon seit 2008 bestehenden Rechtspflichten im Kontext der Einrichtung von Pflegestützpunkten. Ähnlich verhält es sich mit der Einführung eines Initiativrechts der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten (BLAG-Empfehlungen 2015: 9 unter 3.3).

Wie eine solche Regelung in das Rechtsregime des § 92c SGB XI eingefügt werden soll, in dem bereits eine Rechtspflicht der Pflege- und Krankenkassen zur Einrichtung sämtlicher zur wohnortnahen Versorgung notwendigen Pflegestützpunkte verankert ist, bleibt unerfindlich. Kontraproduktiv ist z. B. auch die Idee, das System der Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI auszubauen (BLAG-Empfehlungen 2015: 9 unter 3.3). Solche Beratungsgutscheine sind bei einer vorhandenen gesetzeskonformen Struktur von Pflegestützpunkten überflüssig, weil die vollständige Beratung im Sinne des § 7a SGB XI in den Pflegestützpunkten erbracht werden muss. Aus diesem Grund kann die Regelung des § 7b SGB XI allenfalls als eine Übergangszeit akzeptiert werden und sollte nicht auch noch erweitert werden.

6

ZWEITES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ (PSG II)

6.1 ÄNDERUNGEN MIT BEZUG ZU DEN PFLEGESTÜTZPUNKTEN

Nach jahrelangen Vorbereitungen, am Ende aber unter zeitlichem Hochdruck hat der Bundestag am 13.11.2015 das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) inzwischen verabschiedet (BT-PIPr. 18/137: 13433 A). Der Bundesrat hat das – nicht zustimmungsbedürftige – PSG II auf seiner Sitzung am 18.12.2015 ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses passieren lassen.³¹ Das PSG II ist hinsichtlich seiner im Rahmen der Pflegestützpunkte relevanten Veränderungen zum 1.1.2016 in Kraft getreten.

Im Hinblick auf die Pflegestützpunkte sind die Änderungen des geltenden Rechts durch das PSG II sehr begrenzt. Die zentrale Regelung zu den Pflegestützpunkten, § 92c SGB XI, wird zum neuen § 7c SGB XI, wodurch die enge Verbindung zur Regelung des § 7a SGB XI nun deutlicher zum Ausdruck gebracht wird (BT-Drs. 18/5926: 62).

Änderungen an der Norm selbst werden allerdings nur durch die Streichung der inzwischen obsolet gewordenen Abs. 5 und 6, die die Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte zum Gegenstand haben, vorgenommen. Inhaltlich bleiben die Regelungen zu den Pflegestützpunkten unverändert, sodass auch nach der Gesetzesreform durch das PSG II alle vorausgehenden Ausführungen uneingeschränkt aufrechterhalten werden können.

Einzelne Änderungen wurden an den §§ 7, 7a SGB XI vorgenommen; diese besitzen teilweise einen unmittelbaren oder zumindest mittelbaren Einfluss auf die Einrichtung der Pflegestützpunkte. Das Ziel der Änderungen des § 7 SGB XI ist offensichtlich eine bessere Abstimmung mit bzw. Abgrenzung gegenüber § 7a SGB XI, in dem nunmehr alle Beratungstätigkeiten zusammengefasst sind. Dafür wird die Überschrift des § 7 in „Aufklärung, Auskunft“ abgeändert und auch sonst im Text der Begriff „Beratung“ durch „Auskunft“ ersetzt. Zusätzlich werden die oben bereits angesprochenen Normen des § 7 Abs. 2 S. 2 und 4, die bisher in keiner

Weise mit § 7a SGB XI, der Regelung zur Pflegeberatung, abgestimmt waren, ganz oder teilweise in § 7a SGB XI überführt (BT-Drs. 18/5926: 10 f.; BT-Drs. 18/6688: 11).

Zusätzlich wird in § 17 Abs. 1a SGB XI eine Rechtspflicht zum Erlass von Pflegeberatungsrichtlinien geschaffen. Diese sollen zu einer einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung und damit zur Qualitätssicherung beitragen. Die Formulierung der Regelung über die Richtlinien in Abs. 1a bestätigt, dass Pflegeberatung nicht in den Pflegestützpunkten konzentriert zu sein braucht, da ausdrücklich auf die Pflegeberater_innen bei den Pflegekassen, den Beratungsstellen nach § 7b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB XI und den Pflegestützpunkten Bezug genommen wird. Damit wird das seit dem PfWG bestehende Gesetzesziel, mit den Pflegestützpunkten eine einheitliche Anlaufstelle zu schaffen, weiterhin nicht konsequent verfolgt.

Weiter begünstigt die Formulierung ein mögliches Missverständnis: Nach § 17 Abs. 1a S. 1 SGB XI n. F. sind die Pflegeberatungsrichtlinien für die Pflegeberater_innen „unmittelbar verbindlich“ (BT-Drs. 18/5926: 15). Da es sich bei den Richtlinien nach § 17 SGB XI jedoch nicht um sogenanntes Außenrecht handelt, sind auch die mit dem Gesetzentwurf eingeforderten Pflegeberatungsrichtlinien „nur“ Verwaltungsvorschriften (Baumeister 2015: § 17 SGB XI Rn. 5).

Der Verweis auf die unmittelbare Verbindlichkeit gegenüber den Pflegeberater_innen hat damit nur deklaratorische Funktion. Die Richtlinien erlangen – wie andere Verwaltungsvorschriften auch – „als Vorschriften der Verwaltung für die Verwaltung“ (Bonk/Schmitz 2014: § 1 Rn. 212) grundsätzlich keine Rechtswirkung im Außenverhältnis zum Versicherten. Eine solche könnte sich lediglich mittelbar über den Gleichheitssatz ergeben.

6.2 BEWERTUNG

Die Änderungen im Zusammenhang mit den Regelungen zu den Pflegestützpunkten gehen nicht sehr weit und sollen dies offenbar auch nicht. Grundsätzlich positiv zu bewerten ist die Verlagerung des Standortes der Regelung des § 92c SGB XI in den richtigen Kontext der §§ 7 ff. SGB XI. Angesichts der oben dargelegten und allgemein bekannten Probleme bei der Umsetzung der Einrichtung von Pflegestütz-

³¹ BR-Drs. 567/15 (Beschluss); als Anlage angefügt ist aber noch eine Entschließung, in der die Entkoppelung des SGB XI vom SGB XII kritisiert und die Bundesregierung aufgefordert wird, zeitnah dazu einen Gesetzentwurf vorzulegen.

punkten wären jedoch einige Klarstellungen im Gesetz überaus sinnvoll gewesen.

Zudem muss konstatiert werden, dass manche Änderungen sogar neue Probleme aufwerfen. Dies gilt zunächst für die Verschiebung aller Ansprüche auf und Pflichten zur Beratung von § 7 auf § 7a SGB XI. Die Veränderung hat zunächst zur Konsequenz, dass die Tatbestandsvoraussetzungen des § 7a auch für den Beratungsanspruch gelten und damit inhaltlich verändert wurden. Anders als nach § 7 SGB XI hat mit der Neuregelung in § 7a SGB XI keineswegs jeder/jede von Pflegebedürftigkeit Betroffene einen Anspruch auf Beratungsleistungen im Sinne von § 7a SGB XI. Vielmehr besteht ein solcher Anspruch nur für diejenigen, die bereits Leistungen nach dem SGB XI erhalten (§ 7a Abs. 1 S. 1 SGB XI) oder zumindest schon einen Antrag auf Leistungen gestellt haben (§ 7a Abs. 1 S. 8 SGB XI). Richtigerweise geht es in § 7a SGB XI um Pflegeberatung, die von allgemeiner Beratung zu trennen ist. Wohl aus diesem Grunde wollte der Gesetzgeber das derzeit vorhandene Nebeneinander von allgemeiner Beratung und Pflegeberatung beenden und nur noch einen einheitlichen Beratungsbegriff verwenden.

Zu Recht wurde in der Literatur bereits darauf hingewiesen, dass die Verwirrung durch die Neuregelung eher gesteigert als vermindert wird (Krahmer 2015: 487 f.). Da der allgemeine, schon in § 14 SGB I enthaltene Beratungsanspruch nicht durch abweichende Spezialregelungen beseitigt oder eingeschränkt werden kann (§ 37 Abs. 2 SGB I), existiert dieser mit seinen viel geringeren Tatbestandsvoraussetzungen auch noch nach seiner Streichung in § 7 SGB XI fort.

Insgesamt werden die zentralen Probleme des fehlenden Ausbaus der Strukturen von Pflegestützpunkten durch die Gesetzesänderungen im PSG II auch nicht ansatzweise gelöst. Die Thematik der unzureichenden Pflegeberatungsstruktur und der zögerlichen Umsetzung des Konzepts der Pflegestützpunkte greift das PSG II überhaupt nicht auf. Die mit den Pflegestützpunkten ursprünglich verfolgte Zielsetzung einer Bündelung und Konzentration der Beratungs- und Hilferessourcen wird in keiner Weise gestärkt.

Insgesamt kann der Entwurf daher nur als enttäuschend bewertet werden. Den Eindruck, dass einer der „weiteren Regelungsschwerpunkte“ des PSG II eine Verbesserung der Beratung sein soll (BT-Drs. 18/5926: 62), vermitteln die Änderungen der maßgeblichen Regelungen der §§ 7, 7a und 92c SGB XI eher nicht. Im Hinblick auf die unzureichende Umsetzung des Konzepts könnten sich die wenigen Änderungen eher nachteilig auswirken. Einerseits werden Änderungen an den einschlägigen Vorschriften vorgenommen, andererseits sind aber keine Bemühungen ersichtlich, das Konzept der Pflegestützpunkte irgendwie zu forcieren oder auch nur weiterzuvorführen. Gerade dadurch, dass das PSG II den bisher bestehenden Parallelstrukturen bei den Beratungsstellen nicht entgegenwirkt, besteht eine gewisse Gefahr, dass diese Strukturen auch durch die Notwendigkeit des Erlasses von Pflegeberatungsrichtlinien noch zusätzlich verfestigt werden könnten, weil die Richtlinien notgedrungen ganz unterschiedliche Beratungsstellen berücksichtigen müssen. Würde sich der Gesetzgeber dafür entscheiden, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI allein in den Pflegestützpunkten zu konzentrieren, sofern diese eingerichtet sind, wären die Richtlinien uneingeschränkt zu begrüßen.

7

AUSBLICK

Angesichts des zeitlichen Drucks für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat sich schon früh gezeigt, dass Änderungen des PSG-II-Entwurfs zugunsten einer Optimierung der Pflegestützpunkte im laufenden Gesetzgebungsverfahren nicht mehr möglich waren. Gleichzeitig ist aber aufgrund der großen Vollzugsdefizite bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte durchaus ein Bedarf für gesetzgeberische Korrekturen gegeben. Ohne eine Stärkung der Pflegestützpunkte wird sich die Lage trotz der vorausgehend dargelegten rechtlichen Möglichkeiten wohl nicht ändern. Ein (zumindest auch) darauf ausgerichtetes PSG III erscheint unausweichlich.

Folgende zentrale Änderungen und Klarstellungen durch ein PSG III erscheinen vor dem Hintergrund der vorausgehenden Überlegungen notwendig.

(1) Zwingende Beteiligung kommunaler Träger

Ein zentrales Defizit besteht bei solchen Pflegestützpunkten, an denen kein kommunaler Träger beteiligt ist. Ein funktionsfähiges Modell für ein umfassendes (und insbesondere ein nicht nur punktuell auf die Pflegeversicherung bezogenes) Care Management ist ohne Beteiligung der Kommunen nicht vorstellbar. Gerade die Verzahnung mit den korrespondierenden Aufgaben der Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII ist bislang vielfach nicht gelungen. Durch eine zwingende Beteiligung der kommunalen Träger könnte dieses Defizit beseitigt werden.

(2) Klarstellung des Aufgabenbereichs „Pflegeberatung“

Angesichts der in der Praxis bestehenden Unsicherheiten bezüglich des Aufgabenbereichs der Pflegestützpunkte bedarf es einer gesetzgeberischen Klarstellung. In § 7c Abs. 2 S. 1 SGB XI (bisher § 92c Abs. 2 S. 1 SGB XI) sollte die Pflegeberatung ausdrücklich (mittels eines Verweises auf § 7a SGB XI) aufgenommen werden.

(3) Aufnahme von Rechtspflichten der Träger eines Pflegestützpunktes

Wird die Pflegeberatung zusätzlich ausdrücklich als Aufgabe der Pflegestützpunkte in § 7c SGB XI aufgenommen, sollte die Rechtspflicht der Pflegeberatung in § 7a SGB XI auch den „Trägern der Pflegestützpunkte“ auferlegt werden. Sofern

Pflegestützpunkte eingerichtet sind, wären die Träger des jeweiligen Pflegestützpunktes Adressaten der Rechtspflicht, die derzeit allein die Pflegekassen trifft. Auf diese Weise könnte die derzeitige Bindung oder zentrale Verankerung des Case Managements an die Pflegeberater_innen der Pflegekassen etwas gelockert werden. Damit könnte auch den Bedenken hinsichtlich der Unabhängigkeit und Neutralität der Pflegeberater_innen, die im Dienst einer im Wettbewerb mit anderen Kassen befindlichen Pflegekasse stehen, zumindest ansatzweise Rechnung getragen werden.

(4) Möglichkeit einer ungleichen Kostenbeteiligung von Pflege- und Krankenkassen

Nach § 92c Abs. 4 S. 3 SGB XI (neu: § 7c Abs. 4 S. 3 SGB XI) darf die Kostenbeteiligung der jeweiligen Pflegekasse nicht höher sein als die der Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Auch wenn die damit verbundene Zielsetzung, zu verhindern, dass Kosten der Krankenversicherung nicht auf die Pflegekasse abgewälzt werden können, nachvollziehbar erscheint, so ist die Regelung gleichwohl nicht völlig durchdacht, weil die Pflegestützpunkte weit mehr die Aufgaben der Pflegeversicherung erledigen als die der Krankenkassen. Das führt im Ergebnis dazu, dass die Krankenkassen auch nur einen solchen Beitrag zu den Kosten der Pflegestützpunkte leisten, der ihren Interessen entspricht. Im Ergebnis führt das zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Pflegestützpunkte. Das kann bestenfalls dann anders sein, wenn weitere Träger an den Kosten beteiligt sind.

(5) Keine Pflegestützpunkte bei Pflegeeinrichtungen

Zur Sicherstellung der Unabhängigkeit und Neutralität der Pflegestützpunkte sollte die Regelung, dass ein Pflegestützpunkt auch bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden kann (§ 92c Abs. 4 S. 1 SGB XI; neu: § 7c Abs. 4 S. 1 SGB XI), gestrichen werden. Bei einer solchen unmittelbaren räumlichen Verbindung kann eine gewisse Wettbewerbsverzerrung praktisch nie ausgeschlossen werden.

(6) Überdenken des „sozialrechtlichen Beratungsstellenkonzepts“

Mit den gemeinsamen Servicestellen nach dem SGB IX existiert eine weitere Einrichtung neben den Pflegestützpunkten, die notwendigerweise erhebliche Überschneidungen mit den Pflegestützpunkten hinsichtlich des Adressatenkreises der Pflegebedürftigen aufweist. Sofern an dem Konzept der gemeinsamen Servicestellen festgehalten wird (nach ersten Hinweisen auf das anstehende Bundesteilhabegesetz steht das aber gerade infrage), sollten diese Beratungsstellen in eine einzige Stelle münden oder zumindest in Teilen verbunden sein. Dieser schon früher eingebrachte Vorschlag³² wäre entsprechend aufzugreifen.

³² Vgl. hierzu Hoberg et al. (2013: 564, unter 9.), die eine Zusammenfassung der Aufgaben der Pflegestützpunkte und eines Teils der gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX zu einer „Servicestelle Pflege und Teilhabe“ angeregt haben.

8

THESENARTIGE ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Pflege- und Krankenkassen haben die Rechtspflicht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in den einzelnen Bundesländern, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt (3.1).
2. Die „Bestimmung“, also die Entscheidung über das „Ob“ der Einrichtung von Pflegestützpunkten, steht im Ermessen der zuständigen obersten Landesbehörden (Entscheidungsermessen). Ein Anspruch von Versicherten auf eine fehlerfreie Ausübung des Ermessens besteht allerdings nicht (3.1.1).
3. Ein Auswahlermessen (Ermessen hinsichtlich des „Wie“ der Einrichtung von Pflegestützpunkten) steht der obersten Landesbehörde nicht zu (3.1.1). Deshalb besteht für die Bundesländer kein Recht zur Bestimmung der Anzahl, der Standorte, des Einrichtungszeitplans, der Ausstattung und der Aufgaben der Pflegestützpunkte.
4. Pflege- und Krankenkassen trifft – unter der Bedingung einer Bestimmung durch die oberste Landesbehörde – die Rechtspflicht zur Einrichtung. Sie besitzen dabei einen Beurteilungsspielraum bei der Interpretation des Begriffs „wohnortnah“ (3.1.2).
5. Bei den Pflegestützpunkten handelt es sich um nicht-rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts (3.2).
6. Die zwingenden Aufgabenbereiche der Pflegestützpunkte bestimmt das Gesetz. Danach haben die Pflegestützpunkte die Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten zu leisten. Dazu zählt uneingeschränkt auch die Aufklärung nach § 7 SGB XI und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Dies beinhaltet sowohl ein umfassendes Fallmanagement (Case Management) als auch ein Versorgungsmanagement (Care Management). Pflegestützpunkte mit begrenztem Betätigungsspektrum sind nach dem Gesetz ausgeschlossen (3.3.1, 3.3.2).
7. Die „Pflegeberatung“ nach § 7a SGB XI, die durch die Pflegeberater_innen erbracht wird, kann organisatorisch grundsätzlich bei den Pflege- und Krankenkassen, bei kommunalen Stellen, bei privaten Pflegeversicherungen und beauftragten Stellen oder bei den Pflegestützpunkten angesiedelt sein. Sofern Pflegestützpunkte vorhanden sind, müssen diese aber eine umfassende Pflegeberatung anbieten (3.3.3).
8. Die Pflegekassen unterliegen nach § 46 Abs. 6 S. 1 SGB XI der Rechtsaufsicht der für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. Damit können die Landesministerien auch die Erfüllung der Pflichten bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte durch die Pflege- und Krankenkassen durchsetzen (3.4).
9. Die Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten gem. § 92c Abs. 1 S. 1 SGB XI durch die oberste Landesbehörde hat in der Rechtsform der Allgemeinverfügung zu erfolgen. Die konkreten Allgemeinverfügungen verschiedener Bundesländer enthalten Regelungen über die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegestützpunkte (Aufgaben, Zahl, Zeitpunkt der Einrichtung, Standorte usw.). Mit derartigen Allgemeinverfügungen überschreiten die obersten Landesbehörden ihre Kompetenzen (4.1.1, 4.1.2).
10. Soweit die „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ fordert, dass das gesetzliche Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte um die Erbringung der Beratung nach § 7a SGB XI ergänzt werden soll, kann diese Forderung nur als Klarstellung gesehen werden, da die Pflegeberatung bereits nach bestehender Rechtslage zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte zählt (4.2).
11. Die Empfehlungen nach § 92c Abs. 9 SGB XI schließen im Widerspruch zum Gesetz die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht ein. Entsprechend weisen auch verschiedene Länder-Rahmenverträge nach § 92c Abs. 8 SGB XI denselben Fehler auf. Die Sicherung der Finanzierung der Pflegestützpunkte wird erleichtert, wenn sich auch die Bundesländer an den Kosten beteiligen, was aber nur möglich ist, wenn diese selbst Träger der Sozialhilfe sind (4.3).

12. Die Initiativen zur stärkeren Beteiligung der Kommunen an den Pflegestützpunkten sind grundsätzlich zu begrüßen. Nur so können die Aufträge für ein Versorgungsmanagement sinnvoll erfüllt werden. Die von der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ konkret vorgeschlagenen Maßnahmen gehen jedoch teilweise deutlich hinter die schon bestehende Rechtslage zurück und sind deshalb abzulehnen (5).
13. Das PSG II nimmt nur geringfügige Änderungen im Hinblick auf die Pflegestützpunkte vor. Neben einem neuen „Standort“ des § 92c SGB XI (praktisch unverändert als neuer § 7c) ist lediglich die Pflicht zum Erlass von Pflegeberatungsrichtlinien nach § 17 Abs. 1a SGB XI neu (6.1). Die Streichung der Pflegeberatung in § 7 SGB XI wirft im Hinblick auf den (nach § 37 Abs. 2 SGB I) zwingenden Charakter des Beratungsanspruchs aus § 14 SGB I mehr Fragen auf als die alte Regelung. Die sonstigen Änderungen sind bei Weitem nicht ausreichend, wenn das Konzept der Pflegestützpunkte gestärkt werden soll. Notwendig wäre eine weiterführende gesetzliche Klarstellung der Aufgaben der Pflegestützpunkte (Nennung der Pflegeberatung in § 7c Abs. 2 S. 1 SGB XI n. F.). Nur dann erscheint eine Entwicklung von Standards der Pflegeberatung durch die Pflegeberatungsrichtlinien gem. § 17 Abs. 1a SGB XI n. F. sinnvoll. Bei derzeitiger Ausgangslage in der Praxis könnten die Richtlinien möglicherweise die Standards zu niedrig ansetzen und nicht zu einer Stärkung der Pflegestützpunkte beitragen (6.2).
14. Die anstehenden weiteren Gesetzesreformen sollten dazu verwendet werden, zentrale Probleme des aktuellen Konzepts der Pflegestützpunkte zu beseitigen oder zumindest zu entschärfen. Dazu bietet sich eine Reihe von Maßnahmen an, die vorausgehend – zumindest im Ansatz – dargelegt werden (7).

Abkürzungsverzeichnis

a. A.	anderer Ansicht
ABl.	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AGSGB	Ausführungsgesetz zum Sozialgesetzbuch
AmtsBl.	Amtsblatt
AV	Allgemeinverfügung
Az.	Aktenzeichen
Beschl.	Beschluss
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BLAG	Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege
BR-Drs.	Bundesrats-Drucksache
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BT-PlPr.	Bundestags-Plenarprotokoll
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BW	Baden-Württemberg
EL	Ergänzungslieferung
GG	Grundgesetz
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LT-Drs.	Landtags-Drucksache
PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008
PSG I	Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Erstes Pflegestärkungsgesetz) vom 17.12.2014
PSG II	Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Zweites Pflegestärkungsgesetz) vom 21.12.2015
Rh.-Pf.	Rheinland-Pfalz
Rn.	Randnummer
Saarl.	Saarland
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
StAnz.	Staatsanzeiger
Urt.	Urteil
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz

Literaturverzeichnis

- Baumeister, Peter 2015: Kommentierungen zum SGB XI, in: Berchtold, Josef; Huster, Stefan; Rehborn, Martin (Hrsg.): Gesundheitsrecht: SGB V/SGB XI. Kommentar, Baden-Baden.
- Behrend, Nicola 2015: Kommentierungen zu Bestimmungen des SGB XI, in: Udsching, Peter (Hrsg.): SGB XI – Soziale Pflegeversicherung. Kommentar, 4. Aufl., München.
- Berchtold, Josef 2015: Kommentierungen zu Bestimmungen des SGB XI, in: Berchtold, Josef; Huster, Stefan; Rehborn, Martin (Hrsg.): Gesundheitsrecht: SGB V/SGB XI. Kommentar, Baden-Baden.
- BLAG-Empfehlungen 2015: Empfehlungen der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“, <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf> (12.3.2016).
- Bonk, Heinz Joachim; Schmitz, Heribert 2014: Kommentierungen zum Verwaltungsverfahrensgesetz, in: Stelkens, Paul; Bonk, Heinz Joachim; Sachs, Michael (Hrsg.): Verwaltungsverfahrensgesetz. Kommentar, 8. Aufl., München.
- Burgi, Martin 2010: Strukturen und Organisationseinheiten – § 8, in: Erichsen, Hans-Uwe; Ehlers, Dirk (Hrsg.): Allgemeines Verwaltungsrecht, 14. Aufl., Berlin.
- Dalichau, Gerhard 2014: SGB XI. Kommentar, Neuwied.
- Deutscher Städtetag 2015: Positionspapier zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, <http://www.staedtetag.de/presse/beschluesse/073984/index.html> (12.3.2016).
- Dietrich, Axel 2011: Pflegestützpunkte, in: SF-Medien Nr. 187, S. 29–37.
- Fahlbusch, Jonathan Imre 2012: Kommentierungen zum SGB XI, in: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.): SGB XI. Kommentar. Loseblatt, Berlin.
- GKV-Evaluationsbericht 2012: Bericht des GKV-Spitzenverbandes: Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/Evaluation_der_Pflegeberatung_Dezember_2011__7a_Abs_SGB_XI.pdf (12.3.2016).
- Gutzler, Stephan 2015: Kommentierungen zum SGB I, in: Rolfs, Christian; Giesen, Richard; Kreikebohm, Ralf; Udsching, Peter (Hrsg.): Beck Online-Kommentar Sozialrecht, Stand September 2015, München.
- Hoffer, Heike 2011: Stellungnahme des Deutschen Vereins: Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! – Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur – Teil 2, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV) 2011, S. 72–79.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd 2013: Eckpunkte einer Strukturreform PFLEGE und TEILHABE, NDV 2013, S. 560–565.
- Igl, Gerhard 2009: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Nach der Reform ist vor der Reform, in: Bieback, Karl-Jürgen (Hrsg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008, Berlin, S. 42–68.
- Jung, Dagmar 2010: Praxisbeitrag: Sinnhaftigkeit von Pflegestützpunkten (PSP), in: Deutscher Sozialgerichtstag e. V. (Hrsg.): Sozialrecht im Umbruch – Sozialgerichte im Aufbruch. 2. Deutscher Sozialgerichtstag. Stuttgart u. a., S. 87–90.
- Kaminski, Ralf 2015: Die Reform der sozialen Pflegeversicherung, in: Wege zur Sozialversicherung (WzS) 2015, S. 235–240.

- Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas 2015: Pflegestützpunkte in Deutschland aus Sicht der Mitarbeitenden, Endbericht zur Studie des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V., (zit.: iso-Endbericht 2015).
- Klie, Thomas; Ziller, Hannes 2009: Zur Organisationsstruktur von Pflegestützpunkten, NDV 2009, S. 173–178.
- Knapp, Robert 2015: Kommentierungen zum SGB II, in: Schlegel, Rainer; Voelzke, Thomas (Hrsg.): juris PraxisKommentar SGB II, Online-Kommentierung.
- Knittel, Stefan 2015: Kommentierung zum SGB XI, in: Krauskopf, Dieter (Hrsg.): Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung. 89. EL.
- Kostorz, Peter; Kernebeck, Sven 2015: 20 Jahre soziale Pflegeversicherung: Bilanz und Ausblick, WzS 2015, S. 35–41.
- Krahmer, Utz 2015: Zwischenruf zur großen SGB XI-Novelle: Rückschritte bei der pflegeversicherungsrechtlichen Beratung und beim Fallmanagement nach §§ 7 ff. SGB XI RegE zum PSG II, Zeitschrift für sozialrechtliche Praxis (ZfSH/SGB) 2015, S. 486–488.
- Krahmer, Utz; Nordmann, Heike 2013: Aktueller Druck auf die Pflegekassen: Fristsetzungen und Beratungsgutscheine für Fallmanagement und Beratung – der neue § 7b SGB XI, ZfSH/SGB 2013, S. 193–200.
- Lang, Armin 2009: Pflegestützpunkte – eine nachhaltig wirkende soziale Innovation in einer älter werdenden Gesellschaft, in: Klusen, Norbert; Meusch, Andreas (Hrsg.): Zukunft der Pflege in einer alternierenden Gesellschaft, S. 183–208.
- Leitherer, Stephan 2015: Kommentierung zum SGB XI, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht. Loseblatt, Stand: 87. EL, München.
- Maurer, Hartmut 2011: Allgemeines Verwaltungsrecht. 18. Aufl., München.
- Mayer, Otto 1924: Deutsches Verwaltungsrecht. Bd. 2. 3. Aufl., München.
- Mehnert, Thorsten; Tebest, Ralf 2013: Pflegestützpunkt Baden-Württemberg, Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Abschlussbericht, http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Abschlussbericht_Pflegestuuetzpunkte_BW_2013.pdf (12.3.2016).
- Michell-Auli, Peter 2009: Pflegeberatung und Pflegestützpunkte: Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung, in: Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung: Nach der Reform ist vor der Reform, Berlin, S. 155–173.
- Michell-Auli, Peter; Strunk-Richter, Gerlinde; Tebest, Ralf 2010: Was leisten Pflegestützpunkte? – Konzeption und Umsetzung, Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“, Köln.
- Mickley, Birgit 2011: Pflegestützpunkte im Saarland: Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven, Saarbrücken.
- Mrozynski, Peter 2014: SGB I: Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil. Kommentar. 5. Aufl., München.
- Mutschler, Bernd 2014: Kommentierungen zum SGB X, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, SGB X. Loseblatt, München.
- Niedermeyer, Sabine 2015: Kommentierungen zum SGB I, in: Rolfs, Christian; Giesen, Richard; Kreikebohm, Ralf; Udsching, Peter (Hrsg.): Beck Online-Kommentar Sozialrecht, Stand September 2015, München.
- Noftz, Wolfgang 2014: Teil 2 Kapitel D – Gemeinsame Servicestellen (§§ 22 – 25 SGB XI), in: Luthe (Hrsg.): Rehabilitationsrecht. 2. Aufl., Berlin.
- Nürnberg, Ingo 2015: Kommentierungen zum SGB IX, in: Kossens, Michael; von der Heide, Dirk; Maaß, Michael (Hrsg.): SGB IX. 4. Aufl., München.
- O’Sullivan, Daniel 2013: Kommentierungen zum SGB XI, in: Schlegel, Rainer; Voelzke, Thomas (Hrsg.): juris PraxisKommentar SGB XI. Kommentar, Saarbrücken.
- Peters, Karl 2008: Kommentierungen zum SGB XI, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht. Loseblatt, Stand: 86. EL, München.
- Röber, Michaela; Hämel, Kerstin 2011: Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen, in: Pflege & Gesellschaft 2011, S. 138 ff.
- Sachs, Michael 2014: Kommentierungen zum Verwaltungsverfahrensgesetz, in: Stelkens, Paul; Bonk, Heinz Joachim; Sachs, Michael (Hrsg.): Verwaltungsverfahrensgesetz. Kommentar, 8. Aufl., München.
- Schenke, Wolf-Rüdiger 2009: Kommentierung des Art. 19. Abs. 4 GG (Drittbearbeitung), in: Kahl, Wolfgang; Waldhoff, Christian; Walter, Christian (Hrsg.): Bonner Kommentar zum Grundgesetz, Loseblatt, Heidelberg.
- Schiffer-Werneburg, Marie-Luise 2013: Kommentierungen zum SGB XI, in: Klie, Thomas; Krahmer, Utz; Plantholz, Markus (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI. Kommentar. 4. Aufl., Baden-Baden.
- Schönenbroicher, Klaus 2014: Kommentierungen zum Verwaltungsverfahrensgesetz, in: Mann, Thomas; Sennekamp, Christoph; Uechtritz, Michael (Hrsg.): Verwaltungsverfahrensgesetz: Großkommentar. Baden-Baden.
- Schubert, Jens M.; Schaumburg, Torsten 2009: Pflegeberater und zusätzliche Betreuungskräfte – Neue Dienstleister im SGB XI, NZS 2009, S. 353–360.
- Schütze, Bernd 2004: Kommentierungen zum SGB IX, in: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.): SGB IX. Kommentar. Loseblatt, Berlin.
- Seewald, Otfried 2015: Kommentierungen des SGB I, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Loseblatt, Stand: 87. EL, München.
- Störmer, Rainer 2013: Anmerkung zu BVerwG, Urt. v. 23.8.2013 – B 8 SO 24/11 R, in: jurisPR-BVerwG 19/2013, Anmerkung 6.
- Tebest, Ralf; Stock, Stephanie 2013: Beratung älterer und hilfebedürftiger Menschen in Deutschland: Status quo und Ausblick in die Zukunft, in: Blonski, Harald (Hrsg.): Beratung älterer Menschen, Frankfurt am Main, S. 109–134.
- Tebest, Ralf; Mehnert, Thorsten; Nordmann, H.; Stock, Stephanie 2014: Angebot und Nachfrage von Pflegestützpunkten, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Heft 10/2014, S. 1 ff.
- Weißberger, Christian 2013: Kommentierungen zum SGB II, in: Eicher, Wolfgang (Hrsg.): SGB II. Grundsicherung für Arbeitsuchende. 3. Aufl., München.
- Welti, Felix 2009: Qualitätssicherung, Fallmanagement und räumliche Versorgungsstrukturen, in: Bieback, Karl-Jürgen (Hrsg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008, Berlin, S. 115–131.

Birgit Mickley

INTENTIONEN UND AKTUELLE DISKUSSION

64	EINLEITUNG
65	EXECUTIVE SUMMARY
66	1 ERWEITERUNG DES SICHERSTELLUNGS-AUFTRAGS DER PFLEGEVERSICHERUNG DURCH DAS PFWG
66	1.1 Verfolgte Ziele
66	1.2 Erweiterung des Sicherstellungsauftrages
66	1.2.1 Vernetzung auf der Systemebene (Care Management)
66	1.2.2 Koordination der Versorgung im Einzelfall (Fallmanagement)
68	2 PFLEGEBERATUNG NACH § 7A SGB XI
70	3 PFLEGESTÜTZPUNKTE NACH § 92C SGB XI
72	4 AUSGEWÄHLTE ASPEKTE DER BISHERIGEN UMSETZUNG
72	4.1 Umsetzung der Pflegeberatung
72	4.1.1 Angebot von Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
72	4.1.2 Zugang zur Pflegeberatung für Pflegebedürftige
72	4.1.3 Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater_innen
73	4.1.4 Standardprozesse Fallmanagement
73	4.1.5 Beteiligung von Pflegeberater_innen bei der Überleitung aus dem Krankenhaus
73	4.2 Umsetzung der Pflegestützpunkte
73	4.2.1 Beteiligung von Trägern der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege
73	4.2.2 Beteiligung weiterer Akteure
73	4.2.3 Care Management-Auftrag des Pflegestützpunktes
75	5 BUND-LÄNDER-ARBEITSGRUPPE ZUR STÄRKUNG DER ROLLE DER KOMMUNEN IN DER PFLEGE
77	6 PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ II
78	7 FAZIT
80	Literaturverzeichnis

EINLEITUNG

Nachdem am 1.1.2016 das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG) in Kraft getreten ist, soll schon bald der dritte Teil folgen. Begleitet wird die Diskussion zum PSG III auch von Änderungsvorschlägen, die zum einen die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI und zum anderen die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements nach § 7a SGB XI betreffen. Um diese Vorschläge besser einordnen zu können, hat die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) die Autorin dieses Aufsatzes beauftragt, einerseits die gesetzlichen Aufgaben der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung sowie andererseits die damit verbundenen Intentionen des Gesetzgebers noch einmal darzustellen und dabei ausgewählte Aspekte zu deren bisheriger Umsetzung zu reflektieren. Außerdem sollen die Änderungsvorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sowie die jüngsten Rechtsänderungen zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten vorgestellt werden.

Die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatung wurden durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) als Umsetzungsinstrumente für wesentliche Teile des Sicherstellungsauftrags der Pflegeversicherung nach § 12 SGB XI eingeführt. Daher werden im Kapitel 1 zunächst der Sicherstellungsauftrag der Pflegeversicherung und seine Erweiterung durch das PfwG beschrieben. Diese Erweiterung umfasst zum einen die Vernetzung der Versorgungsstrukturen auf der Systemebene. Zum anderen weitet sie den bereits vor dem PfwG bestehenden Auftrag zur fallbezogenen Koordination der von Pflegebedürftigen benötigten Leistungen und Hilfen aus. Die Vernetzung der Versorgungsstrukturen auf der Systemebene soll durch die Pflegestützpunkte erfolgen, die fallbezogene Koordinierung durch die Pflegeberatung.

In Kapitel 2 wird anschließend das Konzept für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dargestellt, während Kapitel 3 die Aufgaben der Pflegestützpunkte beschreibt. Kapitel 4 setzt sich mit ausgewählten Aspekten der bisherigen Umsetzung der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte auseinander.

In 2015 hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Empfehlungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege abgegeben. Eine ganze Reihe dieser Vorschläge tangiert die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte. Sie werden deshalb in Kapitel 5 vorgestellt. Das PSG II greift einige Schwachpunkte aus der Umsetzung und Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf. Die entsprechenden Neuregelungen werden in Kapitel 6 vorgestellt. Kapitel 7 fasst noch einmal alle wichtigen Punkte zusammen und gibt ein Fazit.

1 Im Pflegestärkungsgesetz II wurden die bis dahin in § 92c SGB XI vorgesehenen Rahmenvorgaben für die Arbeit der Pflegestützpunkte nahezu unverändert in § 7c SGB XI überführt. Da dieser Aufsatz sich mit den Pflegestützpunkten ganz überwiegend im Zusammenhang mit ihrer Einführung durch § 92c SGB XI und ihrer Umsetzung in der Vergangenheit befasst, wird im Text noch auf den § 92c SGB XI als Rechtsgrundlage für die Pflegestützpunkte Bezug genommen.

EXECUTIVE SUMMARY

Das Mitte 2008 in Kraft getretene PFWG zielte auf die Verbesserung ambulanter Versorgungsstrukturen, um die Versorgung Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit zu stützen. Als wichtigste Instrumente für die Umsetzung dieses Ziels führte das PFWG die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte ein.

Die Pflegeberatung ist ein Fallmanagement im Sinne des Fachkonzeptes Care und Case Management und wird von den Pflegekassen erbracht. Ein/eine Pflegeberater_in als persönliche/r Ansprechpartner_in stellt für die Pflegebedürftigen im Einzelfall den konkreten Hilfebedarf fest, klärt die sozialrechtlichen Ansprüche, erarbeitet einen Versorgungsplan, wirkt auf die Durchführung der erforderlichen Leistungen und Hilfen hin und fungiert als Koordinator_in zwischen allen Beteiligten.

Die Hauptaufgabe der wohnortnah zu errichtenden Pflegestützpunkte ist die Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen durch Vernetzung der auf der kommunalen Ebene vorhandenen pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgungsangebote im Sinne eines Care Managements. Der Gesetzgeber setzt dabei darauf, dass die Pflege- und Krankenkassen als Gründer der Pflegestützpunkte und die Sozialhilfeträger als Mitträger der Pflegestützpunkte für diesen Vernetzungs- und Koordinierungsauftrag ihre jeweiligen Kompetenzen und Zuständigkeiten einbringen, sich dabei untereinander abstimmen und so ein stimmiges Gesamtkonzept für die Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen entwickeln und umsetzen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, in den Pflegestützpunkten Pflegeberatung anzubieten.

Die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements wird inzwischen sowohl in Pflegekassen als auch in Pflegestützpunkten umgesetzt. Probleme gibt es insbesondere noch an der Schnittstelle zwischen Entlassmanagement der Krankenhäuser und den Pflegeberater_innen. Entgegen der Intention des Gesetzgebers wird am Entlassmanagement in der Regel kein/e Pflegeberater_in beteiligt, der/die sich insbesondere um die Absicherung der weiteren Versorgung in der Häuslichkeit kümmern soll. Problematisch ist, dass vielen Pflegebedürftigen der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements nicht bekannt ist. Auch fehlt noch so etwas wie ein Fachkonzept für die Pflegeberatung

mit standardisierten Prozessen und Instrumenten. Ein großer Teil der Pflegeberater_innen hat die vom Gesetzgeber vorgeschriebene umfängliche Weiterbildung absolviert. Danach werden nicht allen Pflegeberater_innen Fortbildungen z. B. zu aktuellen Rechtsänderungen angeboten.

Die Pflegestützpunkte sind vielerorts als Beratungseinrichtungen etabliert. Ihrer Care Management-Aufgabe im Sinne von Vernetzung und Koordination örtlicher Versorgungsangebote werden sie allerdings oft (noch) nicht gerecht. Damit wurde ein zentrales Ziel des PFWG bisher nicht umgesetzt.

Vor diesem Hintergrund hat im Mai 2015 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Empfehlungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vorgelegt. Nach Vorstellung der AG sollen insbesondere Bund und Länder Rahmenbedingungen für effektive Kooperations- und Koordinationsbedingungen vor Ort schaffen, die dann von den Pflegekassen und Kommunen sinnvoll und konkret ausgestaltet werden sollen. Konkret schlägt die AG u. a. vor, dass die Kommunen zeitlich befristet das Recht erhalten, Pflegestützpunkte zu initiieren, dass die Aufsichten dazu beitragen, dass die Pflegestützpunkte ihre Vernetzungsaufgabe auch tatsächlich wahrnehmen und dass im Rahmen eines fünfjährigen Modellprojektes 60 Modellkommunen die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements übernehmen und mit ihren Beratungspflichten zu einem Gesamtberatungskonzept verbinden.

Das PSG II hat einige Schwachstellen und einige Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe aufgegriffen. So soll der GKV-Spitzenverband jetzt auch Empfehlungen zu Fortbildungen im Anschluss an die Weiterbildung zum/zur Pflegeberater_in abgeben und Standards für Verfahren, Durchführung und zu den Inhalten der Pflegeberatung erarbeiten. Um den Zugang der Pflegebedürftigen zum Fallmanagement zu verbessern, werden die Pflegekassen zu einer entsprechenden Information ihrer Versicherten nach Eingang eines Leistungsantrags verpflichtet.

Im PSG III sollen 2016 weitere Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt werden.

1

ERWEITERUNG DES SICHERSTELLUNGS-AUFTRAGS DER PFLEGEVERSICHERUNG DURCH DAS PFWG

1.1 VERFOLGTE ZIELE

Wesentliches Ziel des PFWG war die noch bessere Ausrichtung der Pflegeversicherung auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen (BT-Drs.16/7493: 1). In der Begründung wird ausgeführt, die Pflegeversicherung trage dazu bei, „dass viele Pflegebedürftige entsprechend ihrem persönlichen Wunsch zu Hause versorgt werden können (BT-Drs. 16/7493: 37). Damit dies angesichts der vielfältigen Herausforderungen auch in Zukunft so bleibt, muss die Pflegeversicherung weiterentwickelt werden.“ Ein besonderes Augenmerk sei „daher auf die Stützung und Förderung häuslicher Versorgungsstrukturen nach dem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ zu legen. Es gilt daher, wohnortnahe Versorgungsstrukturen zu stützen und zu aktivieren“ (BT-Drs. 16/7493: 37).

Dazu sah das PFWG insbesondere Leistungsverbesserungen, vor allem im Bereich der häuslichen Versorgung, die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements und die Schaffung der Pflegestützpunkte vor.

1.2 ERWEITERUNG DES SICHERSTELLUNGS-AUFTRAGES

§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB XI überträgt den Pflegekassen die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten. Diesen Kern ihres Sicherstellungsauftrags setzen die Pflegekassen um, indem sie „Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern“ (§ 69 Satz 2 SGB XI) schließen.

1.2.1 VERNETZUNG AUF DER SYSTEMEBENE (CARE MANAGEMENT)

Dabei sollen sie nach § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB XI „mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten“ und „auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen“ hinwirken. Damit soll „eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen“ ermöglicht werden. Hervorzuheben ist hier, dass sich der Auftrag zur Zusammenarbeit und zur Vernetzung nicht nur auf die an der pflegerischen Versorgung Beteiligten bezieht. Vielmehr sollen auch die für die gesundheitliche und soziale Versorgung zuständigen Akteure einbezogen werden.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird als wesentliches Ziel dieses Auftrags an die Pflegekassen die Vernetzung der „insbesondere auf der kommunalen Ebene vorhandenen Versorgungsangebote“ (BT-Drs. 16/7439: 50) benannt. Sie soll eine „abgestimmte und wohnortnahe Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzeptes der Versorgung pflegebedürftiger und älterer Menschen“ (BT-Drs. 16/7439: 50) ermöglichen. Die Begründung zum Gesetzentwurf bezeichnet diese Aufgabe „der Zusammenarbeit und Vernetzung“ explizit als „Care Management“, zu deren Zweck in § 92c SGB XI Pflegestützpunkte geschaffen werden (DT-Drs. 16/7439: 50).

1.2.2 KOORDINATION DER VERSORGUNG IM EINZELFALL (FALLMANAGEMENT)

§ 12 Abs. 2 Satz 1 verpflichtete die Pflegekassen auch vor Inkrafttreten des PFWG schon, die für einen pflegebedürftigen Versicherten zur Verfügung stehenden Leistungen im Einzelfall zu koordinieren, und das nicht nur in Hinblick auf die Leistungen der Pflegeversicherung. Vielmehr sollten sie sicherstellen, „dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation und zur hauswirtschaftlichen Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen“. Durch das PfWG werden jetzt auch die spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention und Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX in diesen Koordinierungsauftrag einbezogen.

Zur Einbeziehung der Prävention heißt es in der Begründung, dies trage „dem in § 5 (Vorrang der Prävention und medizinischen Rehabilitation) enthaltenen Auftrag an die Pflegekassen Rechnung, bei den zuständigen Leistungsträgern auf frühzeitige Einleitung aller geeigneten Leistungen der Prävention hinzuwirken“ (BT-Drs. 16/7439: 51).

Die Pflegekassen sollen den Koordinierungsauftrag im Einzelfall, der in der Begründung ausdrücklich als „Fallmanagement“ (BT-Drs. 16/7439: 50) bezeichnet wird, durch Pflegeberater_innen nach § 7a SGB XI erfüllen (BT-Drs. 16/7439: 51).

2

PFLEGEBERATUNG NACH § 7A SGB XI

§ 7a SGB XI definiert in Abs. 1 Satz 1 für pflegebedürftige Versicherte einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements. Einen solchen Rechtsanspruch haben auch Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfebedarf besteht.

Ziel der Pflegeberatung ist die Verbesserung der Versorgung im konkreten Einzelfall durch eine umfassende und zielgerichtete Unterstützung des einzelnen Pflegebedürftigen im Sinne eines Fallmanagements (BT-Drs. 16/7439: 38). Die Zielgruppe bilden insbesondere Pflegebedürftige, die einen Unterstützungsbedarf haben, „der im konkreten Einzelfall über bloße Auskünfte und Beratung“ (BT-Drs. 16/7439: 45) hinausgeht und eine eingehende Planung und Koordination der Hilfen sowie die dauerhafte Begleitung während eines strukturierten Hilfeprozesses erforderlich macht. „Dieser Bedarf soll [...] durch die Bereitstellung eines persönlichen Ansprechpartners aufgefangen werden“ (BT-Drs. 16/7439: 45), der Hilfe und Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehene Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten bietet. Mit der Formulierung „bundes- oder sozialrechtlich vorgesehene Sozialleistungen und sonstige Hilfsangebote“, die genauso im § 7a Abs. 1 Satz 1 eingeführt wird, geht der Gesetzgeber deutlich über die in § 12 genannten in das Fallmanagement einzubeziehenden Leistungsbereiche hinaus. Wie oben bereits ausgeführt, nennt der Gesetzgeber in § 12 Abs. 2 Satz 2 ausdrücklich Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung, deren nahtloses und störungsfreies Ineinandergreifen die Pflegekassen im Einzelfall insbesondere durch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sicherstellen sollen. Durch die im § 7a Abs. 1 Satz 1 gewählte Formulierung „bundes- oder landesrechtlich vorgesehene Sozialleistungen“ werden weitere Leistungsbereiche Gegenstand der Pflegeberatung, insbesondere auch die über die Hilfen zur Teilhabe hinausgehenden Leistungen des SGB XII wie die Hilfe zur Pflege, die Grundsicherung, die Hilfe zum Lebensunterhalt, aber auch das Bundesversorgungsrecht und Grundsicherung nach dem SGB II, auf Länderebene z. B. das Blindengeld. Entsprechend

hat der GKV-Spitzenverband diese Rechtsgebiete auch in das Curriculum zur Weiterbildung zum/zur Pflegeberater_in nach § 7a SGB XI aufgenommen. Mit den „sonstigen Hilfsangeboten“ hat die Pflegeberatung auch solche Dienstleistungsangebote einzubeziehen, die keine Sozialleistungen nach Bundes- oder Landesrecht sind. Das können zum einen freiwillige Leistungen der Kommunen sein. Zum anderen sind das von privaten Unternehmen angebotene Dienstleistungen wie „Essen auf Rädern“. Und schließlich zählen zu den „sonstigen Hilfsangeboten“ auch Selbsthilfeangebote und ehrenamtlich geleistete Hilfen.

Das Fallmanagement zielt dabei darauf ab, „nach Möglichkeit mit allen weiteren an der Versorgung beteiligten Stellen ein auf die individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen zugeschnittenes Unterstützungsangebot zu entwickeln und dessen Inanspruchnahme zu begleiten“ (BT-Drs. 16/7439: 46).

Nach § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI umfasst die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements folgende Aufgaben im Detail:

- systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK);
- Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen;
- Hinwirken auf die für die Durchführung des Versorgungsplanes erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger;
- Überwachung der Durchführung und ggf. Anpassung des Versorgungsplanes, wenn sich die Bedarfslage des/der Pflegebedürftigen ändert;
- Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses für besonders komplexe Fallgestaltungen.

Diese Aufgabendefinition greift die klassischen Phasen des Case Managements-Kreislaufs nach dem Fachkonzept Care und Case Management auf, so wie es in Deutschland insbesondere von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) vertreten wird:

- Assessment;
- Hilfeplanung;
- Umsetzung des Hilfeplans;
- Monitoring;
- Evaluation.

In diesem Prozess sollen die Pflegeberater_innen die Interessen der Pflegebedürftigen wahrnehmen, deren konkreten Hilfebedarf im Einzelnen feststellen, die sozialrechtlichen Ansprüche klären (BT-Drs. 16/7439: 45), auf die Durchführung der erforderlichen Leistungen und Hilfen hinwirken und als Koordinator_innen zwischen den beteiligten Stellen fungieren (BT-Drs. 16/7439: 45).

Den Vorteil der Pflegeberatung im Sinne eines Fall Managements sieht der Gesetzgeber darin, dass „alle erforderlichen Maßnahmen rund um die Pflegebedürftigkeit aus einer Hand in Abstimmung mit allen an der Versorgung Beteiligten möglichst einvernehmlich organisiert werden“ (BT-Drs. 16/7439: 47).

Der Gesetzgeber geht in der Gesetzesbegründung davon aus, dass Pflegeberatung häufig im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgen wird. Hier werden zu „Beginn der pflegerischen Versorgung [...] in der Regel entscheidende Weichen gestellt und im Rahmen der Bedarfsermittlung die wesentlichen Fragen, unter anderem die Erforderlichkeit der Aufnahme in ein Pflegeheim oder der Organisation ambulanter Hilfen, geklärt. Hierzu ist ein Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin einzusetzen. Diese koordinieren und steuern in Abstimmung mit den übrigen Beteiligten die Gesamtheit der im individuellen Fall erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen“ (BT-Drs. 16/7439: 46).

Im Rahmen der Pflegeberatung können die Pflegebedürftigen Leistungsanträge an die Pflege- und die Krankenversicherung gegenüber ihrem/ihrer Pflegeberater_in abgeben (§ 7a Abs. 2 Satz 2 SGB XI), der/die sie unverzüglich an die zuständige Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln hat (§ 7a Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Die zuständige Kasse wiederum leitet den Leistungsbescheid dem/der Antragsteller_in und zeitgleich dem/der Pflegeberater_in zu (§ 7a Abs. 2 Satz 3 SGB XI).

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird darauf hingewiesen, „dass die Pflegeberatung nicht einseitig interessegebunden, sondern neutral durchgeführt wird und die Interessen der Betroffenen gewahrt werden“ (BT-Drs. 16/7439: 46).

Auf Wunsch der Pflegebedürftigen soll die Pflegeberatung auch unter Einbeziehung Dritter, insbesondere von Angehörigen oder Lebenspartner_innen, und in der Häuslichkeit oder der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige lebt, erfolgen (§ 7a Abs. 2 Satz 1 SGB XI).

Da, wo es Pflegestützpunkte gibt, haben die Pflegekassen sicherzustellen, dass ihre Versicherten dort auch Pflegeberatung wahrnehmen können (§ 7a Abs. 1 Satz 10 SGB XI). Zu diesem Zweck haben sie – untereinander abgestimmt – Pflegeberater_innen in die Pflegestützpunkte zu entsenden (§ 7a Abs. 4 SGB XI).

Die Pflegekassen sollen die Anzahl der Pflegeberater_innen so bemessen, dass die Pflegeberatung zeitnah und umfassend stattfinden kann (§ 7a Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Der Gesetzgeber geht in der Gesetzesbegründung unter Beru-

fung auf internationale Vorbilder und bisherige Erfahrungen von einem Betreuungsschlüssel für die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements von 1:100 aus (BT-Drs. 16/7439: 48). Er hat den GKV-Spitzenverband beauftragt, hierzu Empfehlungen zu erarbeiten.

Nach § 7a Abs. 3 Satz 2 sollen als Pflegeberater_innen insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte und Sozialarbeiter_innen mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation eingesetzt werden. Auch zur erforderlichen Qualifikation soll der GKV-Spitzenverband Empfehlungen abgeben (§ 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI). Als Orientierungshilfe für Weiterbildungsstandards wird in der Gesetzesbegründung auf die einschlägigen Standards und Richtlinien der DGCC hingewiesen (BT-Drs. 16/7439: 48).

3

PFLEGESTÜTZPUNKTE NACH § 92C SGB XI

Die Pflegestützpunkte werden nach § 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI nur in den Bundesländern eingerichtet, in denen die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Eine entsprechende Bestimmung erfolgte zwar in den meisten Bundesländern, allerdings fielen die Verbindlichkeit zur Errichtung und die Vorgaben zur Gestaltung der Pflegestützpunkte sehr unterschiedlich aus.

Wenn die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt, erfolgt deren Errichtung durch die Pflege- und Krankenkassen (§ 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Diese sollen darauf hinwirken, dass die Träger der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege sowie die Pflegeeinrichtungen und die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sich an den Pflegestützpunkten beteiligen. Das heißt, die Pflege- und Krankenkassen sind zur Errichtung von Pflegestützpunkten verpflichtet, während die Beteiligung für die anderen Akteure freiwillig ist (§ 92c Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Träger der Pflegestützpunkte sind nur die beteiligten Kosten- und Leistungsträger (§ 92c Abs. 1 Satz 5 SGB XI).

Die Träger sollen nach Möglichkeit auch Pflegefachkräfte, Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtlich tätige Menschen, interessierte kirchliche und andere religiöse und gesellschaftliche Träger und Gruppen in die Arbeit der Pflegestützpunkte einbinden und können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben auch dritter Stellen bedienen (§ 92c Abs. 1 Satz 6 Ziffern 1–4 SGB XI).

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte werden im § 92c Abs. 2 Satz 1 SGB XI wie folgt definiert:

- umfassende, unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfen;
- Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen;

- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Viele Akteure interpretieren diese Aufgabendefinition als eine Beschreibung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit anderen Worten und ziehen daraus den Schluss, die einzige Aufgabe der Pflegestützpunkte sei die Pflegeberatung. Diese Interpretation ist nicht haltbar, wenn man die oben beschriebene Definition des Sicherstellungsauftrags in § 12 berücksichtigt. Dort werden die Pflegestützpunkte eindeutig als Instrumente für die „Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen“, d. h. für das Care Management genannt. Die in § 92c Abs. 2 Satz 1 aufgeführten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sind vor diesem Hintergrund als auf die Systemebene bezogen zu verstehen. Das wird auch durch die Gesetzesbegründung gestützt, die den Pflegestützpunkten als wesentliches Ziel vorgibt, die Angebote für Pflegebedürftige wohnortnah besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen (BT-Drs. 16/7439: 37).

In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass durch die breite Beteiligung in den Pflegestützpunkten erstmals die Möglichkeit für eine gemeinsame Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche und unterschiedlicher Träger der Sozialversicherung, der öffentlichen Hand und der Leistungserbringer unter Einbindung sozialer und bürgerschaftlicher Initiativen sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen geschaffen wird. Dadurch soll gleichermaßen die Versorgungsqualität und -kontinuität und die Wirtschaftlichkeit des Gesamtversorgungssystems gesteigert werden (BT-Drs. 16/7439: 74).

Dabei wird der Zusammenarbeit der Pflege- und Krankenkassen mit der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege eine besondere Bedeutung zugemessen. Kranken- und Pflegeversicherung tragen aufgrund ihres Sicherstellungsauftrags, die Träger der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Daseinsvorsorge Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen. Der Gesetzgeber setzte darauf, dass sie ihre Aktivitäten im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten im Pflegestützpunkt abstimmen und koordinieren und dadurch Schnittstellen

abbauen und erhebliche Synergien freisetzen, was wiederum in erheblichem Umfang Wirtschaftlichkeitsreserven heben soll. Außerdem soll die Beteiligung an den Pflegestützpunkten der Alten- und Sozialhilfe ermöglichen, auf die durch die demografische Entwicklung entstandenen veränderten Anforderungen an die soziale Infrastruktur im wohnortnahen Bereich im Sinne einer „sozialen Prävention“ angemessen zu reagieren (BT-Drs. 16/7439: 75).

Das alles soll die Attraktivität des Lebensraums älterer Menschen sowohl im ländlichen als auch im städtischen Bereich steigern (BT-Drs. 16/7439: 75).

Auch die als Aufgabe des Pflegestützpunktes genannte umfassende, unabhängige Auskunft und Beratung meint hier nicht die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements nach § 7a SGB XI, sondern die Erteilung von Auskünften und „einfache“ Beratungsgespräche ohne die darauffolgenden Phasen des Case Managements. In der Begründung zum Gesetz geht der Gesetzgeber davon aus, dass mit der gebündelten Kompetenz der am Pflegestützpunkt beteiligten Leistungsträger pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen, Pflegepersonen und interessierten Menschen benötigte Auskunft erteilt und gezielte und individuelle Beratung zur Verfügung gestellt werden kann (BT-Drs. 16/7439: 76).

Die Pflegeberatung nach § 7a ist – wie oben ausgeführt – keine Aufgabe des Pflegestützpunktes. Dieser muss aber der Pflegeberatung Raum unter seinem Dach zur Verfügung stellen, in dem die Pflegekassen – wie in § 7a SGB XI Abs. 3 Satz 10 bestimmt – Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements im Pflegestützpunkt anbieten können. Diese Differenzierung zwischen Aufgaben des Pflegestützpunktes und der Pflegeberatung ist auch in Hinblick auf die Verantwortlichkeiten und die Finanzierung von Bedeutung. Für die Pflegeberatung, auch wenn sie im Pflegestützpunkt stattfindet, sind die Pflegekassen verantwortlich und haben sie zu finanzieren (§ 7a Abs. 4 Satz 5 SGB XI). Für den Pflegestützpunkt und seine Aufgaben dagegen sind seine Träger, die Kranken- und Pflegekassen und ggf. die anderen Kosten- und Leistungsträger, die sich freiwillig beteiligen, verantwortlich und teilen sich die Finanzierung (§ 92c Abs. 4 Satz 2–4). Für die Pflegeberatung nach § 7a entsenden die Pflegekassen das Personal, für die Aufgaben der Pflegestützpunkte entsenden alle Träger Personal. In der Praxis wird dies allerdings mitunter anders gehandhabt.

Nach der Gesetzesbegründung geht der Gesetzgeber davon aus, dass im Durchschnitt ein Pflegestützpunkt auf 20.000 Einwohner_innen zu errichten ist, wobei dieses Verhältnis eine Orientierung geben soll, die nach örtlichen Gegebenheiten unterschiedlich umgesetzt werden kann. So wird z. B. angeführt, dass in ländlichen Gebieten Pflegestützpunkte mit größeren Einzugsbereichen denkbar sind, wenn z. B. Filialen in mehreren Rathäusern vorgesehen werden (BT-Drs. 16/1739: 77).

4

AUSGEWÄHLTE ASPEKTE DER BISHERIGEN UMSETZUNG

Im Folgenden werden Probleme und Handlungsbedarfe angesprochen, die der Autorin aus einer Umsetzungsanalyse zu den Pflegestützpunkten in einem Bundesland, aus vielen Gesprächen insbesondere mit Pflegeberater_innen in der Fort- und Weiterbildung, aber auch mit anderen Beteiligten in Diskussionsveranstaltungen zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten bekannt sind. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

4.1 UMSETZUNG DER PFLEGEBERATUNG

4.1.1 ANGEBOT VON PFLEGEBERATUNG NACH § 7A SGB XI

Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI ist in vielen Pflegekassen und Pflegestützpunkten implementiert. In vielen Pflegekassen und Pflegestützpunkten erteilen die Fallmanager_innen, die die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements erbringen, aber auch einfache Auskünfte, Informationen und Beratungen. Es gibt daher häufig keine klare Abgrenzung zwischen diesen Fällen und den Fällen des eigentlichen Fallmanagements. Nicht wenige Fallmanager_innen geben zudem an, in der Regel Fälle des Fallmanagements nicht als solche zu dokumentieren, weil der Dokumentationsaufwand zu hoch ist. Insofern ist schwer einzuschätzen, in welchem Umfang tatsächlich Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements stattfindet.

Nach § 7a SGB XI bezieht sich die Pflegeberatung auf alle infrage kommenden bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen. Wie oben ausgeführt, gehören hierzu neben den Leistungen des SGB XI auch solche nach SGB V und nach SGB XII. Wie weit die Pflegeberater_innen tatsächlich auch zu Leistungen des SGB XII (z. B. Leistungen der Eingliederungshilfe oder gar der Grundsicherung) beraten, ist ebenfalls schwer einzuschätzen. Es kann aber wohl davon ausgegangen werden, dass die Hilfe zur Pflege nach SGB XII in aller Regel in die Pflegeberatung einbezogen wird.

4.1.2 ZUGANG ZUR PFLEGEBERATUNG FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE

In Bundesländern, in denen flächendeckend Pflegestützpunkte existieren und die Pflegeberater_innen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben geschult werden, kann wohl davon ausgegangen werden, dass Pflegebedürftige ihren Rechtsanspruch auf Pflegeberatung realisieren können. Wer in einer großen Krankenkasse versichert ist und in einer Stadt bzw. deren Umgebung wohnt, in der diese Krankenkasse eine Geschäftsstelle betreibt, wird auch dort Pflegeberatung in Anspruch nehmen können. Schwieriger ist dies sehr wahrscheinlich in Regionen, in denen keine Pflegestützpunkte existieren und die nächsten Geschäftsstellen der eigenen Krankenkasse zu weit entfernt sind. Auch die Versicherten von kleinen Krankenkassen könnten in Regionen ohne Pflegestützpunkte Probleme haben, ein Fallmanagement erfolgreich einzufordern.

Kritisch anzumerken ist, dass man davon ausgehen muss, dass der Anspruch auf Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements dem größten Teil der Versicherten immer noch nicht bekannt ist.

4.1.3 ANZAHL UND QUALIFIKATION DER PFLEGEBERATER_INNEN

Der GKV-Spitzenverband hat termingerecht am 29.8.2008 „Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater“ veröffentlicht. Konkrete Aussagen zur Anzahl der Pflegeberater_innen enthalten die Empfehlungen nicht. In der Praxis dürfte die Zahl der Pflegeberater_innen sowohl in Pflegekassen als auch in den Pflegestützpunkten noch weit vom Verhältnis 1:100 Fallmanagement-Fällen entfernt sein.

Zu den Qualifikationsanforderungen an die Pflegeberater_innen enthalten die Empfehlungen sehr konkrete Aussagen, insbesondere zur beruflichen Grundqualifikation und den zusätzlich in einer Weiterbildung für die Pflegeberater_innen zu erwerbenden Kenntnissen und Kompetenzen.

Insgesamt soll diese Weiterbildung 400 Unterrichtseinheiten und zwei Pflegepraktika umfassen. Zusätzlich müssen Kompetenzen in Kommunikation und Gesprächsführung, Moderation und Verhandlungstechniken nachgewiesen werden. Dabei hat der GKV-Spitzenverband die Anregung des Gesetzgebers aufgegriffen und das Modul „Case Management“ weitgehend an den Weiterbildungsrichtlinien der DGCC orientiert. Diese Anforderungen an die zusätzliche Weiterbildung können als sehr anspruchsvoll bezeichnet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass viele Pflegeberater_innen die Weiterbildung absolviert haben. Zahlreiche Pflegeberater_innen haben darüber hinaus das Zertifikat „Zertifizierte Case Manager_in (DGCC)“ erworben. Darauf legen einige Pflegekassen ausdrücklich Wert. Die Weiterbildungen werden dort am flächendeckendsten besucht, wo eine Förderungsmöglichkeit z. B. durch das Land besteht. Dies ist leider nicht überall der Fall. Folglich gibt es auch Regionen, in denen die Pflegeberater_innen in den Pflegestützpunkten nur vereinzelt geschult sind.

Auch nach der Weiterbildung gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes besteht Fortbildungsbedarf, z. B. zum Nachvollziehen der häufigen Änderungen im Leistungsrecht und zu Themen, die in der Weiterbildung nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nur gestreift werden konnten, bspw. der Umgang mit Verwahrlosung, mit Gewalt in der häuslichen Pflege, die kultursensible Pflegeberatung und die Pflegeberatung für Menschen mit Demenz usw. Hier werden die Pflegeberater_innen sehr unterschiedlich versorgt. Große Kassen oder ihre Verbände bieten ihren Pflegeberater_innen teilweise sehr häufig und vielfältige Fortbildungen an, während Pflegeberater_innen in Pflegestützpunkten von privaten Trägern oder aus Kommunen mitunter solche Fortbildungen nicht angeboten bekommen und auch nicht die Erlaubnis erhalten, diese bei externen Anbietern zu besuchen.

4.1.4 STANDARDPROZESSE FALLMANAGEMENT

Vielorts fehlen noch standardisierte Prozesse und Instrumente für das Fallmanagement, sodass die Pflegeberater_innen gezwungen sind, sich jeweils individuelle Lösungen zu erarbeiten. Die eingesetzte Software wird in der Praxis nur als Dokumentationssoftware und nicht als prozessunterstützende Software genutzt. Hier besteht im Interesse der weiteren Qualitätssicherung Handlungsbedarf.

4.1.5 BETEILIGUNG VON PFLEGEBERATER_INNEN BEI DER ÜBERLEITUNG AUS DEM KRANKENHAUS

Die Forderung des Gesetzgebers in der Gesetzesbegründung, am Entlassmanagement für Pflegebedürftige mit komplexem Versorgungsbedarf im Krankenhaus eine Pflegeberater_in zu beteiligen, wird wohl überwiegend bisher nicht umgesetzt. Dies ist sehr problematisch in Hinblick auf die Zielsetzung des Gesetzgebers, soweit möglich die Versorgung in der Häuslichkeit sicherzustellen. Nach wie vor erfolgt der Zugang zur stationären Pflege für viele Pflegebedürftige aus den Krankenhäusern heraus. Die zugrunde liegenden MDK-Gutachten werden dabei häufig nur aufgrund der Akten erstellt. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

4.2 UMSETZUNG DER PFLEGESTÜTZPUNKTE

4.2.1 BETEILIGUNG VON TRÄGERN DER ALTENHILFE UND DER HILFE ZUR PFLEGE

Obwohl der Gesetzgeber für den Fall, dass ein Bundesland sich für die Einrichtung von Pflegestützpunkten entscheidet, deren Struktur, Trägerschaft, Aufgaben und Finanzierung zumindest im Grundsatz vorgegeben hat, unterscheiden sich die Konzepte und folglich auch die Umsetzung der Pflegestützpunkte zwischen den Bundesländern erheblich. Die vom Gesetzgeber besonders hervorgehobene Beteiligung der Träger der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege wird nicht überall umgesetzt. Der Hauptgrund dafür ist wahrscheinlich, dass Kommunen die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen für ihre originäre Aufgabe halten. Sie stehen der Intention des Gesetzgebers, dass Kommunen und Länder einerseits und Kranken- und Pflegekassen andererseits jeweils im Rahmen ihres Sicherstellungs- bzw. Gewährleistungsauftrags für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen abgestimmt gemeinsam Versorgungsstrukturen gestalten, skeptisch gegenüber. Sie unterstellen teilweise auch den Kranken- und Pflegekassen, dass die Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige dort keine hohe Priorität haben, weil die Pflegekassen im Unterschied zu den Krankenkassen nicht im Wettbewerb zueinander stehen. Wo die Beteiligung der Träger der Altenhilfe und der Hilfe zu Pflege an den Pflegestützpunkten fehlt, ist ein wichtiger Aspekt der Intentionen des Gesetzgebers nicht umgesetzt: die Initiierung einer systematischen kontinuierlichen Zusammenarbeit und Abstimmung von Pflegekassen und Sozialhilfeträgern bei der Verbesserung der Versorgungsangebote und -strukturen für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen. Auch hier gibt es Diskussions- und Handlungsbedarf.

4.2.2 BETEILIGUNG WEITERER AKTEURE

Die Beteiligung der vielen weiteren im Gesetz genannten Institutionen, Organisationen und Menschen an den Pflegestützpunkten wird nur in den wenigsten Fällen umgesetzt. Die Träger der Pflegestützpunkte und die dort tätigen Mitarbeiter_innen geben an, Dritte anlassbezogen hinzuziehen, deren Informationsmaterial auszulegen oder z. B. Selbsthilfeorganisationen und -gruppen sowie Beratungsangeboten Räume zur Verfügung zu stellen. Einige Pflegestützpunkte engagieren sich beim Aufbau ehrenamtlicher Angebote. Mehr wird nicht für zielführend gehalten. Viel spricht dafür, dass auch diejenigen, die es betrifft – Pflegedienste, kirchliche Institutionen, ehrenamtlich Tätige usw. –, eine systematische Beteiligung an den Pflegestützpunkten, die mit entsprechendem Aufwand verbunden wäre, gar nicht anstreben. Jedenfalls sind entsprechende Klagen nicht bekannt.

4.2.3 CARE MANAGEMENT-AUFTRAG DES PFLEGESTÜTZPUNKTES

Vieles deutet daraufhin, dass systematisches Care Management im Sinne von Vernetzung und Koordination von Versorgungsstrukturen und Beratungsangeboten sowie deren

Weiterentwicklung in den Pflegestützpunkten kaum umgesetzt wird. Zwar vernetzen sich die Pflegeberater_innen mit anderen Akteuren im Hinblick auf eine effiziente Gestaltung ihres Fallmanagements im Einzelfall, eine systematische Gestaltung der Schnittstellen in der Versorgung oder eine Bearbeitung von Versorgungsdefiziten findet eher nicht statt.

Entsprechende Vorhaben könnten auch sicher nicht allein von den Mitarbeiter_innen der Pflegestützpunkte und/oder den Pflegeberater_innen durchgeführt werden. Die Schnittstelle zwischen dem Entlassmanagement des örtlichen Krankenhauses und der Pflegeberatung werden kaum die Pflegeberater_innen und die Mitarbeiter_innen im Sozialdienst des Krankenhauses für beide Seiten zielführend alleine gestalten können. Hier müssen sicher zuerst die Träger über Ziele und Grundsätze der Zusammenarbeit einig sein. Dies könnte sich aber aufseiten der Pflege- und Krankenkassen mitunter als schwierig erweisen, sind diese doch in Sozialräumen mit ca. 20.000 Einwohner_innen, der vom Gesetzgeber vorgesehenen Bezugsgröße für einen Pflegestützpunkt, in der Regel nicht mehr vor Ort vertreten.

Da, wo die Care Management-Aufgaben nicht wahrgenommen werden, bleibt als originäre Aufgabe des Pflegestützpunktes „die umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung“. Daneben findet dann die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, für die die Pflegekassen verantwortlich sind, in den Pflegestützpunkten statt. Das hat wohl mit dazu beigetragen, dass in etlichen Pflegestützpunkten – teils konzeptionell, teils informell – nicht unterschieden wird zwischen Mitarbeiter_innen, die für die Aufgaben des Pflegestützpunktes entsendet wurden, und Pflegeberater_innen nach § 7a SGB V. Alle Mitarbeiter_innen im Pflegestützpunkt führen dort sowohl Auskunfts- und Beratungsgespräche sowie Pflegeberatung im Sinne des Fallmanagements durch.

5

BUND-LÄNDER-ARBEITSGRUPPE ZUR STÄRKUNG DER ROLLE DER KOMMUNEN IN DER PFLEGE

Im Mai 2015 hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege Empfehlungen vorgelegt, die das Ziel verfolgen, „Rahmenbedingungen für effektive und effiziente Kooperations- und Koordinationsbedingungen vor Ort zu schaffen, die von ‚Pflegekassen und Kommunen [...] sinnvoll und konkret ausgestaltet‘ werden müssen (Bund-Länder-AG 2015a: 2). Der Titel legt nahe, dass die AG der Auffassung ist, dass die gegenwärtige Rolle der Kommunen bei der Gestaltung der Versorgungsangebote und -strukturen für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen zu schwach ist. In den Empfehlungen wird dazu ausgeführt, den Kommunen stünden „im Bereich der Pflege nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten in Planung, Beratung und Steuerung zur Verfügung“. Sie seien „jedoch aufgrund ihrer Kenntnisse und aufgrund ihrer originären Zuständigkeiten gut geeignet, in diesem wichtigen Feld der Versorgung ihrer Bevölkerung eine stärkere Rolle zu übernehmen“. Es wird darauf verwiesen, dass „die intensive Zusammenarbeit von Kommunen, Ländern und Pflegekassen in Modellprojekten Ansatzpunkte für erfolgreiches Zusammenwirken“ zeige (Bund-Länder-AG 2015a: 2). Es fällt auf, dass auf die Pflegestützpunkte, die aufgrund dieser Modellprojekte als Instrument für eben diese intensive Zusammenarbeit eingeführt wurden, an dieser Stelle nicht eingegangen wird.

Die AG unterstreicht das Ziel, so lange wie möglich den Verbleib von Pflegebedürftigen „in der vertrauten Häuslichkeit und familiären Umgebung zu unterstützen und ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten“ (Bund-Länder-AG 2015a: 3). Sie sieht Handlungsbedarf insbesondere hinsichtlich:

- angemessener Steuerungsmöglichkeiten vor Ort;
- effizienter Kooperations- und Koordinationsstrukturen für Kommunen und Pflegekassen, die auch eine bessere Verzahnung der kommunalen Beratung mit den Beratungsangeboten und -aufgaben der Pflegekassen beinhalten (Bund-Länder-AG 2015a: 3).

Die AG fordert von Bund und Ländern, Rahmenbedingungen für effektive und effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen zu schaffen. Aufgabe der Pflegekassen und Kommunen sei es dann, diese sinnvoll und konkret auszugestalten.

Dabei müssten diese ihre jeweils eigenen Aufgaben so wahrnehmen, dass durch vorausschauendes Handeln, insbesondere im Bereich der Abstimmung mit anderen Akteuren Synergien entstehen könnten. Außerdem sei auf eindeutige Zuständigkeiten für Entscheidung und Finanzierung zu achten (Bund-Länder-AG 2015a: 3). Darüber hinaus müssten in konstruktiver Zusammenarbeit neue Kooperationsstrukturen und -instrumente erprobt werden, insbesondere die Möglichkeit der Bündelung von Aufgaben in kommunaler Verantwortung.

Konkret schlägt die AG zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Kooperation zwischen Pflegekassen und Kommunen vor:

- Möglichkeit zur kommunalen Pflegestrukturplanung in Pflegekonferenzen oder vergleichbaren Gremien, in denen die Pflegekassen mitberaten;
- gesetzliche Präzisierung der bestehenden übergreifenden kommunalen Aufgaben der Strukturentwicklung, Planung und Koordinierung zur Stärkung der Sozialplanung regionaler Sorgestrukturen (im SGB IX, SGB XI oder SGB XII);
- Ermächtigung der Länder, je ein Gremium mit folgenden Aufgaben einzurichten:
 - Analyse von Über-, Unter- und Fehlversorgung und Abgabe von Empfehlungen zu deren Abbau;
 - Empfehlungen zur Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und Versorgung;
- Verpflichtung der Pflegekassen, ggf. die Empfehlungen der vorgenannten Gremien bei Vertragsverhandlungen einzubeziehen;
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Statistischen Ämtern und den Pflegekassen mit dem Ziel, den Kommunen die von ihnen benötigten regional verwertbaren Daten zeitnäher zur Verfügung zu stellen (Bund-Länder-AG 2015a: 4-5).

Die von der AG definierten Ziele „angemessene Steuerungsmöglichkeiten vor Ort“ und „effiziente und effektive Kooperations- und Koordinationsstrukturen“ sollen nach geltender Rechtslage mit dem Instrument der Pflegestütz-

punkte verfolgt werden. Die Pflegestützpunkte stellen aktuell die von der AG geforderten von Bund und Ländern zu schaffenden „Rahmenbedingungen für eine effiziente und effektive Kooperations- und Koordinationsstruktur von Kommunen und Pflegekassen“ dar, die durch diese „sinnvoll und konkret“ ausgestaltet werden sollen. Folglich ist hier besonders hervorzuheben, dass die AG die Pflegestützpunkte im Zusammenhang mit der Schaffung von Rahmenbedingungen für eine institutionalisierte Zusammenarbeit nicht einmal erwähnt, andererseits aber auch nicht erläutert, warum sie die Pflegestützpunkte „als Kooperations- und Koordinations-Instrument“ ignoriert. Sie spricht die Pflegestützpunkte zwar an, aber lediglich im Kapitel „Beratung“ und reduziert sie damit in ihrer Funktion.

Die Empfehlungen der AG zum Thema Beratung enthalten folgende Vorschläge:

- Die Pflegekassen sollen verpflichtet werden, Vereinbarungen zur Zusammenarbeit in der Beratung abzuschließen, an denen sich die Landes- und kommunalen Strukturen beteiligen sollen. Diese Vereinbarungen sollen auch verbindliche Informationsflüsse zwischen Pflegekassen und Kommunen/Ländern zu den Beratungsangeboten vor Ort sowie der Verknüpfung von Case und Care Management beinhalten.
- Die Bundesregierung soll eine Studie zur Aufgabenerfüllung in Pflegestützpunkten, insbesondere in Bezug auf Koordinierung und Vernetzung, in Auftrag geben. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Studie soll geprüft werden, ob und ggf. wie § 92c SGB XI zu modifizieren ist, um Koordination und Vernetzung zwischen Kranken- und Pflegekassen, Kommunen und lokalen Akteuren zu verbessern.
- Die zuständigen Aufsichten sollen dazu beitragen, dass die Pflegestützpunkte ihre Vernetzungsaufgabe auch tatsächlich wahrnehmen.
- Der GKV-Spitzenverband soll mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, betroffenen Berufsverbänden und den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen konkrete Qualifikations- und Fortbildungsanforderungen für Beratende sowie Mindeststandards der Beratung entwickeln.
- Die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements nach § 7a SGB XI soll Aufgabe der Pflegestützpunkte werden.
- Die Träger der Pflegestützpunkte sollen neben den bisher schon im Gesetz aufgezählten Akteuren „Einrichtungen in der Kommune“ wie z. B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäusern, lokalen Allianzen für Demenz und Freiwilligenagenturen eine Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen.
- Pflegende Angehörige sollen einen eigenen Beratungsanspruch im SGB XI erhalten, der auf die Stabilisierung bestehender Pflegearrangements, Prävention und Gesundheitsförderung und die Kompetenzförderung abzielt.
- Mit dem Beratungsgutschein nach § 7b soll Pflegeberatung auch bei Kommunen und kommunalen Einrichtungen in Anspruch genommen werden können.
- Die Kommunen sollen zeitlich befristet das Recht erhalten, Pflegestützpunkte zu initiieren.
- Die Kommunen sollen Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen dürfen.
- Es soll für fünf Jahre ein Modellprojekt durchgeführt werden, in dem 60 „Modellkommunen Pflege“ (Bund-Länder-AG 2015a: 10) die Beratungsansprüche bzw. -pflichten nach dem SGB XI übernehmen und mit den Beratungsansprüchen bzw. -pflichten zu Sozialleistungen der Kommunen in einem Gesamtberatungskonzept zusammenbinden. Die Modellkommunen können diese Beratungen selbst oder in Kooperation mit anderen erbringen. In der Evaluation sollen die Modellkommunen Pflege insbesondere auch mit den Pflegestützpunkten verglichen werden (Bund-Länder-AG 2015b: 2).
- BMG und Länder sollen ein Monitoringprojekt durchführen, zur Verbesserung der Datenlage zu:
 - Art und Umfang geleisteter Pflegeberatung;
 - aufsuchender Pflegeberatung;
 - Verwendung von Beratungsgutscheinen;
 - Angebot, Inanspruchnahme und Qualität von Angehörigenschulungen.

Auf Grundlage der Ergebnisse des Projektes soll geprüft werden, wie Mängel zu beheben sind.

6

PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ II

Im Pflegestärkungsgesetz II hat der Gesetzgeber bereits einige Schwachpunkte bei der bisherigen Umsetzung der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte aufgegriffen und dabei auch einige Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt. Im Folgenden werden diese Änderungen im PSG II kurz skizziert.

Erarbeitung von Standards in der Pflegeberatung:

In § 17 Abs. 1a SGB XI wird folgender Vorschlag der Bund-Länder-AG umgesetzt: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a (Pflegeberatungs-Richtlinien) zu erlassen. Dabei soll er den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und Fachkreise beteiligen. Die Richtlinien sollen insbesondere Mindestanforderungen zur Vereinheitlichung des Verfahrens, zur Durchführung und zu den Inhalten der Pflegeberatung enthalten (BT-Drs. 18/5926: 16).

Empfehlungen auch zur Fortbildung von Pflegeberater_innen:

Ein weiterer Vorschlag der Bund-Länder-AG wird in § 7a Abs. 3 Satz SGB XI umgesetzt. Hier erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Auftrag, unter breiter Beteiligung von Fachkreisen neue Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und diesmal auch zur Fortbildung von Pflegeberater_innen abzugeben (BT-Drs. 18/5926: 13).

Zugang zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten:

Die Pflegekassen werden in § 7 SGB XI verpflichtet, ihre Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Leistungsantrags über ihren Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und den nächstgelegenen Pflegestützpunkt zu informieren. In § 7a SGB XI wird zudem ergänzt, dass die Pflegekasse Versicherten mit einem Anspruch auf Pflegeberatung vor der erstmaligen Beratung unverzüglich einen/eine zuständige/n Pflegeberater_in oder eine sonstige Beratungsstelle benennen soll (BT-Drs. 18/5926: 13).

Nach § 7b ist die Pflegekasse nunmehr nicht nur nach Eingang eines Erstantrages verpflichtet, einem/einer Versicherten nach Eingang seines/ihrer Antrags auf Pflegeleistungen einen Beratungstermin anzubieten, der innerhalb von zwei

Wochen nach Antragseingang durchgeführt werden muss, oder einen Beratungsgutschein ausstellen. Dies gilt nunmehr auch bei Anträgen:

- auf Höherstufungen und Umstellungsanträge auf ambulante oder stationäre Pflege;
- bei Anträgen auf Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung;
- auf Vermittlung einer anderen geeigneten Pflegeeinrichtung, wenn schwerwiegende, kurzfristig nicht behebbare Mängel in der stationären Pflege festgestellt werden;
- bei der Inanspruchnahme von Pflegekursen und Schulung in der Häuslichkeit (BT-Drs. 18/5926: 14).

Beratung gegenüber Angehörigen und weiteren Personen:

Der Vorschlag der Bund-Länder-AG, pflegenden Angehörigen einen eigenen Beratungsanspruch im SGB XI einzuräumen, wird im PSG II nur zum Teil umgesetzt. Danach kann die Pflegeberatung gegenüber Angehörigen oder weiteren Personen erbracht werden oder unter deren Einbeziehung, aber nur wenn der Pflegebedürftige dies wünscht (BT-Drs. 18/5926: 13).

Zusammenarbeit von Pflegekassen, Kommunen und Ländern in der Beratung:

In § 7a Abs. 7 SGB XI wird ein weiterer Vorschlag der Bund-Länder-AG aufgegriffen. Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Trägern der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung zu vereinbaren (BT-Drs. 18/5926 2015: 13).

Weitere die Pflegeberatung betreffende Änderungen durch das PSG II

Wenn der/die Pflegebedürftige zustimmt, sollen bei der Ermittlung des Hilfebedarfs die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 SGB XI berücksichtigt werden.

Zu den Aufgaben der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gehört künftig regelhaft die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson (BT-Drs. 18/5926: 13).

7

FAZIT

Für die Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sind ein Fallmanagement auf der Einzelfallebene für Pflegebedürftige mit komplexem Versorgungsbedarf und ein zwischen Kommunen und Pflege- und Krankenkassen abgestimmtes Care Management zur Vernetzung und Koordination auf der Systemebene alternativlos.

Das Fallmanagement ist inzwischen durch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in vielen Krankenkassen und Pflegestützpunkten implementiert. Es ist davon auszugehen, dass die Nachsteuerungen des Gesetzgebers im PSG II den Zugang zum Fallmanagement für die Betroffenen erleichtern wird. Die durch das PSG II beim GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Richtlinien werden die Entwicklung bundesweit einheitlicher Standards zu den Inhalten, Prozessen und Instrumenten der Pflegeberatung vorantreiben und die kontinuierliche Fortbildung der Pflegeberater_innen auch über die schon bestehende Weiterbildung zum/zur Pflegeberater_in hinaus fördern. Beides wird die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements weiter professionalisieren und die Beratungsqualität erhöhen.

Das Care Management zur Optimierung der Versorgungsstrukturen auf der Systemebene wird durch die Pflegestützpunkte bisher kaum umgesetzt. Hier besteht nach wie vor die Notwendigkeit der Abstimmung und Koordination entsprechender Aktivitäten der Pflege- und Krankenkassen einerseits und der Kommunen andererseits orientiert an dem Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung pflegebedürftiger Menschen – vorrangig in ihrer Häuslichkeit – sicherzustellen. Insofern ist die Absicht des Bundesgesetzgebers zu begrüßen, im geplanten Pflegestärkungsgesetz III einen erneuten Versuch zur Schaffung von Rahmenbedingungen zu unternehmen, die diese Abstimmung und Koordination fördern.

Soweit der Gesetzgeber dabei auf die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zurückgreift, ist noch einmal kritisch zu reflektieren, inwieweit diese tatsächlich geeignet sind, die Zusammenarbeit von Kranken- und Pflegekassen und Kommunen bei der ständigen Verbesserung der Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen zu fördern. Geht man von den Formulierungen im Papier der Bund-Länder-AG aus, könnte man jedenfalls den Eindruck gewinnen, dass

die Vorschläge zu den Rahmenbedingungen der Kooperation und Koordination nicht die bilaterale gleichgewichtige Kooperation, Abstimmung und Koordination zwischen Pflegekassen und Kommunen im Fokus haben, sondern auf der einen Seite die Stärkung der Kompetenzen der Kommunen anstreben und in Hinblick auf die Kooperation Strukturen etablieren wollen, in denen die Pflegekassen allenfalls gemeinsam mit vielen anderen „mitberaten“, aber verpflichtet werden, die Ergebnisse dieser Beratungen umzusetzen.

Hier besteht die Gefahr, dass die Pflegekassen anders als im Konzept der Pflegestützpunkte faktisch nicht mehr gleichberechtigte und -gewichtige Kooperationspartner auf Augenhöhe mit den Kommunen sind. Vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen erscheint dies nicht angemessen, und es muss bezweifelt werden, dass damit tatsächlich eine Verbesserung der Versorgungssteuerung erreicht werden kann. Ohne Frage müssen zu vielen Steuerungsfragen auch weitere Akteure gehört und in Beratungen, Abstimmungen und Koordination zur Verbesserung der Versorgung von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen mit einbezogen werden. Aber Pflegekassen und Kommunen haben aufgrund ihrer Sicherstellungsaufträge eine besondere Rolle und sind bei einer optimalen Wahrnehmung ihres jeweiligen Sicherstellungsauftrages auf einander angewiesen. Das muss sich auch in spezifischen Formen der Zusammenarbeit und Abstimmung niederschlagen, in denen sich Pflegekassen und Kommunen auf der Basis ihrer jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bewegen und ihre jeweiligen Kompetenzen und Erfahrungen einbringen. Die Pflegestützpunkte sollten eine Plattform für diese spezifische Form der Zusammenarbeit sein. Wenn sie bisher nicht als solche in Anspruch genommen werden, ist zunächst nach den Ursachen zu fragen. Dabei kann man zu dem Schluss kommen, dass in den derzeit gegebenen Strukturen die Kommunen tendenziell in einer schwächeren Position sind als die Pflegekassen. Das Gesetz sieht vor, dass die Pflegekassen entscheiden, wo sie Pflegestützpunkte errichten. Die jeweiligen Kommunen können dann nur noch entscheiden, ob sie sich beteiligen oder nicht. Die Pflegeberatung wurde vom Gesetzgeber als alleinige Aufgabe der Pflegekassen definiert, obwohl sie sich auch auf die Leistungen des Sozialhilfeträgers bezieht. Hier wäre – trotz verfas-

sungsrechtlicher Probleme – noch einmal zu prüfen, ob sich nicht doch Möglichkeiten finden lassen, dass Kommunen und Pflegekassen hier gemeinsam agieren.

Statt – wie von der Bund-Länder-AG vorgeschlagen – neben den Pflege- und Krankenkassen auch den Kommunen das Recht einzuräumen, Pflegestützpunkte zu initiieren, wäre zu überlegen, ob es nicht zielführender wäre, wenn sich die Verbände der Pflege- und Krankenkassen und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene auf Kriterien für die Errichtung von Pflegestützpunkten und möglicherweise auch auf ihre örtliche Verteilung einigen sollten. Optimaler Weise würden die Pflegestützpunkte dann gemeinsam von Pflegekassen und jeweiliger Kommune errichtet. Dies wäre aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht ganz einfach umzusetzen, in Hinblick auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Pflege- und Krankenkassen und Kommunen aber sicher förderlich.

Es spricht auch einiges dafür, die Pflegeberatung zur Aufgabe des Pflegestützpunktes zu machen. In Pflegestützpunkten, an denen sich Kommunen beteiligen, würde sie dann in der gemeinsamen Verantwortung der Träger stattfinden. Beide Träger würden Personal entsenden und darüber ihr jeweiliges spezifisches Know-how in die Pflegeberatung einbringen. Eine Beratung „aus einer Hand“ würde auch bei Fällen mit komplexem Versorgungsbedarf mit Beteiligung auch der Sozialhilfeträger leichter. Unbenommen davon könnten die Pflegekassen auch selbst Pflegeberatung und die Kommunen entsprechende Beratungen in der Altenhilfe anbieten oder sich verständigen, dass beide Seiten auf ein solches Angebot verzichten, um den Pflegestützpunkt aufzuwerten und zu profilieren. Das wird z. B. im Saarland faktisch schon so praktiziert.

Entsprechend könnte man das von der Bund-Länder-AG vorgeschlagene Modellprojekt modifizieren. Das Modellprojekt Modellkommunen Pflege stellt auch nicht auf die Zusammenarbeit von Pflege- und Krankenkassen ab, sondern darauf, die gesetzlichen Auskunfts- und Beratungsaufgaben der Pflegekassen einschließlich des Fallmanagements nach § 7a SGB XI durch die Modellkommunen wahrnehmen zu lassen. Diese sollen diese Beratungsaufgaben mit ihren kommunalen Beratungsaufgaben zu Leistungen, z. B. der Eingliederungshilfe, zu einem Gesamtberatungskonzept zusammenbinden. Was daran neu sein soll, erschließt sich auf den ersten Blick nicht. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll – wie oben ausgeführt – nach dem Gesetzestext schon alle bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Leistungen einbeziehen, mithin auch die des Sozialhilfeträgers, beispielsweise die Hilfe zur Pflege oder die Eingliederungshilfe. Folglich muss sie mit Beratungen zu diesen Fragen nicht mehr zu einem Gesamtberatungskonzept zusammengebunden werden. Bei der Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben viele Kommunen zudem vorgetragen, dass sie eine inhaltsgleiche Beratung – wo erforderlich auch als Fallmanagement – bereits anbieten und zwar im Rahmen der Altenhilfe. Zu einem nicht unerheblichen Teil existieren diese Beratungsangebote nach wie vor parallel zur Pflegeberatung nach § 7a und werden von den Kommunen finanziert.

Zu prüfen wäre, ob ein innovatives Modellprojekt nicht eher das Thema „gemeinsame Gestaltung von bedarfsge- rechten Versorgungsstrukturen durch Pflege- und Kranken-

kassen und Kommunen in Pflegestützpunkten“ aufgreifen sollte. Bewerben könnten sich von Pflege- und Krankenkassen und Kommunen gemeinsam getragene Pflegestützpunkte. Gefördert würden von diesen Trägern gemeinsam verabschiedete Aktivitäten zur Abstimmung, Koordination und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Der Fokus läge auf Prozessen und Instrumenten zur Abstimmung und Kooperation und der Gestaltung von Schnittstellen zwischen Pflege- und Krankenkassen einerseits und den Kommunen andererseits. Auf Tagungen und durch Evaluationsberichte könnten erfolgreiche Konzepte bekannt gemacht und weitergegeben werden.

Literaturverzeichnis

Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2015a: Empfehlungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, Empfehlungen, Mai 2015.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2015b: Erläuterungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege: Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen durch „Modellkommunen Pflege“ 2015.

Deutscher Bundestag 2007: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), Drucksache 16/7439 vom 7.12.2007, Berlin, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf> (8.3.2016).

Deutscher Bundestag 2015: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegegestärkungsgesetz – PSG II), Drucksache 18/5926 vom 7.9.2015, Berlin, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/150907_PSGII_Gesetzentwurf.pdf (8.3.2016).

Impressum:

© 2016

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-425-3

Titelmotiv: © plainpicture/Cultura/Hybrid Images

Gestaltungskonzept: www.stetzer.net

Gestaltungsumsetzung: www.pellens.de

Druck: www.bub-bonn.de

**ABTEILUNG WIRTSCHAFTS- UND SOZIALPOLITIK
WEITERE VERÖFFENTLICHUNGEN ZUM THEMA**

Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates: hohe Verantwortung, verlorenes Vertrauen?

Gute Gesellschaft – soziale Demokratie 2017plus – 2016

**Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation:
Zugänglichkeit und Ergebnisse**

WISO DIREKT – 06/2016

**Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen
und Politikempfehlungen**

Gute Gesellschaft – soziale Demokratie 2017 plus – 2015

Zukunft der medizinischen Rehabilitation

WISO DISKURS – 17/2015

**Ein nordisches Erfolgsmodell im Wandel – Das System der betrieblichen
Altersvorsorge in Schweden**

WISO DIREKT – 30/2015

**All-inclusive-Pflege aus Polen in der Schattenzone: Ergebnisse von
Interviews mit polnischen Pflegekräften, die in deutschen Privat-
haushalten beschäftigt sind**

WISO DIREKT – 2015

**Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflege-
system: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland,
2. aktualisierte und überarbeitete Auflage**

WISO DISKURS – 2015

**Psychisch krank in der Pflege: psychische Belastungen durch den Beruf,
Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation**

WISO DIREKT – 2015

**Zwischen Transparenz und Geheimhaltung: was bedeutet TTIP für die
Veröffentlichungspraxis klinischer Studien im Arzneimittelbereich?**

WISO DIREKT – 2015

**Soziale Sicherung unter dem Brennglas: Altersarmut und Alterssicherung
bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor**

WISO DISKURS – 2015

**Between Transparency and Secrecy: How does TTIP Impact the Publication
Policy of Clinical Studies in the Pharmaceuticals Field?**

WISO DIREKT – 2014