



Gute Pflege braucht guten Rat.  
Pflegestützpunkte als Mittel der  
umfassenden und unabhängigen  
Pflegeberatung.

Armin Lang

Bundvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der  
Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)

FES-Forum  
04.05.2011  
Hannover

# Der demographische Wandel



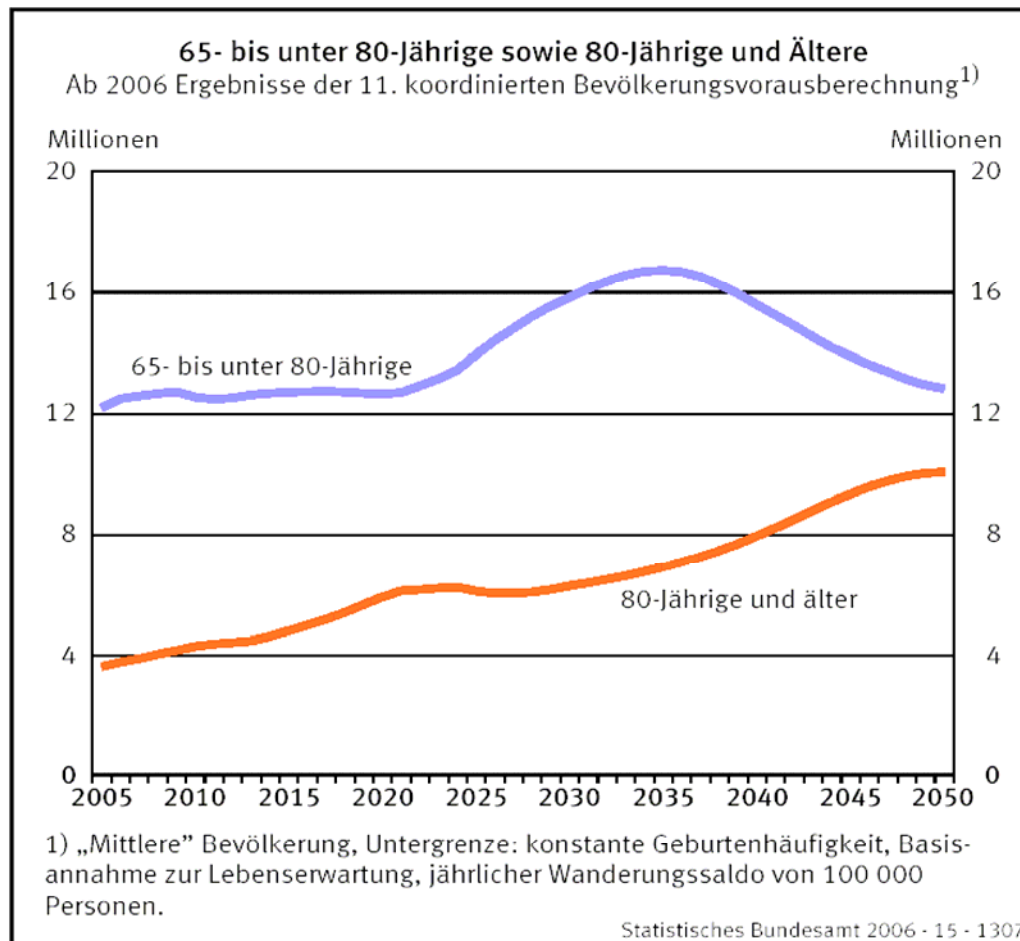
"Deutschland  
wird älter"

- Immer mehr ältere Menschen
- Einschränkung der Alltagskompetenz
- Zunahme chronischer Erkrankungen
- Zunahme demenzieller Erkrankungen

*Prognose:*

Anzahl der Pflegebedürftigen  
verdoppelt sich  
in den nächsten 40 Jahren

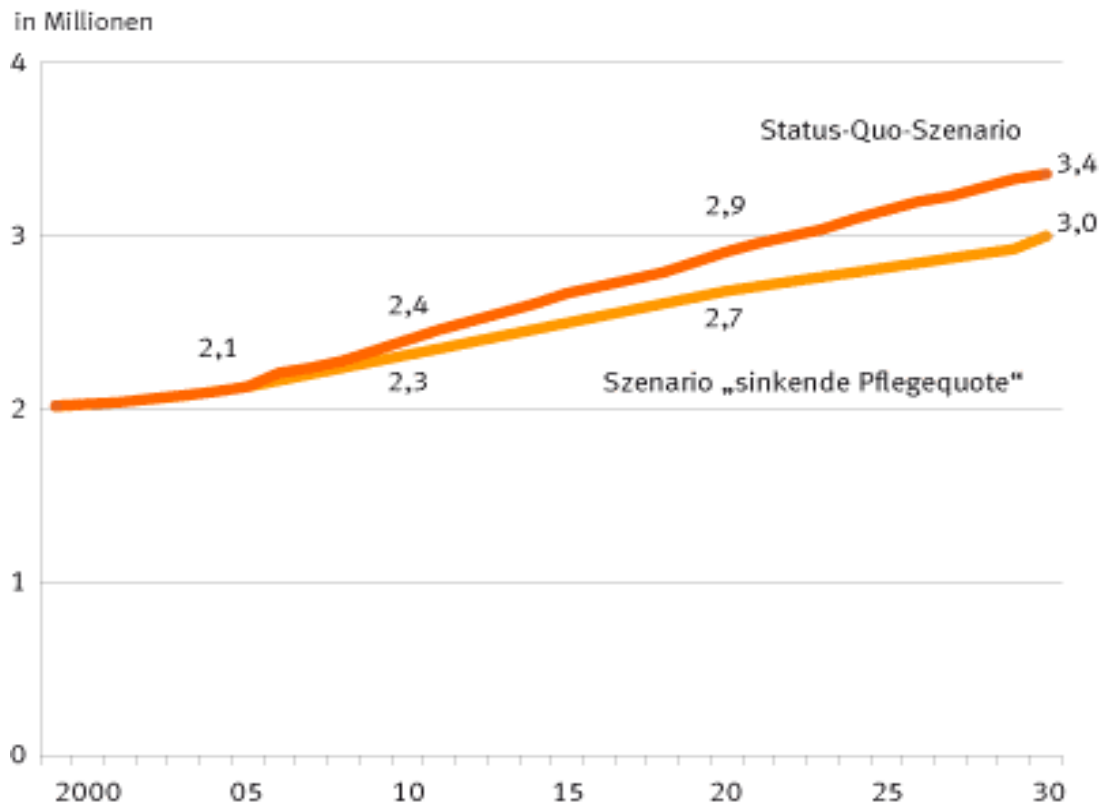
# Zunahme der älteren und hochbetagten Menschen



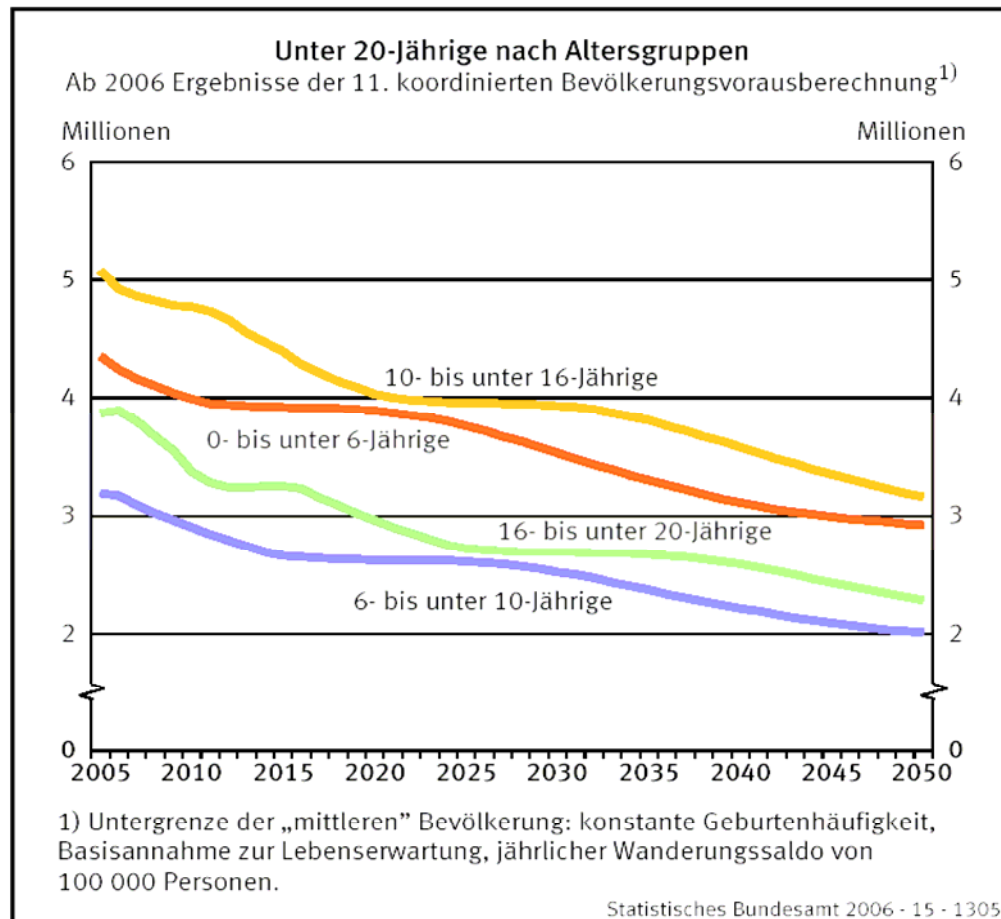
# Entwicklung der Pflegebedürftigkeit



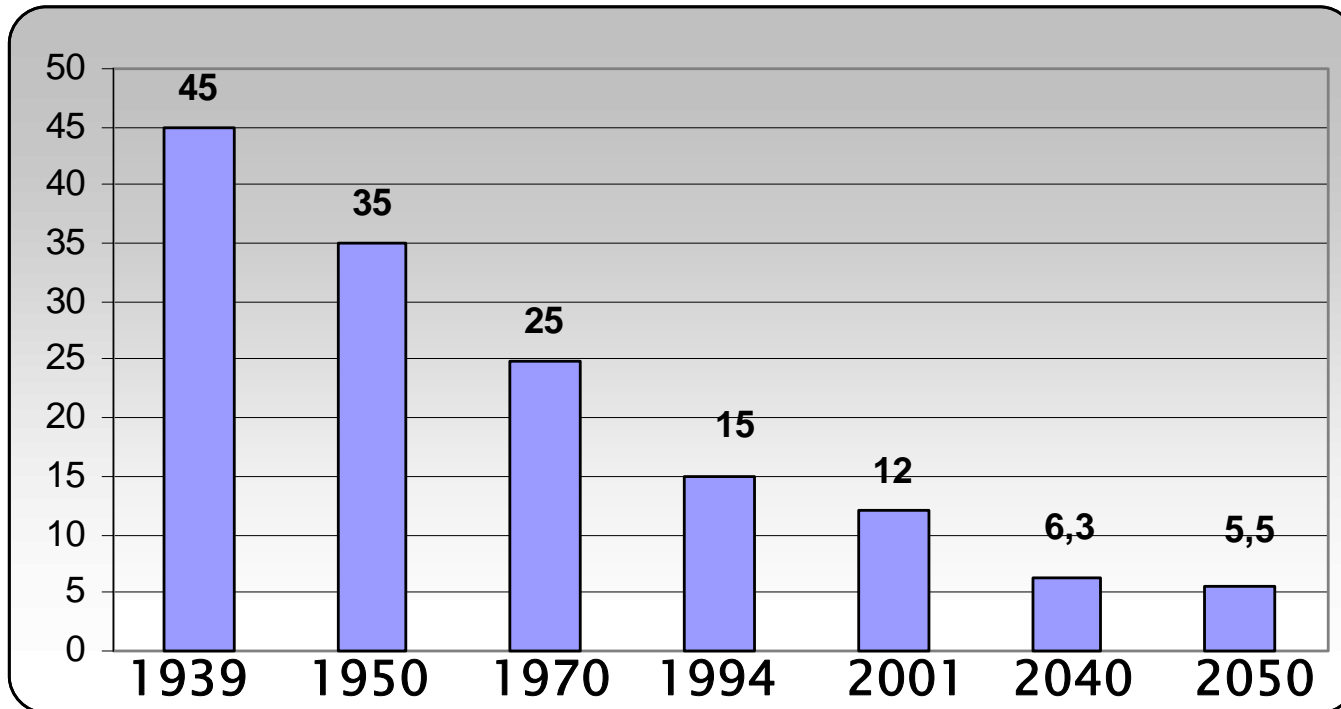
Pflegebedürftige in Deutschland 1999 bis 2030 – Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequoten“



# Weniger Kinder und Jugendliche – rückläufiges Pflegepotential



# Wer versorgt in der Zukunft hilfsbedürftige Menschen?



Quelle: Lehr, 2005

**Auf einen über 75-Jährigen kamen/kommen (...) jüngere Personen**

# Generative Entwicklung – Wer pflegt in der Zukunft?



- Immer weniger Junge
- Mehr Mobilität: Wohn- und Beschäftigungsort zum Teil weit weg vom Elternhaus
- Steigende Erwerbstätigkeit von Frauen
- Konkurrenz der Berufe

# Pflege – und mehr!



Eine Herausforderung für alle Kostenträger!

- mehr ältere, insbesondere hochbetagte Menschen
- mehr **multimorbide** – mehr **pflegebedürftige** Menschen
- Zunahme von Handicaps bei schwindenden Eigenressourcen
- „Selbsthilfe-Kräfte“ rückläufig
  - Kinder selbst im fortgeschrittenen Alter
  - Enkel weit weg – selbst berufstätig/eigene Familie
  - Single-Haushalte
- Versorgungswünsche – Versorgungswirklichkeit – Versorgungslücken

## Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit – die unterschätzte Problemverschärfung



Berliner Altersstudie: jeder vierte über 70-Jährige leidet an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996)

Alterssurvey: 24% der über 70-Jährigen gaben an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden (Tesch-Römer 2002)

Gesundheitssurvey: Ca. die Hälfte der 65-Jährigen weisen drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf (Kohler/Ziese 2004)

... auch diese Erkenntnisse gehören dazu...



Anstieg des professionellen Hilfebedarfs bei Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit

- zu oft, zu früh, zu lange im Krankenhaus
- Dauerkunden bei Haus- und Fachärzten
- hoher Medikamentenverbrauch
- vielfältiger Leistungsbedarf bei Heil- und Hilfsmittel
- Präventions-, Rehabilitations-, Beratungs- und sonstiger Dienstleistungsbedarf -gleichzeitig-
- differenzierter Versorgungs- und Pflegebedarf
- palliativer Versorgungsbedarf

...und viel Leid und steigende Kosten sind die Folgen!

## Die Lage ist nicht hoffnungslos, denn . . .



*... es fehlt weniger an professionellen Hilfen – mehr am zeit- u. bedarfsadäquaten Einsatz derselben*

→ Vielzahl von Hilfen vorhanden

agieren häufig unverbunden neben-/nacheinander

ergänzen sich selten – beeinträchtigen sich eher

vielfältige Umwege und Fehlsteuerungen führen zu nichtbedarfsnotwendigen Aufwendungen und beeinträchtigter Lebensqualität

deshalb:

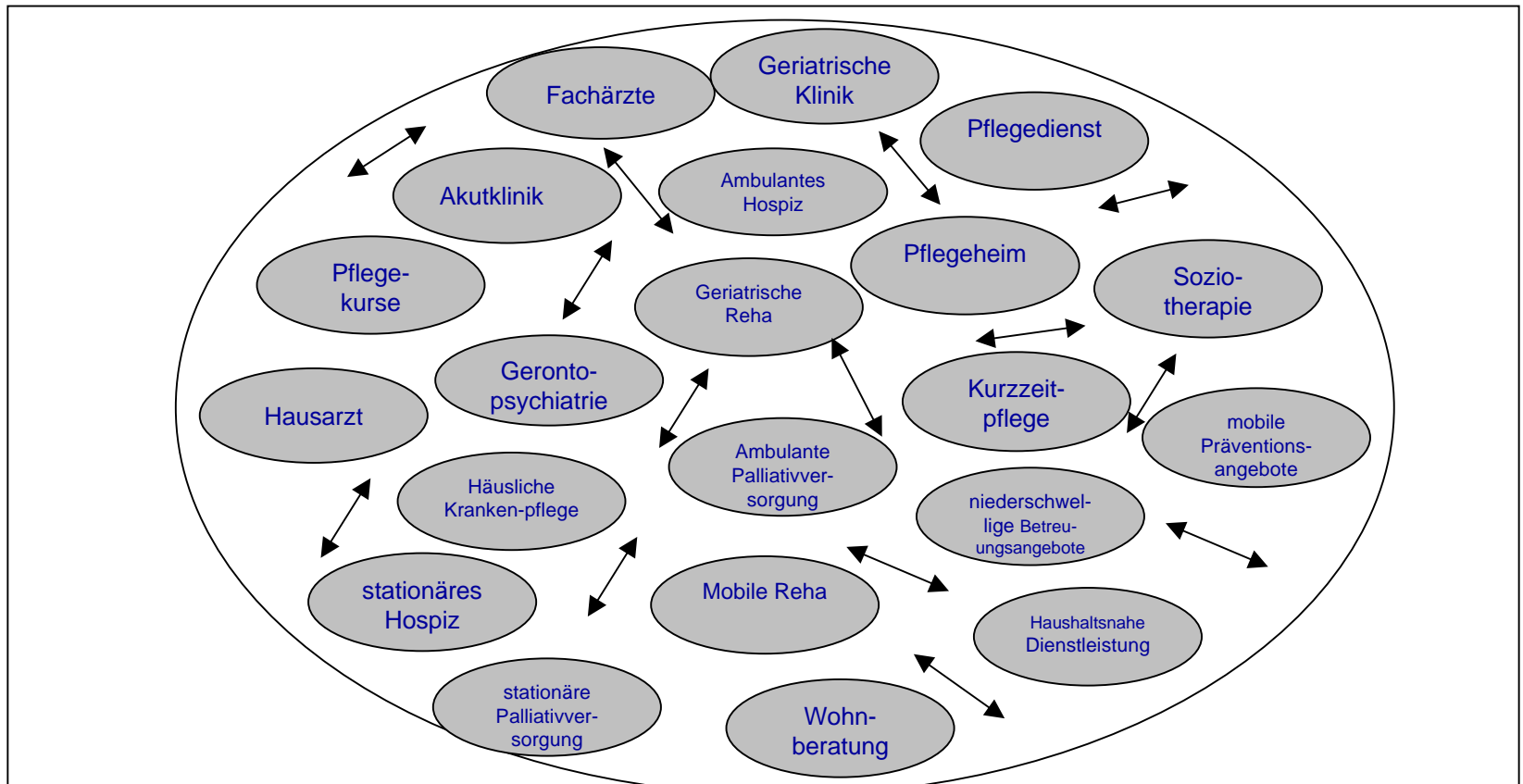
–mehr **Koordination** – **Kooperation** – **Integration** nötig

–kommunale Verantwortung/Sozialgemeinde

–Paradigmenwechsel – Wohlfahrtsverbände – private Dienstleister

– aber auch bei Pflege- und Krankenkassen

Deshalb konkrete Ziele festlegen –  
Instrumente entwickeln und nutzen  
⇒ vom engagierten Einzelkämpfer zum  
kooperativen Miteinander



# Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2007 fordert Perspektiven-Wechsel Ziel: Stärkung der wohngebietsbezogenen Pflegeorganisation



1. Individualanspruch auf Pflegeberatung/Case Management – §§ 7a u.12 SGB XI
2. Sicherstellungsauftrag für Care Management gem. § 12 SGB XI bei Pflegekassen
3. Schaffung von Pflegestützpunkten zur Umsetzung von Case und Care Management gem. § 92c SGB XI
4. Stärkung der häuslichen Pflege – u. a. höhere Geld- und Sachleistungen –  
Pools von Pflegeleistungen
5. Verbesserung der Rahmenbedingungen für neue Wohnformen – neuer  
Häuslichkeitsbegriff
6. Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte
7. Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
8. Ausweitung der Leistungen für demenzkranke Menschen, 2.400,- € p. a.
9. mehr Geld für Aufbau und Betrieb niedrigschwelliger Hilfen –  
Gemeinschaftsprojekte (Kommune/Landesmittel)
10. Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen  
Engagements
11. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
12. Stärkung von Prävention und Reha in der Pflege (mobile Reha)

# Pflegestützpunkte – Pflegeberatung in Deutschland – aktueller Überblick



- gem. § 7a SGB XI hat jede(r) Versicherte(r) einen individuellen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung
- gem. § 92c SGB XI haben die Länder festzulegen ob u. in welcher Weise Pflegestützpunkte (PSP) errichtet u. betrieben werden
- nach Festlegung der Länder haben die Kranken- u. Pflegekassen gem. § 92c PSP zu errichten u. zu betreiben
- in 12 Bundesländern gibt es Allgemeinverfügungen der Länder zur Errichtung u. zum Betrieb von PSP; in 3 Ländern werden PSP nach Einzelentscheidungen errichtet, 1 Bundesland will keine PSP errichten

**Die Wirklichkeit der PSP-Arbeit ist sehr unterschiedlich:**

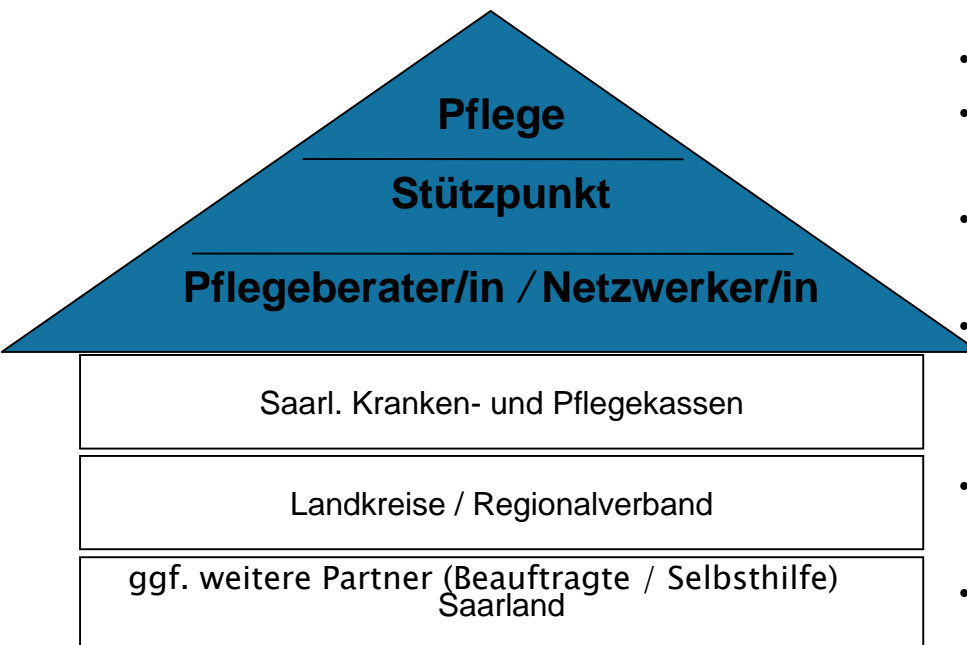
- mit integrierter, sporadischer, virtueller Pflegeberatung
- mit ständigem oder ständig wechselndem Personal
- mit großem/kleinen Einzugsbereich (quartiersbezug?)
- wettbewerbliche oder wettbewerbsneutrale Ausgestaltung
- es fehlen: die konsequente Umsetzung der gesetzl. Ansprüche, verbindliche Qualitätsstandards u. ihre Evaluierung

# ... es geht auch anders: Aufbau der Pflegestützpunkte Saarland



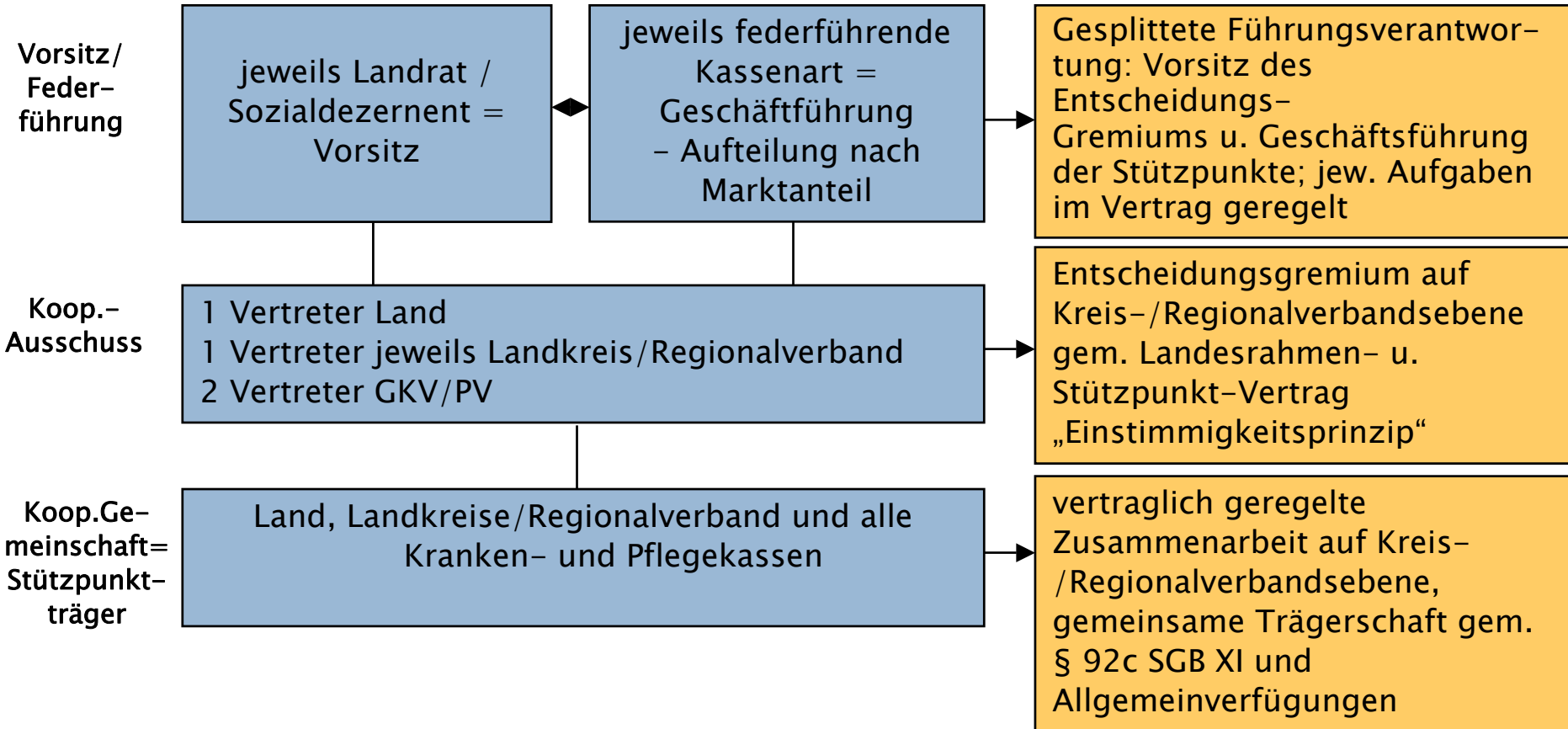
Quartierbezogene Hilfeorganisation unter Berücksichtigung  
vorhandener Strukturen und qualitativer Standards

→ von der BEKO-Stelle zum Pflegestützpunkt



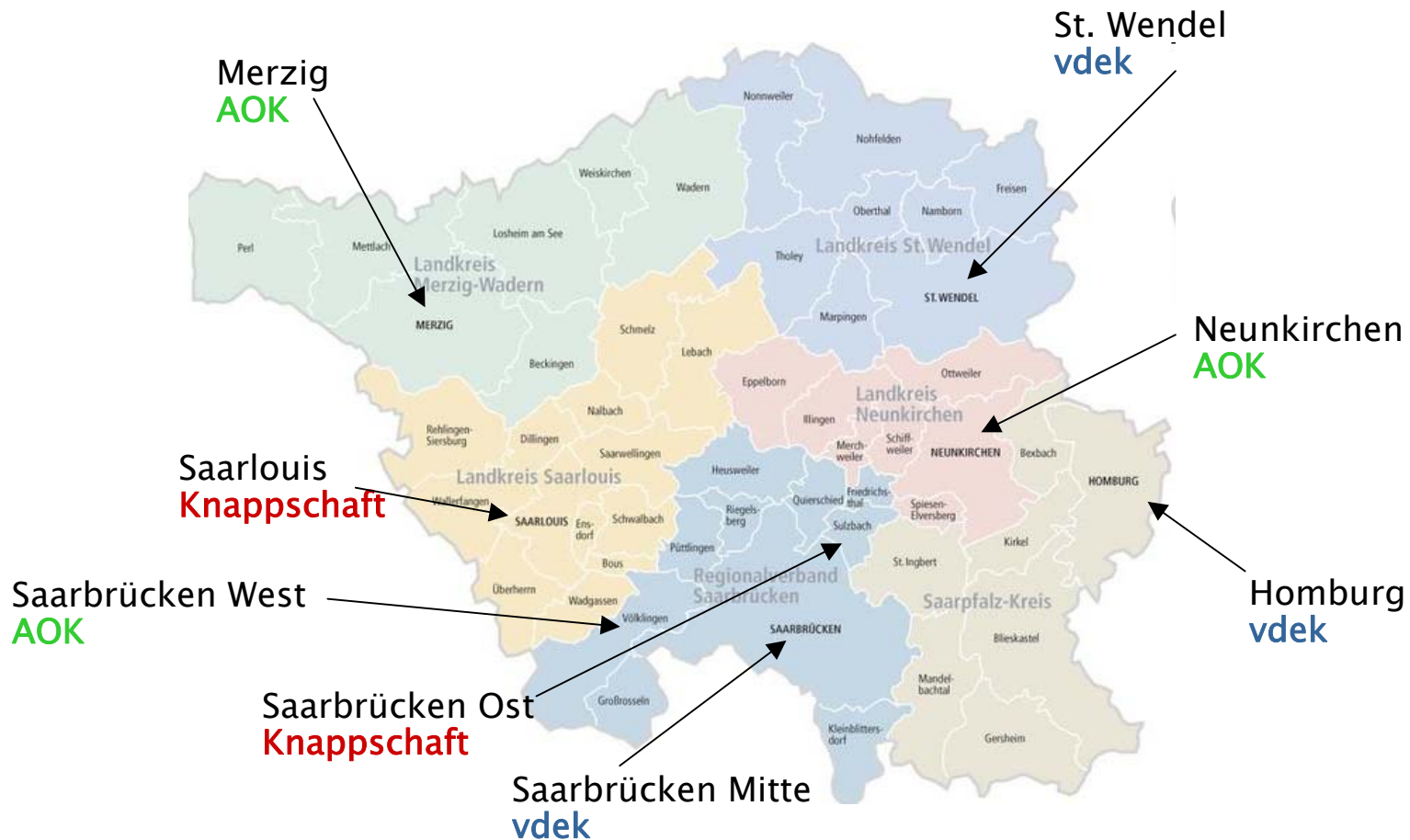
- Koop.-Gemeinschaft ist Stützpunkträger
- Koop. Ausschuß ist gem. Verantwortungsebene
- Geschäftsführung ist verantwortliche Führung
- gem. Personalisierung – Sozialarbeiter/Pflegefachkräfte auf 100.000 EW, ca. 3–4 Fachkräfte
- 1 / 3 Finanzierung (Land/Landkreise/ Kranken- und Pflegekassen)
- kosten- u. leistungsträger-unabhängig
- Einbezug weiterer Partner möglich

# Stützpunkt-Struktur Saarland



# Standorte und Federführungen Pflegestützpunkte im Saarland

– Sozialversicherungs- und  
Sozialleistungsträger gemeinsam –



# Pflegestützpunkte im Saarland – Überblick



- SAA – 8 Stützpunkte, d.h. auf 100.000 Einwohner jeweils 3 bis 4 Mitarbeiter/-innen
  - organisiert in 8 Kooperationsgemeinschaften mit jew. GKV-Geschäftsführung
  - insg. ca. 33 MAK in Pflegestützpunkten im Saarland
  - Federführungs-, Personalisierungs- und Kosten-Aufteilung zwischen Kassenarten nach Marktanteil (KM 6)
  - Kostenverteilung: Personal- und Sachkosten jeweils 1 / 3 Land, Landkreise, Kranken-/Pflegekassen

# Pflegestützpunkt St. Wendel

## Kosten- und Finanzierungsplan 2010



<b>Personalkostenansatz</b>	p.a.
pro VK Fachkraft	55.000,00 €
pro 0,5 VK Verwaltung	25.000,00 €
<b>A) Personalkosten</b>	
Fachkräfte 4 VK	220.000,00 €
Verw. 0,5 VK	25.000,00 €
<b>Personalkosten insgesamt:</b>	<b>245.000,00 €</b>
<b>B) Betriebskosten</b>	p.a.
15 % der Personalkosten für 2009 (Miete, Heizung, Strom, Telefon, Fahrtkosten etc.)	36.750,00 €
<b>Gesamtkosten</b>	<b>281.750,00 €</b>
<b>Anteil Land:</b>	<b>93.916,67 €</b>
<b>Anteil Landkreis:</b>	<b>93.916,67 €</b>
<b>Anteil Kassen:</b>	<b>93.916,67 €</b>
<b>Gesamtfinanzierung:</b>	<b>281.750,00 €</b>

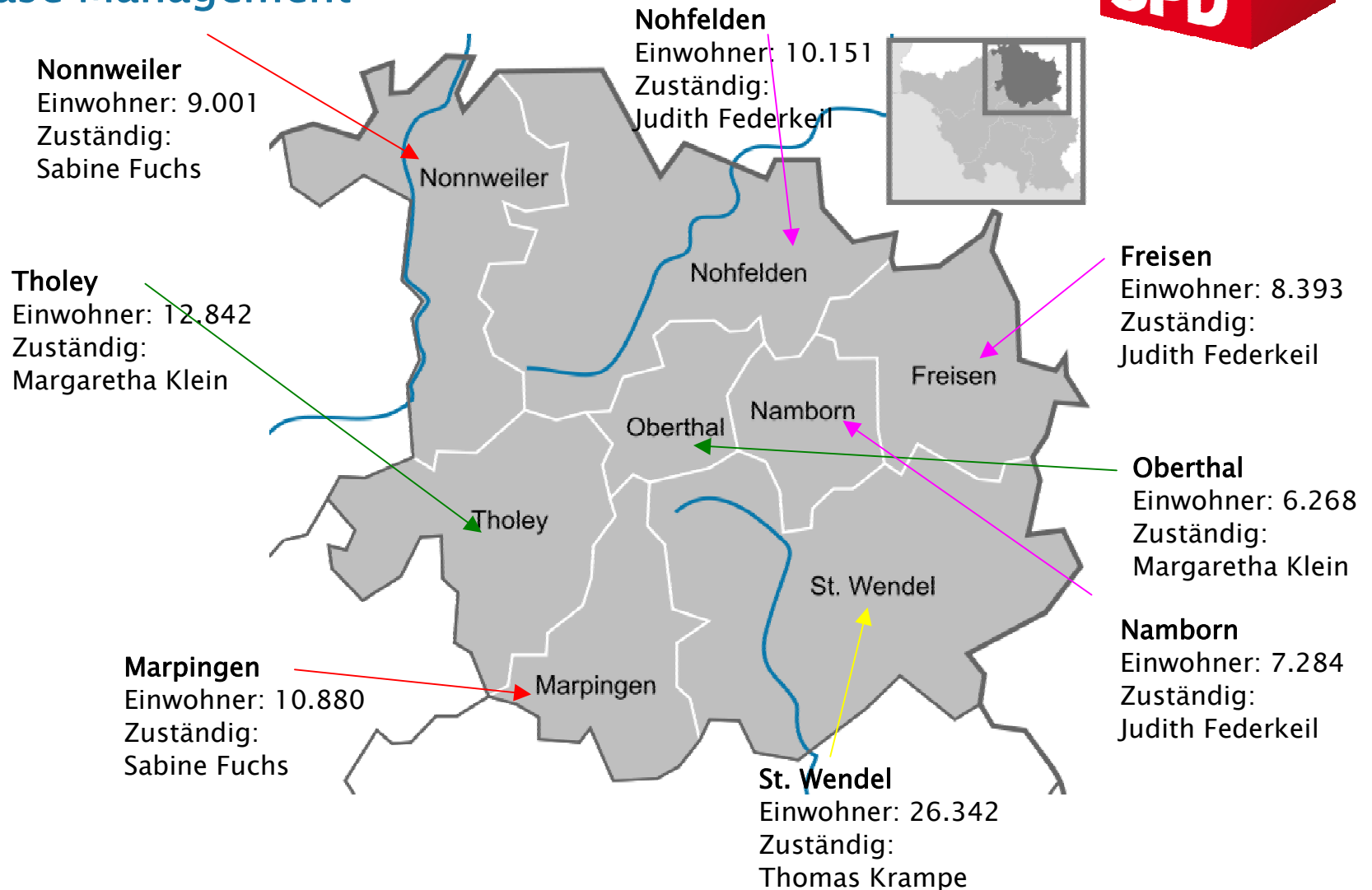
# Pflegestützpunkte Saarland

## Gesamtkosten- Kalkulation 2010 –

(ohne Investitionen = Anschubfinanzierung)

	Kassenanteil	LK/RV-Anteil	Landesanteil	Gesamtkosten
<b>St. Wendel</b>	93.916,67 €	93.916,67 €	93.916,67 €	281.750,00 €
<b>Neunkirchen</b>	104.458,33 €	104.458,33 €	104.458,33 €	313.375,00 €
<b>Saarpfalz-Kreis</b>	115.000,00 €	115.000,00 €	115.000,00 €	345.000,00 €
<b>Saarlouis</b>	136.083,33 €	136.083,33 €	136.083,33 €	408.250,00 €
<b>Merzig</b>	72.833,33 €	72.833,33 €	72.833,33 €	218.500,00 €
<b>Regionalverband</b>				
(Ost, West, Mitte)	250.125,00 €	250.125,00 €	250.125,00 €	750.375,00 €
<b>Gesamtsumme:</b>	<b>772.416,67 €</b>	<b>772.416,67 €</b>	<b>772.416,67 €</b>	<b>2.317.250,00 €</b>

# Arbeitsorganisation Pflegestützpunkt St. Wendel – quartiersbezogene Hilfeorganisation – Basis für Care- und Case Management



# Pflegeberatung im Pflegestützpunkt – Aufgabenbeschreibung gem. §§ 7a, 12 und 92c SGB XI



- Erfassung **Hilfebedarf** (u.a. gem. MDK Gutachten)
- Erarbeitung **Versorgungsplan** (u.a. Sozialleistungen, präventive/kurative/rehabilitative/pflegerische und soziale Hilfen)
- Einleitung entsprechender **Maßnahmen** (nach Abstimmung mit Pflegebedürftigen u. Kostenträgern)
- Überwachung, Dokumentation, **Auswertung der Umsetzung des Versorgungsplanes**
- Einbeziehung – Aktivierung – häusl., nachbarschaftl. **Umgebung** („Beratung vorOrt“)
- **Information u. Aufklärung** – Pflegekompetenz in der Region stärken
- Kooperation **Arbeitsagentur** (Alternativen zur „illegalen Beschäftigung“)
- quartiersbezogene **Arbeitsorganisation** – **Netzwerkaufbau** – auch im informellen Sektor – Pflegemix
- Kooperation mit **Kosten- u. Leistungsträgern** in der Region
- **Aufbau u. Begleitung vernetzter Strukturen** in der Versorgungsregion

# Information/Beratung/Case und Care Management



Nicht alle Hilfesuchenden benötigen ein umfangreiches Case Management. Es lassen sich grundsätzlich drei Aufgabenstellungen in der Pflegeberatung unterscheiden:

## Information:

- Personen, denen ohne weitere Fallklärung die Weitergabe gezielter Informationen ausreicht (§ 7 u. § 7a SGB XI)

## Beratung:

- Personen, bei denen zwar eine Fallklärung notwendig ist, aber die regionalen Dienstleistungen nicht gesteuert werden müssen. Entweder sind nicht mehrere Dienstleistungen, die koordiniert werden müssen beteiligt, oder die Personen können sich die Hilfe selbst ausreichend zugänglich machen und diese koordinieren → **einzelfallbezogene Beratung** (§ 7a SGB XI)

# Information, Beratung, Case und Care Management



## Fallsteuerung/Fallmanagement (§ 7a SGB XI)

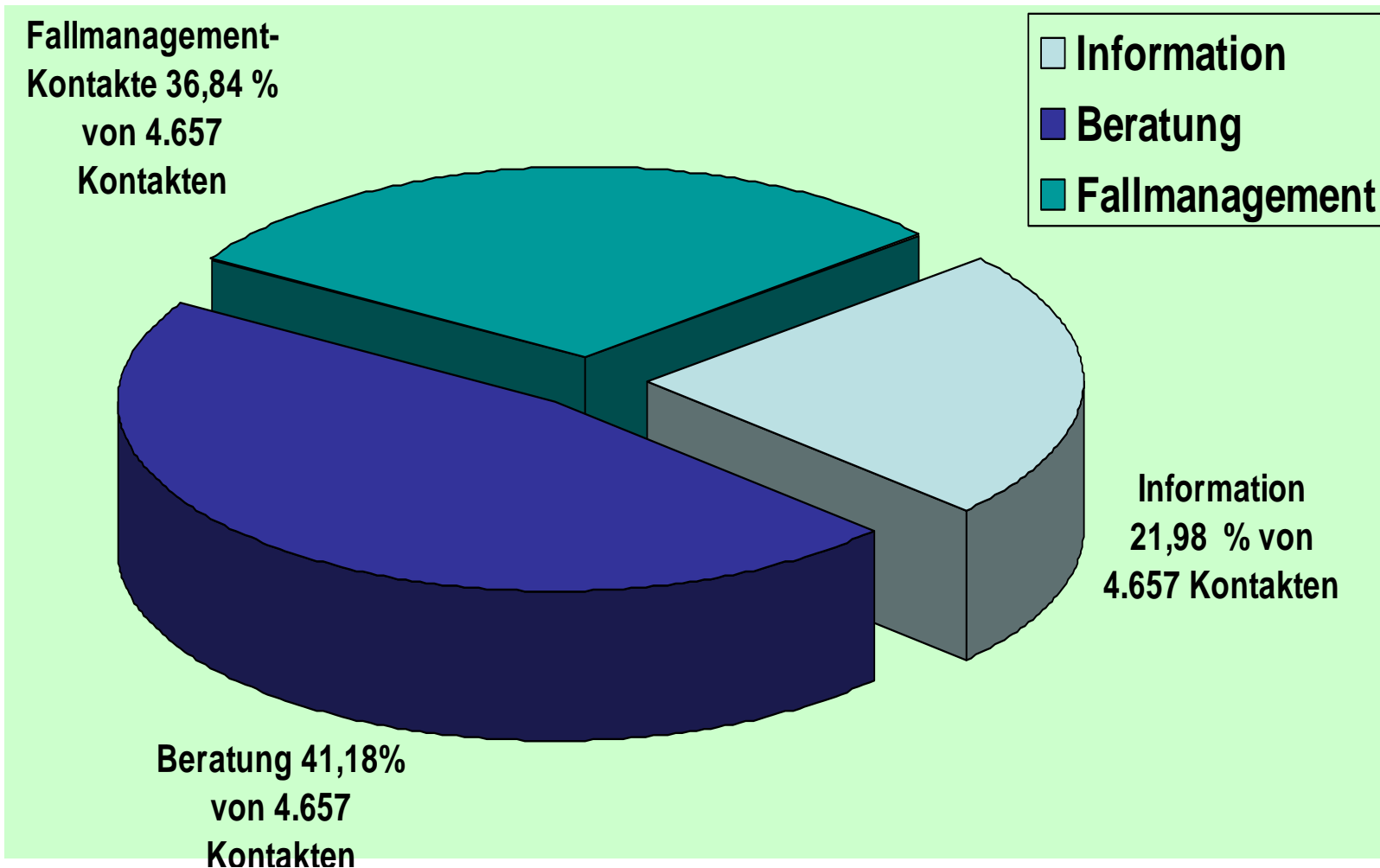
Personen, bei denen nach einer ausführlichen Fallklärung auch die Koordination der beteiligten Dienste notwendig ist → **Fallführung im individuellen Case Management**, das heißt:

- Es liegt eine komplexe Hilfesituation vor,
- die Akteursdichte der am Einzelfall beteiligten Dienstleister ist hoch und
- die Hilfe kann von der betroffenen Person und dem sozialen Umfeld nicht allein ausfindig gemacht, initiiert und koordiniert werden.

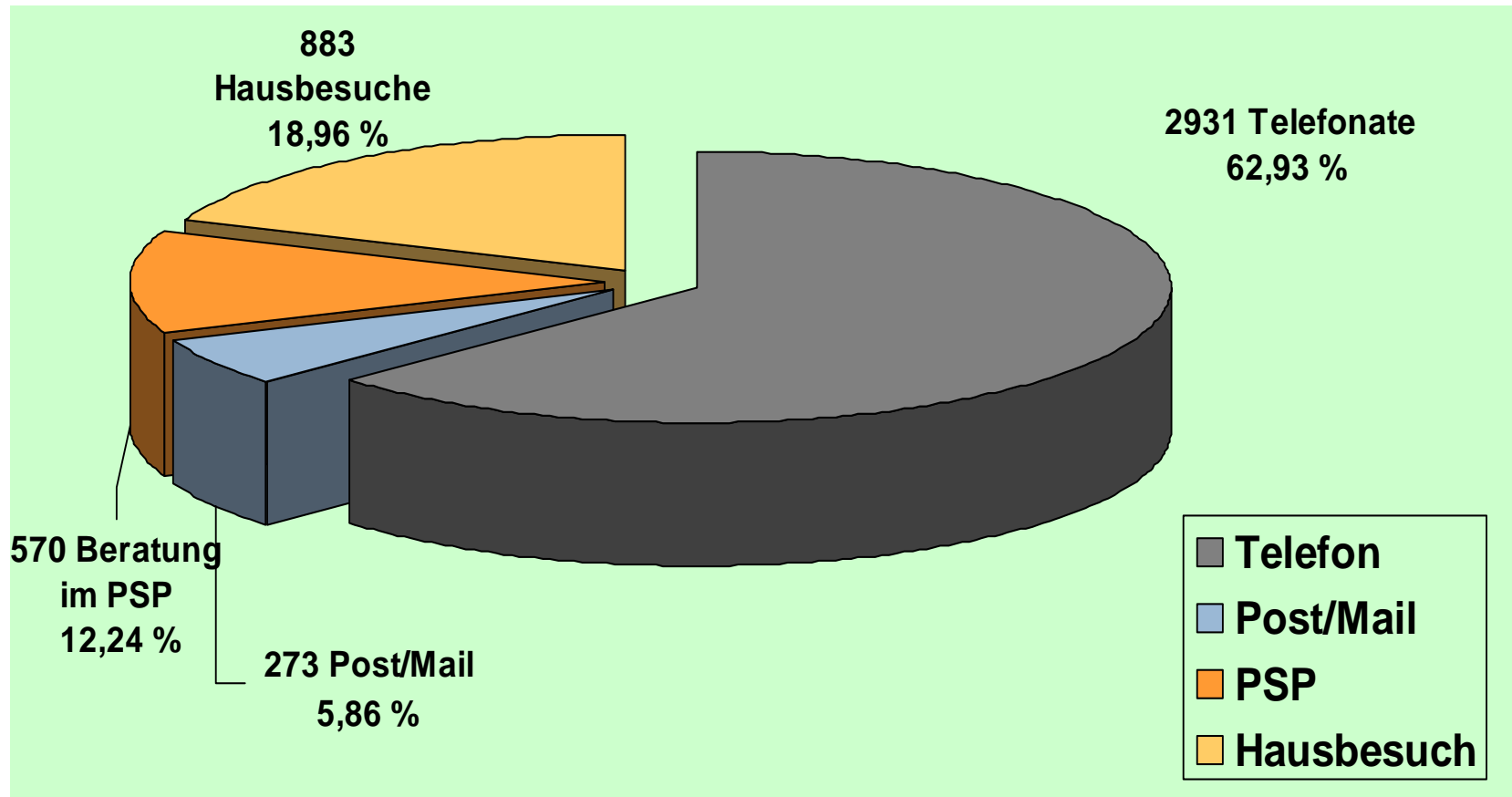
... und die Menschen nehmen die Hilfe  
in Anspruch!

## Art der Klienten-Kontakte PSP

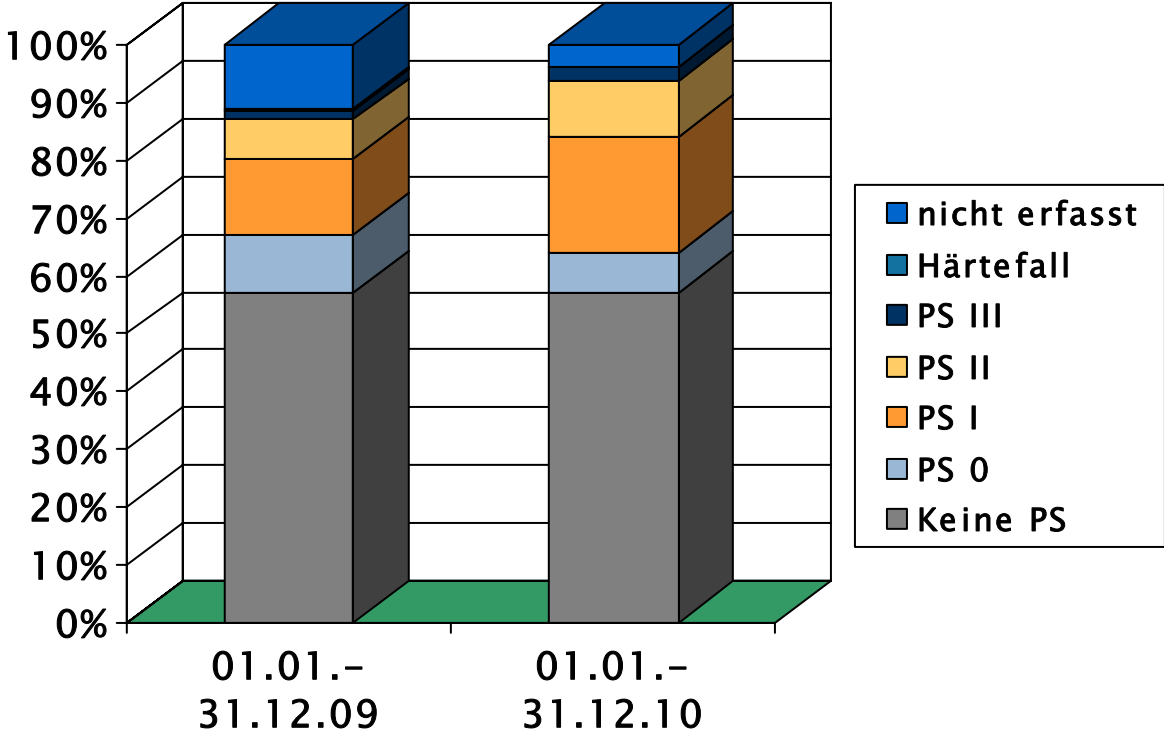
St. Wendel 2010



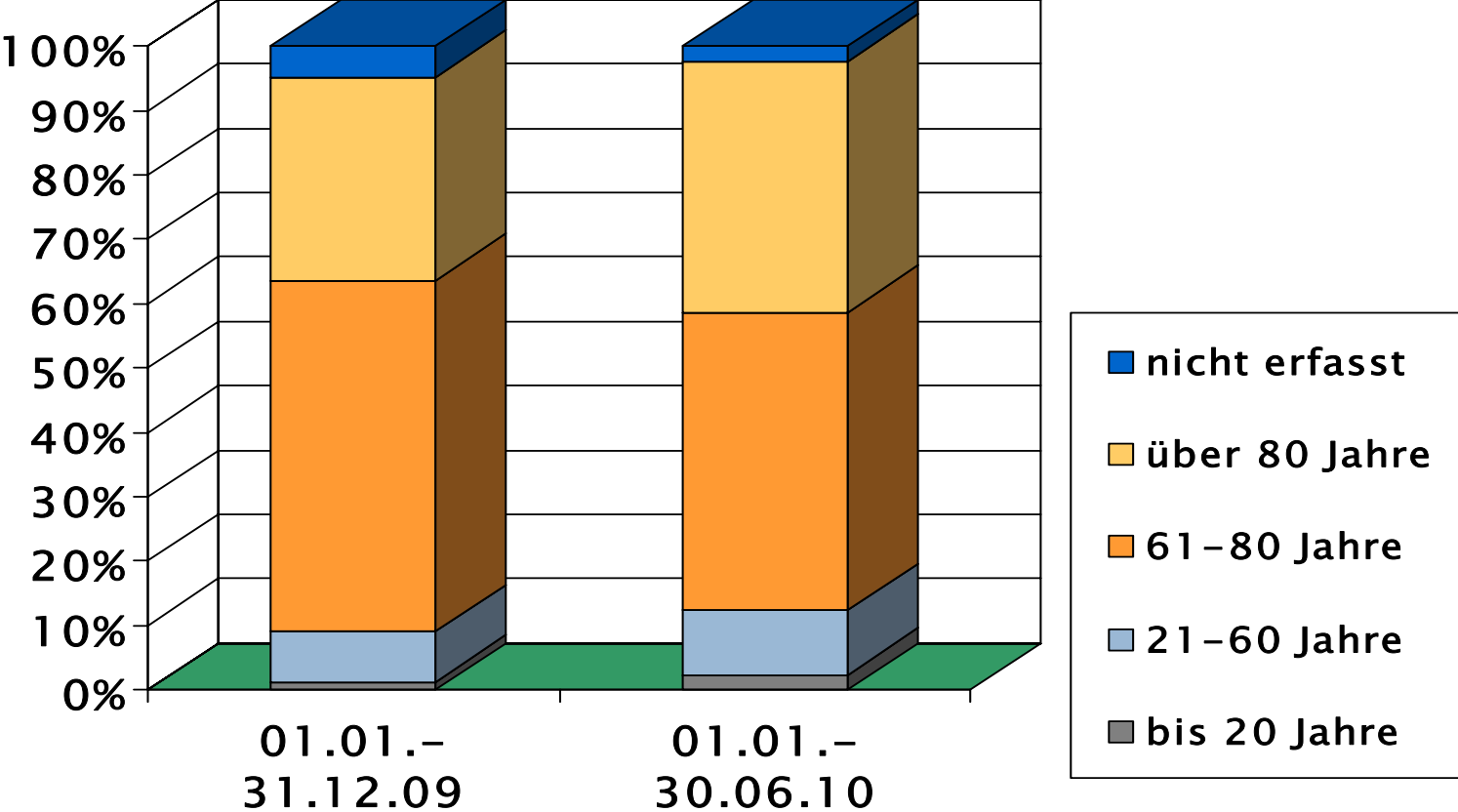
Beratung über ...  
Erfassung der Beratungsfälle vom  
01.01.10–31.12.10 bei 4.657 Kontakten –  
darin enthalten 636 Erstkontakte



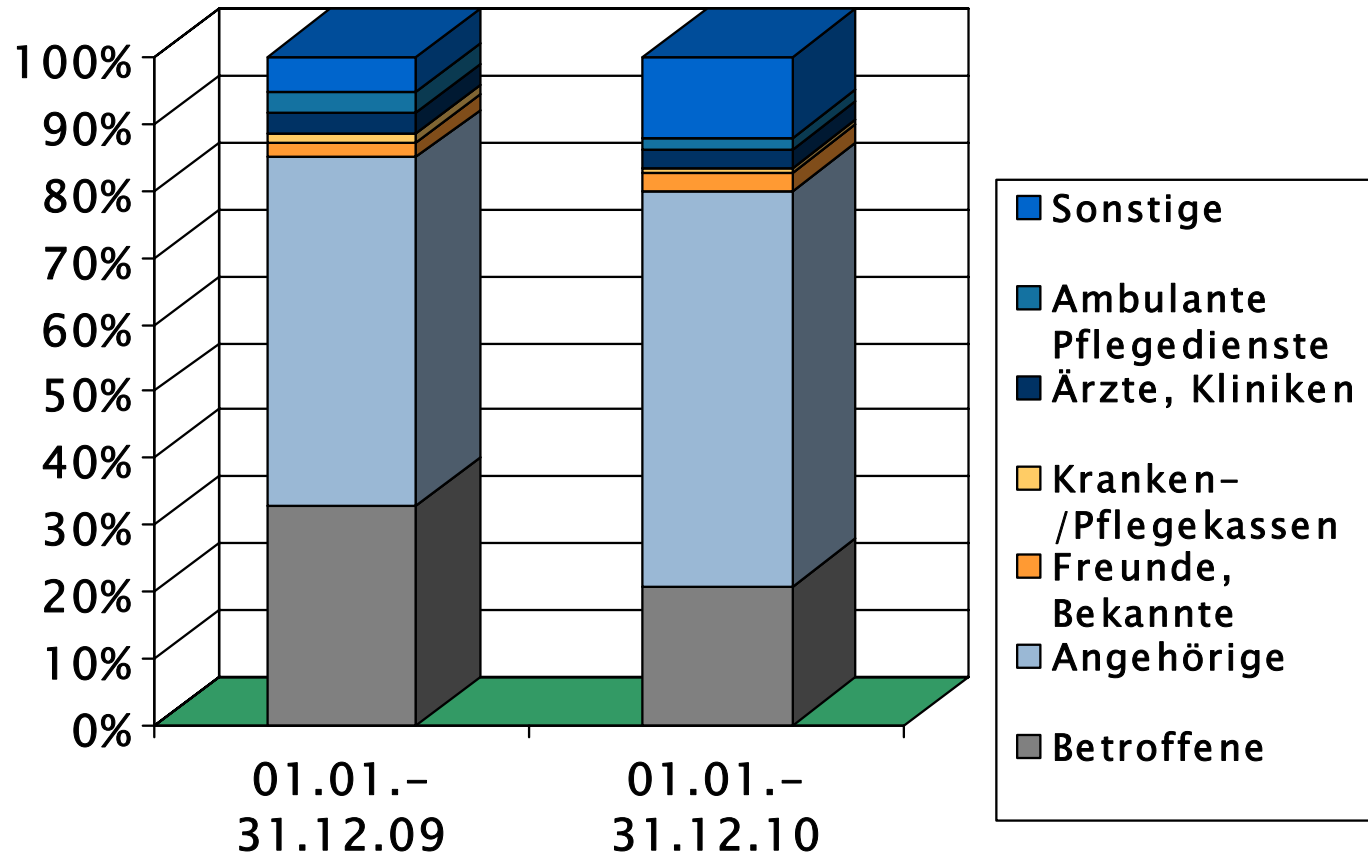
# Erfassung der Pflegestufe bei Erstkontakten



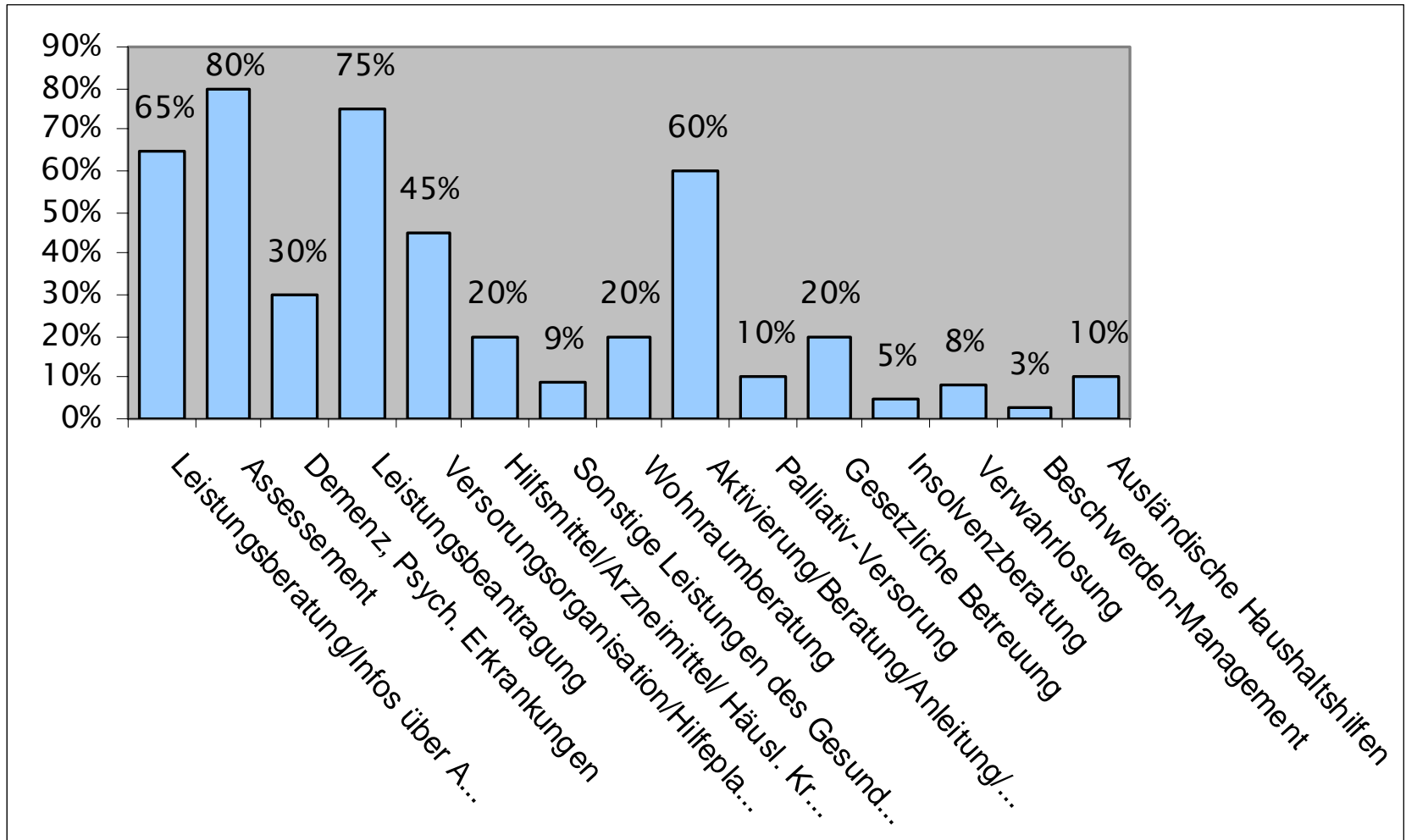
# Erfassung der Altersgruppe bei Erstkontakten



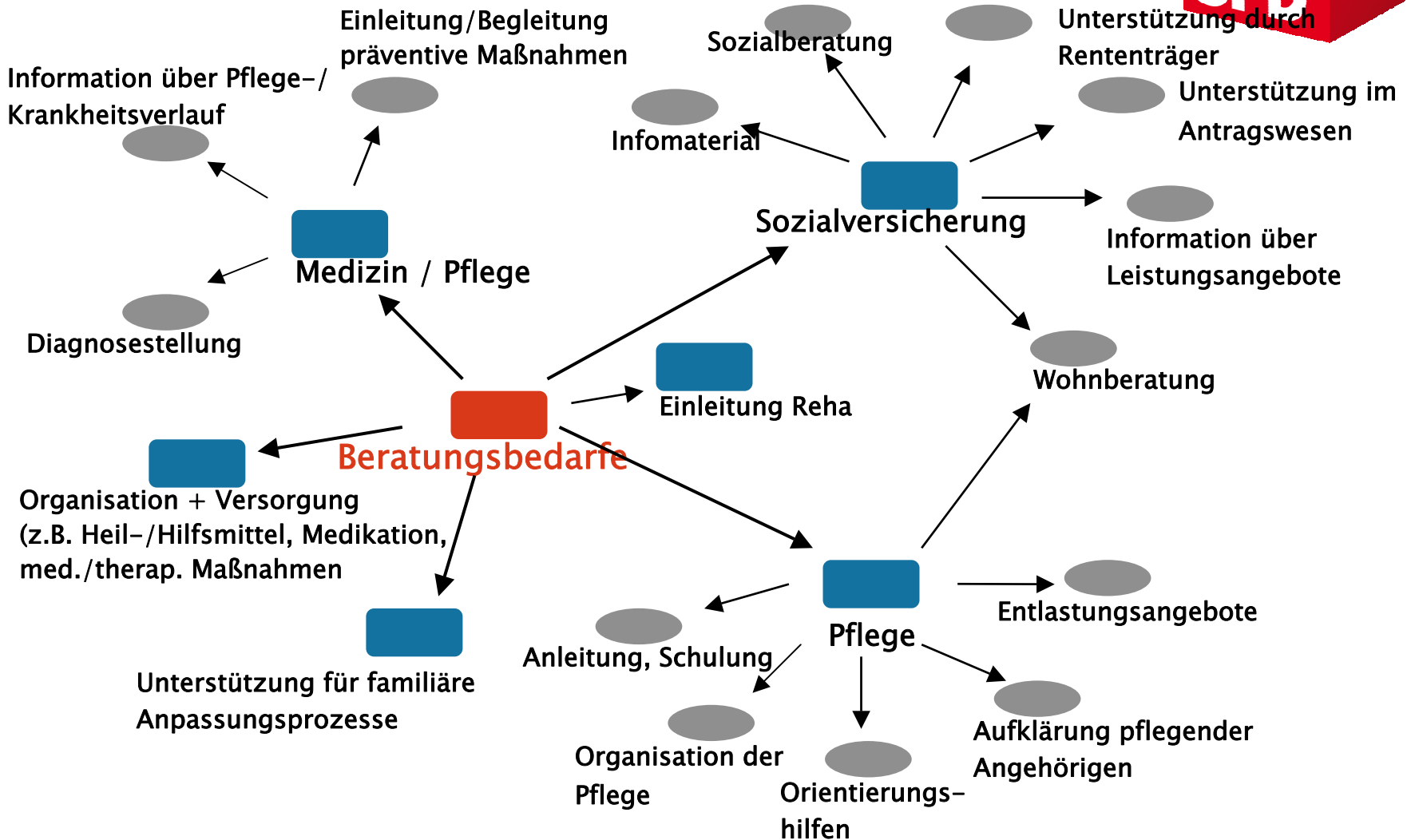
# Kontaktaufnahme durch...



# Problemstellungen und Beratungsthemen 2009/2010



# Komplexität von Pflegeberatung und Fallmanagement



# Die Kompetenz der Pflegeberatung – eine Voraussetzung zur Sicherung häuslicher Pflegeversorgung



- **Hilfeorganisation als Hilfemix** – Selbsthilfe – Fremdhilfe – Profihilfe – Laienhilfe– Medizin – Pflege – Versorgung
- setzt differenzierte Betrachtung des Hilfebedürftigen und seines Umfeldes sowie seines individuellen Hilfebedarfs, inkl. **aktivierbarer Eigenpotentiale** voraus (auch Nachbarschafts-/Quartiershilfen)
- ebenso – die **professionelle Übersicht** über das medizinische, präventive, rehabilitative und pflegerische **Versorgungsangebot** inkl. dessen jeweiliger Leistungsfähigkeit in der Region ( ebenso entlastende/unterstützende Initiativen/Hilfestrukturen vor Ort)
- Wichtig: Initiativen anstoßen – z.B. Wohnungs– und Alltagsversorgung im Wohnquartier

## *deshalb:*

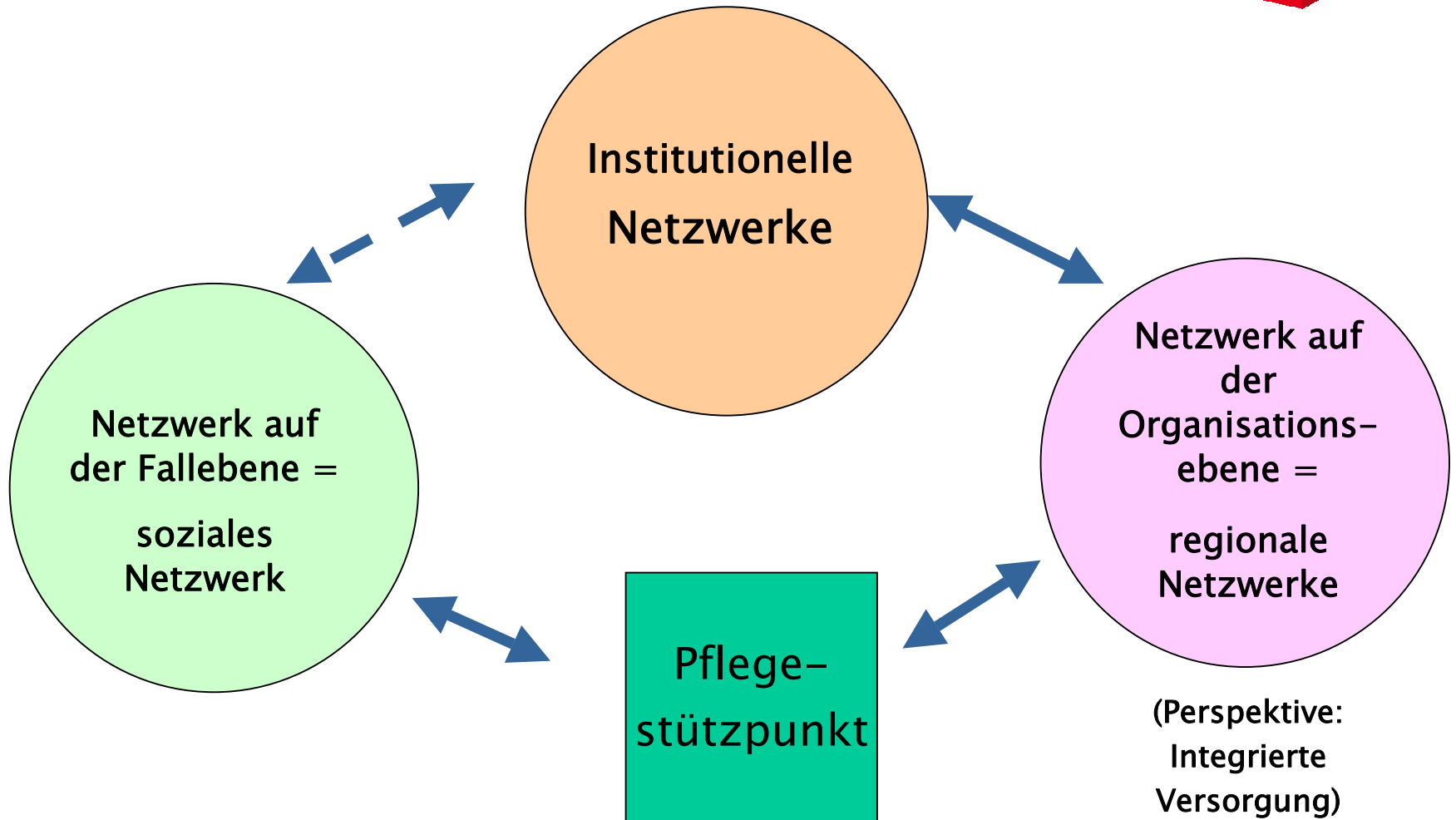
- **nicht irgendeine Beratung – sondern quartiersbezogene und regionalspezifische Kompetenz ist nötig**
- **Gemeinwesen-/Bürgeraktivierungskompetenz**

...auch Care Management ist mehr !  
z. B. gem. § 12 SGB XI



Care Management auf der institutionellen Netzwerkebene meint den Aufbau und die Steuerung einer weitestgehend verbindlichen, nach Möglichkeit vertraglich geregelten, standardisierten und aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit professioneller und freiwilliger Akteure in der Region, die Hilfe anbieten und für den Einzelfall koordinierend aufeinander abgestimmt werden können/ müssen.

# Netzwerkebenen



# Zielgerichtete Kommunikation in der Region – Voraussetzung für regionale Akzeptanz

## Politische Ebene

Kostenträger, Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger

Sozialministerium, Landtag

Kreistag, Fraktionen, Bürgermeister, Ortsvorsteher

Kreispflege – und Sozialhilfeausschuss

## Fachebene

Kliniken, Pflegedienste, Ärzte

Einrichtungen der Altenhilfe

Wohlfahrtsverbände, private Leistungsanbieter

Kranken- und Altenpflegeschulen

## Zielgruppen spezifisch

## Medien/ Kommunikationswege

Rundfunk- und Fernsehen , Flyer

Filmprojekt „Nicht allein ...“

Themenbezogene Vorträge; Infostände, Messen

Internetauftritt

Besuche, Gespräche, Vorstellungen

## Adressatenebene

Pflegebedürftige und Angehörige

Interessierte Bürger/innen

Vereine, Verbände

Selbsthilfegruppen

# Die Komplexität der integrierten Pflegeberatung fordert qualifizierte Aus-, Fort- u. Weiterbildung



## Vorbildung/ Grundqualifikationen

- staatl. Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge u.ä.
- Pflegefachkraft (Kranken- u. Altenpflege; pflegewissenschaftl. Studium)
- Sozialversicherungsfachkraft; möglichst mit adäquater Tätigkeit u. Weiterbildung

## Weiterbildung zum Pflegeberater gem. Vorgaben GKV-Spitzenverband

über mind. 400 Std. mit folgenden Inhalten:

- Modul 1: Case Management incl. Supervision – 144 Std.
- Modul 2: Pflegefachwissen incl. Geriatrisches Assessment – 100 Std.
- Modul 3: Pflege- u. Sozialrecht – 120 Std.

## Vorausgesetzte oder ergänzende Qualifikationen

- Kommunikation, Gesprächsführung u. Verhandlungstechniken
- Moderation
- Selbstreflexion
- Kommunikation im Care Management
- Institutionenkunde



1. Entwicklung und Umsetzung von Hilfeplanung und Versorgungsmanagement nach § 11, Abs. 4 SGB V, § 7a SGB XI, § 140a ff. SGB V bzw. § 92b SGB XI
2. Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI
3. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 SGB XI (= Pflegekurse, individuelle häusliche Schulungen)
4. Modelle und Projekte zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI
5. Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe gem. § 45d SGB XI

# Handlungsbedarf – Vernetzung im Wohnquartier

## Perspektiven für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte



- Optimierung der hausärztlichen Versorgung – multidisziplinäre Teamarbeit
- Optimierung der geriatrischen/gerontopsychiatrischen Versorgung
- neue Wohn- und Versorgungs-Formen – Koordinierungsstelle –
- SAPV-Stützpunkt – Netzwerk für Palliativ-Versorgung
- Demenz-Stützpunkt – präventive, qualifizierende und entlastende Dienste
- Aufbau und Begleitung pflege- und versorgungsbezogener Bürgerarbeit/Selbsthilfe
- Zentralstelle – „Tele-Pflege“ und „Tele-Medizin“
- Leitstelle „Persönliches Budget“
- Initiative/Begleitung mobile und ambulante Reha
- Initiative – "Gesund alt werden" (Ernährung, Bewegung, soziale Kontakte, Sturzprophylaxe, präventiver Hausbesuch u.ä.)

# Pflegeberatung und Pflegestützpunkte Zwischen – Resumée



1. Erfolg hängt auch von Grundeinstellung ab → „lästige Pflicht“ oder Beitrag zur „Versorgungsoptimierung“?
2. wichtig: Steigerung der Kundenzufriedenheit u. Akzeptanz des GKV-Systems – Hilfe für verzweifelte Menschen in schwieriger Lebenslage
3. aber auch: Chance zum Aufbau optimierter Versorgungsstrukturen in der Region – mehr Miteinander u. Verlässlichkeit
4. gemeinsame u. integrierte Pflegeberatung = Vermeidung von Doppelstrukturen und Flächendeckung
5. durch anteilige Finanzierungsbeteiligung aller – sachgerechte u. kostengünstige Pflicht-Aufgabenerledigung

## 10 Essentials zur gesetzeskonformen Umsetzung von Pflegeberatung im Pflegestützpunkt – Beiträge zur Versorgungsoptimierung und Teilhabesicherung



1. Beratung: fachlich anspruchsvoll, qualitätsgesichert, quartiersbezogen mit Case- und Care Management
2. personelle Kontinuität – mit gesetzeskonformer Aufgabenstellung – gem. §§ 7a, 12 und 92c SGB XI
3. gleichverantwortliche Trägerschaft – Kranken- /Pflegekassen – Gebietskörperschaften – Länder
4. gemeinsame Kostenträgerschaft für lfd. Ausgaben incl. Pflegeberatung („Drittel-Finanzierung“)
5. Einzugsbereich muss Vernetzung – Care- und Case Management ermöglichen
6. eindeutige Verantwortlichkeiten – keine getrennte Fachaufsichten

## 10 Essentials zur gesetzeskonformen Umsetzung von Pflegeberatung im Pflegestützpunkt – Beiträge zur Versorgungsoptimierung und Teilhabesicherung



7. kosten- und leistungsträgerneutrale Beratung – stabile finanzielle Grundausstattung
8. flexible Arbeitsstrukturen – Beratung in eigener Häuslichkeit – Beratungssoftware
9. Mitarbeiterqualifikation – permanente Weiterbildung – Supervision – Evaluation
10. Allgemeinverfügung, Landesrahmenverträge – mit eindeutigen Regelungen zur Sicherstellungsverpflichtung, Beteiligung, Personalisierung und Finanzierung, Führung, weiteren Beteiligungen, gesetzeskonformes Aufgabenspektrum, kosten- und leistungsträgerneutrale sowie barrierefreie Beratung

# Ideen – Anregungen – Impulse – was noch geschehen muss?



## 1. Pflege u. Versorgung ist mehr als ambulant vor stationär

- mehr Kundenorientierung ambulanter/stationärer Anbieter
- Pflege- und Versorgungs-Mix – die neue Wirklichkeit (Tages-, Nacht-, Vehinderungs-, Kurzzeitpflege, Anleitung u. Schulung, Werbung u. Begleitung ehrenamtlicher Hilfe)

## 2. Prävention und Reha vor Pflege

- der Rechtsanspruch u. seine Realisierung (...mobil, ambulant vor stationär)
- Angebotsverknüpfungen (Tagespflege, Kurzzeitpflege, Heilmittelversorg.)
- präventive Hausbesuche u. mehr

## 3. Integriert Denken und Handeln

- Vernetzung durch Transparenz u. Kooperation
- persönl. Budgets – eine Chance zur individuell angepassten Versorgung
- Integrierte Versorgung – Chancen nutzen

## 4. Pflege u. Versorgung ohne osteuropäische Arbeitskräfte

- „Kombilöhne“ im öffentl. geförderten Arbeitsmarkt – Alternative zur prekären u. problembehafteten Beschäftigung – Modell Österreich

# Ideen – Anregungen – Impulse – wie kann es weitergehen?



## 5. Pflege und Erwerbstätigkeit

- Mitverantwortung der Arbeitgeber und Betriebe

## 6. Demenz– die Fortschrittsfalle

- gibt es Alternativen?

## 7. Daheim bis ins hohe Alter

- quartiersbezogene Gemeinschaftsinitiativen

## 8. Seniorengenossenschaften

- ein kleiner Generationenvertrag

## 9. Vorbereitung auf das Alter

- dem Zufall keine Chance

## 10. Bürgerschaftliches Engagement – ein wichtiger Player im örtl. u. polit. Alltag

- Quartiersbezogene Initiativen (gegenseitige Hilfen; pflegebezogenes Ehrenamt)
- Initiierung und Unterstützung von genossenschaftl. organisiertem Wohnen
- Information, Bildung und Beratung – Vorbereitung auf das Alter
- es ist nie zu spät anzufangen – gesund alt werden – Ernährung, Bewegung, Kontakte



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Armin Lang

Bundvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im  
Gesundheitswesen (ASG)