

# STUDIE ÜBER PFLEGESTÜTZPUNKTE

## EINHEITLICHE STANDARDS WEITERENTWICKELN

*In einer alternden Gesellschaft wächst der Bedarf an medizinisch-pflegerischer Versorgung. Älteren Menschen und ihren Angehörigen stehen dafür eine Vielzahl an Unterstützungsangeboten und Leistungen zur Verfügung. Dies zu überblicken und das individuell Passende zu organisieren, ist jedoch für viele nicht einfach. Den steigenden Beratungsbedarf sollte das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) adressieren. Es trat zum Juli 2008 in Kraft und hat unter anderem zur Einrichtung der Pflegestützpunkte (PSP) geführt. PSP (nach § 7c SGB XI) sind örtliche Auskunft- und Beratungsstellen zum Thema Pflege und werden auf Initiative eines Bundeslandes errichtet. Offen hat der Gesetzgeber jedoch gelassen, wer Träger der PSP sein soll, wie dort beraten wird und wie die Finanzierung erfolgt. Daher hat sich in den vergangenen Jahren eine sehr heterogene Angebotsstruktur entwickelt. Das bedeutet, dass die angebotene Beratungsleistung derzeit noch stark vom Wohnort der Ratsuchenden abhängt. Eine Studie des IGES Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2018 hat dazu eine Bestandsaufnahme gemacht und auch PSP befragt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse zeigen, wie sich die mit den PSP verbundenen Ziele für mehr Orientierung in der Pflege noch besser realisieren lassen.*

Aufgabe der PSP ist es, ältere Menschen nicht nur umfassend und unabhängig über die Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten zu beraten, sondern zugleich auch bei der wohnortnahen Versorgung zwischen allen Beteiligten koordinierend zu wirken. Zudem sollen sie im Sinne des Care-Managements übergeordnete Netzwerkarbeit in einer Region betreiben, um die Angebote für Pflegebedürftige in einer Region zu verbinden und Grenzen zwischen den verschiedenen Sozialleistungsträgern abzubauen. PSP sind ein ergänzendes Angebot zur individuellen Pflegeberatung der gesetzlichen Pflegekassen (§ 7 a SGB XI). Allerdings hatte der Gesetzgeber mit dem zum 01. Januar 2017 in Kraft getretenen Pflegestärkungs-Gesetz III (PSG III) klargestellt, dass diese individuelle Pflegeberatung auch ausdrücklich in PSP erfolgen soll.

Bundesweit gibt es derzeit rund 430 PSP (Stand: Oktober

2019). Lediglich Sachsen und Sachsen-Anhalt haben keine PSP errichtet und setzen auf eine sogenannte „vernetzte“ Pflegeberatung durch Kassen und andere Beratungsstellen. Rheinland-Pfalz verfügt über die meisten PSP (134) und hat mit durchschnittlich einem PSP pro 30.000 Einwohner zudem den höchsten Versorgungsgrad. Schlusslicht stellt Bayern dar, wo rechnerisch auf einen PSP mehr als 1,4 Millionen Einwohner kommen. Nur etwa jeder zehnte PSP hat eine vertragliche Vereinbarung für privat Versicherte geschlossen. Träger der PSP sind laut der IGES-Befragung in rund 70 Prozent der Fälle Kranken- und Pflegekassen und Kommunen. Dies hatte der Gesetzgeber auch so angestrebt.

### Jedes Bundesland hat seine eigene Lesart für PSP entwickelt

Losgelöst von diesen strukturellen Unterschieden fällt auf, dass die Bundesländer die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben der Pflegestützpunkte höchst unterschiedlich umsetzen. Die Festlegungen über die Arbeit der PSP in den Landesrahmenverträgen zwischen den Verbänden der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen weichen in einigen Punkten grundlegend voneinander ab. So fungieren einige PSP lediglich als allgemeine Informations- und Auskunftsstelle, wie eine vorgelagerte Anlaufstelle zur eigentlichen Pflegeberatung durch die Pflegekassen, an die sie dann vermitteln. Das praktizieren hauptsächlich die Bundesländer Schleswig-Holstein,



**Dr. Grit Braeseke,**

Wirtschaftswissenschaftlerin und seit 2016 Bereichsleiterin Pflege beim IGES Institut GmbH in Berlin. Seit über 20 Jahren arbeitet sie in der Gesundheits- und Versorgungsforschung. Arbeitsschwerpunkte sind der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen, sozialpolitische Herausforderungen des demographischen Wandels, die Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen und der Aufbau effizienter Versorgungsstrukturen, der volkswirtschaftliche Beitrag, die Produktivität und Innovationen der Gesundheitswirtschaft, altersgerechte Assistenzsysteme (AAL), Themen rund um den Fachkräftemangel (einschließlich Migration von Gesundheitspersonal) und Ausbildung in der Pflege.

**Kontakt:**

[Grit.Braeseke@iges.com](mailto:Grit.Braeseke@iges.com)

(Foto: IGES Institut)

Thüringen und Niedersachsen. Inwieweit die Klarstellung des Gesetzgebers im PSG III zu einer Änderung führt, bleibt noch abzuwarten. Andere PSP, vor allem in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz, leisten seit ihrer Errichtung umfassende Beratung sowie individuelle Fallsteuerung inklusive Hausbesuche.

## Anvisierte Personalbesetzung kaum erreicht

Höchst unterschiedlich ist zudem die Personalausstattung der PSP. Die Zahl der Ratsuchenden, die eine Beraterin oder ein Berater jährlich betreut, schwankte zwischen 325 und 1.500 Fällen (bezogen auf das Jahr 2016). Allerdings ist ein „Beratungsfall“ nicht einheitlich definiert. Das Spektrum reicht von einfachen Auskünften zu Leistungsansprüchen oder Kontaktdaten zu Leistungserbringern bis zur Fallbegleitung über mehrere Wochen. Kam 2016 in Rheinland-Pfalz rein rechnerisch eine PSP-Vollzeitkraft auf 25.000 Einwohner, waren es in Nordrhein-Westfalen mit 123.000 deutlich mehr Einwohner. Konkrete Vorgaben für die Personalausstattung der PSP haben nur wenige Bundesländer. Kein Bundesland hat die im Vorfeld der Gesetzgebung angedachte Größenordnung von einem Pflegestützpunkt pro 20.000 Einwohner als Zielmarke übernommen. Danach hätten bundesweit mehr als 4.000 PSP entstehen müssen.

Die wöchentlichen Öffnungszeiten unterscheiden sich ebenso. Sie liegen zwischen Null, also nur nach Vereinbarung, und 43 Stunden. Fast alle PSP beraten im Stützpunkt selbst, telefonisch oder bei den Ratsuchenden zu Hause. Nur sechs PSP leisteten der Studie zufolge keine Hausbesuche. Mehr als jeder dritte PSP bietet zusätzlich mobile Sprechstunden oder Beratung in Räumen anderer Institutionen.

## Personalmangel erschwert Netzwerkarbeit

Personalmangel scheint der Hauptgrund für Defizite bei der Koordinierungs- und Netzwerkarbeit der PSP zu sein, um etwa regionale Akteure zusammenzubringen oder neue, wohnortnahe und integrierte Versorgungskonzepte für die Pflege zu entwickeln. Zwar beteiligen sich 85 Prozent der befragten PSP an bestehenden regionalen Netzwerken, aber nur 38 Prozent sehen sich selbst als aktive Treiber der regionalen Vernetzung. Nur ein Drittel der für die Studie befragten PSP gab an, für Vernetzungstätigkeiten ausreichend Personal zu haben. Diese problematische Einschätzung gaben in der Befragung sogar PSP in Bundesländern mit einer im bundesweiten Vergleich sehr guten Personalausstattung an, wozu Rheinland-Pfalz oder das Saarland gehören. Daraus lässt sich schließen, dass Vernetzungsaktivitäten teilweise auch mit einer Ausstattung von einer Vollzeitkraft pro 25.000 Einwohner nicht umfassend möglich sind. Insgesamt lässt sich aus

### Die „Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten“

basiert auf umfangreichen Literaturanalysen, einer bundesweiten Online-Befragung von 184 Pflegestützpunkten sowie auf Experteninterviews. Sie entstand zwischen November 2017 und Juni 2018. Sie kann hier heruntergeladen werden: [www.iges.com/pflegestuetzpunkte](http://www.iges.com/pflegestuetzpunkte)

diesen Erkenntnissen ableiten, dass eine Ausstattung von einer Vollzeitkraft pro 20.000 bis 40.000 Einwohner eine gute Orientierungsgröße für eine bedarfsgerechte Personalausstattung von PSP bietet.

Auf inhaltlicher Seite ist in der Studie zudem deutlich geworden, dass die Koordinierungs- und Netzwerkaufgabe von den PSP sehr unterschiedlich verstanden wird. Teilweise wird das „Koordinieren“ lediglich als das Vermitteln von Kontakten und Adressen angesehen und weniger als ein Einzelfall-unabhängiges „Aufeinanderabstimmen“ von regionalen Hilfsangeboten.

## Kaum genau geregelte Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Generell scheint laut der Studie die verbindlich geregelte Zusammenarbeit der PSP mit weiteren Akteuren der Pflege eher der Einzelfall zu sein. Konkrete, schriftlich fixierte Vereinbarungen haben nur ein Drittel der befragten PSP geschlossen, und dies mehrheitlich mit Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialämtern, die meist Träger der PSP sind. Nur zehn Prozent regeln konkret das Zusammenwirken mit weiteren relevanten Beteiligten, wie mit Krankenhäusern, Pflegediensten, Ehrenamtlichen oder mit der Selbsthilfe. Mehrheitlich werden in diesen Vereinbarungen allgemeine Grundsätze der Zusammenarbeit geregelt. Konkrete Verfahrensvorgaben für definierte Zielgruppen legen hingegen nur 40 Prozent der befragten PSP fest. Noch seltener sind Verantwortlichkeiten der Vertragspartner definiert oder gar standardisierte Prozesse erarbeitet. Allerdings verwiesen ebenfalls für die Studie einbezogene Expertinnen und Experten auch darauf, dass sich in der Praxis zeige, dass sich eine Art informelle Zusammenarbeit oft mehr bewähre als schriftliche Regelungen, die möglicherweise dann nicht umgesetzt würden.

## Unbefriedigende Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft

Als explizit unbefriedigend bezeichneten viele der befragten Pflegeberaterinnen und -berater die Zusammenarbeit mit Hausärzten (von 40 Prozent genannt), niedergelassenen Fachärzten (35 Prozent), aber auch mit dem Sozialdienst oder dem Entlassmanagement von Krankenhäusern und Fachkliniken (von 28 Prozent der PSP erwähnt). Im Durchschnitt arbeitet jeder PSP mit 27 anderen Akteuren zusammen.

Vor dem Hintergrund der Studienergebnisse ist zusammenfassend zu urteilen, dass derzeit nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Rechtsanspruch der Versicherten auf wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung in Pflegestützpunkten mit den Kernprozessen individuelle Pflegeberatung (gem. § 7 a SGB XI) sowie Koordinierung und Vernetzung bundesweit in vergleichbarer Art und Weise eingelöst wird. Deutlich wird, dass es regional höchst unterschiedlichen Handlungsbedarf gibt.

Von Seiten der Beschäftigten der PSP sehen viele vor allem im Bereich Personalausstattung sowie ihrer finanziellen Ausstattung Verbesserungsbedarf. Aber auch der Wunsch nach mehr sektorenübergreifender Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wurde in der Befragung deutlich. Mit Blick auf die Finanzierung durch die Pflegekassen verwiesen PSP darauf, dass Kalkulationen dafür teilweise aus dem Jahr 2007 stammten. Zudem äußerten Viele den Wunsch, dass Dokumentation und Beratungsverfahren vereinheitlicht werden sollten. Und auch der Bedarf nach einem überregionalen fachlichen Austausch unter den Stützpunkten wurde geäußert.

Zwar hat der Gesetzgeber im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze II und III (2016/2017) inzwischen weitere Regelungen zur Vereinheitlichung der Pflegeberatung erlassen, was die in der Studie identifizierten Probleme adressiert und die PSP konsequenter als integraler Bestandteil der Pflegeberatungsangebote etablieren soll. Dazu gehören vor allem die Pflegeberatungs-Richtlinien

gem. § 17 Abs. 1a SGB XI zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Weiterhin zu nennen ist die Regelung zu Landesrahmenverträgen über die Zusammenarbeit in der Beratung sowie dazu, dass sich Pflegekassen finanziell an regionalen Netzwerken beteiligen können. Diese Neuerungen müssen nun sukzessive in die Praxis umgesetzt werden.

## Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Arbeit der PSP

Auf bundesgesetzlicher Seite ist daher zunächst kein weiterer Regelungsbedarf erkennbar. Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehen jedoch weiterhin im Bereich der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene und bei den PSP selbst. Die Studie nennt dazu acht Maßnahmen. Ganz wesentlich gehört dazu, Art, Inhalt und Umfang der Beratungsleistungen bundeseinheitlich festzulegen, um so ein gemeinsames Grundverständnis zu entwickeln und Beratungsleistungen bundesweit vergleichbar zu machen. Dies gilt vor allem auch für die vorgesehenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben der PSP, die dafür personell besser ausgestattet werden sollten. Auf Landesebene entwickelte, empirisch gestützte Orientierungswerte für die Personalplanung könnten dabei unterstützen. Ferner sollte die individuelle Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI konsequenter auch als Aufgabe aller PSP-Beschäftigten gesehen werden und nicht weiterhin nur auf Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen beschränkt bleiben. Wichtig dabei ist es, dass alle konsequent die Perspektive der Pflegebedürftigen annehmen. Die Beratung sollte nicht davon abhängen, wer sie erbringt. Viel wichtiger ist es, Brüche bei der Unterstützung und Beratung zu verhindern.

### Autorin:

Dr. Grit Braeseke, Bereichsleiterin Pflege, IGES Institut GmbH, Friedrichstr. 180, 10117 Berlin, [www.iges.com](http://www.iges.com), Email: [Grit.Braeseke@iges.com](mailto:Grit.Braeseke@iges.com)

## INSTRUMENT FÜR DIE PFLEGEBERATUNG:

### Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger erkennen

Pflegende Angehörige sind erhöhter psychischer und physischer Belastung ausgesetzt. Nicht wenige fühlen sich durch die Pflegeaufgabe erheblich belastet. Ihre Situation wird jedoch häufig nicht erkannt. Daher kommt gezielter Prävention bei pflegenden Angehörigen eine hohe Relevanz zu.

Im Rahmen einer professionellen Pflegeberatung können gesundheitliche Risiken von pflegenden Angehörigen identifiziert und geeignete präventive Interventionen angeboten werden.

Hierfür kann das neue wissenschaftlich fundierte Instrument „FARBE“ (Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung) genutzt werden. Es ermöglicht, individuelle Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren und bietet so die Grundlage für Interventionsempfehlungen.

Das Arbeitsmaterial umfasst einen Fragebogen für pflegende Angehörige (FARBE) allgemein sowie einen speziell für Angehörige von Menschen mit Demenz (FARBE-DEM). Zudem gibt es ein Manual und entsprechende automatische Auswertungstools mit der Möglichkeit, die ermittelten Belastungs- und Resilienzfaktoren zu visualisieren.

Zum Arbeitsmaterial: <https://www.zqp.de/fragebogen-farbe/>

Quelle: ZQP Newsletter, 29.10.2020