



Vorlage Nr.: 50/148

06.10.2008

Berichtsvorlage

öffentlich

für den / für die	Berichterstatter	Sitzung am	TOP
Sozial- und Gesundheitsausschuss	Herr Schlathölter	24.10.2008	4

Bericht über die Reform der Pflegeversicherung

1	Klassifizierung der Aufgabe: Bei der Aufgabe handelt es sich um	
	☐ eine freiwillige Aufgabe: Bindung durch Kreistagsbeschluss	☐ eine freiwillige Aufgabe: Bindung durch Vertrag
	☐ eine Pflichtaufgabe mit vorgeschriebenen Standards	☒ eine Pflichtaufgabe ohne vorgeschriebene Standards
	Ggf. weitergehende Ausführungen siehe Erläuterungen Nr:	

Auswirkungen (Ggf. weitergehende Ausführungen siehe Erläuterungen Nr.)

2	Finanzielle Auswirkungen (nur bei Beschlussvorlagen)						
	<i>Kurzfristig?</i>	☐ nein	☐ ja	Deckung im Haushalt?	☐ ja	☐ nein	Erl-Nr.:
				Beteiligung Dritter?	☐ ja	☐ nein	
	<i>Langfristig?</i>	☐ nein	☐ ja	Beteiligung Dritter?	☒ ja	☐ nein	Erl-Nr.:

3	Sonstige Auswirkungen (nur bei Beschlussvorlagen)		
	Auswirkungen für die Bürger?		☐ ja ☐ nein Erl-Nr.:
	Auswirkungen auf die Qualität der Aufgabenerfüllung?		☐ ja ☐ nein Erl-Nr.:
	Personelle und / oder organisatorische Auswirkungen ?		☐ ja ☐ nein Erl-Nr.:
	Auswirkungen auf die Gleichstellung von Mann und Frau?		☐ ja ☐ nein Erl-Nr.:
	Auswirkungen auf die Umwelt?		☐ ja ☐ nein Erl-Nr.:

Beschlussvorschlag: ./.

Amt Fachdienst	Amtsleiter/in Fachdienstleiter/in	Dezernent/in Fachbereichsleiter/in	Kreisdirektor	Landrat
57	gez. Korte			
				i.A. gez. Gottschalk

Beratungs- ergebnis	☐ gemäß Beschlussvorschlag	☐ abweichender Beschluss		
	☐ einstimmig	Ja:	Nein:	Enth.:

Darstellung des Sachverhaltes:

Über den „Gesetzesentwurf zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG) wurde der Kreissozial- und Gesundheitsausschuss bereits am 29.11.2007 umfassend informiert. Am 1. Juli 2008 ist das Gesetz Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurden u. a. das XI Sozialgesetzbuch geändert und das Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) eingeführt:

1. Überblick über die wesentlichsten Inhalte und Leistungsänderungen

Schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, der Leistungen zur Tagespflege und des Pflegegeldes sowie der stationären Leistungen

Die **ambulanten Sachleistungsbeträge** werden bis 2012 stufenweise angehoben:

Pflegestufe	bisher	Ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I	384 €	420 €	440 €	450 €
Stufe II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
Stufe III*	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

*Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1 918 Euro monatlich bleibt unberührt.

Das **Pflegegeld** wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher	Ab 01.07.2008	2 010	2012
Stufe I	205 €	215 €	225 €	235 €
Stufe II	410 €	420 €	430 €	440 €
Stufe III	665 €	675 €	685 €	700 €

In der **vollstationären Versorgung** werden die Stufe III und Stufe III in Härtefällen bis 2012 stufenweise wie folgt verändert:

Pflegestufe	bisher	Ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Stufe III Härtefall	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert.

Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Der **Betreuungsbetrag**, den nun auch Personen der so genannten Pflegestufe 0 erhalten können, wird von 460 Euro jährlich auf bis zu 200 Euro monatlich (2.400 Euro jährlich) angehoben. Dies soll den Menschen helfen, verstärkt Angebote

1. der Tages- und Nachtpflege,
2. Kurzzeitpflege,
3. zur allgemeinen Anleitung und Betreuung des Personenkreises von zugelassenen Pflegediensten
4. und niedrigschwellige Angebote wie z.B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen und Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer in Anspruch zu nehmen.

Eine Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen „Zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“ vom 10.6.2008 regelt Einzelheiten. U. a. wird danach z. B. für den Leistungsbezieher der bisherigen jährlichen 460€ ohne MDK-Prüfung automatisch (ohne Antrag) durchschnittlich der Grundbetrag von mtl. 100€ berücksichtigt. Der Anspruch ist kalenderjährlich zu sehen. Bei Neuansträgen erfolgt eine Prüfung von Amtswegen; ein Antrag ist nur für den erhöhten Betrag notwendig.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können zusätzliche Vergütungszuschläge für Demenzerkrankte Pflegebedürftige mit den Pflegekassen vereinbaren. Voraussetzung für die Gewährung dieser Zuschläge ist die Beschäftigung von zusätzlichem, qualifiziertem Personal für die Betreuung und Aktivierung dieses Personenkreises. Der Anspruch ist nicht auf pflegebedürftige Heimbewohner beschränkt, Vergütungszuschläge können auch für Heimbewohner der Pflegestufe „0“ gezahlt werden.

Nähere Einzelheiten regelt eine vom Bundesminister für Gesundheit genehmigte „Richtlinie zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Kräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI) vom 19.8.2008. Diese Betreuungskräfte benötigen keine pflegerische Ausbildung. Vor einem Einsatz in einer Pflegeeinrichtung ist die Teilnahme an einem 160stündigen Kurs ebenso nachzuweisen, wie ein zweiwöchiges Betreuungspraktikum. Erforderlich ist weiterhin die regelmäßige Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen.

Die amtl. Begründung zum Gesetzentwurf nennt als Größe eine Betreuungskraft für je ca. 25 demenziell erkrankte Heimbewohner.

Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege

- Die Leistungen für Tages- und Nachtpflege werden schrittweise angehoben:

Pflegestufe	bisher	Ab 01.07.2008	2010	2012
Stufe I	384 €	420 €	440 €	450 €
Stufe II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
Stufe III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

- Es wurden für die Nutzer günstige Kombinationsmöglichkeit mit anderen Leistungen geschaffen, die Kombination der teilstationären und häuslichen Pflegeleistungen beim höchstmöglichen Gesamtanspruch macht nun im günstigsten Fall das 1,5fache des jeweiligen einzelnen Höchstbetrages aus. Einige Kassen prüfen auch bei bereits lfd. Fällen der Tagespflege von sich aus und gehen auf die Versicherten zu.

Bessere Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch die gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen ("Poolen") und erweiterte Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte

- Mehrere Pflegebedürftige können ihre Ansprüche auf grundpflegerische Leistungen und hauswirtschaftliche Versorgung bündeln und sich daraus ergebende Effizienzgewinne für den „Einkauf“ von zusätzlichen Betreuungsleistungen durch Leistungserbringer (Vertragspartner der Pflegekassen) nutzen.
- Die „gepoolten“ Leistungen können nicht nur in einer Wohngemeinschaft, sondern auch im Wohnquartier, also in der näheren nachbarschaftlichen Umgebung, gemeinsam gebündelt und abgerufen werden.
- Um die Versorgung sicher zu stellen oder zu optimieren, kann die Pflegekasse auch Verträge mit Einzelpflegekräften abschließen, sofern diese dem vorgegebenen Qualitätsstandard entsprechen können.

Lt. Begründung der Bundesregierung soll damit vor allem der Einsatz von einzelnen Pflegekräften an „gepoolten“ Pflegepersonen erleichtert werden (z. B. WG's, Demenz-WG's usw.).

Ausbau der Beratungseinsätze

- Die Beratungsbesuche können künftig nicht nur von zugelassenen Pflegediensten, sondern auch von neutralen und unabhängigen Beratungsstellen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, sowie auf Wunsch auch von Pflegeberatern und -beraterinnen durchgeführt werden. Auch der Personenkreis mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf kann trotz pflegerischem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I einen halbjährlichen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe

- Zur Weiterentwicklung der Versorgung insbesondere demenzkranker Pflegebedürftige fördern die Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung pro Jahr mit 25 Mio Euro (vorher 10 Mio €) und das Land mit 50 Mio (vorher 20 Mio €) niederschwellige Betreuungsangebote und Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen.

- Diese Mittel können auch für die Förderung zum Auf- und Ausbau ehrenamtlicher und bürgerschaftlicher Strukturen oder Selbsthilfegruppen genutzt werden, deren Ziel die Unterstützung und Entlastung der Pflegenden ist.

Leistungsdynamisierung

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben wurden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2014, zwei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Leistungsbeträge.

Erleichterung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

- Seit 1. April 2007 gibt es in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Versicherungspflicht. Ab 1. Januar 2009 gilt auch in der Privaten Krankenversicherung eine Pflicht zur Versicherung. Diese schließen jeweils eine Pflicht zum Abschluss einer Pflegeversicherung ein. Da somit künftig jeder Bürger in Deutschland über eine Absicherung im Pflegefall verfügt, wurde die Vorversicherungszeit von 5 auf 2 Jahre verkürzt.

2. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

- Bei Pflege durch Angehörige wird für die Dauer von bis zu 6 Monaten ein Anspruch auf unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung von der Arbeit gegenüber einem Arbeitgeber, der mehr als 15 Beschäftigte hat, eingeführt (sog. Pflegezeit).
- Neben dem Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten ein Anspruch auf kurzzeitige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage eingeräumt, um in einer akut auftretenden Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Eine mögliche Fortzahlung der Vergütung ergibt sich allerdings nicht aus dem Pflegezeitgesetz selbst sondern ggf. aus anderen Vorschriften oder Vereinbarungen.

3. Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz

- Es sollen Qualitätsstandards (Expertenstandards) in der Pflege verankert werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene stellen die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicher. Beteiligt an der Erarbeitung der Standards werden die medizinischen Dienste der Kassen, Verbände der Pflegeberufe, die Organisation zur Wahrung der Interessen und der Selbsthilfe Pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ein unabhängiger Sachverständiger. Die Vereinbarung ist zu veröffentlichen

- Das interne Qualitätsmanagement soll stärker gefördert werden und es wird mehr Transparenz geschaffen: Ergebnisse der Prüfberichte des MDK sind verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen. Auch Ergebnisse anderer Prüfverfahren, zum Beispiel von Zertifizierungen, müssen in gleicher Weise veröffentlicht werden.
- Die Qualitätsprüfung durch den MDK wird ausgebaut und erfolgt jährlich (Regelprüfung). Die Prüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen

Finanzierung

Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen wurde der Beitragssatz um 0,25 vom Hundert ab 1. Juli 2008 von bisher 1,7 vom Hundert auf dann 1,95 vom Hundert (bei Kinderlosen von bisher 1,95 vom Hundert auf dann 2,2 vom Hundert) erhöht. Aus heutiger Sicht reicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung bis Ende 2014 / Anfang 2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss.

Im Gegenzug wird der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung um 0,3 Prozentpunkte abgesenkt.

4. Individualanspruch auf umfassende Pflegeberatung (Casemanagement) ab dem 01.01.2009

Unabhängig von der Entscheidung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten haben Versicherte ab dem 01.01.2009 einen Rechtsanspruch auf ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot, das jeweils auf die Bedürfnisse des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist. Hierzu werden sog. Pflegeberater und Pflegeberaterinnen eingesetzt. Bis zum 31.12. dieses Jahres kann die Pflegekasse Unterstützung durch Pflegeberatung gewähren, sofern Strukturen vorhanden sind.

Private Pflegeversicherungen können mit den Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen treffen, um die Pflegeberatung der Pflegekassen zu nutzen. Sollte es nicht zum Abschluss von Verträgen kommen, so können private Pflegeversicherungen auch eigene Pflegeberaterinnen und -berater bereitstellen.

Hat ein Bundesland eine Entscheidung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten getroffen, ist sicher zu stellen, dass in den Pflegestützpunkten Casemanagement in Anspruch genommen werden kann. Die Unabhängigkeit der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt ist zu gewährleisten

Aufgaben der Pflegeberaterinnen und -berater sind insbesondere

- die individuelle und unabhängige) Beratung und Hilfestellung von Leistungsempfängern des SGB XI
 - die systematische Erfassung und Analysierung (Ermittlung) des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Begutachtungsergebnisse des MDK
 - die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes mit den im Einzelfall erforderlichen
 - Sozialleistungen und
 - gesundheitsfördernden,
 - präventiven,
 - kurativen,
 - rehabilitativen oder
 - sonstigen medizinischen sowie
 - pflegerischen und
 - sozialen Hilfen
- } kann als Case-Management beschrieben werden, wenn die Pflegeberatung neutral ist
- Hinwirkung auf die für die Durchführung des Versorgungsplanes erforderlichen Maßnahmen
 - Hinwirkung auf die Genehmigung des Versorgungsplanes durch den jeweiligen Leistungsträger
 - Überwachung der Durchführung des Versorgungsplanes und Anpassung an veränderte Bedarfslagen
 - Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses bei besonders komplexen Fallgestaltungen
 - Anstreben von Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplanes
 - Frühzeitige Einbeziehung mit dem Ziel der Abstimmung von zuständigen anderen Leistungsträgern
 - Sicherstellung einer engen Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere der gemeinsamen Servicestelle nach §23 SGB V
 - Entgegennahme und Weiterleitung von Anträgen nach SGB V und SGB XI an die zuständige Pflege- oder Krankenkasse
 - Sicherstellung, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftlicher Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.

Außerdem kann der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin die vorgeschriebenen Beratungseinsätze in der häuslichen Pflege durchführen und diese bescheinigen. Die Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist so zu bemessen, dass Hilfesuchende zeitnah und umfassend beraten werden können.

Der Einsatz von für die Pflegeberatung entsprechend qualifizierten Pflegeberaterinnen und -beratern ist zu gewährleisten. Im Focus sind insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte und Absolventen des Studienfaches Soziale Arbeit mit Zusatzqualifikationen. Die Bausteine der Zusatzqualifikationen umfassen gemäß den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes den Bereich Pflegefachwissen, Case Management und Recht.

Die Pflegekassen können die Aufgabe der Pflegeberatung ganz oder teilweise auf Dritte übertragen.

Inzwischen liegen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.8. vor. Danach müssen die Kassen eine „nach dem Bedarf der Versicherten entsprechende Anzahl“ von Beratern einsetzen. Auch zur Qualifikation und zur Weiterbildung sind darin detaillierte Ausführungen gemacht.

5. Strukturelle Veränderungen - Aufbau von Pflegestützpunkten

- Sofern die oberste Landesbehörde dies bestimmt, haben die Pflegekassen und Krankenkassen zur wohnortnahen Versorgung, Beratung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einzurichten.
- Bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte ist auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen
- Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich Kommunen (Altenhilfe) und die Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege), die örtlich tätigen Pflegeeinrichtungen, und weitere Kostenträger, wie die privaten Versicherungsunternehmen, an den Pflegestützpunkten beteiligen.
- Träger der Stützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger.
- Die Träger des Pflegestützpunktes sollen Pflegefachkräfte, Selbsthilfegruppen und Menschen, die sich ehrenamtlich oder bürgerschaftlich engagieren, in die Arbeit des Stützpunktes einbeziehen. Ebenso soll kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Organisationen die Beteiligung ermöglicht werden.
- Die umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme aller Leistungen des SGB XI sowie weiterer Hilfsangebote gehört zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte. Die Stützpunkte sollen gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote vermitteln und koordinieren.
- Der Aufgabenkatalog der Pflegestützpunkt umfasst weiterhin die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.
- Es wird bis zum 30.06.2011 im Rahmen verfügbarer Mittel eine einmalige Anschubfinanzierung von bis zu 45.000 € (zusätzlich bis zu 5.000 € bei nachhaltiger Einbindung der Ehrenamtsarbeit) unter der Voraussetzung einer Mitwirkung der Kommunen und Sozialhilfeträger gewährt. Für die Anschubfinanzierung werden nach dem Königsteiner Schlüssel Fördermittel in einer Gesamthöhe von 60 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.
- Die für den Betrieb eines Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern des Stützpunktes anteilig getragen. Dabei sind Aufwendungen für das eingesetzte Personal anrechnungsfähig.
- In Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften soll eng mit den Trägern der Arbeitsförderung und Grundsicherung gem. SGB II und III zusammengearbeitet werden.

Inzwischen liegt zu den o. a. gesetzlichen Vorgaben des SGB XI ein erster Entwurf von „Bundesempfehlungen für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte“ vom 14.8.2008 vor. Darin wird u. a. zur wohnortnahen Versorgung ein möglichst zentraler Standpunkt der Pflegestützpunkte empfohlen. Sie sollen einen barrierefreien Zugang haben und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sein. Insbesondere für ländliche Gebiete wird auf die Möglichkeit geeigneter Angebote durch Außenstellen oder mobile Angebote hingewiesen.

Die Empfehlungen enthalte darüber hinaus Erläuterungen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen (Räume zur Verfügung stellen für Treffen), Informationsaustausch und Öffentlichkeitsarbeit: „Der Pflegestützpunkt informiert Besucher und die Öffentlichkeit aktiv über die Einbindung von Selbsthilfegruppen in seine Arbeit“. Weitere Details beschäftigen sich mit der Einbindung von Ehrenamtlichen sowie kirchlichen und „gesellschaftlichen Trägern und Organisationen. „Sie s o l l e n ihre Angebote und Unterstützungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen im Pflegestützpunkt bekannt machen.

Pflegestützpunkte können zur Erfüllung ihrer Aufgaben mit dritten Stellen zusammenarbeiten, z. B. mit Einrichtungen der Verbraucher und Patientenberatung oder spezialisierten Pflegeberatungsstellen.

Außerdem wird empfohlen, dass sich die Pflegestützpunkte einer Region (eines Kreises?) sich über ihre Arbeit wechselseitig informieren und über Möglichkeiten der Koordination und der Weiterentwicklung der Beratungs- und Versorgungsstrukturen austauschen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Sitzungsvorlage ist in NRW über die Frage der Einrichtung von Pflegestützpunkten noch nicht abschließend entschieden worden. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat den kommunalen Spitzenverbänden aber am 14.8.2008 einen ersten Entwurf einer Rahmenvereinbarung über die Errichtung von Pflegestützpunkten gem. § 92c SGB XI vorgelegt. Der Text des Entwurfes ist dieser Vorlage als Anlage beigelegt.

Seitens der kommunalen Spitzenverbände wurde grundlegender Überarbeitungsbedarf angemeldet, zumal sie an diesem ersten Entwurf praktisch nicht beteiligt waren. Der Sozial- und Jugendausschuss des LKT-NW hat am 5.9. in einem Beschluss bedauert, dass auch die vom Land NRW und den Pflegekassen in NRW erarbeitete Rahmenvereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten die Interessen der Kommunen nicht ausreichend berücksichtigt und gegenüber den gesetzlichen Regelungen kaum relevante Verbesserungen für die kommunale Position bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte enthält. Das Verfahren, eine zur Unterzeichnung durch die kommunalen Spitzenverbände vorgesehene Rahmenvereinbarung ohne jede kommunale Beteiligung zu erarbeiten und einschließlich der Unterschriftsleistung abzustimmen, sei nicht akzeptabel.

Eine Unterzeichnung der Rahmenvereinbarung durch den Landkreistag NRW kommt für den Sozial- und Jugendausschuss nur in Betracht, wenn substantielle Veränderungen in der Rahmenvereinbarung erzielt werden können. Diese müssen die Trägerrolle und Organisationsstrukturen klarstellen und insbesondere die Möglichkeit einer kommunalen Trägerschaft vorsehen. Die Kommunen müssen als gleichberechtigter Partner in den Pflegestützpunkten akzeptiert sein. Die Finanzierung der Pflegestützpunkte und ein kontinuierlicher Personaleinsatz unter Einbeziehung der kommunalen Beratungskräfte sind ebenfalls klar zu regeln. Die Pflegestützpunkte müssen die Möglichkeit bieten, mit einem ganzheitlichen Ansatz die Leistungsbereiche des SGB XII und des SGB XI zu umfassen.

Die in der Vergangenheit an der Schnittstelle des SGB XII und SGB XI aufgetretenen Steuerungs- und Entscheidungsprobleme werden durch die Regelung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, insbesondere die Regelung zur Pflegeberatung nach §7a SGB XI, nicht zufrieden stellend gelöst. Aufgrund der Eigenverantwortlichkeit der Sozialhilfeträger für die SGB XII-Leistungsprozesse ist eine diesbezügliche alleinverantwortliche Fallsteuerung durch Pflegeberater der Pflegekassen nicht zulässig. Die Pflegestützpunkte können grundsätzlich den strukturellen Rahmen für entsprechende Abstimmungsprozesse zwischen den Leistungsträgern bieten. Auch dies setzt eine gleichberechtigte Partnerschaft bei der Errichtung der Pflegestützpunkte zwischen örtlichen Sozialhilfeträgern und Pflegekassen voraus.

Auch der Städtetag NRW bemängelt die wenig eindeutigen Regelungen zu einer vorgesehenen (organisations-) Trägerschaft der Kommunen oder zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Er befürchtet bei der vorgesehenen Anzahl von lediglich 3 Pflegestützpunkten pro kreisfreier Stadt/Kreis die Vernachlässigung vorhandener Beratungsstrukturen und des eindeutigen Gesetzeskriteriums der Wohnortnähe. Außerdem wird die angedachte Finanzierung über die Anschubfinanzierung nicht als nicht vereinbar mit der Bundesintention bezeichnet. Gleiches gilt für die „Genehmigungsinstanz“ Landespflegestützpunkt.

Sicht der Kreisverwaltung Recklinghausen

Der Entwurf liegt vor allem im Punkt 4 der Ziffer V im Widerspruch zum Wortlauf und Geist des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes. Dort wird für eine einjährige Start- und Erprobungsphase die Einrichtung von mindestens drei Pflegestützpunkten je Kreis oder kreisfreier Stadt festgelegt. Nur einer der Pflegestützpunkte soll in räumlicher Anbindung an bestehende kommunale Beratungsangebote errichtet werden und mindestens zwei in räumlicher Anbindung an bestehende Angebote der Pflege-/Krankenkassen.

Ausschließlich die Pflegekassen sollen die Möglichkeit haben, über die Mindestzahl von zwei Pflegestützpunkten hinaus weitere Pflegestützpunkte in räumlicher Anbindung an Beratungsangebote der Pflege-/Krankenkassen zu errichten.

Lt. Text und Begründungen zum SGB XI wird wiederholt und ausdrücklich eine wohnortnahe Betreuung der pflegeversicherten Menschen angestrebt. Im Sinne der Betroffenen ist es danach erforderlich, die derzeit vorhandenen Beratungsstrukturen zu erhalten, Doppelstrukturen zu vermeiden. Im Rahmenleitbild „Kreis Recklinghausen – Lebenswert auch im Alter“ hat der Kreis eine Optimierung der Beratung für erforderlich herausgestellt.

Derzeit fördert und steuert der Kreis in den 10 kreisangehörigen Städten im Rahmen des §4 PfG-NW jeweils eine ortsnahe Beratungsstelle, die als zentrale Anlaufstelle neben der Pflegeberatung auch für alle Senioren arbeitet. In 2007 wurden fast 17.000 Kontakte mit Senioren, Pflegebedürftigen und deren Angehörige sowie Behinderten dokumentiert. Eine Vernetzung wurde in den letzten 10 Jahren mit praktisch allen Anbietern und Beratungsstellen aufgebaut. Um den vorhandenen Beratungsbedarf ortsnahe zu decken, ist aus Sicht der Kreisverwaltung in jeder der 10 kreisangehörigen Städte mindestens eine Beratungsstelle – d. h. auch ein Pflegestützpunkt - notwendig.

Allein diese Formulierung im Vereinbarungsentwurf hat der Kreis zum Anlass genommen, sofort und unaufgefordert seine Auffassung schriftlich dem LKT-NRW noch einmal zu verdeutlichen. Neben einer ausführlichen Schilderung der Beratungsstrukturen im Kreisgebiet und der Größenordnung wurde deutlich gemacht, dass das im Entwurfstext niederlegte Szenario mit nur einem Stützpunkt in Anbindung an ein kommunales Beratungsangebot eine Zerschlagung der bestehenden kommunalen Beratungsstruktur befürchten lässt. Derzeit gibt es neben Beratungsangeboten bei einigen Wohlfahrtsverbänden und Anbietern praktisch ausschließlich die in kommunaler Trägerschaft befindlichen trägerunabhängigen Beratungsstellen.

Unter der Bezeichnung „Beratungs- und Infocenter Pflege“ (BIP) und einem einheitlichen Logo entwickelte sich die trägerunabhängige (neutrale) Pflege-(und Senioren)beratung von 1997 bis heute zum größten sozialen Beratungsangebot im Kreisgebiet. Seit Aufnahme der Beratungstätigkeit steigerten sich die jährlichen Kontaktzahlen von 12.004 (1997) bis auf 16.898 (2007). Die BIP's halten Informationen über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen, Mahlzeitendienste, Hausnotrufdienste und andere Hilfeangebote im Kreis Recklinghausen vor, informieren über die unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten nach dem (SGB V, SGB XI, SGB XII, Pflegeweiterentwicklungsgesetz u. a.) und beraten in konkreten Fällen. Auf Wunsch werden auch Hausbesuche durchgeführt.

Die Entscheidung für eine dezentrale Beratungsstruktur hat sich im Hinblick auf die ständig steigenden Kontaktzahlen als richtig herausgestellt. Eine zentrale Lösung wäre im Hinblick auf die besondere Problemstellung des Personenkreises, der häufig fehlenden Mobilität, dem Grundsatz der zugehenden Beratung und den Vorstellungen einer modernen Verwaltung nicht zu vereinbaren. Ferner wäre angesichts der kontinuierlichen Steigerung der Kontaktzahlen die Kapazitätsgrenze einer zentralen Beratungsstelle (mit in der Erprobungsphase vorgeschlagenen lediglich zwei Mitarbeitern!) schnell erreicht.

Neben diesen Verfahrensfragen enthält der Vereinbarungsentwurf eine ganze Reihe interpretierbarer, widersprüchlicher oder nicht nachvollziehbarer Punkte. Der Entwurf wurde bereits ausführlich mit den Altenhilfekoordinatoren diskutiert. Zwischen den Städten und dem Kreis gibt es hinsichtlich der Bewertung dieser Punkte auf der Fachebene keine unterschiedlichen Auffassungen. So besteht auch Einigkeit darüber, dass der vorgesehene Zeitrahmen für die Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen bis zum 31.12.2008 unrealistisch ist. Im Gesetz ist ein Zeitfenster von 6 Monaten für die Einrichtung von Pflegestützpunkten vorgesehen, nachdem die Entscheidung durch die oberste Landesbehörde gefallen ist.

Auf die Vorgaben des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zur Beratung und zu den Pflegestützpunkten sowie den wichtigsten in diesem Zusammenhang vorliegenden Richtlinien und dem Vereinbarungsentwurf des MAGS-NRW und den Landesverbänden der Pflegekassen wird in der Sitzung mündlich weiter ausführlich berichtet werden.

Pilotstützpunkte

In 16 Pilot-Pflegestützpunkten werden derzeit bundesweit Erfahrungen gesammelt. Diese werden vom Kuratorium Deutsche Altershilfe mit der „Werkstatt Pflegestützpunkte“ im Auftrag der Bundesregierung ausgewertet. Zwei dieser Stützpunkte befinden sich in NRW (Moers und Mönchengladbach).

Träger des Pflegestützpunktes im Stadtgebiet Moers ist die Kranken- und Pflegekasse Knappschaft Bahn See. Es findet eine Kooperationen an diesem Standort mit weiteren Kassen statt.

Die Stadtverwaltung Mönchengladbach ist gemeinsam mit Begegnungsstätten, Psychosozialer Begleitungsstellen und diversen Akteuren am Pflegemarkt und im komplementären Bereich Träger des dortigen zentralen Pflegestützpunktes. Kooperationspartner sind mehrere Kranken- und Pflegekassen. Es wurden in den einzelnen Quartieren 13 „Außenstellen“ errichtet, die stundenweise mit Pflegeberatern besetzt sind.

Ein erster Zwischenbericht der „Werkstatt Pflegestützpunkte“ ist im Juni erschienen. Für die Installation von Pflegestützpunkten war durchschnittlich ein Zeitkorridor von drei bis fünf Monaten nötig. In der Aufbauphase ist deutlich geworden, dass die Neutralität der Beratung sowohl bei den Akteuren als auch in der Öffentlichkeit eine wichtige Rolle spielt.