



Vernetzte Pflegeberatung im Freistaat Sachsen

Erfahrungsbericht zur Entwicklung von vernetzten Beratungsstrukturen

Verfasser:

Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen

Sächsischer Städte- und Gemeindetag

Sächsischer Landkreistag

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Dresden, im Mai 2010

Inhaltsverzeichnis

[Abbildungsverzeichnis](#)

[Abkürzungsverzeichnis](#)

<u>Vorwort der Staatsministerin</u>	8
1. Zielstellung der Vernetzung	10
1.1. Maßnahmen zur Vernetzung der Pflegeberatung	11
1.2. Bildung von Netzwerken	12
2. Umsetzungsstand in der Modellregion Chemnitz	14
2.1. Historie	14
2.2. Ausgangslage in Chemnitz	14
2.3. Aufbau des Modellprojektes „Unterstützungsnetzwerk Pflege C“	14
2.4. Gründung des Unterstützungsnetzwerkes Pflege C	15
2.5. Öffentlichkeitsarbeit	17
2.6. Probleme und Hemmnisse	17
3. Umsetzungsstand in der Modellregion Nordsachsen	19
3.1. Das Modellprojekt	19
3.1.1 Grundlagen	20
3.1.2 Zeitraum, Standort, Partner, Finanzierung	20
3.1.3 Zielstellungen	21
3.2. Realisierung und Umsetzung	21
3.2.1 Inhaltliche Umsetzung und Ergebnisse	21
3.2.2 Beratungsfolge	23
3.3. Zusammenfassende Einschätzung	24

4. <u>Umsetzungsstand in der Modellregion Görlitz</u>	25
4.1. <u>Ausgangssituation</u>	25
4.2. <u>Aufbau des Netzwerkes</u>	26
4.3. <u>Beteiligte</u>	26
4.4. <u>Arbeitsschwerpunkte im Landkreis Görlitz</u>	27
4.5. <u>Aktionen im Modellzeitraum</u>	27
4.6. <u>Ausblick</u>	28
4.7. <u>Ergebnisse</u>	29
5. <u>Auswertung der Beratungssituation in den drei Modellregionen</u>	31
5.1. <u>Zielstellung und Umsetzung der Auswertung</u>	31
5.2. <u>Beratungsumfang</u>	31
5.3. <u>Inanspruchnahme der Beratungsleistungen</u>	32
5.4. <u>Schwerpunkte der Beratung</u>	33
5.5. <u>Beratungsort</u>	34
5.6. <u>Beratungsteilnehmer</u>	35
5.7. <u>Beratungsursachen</u>	36
5.8. <u>Art und Weise der Vernetzung – Vorkontakte zu anderen Beratungsstellen</u>	37
5.9. <u>Art und Weise der Vernetzung – Information durch das Netzwerk</u>	38
5.10. <u>Art und Weise der Vernetzung – Weitervermittlung</u>	38
5.11. <u>Art und Weise der Vernetzung - Notwendigkeit der Folgeberatung</u>	39
6. <u>Das PflegeNetz in Sachsen – ein Internetportal als Ergänzung zur vernetzten Pflegeberatung</u>	41
6.1. <u>Das Internetportal</u>	42
6.2. <u>Statt Internet – die Hotline</u>	44
6.3. <u>Wie geht es weiter?</u>	44

7. <u>Zusammenfassende Bewertung und Ausblick zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen</u>	45
7.1. <u>Bewertung aus Sicht des pflegebedürftigen Menschen</u>	45
7.2. <u>Bewertung aus Sicht der beteiligten Institution</u>	46
7.3. <u>Handlungsbedarf</u>	48
7.3.1 <u>Öffentlichkeitsarbeit</u>	48
7.3.2 <u>Vom Case- zum Care-Management</u>	48
7.3.3 <u>Regionalisierung</u>	48
7.4 <u>Résumé</u>	49

Anlagen

Anlage 1 - <u>Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen</u>	51
Anlage 2 - <u>Leitlinie des Unterstützungsnetzwerkes Pflege C</u>	58
Anlage 3 - <u>Statistikbogen</u>	60

Abbildungsverzeichnis

[Abb. 1: Verteilung der Beratungszahlen nach Beratungsanbieter](#)

[Abb. 2: Beratungsschwerpunkte](#)

[Abb. 3: Beratungsort](#)

[Abb. 4: Beratungsteilnehmer](#)

[Abb. 5: Versicherungszugehörigkeit/Geschlechterverteilung/Pflegeeinstufung, summiert auf alle Modellregionen](#)

[Abb. 6: Ursachen der Beratung](#)

[Abb. 7: Vorkontakte](#)

[Abb. 8: Vorabinformation durch das Netzwerk](#)

[Abb. 9: Kontaktaufnahme/Weitervermittlung \(mit Mehrfachnennungen\)](#)

[Abb. 10: Erfordernis einer weiteren Beratung](#)

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AG	Arbeitsgruppe
AOK	AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
BKK	Betriebskrankenkassen
GEK	BARMER GEK die gesund experten (Gmünder Ersatzkasse)
IKK classic	Innungskrankenkasse
KSV	Kommunaler Sozialverband Sachsen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Pflege_C	Netzwerk in der Modellregion Chemnitz
Pflege_N	Pflegenetz Sachsen
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch, entsprechendes Buch
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
VdK	Sozialverband VdK Deutschland
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VSBI	Verband Sächsischer Bildungsinstitute e. V.

....

Vorwort der Staatsministerin

Fast auf den Tag genau vor einem Jahr haben wir uns 2009 im Dresdner Kulturrathaus zur ersten Netzwerkkonferenz getroffen, um den Beteiligten, den Betroffenen und der interessierten Öffentlichkeit unser Projekt der vernetzten Pflegeberatung vorzustellen. Wir hatten uns damals nach intensiven Beratungen entschieden, im Freistaat Sachsen keine Pflegestützpunkte zur Pflegeberatung einzurichten. Vielmehr habe ich seinerzeit sehr darum geworben, bereits bestehende Beratungsangebote der Kommunen, der freigemeinnützigen und privaten Anbieter und der Pflegekassen auf freiwilliger Basis zum Wohl der Beratungsbedürftigen und ihrer Angehörigen so zu verknüpfen, dass die Beratung passgenau auch dort ankommt, **wo** und **wie** sie gebraucht wird.



Für mich stand und steht immer der Pflegebedürftige im Mittelpunkt unserer Entscheidungen – vor allem in einer prekären „Sondersituation“ des Lebens, wenn Pflegebedürftigkeit plötzlich eintritt. Gerade dann ist es von herausragender Bedeutung, dass die vorhandenen Beratungshilfen durch diejenigen, die Hilfe brauchen, nicht erst mühsam recherchiert werden müssen, sondern dass die Pflegeberatung möglichst in die Wohnung, direkt, zeitnah und kompetent zum Betroffenen kommt.

Gerade im Freistaat Sachsen mit seiner regional so unterschiedlichen demographischen Struktur, die sich künftig noch weiter differenzieren wird, können wir nicht mit Einheitsstrategien leben. Wir brauchen vielmehr regional angepasste Strukturen, die sich vor Ort, von unten nach oben entwickeln und wachsen und damit einen einfachen Zugang zu einer schnellen und übergreifenden Beratung ermöglichen. Das vielzitierte Schlagwort von der Entbürokratisierung wird in dieser Form der Pflegeberatung zur gelebten Wirklichkeit, indem die Sozialleistungsträger eng zusammenarbeiten und damit eine enge Verknüpfung von Beratung und der so wichtigen Leistungsentscheidung ermöglichen.

Obwohl die Entscheidung für diesen eigenen sächsischen Weg der Pflegeberatung im Freistaat Sachsen nicht nur Zustimmung fand, weiß ich heute, dass diese Entscheidung richtig war. In den drei Modellregionen haben wir gelernt, wie unterschiedlich die Anforderungen an eine vernetzte Pflegeberatung in den städtischen und den ländlichen Modellregionen sind. Die Ausstrahlung dieser Modellregionen war so nachhaltig, dass sich bereits jetzt weitere interessierte Landkreise für eine Übernahme unseres Modells der vernetzten Pflegeberatung gemeldet haben.

Dies freut mich sehr, da ich weiß, welche kommunikativen und organisatorischen Anforderungen die Implementierung der vernetzten Pflegeberatung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommunen und Landkreise stellt. Ich hoffe, dass wir bei der dritten Netzwerkkonferenz feststellen können, dass im ganzen Freistaat diese bürgernahe Form der Pflegeberatung gelebte Wirklichkeit geworden ist.

Ich freue mich auch, dass das Internetportal www.pflegenetz.sachsen.de innerhalb eines Jahres zu einer „festen“ Adresse geworden ist. Dieser eigenständige Beitrag des Freistaates Sachsen zur Pflegeberatung umfasst schon jetzt 559 Suchergebnisse für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, 1038 Nachweise für ambulante Pflege sowie 770 niedrigschwellige Betreuungsangebote. Ich will auch an dieser Stelle nochmals alle Interessenten herzlich einladen, an dieser informativen Internetplattform mitzuwirken.

Ohne das große Engagement vieler Beteiligten könnten wir nach einem Jahr noch kein so positives Resümee ziehen. Mein herzlicher Dank geht daher an erster Stelle an die Akteure vor Ort in den drei Modellregionen, der Stadt Chemnitz und den Landkreisen Nordsachsen und Görlitz. Nicht minder herzlich danke ich den Akteuren der sächsischen Pflegekassen, des sächsischen Landkreistages sowie des Städte- und Gemeindetages, die in einer Arbeitsgruppe die Modellphase sehr intensiv, engagiert und erfolgreich begleitet haben.

Christine Clauß

Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

1 Zielstellung der Vernetzung

Das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) beinhaltet viele positive, auf eine Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gerichtete Vorgaben. Neben Leistungsverbesserungen, insbesondere für demenziell Erkrankte und Regelungen zum Umfang von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen sowie die Veröffentlichung der Prüfergebnisse stellt der in § 7 a SGB XI formulierte und seit dem 1. Januar 2009 bestehende Rechtsanspruch auf „individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung)“ einen wesentlichen Inhalt dar. Verantwortlich für die Pflegeberatung sind die Pflegekassen, die der Verpflichtung einer umfassenden und individuellen Beratung schon seit mehreren Jahren in hoher Qualität nachkamen.

Seitens des Gesetzgebers wurde als ein weiterer neuer Bestandteil die Möglichkeit der Errichtung von Pflegestützpunkten (§ 92 c SGB XI) geschaffen. Als Aufgaben der Pflegestützpunkte wurden

1. eine umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. 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 einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen sowie
3. die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote

genannt.

Die Entscheidungsbefugnis, ob Pflegestützpunkte im jeweiligen Bundesland errichtet werden sollen, hat der Gesetzgeber auf die Landesebene übertragen.

Insofern stellte sich in Sachsen - wie auch in allen anderen Bundesländern - die Frage nach der Notwendigkeit von Pflegestützpunkten. Zur Beantwortung dieser grundsätzlichen Frage berief das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) eine mit Vertretern der Pflegekassen und ihrer Verbände, der Kommunalen Spitzenverbände sowie Verbänden der Leistungserbringer besetzte Arbeitsgruppe ein. Von allen hier mitwirkenden Teilnehmern wurde nachdrücklich bekräftigt, dass es unbedingt einer weiteren Verbesserung bei der Beratung, Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen in Sachsen bedarf. Zu prüfen war, auf welchem Weg die gestellten Ziele umgesetzt werden können.

In einem ersten Schritt wurden die in Sachsen bereits vorhandenen Beratungsangebote analysiert. Hier konnte im Ergebnis festgestellt werden, dass eine Vielzahl hochwertiger Beratungsangebote von Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern nahezu flächendeckend vorgehalten werden. Als Schwerpunkt mit Blick auf eine weitere Verbesserung und Intensivierung der Pflegeberatung wurde eine stärkere Vernetzung innerhalb der bestehenden Strukturen

erkannt. Nur so können die für Ratsuchende häufig zitierten Wege „von Pontius zu Pilatus“ vermieden werden. In diesem Zusammenhang wurde durchaus kritisch festgestellt, dass vorhandene Schnittstellen zwischen verschiedenen Kostenträgern und ggf. auch mit unterschiedlichen Leistungserbringern Probleme für Betroffene verursachen können. Für die hier auftretenden Probleme galt es, geeignete Lösungen zu finden. Darüber hinaus müssen die vielfältigen Beratungsmöglichkeiten auch bekannt gemacht werden.

Unter Moderation des SMS wurden innerhalb der Arbeitsgruppe viele Fragen intensiv diskutiert. In der abschließenden Beratung bestand Einvernehmen dahingehend, dass mit der Errichtung von Pflegestützpunkten verwaltungs- und damit kostenintensive Doppelstrukturen geschaffen werden, die keinen Mehrwert für Betroffene bedeuten. Der breite Konsens von Kommunen und Pflegekassen sowie auch die Zustimmung der Verbände der Leistungserbringer bildete die Grundlage für die Entscheidung des SMS, auf eine Bestimmung zur Errichtung von Pflegestützpunkten zu verzichten.

Stattdessen wurde die weitere Verbesserung und Optimierung innerhalb der bestehenden Strukturen als zielführend betrachtet. Alle Beteiligten empfanden es als äußerst positiv, intensiv in den Entscheidungsprozess einbezogen zu werden. Und in Anbetracht der Entscheidung nahezu aller Bundesländer für Pflegestützpunkte gehörte sicherlich auch Mut dazu, hier einen „sächsischen Sonderweg“ zu beschreiten. Natürlich bedeutete dies auch, dass es nun besonderer Anstrengungen bedarf, den Beweis dafür anzutreten, dass den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen mittels der vernetzten Pflegeberatung vergleichbar oder besser Rechnung getragen werden kann.

1.1 Maßnahmen zur Vernetzung der Pflegeberatung

Damit war - wenn man so will - der Grundstein für die „Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen auf der Grundlage des § 15 SGB I in Verbindung mit § 8 Abs. 2 SGB XI“ gelegt ([vgl. Anlage 1](#)). Die Vereinbarung wurde zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger, vertreten durch den Sächsischen Landkreistag sowie den Sächsischen Städte- und Gemeindetag und unter Beteiligung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales geschlossen. Das gemeinsame Ziel aller Beteiligten auf den Punkt gebracht: MEHRWERT für die sächsischen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen.

Zielstellung dieser Kooperationsvereinbarung ist es, die Pflegebedürftigen im Freistaat Sachsen durch ein verzahntes und abgestimmtes Case- und Care-Management optimal zu beraten, zu betreuen und zu versorgen.

Die Vernetzung der unterschiedlichen Träger der Kranken- und Pflegeversicherung, der öffentlichen Hand, insbesondere der Landkreise und kreisfreien Städte, der medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungserbringer unter Einbindung sozialer sowie bürgerschaftlicher Initiativen und Selbsthilfevereinigungen bzw. Selbsthilfeorganisationen ermöglicht eine optimale Koordinierung und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche für die Betroffenen. Im Vordergrund dieser trägerübergreifenden Beratung steht dabei der Grundsatz „ambulanter vor stationärer Versorgung“.

Für alle Fragen rund um die Pflege wurde unter Federführung des SMS ein Internetportal PflegeNetz (PflegeN) eingerichtet. Das PflegeN übt eine Lotsenfunktion aus und unterstützt den Hilfesuchenden bei der Suche nach regionalen und überregionalen Ansprechpartnern. Ohne weite Wege in Anspruch nehmen zu müssen, erhält der Hilfesuchende eine Vielzahl von

Informationen, so z. B. zu Beratungsstellen und Institutionen, zu Pflegeeinrichtungen, zu Betreuungsangeboten, zu Fragen rund um das Wohnen im Alter, zu haushaltnahen Diensten oder zu Angeboten zur Unterstützung Angehöriger. Durch ein speziell entwickeltes Beratungsfeld im PflegeN können Anfragen direkt an die verantwortlichen Stellen weitergeleitet werden, welche sich dann innerhalb von 48 Stunden mit dem Hilfesuchenden in Verbindung setzen (siehe Kapitel 6).

Ergänzt wird diese Form des überregionalen Informationsangebotes durch eine gesondert eingerichtete Service-Hotline, wo allgemeine Fragen rund um die Pflege direkt beantwortet werden und Ansprechpartner hinterfragt werden können. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an Ratsuchende, die über keinen Internet-Zugang verfügen.

Im Mittelpunkt der Kooperationsvereinbarung steht die wettbewerbsneutrale Information und Beratung der Bevölkerung zu allen sozialen Angelegenheiten entsprechend § 15 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB). Die Pflegeberatung unterteilt sich in die drei Stufen

- Erstberatung
- individuelle Pflegeberatung und
- individuelles Fallmanagement.

Bei der **Erstberatung** erfolgt eine allgemeine Beratung der Betroffenen über mögliche Beratungsstellen der Kranken- und Pflegekassen und der Sozialämter der Landkreise und kreisfreien Städte, Servicetelefone oder das Internetportal PflegeN. Hier werden allgemeine Auskünfte zu allen erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen erteilt.

Die **individuelle Pflegeberatung** berücksichtigt die konkreten Lebensumstände des Versicherten und erfolgt stets durch die zuständige Pflegekasse. Sie dient zur Absicherung der Versorgungssituation, wobei Unterstützungsmaßnahmen in einem Versorgungsplan nach § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI erfasst werden können.

Beim **individuellen Fallmanagement** wird der Versicherte umfassend vom zuständigen Pflegeberater der Pflegekasse dahingehend unterstützt, dass die laut Versorgungsplan abgestimmten Unterstützungsmaßnahmen organisiert und umgesetzt werden. Sind für die Absicherung der Versorgungssituation mehrere Hilfen bzw. Kostenträger einzubeziehen, kann bei weitergehendem Abstimmungsbedarf eine individuelle Versorgungskonferenz zwischen allen Beteiligten durchgeführt werden. Die Vernetzung der einzelnen Partner ist dabei unabdingbar.

1.2 Bildung von Netzwerken

Um die bestehenden Hilfe- und Versorgungsleistungen im Freistaat Sachsen flächendeckend nutzen zu können, haben sich die Vereinbarungspartner für die Errichtung von Netzwerken und deren dauerhafte Etablierung ausgesprochen. Dabei werden die bereits bestehenden Beratungsstrukturen genutzt und eingebunden.

Als Partner der Netzwerke zählen insbesondere:

- Kranken- und Pflegekassen,
- Landkreise und kreisfreie Städte,
- weitere Sozialleistungsträger,

- Leistungserbringer (z. B. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen) und deren Verbände,
- Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen sowie
- Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote.

Um die Netzwerkarbeit zu erproben, wurden drei Modellregionen mit unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ausgewählt, die sich wie folgt charakterisieren lassen:

Chemnitz: Großstadt mit guter Infrastruktur

Görlitz: großflächiger Landkreis mit geringer Bevölkerungsdichte

Nordsachsen: Landkreis mit angrenzender Großstadt und relativ gleichmäßig verteilten städtischen Bereichen

Die genannten Modellregionen haben nach dem 1. Mai 2009 ihre Arbeit aufgenommen und am 31. März 2010 erste Ergebnisse vorgelegt. Diese bilden die Grundlage für eine Evaluation, die unmittelbar an die Modellphase anschließt.

Ein Beirat, gebildet aus Vertretern der Pflegekassen und des örtlichen Trägers der Sozialhilfe der Modellregionen und des Sächsischen Landkreistages unterstützt die Beteiligten der Modelle in der Erprobungsphase.

In der ersten Netzwerkkonferenz am 12. Juni 2009 wurde auf Landesebene die „Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen“ der Öffentlichkeit vorgestellt.

Seitens aller Beteiligten wurde in einer anlässlich der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung veröffentlichten gemeinsamen Pressemitteilung betont, dass hier die zukünftige partnerschaftliche Zusammenarbeit beim Thema Pflegeberatung geregelt wird. Damit wurde auch eine eindeutige Positionierung des sächsischen Netzwerkes gegen die Errichtung von Pflegestützpunkten im Freistaat zum Ausdruck gebracht. Die vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen und Einrichtungen sollen dagegen vernetzt und zielgerichtet für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen wohnortnah angeboten werden.

Der vorliegende Erfahrungsbericht gibt eine Übersicht über die erreichten Ergebnisse und Erfahrungen der Erprobungsphase in den Modellregionen.

Kerstin Schwarz
IKK classic

Peter Zerbinati
vdek-Landesvertretung Sachsen

2 Umsetzungsstand in der Modellregion Chemnitz

2.1 Historie

Erste strukturierte Netzwerkaktivitäten begannen in Chemnitz im August 2006 mit der Durchführung einer „Pflegerwerkstatt“. Aus diesem Workshop heraus bildeten sich die Arbeitsgruppen „Entlassungsmanagement“, „Offene Seniorenarbeit“ und „Runder Tisch Pflege“. Insbesondere der „Runde Tisch Pflege“ etablierte sich zu einem themenbezogenen Austausch der Fachöffentlichkeit. Inhalte wie „Heimgesetzgebung“, „ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen“ und „Pflege im Wandel“ wurden in den Jahren 2007-2008 diskutiert.

Mit der Novellierung des SGB XI und dem Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes am 1. Juli 2008 beschäftigten wir uns mit der Frage: „Brauchen wir Pflegestützpunkte in Chemnitz?“ Im November 2008 nutzten wir den „Runden Tisch Pflege“, um uns trägerübergreifend einen fachlichen Standpunkt zu bilden. Das Ergebnis dieser Veranstaltung beantwortete die eingangs gestellte Frage mit einem klaren „Nein“. Bereits damals war sich die Fachwelt einig, dass wir in Chemnitz über ein gutes Netz an Unterstützungsangeboten verfügen, die es gilt zu nutzen, auszubauen und vor allem zu strukturieren.

2.2 Ausgangslage in Chemnitz

Wie oben erwähnt, verfügt Chemnitz über ein flächendeckendes Netz an Unterstützungsangeboten in der ambulanten und stationären Pflege, an betreuten Wohnformen sowie in den Bereichen der niedrigrschwelligigen Hilfen.

Diese Tatsache führte am „Runden Tisch Pflege“ zu der Erkenntnis, dass gegenwärtig keine Lücken in der Angebotslandschaft identifiziert werden können. Somit würden mit der Errichtung von Pflegestützpunkten Doppelstrukturen in Chemnitz geschaffen. Ferner stellten wir, orientiert an den Fallzahlen und Betreuungsbereichen bereits bestehender Modellpflegestützpunkte, fest, dass es in Chemnitz vermeintlich lediglich einen Pflegestützpunkt geben würde. Diese Tatsache stände jedoch dem Anspruch der wohnortnahen Unterstützung von Ratsuchenden entgegen.

Im Ergebnis positionierten wir uns in Chemnitz, dass wir keinen Pflegestützpunkt brauchen, sondern unser vorhandenes Netzwerk ressourcenorientiert nutzen sollten. Die Ressourcen sahen wir vor allem in einer guten Strukturierung hinsichtlich des Zusammenwirkens der Netzwerkpartner.

Somit standen wir Anfang 2009 der Positionierung des Freistaates Sachsen, modellhaft die vernetzte Pflegeberatung durch Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur zu erproben, sehr positiv gegenüber. Gemeinsam mit den Pflegekassen erklärten wir uns bereit, Modellregion zu werden und entwickelten von März bis Mai 2009 das Modellprojekt „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C(Chemnitz)“. Das Konzept besteht aus zwei Säulen, der vernetzten Pflegeberatung und dem Aufbau des Unterstützungsnetzwerkes.

2.3 Aufbau des Modellprojektes „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C“

Die strukturellen Gegebenheiten einer kreisfreien Stadt, das große Interesse und die Bereitschaft aller, zunächst potentiellen, Netzwerkpartner, gestalteten den Prozess des Aufbaus des „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C“ überaus konstruktiv und ergebnisorientiert.

Das Konzept wurde unter Federführung des Sozialamtes gemeinsam mit den Pflegekassen entwickelt. Am 1. Juli 2009 konnten wir den Bürgern von Chemnitz die vernetzte Pflegeberatung an zehn Anlaufstellen zugänglich machen. Dem Anspruch einer wohnortnahen Unterstützung von Ratsuchenden konnte somit entsprochen werden.

Der Gesetzgeber zielte mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (nachfolgend PfWG) neben dem Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch auf die Verbesserung der Fallsteuerung. Der Ratsuchende sollte nicht mehr von einer Stelle zur anderen geschickt, sondern mittels eines Fallmanagements bedarfsorientierte Unterstützung aus einer Hand erhalten. Um diesen Intentionen gerecht werden zu können, bedurfte es der Beteiligung und Aktivierung der Netzwerkpartner in Chemnitz.

Am 26. Mai 2009 fand die Auftaktveranstaltung, organisiert vom Sozialamt und den Pflegekassen, mit ca. 50 potentiellen Netzwerkpartnern statt. Ziel war es, nach der Vorstellung des Konzeptes, die Akteure aus allen Fach- oder angrenzenden Bereichen der Pflege für die aktive Mitwirkung im „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C“ zu gewinnen.

Am 6. Juli 2009 erklärte Chemnitz den Beitritt zur Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen auf der Grundlage des § 15 SGB I in Verbindung mit § 8 Abs. 2 SGB XI vom 1. Juni 2009.

2.4 Die Gründung des „Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C

Aufbauend auf den „Runden Tisch Pflege“, konnten wir nahezu alle zur Auftaktveranstaltung anwesenden Träger, Vereine und Dienste, für den Aufbau des „Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C“ gewinnen. Am 9. September 2009 fand die 1. Netzwerkkonferenz statt. Partner aus folgenden Fachbereichen folgten der Einladung zur Konstituierung des „Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C“:

- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Kliniken
- Pflegekassen
- Ehrenamt, Selbsthilfe, niedrighschwellige Betreuungsangebote
- Vertreter der Kommune
- Sonstige (Betreuungsvereine, Landesverbände, MDK, ...)

Ziel der 1. Netzwerkkonferenz war es, Grundsätze und Regularien für die Arbeitsfähigkeit des „Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C“ zu finden. Die diskutierten Ziele, Aufgaben und Standards bildeten die Grundlage für die zukünftigen „Leitlinien des Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C“: Die inhaltlichen Schwerpunkte sollten in den folgenden Arbeitsgruppen eigenständig bearbeitet und die Ergebnisse in den Netzwerkkonferenzen vorgestellt werden:

- **AG 1 - Bestandsaufnahme von Angeboten und Diensten**
- **AG 2 - Schnittstellenbearbeitung in der (Pflege)Beratung**
- **AG 3 - Schnittstelle Kliniken und stationäre Pflegeeinrichtungen**

Wir legten Wert darauf, dass in den Arbeitsgruppen Akteure aus allen Bereichen vertreten sind. Organisiert wird das Netzwerk durch das Vorbereitungsgremium, welches sich aus den Arbeitsgruppenleitern und zwei weiteren Mitgliedern zusammensetzt. Die Federführung obliegt dem Sozialamt.

Am 2. Dezember 2009 fand die 2. Netzwerkkonferenz statt. Die Tagesordnung sah den Beschluss der „Leitlinien des Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C“ ([vgl. Anlage 2](#)) und die Vorstellung erster Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen vor. Mit folgenden Themenschwerpunkten hatten sich die Arbeitsgruppen befasst:

AG 1 - Bestandsaufnahme von Angeboten und Diensten

- Datenerfassung
- Erstellung einer Datenbank

AG 2 - Schnittstellenbearbeitung in der (Pflege)Beratung

- Identifizierung von Schnittstellen
- Beratungsstandards (Wer berät wozu?)

AG 3 - Schnittstelle Kliniken und stationäre Pflegeeinrichtungen

- Problem Notfallmedizin
- Welche Leistungen darf ein Pflegeheim erbringen? (Leitfaden)
- Problem der ärztlichen Versorgung

Die Vorstellung der Zwischenergebnisse machte deutlich, wie intensiv und zielorientiert die Arbeitsgruppen in dieser kurzen Zeit gearbeitet hatten. Erste Endergebnisse sollten zur nächsten Netzwerkkonferenz präsentiert werden.

Das Unterstützungsnetzwerk Pflege_C hat sich unter anderem zum Ziel gesetzt, Fachstandards zu erarbeiten. Diese sollten als Empfehlungen der (Chemnitzer) Fachwelt zugänglich gemacht werden und zur Anwendung kommen.

Am 3. März 2010 fand die dritte Netzwerkkonferenz, vor Beendigung der Modellphase, statt. Erstmals sollte die Leitlinie 7 „Abstimmungen“ zur Aufnahme neuer Netzwerkpartner zur Anwendung kommen. In den letzten drei Monaten hatten vier potentielle Netzwerkpartner ihr Interesse signalisiert. Zwei konnten als Mitglieder im „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C“ aufgenommen werden.

Im zweiten Tagesordnungspunkt stellten die Arbeitsgruppen folgende vorläufige Endergebnisse vor:

AG 1 - Bestandsaufnahme von Angeboten und Dienste

- keine eigene Datenbank für Chemnitz
- Nutzung der Datenbank PflegeN – die in Chemnitz erhobenen Zusatzdaten und die definierten Zusatzinformationen fließen dort ein
- Arbeitsgruppenziel wurde erreicht

AG 2 - Schnittstellenbearbeitung in der (Pflege)Beratung

- Präsentation einheitlicher Beratungsstandards in den Phasen „Auskunft und Information“, „Pflegeberatung“ und „Fallmanagement“ entsprechend der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit der Leistungsträger und Netzwerkpartner
- Arbeitsgruppenziel noch nicht erreicht – Beratungsstandards müssen als Empfehlungen noch an die Basis transportiert werden

AG 3 - Schnittstelle Kliniken und stationäre Pflegeeinrichtungen

- Präsentation der Überleitungsstandards (Überleitungsbogen) bei Verlegung des Bewohners bzw. Patienten vom Pflegeheim in die Klinik bzw. von der Klinik in das Pflegeheim zur Vermeidung des „Drehtüreneffektes“
- Arbeitsgruppenziele noch nicht erreicht
- Bearbeitung der offenen Themen „Hausärzte- und Heimärzteproblematik“
- Einberufung „Runder Tisch Pflegeheime“ – Information aller Pflegeheimleiter zu der Anwendung einheitlicher Überleitungsstandards

Die Planung weiterer Aktivitäten des „Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C“ wurde im dritten Tagesordnungspunkt besprochen. Es erfolgt nunmehr die Aufarbeitung des zur ersten Konferenz angelegten Themenspeichers. Infolgedessen, dass die AG 1 ihr Arbeitsziel erreicht hat, wird sich eine neue Arbeitsgruppe mit dem Thema „Nachwuchsgewinnung im Pflegebereich“ beschäftigen. Ferner erfolgten Festlegungen, dass perspektivisch drei Netzwerkkonferenzen im Jahr stattfinden sollen. Die vierte Netzwerkkonferenz ist für Ende Juni 2010 geplant.

Gegenwärtig sind im Netzwerk 45 aktive Mitglieder aus den unter Punkt 2.4 genannten Bereichen vertreten. Besonders positiv ist einzuschätzen, dass der Arbeitsgeberservice der Bundesagentur für Arbeit als Netzwerkpartner aufgenommen werden konnte.

2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem Beginn der Modellphase haben wir regelmäßig die Öffentlichkeit über den aktuellen Stand und die Entwicklungen im „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C“ durch Flyer und Pressemeldungen informiert. Kontinuierlich erschienen Artikel im stadtverwaltungseigenen Medium, dem Amtsblatt.

Vor Modellbeginn fand am 25. Juni 2009 ein Pressegespräch statt, mit dem Ziel, durch die Information in den Medien die breite Öffentlichkeit über das neue Angebot der vernetzten Pflegeberatung und die Anlaufstellen in Kenntnis zu setzen. Die Resonanz der Medienvertreter war eher verhalten. Dennoch erschienen von den anwesenden Vertretern der Presse und des Chemnitzfernsehens informative Beiträge in einer sehr positiv dargebotenen Form. Einzuschätzen ist, dass das Interesse der Medien an den Informationen zum „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C“ stetig stieg. Den Einladungen zu den Netzwerkkonferenzen folgten die Vertreter von Presse und dem Regionalfernsehen fortan immer.

Fazit ist, dass unsere Bemühungen, die Medien zu informieren und einzubeziehen, dadurch Erfolg hatten, dass wir regelmäßig Einblicke in das Modellprojekt gewährt und uns auch kritischen Fragen gestellt haben.

2.6 Probleme und Hemmnisse

Aus heutiger Sicht ist einzuschätzen, dass sich das „Unterstützungsnetzwerk Pflege_C“ in Chemnitz etabliert hat und positive Resonanz aus der (Fach-)Öffentlichkeit erfährt. Sieht man von dem zusätzlichen Arbeitsaufwand infolge des relativ kurzfristig erteilten Arbeitsauftrages ab, können aus Chemnitzer Sicht keine wirklichen Probleme und Hemmnisse benannt werden.

Der Prozess der Konzeptentwicklung und Umsetzung der vernetzten Pflegeberatung, welcher mit den Pflegekassen gestaltet worden ist, verlief sehr konstruktiv und ergebnisorientiert. Ebenso

kann der Aufbau des Netzwerkes eingeschätzt werden. Alle Netzwerkpartner beteiligten und beteiligen sich intensiv und zuverlässig am Aufbau und der Weiterentwicklung des „Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C“. Selten haben wir einen trägerübergreifenden Prozess erlebt, in den sich alle Beteiligten gleichermaßen aktiv einbrachten. Betrachtet man die kurze Zeit der Grundsteinlegung für das Netzwerk und das, was die Arbeitsgruppen neben ihren täglichen Arbeitsaufgaben geleistet haben, ist das an Vorbildlichkeit kaum zu übertreffen und kann als ein Optimum bewertet werden.

Ina Platzer
Stadt Chemnitz - Sozialamt

3 Umsetzungsstand in der Modellregion Nordsachsen

3.1 Das Modellprojekt

Mit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zum 1. Juli 2008 sollen die Pflegekassen und Krankenkassen zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einrichten, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Das SMS als oberste Landesbehörde, die Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger in Sachsen haben sich nach einer intensiven Abstimmung dafür entschieden, im Freistaat Sachsen keine Pflegestützpunkte im Sinne von § 92c SGB XI einzurichten, sondern alternativ eine „vernetzte Pflegeberatung“ zu entwickeln.

Um diese optimale „vernetzte“ Pflegeberatung sicherzustellen und den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die gewünschte wohnungsnahen Beratung, Versorgung und Betreuung anzubieten, ist eine enge Kooperation zwischen den Pflegekassen, Kommunen, dem Landkreis und den Leistungserbringern Voraussetzung. Hierzu wurden im Freistaat Sachsen unter Federführung des Sächsischen Landkreistages die Landkreise Görlitz und Nordsachsen sowie die kreisfreie Stadt Chemnitz als Modellregion ausgewählt. Insbesondere der Landkreis Nordsachsen ist aufgrund seiner demographischen Entwicklung besonders geeignet, die Bedeutung und den Nutzen der vernetzten Pflegeberatung aufzuzeigen.

Mit einer Bevölkerungsdichte von 104 Einwohnern/km² (am 31. Dezember 2008) ist der Landkreis Nordsachsen der am dünnsten besiedelte Landkreis im Freistaat Sachsen. Der Landkreis Nordsachsen nimmt eine Fläche von 2.020,21 km² = 11 % der Fläche des Freistaates Sachsen ein. Seit 1990 ist die Bevölkerung im Landkreis Nordsachsen durch einen rückläufigen Trend in der Einwohnerzahl geprägt (Rückgang um 11 %). Der Landkreis Nordsachsen befindet sich hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung in Gesellschaft der Landkreise Görlitz und Bautzen. Nach der 4. Regionalisierten Bevölkerungsprognose für den Freistaat Sachsen bis 2020 (Variante 3) wird sich diese Entwicklung fortsetzen. Es wird angenommen, dass der Landkreis Nordsachsen pro Jahr der Prognose durchschnittlich 1.600 Einwohner = 0,7 % verlieren wird. Dieser Bevölkerungsrückgang, der hauptsächlich durch ein Geburtendefizit verursacht ist, wird aber auch durch einen Wanderungsverlust beeinflusst. Die Bevölkerung im Landkreis Nordsachsen unterliegt einem Alterungsprozess. Während die Zahl der unter 15-jährigen im Landkreis Nordsachsen seit 1990 um 52,19 % zurückgegangen ist, stieg die Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr um 47,6 %. Betrug das Durchschnittsalter 1990 noch 37,7 Jahre (Sachsen: 39,4), so stieg es bis 2008 um fast 8 Jahre (Sachsen: über 6 Jahre) an und beträgt 2008 nun 45,4 Jahre (Sachsen: 45,7). Auch im Prognosezeitraum wird die Bevölkerung weiter altern. 2020 wird das Durchschnittsalter der Einwohner im Landkreis Nordsachsen voraussichtlich 49,4 Jahre (Sachsen: 48,8 Jahre) betragen. Das sind fast fünf Jahre mehr als 2008. Ursache hierfür ist die höhere Lebenserwartung. Diese steigende Lebenserwartung und die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Hochaltrigen (über 80-jährige) werden für eine stärkere Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sorgen.

Um auch künftig den Betroffenen eine direkte, schnelle, umfassende und trägerübergreifende Unterstützung in pflegfachlichen Fragen anbieten zu können und in Umsetzung des seit 1. Januar 2009 geltenden gesetzlichen Anspruchs auf Pflegeberatung, ergab sich die Notwendigkeit im Freistaat Sachsen eine strukturierte Pflegevernetzung zu entwickeln und die Machbarkeit mithilfe der ausgewählten Modellregionen zu erproben.

3.1.1 Grundlagen

Grundlage für die vernetzte Pflegeberatung bildet die am 12. Juni 2009 unterzeichnete „Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen auf der Grundlage des § 15 SGB I (Allgemeiner Teil) mit § 8 Abs. 2 SGB XI“. Ziel dieser Kooperationsvereinbarung ist die gemeinsame Sicherstellung einer vernetzten Pflegeberatung im Freistaat Sachsen, um Betroffene und andere Interessierte im Rahmen einer Erstberatung zu Fragestellungen, die sich rund um die Pflege ergeben, zu informieren und eine direkte, schnelle, umfassende und trägerübergreifende Unterstützung in pflegerelevanten Fragen zu leisten.

Ergänzend zu den regionalen Modellprojekten in Nordsachsen, Görlitz und Chemnitz nutzen die Vertragspartner der Kooperationsvereinbarung ein landesweites Internetportal, das aus einer Pflegedatenbank und einer telefonischen Servicehotline besteht. Entsprechend der abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung vom 12. Juni 2009 sind die in der Pflegedatenbank abrufbaren Daten in Kategorien dargestellt und durch die Landkreise und kreisfreien Städte sowie Pflegekassen im Freistaat Sachsen zur Verfügung gestellt. Der Landkreis Nordsachsen, der für seine regionale Komplettierung der Kategorien „Wohnen“, „Hilfen im Alltag“ und „Angebote für Angehörige“ zuständig ist, erfasst die Angebote dieser Kategorien und führt diese, wenn der Angebotsträger dies wünscht, der Pflegedatenbank zu. Seit Bestehen der Pflegedatenbank hat der Landkreis Nordsachsen 68 Datensätze bereitgestellt.

3.1.2 Zeitraum, Standort, Partner, Finanzierung

Das Modellprojekt begann im Landkreis Nordsachsen am 1. August 2009 und endete am 31. März 2010.

Die Projektleitung lag beim örtlichen Sozialhilfeträger in Person der Amtsleiterin. Die Projektleitung hat über die gesamte Projektlaufzeit die Verantwortung für die fachliche Führung und Präsentation des Projektes getragen.

Am Modellprojekt beteiligt haben sich:

- Landratsamt Nordsachsen, Sozialamt
- Landratsamt Nordsachsen, Gesundheitsamt
- Vertreter aus den Städten und Gemeinden des Landkreises Nordsachsen
- AOK PLUS Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
- BARMER GEK die gesundexperten
- IKK classic
- BKK Saint Gobain
- Knappschaft
- Kreisarbeitsgemeinschaft der Liga der freien Wohlfahrtspflege im Landkreis Nordsachsen
- Kommunalen Sozialverband Sachsen (KSV)
- Seniorenbeauftragte/r des Landkreises Nordsachsen
- Behindertenbeauftragte des Landkreises Nordsachsen
- Patientenfürsprecher für den Landkreis Nordsachsen
- Sozialarbeiter aus Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Die im Zusammenhang mit der Durchführung des Modellprojektes entstandenen Kosten, z. B. Druckkosten des Flyers hat die AOK PLUS getragen. Die personelle und sächliche Absicherung des Projektes erfolgte durch die Kooperationspartner auf der Grundlage der vorhandenen Ressourcen.

3.1.3 Zielstellungen

Zielstellung ist die Sicherstellung einer allgemeinen, nicht fallbezogenen individuellen (Erst-) Beratung und Hilfestellung zu bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen, Anlaufstellen von Leistungsträgern, Sach- und Rechtsfragen sowie sonstigen Hilfsangeboten. Weiterhin muss eine stärkere Vernetzung und Optimierung der Zusammenarbeit der Leistungsträger und Anlaufstellen und der bereits bestehenden Beratungsangebote bei den Sozialleistungsträgern, den Städten und Gemeinden (Sozialräume) und im Landkreis (z. B. freie Wohlfahrtspflege) erreicht werden.

Über eine unabhängige, trägerneutrale, direkte, umfassende, qualifizierte und kundenfreundliche sowie bedarfsorientierte Beratung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowohl an ihren wohnungsnahen Standorten als auch unabhängig vom Wohnort, kann die Befähigung unterstützt werden, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit und im gewohnten Umfeld verbleiben zu können. Ferner soll eine Vereinfachung des informellen Zugangs zu den Leistungen der Pflegeversicherung, zu Einrichtungen, Diensten, Angeboten und Hilfen umgesetzt werden. Aus der Initiierung und Errichtung dieses regionalen Modellprojektes können gewonnene Erkenntnisse in die Errichtung weiterer Netzwerke einfließen.

3.2 Realisierung und Umsetzung

3.2.1 Inhaltliche Umsetzung und Ergebnisse

- Bildung eines Arbeitsgremiums „Pflegeternetzwerk“, welches die Zielstellungen des Modellprojektes definiert und regelmäßig den Arbeitsstand und die Zielerreichung reflektiert
- Erfassung der Leistungserbringer hinsichtlich vorhandener Beratungs-, Pflege- und Wohnangebote sowie von Angeboten für Angehörige und Alltagshilfen
- Erteilung von Auskünften zu allgemeinen, nicht fallbezogenen Fragestellungen rund um das Thema Pflege und zu allgemeinen Sach- und Rechtsfragen an Betroffene und Interessierte
- Erstberatung von Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen zu pflegefachlichen Fragestellungen
- Anfertigung eines Evaluierungsbogens zur Erfassung aller Beratungen, die im Pflegeternetzwerk durchgeführt werden
- einzelfallbezogene und –orientierte Weiterleitung des Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen an den jeweils zuständigen Leistungsträger
- einzelfallbezogene und individuelle (Pflege-) Beratung des Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen durch den jeweiligen Kostenträger
- Individuelle zielorientierte Fallsteuerung durch die Hilfe- oder Versorgungsplanung unter Beteiligung von Netzwerkpartnern

- Koordinierung der erforderlichen Hilfen und verschiedenen Leistungen durch eine trägerübergreifende Zusammenarbeit unter Wahrung der Aufrechterhaltung von Eigenständigkeit und Selbstbestimmung; im Einzelfall auch durch eine persönliche Begleitung
- regelmäßiger fachlicher Austausch in Beratungen unter Hinzuziehung weiterer kompetenter Akteure mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und der Gewinnung weiterer Projektpartner
- Vorstellung des Pflegenetzwerks in Foren und Arbeitskreisen durch trägerübergreifende Informationsveranstaltungen und Schulungen, z. B. in der Tagung der Sozialarbeiter in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen des Landkreises Nordsachsen in der Reha-Klinik Dahlen - Schmannewitz am 26. November 2009 und in Beratungen der Arbeitsgruppen „Betreuung“ im Landkreis Nordsachsen
- Vernetzung des Sozialamtes, der beteiligten Pflege- und Krankenkassen, z. B. in Bezug auf gegenseitige Schulungen hinsichtlich der zugrundeliegenden Rechtskreise (SGB XI, XII) und Verfahrensweisen
- Öffentlichkeitsarbeit über Ziele, Inhalt und Aktivitäten des Pflegenetzwerks durch Flyer und ortsübliche Presseinformationen (örtliche lokale Presse, Amtsblätter, Internet) sowie in Fachzeitschriften
- Einrichtung einer eigenen Telefonhotline 0800 5 88 85 08 und einer
- E-Mail: pflegenetz@lra-nordsachsen.de für den Landkreis Nordsachsen
- Erarbeitung einer Checkliste für Ansprechpartner in den Städten und Gemeinden (regionale Sozialräume) für eine Erstberatung Betroffener im Fall einer plötzlich eintretenden Pflegenotwendigkeit (z. B. Entlassung aus einer stationären Einrichtung in das häusliche Umfeld)

3.2.2 Beratungsfolge

Auftaktveranstaltung 10. August 2009, Torgau, Schloss Hartenfels

Referenten: Herr Neumann (SLKT) Notwendigkeit der Entwicklung einer strukturierten Pflegevernetzung im Freistaat Sachsen
 Frau Schulze (AOK PLUS) Gesetzliche Grundlagen der Pflegeversicherung
 Frau Pfennig (LRA) Vorstellung des Modellprojektes "Pflegenetzwerk Nordsachsen"

	1. Beratung 18.05.2009	2. Beratung 08.06.2009	3. Beratung 03.07.2009	4. Beratung 02.12.2009	5. Beratung 10.02.2010	6. Beratung 16.03.2010
Themen	Vorstellung von Aufgaben, Zielstellungen, Aufbau, Vernetzung, Struktur, Zuständigkeiten, Öffentlichkeitsarbeit des Modellprojektes	Vorstellung der Konzeption, Abstimmung zur Aufgabenwahrnehmung, Zuständig- und Verantwortlichkeiten, Vorbereitung eines Flyers	Gestaltung eines Flyers, Vorbereitung der Auftaktveranstaltung	Zwischenbericht, Koordinierungs- und Netzwerkarbeit Entwicklung eines gemeinsamen Statistikbogens	Zusammenarbeit mit Hausärzten, Entlassungsmanagement, Perspektive	Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen
Ergebnisse	Konzeption, Ablaufplan	Konzeption, Ablaufplan	Flyer, Auftaktveranstaltung 10. August 2009	Auswertungssystematik, Statistikbogen	Entwicklung einer Checkliste für einen Pflegefall	Austausch zur Rolle und Bedeutung des Pflege- und Entlassungsmanagement

Abschlussveranstaltung 26. Mai 2010, Torgau, Schloss Hartenfels

3.3 Zusammenfassende Einschätzung

Die Effektivität, Effizienz und Wirksamkeit des Modellprojektes „vernetzte Pflegeberatung“ wurde während seiner gesamten Laufzeit durch Eigenreflexion überprüft. Daraus konnten Rückschlüsse und Folgerungen für die laufende Zusammenarbeit abgeleitet werden, in dem z. B. die Konzeption fortlaufend aktualisiert und weitere Partner für das Projekt gewonnen werden konnten.

Bereits während der Laufzeit des Modellprojektes hat sich gezeigt, dass die vernetzte Pflegeberatung geeignet ist, in einem ländlich strukturierten und großflächigem Landkreis mit einer niedrigen Bevölkerungsdichte einer unabhängigen, umfassenden, wohnortnahen und v. a. wohnungsnahen Beratung gerecht zu werden.

Pflegebedürftige und/oder ihre Angehörigen haben so die Möglichkeit, sich unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit und der Leistungszuständigkeit bei jedem Sozialleistungsträger beraten zu lassen. Diese trägerübergreifende Beratung belegt die Vielschichtigkeit und Flexibilität der Beratungsangebote über die eigene Zuständigkeit hinaus.

Es wurde aber auch festgestellt, dass sowohl das Internetportal PflegeN als auch die „vernetzte Pflegeberatung“ stärker als bisher durch die regionale örtliche Presse öffentlich bekannt gemacht werden müssen. Virtuelle Medien, wie z. B. Internet, sind in ländlich strukturierten Gebieten aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen (Breitband etc.) nur bedingt als Informationsplattform geeignet, um insbesondere die Möglichkeiten der häuslichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und die Angebote ergänzender Hilfen stärker in den Blickpunkt der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen und/oder ihrer Angehöriger zu rücken. Hierzu eignen sich Informationsblätter (Faltblätter), die zu verschiedenen pflegerelevanten Themen erstellt und in den verschiedenen Anlaufstellen (z. B. Bürgerbüros, Stadt- und Gemeindeverwaltungen, Begegnungsstätten) ausgelegt wurden. Dadurch konnte eine breite Streuung und Zugänglichkeit der Informationen erreicht werden.

Mit der Abschlussveranstaltung am 26. Mai 2010 ist die Arbeit des „Pflegetzwerk Nordsachsen“ nicht beendet. Die entstandenen Strukturen und gewonnenen Partner werden sich in der kommunalen Sozialplanung wiederfinden, um dort an der Vernetzung pflegerischer, sozialer und medizinischer Versorgungs- und Betreuungsangebote, vorhandener Beratungskompetenzen und sozialpädagogischer Kompetenzen mitzuarbeiten.

Die Weiterentwicklung und Qualifizierung eines umfassenden Leistungsangebotes, das den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen entspricht, ist eine Zielvorgabe im Prozess der kommunalen Sozialplanung. Gemeinsam mit den Sozialleistungsträgern, den Kooperationspartnern aus Politik und Verwaltung, den Trägern der freien Wohlfahrtspflege und privaten und öffentlichen Trägern von Einrichtungen, Angeboten und Diensten sowie Initiativen, Verbänden und Vereinen wird die Verwaltung auch künftig tragfähige und nachhaltige Lösungen für die unterstützungsbedürftigen Menschen in unserem Landkreis entwickeln und die Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Kooperationspartnern fortführen.

Es wird künftig als Pflegetzwerk im Landkreis Nordsachsen weitergeführt, unter anderem in dem sich alle Beteiligten ein- bis zweimal im Jahr zu einem „Stammtisch“ zusammenfinden und sich dort zu aktuellen Themen austauschen. Darüber hinaus werden die stattfindenden Beratungen mit Leiterinnen und Leitern von Einrichtungen, Angeboten, Diensten usw. weitergeführt.

Jutta Pfennig
Landkreis Nordsachsen - Sozialamt

4 Umsetzungsstand in der Modellregion Görlitz

4.1 Ausgangssituation

Seit dem 1. Januar 2009 haben alle Bürger einen individuellen Rechtsanspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Der Freistaat Sachsen hat sich entschieden, keine Pflegestützpunkte im Sinne des § 92c SGB XI einzurichten. Stattdessen wird der Rechtsanspruch mittels einer vernetzten Pflegeberatung umgesetzt.

Der Landkreis Görlitz unterstützt dieses Vorgehen ausdrücklich. Aus fachlicher Sicht aller Beteiligten würde die Einrichtung von Pflegestützpunkten teure Doppelstrukturen schaffen, ohne die Beratungsqualität zu verbessern. Die Erfahrungen beim Aufbau von Pflegestützpunkten in anderen Bundesländern zeigen, dass die angestrebte Dichte von einem Pflegestützpunkt je 20.000 bis 30.000 Einwohnern kaum erreicht wird. Mit einem Stützpunkt je Landkreis (Brandenburg, Hessen, Schleswig-Holstein u. a.) oder je 90.000 Einwohner (Berlin) kann eine wohnortnahe Beratung nicht realisiert werden. Hinzu kam die These, dass Komm-Strukturen in der Pflegeberatung nicht nachgefragt werden. Aus diesen Gründen ist der Landkreis Görlitz daran interessiert, bestehende Strukturen auszubauen und vorhandene personelle und finanzielle Ressourcen effizient zu nutzen.

Zur Erprobung der vernetzten Struktur wurden im Land drei Modellstandorte ausgewählt. Der Landkreis Görlitz repräsentiert den ländlichen Raum mit niedriger Bevölkerungsdichte. Die Auswirkungen des demographischen Wandels sind bereits heute deutlich spürbar. Seit 1990 ist die Zahl der Einwohner um ca. 86.000 zurück gegangen, sie sinkt aktuell um mehr als 3.500 jährlich. Die Geburtenzahlen verharren seit 1990 konstant auf niedrigem Niveau. Zahlreiche junge Menschen, v. a. gut ausgebildete Frauen verlassen den Landkreis nach Abschluss der Schule.¹ Gleichzeitig steigt der Anteil alter und hochaltriger Einwohner an der Gesamtbevölkerung. In der zurückliegenden Dekade hat sich in einigen Gemeinden des Landkreises die Zahl der Einwohner, die älter als 80 Jahre sind, fast verdoppelt.

Wegbrechende innerfamiliäre Hilfesysteme sind mangels alternativer Wohnform häufig nur durch eine vollstationäre Pflege zu ersetzen. Der ehemalige Landkreis Löbau-Zittau lag schon 2005 mit 14 stationären Pflegeplätzen je 1.000 Einwohner deutlich über dem sächsischen Durchschnitt (10,2). Aktuelle Berechnungen unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit nach Altersgruppen ergaben, dass im gesamten Landkreis Görlitz ca. 750 stationäre Pflegebetten über Bedarf bereitgestellt werden. Weitere Einrichtungen befinden sich im Bau.

Historisch bedingt leben im Landkreis überproportional viele Menschen mit Behinderungen. Das sind zum einen geistig bzw. schwerst mehrfach behinderte Menschen in den großen Einrichtungen in Rothenburg und Großhennersdorf. Hinzu kommen chronisch psychisch kranke und chronisch mehrfach geschädigte abhängigkeitskranke Menschen in stationären Wohnheimen in Zittau und Weißwasser. In den nächsten Jahren werden zum ersten Mal in der Geschichte in nennenswertem Umfang Mitarbeiter von Werkstätten für behinderte Menschen das Regelrentenalter erreichen. All das bedeutet, dass sich die Altenpflege auf die besonderen Bedürfnisse dieser Menschen einstellen muss. Fachkräfte in der Pflege benötigen eine entsprechende Qualifizierung, Infrastruktur muss dem Bedarf angepasst werden.

¹ Studie des Berlin-Instituts »Not am Mann«, Mai 2007, S. 39 ff.

Im Feld der klassischen Altenpflege waren bisher kaum landkreisweite Vernetzungen vorhanden. In allen drei alten Gebietskörperschaften gab es Kreissenorenräte. Sie sind heute im gemeinsamen Kreissenorenrat aktiv, agieren aber weiterhin lokal. In einigen Städten des Landkreises sind kommunale Seniorenvertretungen tätig. Bei den Trägern der stationären Altenpflege existieren in der Stadt Görlitz und im Süden des Kreises informelle Bündnisse von Heimleitern. Es sind derzeit keine Selbsthilfegruppen bekannt, die sich mit Altenpflege, Demenz o. ä. befassen. Einzig die Hospizdienste arbeiten vernetzt, das stationäre Hospiz in Herrnhut hat seinen Einzugsbereich in ganz Ostsachsen.

Obwohl keine organisierte Zusammenarbeit vorhanden war, gab es vereinzelt lokale Aktionen. Ein Beispiel dafür ist die seit 2007 jährlich stattfindende Seniorenmesse in Zittau bzw. Ebersbach.

4.2 Aufbau des Netzwerkes

Der Aufbau des Pflegenetzwerkes erfolgte im Landkreis Görlitz im Rahmen der strategischen Neuausrichtung des Sozialdezernates. Leitprozess war dabei die Entwicklung eines Rahmenplanes für die integrierte Sozialplanung. Gemeinsam mit Akteuren aus allen sozialen Bereichen - von der Jugendarbeit über die Behinderten- bis zur Altenhilfe - wurden Ziele entwickelt und mittelfristige Handlungsprioritäten bestimmt. Im Kreistag im Februar wurde der Rahmenplan verabschiedet und ist seither handlungsleitend für die Verwaltung und die Träger. Eine wichtige Intention integrierter Sozialplanung ist es, das traditionelle Ressortdenken aufzulösen. Statt Jugend-, Behinderten- und Altenhilfe parallel zu betrachten, werden lokale Lösungen nach dem Ansatz der Sozialraumorientierung gesucht. Dazu wird der Landkreis in fünf ähnlich strukturierte Planungsräume gegliedert. Die Entwicklung neuer, ambulanter Wohnformen vor allem im ländlichen Raum ist einer der Handlungsschwerpunkte der nächsten Jahre. Die Kreisgebietsreform beeinflusst nach wie vor die Veränderungen in bestehenden Netzwerken – auch auf dem Gebiet der Pflege.

Im Kernbereich der Pflegeberatung wurde zunächst der Kontakt zwischen den Pflegeberatern der Kassen und den Mitarbeitern des Sozialamtes intensiviert. Über Veranstaltungen der Sozialplanung wurde das Pflegenetzwerk regelmäßig thematisiert.

Bereits vorhandene Strukturen – z. B. die Pflegebegleiter in Görlitz (ehemaliges Bundesmodellprojekt) – wurden von Anfang an in die Netzwerkarbeit einbezogen.

Die offizielle Auftaktveranstaltung am 1. Oktober 2009 in Görlitz war zwar zahlenmäßig geringer besucht als in Nordsachsen oder Chemnitz, bestand aber in ihrer personellen Zusammensetzung aus denjenigen Trägern und Akteuren, die als innovativ und veränderungsbereit bekannt sind.

Zur Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit wurde ein Flyer entwickelt und allen Netzwerkpartnern in ausreichender Anzahl zur Verfügung gestellt.

4.3 Beteiligte

Netzwerkpartner sind neben den Pflegekassen und dem Sozialamt die Hochschule Zittau-Görlitz, die im Landkreis tätigen Demographie-Projekte (Weißwasser, Bad Muskau, Löbau, Zittau) Ärzte, weitere Beratungsstellen (VdK, Behindertenberatung etc.) sowie der Kreissenorenrat.

Ehrenamtliche Strukturen sind in Form der Pflegebegleiter in Görlitz sowie der Bürgerlotsen in Weißwasser beteiligt.

Wichtigster fachlicher Partner ist die »Initiative für Demenz« in Rothenburg. In diesem Modellprojekt nach § 45c SGB XI werden neue Versorgungsmöglichkeiten für Demenzkranke und ihre Angehörigen erprobt.

4.4 Arbeitsschwerpunkte im Landkreis Görlitz

Im Zeitraum des Modellvorhabens haben sich bisher drei Arbeitsschwerpunkte ergeben:

Die Vernetzung der Beratung von Pflegekassen und Sozialamt ist die wichtigste Voraussetzung für eine gelungene Umsetzung des § 7a SGB XI. Mit der gut funktionierenden Zusammenarbeit zwischen AOK und Sozialamt ist die Basis gelegt, weitere Bausteine folgen nach. In begründeten Einzelfällen wird z. B. die übergreifende Fallbesprechung intensiver genutzt.

Bei den alten Menschen mit Behinderung liegt das Hauptaugenmerk auf der Entwicklung neuer Wohnformen, die ein hohes Maß an Selbstständigkeit ermöglichen. Parallel wird im Bereich des stationären Wohnens an der Umwidmung von Einrichtung der Behindertenhilfe in Regeleinrichtungen nach SGB XI gearbeitet.

Über die Zahl der Demenzkranken, ihre Pflege und die Besonderheiten in der Arbeit mit den Angehörigen gibt es deutschlandweit nur mangelhafte und unvollständige Daten. Hier setzt die Arbeit der »Initiative für Demenz« an. Der Landkreis Görlitz setzt sich dafür ein, die Arbeit des Modellprojektes auf den gesamten Landkreis auszuweiten. Bisher sind nur der ehemalige Landkreis Niederschlesische Oberlausitz und die Stadt Görlitz als Modellregion bewilligt. Das Pflegenetzwerk unterstützt die Arbeit der Initiative und verbindet so die Ziele beider Modellvorhaben zu einem Gesamtwerk.

4.5 Aktionen im Modellzeitraum

Nach einem organisatorisch bedingten, zögerlichen Start der Netzwerkarbeit erhielten die Hausärzte im November ein Anschreiben zu den Zielen und Inhalten des Pflegenetzwerkes. Gleichzeitig wurden auf diesem Weg Flyer verteilt.

Im Dezember 2009 wurden gegenseitige Fortbildungen zwischen Mitarbeitern des Sozialamtes und den AOK-Pflegeberatern durchgeführt.

Viele Kooperationspartner des Pflegenetzes sind in die Arbeit in der »Initiative für Demenz« aktiv eingebunden. Derzeit arbeiten drei AGs zu folgenden Themen:

- Entwicklung und Umsetzung niederschwelliger Angebote
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fort- und Weiterbildung

Im Süden des Landkreises fanden zwei Veranstaltungen zum Thema Alzheimer statt. Organisiert und durchgeführt hat sie ein Pflegeheim in Ebersbach gemeinsam mit der örtlich zuständigen Pflegeberaterin der AOK PLUS.

Auf mehreren Veranstaltungen des VSBl e.V. (Träger eines Demographieprojektes in Weißwasser und Bad Muskau) wurde das Pflegenetzwerk im nördlichen Teil des Landkreises vorgestellt und eine Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Bürgerlotsen vereinbart.

Im November 2009 fand in Niesky der Ostsächsische Hospiztag statt. Auch hier wurden von Mitarbeitern des Landratsamtes Kontakte geknüpft und weitere Projekte vorbereitet. Probleme bereitet u.a. die Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im ländlichen Raum.

Ende März schließlich fand in Löbau ein Treffen der Träger der Behindertenhilfe statt. Obwohl es dort vornehmlich um die Vernetzung der Akteure in der Behindertenhilfe ging, diskutierten die Teilnehmer intensiv die Themen »Wohnen und Pflege im Alter« sowie »Umwidmung von Wohnstätten in stationäre Einrichtungen nach dem SGB XI«.

4.6 Ausblick

Ungeachtet des offiziellen Endes des Modellzeitraumes sind folgende Aktionen geplant, um das Pflegenetzwerk weiter zu verbessern:

Am 22. April 2010 fand im Carolus Krankenhaus in Görlitz ein Treffen der Sozialarbeiter der Krankenhäuser statt. Neben der aktiven Einbindung der Sozialdienste der Krankenhäuser in das Netzwerk ging es um Verbesserungen im Entlassungsmanagement und der Pflegeüberleitung. Es wurde vereinbart, diese Treffen in Zukunft regelmäßig durchzuführen und Vertreter der Kassen zu beteiligen. Die Teilnehmer zeigten großes Interesse an einem kontinuierlichen Erfahrungsaustausch.

Für Anfang Mai ist die Freischaltung des »Demenztelefons« vorgesehen. Dieser Service der »Initiative für Demenz« ist als niederschwelliges Beratungsangebot für Angehörige von demenzkranken Menschen konzipiert. Es bietet vor allem im ländlichen Raum eine Alternative zu weiten Wegen zur nächsten Beratungsstelle.

Am 12. Mai 2010 wird es gemeinsam mit Dr. med. Hanzl (stv. Vorsitzender d. sächs. Hausärzterverbandes) ein Fachforum geben. Thema ist die Einbindung von Hausärzten und Praxispersonal in die Demenzberatung.

Im Pflegeheim in Ebersbach wird weiter an der Einrichtung eines Angehörigenstammtisches gearbeitet. Dort sollen Angehörige Demenzkranker miteinander ins Gespräch kommen. Das Angebot richtet sich auch an Menschen, die die Pflege zu Hause organisieren. Während des Stammtisches betreuen Mitarbeiter des Pflegeheimes die Pflegebedürftigen.

Für den 25. August 2010 ist in Ebersbach die nächste Seniorenmesse geplant. Sie soll in diesem Jahr erstmals für den gesamten Landkreis Görlitz gestaltet werden.

Ebenfalls in der Planung ist die Wiederholung der Fortbildungsveranstaltung des Sozialamtes – diesmal mit den Pflegeberatern der anderen Pflegekassen.

4.7 Ergebnisse

Die Arbeit im Modellzeitraum hat deutlich gemacht, dass das Prinzip der vernetzten Pflegeberatung der richtige Ansatz zur Umsetzung des § 7a SGB XI ist.

Im Augenblick wird der Beratungsbedarf der Bevölkerung über die bestehenden Systeme gedeckt. Ein nach Einführung des § 7a SGB XI erhöhter oder bisher nicht gedeckter Bedarf ist im Landkreis Görlitz nicht erkennbar.

Durch eine enge Verbindung der Beratungen der Pflegekassen und im Sozialamt sind weitere Verbesserungen in der Beratungsqualität zu erwarten. Die vom Gesetzgeber angedachte »Beratung aus einer Hand« ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht umsetzbar – und wäre von einem Pflegestützpunkt erst recht nicht zu leisten. Umfassende und zielführende Beratung kann aus unserer Sicht letztlich nur an der Stelle erfolgen, an der auch die Bescheide geschrieben werden. Eine Beratung im Sinne des § 7a SGB XI setzt z. B. voraus, dass der Beratende Zugriff auf alle entscheidungsrelevanten Daten hat. Empfehlenswert ist in diesem Zusammenhang ergänzend zur quantitativen Erfassung eine qualitative Auswertung der Beratungen. Aus der Analyse wiederkehrender Beratungsinhalte lassen sich konkrete Beratungsbedarfe von Pflegebedürftigen und Angehörigen ermitteln.

In der konkreten Netzwerkarbeit wurde deutlich, dass im ländlichen Raum zentrale Veranstaltungen schlecht zu organisieren sind. Selbst mit hohem organisatorischen Aufwand werden nur wenige Interessenten erreicht. Für die unterschiedlichen Bedarfe müssen deshalb lokale Lösungen gefunden werden. Diese werden sich im städtischen und ländlichen Raum deutlich voneinander unterscheiden.

Die Einbindung von Leistungserbringern und Ärzten ist bisher nicht im gewünschten Maße gelungen - daran muss weiter gearbeitet werden, da beide Gruppen ebenfalls nicht zu unterschätzende Beratungsleistungen erbringen. Es ist vorgesehen, das Pflegenetzwerk über die Kassenärztliche Vereinigung bei den Haus- und Fachärzten bekannter zu machen.

Bürgerschaftliches Engagement soll weiter ausgebaut werden, besonders zur Unterstützung für pflegende Angehörige und im nicht-pflegerischen Bereich (Hauswirtschaft, Dienstleistungen etc.). Hier geht es nicht darum, professionelles Handeln zu ersetzen, sondern es sinnvoll zu ergänzen.

Die Nutzung der Pflegedatenbank im Internet wird durch fehlende Breitbandanschlüsse im ländlichen Raum erschwert. Für den Vergleich und die Auswahl geeigneter Leistungserbringer ist sie bei gegebener geringer Anbieterdichte nur von untergeordneter Bedeutung.

Die Schwerpunkte der Weiterentwicklung von Pflege liegen im Landkreis Görlitz auf:

- neuen Angeboten für Menschen mit Behinderungen über 65 Jahre,
- alternativen, nicht-stationären Wohnangeboten, besonders im ländlichen Raum,
- Ausbau von Hospizarbeit,
- Weiterentwicklung von Angeboten für Demenzkranke,
- generationenübergreifenden Projekten,
- der Diskussion über den Bedarf und den Einsatz von Fach- und Hilfskräften.

Die Bürger im Landkreis erwarten eine klare Orientierung an den Bedürfnissen von Pflegenden und Pflegebedürftigen gleichermaßen. Sie benötigen ein unbürokratisches und transparentes System von Leistungen, das die Pflege von Angehörigen erleichtert. Sie benötigen Angebote,

die eine bezahlbare Alternative zu einem ungewollten Umzug ins Pflegeheim darstellen. Sie benötigen Konzepte, die den demographischen Wandel als Realität anerkennen und Lösungen zur Gestaltung desselben aufzeigen. An diesen Aufgaben wird im Landkreis Görlitz weiter gearbeitet. Die Vernetzte Pflegeberatung wird diese Prozesse unterstützen und begleiten. Vom Pflegegenetz selbst können wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur ausgehen.

Matthias Reuter
Landkreis Görlitz - Landratsamt

5 Ergebnisse (statistische Auswertung) der Beratungssituationen in den Modellregionen

5.1 Zielstellung und Umsetzung der Auswertung

Im Folgenden werden die zusammengefassten **Ergebnisse der Beratungssituationen** in den drei Modellnetzwerken dargestellt. Grundlage dafür sind die (parallel zu Beratungssituationen rund um Pflege) ausgewerteten Erhebungsbögen im Erfassungszeitraum von September 2009 bis März 2010.

Ziel der Auswertung ist die detaillierte Darstellung der Beratungssituationen in den einzelnen Modellregionen, da diese unmittelbaren Einfluss auf Vernetzungsstrukturen haben. Unter Berücksichtigung der drei unterschiedlichen Ausgangslagen und den unterschiedlichen strukturellen Ausgestaltungen der drei Modellregionen erfolgt neben der zusammenfassenden Interpretation für Sachsen, die regionale Gegenüberstellung der Ergebnisse. Wie unterscheidet sich beispielsweise die Stadt Chemnitz beim generellen Beratungsaufkommen vom Landkreis Görlitz oder in welcher Region gab es den größten Anteil an notwendigen Folgeberatungen?

Schwerpunktmäßig werden die Ergebnisse der drei Modellregionen zur Verteilung der Beratungen, zu den Merkmalen der beratenen Personen, Hinweise zur Ausgangslage innerhalb der Beratung, Schwerpunkte der Beratungen sowie zur weiteren Ausgestaltung der Beratungssituation dargestellt. Eine Wertung der dargestellten Ergebnisse findet hauptsächlich in Kapitel 7 statt.

Verwendet wurde ein standardisierter Erhebungsbogen (vgl. Anlage Statistikbogen). Die Erhebung erfolgte unabhängig von der Art der Beratung (in der Häuslichkeit, als telefonisch Beratung usw.) bei allen im Zeitraum statt gefundenen Beratungen. Der Einsatz der Bögen erfolgte durch die Pflegeberater der beteiligten Pflegekassen (nach § 7a SGB XI) sowie durch die Mitarbeiter der Kommunen (i.d.R. der Soziale Dienst), die in der Pflegeberatung eingesetzt sind.

Die Erfassung der Angaben erfolgte durch den Berater parallel zum Beratungsgespräch. Da eine Pflegeberatung den Charakter eines beratenden Abstimmungsgespräches² zwischen den Teilnehmern hat (insbesondere wenn nachfolgende Maßnahmen durchgeführt werden müssen), fließt in die Beantwortung des Fragebogens (z. B. Frage 10: Ist eine weitere Beratung erforderlich?) immer die ausgehandelte Sichtweise des Ratsuchenden sowie des Beraters ein.

Im aufgeführten Auswertungszeitraum wurden **1.683** Beratungen erfasst und als Datenbasis ausgewertet. Der Erfassungszeitraum von sieben Monaten ergibt sich aus der begrenzten Modelldauer, bei längeren Zeiträumen ist eine noch höhere Aussagekraft zu erwarten.

5.2 Beratungsumfang

Unabhängig von der Anzahl von 1.683 Beratungen ist grundsätzlich ein höheres Beratungsaufkommen in den Modellregionen zum Thema Pflege zu berücksichtigen. Einerseits wurde in der Anfangsphase nicht bei jeder Beratung der entsprechende Erhebungsbogen konsequent erfasst. Andererseits erfolgen insbesondere bei den Pflegekassen neben der Pflichtleistung Pflegeberatung nach § 7a SGB XI die zusätzlichen regulären Kundenberatungen

² vgl. § 7a Abs. 1 Satz 4 SGB XI

(durch die Filialen, durch die Sachbearbeiter in der Leistungsbearbeitung) zu Pflege Themen in einem großen Umfang.

So berät beispielsweise die AOK PLUS zusätzlich zu den hier ausgewerteten Pflegeberatungen durchschnittlich wöchentlich ca. **480** Versicherte telefonisch zu entsprechenden Nachfragen bezüglich SGB XI. Die Anzahl von **1.683** Beratungen ist demzufolge nicht als alleiniger Beratungsbedarf der Modellregionen zu bewerten.

Die Anzahl von **1.683** Pflegeberatungen bezieht sich in der Summe ausschließlich auf die drei untersuchten Modellregionen. Um eine Aussage für den gesamten Freistaat Sachsen zum Pflegeberatungsbedarf durch Kostenträger landesweit zu treffen, können zur Veranschaulichung die Anzahl der gesamten Pflegeberatungen der Pflegekassen (neben den kommunalen Beratungsleistungen) im Modellzeitraum in Sachsen betrachtet werden. Beispielsweise hat die IKK classic insgesamt **702³** Pflegeberatungen, der vdek insgesamt **565** Pflegeberatungen oder die AOK PLUS insgesamt **4.925** Pflegeberatungen im aufgeführten Zeitraum von 7 Monaten durch Pflegeberater nach § 7a SGB XI durchgeführt. Bezogen auf die drei aufgeführten Pflegekassen sind das **55 Pflegeberatungen pro 1000** pflegebedürftigen Versicherten in Sachsen allein durch die Pflegekassen.

Ergänzend ist zu erwähnen, dass der Statistikbogen ausschließlich der Auswertung der Beratungssituation in den drei Modellregionen diene. Grundsätzlich führt jeder der teilnehmenden Kostenträger eine personengebundene Beratungsdokumentation. Bei den Kommunen handelt es sich hierbei um die sogenannten Hilfepläne, bei den Pflegekassen findet der Versorgungsplan nach § 7a SGB XI Anwendung. Die in diesen Dokumentationen erfassten Informationen sind nicht in die hier vorliegende Modellauswertung eingeflossen.

5.3 Inanspruchnahme der Beratungsleistung

Bei der Betrachtung der Verteilung der Beratungszahlen wurde in der landesweiten Summe die Beratung in **1.140 Fällen (68%)** durch die Pflegekassen durchgeführt, zu **32% (543)** durch kommunale Berater. Die Verteilung der Gesamtberatungen auf die einzelnen Monate schwankt zwischen 8 % und 19 %. Die Verteilung der 1.140 Kassenberatungen auf die einzelnen Kassen/Verbände (die AOK PLUS hat z. B. anteilig 75 % der 1.140 Kassenberatungen durchgeführt) ist exemplarisch für die anteilige Anzahl der zu betreuenden Versicherten zu werten.

Bei Betrachtung der drei Modellregionen wird deutlich, dass in der Modellregion Görlitz mit **797 Beratungen (47%)** der größte regionale Anteil an der Gesamtzahl von 1.683 Beratungen (Chemnitz: **586 Beratungen bzw. 35%**; Nordsachsen: **300 Beratungen bzw. 18%**) durchgeführt wurde.

Ein regionaler Unterschied besteht bei der Verteilung der Beratungen zwischen Kommune und Kassen. Mit **45 % (357 Beratungen)** Anteil ist der kommunale Beratungsanteil in der Region Görlitz deutlich höher als in den beiden anderen Modellregionen. In Chemnitz fällt das Verhältnis mit **80 % (487 Beratungen)** durch Pflegekassen sowie **20 % (119 Beratungen)** durch die Kommune und in Nordsachsen mit **78 % (233 Beratungen)** durch Pflegekassen sowie **22 % (67 Beratungen)** durch die Kommune entgegengesetzt aus (Abbildung. 1, nachfolgend Abb.).

³ In den aufgeführten Summen der beispielhaft dargestellten Pflegekassen sind die Anteile für die drei Modellregionen bereits enthalten.

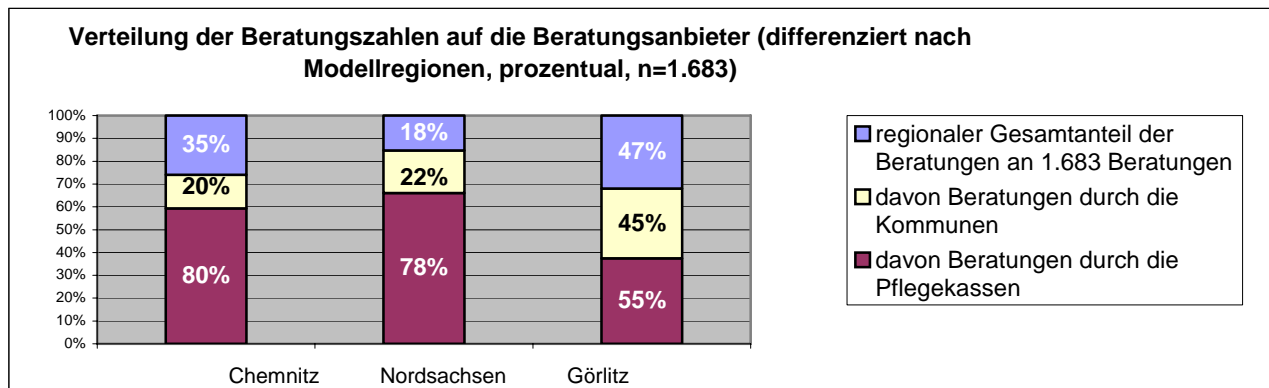


Abb. 1 - Verteilung der Beratungszahlen nach Beratungsanbieter

5.4 Schwerpunkte der Beratungen

Der höhere kommunale Beratungsanteil in Görlitz spiegelt sich ebenfalls in den Beratungsschwerpunkten wider. Liegt **sachsenweit** mit **67 %⁴** (bzw. bei 1.132 Beratungen nachgefragt) der Beratungsschwerpunkt bei SGB XI Inhalten (**40 %** bzw. 669 Beratungen zu SGB XII Inhalten, **27 %** bzw. 455 Beratungen zu allgemeinem Hilfebedarf, **19 %** bzw. 314 Beratungen zu SGB V Inhalten (Abb. 2), so ist in Görlitz mit **56 %** Beratungsbedarf zu SGB XII Inhalten (**64 %** zu SGB XI, **21 %** zu allgemeinem Hilfebedarf, **20 %** zu SGB V) der Schwerpunkt anders gesetzt als in Nordsachsen (SGB XI: **77 %**, SGB XII: **33 %**, allgemein: **36 %**, SGB V: **20 %**) sowie in Chemnitz (SGB XI: **66 %**, SGB XII: **21 %**, allgemein: **30 %**, SGB V: **20 %**).

Grundsätzlich ist die Region Görlitz mit einem erhöhten Beratungsbedarf generell sowie einem erhöhten Beratungsbedarf bezüglich SGB XII Leistungen zu bewerten. In der Folge bedeutet dies u. a. eine entsprechende Ausrichtung der Beratungskräfte hinsichtlich Detailwissen SGB XII. Möglicherweise zeigt die demographische Entwicklung in Görlitz (z. B. Wegzug jüngerer Familienangehöriger und damit das Fehlen pflegender Angehöriger) bereits größere Auswirkungen auf die Versorgung pflegebedürftiger Bewohner, was wiederum Einfluss auf die kommunale Daseinsvorsorge hat.

⁴ in den im Abschnitt aufgeführten Prozentwerten sind Mehrfachnennungen berücksichtigt

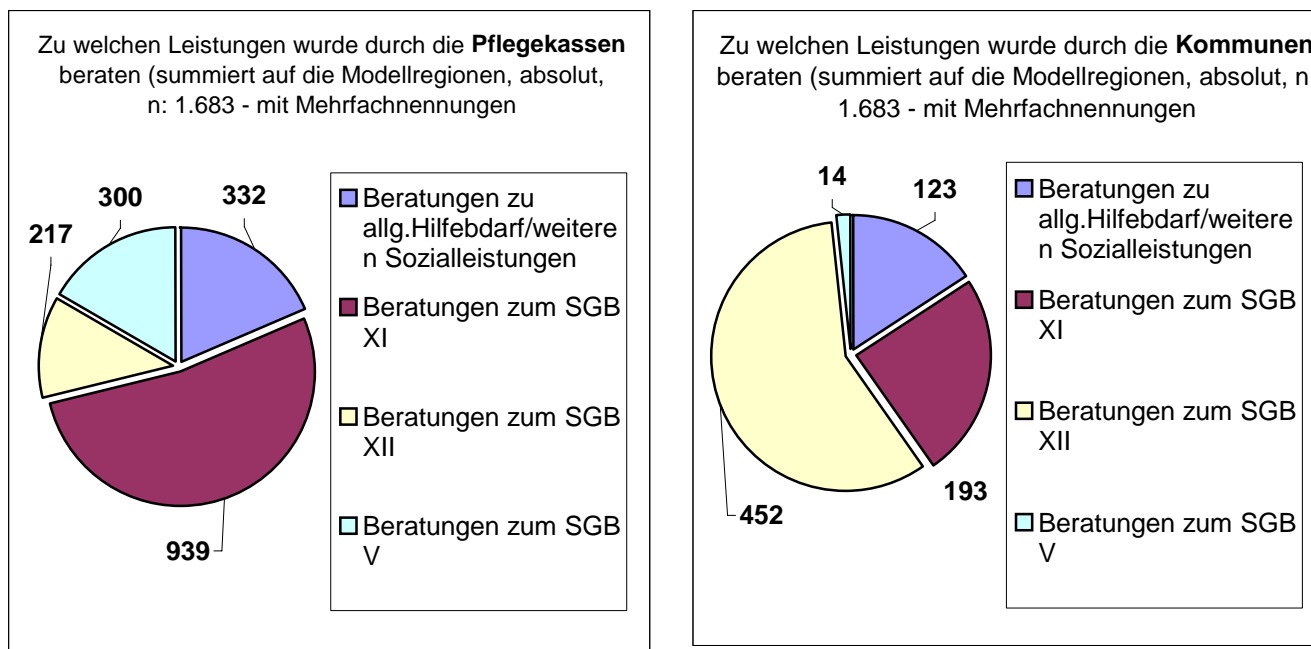


Abb. 2 – Beratungsschwerpunkte

5.5 Beratungsort

Ausschlaggebend für den Beratungsort in den Modellregionen ist der Wunsch des Ratsuchenden. Bezüglich Inanspruchnahmeverhalten der Ratsuchenden ist erkennbar, dass **mit 847 Beratungen** (50 %) die aufsuchende häusliche Beratung der häufigste Beratungsort ist (Abb. 3). Bei den 847 häuslichen Beratungen entfallen **85 %** auf Kassenberater, 15 % auf kommunale Berater. Bei den gewünschten telefonischen Beratungen beträgt der Anteil der kommunalen Beratungen **50 %**.

Der große Anteil der Kassenberatungen bei den häuslichen Beratungen spiegelt die Umsetzung des § 7a SGB XI wider, welcher die aufsuchende Pflegeberatung präferiert. Bei den **4.925** Beratungen der AOK PLUS beispielsweise werden die monatlichen Beratungen ebenfalls zu ca. **85 % in der Häuslichkeit** gewünscht und durchgeführt.

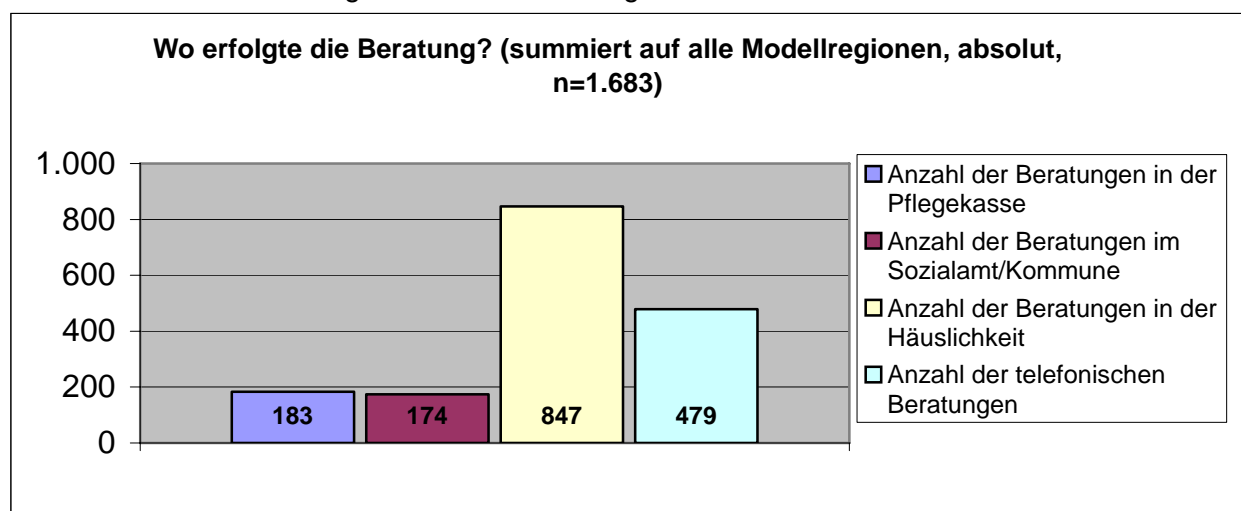


Abb. 3 – Beratungsort

5.6 Beratungsteilnehmer

Die Ratsuchenden sind zu **71 % Frauen**, wobei hier auch der Anteil der beratenen Angehörigen betrachtet werden muss (Abb. 4). Die beiden größten Gruppen der Beratungsteilnehmer waren die Gruppe der pflegenden Angehörigen (allein im Gespräch) mit **39 %** (661 Beratungen) bzw. die Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen gemeinsam mit **25 %** (419 Beratungen). Unter den beratenen **71 % Frauen** befindet sich demzufolge eine große Anzahl Angehöriger, was die gegenwärtige Situation der Angehörigenpflege widerspiegelt.

In **13 %** der Beratungsfälle wurde der Pflegebedürftige allein beraten. Bei Betrachtung der zurückgehenden Angehörigenpflege ist es hier auch Aufgabe der Beratungsstellen, durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit Wege zu finden, allein lebenden Pflegebedürftigen das Angebot der (aufsuchenden) Pflegeberatung zu unterbreiten.

Der Anteil der gewünschten Beratungen von Pflegebedürftigen gemeinsam mit Pflegediensten zu **10 %** (bzw. 161 Beratungen) kann Ausdruck einer verstärkten partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (im Sinne einer bestehenden Vernetzung) sein. Andere Beratungskonstellationen (z. B. Betreuer mit Pflegedienst) sind wegen der geringen Anzahl nicht aufgeführt (Abb. 4).

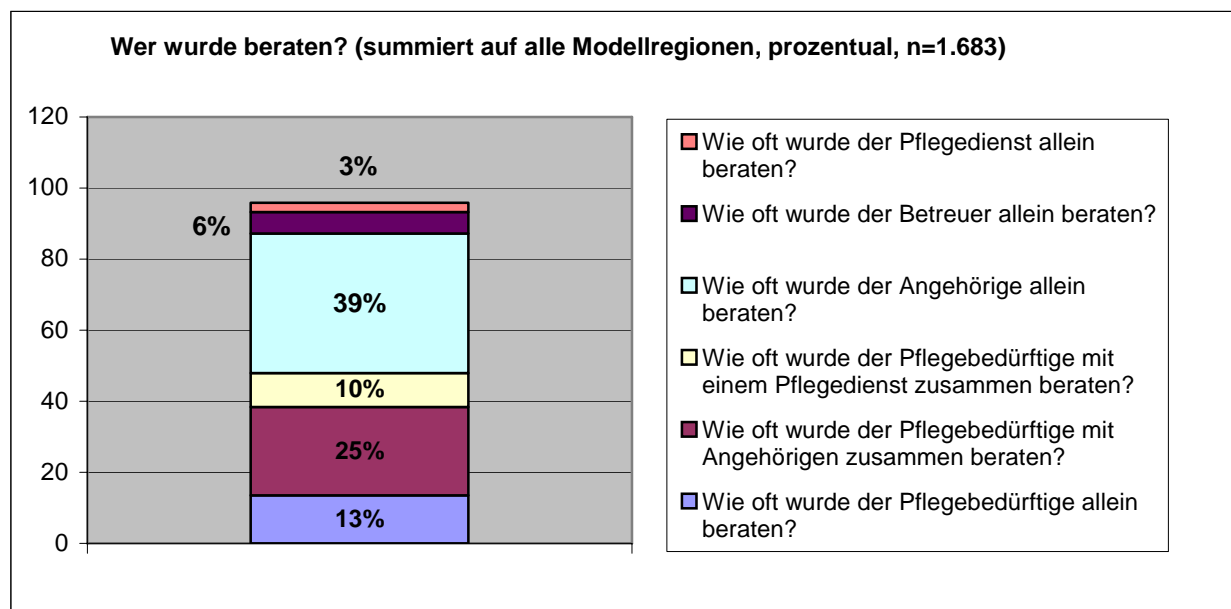


Abb. 4 – Beratungsteilnehmer

Die Kooperationsvereinbarung der Modellregionen und auch die Ausführungen des § 7a SGB XI sehen die Beratung von Ratsuchenden – unabhängig von der jeweiligen Kassenzugehörigkeit – vor. Die Notwendigkeit der kassenfremden Beratung (Vorhaltung einer regionalen Beratung unabhängig von der individuellen Kassenzugehörigkeit) war auch ein Argument für die Errichtung von Pflegestützpunkten durch den Gesetzgeber.

Die kassenübergreifende Beratung wird allen Ratsuchenden angeboten und umgesetzt, offensichtlich besteht hier aber kein hoher Bedarf. Bei **6 %** der Pflegeberatungen wurde eine Beratung von Fremdversicherten durchgeführt (bezogen auf die Beratungen durch Kassenmitarbeiter, eine Beratung durch die Kommune wird grundsätzlich ohne Bezug zur Kassenzugehörigkeit durchgeführt - Abb. 5), die regional gegliederte Auswertung zeigt kein anderes Bild. Das Ergebnis zeigt, dass aufzubauende Parallelstrukturen eines Pflegestützpunktes bei diesem

Aspekt keinen Zusatznutzen für den Versicherten bedeuten, sondern dass der Ratsuchende vielmehr den Zugang direkt zu seiner Pflegekasse sucht und findet.

Das durchschnittliche Verhältnis der Beratungsteilnehmer mit Pflegestufe und ohne Pflegestufe ist mit **58 % (980)** und **42 % (703)** bei der sachsenweiten Betrachtung relativ ausgewogen (Abb. 5) . Die Frage bezog sich bei der Beratung von Angehörigen, Pflegediensten etc. immer auf den Pflegebedürftigen, um den es in der Beratungssituation ging.

Betrachtet man die einzelnen Modellregionen, ergibt sich im Landkreis Görlitz ein differenziertes Bild. Zu **72 % (570)** erfolgten dort die Beratungen bei Ratsuchenden mit einer vorliegenden Pflegestufe. Setzt man diese Werte in Beziehung zu den höheren Beratungsanteilen im Landkreis Görlitz an den Gesamtberatungen im Auswertungszeitraum (Abb. 2), dann wird der erhöhte Beratungsbedarf bei **pflegebedürftigen Versicherten** bestätigt.

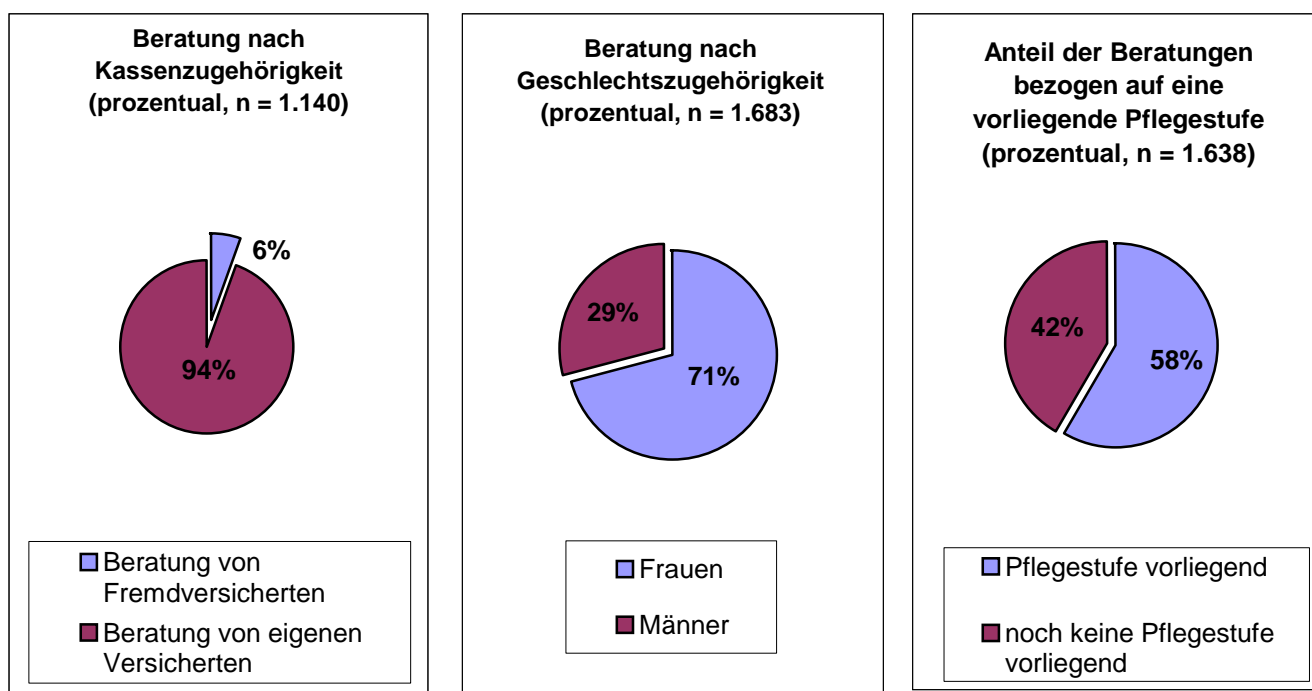


Abb. 5 –Versicherungszugehörigkeit/Geschlechterverteilung/Pflegeeinstufung, summiert auf alle Modellregionen

5.7 Beratungsursachen

Bei der Verteilung der Beratungsursachen zeigt sich mit **639 Beratungen (bzw. 38 %)** zur längerfristigen Orientierung die Bedeutung der vorpflegerischen Beratung (942 Beratungen bzw. 56 % zu akuten Pflegesituationen, 235 Beratungen bzw. 14 % zu sonstigen Fragestellungen – bei Mehrfachnennungen, Abb. 6). Unter den Aspekt >Sonstiges< fallen beispielsweise Beratungen, in denen es allein um Fragen zu Inhalten eines Pflegevertrages ging oder in denen ausschließlich Adressen von Anbietern zusätzlicher Betreuungsleistungen gesucht wurden. In der Region Nordsachsen weicht das landesweite Verhältnis aus Abb. 6 ab. Bei den dortigen Beratungen lag mit **67 %** der Schwerpunkt auf einer akuten Pflegesituation (**23 %** längerfristige Orientierung, **10 %** sonstiges), anteilig annähernd gleich auf Kommunal- sowie Kassenberatung verteilt.

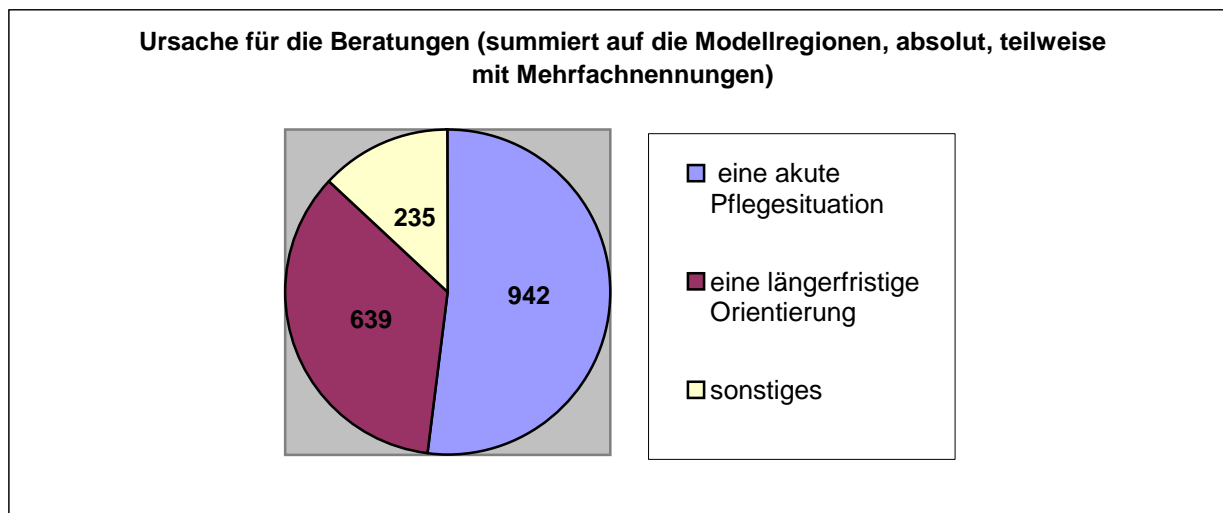


Abb. 6 – Ursachen der Beratung

5.8 Art und Weise der Vernetzung – Vorkontakte zu anderen Beratungsstellen

Die folgenden Ausführungen beschreiben den Umfang und die **Art und Weise der Vernetzung**, eine Wertung der erreichten Qualität kann mit der vorliegenden quantitativen Auswertung nicht erfolgen. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen ist beispielsweise eine Zufriedenheitsbefragung der Ratsuchenden einsetzbar.

In **89 %** der Gespräche (1.503 Beratungen) fand ein direkter Kontakt zum zuständigen Leistungsträger statt (Abb. 7). Bei 96 % der Kassenberatungen sowie bei 75 % der Kommunalberatungen bedeutet dies keinen vorhergehenden Beratungskontakt. **Bei 11 % (180 Beratungen)**, summiert auf die Modellregionen) fand vorab durch den Ratsuchenden eine Vorkontaktierung einer anderen Beratungsstelle statt.

Betrachtet man die Verteilung in den einzelnen Modellregionen, dann ergibt sich für Chemnitz in **5 %** der Beratungsfälle ein Vorkontakt, in Nordsachsen bei **6 %** und im Landkreis Görlitz bei **17 %** ein Vorkontakt.

An diesem Ergebnis wird ebenfalls deutlich, dass auch hier aufzubauende Parallelstrukturen eines Pflegestützpunktes keinen Zusatznutzen für den Versicherten bedeuten. Vielmehr kennt die Mehrzahl der Ratsuchenden die zuständige Beratungsstelle, da größtenteils ohne Vorkontakte über eine andere Beratungsstelle direkt die zuständige Beratung abgefordert wird.

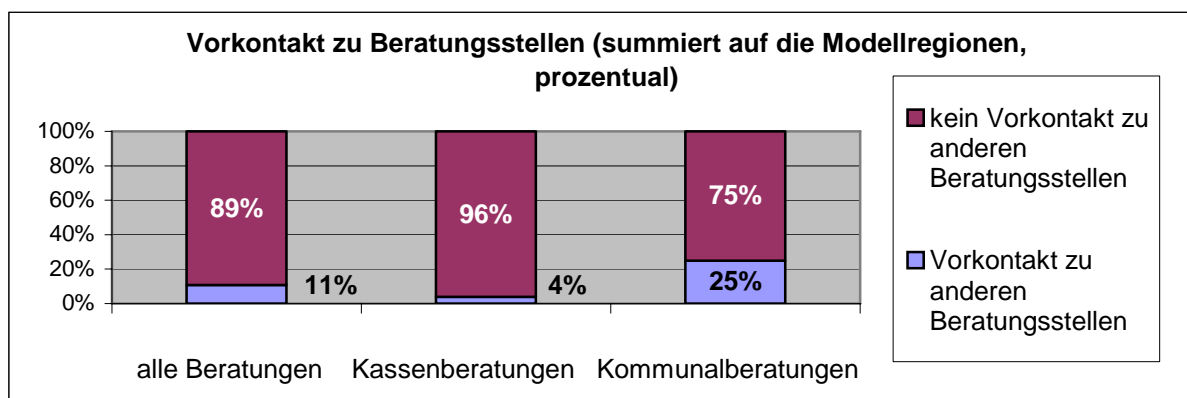


Abb. 7 – Vorkontakte

5.9 Art und Weise der Vernetzung – Informationen durch das Netzwerk

Ein Ziel von vernetzten Beratungsstrukturen ist das Vorhalten gut und schnell erreichbarer Beratungsmöglichkeiten sowie das Informieren über die entsprechenden Beratungsangebote. Die Ergebnisse der Frage „Hat der zu Beratende über das Netzwerk zu Beratungsmöglichkeiten erfahren?“ gestalten sich regional unterschiedlich. In den drei Modellregionen zusammengefasst hat in **12 % der Beratungen (entspricht 208 Beratungen)** der Ratsuchende durch das neue Netzwerk zu der Pflegeberatungsmöglichkeit erfahren (Abb. 8). An diesen 208 Beratungen haben die Pflegekassen ein Anteil von **31 %** und die Kommune einen Anteil von **69 %**.

In Chemnitz verteilen sich bei den **64 Beratungen** (11 % der Beratungen), in denen der Ratsuchende vorab durch das Netzwerk aufmerksam geworden ist, ein Anteil von **60 %** auf die Pflegekassen sowie **40 %** auf die Kommunen.

In Nordsachsen verteilen sich bei den **35 Beratungen** (12 % der Beratungen), in denen der Ratsuchende vorab durch das Netzwerk aufmerksam geworden ist, ein Anteil von **28 %** auf die Pflegekassen sowie **72 %** auf die Kommunen. In der Region Görlitz verteilen sich bei den **109 Beratungen** (14 % der Beratungen), in denen der Ratsuchende vorab durch das Netzwerk aufmerksam geworden ist, ein Anteil von **15 %** auf die Pflegekassen sowie **85 %** auf die Kommunen. In den Regionen Nordsachsen und Görlitz wird deutlich, dass die kommunalen Beratungsmöglichkeiten stärker als die Berater der Pflegekassen durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit der Netzwerke frequentiert werden.

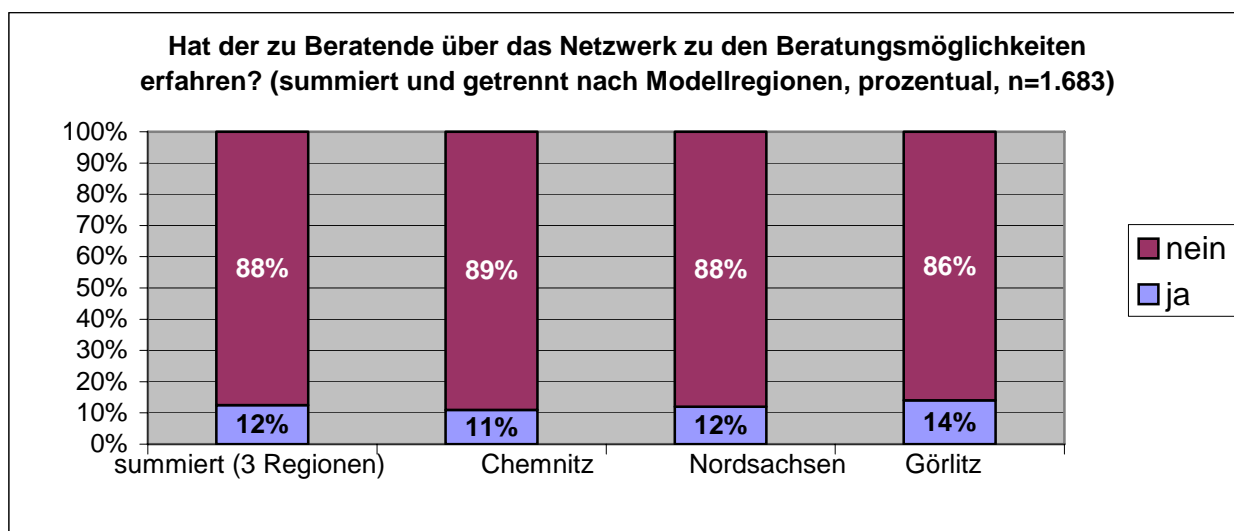


Abb. 8 – Vorabinformation durch das Netzwerk

5.10 Art und Weise der Vernetzung – Weitervermittlung

In **68 % (bzw. bei 1.149 Fällen)** der Beratungen bestand keine Notwendigkeit der Kontaktaufnahme/Weitervermittlung zu einem anderen Träger (Abb. 9). Notwendig war dies aber in **534 Beratungen (32%)**.

Zu beachten ist hierbei, dass es bei dieser Fragestellung um die Kontaktaufnahme/Weitervermittlung zu einem **anderen** Kostenträger bzw. Beteiligten handelt.

Betrachtet man die **534 Beratungen mit Weitervermittlung**, so ist die Weitervermittlung/Kontaktaufnahme an/zu einen/m Netzwerkpartner bezüglich Durchführung der Versorgungssituation (Leistungserbringer) der größte Anteil (**n=231 bzw. 43%**), wobei hier im geringen Umfang auch Mehrfachnennungen in die Auswertungen eingeflossen sind.

Die Art der Weitervermittlung/Kontaktaufnahme wurde nicht erfasst. Die Kontaktaufnahme/Weitervermittlung zu anderen Beteiligten wurde in den Regionen Nordsachsen sowie auch in Görlitz annähernd zu ca. **50 %** durch die kommunalen Berater und zu ca. **50 %** durch die Berater der Pflegekassen für notwendig (dies in Absprache mit dem Ratsuchenden) erachtet. In der Region Chemnitz war der Anteil bei den kommunalen Beratungen mit **36 %** geringer wie bei den Beratungen durch Kassenmitarbeiter (**64 %**).

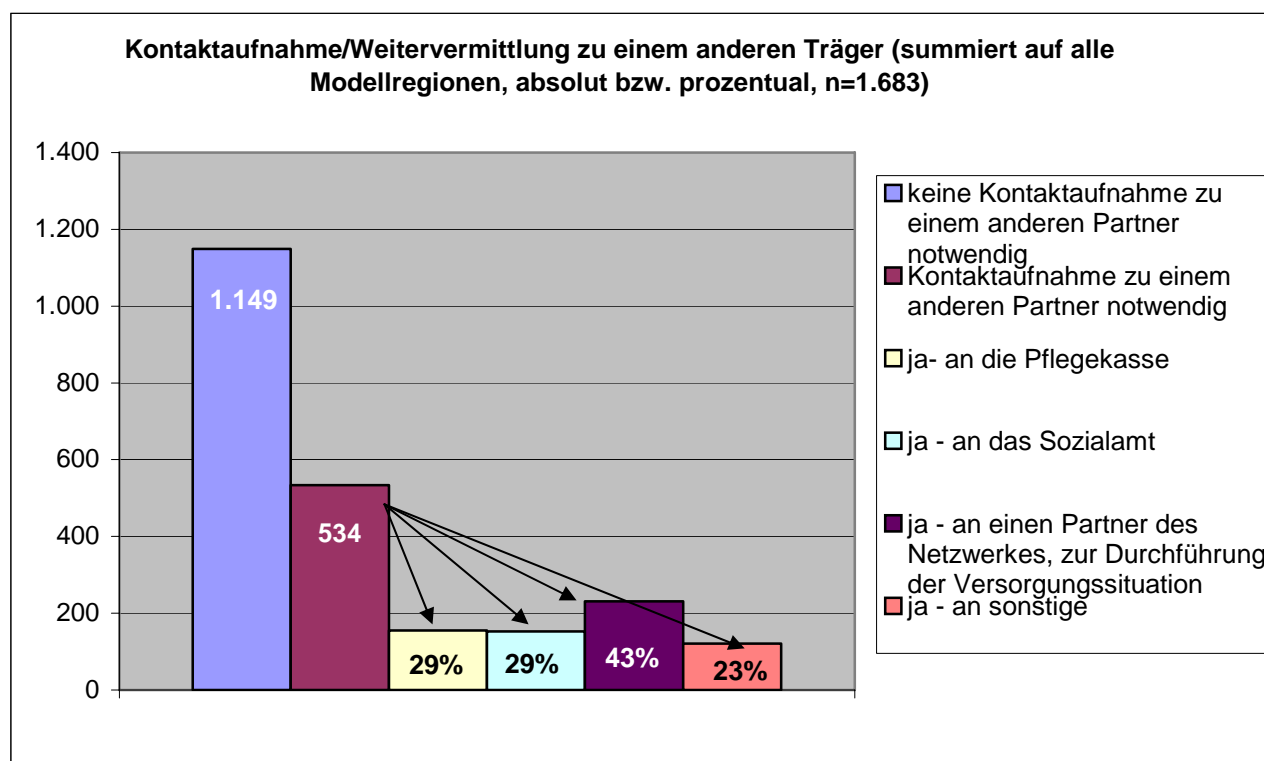


Abb. 9 – Kontaktaufnahme/Weitervermittlung (mit Mehrfachnennungen)

5.11 Art und Weise der Vernetzung – Notwendigkeit der Folgeberatung

Bei **476 Beratungen (bzw. 28 %)** sind (bezogen auf alle drei Modellregionen) Folgeberatungen notwendig, da die Klärung der Versorgungssituation in einem ersten Gespräch nicht abschließend besprochen bzw. organisiert werden konnte (Abb. 10).

Deutlich höher ist hierbei der Anteil (75 %) bei den Beratungen durch Kassenmitarbeiter (Abb. 9). Dieser Trend bestätigt sich auch bei der Betrachtung der regionalen Werte. Weiterführende Pflegeberatungen richten sich am individuellen Bedarf des Ratsuchenden aus und entstehen durch die Notwendigkeit einer langfristigen Begleitung (z. B. bei fehlenden Angehörigen), bei einem noch offenen Beratungsbedarf (wenn z. B. der Ratsuchende für sich noch keine abschließende Entscheidung bei verschiedenen Alternativen (ambulante oder teilstationäre Versorgung?) gewählt hat) oder bei sehr komplexen Fällen (der Berater erkennt die Überlastung des pflegenden Angehörigen, dieser ist aber noch nicht für ergänzende Unterstützungen durch einen Pflegedienst bereit).

Setzt man zur Anzahl der notwendigen Weiterberatungen die Beratungsschwerpunkte bei den Beratungen durch Pflegeberater nach § 7a SGB XI in Beziehung (in 67 % erfolgte eine Beratung zu SGB XI Leistungen, Abb. 3), so lässt sich der Schluss ziehen, dass insbesondere bei Fragestellungen zu Bestimmungen und Leistungen SGB XI eine nachfolgende individuelle Beratung bzw. ein nachfolgendes Fallmanagement notwendig wird.

Die Notwendigkeit eines individuellen Fallmanagements ergibt sich immer dann, wenn der Pflegebedürftige und/oder seine Angehörigen nicht oder nicht in ausreichendem Maße in der Lage sind, die Versorgungssituation selbst ausreichend zu organisieren.

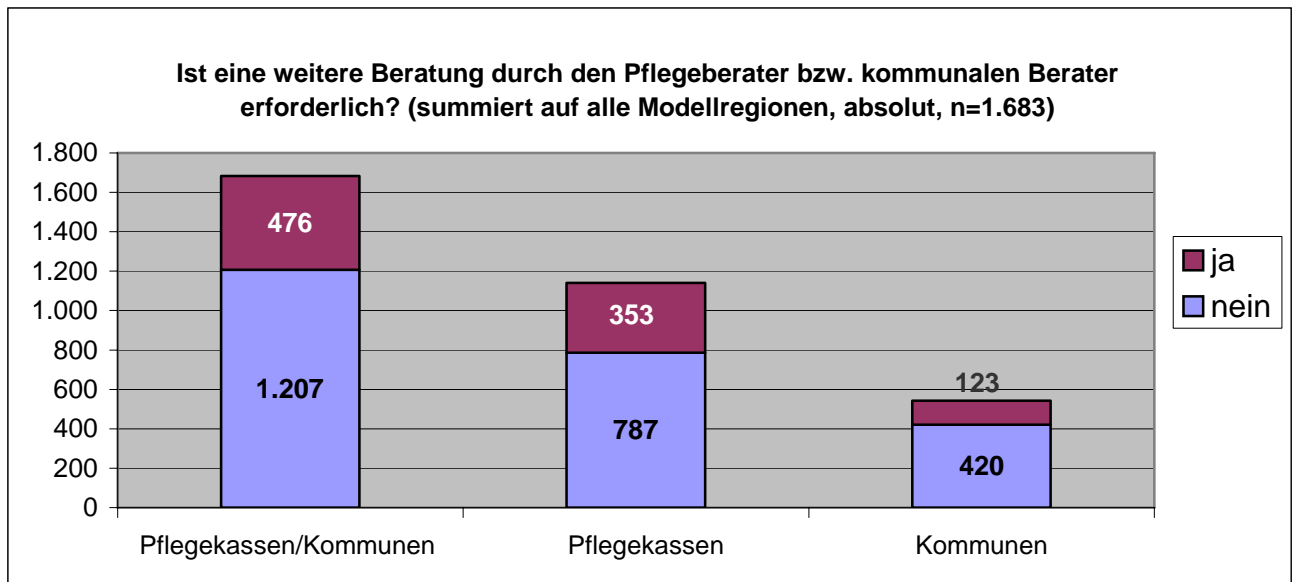


Abb. 10 – Erfordernis einer weiteren Beratung

6 Das PflegeNetz in Sachsen – ein Internetportal als Ergänzung zur vernetzten Pflegeberatung

Mit dem Abschluss der Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen zwischen den Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger in Sachsen, vertreten durch den Sächsischen Städte- und Gemeindetag und den Sächsischen Landkreistag unter Beteiligung des Freistaates Sachsen ging ein längerer, immer wieder kontrovers geführter Abstimmungsprozess zu Ende.

Im Zentrum dieses Abstimmungsprozesses stand die Frage, ob die Einrichtung von Pflegestützpunkten der richtige Weg sei, um die in § 92c des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes formulierten Aufgaben der Pflegeberatung qualifiziert anbieten zu können.

Um dies zu klären, hat das SMS alle diejenigen, die unmittelbar betroffen sind, d. h. die kommunalen Spitzenverbände, die Pflegekassen, die Liga der Wohlfahrtsverbände und die privaten Verbände der Leistungserbringer in einer Arbeitsgruppe zusammengerufen und sie gebeten zu klären, sich zu einer qualifizierten Aufgabenerfüllung und Strategie abzustimmen.

Das einvernehmliche Ergebnis dieser intensiven Abstimmung war, dass es gelingen müsse, keine kostenträchtigen Doppelstrukturen aufzubauen, sondern bereits bestehende Angebote der unterschiedlichen Träger der Sozialversicherung, der Landkreise und kreisfreien Städte, der medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungserbringer unter Einbindung sozialer sowie bürgerschaftlicher Initiativen und Selbsthilfevereinigungen bzw. Selbsthilfeorganisationen, so zu verknüpfen, dass eine für die Pflegebedürftigen optimale Koordinierung und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche möglich würde.

Bei der Entscheidung, keine traditionellen Pflegestützpunkte einzurichten, war auch die demographische Entwicklung Sachsens ein gewichtiges Argument. Ganz anders als in Ballungsräumen wie dem Ruhrgebiet, dem mittleren Neckarraum oder Berlin mit einer langfristig stabilen Bevölkerung hat sich Sachsen damit auseinander zu setzen, dass nur Dresden und Leipzig mit einer stabilen bzw. geringfügig anwachsenden Bevölkerung rechnen können, während viele Landkreise in den nächsten Jahren weitere Bevölkerungsverluste bei gleichzeitiger Alterung werden hinnehmen müssen.

Bei einer ortsgebundenen Pflegeberatung in Form von Pflegestützpunkten hätte dies in Sachsen dazu geführt, dass in Metropolisierungsregionen eine relativ dichte Beratungsinfrastruktur entstanden wäre. In den durch starke Alterung und demographische Kontraktion gekennzeichneten Regionen hingegen hätten diejenigen, die eine Beratung in Anspruch nehmen wollten, überproportional lange Wege auf sich nehmen müssen. Eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung aller Versicherten wäre unter diesen Umständen nicht möglich gewesen, geschweige denn eine wohnungsnaher Beratung, die in Sachsen im Zentrum einer integrierten und vernetzten Pflegeberatung steht.

Hinzu kam, dass für die Finanzierung der Pflegestützpunkte Fördermittel in einer Gesamthöhe von bis 60 Millionen Euro für die Stützpunkte aller Bundesländer aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung standen. Auf Sachsen wären dabei 3.155.976,-€ entfallen. Daraus sollte ein Pflegestützpunkt mit maximal 45.000,-€ gefördert werden; wenn ehrenamtlich Tätige und Selbsthilfegruppen eingebunden werden, hätte der Betrag um 5.000,-€ aufgestockt werden können.

Dabei war sehr bald klar, dass damit ein Pflegestützpunkt nicht kostendeckend betrieben werden kann, zudem steht dieses Geld nur für den **Aufbau** der Pflegestützpunkte zur Verfügung, der bis zum 30. Juni 2011 abgeschlossen sein muss. Eine Anschlussfinanzierung sah § 92c SGB XI nicht vor.

Der Königsweg, den es zu finden und zu begehen galt, musste daher sowohl der speziellen demographischen Situation in Sachsen wie dem Ziel genügen, keine kostenträchtigen Doppelstrukturen aufzubauen und trotzdem eine qualifizierte, möglichst wohnungsnahe Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sicherzustellen. Dieses Ziel galt es gemeinsam mit Pflegekassen und Kommunen anzusteuern und mit den bereits bestehenden, leistungsfähigen Institutionen zu einem Pflegenetz zu verknüpfen sowie ein belastbares Case- und Care-Management aufzubauen.

Im Ergebnis wurde seit Jahresmitte 2009 die vernetzte Pflegeberatung in den Landkreisen Nordsachsen, Görlitz und der Stadt Chemnitz erprobt. Zugleich entschloss sich der Freistaat Sachsen, komplementär das Internetportal "PflegeN" einzurichten, um mit dieser überregionalen Plattform die regionale ebenso wie die landesweite Vernetzung im Freistaat Sachsen zu befördern.

Auch hier galt es intensiv prüfen, ob nicht bereits auf dem Markt befindliche Internetportale ein hinreichendes Informationsangebot zu ambulanten, stationären und niedrigschwelligen Versorgungsangeboten bieten würden. Dabei stellte sich sehr schnell heraus, dass die bestehenden Internetangebote sehr „spartenspezifische“ Angebote bereithalten. So finden sich viele Angebote zu betreutem Wohnen oder stationären Pflegeeinrichtungen; die Recherche von ambulanten Pflegediensten im Netz ist schon schwieriger und niedrigschwellige Betreuungsangebote sind nicht oder nur mit großem Aufwand recherchierbar, da sie vielfach gar keine Internetpräsenz besitzen.

Das Internetportal PflegeNetz einzurichten, konnte dankenswerterweise auf eine nachhaltige Unterstützung der Pflegekassen und auch der sächsischen Kommunen stützen, die bei der inhaltlichen Bestückung des Portals halfen und damit ein regelmäßiges Update der Datenbestände ermöglichen. Das Internetportal PflegeN ist über den ganzen Freistaat Sachsen „aufgespannt“ und bietet all denjenigen, die einen schnellen und unkomplizierten Zugang zu Pflegeinformationen brauchen, einen jederzeit erreichbaren und gut gegliederten Zugang. Es kann und will aber die eigentliche Pflegeberatung nicht ersetzen.

6.1 Das Internetportal [www. www.pflegenetz.sachsen.de](http://www.pflegenetz.sachsen.de)



Das Herzstück – die Pflegedatenbank

Die Homepage ist in sechs Abschnitte untergliedert. Unter „**Pflegedatenbank**“ sind für den ganzen Freistaat alle Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zusammengetragen. 559 Suchergebnisse verzeichnet die Recherche nach vollstationären Pflegeeinrichtungen und 1.038 Nachweise für »Ambulante Pflege« sind zurzeit abrufbar. Auch die Rubrik „Betreutes Wohnen“ wächst – zurzeit sind dort rund 330 Einträge vermerkt. Alle Angebote sind nach Orten bzw. Postleitzahlen sortiert abrufbar – problemlos können z. B. alle stationären Pflegeheime in oder in einem individuell zu definierenden Umkreis sächsischer Städte und Gemeinden gesucht

werden. Kommunale Ansprechpartner ebenso wie Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände sind verzeichnet, auch unterstützende Dienste wie „Essen auf Rädern“ lassen sich dort schnell recherchieren. Unter den 770 niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sind aber nicht nur Alltagshilfen, sondern z. B. auch spezielle Angebote für demenziell erkrankte Menschen verzeichnet. Die Datenbank wird regelmäßig aktualisiert, so dass unter www.pflegenetz.sachsen.de bereits jetzt eine sehr qualifizierte und aussagekräftige Sammlung von pflegerelevanten Informationen vorliegt.



Der Leitfaden

Ergänzend bietet das PflegeNetz einen Einstieg in die Fachbegriffe der Pflege nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) zu. Der „**Leitfaden**“ für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige gibt einen Überblick, was zu tun ist und an wen man sich wenden kann, wenn man selbst oder Angehörige von Pflege betroffen sind oder der Eintritt eines Pflegefalles unmittelbar bevorsteht.



Zusatzinformationen zur Pflege

In weiteren vier Abschnitten (**Pflegeformen, Pflegeleistungen, Pflegeberatung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen**) wird Wichtiges und Wissenswertes rund um die Pflege erläutert. Welche Formen der Pflege gibt es? Wodurch unterscheiden sich häusliche, teilstationäre und stationäre Pflege? Wann ist welche Pflegeform angebracht? Wo kann man sich beraten lassen? Welche Möglichkeiten gibt es, sich über Angebote, Leistungen und Verfahren beraten zu lassen?

Call-Back – wohin?

Diese Sachinformationen werden durch ein Call-Back-Formular ergänzt. Darüber kann per Internet ein Beratungstermin mit der Pflegekasse zuhause angefordert werden. In der Regel meldet sich die Pflegekasse innerhalb von 48 Stunden für die terminliche Abstimmung so zeitnah, dass der Pflegebedürftige nicht zu seiner Pflegekasse gehen muss, sondern die Pflegekasse nach Hause kommt.



Pflege verstehen – die Infothek

Ergänzend bietet eine „**Infothek**“ **weitere Sachinformationen**. Von A wie „Altenhilfe in der Kommune“ über S wie Selbsthilfegruppen bis zu W wie „Wohnen mit Service“ finden sich

zahlreiche nützliche, hilfreiche und informative Einträge. In der Infothek sind Themen und Fachbegriffe rund um die Pflege alphabetisch sortiert und leicht verständlich erklärt.

Ein Button „**Aktuelles**“ informiert über Veranstaltungen wie z. B. den Landesseniorentag in Kamenz am 29. Mai 2010, über interessante Publikationen wie das eben erschienene Geriatriekonzept des Freistaates Sachsen.

6.2 Statt Internet – die Hotline

Noch sind nicht alle Senioren und Seniorinnen online. Für diejenigen, die keinen Zugang zum Internet haben, ist das Pflegenetz per Hotline unter der Rufnummer 0180 246 00 46 erreichbar (6 Cent pro Anruf aus dem dt. Festnetz, Mo bis Fr 7 bis 20 Uhr, Sa 7 bis 16 Uhr). Die Ansprechpartner in der Hotline recherchieren für den Anrufer in der Datenbank, füllen für den Anrufer das Call-Back-Formular aus und versenden es an die Pflegekasse. Dieser Rundum-Service wird gerne in Anspruch genommen

Da eine Datenbank nicht zuletzt von den Rückmeldungen ihrer Nutzer „lebt“, sind diese eingeladen unter der Rubrik „**Ihre Meinung zählt**“ sich mit Fragen, Anregungen oder Wünsche zum PflegeNetz Sachsen an die Datenbankadministratoren zu wenden.

6.3 Wie geht es weiter?

Der nächste Arbeitsschritt wird sein, das Internetportal „PflegeNetz“ inhaltlich weiter zu kompletieren. Alle niedrigschwelligen Angebote sollen gebündelt auf einem „Marktplatz“ zur Verfügung gestellt werden und schrittweise ergänzt werden: Geplant ist ferner, das PflegeNetz auch gezielt über die Bundesagentur für Arbeit zu kommunizieren und auch über Arbeitgeber in Betrieben auf dieses Angebot hinzuweisen. Dies ist ein besonderes Anliegen, da zunehmend deutlich wird, dass für die „Sandwich-Generation“ nicht nur die Betreuung der eigenen Kinder, sondern auch die Betreuung pflegebedürftiger Eltern ein akutes Thema ist. Geplant ist, die Ergebnisse, Ansprechpartner und Netzwerke in den Modellregionen sowie den künftigen Erprobungsgebieten der vernetzten Pflegeberatung für eine stärkere Präsenz auf der Homepage zu gewinnen. Unserem gemeinsamen Ziel, das Pflegewissen vor Ort, bei Laien und Experten, bei Leistungserbringern und Leistungsempfängern zu stärken und damit nutzbar zu machen, sind wir gemeinsam einen Schritt näher gekommen. Diesen Weg gilt es zielstrebig weiter zu verfolgen.

Dr. Judith Oexle
Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

7 Zusammenfassende Bewertung und Ausblick zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen

7.1 Bewertung aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen

Die Zielstellung der Modelle einschließlich der aufsuchenden Pflegeberatung besteht darin, für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige möglichst unkompliziert und schnell die auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Unterstützungsangebote verfügbar zu machen. Um im individuellen Beratungsfall auf eine vernetzte Versorgungsstruktur zurückgreifen zu können, galt es, regionale Netzwerkstrukturen modellhaft zu erproben.

In erster Linie geht es um den Nutzen für den pflegebedürftigen Menschen bzw. die pflegenden Angehörigen. Denn der größte Pflegedienst Deutschlands ist immer noch die Familie. Sie gilt es mit den Netzwerken zu unterstützen, die Versorgung zu sichern und damit den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit so lange als möglich zu gewährleisten. Daher wird zunächst aus Sicht der Nutzer die bisherige Arbeit beleuchtet und bewertet.

Wie die Auswertung der Beratungssituation in den Modellregionen zeigt, werden die Beratungsangebote intensiv genutzt. In knapp 90 % der durchgeführten Beratungen war den Betroffenen jedoch auch ohne das Netzwerk die richtige Anlaufstelle (der zuständige Kostenträger) bekannt. Für die restlichen 10 % ermöglichte das Netzwerk einen einfachen und schnellen Zugang zu Unterstützungsangeboten. Die große Anzahl der innerhalb der Pflegenetze durchgeführten Beratungen (1.683) zeigt die Akzeptanz durch die pflegebedürftigen Menschen bzw. ihre Pflegepersonen/ Angehörigen. In den beiden Landkreisen und der Stadt Chemnitz leben aktuell 24.926 pflegebedürftige Menschen⁵. Bezogen auf den Anteil der Beratungen bei vorliegender Pflegestufe bedeutet dies 40 Beratungen pro 1.000 pflegebedürftige Einwohner. Die 1.683 Beratungsgespräche bilden jedoch nur einen Teil der Beratungsbedarfe ab. Im Vergleich zu den im Kapitel 6 dargestellten Kontakten werden allein bei der AOK PLUS zusätzlich monatlich ca. 2.000 telefonische Anfragen zur Pflege beantwortet. Auch die hohe Zahl der weiterhin bei den Pflegekassen und den Kommunen eingehenden Anfragen verdeutlicht die große Nachfrage bzw. den Beratungsbedarf und macht deutlich, dass dem Bürger zumeist die Ansprechpartner und zuständigen Anlaufstellen bekannt sind .

Einen weiteren Nutzen aus der Netzwerkarbeit ziehen die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen unmittelbar aus dem engen Zusammenwirken der verschiedenen Kostenträger. Bei Nichtzuständigkeit der angesprochenen Institution erfolgt keine schlichte Verweisung, sondern eine konstruktive Zusammenarbeit von Kommunen und Pflegekassen. So wird der Zugang zu den Leistungen ermöglicht bzw. vereinfacht. Pflegebedürftigen Menschen bzw. ihren Angehörigen bleiben damit zusätzliche Wege erspart. Sie bekommen einen konkreten Ansprechpartner benannt bzw. es wird unmittelbar an den zuständigen Mitarbeiter der Pflegekasse bzw. die Kommune vermittelt oder eine gemeinsame Versorgungsplanung durchgeführt.

Sofern angeboten, wählen die pflegebedürftigen Menschen zum weitaus überwiegenden Teil die Beratung in der eigenen Häuslichkeit. Vielfach ist dies der einzige Weg, dem pflegebedürftigen Menschen, der häufig nicht mehr in der Lage ist, Institutionen oder Beratungsstellen aufzusuchen, aktiv in die Beratung mit einzubinden. Die aufsuchende Beratung leistet damit

⁵ Vgl. Statistisches Landesamt Sachsen - Anzahl der Leistungsempfänger 2007

einen wesentlichen Beitrag zur Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen. Gerade in dieser von Abhängigkeit geprägten Lebensphase ist dies ein nicht zu unterschätzender Wert. Damit findet die aufsuchende Pflegeberatung nicht nur eine hohe Akzeptanz bei den Betroffenen, sie stellt auch einen eindeutigen Mehrwert gegenüber aufzusuchenden Beratungsstellen wie z.B. Pflegestützpunkten dar. In den regionalen (Modell) Netzwerken in Sachsen gilt es, diesem Bedarf umfassend gerecht zu werden.

An dieser Stelle muss jedoch klar darauf hingewiesen werden, dass die Verantwortlichkeit beim jeweiligen Sozialleistungsträger verbleibt. Das heißt, dass eine Leistungsentscheidung nur durch den jeweils zuständigen Sozialleistungsträger getroffen werden kann. Ein Versorgungsplan (gemäß § 7a SGB XI) beinhaltet demzufolge Empfehlungen durch den jeweiligen Pflegeberater. Diese gesetzlich fixierten Verantwortlichkeiten lassen sich auch durch eine Netzwerkarbeit nicht aufheben. Die Erfahrung in den Modellregionen zeigt aber, dass die Verzahnung von Beratung und Leistungsgewährung in den Kommunen und Pflegekassen sehr eng ist und im Bedarfsfall eine schnelle Leistungsentscheidung ermöglicht.

Im überwiegenden Teil der Beratungsfälle lag bereits Pflegebedürftigkeit vor. Nicht selten ist hier auch das Zusammenwirken verschiedener Kostenträger erforderlich. Ebenso kann die Einbindung von Pflegeeinrichtungen oder anderen Leistungserbringern indiziert sein. Bei Bedarf findet nicht nur eine einmalige Beratung statt, vielmehr erfolgt eine längere Unterstützung. Bei einem besonders schwierigen oder komplexen Versorgungsbedarf kann der Pflegeberater auch bei der Planung und Organisation des individuellen Pflegearrangements mitwirken. Sind pflegebedürftige Menschen oder ihre Angehörigen nicht mehr dazu in der Lage, kann der Pflegeberater sogar die Steuerung übernehmen, sofern dies gewünscht ist. Selbstverständlich sind alle Beratungsleistungen kostenfrei.

7.2 Bewertung aus Sicht der beteiligten Institutionen

Wie die Erfahrungsberichte der drei Modellregionen zeigen, besitzt die Netzwerkarbeit sowohl bei den Landkreisen und Kommunen als auch bei den Pflegekassen eine hohe Akzeptanz. Zu Beginn der Kooperation erfolgten gegenseitige Schulungen zu den verschiedenen Rechtsgebieten und deren praktischer Umsetzung. Dadurch wurde das Know-how gegenseitig vermittelt. Wichtig mit Blick auf die konkrete Beratungssituation ist vor allem die Kenntnis, wie die praktische Umsetzung der Leistungsgewährung in der zuständigen Institution erfolgt, welche Ansprechpartner es gibt und welche Voraussetzungen zu erfüllen sind.

Das übergreifende Wissen auch zu angrenzenden Rechtsgebieten sowie die gemeinsamen Absprachen bzw. Versorgungsplanungen führen schrittweise zu einer ganzheitlichen Herangehensweise. Das durch das stark gegliederte Sozialsystem häufig auftretende Spartendenken wird damit durch eine am Gesamtbedarf des pflegebedürftigen Menschen orientierte Vorgehensweise erfolgreich abgelöst. Die sich entwickelnde enge Kooperation ermöglicht den „kleinen Dienstweg“ im Interesse der pflegebedürftigen Menschen oder interessierten Bürger zu nutzen und z.B. schnelle Leistungsentscheidungen zu ermöglichen.

Während sich die erste Phase des Netzwerkaufbaus zwischen den Leistungsträgern (Kommunen, Pflegekassen) vollzog, wurden in der zweiten Phase Pflegeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen und andere an der Pflege beteiligte Gruppen eingebunden. Dies erfolgt beispielsweise über die Erstellung gemeinsamer Arbeitsinstrumente (z. B. wurde im Netz Chemnitz ein Überleitungsbogen für das Entlassungsmanagement entwickelt). Teilweise wurde seitens der Pflegeeinrichtungen dieses schrittweise Vorgehen kritisch begleitet, vermutlich aus der Sorge, nicht angemessen eingebunden zu werden. Die anfänglichen Vorbehalte sind zwischenzeitlich

ausgeräumt. Eine Vielzahl von Pflegeeinrichtungen bringt sich aktiv und konstruktiv in die Netzwerkarbeit ein. Gleiches gilt für Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Hilfsangebote.

In allen drei Modellnetzwerken wurden erfolgreich die bereits vorhandenen Beratungs- und Leistungsangebote aktiv in die Netzwerke eingebunden und die Kooperation optimiert. So konnte vorhandenes Know how genutzt und die Etablierung von Doppelstrukturen vermieden werden. Dies trägt erheblich zur Effizienz der Versorgungsstrukturen bei und bedingt, dass hierfür kein zusätzlicher Finanzierungsbedarf besteht. Eine Ausnahme bildet die Entwicklung des Internetportals PflegeN, das der Freistaat Sachsen finanziert.

Für die Modellphase wurden bewusst drei sehr unterschiedliche Regionen ausgewählt. Während die Stadt Chemnitz bei einer relativ hohen Bevölkerungsdichte über ein umfangreiches Anbieternetz verfügt, stehen der Landkreis Görlitz und der Landkreis Nordsachsen für den ländlichen Raum mit niedriger Bevölkerungsdichte und einem weitläufigeren Anbieternetz. Darüber hinaus zeigen sich regionale Besonderheiten. So gibt es insbesondere im Landkreis Görlitz Wegzugstendenzen, vor allem von hochqualifizierten Frauen. Da nach wie vor der überwiegende Anteil der familiären Pflege von Frauen geleistet wird, kann dies auch Auswirkungen auf die Pflegesituation haben und z. B. eine gesteigerte Nachfrage nach professioneller Pflege nach sich ziehen.

Erschwerend für die Landkreise Görlitz und Nordsachsen war zeitgleich zur Etablierung der Pflegenetzwerke eine Gebietsreform umzusetzen.

Am Beispiel der Stadt Chemnitz wird deutlich, wie wichtig die kontinuierliche und systematische Entwicklung der Netzwerkstrukturen ist. Im Gegensatz zu den anderen beiden Modellregionen wurden in Chemnitz bereits im Sommer 2006 entsprechende Aktivitäten unternommen. Bereits zum Zeitpunkt der Netzwerketablierung waren wesentliche Bestandteile bereits vorhanden und vielfältigste Erfahrungen gesammelt worden. Darüber hinaus ist die Entwicklung in Chemnitz begünstigt durch eine gute Infrastruktur und ein hohes Engagement der Stadt Chemnitz. Sie hat den Prozess der Vernetzung federführend und zielgerichtet gesteuert.

In der Gesamtschau der festgestellten Ergebnisse lassen sich folgende Erfolgsfaktoren für die Etablierung von Netzwerken darstellen:

- Inhaltlicher Konsens der politischen Entscheidungsträger
- Konsentierete Strategie der Umsetzungsverantwortlichen (Freistaat, Kommune, Pflegekassen)
- Engagement der Netzwerkträger
- Federführung durch die Landkreise / kreisfreie Stadt
- Strukturierte Vorgehensweise
- Bereitschaft der Netzwerkpartner zur Selbstverpflichtung, die abgestimmten Regelungen einzuhalten
- Vorhandensein und Bereitschaft von Leistungserbringern zur Mitwirkung im Netzwerk
- Vorhandensein und Bereitschaft zur Mitwirkung von ehrenamtlichen Gruppierungen, Vereinen und weiteren an der Pflege und Betreuung beteiligten Institutionen
- Abstimmung von Arbeitsinstrumenten und Dokumentationssystemen
- Anbieterdichte und -vielfalt

Aus Sicht der Modellregionen und Pflegekassen hat sich die Zusammenarbeit in den Modellnetzwerken verbessert und hat ein neues Qualitätsniveau erreicht. Davon profitieren nicht nur die betreffenden Institutionen, sondern vor allem die Bürger und Leistungsempfänger, für die

bedarfsorientiert, schnell und unbürokratisch institutionsübergreifende Lösungen entwickelt werden können.

Bereits zum jetzigen Zeitpunkt haben weitere Landkreise wie z. B. der Vogtlandkreis ihr Interesse bekundet, analog der Modelle Netzwerke zu etablieren und dabei vorhandene Strukturen weiter zu entwickeln.

Als eine wichtige Ergänzung der Arbeit in den Modellregionen hat sich das Internetportal sowie die Service-Hotline PflegeN erwiesen. Es bietet nicht nur eine gut gepflegte Datenbank, sondern ist zugleich eine Struktur, die schon jetzt die Modellregionen verbindet und künftig eine landesweite Plattform für die vernetzte Pflegeberatung sein wird. Auch hier gilt es, auf dem Erreichten aufzubauen und das Internetportal systematisch weiterzuentwickeln.

7.3. Handlungsbedarf

7.3.1 Öffentlichkeitsarbeit

Durchgängig kritisch wird die Resonanz und die Beachtung in den Medien gesehen. Während negative Botschaften relativ schnell eine mediale Aufmerksamkeit gewinnen, ist dies bei positiven Nachrichten, wie neuen Beratungsformen und Kooperationen weitaus schwieriger. Der Kontakt mit Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zeigt jedoch, wie wichtig eine qualifizierte Information über die Medien ist, da es häufig falsche Vorstellungen zu den Leistungsansprüchen und Möglichkeiten der Versorgung bestehen.

Die umfassende und sachgerechte Information der Bürger ist aber gerade im Bereich der Pflege existenziell wichtig, da ein Großteil der pflegerischen Versorgung nach wie vor nicht durch den professionellen Bereich, sondern durch die Familie gewährleistet wird. Will man diese Bereitschaft erhalten und unterstützen, sind Informationen zu den Leistungsansprüchen und Versorgungsmöglichkeiten eine wesentliche Hilfestellung für pflegende Angehörige. Es gilt die Öffentlichkeitsarbeit zielgerichtet zu forcieren.

7.3.2 Vom Case- zum Care-Management

Eine zweite Zielstellung vernetzter Strukturen ist neben dem Aufbau qualitativer Beratungsstrukturen die gemeinsame Arbeit an bedarfsausreichenden und gut funktionierenden Versorgungsstrukturen (Care Management).

Die Arbeit in den Netzwerken zeigt, dass die Einbindung weiterer Leistungserbringer, insbesondere der Hausärzte und Krankenhäuser dem Erfolg der Netzwerke förderlich wären. Die Diskussionen der Netzwerkpartner führen bei allen regionalen Unterschieden immer wieder zu den gleichen Handlungsfeldern: den Schnittstellen zur ärztlichen Versorgung und dem Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit oder die Pflegeeinrichtung. Ein gut funktionierendes Überleitungsmanagement würde sowohl den beteiligten Leistungserbringern und Leistungsträgern vor allem aber den pflegebedürftigen Menschen nutzen.

7.3.3 Regionalisierung

Dass trotz vielfältiger Unterschiede in der Umsetzung alle drei Modellregionen die gewünschte Zielsetzung erreicht haben, bestätigt den individuellen regionalen Ansatz. Die Unterschiede

zwischen den ländlichen und der städtischen Modellregionen lassen den Rückschluss zu, dass sich die Herangehensweise an den regionalen Gegebenheiten orientieren sollte.

Ein wesentlicher Schritt vor der Etablierung von Netzwerkstrukturen ist die Analyse der gegebenen demographischen Struktur sowie der bereits vorhandenen Beratungsmöglichkeiten. Gerade großflächige Regionen wie die Landkreise wie Görlitz und Nordsachsen könnten kleinteiligere Netzwerke erforderlich machen.

7.4 Résumé

Die Etablierung vernetzter Beratungsstrukturen ist vor der zu erwartenden demographischen Entwicklung zu bewerten, welche gravierende Auswirkungen haben wird. So wird in der Zukunft eine weiterhin steigende Anzahl pflegebedürftiger Personen einem gleichzeitig sinkenden Pflegepotential innerhalb der Familie gegenüber stehen. Auch dadurch wird der Bedarf an Fachkräften weiterhin steigen, gleichzeitig jedoch die Zahl der Schulabsolventen und damit die Zahl der potenziellen Pflegefachkräfte abnehmen.

Ferner erhöht die stärkere Inanspruchnahme von professioneller Pflege, insbesondere des stationären Bereiches, den Finanzierungsbedarf zusätzlich. Auch wenn im Jahr 2009 die Pflegeversicherung erneut einen Überschuss erzielt hat, so wird mittelfristig bei steigenden Leistungsausgaben der Finanzierungsbedarf nicht mehr durch den derzeit gültigen Beitragssatz gegenfinanziert werden können.

Es wird von allen Beteiligten enorme Anstrengungen fordern, bei den skizzierten Tendenzen den derzeitigen Standard in der Pflege und Betreuung alter Menschen zu erhalten. Um so wichtiger ist es, dass die vorhandenen Leistungen so effizient wie möglich dargeboten werden. Es gilt in Zukunft nicht nur effiziente, sondern nachhaltige Lösungen zu entwickeln, welche die Selbsthilfepotenziale der Familien und der familienähnlichen Hilfesysteme aktiv und frühzeitig unterstützen.

Im Gegensatz zu den geförderten Pflegestützpunkten sind in die Modellregionen der vernetzten Pflegeberatung in Sachsen keine zusätzlichen Finanzmittel geflossen. Es konnte somit ein besserer Nutzen für den pflegebedürftigen Menschen generiert werden, ohne dass zusätzliche Verwaltungskosten verursacht wurden. Damit erfolgt von den Pflegekassen in Sachsen eine wirtschaftliche Verwendung der Beitragsgelder. Das nutzt letztendlich allen, sowohl Bürgern als auch Beitragszahlern, denen keine zusätzlichen Gebühren, Beiträge oder Steuern abverlangt werden müssen. Auch für die Kommunen führt dies zu einer Entlastung, da sie die Weiterfinanzierung von Pflegestützpunkten nicht schultern müssen. Man darf gespannt auf die Länder mit Pflegestützpunkten blicken, wie nach Auslaufen der Modellförderung die Diskussionen um Dauerfinanzierung verlaufen werden.

Landkreise, kreisfreie Städte und Pflegekassen in Sachsen stellen sich der gemeinsamen Verantwortung, vernetzte Strukturen mit Blick auf eine einfache, schnelle und unbürokratische Leistungsdarbietung für die Bürger im Pflegenetz zu gewährleisten. Die Praxis zeigt, dass der Aufbau eines Netzwerkes arbeitsaufwendig ist und ein bestehendes Netzwerk stets weiter entwickelt werden muss. Dieser Mehraufwand rentiert sich, da er letztendlich zu einer effizienten auch für die Institutionen optimierten Versorgung führt. Pflegebedürftige Bürger, die über ihre Rechte und Versorgungsmöglichkeiten gut informiert sind, nutzen diese eigenverantwortlich und rechtzeitig. Ein gut abgestimmtes funktionierendes Pflegearrangement hilft Folgekosten in anderen Sektoren zu vermeiden und trägt damit nicht nur zur Kosteneffizienz der Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen, sondern auch zu einer gesteigerten Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen bei. Es ermöglicht vor allem, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können.

Im Ergebnis zeigt sich, dass den Bürgern zumeist die zuständige Anlaufstelle bekannt ist und der verbleibende Bedarf durch die Vernetzung gedeckt werden kann. Der große Gewinn der aufsuchenden Pflegeberatung liegt doch vor allem darin, dass der Pflegebedürftige nicht mehr zu seiner Pflegekasse gehen muss, sondern die Pflegekasse zu den pflegebedürftigen Menschen kommt.

Rückblickend auf das erste Jahr der Modellnetzwerke und der aufsuchenden Pflegeberatung in Sachsen kann eine positive Bilanz gezogen werden. Trotz der skizzierten Handlungsbedarfe ist die Schlussfolgerung erlaubt, dass eine flächendeckende Etablierung der Netzwerke sinnvoll ist. Dies bestätigt das Interesse weiterer Landkreise an der Netzwerkarbeit. Es wird Aufgabe der Partner der „Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung im Freistaat Sachsen“ sein, eine flächendeckende Etablierung in Sachsen aktiv zu begleiten.

Carmen Wanke
AOK PLUS

**Kooperationsvereinbarung
zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur
im Freistaat Sachsen
auf der Grundlage § 15 SGB I in Verbindung mit § 8 Abs. 2 SGB XI
zwischen**

den Landesverbänden der Pflegekassen in Sachsen,
vertreten durch

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
zugleich handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutsch-
land sowie die Krankenkasse für den Gartenbau

BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen

IKK Sachsen

Knappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz

Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse
Techniker Krankenkasse
Deutsche Angestellten Krankenkasse
KKH - Allianz
Gmünder Ersatzkasse - GEK
HEK - Hanseatische Krankenkasse
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

und

der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger in Sachsen, vertreten
durch
den Sächsischen Städte- und Gemeindetag und
den Sächsischen Landkreistag

unter Beteiligung

des Freistaates Sachsen,
vertreten durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales

Ziel der Vereinbarung

Das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht vor, dass Personen seit dem 1. Januar 2009 Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten haben. Für diese Pflegeberatung sind die Pflegekassen verantwortlich. Die Kommunen wirken mit den Pflegekassen bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung eng zusammen und erteilen über alle sozialen Angelegenheiten nach dem Sozialgesetzbuch Auskunft.

Ziel dieser Vereinbarung ist die gemeinsame Sicherstellung einer vernetzten Pflegeberatung im Freistaat Sachsen. Dies soll den Betroffenen helfen, eine direkte, schnelle, umfassende und trägerübergreifende Unterstützung in pflegefachlichen Fragen in Anspruch zu nehmen. Durch einen Gesamtüberblick über Leistungen und Versorgungsmöglichkeiten und die u. U. benötigte anschließende Unterstützung bei der Leistungsanspruchnahme soll es den Betroffenen ermöglicht werden, solange wie möglich in der häuslichen Umgebung zu verbleiben.

Im Vordergrund steht dabei die Vernetzung der unterschiedlichen Träger der Sozialversicherung, der öffentlichen Hand einschließlich der Landkreise und kreisfreien Städte, der medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungserbringer unter Einbindung sozialer sowie bürgerchaftlicher Initiativen und Selbsthilfevereinigungen bzw. Selbsthilfeorganisationen, um eine für die Pflegebedürftigen optimale Koordinierung und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche zu gewährleisten.

Diese Vereinbarung regelt den grundsätzlichen Rahmen der Zusammenarbeit der Landkreise und kreisfreien Städte und der Pflegekassen im Freistaat Sachsen bei der Umsetzung der beabsichtigten Vernetzung. Erklärtes Ziel dieser Vereinbarung ist weiterhin, dass nach diesen Grundsätzen die Landkreise, kreisfreien Städte und Pflegekassen unter Einbeziehung der verschiedenen Leistungserbringer vor Ort die regionale Zusammenarbeit weiter auf- und ausbauen und dauerhaft Doppelstrukturen sowie damit verbundene Mehrkosten zu vermeiden.

Kapitel I – Pflegeberatung

§ 1 – Inhalte Pflegeberatung

1. Vorrangiges Ziel dieser Vereinbarung ist die wettbewerbsneutrale Information und Beratung der Bevölkerung zu allen sozialen Angelegenheiten entsprechend § 15 Sozialgesetzbuch Erstes Buch.
2. Die individuelle Pflegeberatung erfolgt nach § 7a Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (nachfolgend SGB XI) bedarfsorientiert mittels einer Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie zu sonstigen Hilfsangeboten. Die individuelle Pflegeberatung umfasst auch das trägerübergreifende Informationsangebot.
3. Bei Bedarf ist ein Versorgungsplan zu diesen im Einzelfall beratenen Sozialleistungen und Hilfemöglichkeiten zu erstellen (§ 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Der Bedarf besteht dann, wenn für die Sicherstellung der Versorgungssituation Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen notwendig sind.

§ 2 – Erstberatung

1. Betroffene und andere Interessierte können die Beratung über die Servicetelefone der Kranken- und Pflegekassen sowie über die Beratungsstellen der Sozialämter der Landkreise und kreisfreien Städte anfordern. Ferner ist der Zugang auf dem Schriftwege sowie über das Internet oder den direkten Zugang in den Filialen/Geschäftsstellen der Kranken- und Pflegekassen sowie über die örtlichen Sozialhilfeträger möglich.
2. Die vom Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen beanspruchte Beratungsstelle einer Pflegekasse, der Sozialämter der Landkreise und kreisfreien Städte oder von diesen beauftragten dritten Stellen gibt Auskunft zu allen erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen.
3. Zur Erstberatung nach Nr. 1 und 2 stellt das Sächsische Staatsministerium für Soziales für Fragen rund um die Pflege ein Internetportal und eine telefonische Service-Hotline (PflegeN) zur Verfügung.

§ 3 – Individuelle Pflegeberatung

1. Eine individuelle Pflegeberatung liegt vor, wenn die Auskunft über den allgemeinen Inhalt des § 2 hinausgeht, eine individuelle Berücksichtigung der Lebensumstände des Versicherten erfolgt und zur Absicherung der Versorgungssituation Unterstützungsmaßnahmen durch einen Versorgungsplan nach § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI erfasst werden. Im Rahmen des individuellen Fallmanagements unterstützt der Pflegeberater den Versicherten bzw. dessen Angehörige bei der Umsetzung der Unterstützungsmaßnahmen (vgl. § 4).
2. Die individuelle Pflegeberatung erfolgt stets durch die zuständige Pflegekasse des Versicherten. Pflegeberater können als Mitarbeiter der Pflegekasse oder einer dritten Stelle in der Versorgungsplanung formulierte Unterstützungsmaßnahmen oder Leistungen anderer Leistungsträger nicht selbst wirksam auslösen, sondern lediglich darauf hinwirken.

3. Die Möglichkeit der Beauftragung der Pflegekassen gemäß §§ 88 ff. SGB X untereinander bleibt unberührt.
4. Die Pflegeberatung wird je nach Wunsch des Versicherten bzw. seiner pflegenden Angehörigen in dessen Häuslichkeit, einer Filiale/Geschäftsstelle der Kranken- bzw. Pflegekasse oder an einem anderen Ort durchgeführt.

§ 4 – Individuelles Fallmanagement

1. Der Pflegeberater nach § 3 Abs. 2 informiert und berät den Versicherten individuell und erstellt bei Bedarf einen Versorgungsplan. Kann der Versicherte bzw. sein Angehöriger die Durchführung der geplanten Maßnahmen nicht oder nicht ausreichend absichern, übernimmt der Pflegeberater im Rahmen eines individuellen Fallmanagements die Organisation der Unterstützungsmaßnahmen.
2. Sind für die Absicherung der Versorgungssituation mehrere Hilfen bzw. Kostenträger einzubeziehen, kann bei weitergehendem Abstimmungsbedarf eine individuelle Versorgungsplan-Konferenz durchgeführt werden, bei der die Versorgungsplanung zwischen allen Beteiligten abgestimmt und ausgewertet wird. Dies bedarf jeweils der konkreten Einwilligung des Pflegebedürftigen und erfolgt organisatorisch in Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse.
3. Die Verwendung eines einheitlichen Versorgungsplanformulars wird angestrebt und exemplarisch als Muster in Anlage x dieser Vereinbarung beigefügt.

Kapitel II – Vernetzung

§ 5 – Zielstellung der Vernetzung

Die Vernetzung zielt auf die reibungslose integrierte Organisation von Hilfe- und Versorgungsleistungen, auf die im Einzelfall zurückgegriffen werden kann. Hierbei müssen die Netzwerkpartner in der Lage sein festzustellen, ob es für individuelle Problemlagen die richtigen Angebote gibt und ob diese Angebote für Pflegebedürftige bzw. Angehörige erreichbar, nutzbar und passend sind. Werden Defizite in der Versorgungsstruktur bekannt, gehört auch die Initiierung neuer Angebote aus dem Netzwerk heraus zu den Aufgaben.

§ 6 – Netzwerke auf regionaler Ebene

1. Die Vereinbarungspartner sind bestrebt, die Initiierung und Errichtung von Netzwerken und dessen Fortbestehen im Freistaat Sachsen flächendeckend zu ermöglichen. Innerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte können mehrere Netzwerke, auch gebietsübergreifend bestehen.
2. Bestehende Strukturen sind zu nutzen und ggf. einzubinden.
3. Zu den wesentlichen Partnern der Vernetzung zählen insbesondere:
 - Sozialleistungsträger (z.B. Reha-Träger oder örtliche Träger der Sozialhilfe),
 - Leistungserbringer (z.B. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen) und deren Verbände,
 - Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen,
 - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
 - sowie niedrigschwellige Betreuungsangebote.

4. Die Initiierung und Errichtung von regionalen Netzwerken wird modellhaft in der Stadt Chemnitz und den Landkreisen Nordsachsen und Görlitz erprobt. Modellverantwortliche sind die Sächsischen Pflegekassen und die Stadt Chemnitz sowie die Landkreise Görlitz und Nordsachsen. Die Modellphase beginnt am 1. Mai 2009 und ist bis zum 31. März 2010 befristet. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen zeitnah in den anderen Gebieten als Grundlage und Empfehlung bei der Einrichtung von Netzwerken dienen. Ein Beirat, gebildet aus Vertretern der Pflegekassen und des örtlichen Trägers der Sozialhilfe, unterstützt die Beteiligten der Modelle in der Erprobungsphase.

§ 7 – Netzwerkarbeit

1. Um im Beratungsfall auf eine vernetzte Versorgungsstruktur zurückgreifen zu können und die entsprechenden Ansprechpartner zu kennen, ist eine Kooperation zwischen den Aufgabenträgern in der Region anzustreben. Hierzu werden neben individuellen Absprachen regionale Netzwerkkonferenzen durchgeführt. Verantwortlich für die Durchführung sind die in der Region tätigen Kranken- und Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe. Die konkrete Regelung erfolgt in regionalen Absprachen.
2. Inhalt der Netzwerkkonferenzen sind insbesondere die Art der Zusammenarbeit, um im Einzelfall eine reibungslose Kooperation im Sinne der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen organisieren zu können.
3. Besteht grundsätzlicher Abstimmungsbedarf, können landesweite Netzwerkkonferenzen von den Landesverbänden der sächsischen Kranken- und Pflegekassen sowie vom Sächsischen Landkreistag und Sächsischen Städte- und Gemeindetag gemeinsam einberufen werden. Anders als bei den regionalen Netzwerkkonferenzen widmen sich die landesweiten Netzwerkkonferenzen der grundsätzlichen Abstimmung von landesweiten Regelungen. Teilnehmer der landesweiten Netzwerkkonferenzen sind bspw. Verbände der Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen sowie andere Institutionen und Gruppierungen, die in der Altenpflege und Altenhilfe landesweit tätig sind.

§ 8 – Gemeinsame Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

1. Sollten aus der Pflegeberatung oder den Netzwerkkonferenzen Erkenntnisse über Defizite in der sächsischen Versorgungsstruktur gewonnen werden, ist in einer Strukturkonferenz über geeignete Maßnahmen zur Behebung zu entscheiden. Die Durchführung der Strukturkonferenzen obliegt den Landesverbänden der sächsischen Kranken- und Pflegekassen. Der Sächsischen Städte- und Gemeindetag sowie der Sächsische Landkreistag sind daran zu beteiligen.
2. Bestehende Einrichtungen und Institutionen für die übergreifende Zusammenarbeit wie beispielsweise der Landespflegeausschuss und die Arbeitsgruppe § 20 HeimG zu nutzen.
3. Die Vertreter der Landesverbände der sächsischen Kranken- und Pflegekassen sowie der Landkreise und kreisfreien Städte tauschen sich regelmäßig über die gewonnenen Erfahrungen in einer Arbeitsgruppe aus. Darüber hinaus stellen sich die Pflegekassen und die örtlichen Träger der Sozialhilfe gegenseitig regelmäßig aktuelles Beratungsmaterial (Broschüren und Flyer) zur Verfügung. Zudem werden bei Bedarf die Mitarbeiter der Pflegekassen durch Mitarbeiter der örtlichen Träger der Sozialhilfe und umgekehrt geschult.

§ 9 – Internetportal und telefonische Service-Hotline „PflegeN“

1. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales ist zuständig für die Einrichtung und Pflege des Pflegenetzes (PflegeN), das aus einem Internetportal und einer telefonischen Service-Hotline besteht. Das PflegeN dient den Benutzern als Informationsquelle zu Fragen rund um die Pflege und unterstützt diese bei der Suche nach regionalen und überregionalen Ansprechpartnern.
2. Die Pflegekassen bzw. die Landesverbände der Pflegekassen und die örtlichen Träger der Sozialhilfe liefern die erforderlichen Daten und Angaben. Diese sind für den Betrieb und die Aktualität des Internetportals sowie für die Nutzung der telefonischen Servicehotline erforderlich.
3. Die Konzepte für das Internetportal und die Errichtung und Nutzung der telefonischen Service-Hotline sind als Anlagen der Vereinbarung angefügt.

Kapitel III – Sonstiges

§ 10 – Kostentragung

1. Die vorhandenen Beratungsstrukturen der Pflegekassen sowie der Landkreise und kreisfreien Städte werden genutzt und wie bisher durch den jeweiligen Träger finanziert. Dies gilt auch für die sächliche Ausstattung.
2. Soweit gemeinsame Projekte durchgeführt werden, wird über die Finanzierung projektbezogen entschieden. Dies gilt ebenso für durchzuführende Veranstaltungen sowie sonstige Aufwendungen (z. B. für die Öffentlichkeitsarbeit).
3. Die Kosten für die Errichtung und Pflege des Internetportals gemäß § 9 trägt das Sächsische Staatsministerium für Soziales . Soweit durch die Zusendung von Daten und sonstigen Unterlagen für den Betrieb der Homepage Aufwendungen entstehen (vgl. § 9 Abs. 2), sind diese durch die jeweilige Pflegekasse oder den örtlichen Träger der Sozialhilfe zu tragen.
4. Die Übernahme der Kosten für die Errichtung und den laufenden Betrieb der telefonischen Service-Hotline wird zeitnah in einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Pflegekassen und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales geregelt.

§ 11 – Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 1. Juni 2009 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
2. Die Vereinbarung wird für die örtlichen Träger der Sozialhilfe mit ihrem Beitritt wirksam, den sie gegenüber ihrem jeweiligen Kommunalen Spitzenverband erklären.
3. Sie kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Vertragsbeziehungen zwischen den anderen Teilnehmern werden dadurch nicht berührt.
4. Die Kündigung ist erstmalig möglich zum 31. Dezember 2009.

§ 12 – Salvatorische Klausel

1. Sollten einzelne Bestimmungen unwirksam sein oder werden, so bleiben die übrigen Bestimmungen wirksam. Anstelle der unwirksamen Bestimmung ist eine Bestimmung zu vereinbaren, die dem Sinn und Zweck der weggefallenen Bestimmung in zulässiger Weise am nächsten kommt.
2. Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Auch das Schriftformerfordernis kann nur schriftlich anderweitig abbedungen werden.

Dresden, den

Anlagen

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

BKK Landesverband Ost,
Landesrepräsentanz Sachsen

IKK Sachsen

Knappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz

Verband der Ersatzkassen e. V.

Sächsischer Städte- und Gemeindetag

Sächsischen Landkreistag

Sächsisches Staatsministerium für Soziales

Leitlinien des Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C

Leitlinie 1 Bildung und Aufgabe

Grundlage für die Bildung des Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C ist § 6 der Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen auf der Grundlage § 15 SGB I i.V.m. § 8 Abs. 2 SGB XI.

Das Unterstützungsnetzwerk Pflege_C trägt zur integrierten Organisation und Koordination von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen bei, um im Einzelfall bedarfsorientiert auf eine vernetzte Versorgungsstruktur zurückgreifen zu können. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung bereits bestehender Versorgungsstrukturen und Gewinnung von Netzwerkpartnern werden ergänzende Angebote in den Sozialräumen erschlossen und nutzbar gemacht, Versorgungs- und Beratungsangebote abgestimmt sowie offene Bedarfe formuliert.

Leitlinie 2 Zusammensetzung

Kern des Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C bilden die Pflegekassen und das Sozialamt Chemnitz als Projektpartner des Modellprojektes zur Sicherstellung einer vernetzten und trägerneutralen Beratung zur Pflege/Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Das Unterstützungsnetzwerk Pflege_C setzt sich ferner zusammen aus Vertretern aller Einrichtungen, Unternehmen, Organisationen und Trägern, die in der Stadt Chemnitz in den Arbeitsfeldern der Pflege oder Seniorenarbeit tätig sind. Dies können sein:

- Sozialleistungsträger
- Leistungserbringer in Sachen Pflege
- Beratungsstellen
- Vertreter von Ehrenamt und Selbsthilfe
- Sonstige Vertreter (z. B. Vermieter, MDK, ...)

Strukturell gliedert sich das Unterstützungsnetzwerk Pflege_C in das Vorbereitungsgremium zur Organisation von Netzwerkkonferenzen und in drei themenbezogene, eigenverantwortlich agierende Arbeitsgruppen. Die Arbeitsgruppenleiter bilden das Vorbereitungsgremium.

Leitlinie 3 Benennung von Vertretern

In der konstituierenden Sitzung des Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C am 9. September 2009 wurde nach den Interessenbekundungen der Teilnehmer und Benennung weiterer potentieller Mitglieder die Zusammensetzung des Netzwerkes beschlossen. Interessenten, die die Mitgliedschaft im Unterstützungsnetzwerk Pflege_C erwerben wollen, stellen sich persönlich in einer Netzwerkkonferenz vor und informieren über ihre Organisation. Über die Mitarbeit neuer Netzwerkpartner wird nach dem Prinzip der einfachen Mehrheit abgestimmt. Die Aufnahme ist für potentielle Mitglieder möglich, wenn diese die Belange von Ratsuchenden, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vertreten und keine kommerziellen Interessen verfolgen.

Leitlinie 4 Koordinierungsstelle

Die Koordinierungsstelle des Unterstützungsnetzwerkes Pflege_C wird im Sozialamt, Abteilung Senioren- und Behindertenhilfe, Örtliche Betreuungsbehörde angesiedelt. Diese koordiniert das Vorbereitungsgremium, empfängt und verteilt Zuarbeiten, fertigt und verteilt Protokolle sowie die Einladungsschreiben für die Netzwerkkonferenzen an alle Netzwerkpartner.

Leitlinie 5 Arbeitsweise

Den Netzwerkpartnern obliegen gleiche Rechte und Pflichten im Netzwerk. Sie bringen die Interessen der von ihnen vertretenen Akteure in die Arbeitsgruppen und/oder den Netzwerkkonferenzen ein. Als Multiplikatoren informieren sie über die Tätigkeiten und Aktivitäten des Netzwerkes.

Leitlinie 6 Netzwerkkonferenzen und Arbeitsgruppentreffen

Im Modellzeitraum (bis März 2010) finden die Netzwerkkonferenzen aller drei Monate statt. Nach Beendigung der Modellphase sollten mindestens zwei Netzwerkkonferenzen jährlich durchgeführt werden. Die Organisation der Konferenzen und die Erstellung der Tagesordnung obliegen dem Vorbereitungsgremium. Die Koordinierungsstelle verschickt die Einladungen an die Netzwerkpartner.

Die Arbeitsgruppen organisieren ihre Arbeitsgruppentreffen eigenständig. Im Verhinderungsfall informieren die Arbeitsgruppenmitglieder den Arbeitsgruppenleiter und entscheiden, ob ein Vertreter entsendet werden soll. Jede Arbeitsgruppe ist verpflichtet die Ergebnisse des zu bearbeitenden Themenkomplexes zu den Netzwerkkonferenzen vorzutragen.

Leitlinie 7 Abstimmungen

Das Unterstützungsnetzwerk Pflege_C spricht Empfehlungen aus. Entscheidungen über die Positionierung zu Empfehlungen werden durch die Abstimmung der anwesenden Mitglieder mit einfacher Mehrheit herbeigeführt. Abweichende Meinungen werden protokollarisch festgehalten. Über die Aufnahme neuer Mitglieder wird wie in der Leitlinie 3 ausgeführt verfahren und abgestimmt.

Leitlinie 8 Inkrafttreten

Die Leitlinien werden in der Netzwerkkonferenz am 2. Dezember 2009 beraten und treten mit Wirkung zum 1. Januar 2010 in Kraft.

Statistikbogen Vernetzte Pflegeberatung – Modellregion LK

Datum:

1. Wo erfolgte die Beratung?

- Pflegekasse
 Sozialamt
 Häuslichkeit
 Telefon

2. Wer wurde beraten?

- | | |
|---|---|
| weibliche Person <input type="checkbox"/> | männliche Person <input type="checkbox"/> |
| Pflegebedürftiger selbst <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angehöriger <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ehrenamtler <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuer <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegedienst <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. War der/die zu Beratende fremd-versichert? (für Berater Pflegekasse)

- ja nein

4. Wurden andere Beratungsstellen vorab kontaktiert?

- ja nein

5. Hat der Beratende über das Netzwerk Görlitz über die Beratungsmöglichkeiten erfahren?

- ja nein

6. Grund der Pflegeberatung?

- akute Pflegesituation
 längerfristige Orientierung
 sonstiges

7. Liegt eine Pflegstufe vor?

- ja nein

8. Zu welchen Leistungen wurde beraten (Mehrfachnennung möglich)?

- allg. Hilfebedarf / weitere Sozialleistungen
 Leistungen nach dem SGB XI
 Leistungen nach dem SGB XII
 Leistungen nach dem SGB V

9. Hat eine Kontaktaufnahme/Weitervermittlung zu einem anderen Träger stattgefunden?

- ja nein

wenn ja (mit möglicher Mehrfachnennung)

- Pflegekasse
 Sozialamt
 Leistungserbringer
 Sonstige

Sind trägerübergreifende Fallbesprechungen erforderlich?

- ja nein

10. Ist eine weitere Beratung erforderlich?

- ja nein

wenn ja

- individuelle Beratung
 individuelles Fallmanagement