

Zusammenfassung der Ergebnisse des Arbeitskreises Qualitätssicherung der Pflegestützpunkte in Bayern Stand: 12.12.2019

1 Vorwort

Die Errichtung des Arbeitskreises Qualitätssicherung der Pflegestützpunkte in Bayern (AK-QS-PSP) wurde festgelegt im Landesrahmenvertrag (§ 6: Die PSP arbeiten nach einheitlichen Standards zur Qualitätssicherung) und in der Anlage zur Rahmenvereinbarung / Landesweite Qualitätsstandards für Pflegestützpunkte (2.2: Das Verfahren zur Erarbeitung, Weiterentwicklung und Verfeinerung der Standards wird in einer Arbeitsgruppe auf Landesebene beschlossen. In der Arbeitsgruppe sind Vertreter der Kassen, Kommunen und weiterer von diesen zu benennenden Sachverständigen vertreten.). Ziel sind landesweit verbindliche, einheitliche Qualitätsstandards für die Tätigkeit der Pflegestützpunkte in Bayern (PSP).

Der AK-QS-PSP ist jetzt mit zwei Vertretern der Kassen (Leitung Pflegeberatung MDK Bayern, Vertreterin der ARGE der Pflegekassen) und PSP- Mitarbeitern/Leitungen der Kommunen besetzt.

Der seit Sommer 2013 bestehende AK-QS-PSP mit drei Vertretern von Kassen und Kommunen wurde damit abgelöst. Die damals festgelegten Inhalte des AK wurden, wo notwendig entsprechend überarbeitet:

Die gültigen Standards sind im Folgenden dargestellt und verbindlich in den PSP umzusetzen:

2 Kategorien der Kontakte

Es werden folgende Definitionen einvernehmlich festgelegt:

	Information	Beratung	Beratung nach §7a SGB XI
	<ul style="list-style-type: none"> klare Frage-klare Antwort 	<ul style="list-style-type: none"> Beratung zu einem oder mehreren Themen, auch inklusive Vermittlung Fragen sind abschließend zu beantworten und Probleme zu lösen 	Siehe Richtlinien des GKV Spitzenverbandes vom 22.05.2018
Stammdaten	-	- / +	+
Hilfe und Unterstützungsbedarf	-	- / +	+
Zielformulierung	-	- / +	+
Gemeinsam vereinbarte Maßnahmen	-	- / +	+
Empfehlungen zur Umsetzung der Maßnahmen	-	- / +	+
Evaluation	-	- / +	+
Personelle Kontinuität	-	- / +	+
Schriftliche Aushändigung des Versorgungsplanes	-	- / +	+

Legende: - nicht erforderlich + muss +/- kann

3 Einheitliche Schnittmengen der Datenerfassung/Datenauswertung der PSP

Die Kassen benötigen grundsätzlich nur Jahresauswertungen.

Folgende Inhalte müssen für die Meldung an die Pflegekassen **verpflichtend** erfasst werden:

1. Klientengruppe
2. Kontaktart
3. Beratungsinhalt
4. Versorgungsart

3.1 Klientengruppen

Folgende Klientengruppen sind zu unterscheiden:

1. Betroffener / Klient
2. Angehörige / Bekannte/ Kontaktperson
3. Betreuer
4. Ärzte
5. Krankenhäuser und deren Sozialdienst
6. Professionelle Stellen (z.B. Dienstleister wie ambulante Pflegedienste, Organisationen)
7. Beratungsstellen
8. Kranken- und/oder Pflegekassen
9. Sonstige

Ergänzungen können individuell vorgegeben werden.

3.2 Kontaktart

Folgende Kontaktarten sind zu erfassen:

1. Telefonisch
2. Persönlich im PSP
3. Persönlich in Außenstelle
4. Schriftlich (Brief, Fax, E-Mail)
5. Hausbesuche/ Treffen andernorts

Ergänzungen können individuell vorgegeben werden.

3.3 Beratungsinhalt

Mindestens ein Beratungsinhalt ist verpflichtend auszufüllen (Pflichtfeld). Mehrere Eingaben verschiedener Beratungsinhalte pro Fall sind möglich. Pflegestützpunktspezifische Ergänzungen der Beratungsinhalte können in Zeile 2 mit der Kennzeichnung xx vorgenommen werden.

Folgende Beratungsinhalte werden einvernehmlich festgelegt:

3.4 Beratungsinhalte PSP Bayern

Nr.	KIM Beratungsinhalt Zeile 1 eingeben	KIM Beratungsinhalt Zeile 2 eingeben
01	Häusliche Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegegeld • Pflegesachleistungen • Kombinationsleistungen • Information über und Unterstützung bei der Suche nach amb. Dienst
02	Verhinderungspflege	
03	Teilstationäre Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich Tages-/Nachtpflege und Eigenanteil • Information über und Unterstützung bei der Suche nach Tagespflege • Information über und Unterstützung bei der Suche nach Nachtpflege
04	Kurzzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich KZP und Eigenanteil • Information über und Unterstützung bei der Suche nach KZP
05	Vollstationäre Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege und Eigenanteil • Information über und Unterstützung bei der Suche nach Pflegeheim ab PG 2 • Information über und Unterstützung bei der Suche nach Pflegeheim mit PG 1 • Information über und Unterstützung bei der Suche nach beschützenden Platz • Pflege- und Wohnqualitätsgesetz
06	Leistungen in amb. betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der Pflegeversicherung bei ambulant betreuten WG und Eigenanteil • Information über und Unterstützung bei der Suche nach WG
07	Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> • Vom ZBFS anerkannte Betreuungsdienste • Nutzungsmöglichkeiten des Entlastungsbetrages und Umwidmung der Sachleistung
08	Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeunterstützungsgeld • Familienpflegezeit • Pflegezeit • Sozialversicherungsbeiträge • Pflegekurse/ Häusliche Schulung • Urlaub für pflegende Angehörige • Rehabilitation für pflegende Angehörige
09	Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel • Hilfsmittel

Anlage 4 zum Rahmenvertrag Pflegestützpunkte

Nr.	KIM Beratungsinhalt Zeile 1 eingeben	KIM Beratungsinhalt Zeile 2 eingeben
		<ul style="list-style-type: none"> • Hausnotruf
10	Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung
		<ul style="list-style-type: none"> • Beratung von Klienten ohne Anspruch auf Kassenleistung bzgl. anderer Finanzierungsmöglichkeiten
		<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Beratung zur Wohnanpassung
11	Wohnen im Alter	<ul style="list-style-type: none"> • Betreutes Wohnen / Service Wohnen/ Wohnanlagen/ Barrierefreies Wohnen /Senioren-WG
12	Pflegebedürftigkeit und Pflegegrade	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich
		<ul style="list-style-type: none"> • Neues Begutachtungsinstrument und Selbsteinschätzungsbogen
		<ul style="list-style-type: none"> • Erstantrag
		<ul style="list-style-type: none"> • Höherstufungsantrag
		<ul style="list-style-type: none"> • Widerspruch
		<ul style="list-style-type: none"> • Weiterleitung aufsuchende Pflegeberatung
13	Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Häusliche Krankenpflege
		<ul style="list-style-type: none"> • Zuzahlungsbefreiung
		<ul style="list-style-type: none"> • Haushaltshilfe nach §38
		<ul style="list-style-type: none"> • Ärztlich verordnete Krankenfahrten
		<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Hospizleistungen
		<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Hospize
		<ul style="list-style-type: none"> • SAPV
		<ul style="list-style-type: none"> • Intensivpflege
		<ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitpflege nach §39c
14	Rehabilitation/Geriatrie Rehabilitation	
15	Menschen mit Behinderung und psych. Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fahrdienst für Menschen mit Behinderung
		<ul style="list-style-type: none"> • Schwerbehindertenausweis
		<ul style="list-style-type: none"> • Bundesteilhabegesetz
		<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Versorgung für Menschen mit Behinderung
		<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung
		<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Einrichtung für Menschen mit psychischer Erkrankung
		<ul style="list-style-type: none"> • Kurzzeitpflege für Menschen mit Behinderung
16	Ergänzende Leistungen und weitere Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Haushaltshilfe, privat finanziert
		<ul style="list-style-type: none"> • Essen auf Rädern
		<ul style="list-style-type: none"> • Hausnotruf, privat finanziert
		<ul style="list-style-type: none"> • Osteurop. Haushaltshilfen
		<ul style="list-style-type: none"> • Fahrdienst priv. finanziert
		<ul style="list-style-type: none"> • Besuchsdienst
		<ul style="list-style-type: none"> • Urlaubsangebote für Pflegebedürftige
		<ul style="list-style-type: none"> • Lieferservice
		<ul style="list-style-type: none"> • Mittagstisch
		<ul style="list-style-type: none"> • Hausmeisterdienste

Anlage 4 zum Rahmenvertrag Pflegestützpunkte

Nr.	KIM Beratungsinhalt Zeile 1 eingeben	KIM Beratungsinhalt Zeile 2 eingeben
		<ul style="list-style-type: none"> • Nachbarschaftshilfe
		<ul style="list-style-type: none"> • Privat finanzierte ergänzende Leistungen
17	Fachberatungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppen
		<ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsstelle
		<ul style="list-style-type: none"> • Fachstellen für pflegende Angehörige
		<ul style="list-style-type: none"> • Fachberatungsstellen für bestimmte Diagnosen
18	Betreuungsrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Betreuung
		<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung
		<ul style="list-style-type: none"> • Patientenverfügung
		<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht
		<ul style="list-style-type: none"> • Hinweis auf freiheitsentziehende Maßnahmen und Unterbringungsmöglichkeiten
		<ul style="list-style-type: none"> • Weiterleitung an Betreuungsstelle
19	Ergänzende Finanzierung – außerhalb Pflegeversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Landespflegegeld
		<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Hilfe zur Pflege SGB XII
		<ul style="list-style-type: none"> • Stat. Hilfe zur Pflege SGB XII
		<ul style="list-style-type: none"> • Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
		<ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Budget
		<ul style="list-style-type: none"> • weitere Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften)
		<ul style="list-style-type: none"> • Blindengeld
		<ul style="list-style-type: none"> • Weiterleitung bei Privater Zusatzversorgung an die Verbraucherschutzzentrale
20	Prävention und Gesundheitsförderung	
21	Krisen-/Notfallintervention	<ul style="list-style-type: none"> • Gewalt in der Pflege
		<ul style="list-style-type: none"> • Zeitlich drängende Problemlösung
		<ul style="list-style-type: none"> • „Gefahr im Verzug“
		<ul style="list-style-type: none"> • Suizidalität
22	Psychosoziales Entlastungsgespräch	
23	Umgang mit Erkrankungen allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz
		<ul style="list-style-type: none"> • Weitere Diagnosen
24	Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> • über ambulante Dienstleistungen
		<ul style="list-style-type: none"> • über stationäre Dienstleistungen
		<ul style="list-style-type: none"> • über teilstationäre Dienstleistungen
		<ul style="list-style-type: none"> • Sonstige Dienstleistungen
		<ul style="list-style-type: none"> • über den Pflegestützpunkt
		<ul style="list-style-type: none"> • über den MDK
25	Care Management	

3.5 Versorgungsart

Unter Versorgungsart sind folgende Eingaben zu hinterlegen (Pflichtfeld):

- Information
- Beratung
- §7a SGB XI Erstberatung
- §7a SGB XI Beratungsergänzung
- §7a SGB XI Wiederholungsberatung
- Caremanagement

3.5.1 Bundesstatistik/Meldepflichtige Daten

Das Bundesministerium verlangt über den GKV-Spitzenverband die folgenden statistischen Daten aller Pflegestützpunkte in Deutschland.

Alle Pflegeberatungsfälle nach §7a SGB XI in Pflegestützpunkten in Summe und getrennt ausgewiesen nach Erst- und Wiederholungsberatung.

Ein Pflegeberatungsfall definiert sich hierbei über die Richtlinien der Pflegeberatung.

Eine **Erstberatung** liegt vor, wenn der vollständige Beratungsprozess gemäß den Richtlinien nach §7a SGB XI durchlaufen und beendet wurde und zuvor keine Pflegeberatung erfolgt ist, die nach dem 1.1.2019 begonnen hat. Eine Erstberatung kann je anspruchsberechtigter Person nur einmal erfasst werden, es sei denn, die anspruchsberechtigte Person wechselt die Pflegekasse/den Pflegestützpunkt. Wechselt die anspruchsberechtigte Person die Pflegekasse, ist die erste Pflegeberatung, die die neue Pflegekasse durchführt, als Erstberatung zu erfassen. Gleiches gilt für die Erfassung von Pflegeberatungen bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Pflegestützpunkte.

Eine **Wiederholungsberatung** ist zu erfassen, wenn nach einer beendeten Pflegeberatung nach §7a SGB XI ein erneuter oder ein veränderter Beratungsbedarf entsteht und der vollständige Beratungsprozess gemäß den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach §7a SGB XI durchgeführt wurde.

Die Angabe §7a SGB XI **Beratungsergänzung** wird dann im System ausgewählt, wenn innerhalb eines bestehenden Versorgungsplanes nach einer erfolgten, aber nicht abgeschlossenen Beratung nach §7a SGB XI, Änderungen vorgenommen werden. Bei der Meldung an das Bundesministerium wird die Beratungsergänzung **nicht** übermittelt.

3.5.2 Meldeverfahren/ -fristen

Der GKV-Spitzenverband sammelt quartalsweise über die in den jeweiligen Bundesländern benannten federführenden Pflegekassen die Daten ein und aggregiert diese je Bundesland vor der Weitermeldung an das Bundesministerium für Gesundheit.

In Bayern erfolgt die Datensammlung über die AOK Bayern zu folgenden Zeitpunkten:

Erhebungszeitraum	Abgabetermin
erste Quartal (1.1. bis 31.3.)	15./20. April
zweites Quartal (1.4. bis 30.6.)	15./20. Juli

drittes Quartal (1.7. bis 30.9.) 15./20. Oktober

viertes Quartal (1.10. bis 31.12.) 15./20. Januar

Die Summe der §7a SGB XI Erstberatung und §7a SGB XI Wiederholungsberatung werden an die AOK Bayern zu den genannten Stichtagen per E-Mail (pflgestuetzpunkte@by.aok.de) gesendet.

4 Freiwillige Datenerhebung

4.1 Vermittlung durch / Weg zum PSP

Diese Erfassung ist aus Sicht der Kassen nicht erforderlich, aber für die PSP sicher informativ und hilfreich, um bei Bedarf entsprechende Werbemaßnahmen ergreifen zu können oder Defizite in der Vernetzung zu beseitigen.

4.2 Dauer

Die Erfassung der Dauer der Bearbeitung ist aus Sicht der Kassen nicht erforderlich, aber für die PSP möglicherweise von internem Interesse.

4.3 Vermittlung an

Die Erfassung, an welchen professionellen Dienstleister im Einzelnen vermittelt wurde, ist aus Sicht der Kassen nicht erforderlich. Es soll jeder PSP selbst entscheiden, ob er diese Erfassung für notwendig hält, z.B. zum Nachweis der Neutralität der Beratung. Sofern eine Erfassung dieser Daten erfolgt, wird empfohlen, diese auf keinen Fall zu veröffentlichen (z.B. im Jahresbericht), sondern nur für interne Zwecke zu verwenden (Stichwort: Pflicht zur Wettbewerbsneutralität!).

Zweckmäßig ist, sich die freie Entscheidung zwischen den möglichen Leistungsanbietern in geeigneter Form vom Beratungssuchenden schriftlich bestätigen zu lassen (z.B. auf dem Formular des Versorgungsplans: Der Klient/Betreuer hat Kenntnis aller in Frage kommenden Leistungsanbieter vor Ort erhalten. Die Entscheidung hinsichtlich zu nutzender Leistungen oder zur Inanspruchnahme und Auswahl von Leistungsanbietern wurde frei und allein durch den Klienten/Betreuer getroffen.)

4.4 Herkunft

Diese Erfassung ist aus Sicht der Kassen nicht erforderlich, aber für die PSP in den meisten Fällen sinnvoll, um den Einzugsbereich bzw. die Herkunft aus den einzelnen Städten/Gemeinden im Landkreis ermitteln zu können.

4.5 Erstkontakt/Folgekontakt

Diese Erfassung ist aus Sicht der Kassen nicht erforderlich, aber für interne Zwecke evtl. relevant. .

5 Versorgungsplan bei Beratungen nach §7a SGBXI

Bei Beratungen nach §7a SGB XI ist es nach den Richtlinien des GKV- Spitzenverbandes vom 7.Mai 2018 erforderlich, dass ein schriftlicher Versorgungsplan erstellt und dem zu Beratenden ausgehändigt wird.

Für die Dokumentation des Versorgungsplanes im KIM wird eine eigene Maske angelegt. Die PSP Bayern einigen sich auf folgende Darstellung:

Priorität	Ist-Situation	Ziel	Maßnahme	Wer	Wann	Evaluation

Folgende Module sollen hierbei berücksichtigt werden:

- Mobilität und Selbstversorgung
- Wohnsituation
- Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten/psychische Verfassung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen
- Gestaltung Alltagsleben und sozialer Kontakte
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- außer häusliche Aktivität
- Angehörige und Pflegepersonen
- Sonstiges

Hierzu wird eine gesonderte Ausfüllanleitung erstellt.

6 Schnittstellen des PSP mit den Angehörigenfachstellen sowie den Kranken- und Pflegekassen

Aufgaben	Kommunale MA	Fachstellen für pflegende Angehörige	Pflegeberater der Kassen
Erstanlaufstelle	Ja	Ja	Ja
Allgemeine Beratung	Ja	Ja	Ja
Pflegeberatung nach §7a SGB XI inkl. Versorgungsplan	Bei entsprechender Qualifikation	Bei entsprechender Qualifikation	Ja
Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten	Ja	-	Ja
Psychosoziale Beratung	-	Ja	-
Fachberatung Demenz	-	Ja	-
Care Management	Ja	ergänzend	ergänzend
Öffentlichkeitsarbeit, Präventions- und Informationsveranstaltung, Netzwerkarbeit	Ja	Ja	Ja

7 Umsetzung der Inhalte dieses Ergebnispapiers in den PSP

Nach Abstimmung des Ergebnispapiers zwischen den Trägern, ist die verbindliche Umsetzung bei allen bayerischen PSP ab dem 01.01.2019 vorgesehen, da zuvor noch Veränderungen der unterschiedlichen EDV-Systeme in den PSP erforderlich sein werden.

8 Prüfung der Qualitätssicherung der PSP

Die Statistiken zur Qualitätssicherung sind jährlich für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2015, bis spätestens 30.06. des Folgejahres gemeinsam mit der Jahresabrechnung und dem Jahresbericht bei der Kopfstelle der ARGE für PSP einzureichen.

9 Aktualisierung dieses Ergebnispapiers

Bei gesetzlichen Änderungen oder sonstigen Entwicklungen mit Einfluss auf die statistischen Erfassungen, tritt der AK-QS-PSP wieder zusammen.