

## [Pflegerreform 2017 in der juristischen Praxis](#)

Bearbeitet von  
Dr. Sebastian Weber, Dr. Frank Brünner, Dr. Albrecht Philipp

1. Auflage 2017. Buch. XX, 142 S. Kartoniert  
ISBN 978 3 406 70172 6  
Format (B x L): 14,1 x 22,4 cm

[Recht > Sozialrecht > SGB XI - Soziale Pflegeversicherung](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

**c) Qualifikation**

- 250** **Weitgehend ungeeignet** erschien und erscheint auch eine Orientierung an der für die jeweilige Tätigkeit erforderlichen Qualifikation. Einerseits ist für eine ganze Reihe von Pflege- wie Teilhabeleistungen keine spezifische Qualifikation erforderlich, andererseits sind viele Fachkräfte sowohl im Bereich der Pflege wie auch im Bereich Teilhabe einsetzbar. Im Zweifel könnte daher allein bei zwingend eine pädagogische oder eine psycho-soziale Qualifikation voraussetzenden Tätigkeiten eine Zuordnung zur Eingliederungshilfe verlässlich sein.<sup>145</sup> Dies ist aber zB nur bei einem Bruchteil von Betreuungsleistungen in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen der Fall. Die gegenläufige Überlegung, Tätigkeiten, die „vor allem pflegefachliche Kenntnisse“ erfordern, der Pflege zuzuordnen, dürfte in diesem Zusammenhang dagegen bald zu weitgehend sein, denn dies ist grundsätzlich auch im Teilhabe-Bereich sehr häufig so.

**d) Lebenszusammenhang**

- 251** Der Wunsch der Bundesregierung, einheitliche Lebenszusammenhänge nicht zu zerreißen<sup>146</sup>, ist nachvollziehbar. Er ist aber praktisch kaum vereinbar mit den Änderungen des Leistungsrechts der Eingliederungshilfe. Durch die strukturelle Abkehr von stationärer Leistungserbringung sowie der Aufteilung in Fachleistungen und Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, insbesondere im Bereich des Wohnens, erfolgt ohnehin eine **Aufteilung des bisher einheitlichen Lebenszusammenhangs**. So ist geradezu beabsichtigt, dass Hilfebedürftige sich künftig Wohnraum und hauswirtschaftliche Assistenz gesondert beschaffen, darüber hinaus pädagogische oder psychosoziale Fachleistungen ggf. bei einem weiteren Anbieter buchen und schließlich einen insoweit noch nicht abgedeckten eher pflegerischen Bedarf durch einen ambulanten Dienst erfüllt bekommen.<sup>147</sup>
- 252** Diese rechtlich im Zweifel in **drei voneinander unabhängigen Vertragsbeziehungen** organisierte Leistungserbringung muss auch die Inanspruchnahme der Pflegeversicherung umfassen. In klassisch ambulanten Versorgungssituationen hätte noch einigermaßen unproblematisch § 13 Abs. 3 SGB XI eingegriffen. Soweit aber – und dies wird landesweit ein jahrelanger Prozess sein – bisher stationäre Einrichtungen sich strukturell diesen ambulanten Versorgungsformen annähern, wird dies aus Sicht der Betroffenen leistungsrechtlich identisch abzubilden sein. Dies wird auch dann gelten müssen, wenn eine stationäre Einrichtung sukzes-

---

<sup>145</sup> Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 262.

<sup>146</sup> KabinettsE, S. 66.

<sup>147</sup> BT-Drs. 18/9522, 4.

sive in einen Ort verwandelt wird, an dem in individualisiertem Wohnraum Fachleistungen erbracht werden. Die **Übergänge** werden **fließend** sein, wie dies auch heute schon im Bereich betreuter Wohnformen der Fall ist.

#### e) Wohn- und Betreuungsvertragsrecht

Gerade diese sollen offenbar nach § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI nF als **253** Pflegeeinrichtung ausgeschlossen sein. Diese Ergänzung zielt vor allem auf sog. **anbieterverantwortete Wohngemeinschaften** ab.<sup>148</sup> Da diese sich dadurch auszeichnen, dass „im Rahmen einer Gesamtbetrachtung die Versorgung der Bewohner umfassend organisiert“ sei, Wohnraumüberlassung und Eingliederungshilfe also miteinander verknüpft sind, entsprechen diese Angebote aus Sicht des Gesetzgebers stationären Angeboten, die deshalb von den gleichen Rechtswirkungen des § 71 SGB XI erfasst sein sollen.<sup>149</sup> Dass es dabei auf die Anwendbarkeit des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes ankommen soll, könnte sich noch als **kontraproduktiv** erweisen, denn ob das WBVG künftig noch regelmäßig zur Anwendung kommt, wenn Leistungen zum Lebensunterhalt und Fachleistungen der Eingliederungshilfe getrennt zu betrachten sind<sup>150</sup>, wird man abwarten müssen. Dass zunehmend sowohl rechtlich wie tatsächlich (§ 1 Abs. 2 WBVG) von einander unabhängige Anbieter Leistungen erbringen werden, ist jedenfalls nicht auszuschließen, denn dass Fachdienste für Teilhabe-Leistungen in großem Umfang die wohnungswirtschaftliche Administration von Einzelmietverhältnissen übernehmen wollen, liegt eigentlich eher fern.<sup>151</sup> Dass es insoweit tatsächlich beim gewünschten Leistungsbezug „aus einer Hand“ bleiben wird<sup>152</sup>, ist also nicht ausgemacht.

Der Gesetzgeber geht im Übrigen davon aus, dass § 13 Abs. 3 Satz 2 **254** SGB XI nF nicht nur für klassisch **stationäre Einrichtungen** gilt, sondern eben auch für die sog. Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI nF.<sup>153</sup> Das fordert Kritik heraus. Es ist zwar richtig, dass der pauschalen Leistungsverpflichtung der Pflegekassen nach § 43a SGB XI aufgrund der Änderungen des Eingliederungshilferechts der Bezug zur „stationären Einrichtung“ abhandenkommt<sup>154</sup>, doch dürfen gerade wegen der **Segmentierung des Leistungsgeschehens** in ambulanten Versorgungsformen die Leistungsansprüche von Menschen mit Behinde-

<sup>148</sup> Vgl. Philipp, Pflege- und Wohnqualitätsgesetz Bayern, S. 6ff.

<sup>149</sup> Vgl. insoweit ebenfalls schon den KabinettsE, S. 72.

<sup>150</sup> Vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 200.

<sup>151</sup> Anders die Annahmen des Gesetzgebers, BT-Drs. 18/9522, S. 355.

<sup>152</sup> KabinettsE, S. 66.

<sup>153</sup> KabinettsE, S. 66.

<sup>154</sup> KabinettsE, S. 69; BT-Drs. 18/10510, 113.

rungen aus der Pflegeversicherung nicht weitgehend ausgeschlossen werden. Die Bundesregierung will dagegen „ungewollte Lastenverschiebungen“ zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung infolge möglicher **konzeptioneller Weiterentwicklungen der Versorgungsangebote** für Menschen mit Behinderungen vermeiden.<sup>155</sup> Die Anhebung des Prozentsatzes in § 43a SGB XI auf 15 % des vereinbarten Entgeltes für die Fachleistungen (bei gleichbleibendem Höchstbetrag) stellt insofern einen **unzureichenden Ausgleich** dar. Insbesondere dies dürfte für Rechtsstreitigkeiten sorgen, denn dass hier schematisch von einer umfassenden Leistungspflicht des Anbieters der Eingliederungshilfe-Leistung ausgegangen werden soll, ist aufgrund der vorstehenden Überlegungen angreifbar.

#### f) Evaluation

- 255 Insofern ist es richtig, dass der Gesetzgeber gerade die Frage der Abgrenzung von Pflege und Eingliederungshilfe zum Gegenstand der vorgesehenen Evaluation gemacht hat (§ 18c Abs. 2 Satz 3 Nr. 6 SGB XI).

### III. Ausweitung der Leistungspflichten der Pflegeversicherung

- 256 Die Leistungsträger der Eingliederungshilfe wie auch die Träger von Einrichtungen und Diensten stehen deshalb vor erheblichem Änderungsbedarf, wenn die mit dem Bundesteilhabegesetz erfolgte Reform in Verbindung mit den Änderungen des Pflegeversicherungsrechts praktisch funktionieren soll. Die **Grundannahme**, dass Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen gefördert wird, wenn sie ihren Assistenzbedarf nicht mehr in stationären Einrichtungen gedeckt bekommen, sondern zunehmend in ambulanter und segmentierter Form, muss sich **erst noch als praxistauglich beweisen**. Die Absicht – weg von der „Anstalt“, hin zum Leben in der örtlichen Gemeinschaft – ist gewiss gutzuheißen. Ob aber für deren Verwirklichung bestehende und bewährte Leistungsstrukturen, die ihrerseits immer einem stetigen Wandel unterlagen, mit einem Federstrich des Gesetzgebers aufgegeben werden sollten, steht auf einem ganz anderen Blatt. Die skizzierten Abgrenzungsschwierigkeiten im Zusammenspiel von Teilhabe- und Pflegeleistungen belegen nur exemplarisch, dass die autonome „Bestellung“ von Leistungen und ihre in Modulen gedachte Erbringung noch am Anfang stehen.
- 257 Die Vertragsparteien der Rahmenverträge nach § 79 SGB XII aF und Leistungs- wie Vergütungsvereinbarungen nach §§ 75 ff. SGB XII aF ha-

---

<sup>155</sup> KabinettsE, S. 72.

ben in den Bundesländern zum Teil sehr ausdifferenzierte Grundlagen für die Leistungserbringung in der Eingliederungshilfe geschaffen. Soweit diese auf dem bisherigen Dreiklang von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungstypen aufbauen, wird deren „Übersetzung“ in Leistungen zum Lebensunterhalt und Fachleistungen erhebliche Veränderungen bewirken. Dies allein wäre schon Aufgabe genug; die Entwicklung der Pflegeversicherung bewirkt hier eine zusätzliche Herausforderung, deren **Bewältigung noch nicht einmal in Ansätzen erkennbar** ist.

§ 13 Abs. 3 SGB XI in der Fassung des Gesetzentwurfs hätte im häuslichen Bereich für Menschen mit Behinderungen grundsätzlich eine **Erleichterung beim Zugriff auf die Leistungen des SGB XI** bewirken können. So rechnete die Bundesregierung schon von sich aus bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI mit Mehrausgaben von jährlich 20 Mio. EUR.<sup>156</sup> Wie sich unabhängig davon der Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI nF auswirken wird, ist nicht abzusehen. Denkbar wäre insofern gewesen, dass entsprechend nicht verbrauchte Sachleistungsansprüche nach § 36 SGB XI vorrangig vor Eingliederungshilfe-Leistungen in Anspruch genommen hätten werden müssen. **258**

Der bislang in § 13 Abs. 3a SGB XI geregelte Ausschluss einer Anrechnung des nunmehr sog. Entlastungsbetrages auf die Hilfen zur Pflege findet sich nunmehr inhaltsgleich in § 45b Abs. 3 SGB XI nF. **259**

Im Übrigen hätte die Entscheidung, die Abgrenzungsfragen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe anhand des Leistungsortes (häusliches Umfeld) zu lösen, **mehr Fragen** aufgeworfen, **als** dass sie **Lösungen** geboten hätte. Eine inhaltliche Begründung, warum die Abgrenzung von Pflege und Teilhabe davon abhängen soll, an welchem Ort sie erbracht wird, war im Entwurf nicht zu finden. Die Abgrenzung hätte finanziell möglicherweise ein tauglicher Kompromiss für die Kostenverteilung zwischen den Sozialleistungsträgern gewesen sein können, die an sich aber ihrem Inhalt nach kaum veränderte Teilhabe-Leistung für Menschen mit Behinderungen wäre so nur künstlich aufgespalten worden, obwohl Lebenszusammenhänge eigentlich bewahrt werden sollten. Mit der Beibehaltung des bislang schon problematischen Nebeneinanders sind indes nun die **Fragen der Schnittstelle** zwischen Pflege und Eingliederungshilfe **vertagt** und der **Lösungskompetenz der Praxis** weitgehend überantwortet worden. **260**

Letztlich wird den Betroffenen hier die Aufgabe ausgebürdet, **Verteilungskämpfe der Kostenträger** auf ihrem Rücken auszuhalten. Dies erscheint schon allein wegen des Teilkasko-Charakters der Pflegeversiche- **261**

---

<sup>156</sup> KabinettsE, S. 46.

zung und des umfassenden Eingliederhilfeanspruchs problematisch. Insofern wirkt der Regierungsentwurf zu § 13 mutmaßlich praktisch nach: Während im häuslichen Umfeld der Eingliederungshilfeträger regelmäßig darauf bestehen wird, dass sämtliche denkbaren Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung ausgeschöpft werden, wird außerhalb des häuslichen Umfelds die jeweilige Pflegekasse unter Verweis auf die vorrangige Eingliederungshilfe Leistungen verweigern. Im Zusammenspiel mit den Hilfen zur Pflege, die in Ergänzung der Versicherungsleistungen an sich in gleicher Weise vor- bzw. nachrangig gegenüber der Eingliederungshilfe sein müssten, verkompliziert sich die Situation nochmals. Zumal in den Bundesländern die Zuständigkeit für die Hilfen zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII nF und für die Eingliederungshilfe nach SGB IX nF variieren und zwischen dem örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger aufgeteilt sein können.

- 262 **Konsequent wäre** daher entweder eine klare Vorrangregelung zu Lasten der Pflegeversicherung **gewesen**, die dann in ihrem sehr weitgehend definierten Leistungsbereich (ua aktivierende Pflege, soziale Betreuung) zunächst vollständig in Anspruch zu nehmen wäre, bevor „weitergehende“ Leistungen der Eingliederungshilfe hätten zum Tragen kommen können. Damit hätte allerdings die Eingliederungshilfe ihre eigenständige Funktion verloren und wäre zu einer anders begründeten weiteren sozialen Hilfe für die Betroffenen geworden. Genau dies war aber nicht die Absicht des Gesetzgebers bei seinem Entwurf zum Bundesteilhabegesetz. Nimmt man dessen Intention, ein eigenständiges Leistungsrecht für „Fachleistungen“ der Teilhabe zu schaffen, aber ernst, dann kann man **Pflege und Eingliederungshilfe** grundsätzlich nicht als (teilweise) deckungsgleich ansehen, sondern schon als **vom Wesen und vom Grunde her verschiedene Leistungsbereiche**. Wäre dies so, dann verbietet sich aber jeder Vorrang des einen vor dem anderen Leistungsbereich. Vielmehr wären dann Pflege- und Teilhabe-Leistungen, **grundsätzlich nebeneinander** zu beanspruchen. Dafür müssen praxistaugliche Abgrenzungskriterien angesichts der lyrischen Weite der im Leistungsrecht verwendeten Begrifflichkeiten erst noch gefunden werden.
- 263 Dass der Gesetzgeber durchaus beachtliche Verschiebungen zwischen der Pflegeversicherung und der (reformierten) Eingliederungshilfe erwartet, zeigt auch die **Besitzstandsregelung** in § 145 SGB XI nF. Diese soll gewährleisten, dass bestehende Leistungsansprüche nach § 36 SGB XI nicht infolge des veränderten Leistungsrechts der Eingliederungshilfe verloren gehen. Die in § 43a und § 71 Abs. 4 SGB XI nF vorgenommenen Erweiterungen des Ausschlusses bzw. der pauschalen Begrenzung der Leistungsansprüche nach dem SGB XI werden insoweit suspendiert.<sup>157</sup>

---

<sup>157</sup> BT-Drs. 18/9518, 82.

## G. Funktion der Kommunen

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III verfolgt der Gesetzgeber noch ein weiteres **ambivalentes Anliegen**. Beabsichtigt ist eine „Stärkung der kommunalen Ebene“, denn diese trage im Rahmen ihrer Zuständigkeit „maßgeblich zur Versorgung“ pflegebedürftiger Menschen bei, obwohl ihr nur „begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung“ stünden. Gewollt ist eine verbesserte Fähigkeit der Kommunen zur Koordination, Kooperation und Steuerung. Die Kommunen sollen zudem stärker in die „Strukturen der Pflege“ eingebunden und „Sozialräume“ so entwickelt werden, dass Pflegebedürftige möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.<sup>158</sup> **264**

### I. Keine Bedarfsplanung

Im Unterschied zu verschiedenen Leistungsbereichen der Krankenversicherung kennt das Pflegeversicherungsrecht keine Bedarfsplanung. Träger von Einrichtungen und Diensten haben deshalb einen **Anspruch auf** den Abschluss eines Versorgungsvertrages und damit die **Zulassung zum „Markt“**, wenn sie die in § 72 SGB XI genannten Voraussetzungen erfüllen. Potentielle Wettbewerber können also nicht ausgeschlossen werden mit dem Hinweis, für ihre neuen Angebote bestünde kein Bedarf.<sup>159</sup> **265**

Ein praktischer Anwendungsfall für den in § 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI enthaltenen Vorrang freigemeinnütziger und privater Anbieter bei „notwendiger Auswahl“ besteht deshalb nicht.<sup>160</sup> Aus § 11 Abs. 3 SGB XI folgt aber, dass öffentliche Anbieter nur nachrangig Leistungen erbringen dürfen. Reicht das Leistungsangebot freigemeinnütziger und privater Anbieter aus, bleibt für öffentliche Anbieter deshalb kein Raum.<sup>161</sup> Das so formulierte **Subsidiaritätsprinzip** steht allerdings in einem Spannungsverhältnis zum Ausschluss einer Bedarfsplanung. So dürften grundsätzlich auch Anbieter in kommunaler Trägerschaft einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags haben.<sup>162</sup> **266**

---

<sup>158</sup> Vgl. die Beschreibung der Zielsetzung im KabinettsE, S. 1.

<sup>159</sup> BT-Drs. 12/5262, 136.

<sup>160</sup> Vgl. KassKomm/Leitherer SGB XI § 72 Rn. 27f.; Krauskopf/Knittel SGB XI § 72 Rn. 20; Udsching/Schütze, § 72 Rn. 11.

<sup>161</sup> Vgl. bereits Dickmann/Weber, § 71 SGB XI Rn. 7.

<sup>162</sup> Krit. auch Schulin, NZA 1994, 434, 438.

- 267 Auch die Festlegung eines **Einzugsgebietes** im Versorgungsvertrag führt nicht dazu, dass der jeweilige Anbieter ambulanter Leistungen auf dieses Einzugsgebiet begrenzt wäre, vielmehr kann er auch außerhalb dessen seine Leistungen anbieten.<sup>163</sup> Hieran ändert auch die in Kenntnis der Rechtsprechung veränderte Formulierung des § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI nichts. Die für erforderlich erachtete Kenntnis der vorhandenen Versorgungsstrukturen und der Informationswert von Leistungs- und Preisvergleichslisten<sup>164</sup> rechtfertigen die mit einem als ausschließlich verstandenen Einzugsgebiet einhergehende Einschränkung der Berufsfreiheit des Anbieters nicht. Vielmehr wird auch die geltende Regelung so zu verstehen sein, dass der Pflegedienst sich dazu verpflichtet im vereinbarten Einzugsgebiet Teil der Versorgungsstruktur zu sein und damit den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassenverbände (mit) zu erfüllen.<sup>165</sup> Innerhalb des Einzugsgebiets dürfen Pflegedienste deshalb Kundenanfragen nicht ohne sachlichen Grund ablehnen.<sup>166</sup>
- 268 Gleichwohl sind die Länder nach § 9 SGB XI verantwortlich dafür, dass eine leistungsfähige, „zahlenmäßig ausreichende“ und wirtschaftliche Infrastruktur zur Versorgung von Pflegebedürftigen besteht. Soweit die Länder insoweit (noch) Defizite erkennen, können sie deshalb auch **öffentliche Förderung** ermöglichen. Die Förderung muss aber grundsätzlich wettbewerbsneutral erfolgen, also allen Leistungsanbietern offenstehen. Bedarfsplanung durch die Hintertür darf mithin nicht erfolgen.<sup>167</sup> Ein Anspruch auf öffentliche Förderung (Betriebskostenzuschüsse, Investitionskosten) besteht indes nicht. Erfolgt eine Förderung, ist diese nach § 82 SGB XI bei der Entgeltbemessung abzusetzen. Dem Wortlaut nach erfasst ist hiervon eine Förderung „nach § 9 SGB XI“. Erfasst ist aber nicht nur eine Förderung aus Landesmitteln, sondern auch kommunale Zuschüsse oder anderweitige Förderungen aus öffentlichen Mitteln sind zu berücksichtigen, da der Einrichtungsträger auch insoweit nicht berechtigt sein kann, die entsprechende Beträge noch ein zweites Mal den Nutzern der Einrichtung zu berechnen.<sup>168</sup>

## II. Wohnortnahe Versorgung und Betreuung

- 269 Obwohl demnach weder eine übergreifende Bedarfsplanung und noch Zulassungsregeln bestehen, die eine konkrete Einflussnahme der Kom-

---

<sup>163</sup> BSG Urt. v. 24.5.2006 – B 3 P 1/05 R, Rn. 15 ff.

<sup>164</sup> BT-Drs. 16/7439, 67.

<sup>165</sup> AA wohl KassKomm/Leitherer SGB XI § 72 Rn. 29.

<sup>166</sup> LPK-SGB XI/Planholz § 72 Rn. 20.

<sup>167</sup> BSG Urt. v. 28.6.2001 – B 3 P 9/00 R, Rn. 35 ff.

<sup>168</sup> Vgl. bereits Dickmann/Weber, § 82 SGB XI Rn. 8.

munen auf die lokale Versorgungsinfrastruktur zulassen, postuliert der Gesetzgeber so etwas wie einen **Grundsatz der Wohnortnähe**. Die nach § 7c SGB XI (zuvor § 92c SGB XI aF) einzurichtenden sog. **Pflegestützpunkte** dienen der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung (Abs. 1). Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gehören „die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote“ (Abs. 2 Nr. 2) wie auch die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ (Abs. 2 Nr. 3). Die Einrichtung der Pflegestützpunkte oblag den Pflege- und Krankenkassen nach Maßgabe des Landesrechts (Bestimmungen der obersten Landesbehörde).

Mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten wollte der Gesetzgeber der weiteren Umsetzung des **Grundsatzes „ambulant vor stationär“** Vorschub leisten sowie eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientierte Versorgung fördern. Diesem Zweck dient auch die umfassende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.<sup>169</sup> Die Initiative hierfür sollte vor allem von den Pflege- und Krankenkassen ausgehen.<sup>170</sup> **270**

Die Umsetzung dieser umfassend formulierten Aufgabe erfolgte **in den Ländern** indes **sehr unterschiedlich**. In Bayern wurde etwa im Wege einer Allgemeinverfügung des zuständigen Staatsministeriums die Einrichtung von bis zu 60 Pflegestützpunkten vorgesehen, die in allen Regierungsbezirken sowohl in ländlichen Regionen wie auch in städtischen Ballungszentren errichtet werden sollten. Dies sollte vor allem dort geschehen, wo sich auch der Landkreis oder die kreisfreie Stadt am Pflegestützpunkt beteiligt (Ziff. 2.3. der Verfügung). Tatsächlich eingerichtet wurden allerdings nur 10 Pflegestützpunkte, was auch daran lag, dass bereits zuvor vielfach Beratungsstellen bestanden. Dagegen gibt es zB allein in Berlin rund 20 Pflegestützpunkte. **271**

### III. Neue Steuerungsinstrumente der Kommunen

Mit dem bisher erreichten Stand bei der Umsetzung dieser Zielsetzungen ist der Gesetzgeber offenkundig unzufrieden: „In den vergangenen Jahren hat sich mehr und mehr gezeigt, dass es Verbesserungspotential bei der Pflege vor Ort insbesondere in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung gibt.“<sup>171</sup> Im Pflegestärkungsgesetz III sind deshalb **272**

---

<sup>169</sup> BT-Drs. 16/7439, 37 ff., 46 ff.

<sup>170</sup> BT-Drs. 16/7439, 75 ff.

<sup>171</sup> KabinettsE, S. 1.