

Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen

**Entwicklung eines regionalisierten
Bemessungsverfahrens
für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung
gemäß §§ 7a und 92c SGB XI und der Allgemeinverfügung
zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom
08.12.2008 in Hessen**

Dr. Angela Joost

Frankfurt am Main, Mai 2011

Inhalt

1. Einordnung des Bemessungsverfahrens	4
2. Beteiligten orientierte Entwicklung von operationalisierten Kriterien der in § 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI angestrebten wohnort-nahen Versorgung	4
2.1 Feldstudien und Recherchen	5
2.1.1 Kriterien Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit.....	5
2.1.2 Recherche bereits vorhandener Bemessungsverfahren	7
2.1.3 Anhaltswert.....	8
2.1.4 Regionen spezifische Einflussfaktoren und Kriterien	10
2.1.5 Erster Entwurf des Bemessungsverfahrens	12
2.2 Probelauf des Verfahrens in sieben Testregionen.....	13
2.2.1 Auswahl der Testregionen	13
2.2.2 Evaluationsgespräche in den Regionen.....	13
2.2.3 Zweiter Entwurf des Bemessungsverfahrens.....	15
2.3 Weiterentwicklung und Validierung des Bemessungsverfahrens mit dem Steuerungsausschuss.....	16
3. Regionalisiertes Bemessungsverfahren für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung gemäß §§ 7a und 92c SGB XI und der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 08.12.2008 in Hessen	18
3.1 Definition des Gegenstandsbereichs des Bemessungsverfahrens	18
3.2 Grundannahmen für Beratung.....	19
3.3 Anhaltswert als Ausgangspunkt der Berechnung des Beratungs-bedarfs.....	20
3.4 Komponenten des regionalen Beratungsbedarfs.....	21
3.5 Beschreibung des regionalisierten Bemessungsverfahrens.....	23
3.6 Zusammenführung der Komponenten im Bemessungsverfahren	27

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Regionale Einflussfaktoren, die den Grundbedarf bestimmen.....	10
Tab. 2: Zielgruppenspezifische Einflussfaktoren.....	11
Tab. 3: Siedlungsstrukturelle Einflussfaktoren.....	11
Tab. 4: Datenübersicht für die Auswahl der Testregionen.....	14
Tab. 5: Anhaltswerte zum wohnortnahen und bedarfsgerechten Aufbau von Pflegestützpunkten.....	20
Tab. 6: Übersicht über die Komponenten zur Ermittlung des regionalen Bedarfs an wohnortnaher und bedarfsgerechter Beratung.....	22
Tab. 7: Anteil der hilfebedürftigen Bevölkerung in Privathaushalten an den Altersgruppen der Bevölkerung nach der Systematisierung der MuG III-Studie und der Systematisierung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.....	24

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verknüpfung der Komponenten im Bemessungsverfahren.....	27
---	----

1. Einordnung des Bemessungsverfahrens

Das IWAK hatte im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen den Auftrag, Beteiligten orientiert und in Abstimmung mit dem Steuerungsausschuss ein Bemessungsverfahren zu entwickeln für Beratung gemäß den §§ 7a (Pflegeberatung) und 92c SGB XI sowie der Allgemeinverfügung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte in Hessen vom 08.12.2008.

Das Bemessungsverfahren wurde zwischen Dezember 2009 und Juni 2010 entwickelt, also in einem Zeitraum, in welchem in Hessen noch keine Beratungserfahrungen in Pflegestützpunkten vorlagen. Da es somit nicht möglich war, auf spezifische hessische Erfahrungen zu rekurrieren, wurden andere Referenzen herangezogen. Dies waren zum einen die Erfahrungen, die mit Pilotpflegestützpunkten des Bundes gesammelt wurden. Zum anderen wurden die Erfahrungen und Überlegungen anderer Bundesländer, die derzeit ebenfalls Pflegestützpunkte aufbauen, einbezogen. Als dritte Quelle fanden Analysen regionaler Beratungsstrukturen in verschiedenen Bundesländern Verwendung. Diese zeichneten sich durch ähnliche Aufgabenzuschnitte wie die hessischen Pflegestützpunkte aus.

Aufbauend auf dieser Quellenlage, in Rückkoppelung mit verschiedenen Expert/innen und den Mitgliedern des Steuerungsausschusses für die hessischen Pflegestützpunkte sowie nach wissenschaftlichen Standards wurde ein Bemessungsverfahren entwickelt. Dieses Verfahren bildet den aktuellen Stand der Beratungserfahrungen und der wissenschaftlichen Forschung ab. Es ist prozessual angelegt, so dass mit weiteren Erfahrungen, die zukünftig in Pflegestützpunkten in Hessen, aber auch in anderen Bundesländern gesammelt werden, dieses Verfahren weiterentwickelt werden kann. Damit kann sichergestellt werden, dass der jeweils bestmögliche Wissens- und Erfahrungsstand direkt für die Fortschreibung des Verfahrens genutzt werden kann. IWAK wird bis zum Ende der wissenschaftlichen Begleitung der hessischen Pflegestützpunkte im Jahr 2012 sicherstellen, dass alle sechs Monate eine Aktualisierung von Erfahrungen und Wissensstand bundesweit vorgenommen wird. Darin werden sukzessive auch die Erkenntnisse einfließen, die in den hessischen Pflegestützpunkten gewonnen werden. Die Erkenntnisse werden von IWAK dokumentiert, mit Vorschlägen für eine Fortschreibung des Bemessungsverfahrens verbunden und dem Steuerungsausschuss zur Beratung vorgelegt.

Im Folgenden wird zunächst in Kapitel 2 der Prozess der partizipativen Entwicklung des Bemessungsverfahrens in seinen einzelnen Schritten und Zwischenergebnissen vorgestellt. Schließlich wird in Kapitel 3 das Bemessungsverfahren mit seinen Definitionen, Grundannahmen und einzelnen Rechenoperationen beschrieben.

2. Beteiligten orientierte Entwicklung von operationalisierten Kriterien der in § 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI angestrebten wohnortnahen Versorgung

Die Entwicklung von operationalisierten Kriterien für ein regionalisiertes Bemessungsverfahren für Beratung gemäß §§ 7a und 92c SGB XI sowie der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 08.12.2008 wurde in einem dreistufigen Prozess vollzogen.

1. Es wurden Feldstudien im Bereich Pflegeberatung, Beratung in Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen und ähnlichen Einrichtungen sowie

Recherchen in anderen Bereichen der Sozialplanung durchgeführt. Auf der Basis dieser Ergebnisse wurde eine erste Fassung des Bemessungsverfahrens erstellt.

2. Diese erste Fassung des Bemessungsverfahrens wurde in sieben ausgewählten hessischen Regionen getestet, und es wurden Evaluationsgespräche mit regionalen Akteuren durchgeführt. Die Ergebnisse flossen in eine zweite Fassung des Bemessungsverfahrens ein.
3. Diese zweite Fassung des Bemessungsverfahrens wurde in Abstimmung mit dem Steuerungsausschuss weiterentwickelt und validiert.

Im Folgenden werden die einzelnen Entwicklungsschritte mit ihren Ergebnissen detailliert dargestellt.

2.1 Feldstudien und Recherchen

Die Feldstudien zu vorhandenen Bedarfsermittlungs- und Bemessungsverfahren im Bereich Pflegeberatung und Beratung älterer Menschen sowie Recherchen zu Personalbemessungsverfahren in anderen Bereichen der Sozialplanung hatten verschiedene Funktionen. Es wurden

1. die Kriterien Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit näher bestimmt,
2. bereits vorhandene Personalbemessungs- sowie Bedarfsermittlungsverfahren auf eine Übertragbarkeit einzelner Elemente, Kriterien oder der Systematik auf das Praxisfeld Beratung in Pflegestützpunkten überprüft,
3. theoretische Konzepte und praktische Erfahrungen für einen Zuordnungsschlüssel eruiert, das heißt für einen Anhaltswert, der die Relation beschreibt, für wie viele Einwohner ein Vollzeitäquivalent an Beratungspersonal zu einer bedarfsdeckenden Versorgung an Beratung führt, und
4. Regionen spezifische Einflussfaktoren identifiziert.

Neben Internet- und Literaturrecherchen wurden hierfür Interviews geführt

- mit Fachleuten aus den für die Umsetzung des § 92c SGB XI zuständigen Fachstellen in den Ministerien insbesondere aus den Bundesländern, die im ersten Umsetzungsschritt eine flächendeckende Versorgung mit Pflegestützpunkten anstreben (Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin),
- mit Beschäftigten in Beratungsstellen für ältere Menschen und in Pilot-Pflegestützpunkten,
- mit Wissenschaftler/innen aus Sozialplanung und Alternswissenschaften.

2.1.1 Kriterien Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit

Wohnortnähe

In zahlreichen Interviews wurde die Operationalisierung des Kriteriums der Wohnortnähe thematisiert. Wohnortnähe wurde in der Regel gleichgesetzt mit niedrigschwelliger Erreichbarkeit. Diese macht sich z.B. daran fest, dass Beratungsstellen physisch gut zu erreichen sind, also eine gute Verkehrsanbindung aus den umliegenden Gebieten mit dem

öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) vorhanden ist. Die Beratungsstelle sowie die Verkehrsmittel des ÖPNV zur Beratungsstelle sollten barrierefrei und behindertengerecht ausgebaut und die Haltestellen des ÖPNV fußläufig erreichbar sein, also nur wenige 100 Meter von der Beratungsstelle entfernt liegen. Die Öffnungszeiten sollten zudem möglichst umfassend und eine telefonische Erreichbarkeit gewährleistet sein. Bei Bedarf sollte die Beratung auch in der Häuslichkeit der Klienten stattfinden können (aufsuchende Beratung, Zugeh-Struktur). Wohnortnähe in diesem Sinn impliziert nicht automatisch ein dichtes Netz an Beratungsstellen, sondern kann auch durch eine zentrale Struktur in Kombination mit aufsuchender Beratung und gegebenenfalls einer mobile Beratungseinheit (Beratungsbus), die regelmäßig verschiedene Stationen in der Region anfährt und dort feste Präsenzzeiten hat, hergestellt werden.

Das Kriterium der Wohnortnähe bezieht sich mit vielen Aspekten vor allem auf die Lage und den Ausbau von Beratungsstellen sowie die Organisation der Beratungstätigkeit, also auf die Umsetzung eines durch ein Bemessungsverfahren zu ermittelnden Personalbedarfs. Der Personalbedarf selbst wird hierdurch aber auch insofern beeinflusst, als Wohnortnähe in ländlichen Strukturen mit einer dünnen Siedlungsdichte und einem nur schlecht ausgebauten ÖPNV eine stärker ausgeprägte Zugeh-Struktur der Beratungsstelle erfordert als in städtischen Lagen und hierzu größere personelle Ressourcen nötig sind. Unter Punkt 2.1.4 wird dieser Aspekt weiter ausgeführt.

Bedarfsgerechtigkeit

Das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit muss ebenfalls zunächst näher bestimmt werden, um qualitativ bestimmen zu können, welche Aspekte den Grad der Bedarfsgerechtigkeit beeinflussen und wann Bedarfsgerechtigkeit vorliegt.

Die unmittelbare Beratung der Klienten wurde von den Interviewpartner/innen in den Beratungsstellen als ihre primäre Aufgabe gesehen. In den Interviews wurde deshalb Bedarfsgerechtigkeit zumeist gleichgesetzt mit einem Zustand, in dem die Klienten mit ihren Anliegen zeitnah, qualitativ und quantitativ gut beraten und betreut werden können. Andere Aufgaben wie Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Prävention und Gremienarbeit wurden ebenfalls als wichtig beurteilt, bei Zeitnot aber häufig als erstes in den Hintergrund gerückt. Wartelisten für Klienten waren nur ein letztes Mittel, wenn alle anderen Zeitsparpotenziale ausgeschöpft waren. In den Gesprächen mit Beraterinnen, die ihre verfügbare Arbeitszeit auf diese Weise organisierten, wurde von diesen eingeräumt, dass insbesondere die Vernetzung, wenn sie stärker betrieben werden könnte, bessere Voraussetzungen für die Beratungsarbeit schaffen und die regionale Versorgungsstruktur verbessern könnte. Eine intensive Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit erschien zudem insb. für neu geschaffene Beratungsstrukturen, wie dies zum Teil die Pilot-Pflegestützpunkte waren, grundlegend, um die potenziellen Klienten auf das Angebot an Beratung aufmerksam zu machen und damit Beratungsbedarf und –angebot zusammenzuführen.

Da „Beratung“ im Sinne der Aufgaben der Pflegestützpunkte in Hessen die regionale Vernetzung sowie der Koordination des Auf- und Ausbaus regionaler Strukturen (Care-Management) als wichtige Voraussetzungen für die Beratung im unmittelbaren Klientenkontakt impliziert, kann für eine Operationalisierung des Begriffs „Bedarfsgerechtigkeit“ im Kontext der Entwicklung eines Bemessungsverfahrens diesem eher pragmatischen, unmittelbar klientenzentrierten Verständnis von Bedarfsgerechtigkeit, das in vielen Beratungsstellen vorhanden ist, nicht gefolgt werden. Vielmehr gehört zur Bedarfsgerechtigkeit von Beratung in hessischen Pflegestützpunkt die Erfüllung aller Aspekte des gesetzlich bestimmten Aufgabenspektrums und entsprechend sollte die Personalausstattung die Wahrnehmung aller Aufgaben ermöglichen.

2.1.2 Recherche bereits vorhandener Bemessungsverfahren

Durch intensive Recherche der verfügbaren Literatur, im Internet sowie direkte Recherche bei Institutionen wurde eruiert, ob es Konzepte für Bemessungsverfahren aus den Bereichen Beratung älterer Menschen, Pflegeberatung oder aus anderen Bereichen der Sozialplanung gibt, die als Grundlage für das zu entwickelnde Verfahren dienen können. Diese Recherchen bezogen sich auf in den Bundesländern und regional vorhandene Beratungsstrukturen für ältere Menschen, die Personalbemessung für Pflegeberatung bei den Pflegekassen und auf weitere sozialplanerische Themenfelder wie etwa die medizinische und psychotherapeutische Versorgung, die Versorgung mit Wohnberatungsstellen, mit Beratungsstellen für Suchtfragen und mit Beratungsstellen der ambulanten Drogenhilfe. Es wurden zwei Verfahren gefunden, die auf eine differenzierte regionalisierte Bedarfsermittlung und Personalbemessung abzielen.

Das Instrument „Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs“ dient der Bedarfsplanung für verschiedene psychotherapeutische, ambulant tätige Berufsgruppen. Es wird hier mit zahlreichen Indikatoren z.B. zu Erkrankungs- und Behandlungsraten, Bevölkerungsstruktur, Inanspruchnahmequote etc. gearbeitet, um Angebot und Nachfrage zu ermitteln und damit eine Über- oder Unterversorgung mit Ärzten festzustellen.¹ Dieses indikatorengestützte Verfahren basiert auf Daten zur Ermittlung versorgter Patienten, aus welchen eine fachgruppenspezifische Arzt-Einwohner-Relation (Anhaltswert) abgeleitet wird. Dieser Anhaltswert wird dann entsprechend epidemiologischer Bedarfslagen, soziodemografischer Strukturen und weiterer Indikatoren für einzelne Planungsräume spezifiziert. Dabei kann auf umfangreiche Datenbestände z.B. der Krankenkassen zurückgegriffen werden.

Das „Modell zur Berechnung der erforderlichen Personalkapazitäten in der Erziehungs- und Familienberatung“ wurde Ende der 1990er Jahre von Klaus Menne (Bundeskongress für Erziehungsberatung) zusammen mit Hubert Cremer und Jochen Hoehn für den Kreis Offenbach entwickelte. In diesem Verfahren wird zunächst ein Grundbedarf bestimmt. Hierfür wird auf eine Empfehlung der WHO aus dem Jahr 1956 rekurriert, die für 10.000 Minderjährige vier Beratungsfachkräfte für erforderlich hält, um den Beratungsbedarf zu decken. Dieser Grundbedarf wird in weiteren Schritten durch verschiedene Mehrbedarfsfaktoren verändert, wie etwa durch einen überdurchschnittlichen Anteil der von Scheidung betroffenen Minderjährigen, von minderjährigen Kindern von Alleinerziehenden oder von Minderjährigen arbeitsloser Eltern.²

Diese Systematik, im Bemessungsverfahren zunächst einen Wert für die Deckung des Grundbedarfs an Beratung festzulegen und diesen über Veränderungsfaktoren regional zu spezifizieren, wurde für das vorliegende Bemessungsverfahren übernommen.

¹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000): Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Baden-Baden

² Menne, Klaus (ohne Jahr): Jugendhilfeplanung für Erziehungs- und Familienberatung. Ergebnisse aus dem Modellprojekt im Landkreis Offenbach.
http://www.bke.de/content/application/shop.download/1189601261_Jugendhilfeplanung%20Band%209.pdf

Menne, Klaus (2001): Auf dem Weg zu einer empirischen Ableitung des Beratungsbedarfs. Internes Arbeitspapier, Jugendhilfe Offenbach

2.1.3 Anhaltswert

In den oben beschriebenen Verfahren wird jeweils über einen Anhaltswert die Relation zwischen Personal und Bevölkerung(sgruppe) festgelegt und hierüber der Grundbedarf bestimmt.

Da Pflegestützpunkte in Deutschland eine neue Beratungsstruktur bilden mit einem spezifischen Beratungs- und Aufgabenprofil, das es bislang in dieser Ausprägung nicht gegeben hat, liegen für Beratung im Sinne der hessischen Pflegestützpunkte bislang keine Daten vor. Es existieren in Hessen weder Daten zu Beratungsbedarf und -nachfrage der Bevölkerung, noch dazu, wie viele Beratungsfälle von einer vollzeitbeschäftigten Fachkraft pro Jahr im Durchschnitt bearbeitet werden können. Die Recherchen zeigen, dass weder Kommunen noch Pflegekassen über entsprechende Datenbestände verfügen.

In den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Saarland und Berlin, die im Zuge der Umsetzung des § 92c SGB XI eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit Pflegestützpunkten bereits im ersten Ausbauschnitt angestrebt haben, liegen entsprechende Daten ebenfalls nicht vor. IWAK-Recherchen bei diesen Bundesländern richteten sich vor allem darauf, wie der jeweils genutzte Anhaltswert für eine wohnortnahe Versorgung mit Beratung ermittelt wurde und ob es hier ein spezifisches Verfahren zur Ermittlung des Bedarfs gibt.

In Rheinland-Pfalz stützt sich die Praxis der Einführung von Pflegestützpunkten auf empirische Erfahrungen mit dem seit den 1990er Jahren aufgebauten flächendeckenden Angebot an Beratungs- und Koordinierungszentren (BeKos). Für die BeKos ist als Anhaltswert ein Vollzeitäquivalent an Beratungsstellen für 30.000 Einwohner festgesetzt. Nun werden die BeKos durch die Anlagerung von einem zusätzlichen halben Vollzeitäquivalent pro 30.000 Einwohner, welches von den Pflegekassen gestellt wird, zu Pflegestützpunkten modifiziert. Somit sind nun für 30.000 Einwohner 1,5 Vollzeitäquivalente an Beratung, bzw. ein Vollzeitäquivalent für 20.000 Einwohner vorhanden. Die Entscheidung, Pflegestützpunkte in dieser Weise landesweit umzusetzen, geht nach Auskunft einer Mitarbeiterin der Landesregierung auf positive Erfahrungen bezüglich der flächendeckenden Versorgung mit den bisherigen BeKos zurück und dem Vorhaben, diese Struktur entsprechend des Pflegestützpunktvertrags weiterzuentwickeln.

Im Saarland sollen laut Rahmenvertrag von den Trägern der Pflegestützpunkte und Beratungs- und Koordinierungsstellen bezogen auf 100.000 Einwohner mindestens drei Vollzeitäquivalente an Beratung vorgehalten werden. Auf diesen Schlüssel haben sich die beteiligten Kostenträger aufgrund der langjährigen Erfahrungen mit den Beratungs- und Koordinierungsstellen geeinigt. Dies ergibt einen Anhaltswert von einem Vollzeitäquivalent an Beratung für 33.000 Einwohner. Hinzu kommen laut Rahmenvertrag Verwaltungskräfte im erforderlichen Umfang. Bei Bedarf ist eine Beratung der Kostenträger über eine Anhebung der personellen Ausstattung vorgesehen.

In Berlin ist laut Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten für 95.000 Einwohner ein Pflegestützpunkt mit 2,5 Vollzeitäquivalenten für Beratung vorgesehen. Dies ergibt einen Anhaltswert von einem Vollzeitäquivalent für 38.000 Einwohner. Nach Auskunft eines Mitarbeiters der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales in Berlin wurden in die Überlegungen zur Festsetzung des Anhaltswerts erstens die statistischen Daten zum demografischen Wandel und zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Berlin einbezogen. Zweitens wurden die Erfahrungswerte der „Koordinierungsstellen rund ums Alter“ ausgewertet, und drittens beeinflussten in den Verhandlungen zwischen der Stadt und den beteiligten Kassen auch finanzielle Erwägungen die Höhe des Anhaltswerts. 2011, wenn alle Pflegestützpunkte im Betrieb sind, werden die Erfahrungen der Pflegestützpunkte z.B. im Hinblick auf die Annahme des Angebots durch die Klientel durch eine in der Berliner

Verwaltung angesiedelte Arbeitsgruppe Statistik ausgewertet und ggf. über einen weiteren Ausbau verhandelt.

Die Recherchen in anderen Bundesländern haben also ergeben, dass für die flächendeckende Implementierung von Pflegestützpunkten in keinem Bundesland bislang ein regionalisiertes Bemessungsverfahren für die Bedarfsermittlung vorhanden ist. Die Entscheidung für bestimmte Anhaltswerte, die sich für eine bedarfsdeckende Versorgung zwischen 20.000 und 38.000 Einwohner pro Vollzeitäquivalent an Beratung bewegen, basiert vor allem auf Erfahrungen mit vorhandenen Beratungsstrukturen. Einzig in Berlin wurden zur Ermittlung des Gesamtbedarfs zudem die Kriterien „demografische Bevölkerungsentwicklung“ und „Entwicklung der Pflegebedürftigkeit“ mit einbezogen.

Weitere Recherchen zu Praktiken und Bemessungsverfahren zur regionalen Versorgung mit Beratungsstellen richteten sich auf regionale Beratungsstellen für ältere Menschen.

Der Landkreis Groß-Gerau hat in einem Konzept zur Umsetzung des Ausbaus von Beratungs- und Koordinierungsstellen aus dem Jahr 2007 einen Stellenschlüssel von einem Vollzeitäquivalent für 4.000 bis 6.000 Menschen über 65 Jahren empfohlen. Umgerechnet auf die Bevölkerung ergibt dies bei einem durchschnittlichen Anteil der Bevölkerung über 65 von 18,4 Prozent (stat. Landesamt) einen Anhaltswert von 22.000 bis 32.600 Einwohner pro Vollzeitäquivalent an Beratung.³ Nach Aussage der Fachbereichsleiterin Soziale Sicherung und Chancengleichheit rührt dieser Zahlenschlüssel aus der Struktur der vorhandenen Beratungsstrukturen, die nicht grundlegend verändert werden sollte. Die vorhandene und bewährte Struktur wurde zu einem Schlüssel (Anhaltswert) verrechnet, der den Status quo widerspiegelt.

In Interviews mit Berater/innen in Beratungsstellen für ältere Menschen in Hessen und Rheinland-Pfalz sowie in Pilot-Pflegestützpunkten in verschiedenen Bundesländern wurde auch gefragt, wie viele Einwohner das Einzugsgebiet für eine Beratungsstelle umfassen kann, um eine bedarfsgerechte Beratung sicherstellen zu können (Anhaltswert), und welche Erfahrungen hierzu vorliegen. Es wurde immer explizit thematisiert, dass nicht nur die direkte, personenbezogene Beratung, sondern auch Vernetzung, Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit einbezogen sind. Die Erfahrungen und Einschätzungen der Interviewten bewegen sich bei einem Vollzeitäquivalent für 20.000 bis 40.000 Einwohner.

Zusammenfassend kann als Ergebnis der Recherchen für Deutschland konstatiert werden, dass alle bisher gängigen Vorgehensweisen zur flächendeckenden Versorgung mit Beratungsstellen, ob auf der Ebene von Bundesländern oder auf kommunaler Ebene, auf der Empirie der lokalen Akteure basieren. Die politischen Entscheider und die Kostenträger gehen in der Regel von einer Bedarfsdeckung aus, solange die Beratungsstellen vor Ort keine personelle Unterversorgung anmelden. Andernfalls wird punktuell nachgesteuert. Für die Umsetzung der Pflegestützpunkte wurden vielerorts auf Basis der Praxiserfahrungen mit Beratungsstellen für ältere Menschen Stellenschlüssel oder Anhaltswerte für Vollzeitäquivalente in Regionen/Bundesländern abgeleitet und auf Pflegestützpunkte angewandt. Die benutzten Anhaltswerte, die sich in einem Korridor von einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) für 20.000 bis 40.000 Einwohner bewegen, spiegeln somit empirische Erfahrungen mit Beratungsstrukturen wieder, die ähnliche Aufgabenprofile aufweisen wie Pflegestützpunkte.

Stichpunktartige Recherchen zu Verfahrensweisen im Ausland zeigten, dass es dort keine entsprechenden Verfahren gibt.

³ Kreis Groß-Gerau (2007): „Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen als örtliche Anlaufstellen für Ratsuchende“, Internes Arbeitspapier

Österreich z.B. verfügt über eine sehr heterogene Struktur, wobei die Stadt Wien die wohl weitestgehende Versorgung mit Beratungseinrichtungen für ältere Menschen aufweist. Mit acht Beratungszentren „Pflege und Betreuung zu Hause“ hält der Fonds Soziales Wien nach Aussage des Leiters der Gruppe Sozialplanung in Wien eine flächendeckende Versorgung mit Beratung bereit. Es stehen 2010 insgesamt 138 Stellen zur Verfügung, wobei nicht klar ist, ob es sich hier um Vollzeitäquivalente oder um die Zahl der Mitarbeiter/innen unabhängig vom Arbeitszeitumfang handelt. Umgerechnet auf die Bevölkerung von 1,7 Millionen Einwohner bedeutet dies einen Schlüssel von einer Stelle auf 12.300 Einwohner. Sollte es sich bei den Stellen gänzlich um 50%-Vollzeitäquivalente handeln, so läge der Schlüssel in Wien immer noch bei einem Vollzeitäquivalent für ca. 25.000 Einwohner. Die Bedarfsplanung geschieht hier in Rückkopplung mit den Beratungsstellen.

Für den ersten Entwurf eines Bemessungsverfahrens und den Probelauf in sieben Regionen wurde zunächst der Anhaltswert mit der größten Durchdringungstiefe gewählt (1 VZÄ : 20.000 Einwohner), da dieser optimale Realisierungschancen für Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit verspricht.

2.1.4 Regionen spezifische Einflussfaktoren und Kriterien

Das Bemessungsverfahren für Pflegestützpunkte soll regionalen Strukturunterschieden Rechnung tragen. Im Zuge der Recherchen, in den Interviews mit den Beratungsstellen und den Pilot-Pflegestützpunkten sowie mit den Stakeholdern im Steuerungsausschuss wurden deshalb zahlreiche mögliche Einflussfaktoren benannt, über welche der Beratungsbedarf regional spezifiziert werden kann. Diese Einflussfaktoren wurden in der weiteren Entwicklung auf ihre Operationalisierbarkeit und die Datenlage hin überprüft und in Abstimmungsprozessen, vor allem mit dem Steuerungsausschuss, auf ihre Plausibilität, Relevanz und Treffsicherheit hin überprüft.

Im Folgenden werden die Kriterien aufgelistet, die im ersten Schritt der Entwicklung eines Bemessungsverfahrens auf ihre Eignung als regionale Einflussfaktoren hin geprüft wurden. Eine wichtige Voraussetzung war immer, dass tatsächlich regionalisierte Daten für jeden hessischen Landkreis und jede hessische kreisfreie Stadt vorliegen, um für alle Regionen Aussagen treffen und Gewichtungen vornehmen zu können.

Tab. 1: Regionale Einflussfaktoren, die den Grundbedarf bestimmen:

Mögliche Kriterien	Regionalisierte Daten vorhanden?	Bewertung des Einflussfaktors im Hinblick auf die Nutzung für das Bemessungsverfahren
Bevölkerungsgröße (Einwohnerzahl)	ja	+ Bildet die ganze Bevölkerung ab. Das Beratungsangebot von Pflegestützpunkten (PSP) richtet sich an Pflegebedürftige aller Altersgruppen
Bevölkerung ab 65 Jahren	ja	+ Bildet die Bevölkerungsgruppe ab, aus welcher der größte Teil der potenziellen Klienten von PSP stammt. - Beschränkt die Berechnung des Grundbedarfs nur auf eine Teilgruppe der Bevölkerung und klammert andere Klientengruppen aus.

Tab. 2: Zielgruppenspezifische Einflussfaktoren:

Mögliche Kriterien	Regionalisierte Daten vorhanden?	Bewertung des Einflussfaktors im Hinblick auf die Nutzung für das Bemessungsverfahren
Bevölkerung ab 65 Jahren	ja	+ Bildet die größte Gruppe der potenziellen Nutzer ab. - Beschränkt die Berechnung des Grundbedarfs nur auf die Gruppe der älteren Menschen.
Pflegebedürftige der Pflegestufen 1 – 3	ja	+ Bildet einen großen Teil der tatsächlichen Klientel von PSP ab. - beinhaltet auch stationär Versorgte, die voraussichtlich weniger Beratung nachfragen. Berücksichtigt nicht Klienten, die (noch) keine Pflegestufe haben.
Demenzkranke Bevölkerung, Pflegestufe 0	Nein (noch nicht)	+ wichtige Gruppe der potenziellen Nutzer von Pflegestützpunkten
Alleine lebende Menschen über 65 Jahren	nein	+ möglicher Indikator für weniger stark ausgeprägte soziale/familiäre Netzwerke und einen erhöhten Beratungsbedarf.
Einkommens- und Bildungssituation der Bevölkerung	ja	- Zusammenhang mit einer Veränderung der Nachfrage nach Beratung nicht eindeutig in der Richtung (Mehrbedarf oder Minderbedarf)

Tab. 3: Siedlungsstrukturelle Einflussfaktoren:

Mögliche Kriterien	Regionalisierte Daten vorhanden?	Bewertung des Einflussfaktors im Hinblick auf die Nutzung für das Bemessungsverfahren
Bevölkerungsdichte (Einwohner/qkm)	ja	+ Hinweis auf Siedlungsdichte und damit auf die Länge des Anfahrtswegs bei aufsuchender Beratung. Mehrbedarf bei geringerer Siedlungsdichte. - schwierige Operationalisierung
Siedlungsstrukturelle Raumtypen	ja	+ Hinweis auf Ausbaugrad des ÖPNV und damit auf einen Faktor, der die Erreichbarkeit der Beratungsstelle durch die Klientel betrifft. Mehrbedarf bei ländlichen Raumtypen. - schwierige Operationalisierung

2.1.5 Erster Entwurf des Bemessungsverfahrens

Basierend auf den Ergebnissen der Recherchen und Feldstudien sowie der Diskussionen und Anregungen im Steuerungsausschuss wurde ein erster Entwurf eines Bemessungsverfahrens entwickelt.

Bemessungsverfahren, 1. Entwurf

Anhaltswert: 1 VZÄ für 20.000 Einwohner

1. Grundbedarf:

Der Grundbedarf wurde errechnet, indem die regionale Gesamtbevölkerungszahl durch den Anhaltswert geteilt wurde.

2. Zielgruppenspezifischer Veränderungsbedarf:

Regionaler Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren an der regionalen Gesamtbevölkerung wird ins Verhältnis zum Durchschnittswert für Hessen gesetzt. Prozentuale Abweichung vom hessischen Durchschnittswert ergibt den Mehr- oder Minderbedarf der Region.

Das Ergebnis der Berechnung des Grundbedarfs wird entsprechend des zielgruppenspezifischen Veränderungsbedarfs erhöht oder vermindert.

3. Siedlungsstruktureller Veränderungsbedarf:

Grundannahme: Außerhalb von Städten erhöht sich die Fahrtzeit aufgrund langer Wege zu den Klienten bei aufsuchender Beratung in der Häuslichkeit des Klienten. Diese Fahrtzeiten verkürzen die zur Verfügung stehende tägliche Arbeitszeit des Fachpersonals und führen deshalb zu einem personellen Mehrbedarf.

Operationalisierung: Bevölkerungsdichte der Landkreise wird mit unterschiedlich langen täglichen Fahrtzeiten gleichgesetzt, wobei der Zusammenhang gilt: je dünner ein Landkreis besiedelt ist, umso länger sind die durchschnittlichen täglichen Fahrtzeiten. Die Eckwerte für die Fahrtzeiten wurden von entsprechenden Aussagen aus Interviews mit Beratungsstellen zu Fahrtzeiten auf dem Land und in der Stadt abgeleitet.

Das Ergebnis aus Schritt 2. wird entsprechend des siedlungsstrukturellen Veränderungsbedarfs erhöht.

4. Infrastruktureller Veränderungsbedarf

Grundannahme: Je schlechter der ÖPNV in einer Region ausgebaut ist, umso schwieriger ist eine Beratungsstelle von den Klienten zu erreichen und umso mehr aufsuchende Beratung mit einem erhöhten Zeitbedarf wird notwendig.

Operationalisierung: Basierend auf den siedlungsstrukturellen Kreistypen gemäß den Abgrenzungskriterien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung werden Mehrbedarfe für Landkreise mit ländliche-peripherer Lage festgesetzt. Die Mehrbedarfe werden gestaffelt in einen 1-prozentigen Mehrbedarf für Zentrumsferne und von 2 Prozent Mehrbedarf für stärkere Zentrumsferne und geringe Bevölkerungsdichte gegenüber den zentralen Regionen.

Das Ergebnis aus Schritt 3. wird entsprechend des infrastrukturellen Veränderungsbedarfs erhöht.

2.2 Probelauf des Verfahrens in sieben Testregionen

Die zweite Stufe der Entwicklung des regionalisierten Bemessungsverfahrens bestand in einer probeweisen Anwendung des Verfahrens in sieben Testregionen.

2.2.1 Auswahl der Testregionen

Die Auswahl der Testregionen geschah nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung entlang verschiedener Strukturkriterien (Absolute Zahl der Bevölkerung ab 65 Jahre, Anteil der Pflegebedürftigen, Lage in Hessen und sozialräumliche Dimension) und in Abstimmung mit dem Steuerungsausschuss. Die ausgewählten Landkreise bzw. kreisfreien Städte waren: Werra-Meißner-Kreis, Kreis Marburg-Biedenkopf, Kreis Groß-Gerau, Vogelsbergkreis, Rheingau-Taunus-Kreis, Stadt Kassel und Stadt Wiesbaden.

Die gelb markierten Zeilen von Tabelle 1 auf der folgenden Seite zeigen die ausgewählten Landkreise und kreisfreien Städte.

2.2.2 Evaluationsgespräche in den Regionen

Für die Testregionen wurde das Bemessungsverfahren in seiner ersten Fassung jeweils mit den regionalen Daten durchgerechnet.

Es fand in jeder Testregion ein Evaluationsgespräch statt, bei dem das Bemessungsverfahren in seinen einzelnen Komponenten auf Plausibilität, Praxisrelevanz und Zielgenauigkeit hin kritisch diskutiert sowie das errechnete Ergebnis für die Region beurteilt wurden. Weiterhin wurden in den Evaluationsgesprächen mögliche Einflusskriterien diskutiert, die in anderen Zusammenhängen oder im Steuerungsausschuss angesprochen wurden.

An den Evaluationsgesprächen beteiligt waren jeweils die Alten- und Sozialplaner/innen der Landkreise und kreisfreien Städte, zum Teil zusätzlich Berater/innen von regionalen Beratungsstellen für ältere Menschen, BeKos oder dem Pilot-Pflegestützpunkt, Vertreter/innen der Pflegekassen sowie weitere Personen, die in der Kreis- oder Stadtverwaltung mit der Thematik der Pflegestützpunkte befasst sind.

Tab. 4: Datenübersicht für die Auswahl der Testregionen

Landkreise	Bevölkerung ab 65 (1)	Leistungsempfänger ab 65 je 1000 über 65 Jährige (1)	Bevölkerungsdichte (Ew/km ²) (1)	Lage	Sozialräumliche Dimension (2)
Odenwaldkreis	20488	143	157	Süd	peripher, zentral
Offenbach am Main, St.	20685	111	2.650	Süd	sehr zentral
Vogelsbergkreis	25363	136	77	Mitte	peripher
Werra-Meißner-Kreis	25501	167	103	Nord-Ost	peripher
Darmstadt, Wissenschaftsstadt	26101	117	1.166	Süd	sehr zentral
LK Hersfeld-Rotenburg	28944	156	113	Ost	peripher
LK Limburg-Weilburg	33807	136	234	West	zentral
LK Waldeck-Frankenberg	35897	137	89	Nord-West	peripher
Rheingau-Taunus-Kreis	36360	99	266	West	sehr zentral, zentral, peripher
Kassel, documenta-St.	39533	152	1.818	Nord	zentral
Schwalm-Eder-Kreis	39692	157	120	Nord	peripher
LK Fulda	43520	141	158	Ost	peripher
Main-Taunus-Kreis	44713	89	1.017	Süd	sehr zentral
LK Marburg-Biedenkopf	45886	138	199	West	peripher, zentral
LK Groß-Gerau	46647	99	560	Süd	sehr zentral
Hochtaunuskreis	47276	110	468	Mitte	sehr zentral
LK Gießen	47303	127	299	Mitte	zentral
LK Darmstadt-Dieburg	52438	95	421	Süd	sehr zentral, zentral
Lahn-Dill-Kreis	52446	136	241	Mitte-West	zentral
LK Kassel	52771	141	185	Nord	peripher, zentral
LK Bergstraße	52988	124	366	Süd	sehr zentral
Wiesbaden, Landeshauptstadt	53281	99	1.357	West	sehr zentral
Wetteraukreis	57660	132	271	Mitte	zentral, peripher
LK Offenbach	65134	95	945	Süd	sehr zentral
Main-Kinzig-Kreis	79469	117	292	Ost	peripher, zentral
Frankfurt am Main, St.	113821	113	2.678	Süd	sehr zentral
Land H e s s e n	1187724	122			

Datenquellen: (1) Hessisches statistisches Landesamt, 2010; (2) Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2010

2.2.3 Zweiter Entwurf des Bemessungsverfahrens

Der Probelauf in den sieben Regionen und die ausführlichen Gespräche mit den Fachleuten vor Ort wurden systematisch ausgewertet und führten zu einer grundlegenden Überarbeitung des Bemessungsverfahrens, in das zudem weitere Anregungen aus dem Steuerungsausschuss einfließen.

Die Veränderungen waren:

Der **Anhaltswert** wurde auf 1 VZÄ für 25.000 Einwohner erhöht. In drei von sieben der Evaluationsgespräche erschien der Anhaltswert von 1 VZÄ für 20.000 Einwohner im ersten Entwurf als plausibel und wünschenswert für eine rundum optimale Versorgung. Argumente von drei Gesprächspartner/innen, die gegen diesen Wert sprachen, bezogen sich darauf, dass der Wert nicht genügend begründet, hinsichtlich der Frage der Umsetzbarkeit und angesichts der vorhandenen Beratungsangebote durch die ambulanten Dienste zu niedrig erscheint. Aufgrund dieser Argumente und von Diskussionen im Steuerungsausschuss wurde der Anhaltswert um 25 Prozent auf 1 VZÄ für 25.000 Einwohner angehoben.

Für die Errechnung des **zielgruppenspezifischen Veränderungsbedarfs** wurde in den Evaluationsgesprächen zwei alternative Zugänge hinsichtlich ihrer Zielgenauigkeit diskutiert: der Zugang über den Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren oder über den Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung. Für beide Zugänge wurden von den Gesprächspartner/innen sowohl positive als auch negative Argumente gefunden. Die Veränderungswirkung auf den Grundbedarf war aber bislang nur für den altersspezifischen Veränderungsbedarf (65 plus) errechnet worden. Deshalb wurden nun beide Möglichkeiten zur Berücksichtigung des zielgruppenspezifischen Veränderungsbedarfs durchgerechnet und so unmittelbar in ihren Auswirkungen vergleichbar gemacht.

Die **siedlungsstrukturellen und infrastrukturellen Veränderungskomponenten** waren im ersten Entwurf des Bemessungsverfahrens jeweils sehr kompliziert in der Operationalisierung und erforderten Vorannahmen, die auf Schätzungen und Einzeldaten basierten. Der grundlegende Zusammenhang, dass in ländlichen und peripheren Regionen ein erhöhter Personalbedarf für Beratung notwendig ist, weil die Wege bei der aufsuchenden Beratung weiter und die Anzahl der aufsuchenden Beratungen aufgrund der schlechteren Erreichbarkeit der Beratungsstelle höher ist, wurde von den Gesprächspartner/innen in den Testregionen durchweg geteilt. Ein Unterschied zwischen verschiedenen Landkreisen aufgrund unterschiedlicher Einwohnerdichte wurde aber nicht gesehen, da bezogen auf den Faktor Wegstrecke zu den Klienten in peripheren Regionen die Strecken zwar länger, dafür aber der Verkehr flüssiger sei, und bezogen auf den Faktor Ausbau des ÖPNV auch in zentrumsnahen Landkreisen der ÖPNV nur auf das Zentrum hin ausgebaut sei und die Querverbindungen vielfach schlecht seien. Da der Mehrbedarf bislang nicht datenbasiert ermittelt werden kann, wurden die Gesprächspartner/innen gebeten, den Mehrbedarf nach den eigenen Erfahrungen zu schätzen. Für den Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Regionen wurden Werte zwischen 3 und 10 Prozent Mehrbedarf für die ländlichen Regionen genannt. Für die zweite Fassung des Bemessungsverfahrens wurden deshalb die siedlungsstrukturellen und infrastrukturellen Veränderungskomponenten zu einer Komponente zusammengefasst und ein pauschaler Mehrbedarf für Landkreise gegenüber Städten mit einem mittleren Wert von 5 Prozent ermittelt.

Bemessungsverfahren, 2. Entwurf

Anhaltswert: 1 VZÄ für 25.000 Einwohner

1. Grundbedarf:

Der Grundbedarf wurde errechnet, indem die regionale Gesamtbevölkerungszahl durch den Anhaltswert geteilt wurde.

2. Zielgruppenspezifischer Veränderungsbedarf:

Alternative 1:

Regionaler Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren an der regionalen Gesamtbevölkerung wird ins Verhältnis zum Durchschnittswert für Hessen gesetzt. Prozentuale Abweichung vom hessischen Durchschnittswert ergibt den Mehr- oder Minderbedarf der Region.

Alternative 2:

Regionaler Anteil der Pflegedürftigen (Pflegestufen 1 bis 3) an der Gesamtbevölkerung wird ins Verhältnis zum Durchschnittswert für Hessen gesetzt. Prozentuale Abweichung vom hessischen Durchschnittswert ergibt den Mehr- oder Minderbedarf der Region.

Das Ergebnis der Berechnung des Grundbedarfs wird entsprechend des zielgruppenspezifischen Veränderungsbedarfs (Alternative 1 oder 2) erhöht oder vermindert.

3. Siedlungs- und infrastruktureller Veränderungsbedarf:

Geringe Bevölkerungsdichte und schlechter Ausbau des ÖPNV in den Landkreisen erfordern tendenziell einen höheren Anteil an aufsuchender Beratung und führen zudem zu längeren Fahrtzeiten, wodurch die verfügbare Arbeitszeit verkürzt wird. Somit wird ein Mehrbedarf an Personal in den Landkreisen gegenüber den Städten in Anschlag gebracht. Der Mehrbedarf beträgt pauschal für alle Landkreise jeweils 5 Prozent.

Das Ergebnis des zweiten Schritts der Berechnung wird entsprechend für alle Landkreise um 5 Prozent erhöht. Für die kreisfreien Städte verändert sich das Ergebnis nicht.

2.3 Weiterentwicklung und Validierung des Bemessungsverfahrens mit dem Steuerungsausschuss

Die dritte Stufe des Entwicklungsprozesses des Bemessungsverfahrens bestand in einer sukzessiven Optimierung der einzelnen Komponenten und in der kommunikativen Validierung des Bemessungsverfahrens mit den Mitgliedern des Steuerungsausschusses.

Dieser zweite Entwurf des Bemessungsverfahrens wurde in mehreren Reflexionsschleifen mit dem Steuerungsausschuss diskutiert und weiterentwickelt. Am Ende bestand bezüglich der Systematik des Verfahrens und der einzelnen Einflussfaktoren Einvernehmen.

Die Veränderungsanforderungen von Seiten des Steuerungsausschusses beziehen sich auf den Anhaltswert und den zielgruppenspezifischen Veränderungsbedarf:

Der **Anhaltswert** wurde zu einem Korridor von 1 VZÄ für 25.000 bis 40.000 Einwohner hin erweitert. Hintergrund dieser Erweiterung war, dass die verschiedenen, bisher in der Praxis

genutzten Anhaltswerte nicht hinsichtlich der Erfüllung der Kriterien Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit bewertet werden können. Deshalb kann bislang keinem Anhaltswert der Vorzug gegeben werden. Je nach regionaler Struktur sollen sich deshalb die Landkreise und kreisfreien Städte an unterschiedlichen Anhaltswerten des Korridors orientieren können.

Für die Errechnung des **zielgruppenspezifischen Veränderungsbedarfs** wurden beide Optionen aus dem zweiten Entwurf (Bevölkerung ab 65 Jahren und Zahl der Pflegebedürftigen, Pflegestufe 1 bis 3) verworfen, da beide für sich genommen zu wenig spezifisch und zu ungenau erschienen. Gleichzeitig sollten aber sowohl die regionale Altersstruktur als auch empirische Daten zu den Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Der zielgruppenspezifische Veränderungsbedarf wurde deshalb in der Endfassung des Bemessungsverfahrens zum **pflege- und hilfebedürftigkeitsbezogenen Veränderungsbedarf**. Zwei Kriterien wurden hierfür kombiniert:

- a) Die Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1 bis 3 werden berücksichtigt, wenn sie nicht dauerhaft stationär versorgt werden, da Pflegestützpunkte die Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit unterstützen sollen und damit die ambulant versorgten Pflegebedürftigen einen großen Teil der potenziellen Klienten stellen dürften.
- b) Hilfebedürftige, die (noch) keiner Pflegestufe zugeordnet sind, aber im Alltag Unterstützung für ein Leben in der eigenen Häuslichkeit benötigen, gehören ebenfalls zu den originären Klienten für das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte. Die MuG III-Studie hat die Anteile der Hilfebedürftigen an verschiedenen Altersgruppen der Gesamtbevölkerung errechnet. Mit diesem Schlüssel (siehe Seite 23) kann für jede Region entsprechend der Altersstruktur der Bevölkerung die Zahl der Hilfebedürftigen errechnet werden.

Die Kombination beider Kriterien ermöglicht eine Berücksichtigung sowohl empirischer Daten (Pflegebedürftige, Datengrundlage: Pflegestatistik) als auch eine Berücksichtigung der regionalen Unterschiede im altersstrukturellen Aufbau der Bevölkerung.

Die Operationalisierung des **siedlungs- und infrastrukturellen Veränderungsbedarfs** wurde aus dem zweiten Entwurf übernommen.

Das Ergebnis der Validierungsprozesse ist ein mit dem Steuerungsausschuss abgestimmtes und nach wissenschaftlichen Standards entwickeltes Bemessungsverfahren. Im Folgenden wird das mit dem Steuerungsausschuss abgestimmte Bemessungsverfahren mit dem definierten Gegenstandsbereich sowie den Grundannahmen im Detail vorgestellt.

3. Regionalisiertes Bemessungsverfahren für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung gemäß §§ 7a und 92c SGB XI und der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 08.12.2008 in Hessen

3.1 Definition des Gegenstandsbereichs des Bemessungsverfahrens

Das Bemessungsverfahren bezieht sich auf das Aufgabenspektrum von Pflegestützpunkten in Hessen, das im Folgenden genauer spezifiziert werden soll.

Gemäß den §§ 13 bis 15 SGB I haben die Leistungsträger seit jeher die Verpflichtung, die Bevölkerung über die Rechte nach dem SGB aufzuklären, zu beraten und Auskunft zu erteilen. Diese Pflichten erfüllen die Leistungsträger voll umfänglich, eigenverantwortlich und / oder durch die vertragliche Beauftragung Dritter (z.B. Leistungserbringer). Daneben haben sich weitere Beratungsstrukturen gebildet die aus dem Selbstverständnis der Leistungserbringer (z.B. bei den privaten Pflegediensten und der Wohlfahrtspflege) heraus entstanden sind. Ergänzt werden diese Strukturen durch Selbsthilfegruppen und das Ehrenamt, wobei hier auch finanzielle Förderungen im Rahmen des Sozialgesetzbuches erfolgen. Der Gesetzgeber hat, ausgehend von diesen vorhandenen Strukturen, im SGB XI Konkretisierungen vorgenommen.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz bestimmt, dass die Pflegestützpunkte der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten der Pflegekassen und der Krankenkassen dienen (§ 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Gemäß § 92c Abs. 2 SGB XI sind die Aufgaben der Pflegestützpunkte:

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

Gemäß § 7a Abs. 1 SGB XI ist sicherzustellen, dass im Pflegestützpunkt nach § 92c Pflegeberatung in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist. Pflegeberatung wird hier folgendermaßen definiert:

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch 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). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,

2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach § 7a Satz 2 Nr. 3 SGB XI, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

In der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 08. Dezember 2008 ist festgeschrieben, dass die Pflegestützpunkte in Hessen neben ihren gesetzlichen Aufgaben nach § 92c Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB XI auch planende und koordinierende Aufgaben beim Aufbau von regionalen Netzwerken und beim bedarfsorientierten weiteren Ausbau der Angebote haben.

3.2 Grundannahmen für Beratung

An das Bemessungsverfahren ist die Anforderung gestellt, den Bedarf für eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung mit Beratung zu ermitteln. In Expertengesprächen mit Wissenschaftler/innen sowie Berater/innen in kommunalen Beratungsstellen für die Zielgruppe der älteren Menschen wurden die folgenden Kriterien ermittelt.

Kriterien für Bedarfsgerechtigkeit:

- Beratungsbedarf der Bevölkerung – telefonisch, persönlich und aufsuchend - wird qualitativ und quantitativ (Information, Beratung, Case-Management) erfüllt,
- Vernetzung mit anderen Beratungsstellen, Leistungsanbietern, Selbsthilfegruppen und weiteren regionalen Akteuren wird durchgeführt und die Vernetzungen werden gepflegt,
- präventive Maßnahmen wie Information, Schulungen etc. werden durchgeführt oder organisiert und koordiniert,
- Öffentlichkeitsarbeit und Gremienarbeit wird durchgeführt.

Kriterien für Wohnortnähe:

- Pflegestützpunkt/Beratungsstelle ist möglichst ganztägig persönlich/ telefonisch erreichbar,
- Beratungsstelle ist für Klienten - auch mit dem öffentlichen Personennahverkehr - gut zu erreichen (Fußläufigkeit),
- Bei Bedarf wird Beratung bei Klienten zu Hause durchgeführt,
- Es gibt keine Wartezeiten.

3.3 Anhaltswert als Ausgangspunkt der Berechnung des Beratungsbedarfs

Dieser regionale Beratungsbedarf kann über den dafür notwendigen Personalbedarf ermittelt werden. Dieser Personalbedarf lässt sich in Vollzeitäquivalenten ausdrücken. Ausgangspunkt für die Berechnung des regionalen Personalbedarfs ist ein Anhaltswert, aus welchem hervorgeht, für wie viele Einwohner (EW) ein Vollzeitäquivalent (VZÄ) für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung benötigt wird.

Die derzeit verfügbare Datenlage liefert verschiedene Anhaltswerte aus anderen Bundesländern, die Pflegestützpunkte bereits im ersten Ausbauschritt bedarfsgerecht und wohnortnah einrichten.

Tab. 5: Anhaltswerte zum wohnortnahen und bedarfsgerechten Aufbau von Pflegestützpunkten

Bundesland (Stand: Juni 2010)	Empirischer Personalschlüssel	Verhältnis Vollzeitäquivalent und Einwohner (Anhaltswert)
Rheinland-Pfalz	1 Pflegestützpunkt mit 1,5 Vollzeitstellen pro 30.000 EW	1 : 20.000 EW
Saarland	Mind. 3 Vollzeitstellen + Verwaltungskräfte pro 100.000 EW	1 : 33.000 EW
Berlin	1 Pflegestützpunkt mit 2,5 Vollzeitstellen pro 95.000 EW	1 : 38.000 EW

Die Anhaltswerte schwanken zwischen 20.000 und 38.000 Einwohnern pro Beratungsvollzeitäquivalent. Vor diesem Hintergrund wird im hessischen Bemessungsverfahren mit keinem einzelnen Wert, sondern mit einem Korridor gearbeitet. Auf der Basis der Evaluationsgespräche in sieben Testregionen wird für ein Vollzeitäquivalent ein Korridor zwischen 25.000 und 40.000 Einwohnern angenommen. Der so ermittelte Anhaltswert erlaubt für sich genommen noch keine Aussage darüber, ob in der jeweiligen Gebietskörperschaft aktuell ein ungedeckter Bedarf an wohnortnaher und bedarfsgerechter Beratung besteht. Nach Maßgabe spezifischer lokaler Verhältnisse muss dem Anhaltswert eine Bestandsaufnahme des Ist-Zustands in der Gebietskörperschaft gegenüber gestellt werden. Das ist nur durch die Akteure vor Ort leistbar.

Im Verlauf der wissenschaftlichen Begleitung werden kontinuierlich die Erfahrungen und Evaluationsergebnisse in den anderen Bundesländern sowie die Erfahrungen der

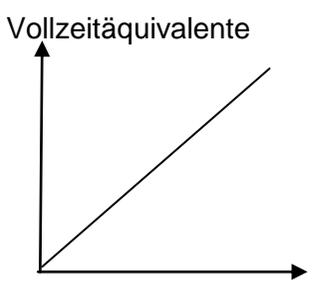
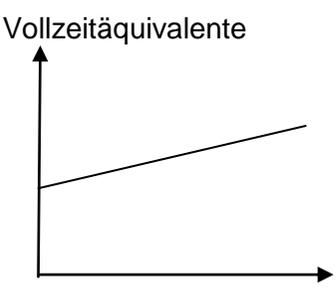
hessischen Pflegestützpunkte mit dem Ziel eruiert, das Bemessungsverfahren prozesshaft weiterzuentwickeln und den Anhaltswert mit empirischer Evidenz fortzuschreiben.

3.4 Komponenten des regionalen Beratungsbedarfs

Ziel des regionalisierten Bemessungsverfahrens ist, für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt den spezifischen Bedarf an wohnortnaher und bedarfsgerechter Beratung in Vollzeitäquivalenten zu ermitteln und dabei die regionale Situation zu berücksichtigen.

Der Umfang an benötigter Beratung basiert wesentlich auf dem bevölkerungsbezogenen Grundbedarf, der aus den oben genannten Anhaltswerten abgeleitet wird. Je nach Bevölkerungsgröße variiert dieser Wert regional. Bedarfsgerecht wird die Beratung, wenn die Pflege- und Hilfsbedürftigkeitsstruktur einer Region zusätzlich berücksichtigt wird, d.h. der Grundbedarf wird dadurch verändert. Zudem kann die Wohnortnähe von Beratung über die Einbeziehung von Siedlungs- und Infrastruktur regional spezifiziert werden. Auch diese ist regional unterschiedlich und wirkt verändernd auf den Grundbedarf ein. In der folgenden Tabelle werden die drei Komponenten, aus welchen sich der Bedarf für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung ermitteln lässt, für einen ersten Überblick abgebildet. Eine detaillierte Beschreibung folgt im Anschluss der Tabelle.

Tab. 6: Übersicht über die Komponenten zur Ermittlung des regionalen Bedarfs an wohnortnaher und bedarfsgerechter Beratung

Modell	Bevölkerungsbezogener Grundbedarf	Pflege- sowie hilfebedürftigkeitsbezogener Veränderungsbedarf	Siedlungs- und infrastruktureller Veränderungsbedarf
Konzept	Bevölkerungsgröße	Anteil der Hilfebedürftigen und der nicht dauerhaft stationär versorgten Pflegebedürftigen	Siedlungsdichte und Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs
Kriterium	Allgemeine Bedarfsgerechtigkeit	Relationale Bedarfsgerechtigkeit	Wohnortnähe, Fahrtzeiten in der aufsuchenden Beratung, Erreichbarkeit der Beratungsstelle
Daten und Quellen	Statistisches Landesamt	Statistisches Landesamt	Ergebnisse der Evaluationsgespräche mit sieben Testregionen
Maßeinheit	Vollzeitäquivalente pro Landkreis/kreisfreier Stadt	Vollzeitäquivalente pro Landkreis/kreisfreier Stadt	Vollzeitäquivalente pro Landkreis/kreisfreier Stadt
schematische Darstellung des Zusammenhangs	<p>Vollzeitäquivalente</p>  <p>Bevölkerungsgröße</p>	<p>Vollzeitäquivalente</p>  <p>Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und der Hilfebedürftigen</p>	<p>Kreisfreie Städte: Mehrbedarf 0 Prozent Landkreise: Mehrbedarf 5 Prozent</p>

3.5 Beschreibung des regionalisierten Bemessungsverfahrens

Bevölkerungsbezogener Grundbedarf

Ziel:

Ermittlung des spezifischen Bedarfs an Beratungsvollzeitäquivalenten für Regionen mit verschieden großen Bevölkerungsgrößen.

Annahmen:

- Proportional mit der Anzahl der Bevölkerung nimmt auch der Bedarf an Beratung zu.
- Anhaltswerte in einem Korridor von 1 Vollzeitäquivalent Beratungskapazität auf 25.000 bis 40.000 Einwohner führen zu einer bedarfsgerechten Versorgung mit Beratung.

Maßeinheit:

Vollzeitäquivalente pro Landkreis/kreisfreier Stadt

Berechnung:

$$\text{Bevölkerungsbezogener Grundbedarf} = \frac{\text{Absolute regionale Bevölkerungszahl}}{\text{Anhaltswert im Bereich des Korridors}}$$

Pflege- sowie hilfebedürftigkeitsbezogene Veränderung des Beratungsbedarfs

Ziel:

Ermittlung des spezifischen Bedarfs an Beratungsvollzeitäquivalenten für Regionen mit verschieden großen Anteilen an hilfebedürftigen Personen (Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI) sowie an Pflegebedürftigen, die nicht dauerhaft stationär versorgt werden, um die regionale Struktur der Bedarfsgerechtigkeit zu berücksichtigen. Veränderungsbedarfe durch Pflege- und Hilfsbedürftigkeit werden als Abweichungen vom hessischen Durchschnitt ermittelt.

Annahmen:

- Pflegeberatung wird häufig bereits vor der Erlangung einer Pflegestufe in Anspruch genommen, wenn eine eingeschränkte Alltagskompetenz eintritt, sowie von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, die ambulant versorgt werden und/oder Pflegegeld erhalten.
- In der Altersstruktur der Bevölkerung tritt Hilfebedürftigkeit in verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich häufig auf. Hilfebedürftigkeit und damit die Nachfrage nach Beratung tritt besonders häufig bei älteren Menschen ein.

- Je höher der Anteil der Hilfebedürftigen, der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und der Pflegegeldbezieher/innen in einer Region ist, umso höher ist auch der Beratungsbedarf.

(a) Gewichtete Altersstruktur als Basis für die Errechnung der Zahl von Hilfebedürftigen (MUG III-Studie)

In der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)“⁴ wurde mittels einer repräsentativen Befragung durch Infratest (Stichtag Ende 2002) ermittelt, wie hoch die Anteile Hilfebedürftiger in Privathaushalten in verschiedenen Altersgruppen sind. Auf dieser Grundlage werden die Anteile der hilfebedürftigen Bevölkerung für die Regionen in Hessen errechnet.

Da die Altersgruppen der MuG III-Studie nicht mit den Altersgruppen der Regionaldaten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder übereinstimmen, wurde eine Umrechnung vorgenommen. Hierzu wurden die Daten der Bevölkerungsprognose der Hessen Agentur für 2010⁵ mit ihren kleinräumigen Altersgruppenabstufungen genutzt.

Tab. 7: Anteil der hilfebedürftigen Bevölkerung in Privathaushalten an den Altersgruppen der Bevölkerung nach der Systematisierung der MuG III-Studie und der Systematisierung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder

Altersgruppe MuG III	Anteil der Hilfebedürftigen in Prozent	Altersgruppen Statistische Ämter des Bundes und der Länder	Anteil der Hilfebedürftigen in Prozent
Unter 15 Jahre	0,4	Unter 15 Jahre	0,4
15-39 Jahre	0,8	15-39 Jahre	0,8
40- 59 Jahre	2	40- 59 Jahre	2
60-64 Jahre	3,8	60-64 Jahre	3,8
65-69 Jahre	6,6	65-75 Jahre	9,3
70-74 Jahre	11,7	75 Jahre und älter	22,1
75-79 Jahre	15,3		
80-84 Jahre	19,4		
85 Jahre und älter	36,1		

Quelle: MuG III, S. 68 und eigene Berechnungen

⁴ Schneekloth, Ulrich/ Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), www.bmfsfj.de

⁵ van den Busch, Uwe (2007): Demografische Rahmendaten zur langfristigen Bevölkerungsentwicklung in Hessen und seinen Regierungsbezirken, Report Nr. 719, Wiesbaden

Zur Berechnung der Zahl der Hilfebedürftigen für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt wird für jede Altersgruppe die absolute Zahl der Personen der jeweiligen Altersgruppe⁶ mit dem Faktor für den Anteil der Hilfebedürftigen multipliziert. Die Ergebnisse für die einzelnen Altersgruppen werden addiert und ergeben die Gesamtzahl der Hilfebedürftigen für den Kreis/die kreisfreie Stadt.

(b) Zahl der Pflegebedürftigen, die nicht dauerhaft stationär versorgt werden

Datengrundlage ist die Statistik der Leistungsempfänger/innen aus der Pflegeversicherung vom 15. Dezember 2007 des Hessischen statistischen Landesamtes⁷. Es wird für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt die Zahl der Pflegebedürftigen ermittelt, die nicht in stationärer Dauerpflege versorgt werden.

Berechnung des regionalen Anteils der Hilfebedürftigen (a) und der Pflegebedürftigen, die nicht dauerhaft stationär versorgt werden (b):

Für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt werden die absoluten Zahlen der Hilfebedürftigen (a) und der Pflegebedürftigen, die nicht dauerhaft stationär versorgt werden, (b) addiert.

Regionaler Anteil der Hilfebedürftigen und der Pflegebedürftigen, die nicht dauerhaft stationär versorgt werden =

$$\frac{100 \times \text{Anzahl der Personen (a) plus (b) in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt}}{\text{Gesamtbevölkerung des Landkreises oder der kreisfreien Stadt}}$$

Berechnung des pflege- und hilfebedürftigkeitsbezogenen Veränderungsbedarfs:

Der regionale Veränderungsbedarf wird als relationale Abweichung des regionalen Anteils der pflege- und hilfebedürftigen Personen an der regionalen Bevölkerung vom hessischen Durchschnitt berechnet.

Regionaler pflege- und hilfebedürftigkeitsbezogener Veränderungsbedarf =

$$100 \times \frac{\text{regionaler Anteil der Hilfebedürftigen (a) plus der Pflegebedürftigen, die nicht in stationärer Dauerpflege versorgt werden (b)}}{\text{Durchschnittlicher Anteil der Hilfebedürftigen (a) plus der Pflegebedürftigen, die nicht in stationärer Dauerpflege versorgt werden (b) in Hessen}}$$

Die Zahl der als Grundbedarf ermittelten Vollzeitäquivalente wird um den errechneten Prozentwert verändert.

⁶ Bevölkerungsstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Stichtag 31.12.2008

⁷ <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/gesundheitswesen-soziales/regionaldaten/leistungsempfaengerinnen-aus-der-pflegeversicherung/index.html>

Siedlungs- und infrastrukturell bezogene Veränderung des Beratungsbedarfs

Ziel:

Ermittlung des spezifischen Bedarfs an Beratungsvollzeitäquivalenten für Regionen mit verschiedenen ausgeprägten Bevölkerungsdichten und unterschiedlich ausgebauter Nahverkehrsinfrastruktur, um Wohnortnähe zu erreichen.

Annahmen:

- Ein Teil der Beratung wird durch aufsuchende Beratung durchgeführt. Je dünner ein Landkreis besiedelt ist, umso länger sind im Durchschnitt die Anfahrsstrecken zu den Klient/innen und umso länger sind die benötigten Fahrtzeiten der Berater/innen bei aufsuchender Beratung. Diese Fahrtzeiten der Berater/innen verringern die verfügbare tägliche Arbeitszeit in der Beratungsstelle.
- Notwendigkeit und Umfang aufsuchender Beratung hängen auch davon ab, wie gut eine Beratungsstelle durch die Klient/innen mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) erreichbar ist. Je schlechter eine Beratungsstelle erreicht werden kann, umso mehr aufsuchende Beratung ist nötig, um Wohnortnähe sicherzustellen. Landkreise unterscheiden sich von Städten insbesondere dadurch, dass es eine Ausrichtung des ÖPNV auf die Zentren gibt und die Querverbindungen innerhalb der Kreise schlechter ausgebaut sind.

Maßeinheit:

Vollzeitäquivalente pro Landkreis/kreisfreier Stadt

Berechnung:

In den Evaluationsgesprächen mit sieben Testregionen wurde ein Mehrbedarf an Beratung überwiegend in den Landkreisen verortet. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass die Mehrbedarfe zwischen den Landkreisen deutlich variieren. Der Mehrbedarf in den Landkreisen gegenüber den kreisfreien Städten wurde mit Werten zwischen 3 und 10 Prozent beziffert⁸. Es wird deshalb für das Bemessungsverfahren für die Landkreise von einem gemittelten Mehrbedarf von 5 Prozent ausgegangen.

Die Zahl der Vollzeitäquivalente aus dem Grundbedarf wird für die Landkreise zur Sicherstellung der Wohnortnähe um jeweils 5 Prozent erhöht.

⁸ Es handelt sich bei diesen Werten um Einschätzungen der an den Evaluationsgesprächen beteiligten Expert/innen. Dies waren u. a. kommunale Altenplaner/innen, Beschäftigte in Beratungsstellen und Mitarbeiter/innen von Pflegekassen.

3.6 Zusammenführung der Komponenten im Bemessungsverfahren

Im Bemessungsverfahren werden die drei oben beschriebenen Beratungskomponenten zusammengeführt.

Grundlage bildet dabei der bevölkerungsbezogene Anhaltswert, wonach für einen Korridor von 25.000 bis 40.000 Einwohner ein Beratungsbedarf von einem Vollzeitäquivalent angegeben wird. Bei der Anwendung des Bemessungsverfahrens für Kreise und kreisfreie Städte wird zunächst die Zahl der Vollzeitäquivalente ermittelt, mit welchen der Grundbedarf an Beratung gedeckt werden kann.

Dieser Grundbedarf kann sich regional verändern, indem die beiden Komponenten Pflege- und Hilfsbedürftigkeit sowie Siedlungs- und Infrastruktur herangezogen werden. Die im Bemessungsverfahren implementierten Rechenoperationen gehen davon aus, dass die Veränderungsbedarfe durch Pflege- und Hilfebedürftigkeit als Abweichungen vom hessischen Durchschnitt ermittelt werden. Kommunen mit einem überproportional großen Anteil an Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, sowie an Hilfsbedürftigen verzeichnen eine Zunahme des Beratungsbedarfs während sich in Gebietskörperschaften mit unterdurchschnittlichen Anteilen der Beratungsbedarfs reduziert. Gegenüber den kreisfreien Städten wird für die Landkreise ein pauschaler Mehrbedarf von 5 Prozent geltend gemacht. Damit werden die spezifischen Siedlungs- und infrastrukturellen Bedingungen berücksichtigt.

Die einzelnen Rechenschritte werden in der folgenden Weise miteinander verknüpft:

Abb. 1: Verknüpfung der Komponenten im Bemessungsverfahren

