

IWAK Abschlussbericht

Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen

Erstellt im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums

März 2012

Dr. Angela Joost
Anke Metzenrath

Kontaktdaten:

Dr. Angela Joost

Tel.: 069-798 23646

E-Mail: joost@soz.uni-frankfurt.de

IWAK, Gräfstraße 78, 60054 Frankfurt/Main

Anke Metzenrath,

069-798 25458,

metzenrath@em.uni-frankfurt.de



IWAK

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur

Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Inhalt

1. Einleitung.....	7
1.2 Pflegestützpunkte in Deutschland.....	8
1.3 Pflegestützpunkte in Hessen	10
2. Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen.....	14
2.1 Programm der wissenschaftlichen Begleitung.....	14
2.2 Methodisches Vorgehen, Kommunikation und Vernetzung	15
2.2.1 Interviews mit den Pflegestützpunkten.....	15
2.2.2 Expertengespräche	16
2.2.3 Workshops	17
2.2.4 Austausch mit dem Steuerungsausschuss.....	21
2.2.5 Weitere Gremien der Rückkopplung und Information.....	21
2.2.6 Vernetzung mit den anderen wissenschaftlichen Begleitprojekten in Deutschland	21
3. Entwicklung eines regionalisierten Bemessungsverfahrens.....	22
3.1 Einordnung des Bemessungsverfahrens	22
3.2 Beteiligten orientierte Entwicklung von operationalisierten Kriterien der in § 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI angestrebten wohnortnahen Versorgung.....	22
3.2.1 Feldstudien und Rechercheergebnisse.....	23
3.2.2 Regionen spezifische Einflussfaktoren und Kriterien	28
3.2.3 Test des Bemessungsverfahrens.....	30
3.3 Regionalisiertes Bemessungsverfahren für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung	31
3.3.1 Definition des Gegenstandsbereichs des Bemessungsverfahrens	31
3.3.2 Grundannahmen für Beratung.....	32
3.3.3 Anhaltswert als Ausgangspunkt der Berechnung des Beratungsbedarfs.....	33
3.3.4 Komponenten des regionalen Beratungsbedarfs	34
3.3.5 Beschreibung des regionalisierten Bemessungsverfahrens	36
3.3.6 Zusammenführung der Komponenten im Bemessungsverfahren	40
3.3.7 Ergebnisse des regionalisierten Bemessungsverfahrens für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte	41
3.4 Güte des Verfahrens und Perspektiven zur Weiterentwicklung.....	45
3.4.1 Erfahrungen aus den Pflegestützpunkten zur Prüfung der Güte des Bemessungsverfahrens.....	45
3.4.2 Abbildung des demografischen Wandels im Bemessungsverfahren	46

3.4.3 Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung des Bemessungsverfahrens	49
4. Qualitätssicherung in den Pflegestützpunkten – Von Qualitätsstandards zur Messung der Kundenzufriedenheit.....	52
4.1 Von Qualitätsstandards zur Kundenzufriedenheit – Hintergrund der Auftragsänderung der wissenschaftlichen Begleitung	52
4.2 Grundannahmen zum Phänomen Qualität	53
4.2.1 Beratung als Dienstleistung	53
4.2.2 Konkretisierungen zum Thema Qualität – Definition, Perspektiven, Dimensionen	54
4.3 Qualitätsstandards für Pflegestützpunkte.....	57
4.3.1 Formalstruktur der Qualitätsstandards	60
4.3.2 Vorschläge für Qualitätsstandards der Beratungsleistungen der Pflegestützpunkte	61
4.3.3 Vorschlag für Qualitätsstandards der Vernetzungsaktivitäten der Pflegestützpunkte	72
4.4 Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes zur Erfassung der Kundenzufriedenheit	76
4.4.1 Einordnung von Kundenzufriedenheit im Qualitätsdiskurs.....	76
4.4.2 Erkenntnisinteresse in Bezug auf die Kundenzufriedenheitsbefragung.....	77
4.4.3 Fragebogen zur Kundenzufriedenheitsbefragung	77
4.4.4 Entwicklung und Erprobung des Vorgehens.....	82
4.4.5 Ergebnisse Testphase.....	83
4.4.6 Verstetigungsplanung	92
5. Vernetzung der Pflegestützpunkte	93
5.1 Gesetzliche Aufgaben der Vernetzung der Pflegestützpunkte:	93
5.2 Funktionale Vernetzungsformen	95
5.2.1 Vernetzung und Koordinierung der Angebote und Leistungsspektren der regionalen Anbieter auf der Einzelfallebene	95
5.2.2 Systemische Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems.....	97
5.2.3 Öffentlichkeitsarbeit und Marketing	100
5.3 Erarbeitung eines Leitfadens zur regionalen Vernetzungsplanung	103
5.3.1 Entwicklung des Leitfadens.....	106
5.3.2 Aufbau des Leitfadens.....	107
5.4 Vernetzung der hessischen Pflegestützpunkte untereinander	114
6. Analyse der internen Arbeitsorganisation und Kooperation in den Pflegestützpunkten..	115
6.1 Methodisches Vorgehen.....	115
6.2 Personalrekrutierung durch die Träger	116
6.3 Qualifikation und Auswahl des Personals für ein Pflegestützpunktteam	116
6.4 Beschäftigungsstruktur.....	118

6.5	Quantitative personelle Ausstattung	123
6.6	Teamentwicklung	126
6.7	Interne Arbeitsteilung im Pflegestützpunktteam bezüglich Beratung und regionaler Vernetzung	128
6.8	Zusammenarbeit von Lenkungsgremium und Berater/innen	130
7.	Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für den Aufbau und Betrieb von Pflegestützpunkten	134
7.1	Einleitung	134
7.2	Empfehlungen zum strukturellen Aufbau des Pflegestützpunktes	135
7.2.1	Räumliche Ansiedlung des Pflegestützpunktes	136
7.2.2	Beratungsräume	136
7.2.3	Qualifikation und Auswahl des Personals für ein Pflegestützpunktteam	136
7.2.4	Beschäftigungsstruktur	136
7.2.5	Dokumentationssystem	137
7.2.6	Strukturelle Ansiedlung.....	137
7.3	Empfehlungen zur allgemeinen Organisation der Pflegestützpunktarbeit.....	138
7.3.1	Zusammenarbeit von Lenkungsgremium und Beraterinnen und Beratern	138
7.3.2	Auftragsklärung.....	138
7.3.3	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement	139
7.4	Empfehlungen zur Arbeitsorganisation in Pflegestützpunkten	139
7.4.1	Öffentlichkeitsarbeit	140
7.4.2	Regionale Vernetzung/Care Management	140
7.4.3	Kooperation mit anderen Beratungsstellen, die ähnliche Portfolios aufweisen... ..	141
7.4.4	Überregionaler Austausch der Pflegestützpunkte.....	141
7.4.5	Kapazitätsgrenzen und Ausbau des Pflegestützpunktes	142
Anhang	144
	Interviewleitfaden für den jeweils 1. Besuch in den Pflegestützpunkten.....	145
	Interviewleitfaden für den jeweils 2. Besuch in den Pflegestützpunkten.....	147
	Triggerkriterien für die Fallauswahl.....	149
	Vorlage für das Begleitschreiben des Fragebogens zur Kundenzufriedenheitsbefragung	150
	Vorgehensbeschreibung Kundenzufriedenheitsbefragung.....	151
	Leitfaden zur Erarbeitung eines regionalen Vernetzungskonzeptes für den Pflegestützpunkt.....	153
Literatur	168

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitraum der Eröffnung der Pflegestützpunkte.....	13
Abbildung 2: Verknüpfung der Komponenten im Bemessungsverfahren	41
Abbildung 3: Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen pro Vollzeitäquivalent Beratung bei den Berechnungen 2010 und 2011	49
Abbildung 4: Arbeitszeitanteile für die Kernarbeitsbereiche – Selbsteinschätzung der PSP 13.12.2011	50
Abbildung 5: Ausschnitt aus dem Interviewleitfaden für die ersten Interviews mit den hessischen Pflegestützpunkten	58
Abbildung 6: Formalstruktur eines Qualitätsstandards	60
Abbildung 7: Die vier Beratungstypen der Pflegestützpunkte.....	61
Abbildung 8: Fragebatterie Zufriedenheit mit Strukturmerkmalen	80
Abbildung 9: Bedeutsamkeit von Strukturmerkmalen	81
Abbildung 10: Beurteilung der Beratungssituation und ihrer Wirkungen.....	82
Abbildung 11: Einbettung des Pflegestützpunktes in die vorhandene Beratungsinfrastruktur	105
Abbildung 12: Aktuelle Auslastung der Pflegestützpunkte im Dezember 2011 - Selbsteinschätzung	124
Abbildung 14: Vorhandene Personalkapazitäten für Beratung im Sinne der §§ 7a und 92c SGB XI im Verhältnis zum im Bemessungsverfahren 2011 errechneten Mindestbedarf (Anhaltzahl 40.000)	125
Abbildung 14: Verteilung der internen Zuständigkeiten im Pflegestützpunktteam.....	130
Abbildung 15: Kommunikationsstruktur in vielen der Pflegestützpunkten.....	132

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktueller Stand der Pflegestützpunkte (PSP) in Deutschland	9
Tabelle 2: Einflussfaktoren, die den Grundbedarf bestimmen	29
Tabelle 3: Anhaltswerte zum wohnortnahen und bedarfsgerechten Aufbau von Pflegestützpunkten	33
Tabelle 4: Übersicht über die Komponenten zur Ermittlung des regionalen Bedarfs an wohnortnaher und bedarfsgerechter Beratung	35
Tabelle 5: 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.....	38
Tabelle 6: Berechnung des regionalisierten Personalbedarfs für Beratung gemäß §§ 7a und 92c SGB XI und der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 08.12.2008	43

Tabelle 7: Veränderung der Bevölkerung in den hessischen Kommunen zwischen den Berechnungen 2010 und 2011	46
Tabelle 8: Veränderung der Anteile der Hilfe- und ambulant versorgten Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung der Kommunen zwischen den Berechnungen 2010 und 2011.....	47
Tabelle 9: Personalbedarf für Beratung laut Berechnung 2010 und 2010	48
Tabelle 10: Wer hat die Beratung in Anspruch genommen?.....	84
Tabelle 11: Welche Beratungstypen wurden in Anspruch genommen?	84
Tabelle 12: Personenkreis und Beratungstypus - Ergebnis in absoluten Zahlen	85
Tabelle 13: Personenkreis und Beratungstypus - Ergebnis in Prozent	85
Tabelle 14: Wie fand die Beratung statt?.....	86
Tabelle 15: Wie oft hatten die Befragten mit dem Pflegestützpunkt Kontakt?	86
Tabelle 16: Zwischenauswertung: Beratungstypus in Abhängigkeit der Kontaktdichte, Ergebnis in absoluten Zahlen	87
Tabelle 17: Zwischenauswertung: Beratungstypus in Abhängigkeit der Kontaktdichte, Ergebnis in Prozent.....	87
Tabelle 18: Zufriedenheit mit Merkmalen des Pflegestützpunktes.....	88
Tabelle 19: Bedeutsame Merkmale der Pflegestützpunkte.....	89
Tabelle 20: Beurteilung von Merkmalen der Beratung im Pflegestützpunkt	90
Tabelle 21: Auszug aus der Checkliste	109
Tabelle 22: Auszug aus der Tabelle „Vernetzungspartner, bei denen Vernetzungsaktivitäten erforderlich sind“	111
Tabelle 23: Prioritätenliste aus dem Leitfaden zur Vernetzungsplanung	112
Tabelle 24: Qualifikation der Berater/innen	117

1. Einleitung

Pflegestützpunkte haben sich inzwischen in Hessen etabliert. Dies zeigt sich nicht nur an den 22 in den letzten zwei Jahren eröffneten Pflegestützpunkten in hessischen Kommunen, sondern auch daran, dass einige Kommunen bereits über eine Ausweitung des Angebots an Pflegestützpunkten nachdenken. So erwägt der Sozialdezernent des Main-Kinzig-Kreis etwa, zwei weitere Pflegestützpunkte zu eröffnen (vgl. FAZ, 03.03.2012, S. 57).

Die Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG III) dokumentiert, dass vor zehn Jahren fast die Hälfte der pflegenden Angehörigen keine externen Beratungsangebote in Anspruch genommen hat (vgl. Schneekloth et al. 2005, 233). Beratungsangebote und Unterstützungen, wie sie Pflegestützpunkte zur Verfügung stellen, sollen ambulante Pflegesettings stabilisieren und die Angehörigen unterstützen und damit Bedingungen für eine Ausweitung der ambulanten Versorgung weiter verbessern.

Die wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen, die durch das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) durchgeführt wurde, hat den Aufbau der Pflegestützpunkte von der Eröffnung des ersten bis zur Etablierung der Pflegestützpunkte über einen Zeitraum von insgesamt zwei Jahren begleitet und hierbei viele Einblicke in die Dynamiken regional unterschiedlicher Bedingungen und Akteurskonstellationen gewinnen können.

Es gab mehrere Arbeitsaufgaben der wissenschaftlichen Begleitung, die sich auf verschiedene Dimensionen der Entwicklung von Pflegestützpunkten bezog: Von der Frage, wie viele Pflegestützpunkte benötigt werden, um den Beratungsbedarf zu decken, über die Themen Qualitätssicherung, Vernetzungsplanung und interne Arbeitsorganisation bis zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen zum Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten.

Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert die Bearbeitung der einzelnen Aufgaben sowie deren Ergebnisse. Nachdem im einleitenden Kapitel die aktuelle Lage des Ausbaus der Pflegestützpunkte in Deutschland und die Spezifika der hessischen Situation beschrieben wurden, widmet sich das zweite Kapitel dem Programm und den Durchführungsmethoden der wissenschaftlichen Begleitung. Ab Kapitel drei werden die Bearbeitungsschritte der einzelnen Arbeitspakete dokumentiert. Das Kapitel vier widmet sich der Thematik der Qualitätsstandards und der Messung der Kundenzufriedenheit und stellt die hierfür entwickelten Instrumente vor. In Kapitel fünf werden die Entwicklung und die Systematik eines Leitfadens zur Planung von Aktivitäten für die regionale Vernetzungsarbeit dargelegt. Kapitel sechs widmet sich dem Thema der internen Arbeitsorganisation in einem multidisziplinären Team und in Kapitel sieben schließlich werden die Erkenntnisse der gesamten Arbeit in den Handlungsempfehlungen für die Praxis kondensiert.

Wir möchten an dieser Stelle den Kolleg/innen aus dem IWAK-Team danken, die uns im Laufe der Projektarbeit immer wieder unterstützt haben. Dies sind die Geschäftsführerin des IWAK Dr. Christa Larsen für konstruktive Diskussionen und zahllose Anregungen sowie Roland Bieräugel, der uns stets mit aktuellen Daten versorgt hat, Brigitte Strehl, Julia Krekel und Kristjan Rand für die Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführungen der Workshops sowie Carlos Naumann für die Unterstützung bei den Recherchen.

1.2 Pflegestützpunkte in Deutschland

Am 1. Juli 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft, das auch zum Ziel hatte, Fehl-, Unter- und Überversorgung von pflegebedürftigen Menschen zu verringern. Ein wichtiger Ansatzpunkt hierfür war, den Zugang zu Informationen und die Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen so zu verbessern, dass durch eine flächendeckende Beratungsstruktur die vorhandenen Angebote zur Versorgung mit pflegerischen, medizinischen, psychosozialen und therapeutischen Angeboten mit den Bedarfen der Pflegebedürftigen zusammengeführt werden können. Gleichzeitig bot sich die Chance, hier auch einen Hebel zur Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen anzusetzen, da entsprechende Beratungsstellen unmittelbar der Lücken im Versorgungssystem gewahr werden, diese benennen und damit die Schließung der Lücken mit forcieren können. Entsprechend wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Einfügung der §§ 7a und 92c in das elfte Sozialgesetzbuch verfügt, welche das Angebot an Pflegeberatung sowie die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten regeln.

Das Konzept der Pflegestützpunkte als zentrale Beratungsstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist bereits länger in den Überlegungen der Sozialpolitik präsent. So wurde von 2007 bis 2010 mit der „Werkstatt Pflegestützpunkte“ vom Bundesministerium für Gesundheit ein Modellversuch zur Einführung von Pflegestützpunkten durchgeführt. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat diesen Modellversuch wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Im Rahmen der „Werkstatt Pflegestützpunkte“ wurden in jedem Bundesland (bis auf Bremen) mindestens ein Pilot-Pflegestützpunkt eingerichtet und über mehrere Jahre betrieben. Die Pflegestützpunkte waren sehr unterschiedlich in ihren Strukturen, den Trägern und den institutionellen Einbindungen.

In Hessen war der Pilot-Pflegestützpunkt in Gladenbach im Landkreis Marburg-Biedenkopf angesiedelt, wurde vom Landkreis Marburg-Biedenkopf initiiert und vom Landkreis und dem Diakonischen Werk Biedenkopf-Gladenbach, also einem Leistungsanbieter, getragen. Die Pflegekassen waren nicht direkt am Pflegestützpunkt beteiligt, und es gab auch keine/n Pflegeberater/in der Pflegekasse im Pilot-Pflegestützpunkt (vgl. Michell-Auli et al., 2010, S. 164 f). Insofern war das hessische Pilot-Modell strukturell kein Vorgänger der späteren Pflegestützpunkte in Hessen. Gleichwohl sind die Erfahrungen in die hessischen Pflegestützpunkte eingeflossen z.B. durch die Leiterin der Stabstelle Altenhilfe des Landkreises Marburg-Biedenkopf, die für den Pilot-Pflegestützpunkt Gladenbach zuständig und später auch Mitglied im Steuerungsausschuss der Hessischen Pflegestützpunkte war. Selbstverständlich wurden die Ergebnisse der Begleitung durch das KDA auch von den hessischen Akteuren rezipiert. Zudem wechselte die Beraterin des Pilot-Pflegestützpunktes mit der Hälfte ihrer Arbeitszeit in den 2010 eröffneten Pflegestützpunkt in Marburg-Biedenkopf.

Der Ausbau von Pflegestützpunkten in Deutschland verlief zeitlich diskontinuierlich, von der Vorgehensweise her sehr heterogen und mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Zurzeit wird eine Evaluation der Einführung der Pflegestützpunkte in Deutschland von Thomas Klie von der evangelischen Hochschule Freiburg durchgeführt.

Es lässt sich bislang konstatieren, dass eine Gruppe von Bundesländern relativ schnell die Einrichtung von Pflegestützpunkten umgesetzt hat, indem bereits vorhandene kommunale Beratungsstellen durch eine Integration von Pflegeberater/innen der Pflegekassen zu

Pflegestützpunkten erweitert wurden (z.B. das Saarland und Rheinland-Pfalz). Eine zweite Gruppe von Bundesländern hat die sukzessive Einrichtung von Pflegestützpunkten als eine zusätzliche eigenständige Beratungsinfrastruktur vorgesehen, die auf kommunaler Ebene zwischen den Kommunen und den Pflegekassen zu organisieren und umzusetzen ist. Zu dieser Gruppe gehört auch Hessen. Eine dritte Gruppe von Bundesländern hat die Einführung von Pflegestützpunkten lange mit Hinweis auf fehlende finanzielle Spielräume oder bereits vorhandene Beratungsstrukturen abgelehnt, beginnt aber nun langsam, Pflegestützpunkte aufzubauen, wie etwa Bayern oder Thüringen. Einzig Sachsen und Sachsen-Anhalt lehnen die Einführung von Pflegestützpunkten bislang kategorisch ab.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Zahl der Pflegestützpunkte in den Bundesländern in den letzten Jahren entwickelt hat.

Tabelle 1: Aktueller Stand der Pflegestützpunkte (PSP) in Deutschland

	Zahl der PSP Januar 2012	Geplante Zahl der PSP	Zahl der PSP September 2010
Baden-Württemberg	48	50	26
Bayern	2	60	0
Berlin	26	36	26
Brandenburg	19	-	16
Bremen	3	3	3
Hamburg	9	9	9
Hessen	22	26	13
Mecklenburg-Vorpommern	4	18	0
Niedersachsen	35	47	14
NRW	55	159	52
Rheinland-Pfalz	135	135	135
Saarland	8	8	8
Sachsen	Keine PSP geplant		
Sachsen-Anhalt	Keine PSP geplant		
Schleswig-Holstein	12	15	10
Thüringen	2	4	0

Quellen: Zahl September 2010 und 2012 eigene Recherchen, geplante Zahl KDA, zit. In Döhner et al., 2011, S. 19

Neben Hessen haben auch weitere Bundesländer und Stadtstaaten Begleitforschungen zur Einführung der Pflegestützpunkte durchführen lassen. Dies sind bislang

- Bremen (abgeschlossen, Bericht noch nicht freigegeben)
- Baden-Württemberg
- Brandenburg (abgeschlossen, Bericht als Download verfügbar¹)
- Nordrhein-Westfalen
- Hamburg (abgeschlossen, Bericht öffentlich zugänglich²)
- Thüringen

1.3 Pflegestützpunkte in Hessen

In § 92c, Absatz 1 SGB XI ist festgehalten, dass Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte einrichten müssen, sofern dies von der obersten Landesbehörde bestimmt wird. Der Gesetzgeber legt für die Einrichtung eine Frist von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde fest. In Hessen trat am 1. Januar 2009, also ein halbes Jahr nach In-Kraft-treten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes, die Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen in Kraft. Der erste Pflegestützpunkt in Hessen eröffnete aber erst im Februar 2010.

In Hessen haben spezifische Akteurskonstellationen, politische Entscheidungen und Entwicklungen die Aufbausituation bestimmt.

In den 1990er Jahren wurden in vielen hessischen Kommunen Beratungsstrukturen für die Zielgruppe älterer Menschen, gefördert durch hessische Landesmittel und Mittel des ESF, eingerichtet und etabliert. Nach der Landtagswahl 1999 wurde durch die neu gewählte CDU-Landesregierung die Finanzierung der kommunalen Beratungsstellen eingestellt mit der Folge, dass die Beratungsstellen seitdem in einigen Kommunen selbstfinanziert weiter betrieben werden bzw. in einigen anderen Kommunen zwischenzeitlich geschlossen wurden.

Im September 2008 stellte sich die Situation bezüglich vorhandener Beratungsstellen (z.B. Beratung zur Hilfe zur Pflege und anderen Beratungsthemen für die Zielgruppe der älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf) in den hessischen Gebietskörperschaften laut einer Befragung durch den Fachbereich Soziale Sicherung des Landkreises Groß-Gerau folgendermaßen dar: 21 von 26 Kommunen gaben an, über Beratungsstellen für Senioren und pflegende Angehörige zu verfügen. Fünf Landkreise gaben an, über keine Beratungsstruktur zu verfügen (vgl. Cramer/Spohr, 2008).

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Landesregierung gefordert, erneut für die Schaffung von Beratungsstrukturen aktiv zu werden. Im Landespflegeausschuss, in dem alle wichtigen Akteure aus dem Bereich Altenhilfe vertreten sind, wurde nach kontroversen Diskussionen ein Beschluss zur Einrichtung von Pflegestützpunkten gefasst. Der Landesregierung wurde unter anderem empfohlen, dass pro Kommune zunächst ein Pflegestützpunkt eingerichtet und Selbsthilfegruppen in die Arbeit der Pflegestützpunkte eingebunden werden, dass von Seiten des Landespflegeausschusses eine AG „Pflegestützpunkte“ den weiteren Ausbau der Pflegestützpunkte im Land begleitet und die Landesregierung sich an den Kosten für den Aufbau und Betrieb der Pflegestützpunkte

¹ <http://www.masf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.254976.de>, 5.2.2012

² <http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/abschlussbericht.pdf>, 5.2.2012

beteiligt (Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 3. Dezember 2008). Die ersten beiden Punkte wurden in der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen berücksichtigt. Eine finanzielle Beteiligung der Landesregierung am Aufbau und Betrieb der Pflegestützpunkte war jedoch nicht vorgesehen und statt der AG „Pflegestützpunkte“ des Landespflegeausschusses wurde ein Steuerungsausschuss, bestehend aus Vertreter/innen der Kostenträger, also der Pflege- und Krankenkassen sowie der Kommunen, eingesetzt, der die zentrale Lenkung des Aufbaus der Pflegestützpunkte übernehmen sollte. Wohlfahrtsverbände, Leistungserbringer und Seniorenvertretung können damit nicht mehr gestaltend auf die Entwicklung von Pflegestützpunkten Einfluss nehmen (vgl. Röber/Hämel, 2011, 143f).

Zum 1. Mai 2009 wurde ein Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden beschlossen. Der Rahmenvertrag sieht vor, dass die Errichtung der Pflegestützpunkte vor Ort durch die Vertragspartner in einem Pflegestützpunktvertrag geregelt wird. Träger des Pflegestützpunktes sind die beteiligten Kostenträger. Eine Ansiedlung bei Leistungserbringern wird aus wettbewerbsrechtlichen Gründen ausgeschlossen. In der Praxis bedeutete dies, dass die meisten der Pflegestützpunkte in den kommunalen Verwaltungen angesiedelt wurden.

In der ersten Phase des Aufbaus der Pflegestützpunkte bis Sommer 2010 standen viele der beteiligten Akteure dem Vorhaben eher skeptisch gegenüber. Sowohl von Pflegekassen wie auch von Kommunen gab es verbreitet Bedenken und Widerstände gegen die Einführung von Pflegestützpunkten. Dies spiegelt sich auch im Rahmenvertrag unter §7 Absatz 1 im letzten Satz wieder, nach dem das Ergebnis der Evaluation „auch zu einer Revision der aufgebauten Strukturen führen“ kann (vgl. Rahmenvertrag, 2009). In der Aufbauphase haben mehrere Faktoren dazu geführt, dass der Aufbau der Pflegestützpunkte nur schleppend von statten ging. Faktoren waren z.B.:

- Zweifel an der Sinnhaftigkeit von Pflegestützpunkten von einigen Kommunen insb. wenn in der Kommune bereits eine funktionierende Beratungsinfrastruktur vorhanden und etabliert war.
- Unklarheit über den Willen und das Vermögen bei einigen Kommunen, den Aufbau und Betrieb eines Pflegestützpunktes zu finanzieren.
- Partielle Ablehnung des Pflegestützpunktes als einer kassenexternen Beratungseinrichtung für § 7a-Beratung von Seiten der Pflegekassen mit dem Hinweis auf existierende kasseninterne Beratungsangebote.
- Probleme bei der Aushandlung der Pflegestützpunktverträge vor Ort.
- Schwierigkeiten, geeignete Räume für den Pflegestützpunkt zu finden.

Wenn auch zögerlich, so wurden doch bis zum 1. Juni 2011, der Deadline für die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung, in 22 von 26 Kommunen in der folgenden Reihung Pflegestützpunkte eröffnet:

Erstes Halbjahr 2010: drei Pflegestützpunkte

Februar: Landkreis Groß-Gerau
April: Landkreis Marburg-Biedenkopf
Mai: Landkreis Gießen

Zweites Halbjahr 2010: acht Pflegestützpunkte

Juli: Stadt Wiesbaden
August: Main-Taunus-Kreis
September: Stadt Offenbach
Oktober: Rheingau-Taunus-Kreis
Wetteraukreis
November: Schwalm-Eder-Kreis
Stadt Darmstadt
Dezember: Landkreis Fulda

Erstes Halbjahr 2011: elf PSP

Januar: Main-Kinzig-Kreis
Februar: Landkreis Kassel
Vogelsbergkreis
März: Stadt Frankfurt
Mai: Hochtaunuskreis
Darmstadt-Dieburg
Juni: Limburg-Weilburg
Kreis Bergstraße
Werra-Meißner-Kreis
Hersfeld-Rotenburg
Stadt Kassel.

Abbildung 1: Zeitraum der Eröffnung der Pflegestützpunkte



Hellblau = Eröffnung zwischen Januar und Juni 2010

Hellgelb = Eröffnung zwischen Juli und Dezember 2010

Hellrot = Eröffnung zwischen Januar und Juni 2011

Grau = Bis Januar 2012 keine Pflegestützpunkte vorhanden

2. Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen

Die wissenschaftliche Begleitung, die durch das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität in Frankfurt am Main im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums durchgeführt wurde, erstreckte sich über die Zeit vom 1. Januar 2010 bis zum 31. März 2012.

2.1 Programm der wissenschaftlichen Begleitung

Das Programm umfasste fünf Arbeitspakete:

1. **Entwicklung eines Bemessungsverfahrens:** Es wurde ein Indikatoren gestütztes Bemessungsverfahren erarbeitet, um für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt zu ermitteln, wie hoch der spezifische Personalbedarf für Beratung entsprechend § 92c SGB XI ist. Das Verfahren wurde in sieben Regionen probeweise durchgeführt, evaluiert und prozesshaft weiterentwickelt.
2. **Unterstützung des Steuerungsausschusses bei der Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung und eines Konzeptes zur Vernetzung regionaler Akteure:** In enger Kooperation mit dem Steuerungsausschuss sowie in einem partizipativen Prozess mit den Pflegestützpunkten sollten Standards zur Qualitätssicherung erarbeitet werden. Dieser Arbeitsauftrag wurde später dahingehend modifiziert, dass ein Instrument zur Erhebung der Kundenzufriedenheit zu entwickeln und zu erproben war. Zudem wurde ein Konzept zur Vernetzung regionaler Akteure erstellt und getestet.
3. **Fortlaufende Unterstützung und Beratung der Pflegestützpunkte:** Die einzelnen Pflegestützpunkte sollten fachkundig in ihrem Aufbau und ihrer Entwicklung unterstützt und dabei auch Qualifikationsbedarfe der Mitarbeiter/innen identifiziert werden. Zudem sollte ein überregionaler Austausch zwischen den Pflegestützpunkten initiiert und etabliert werden.
4. **Arbeitsorganisation und Kooperation in den Pflegestützpunkten:** Die personelle Besetzung der Pflegestützpunkte durch Kommunen und Pflegekassen führt zu multiprofessionellen Teams. Es wurden verschiedene Arrangements bezüglich Qualifikation, Stellenumfang und Stellensplitting hinsichtlich ihrer Funktionalität betrachtet und Empfehlungen entwickelt.
5. **Entwicklung und Veröffentlichung von Handlungsempfehlungen:** Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung wurden aufgearbeitet und Handlungsempfehlungen für die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Hessen erarbeitet und veröffentlicht.

Am Ende der wissenschaftlichen Begleitung stand eine Abschlussauswertung mit Ministerium, Steuerungsausschuss und Pflegestützpunkten.

Der vorliegende Bericht enthält die Arbeitsprozesse sowie die Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete. Die Gliederung richtet sich nicht in allen Fällen nach der Struktur der Arbeitspakete. So sind die beiden Arbeitsschwerpunkte des zweiten Arbeitspakets in den Kapiteln 4 (Qualitätssicherung) und 5 (Vernetzung) zu finden. Die Unterstützung und Beratung der Pflegestützpunkte (Arbeitspaket 3) wurde im Prozess der wissenschaftlichen Begleitung durch den partizipativen Ansatz in allen Arbeitspaketen mit bearbeitet und war damit eine Querschnittsaufgabe. Zudem wurde aufgrund der Vertraulichkeit der Interviews

in den Pflegestützpunkten auf eine Darstellung einzelner Entwicklungsverläufe von Pflegestützpunkten verzichtet. Im Bericht findet sich deshalb hierfür kein gesondertes Kapitel. Vielmehr sind die Ergebnisse in alle Kapitel eingeflossen.

2.2 Methodisches Vorgehen, Kommunikation und Vernetzung

Die wissenschaftliche Begleitung arbeitete entsprechend der vielfältigen Aufgaben mit einem multimethodischen Ansatz, der verschiedene Rechercheansätze mit partizipativen Elementen wie Workshops und klassischen Sozialforschungsansätzen wie Gruppeninterviews und Expertengesprächen verkoppelte. Zudem gab es verschiedene Gremien zur Rückkopplung der Ergebnisse. Die einzelnen Vorgehensweisen und Methoden werden im Folgenden vorgestellt.

2.2.1 Interviews mit den Pflegestützpunkten

Im Laufe der wissenschaftlichen Begleitung wurden insgesamt 39 Interviews mit Pflegestützpunkten vor Ort geführt. Diese Interviews waren die Grundlage für die inhaltliche Bearbeitung der Arbeitspakete zwei bis vier.

Die ersten Interviews wurden jeweils einige Wochen nach der Eröffnung des Pflegestützpunktes geführt, worauf sich im Abstand von jeweils ca. einem halben Jahr Folgeinterviews anschlossen. Dieser Zeitplan konnte nicht in jedem Fall eingehalten werden, da auf Seiten der Pflegestützpunkte z.B. aufgrund längerer Krankheitsphasen oder personeller Veränderungen Verschiebungen der Interviews gewünscht wurden.

Es wurde in jedem Pflegestützpunkt mindestens ein ausführliches Interview geführt. Die Dauer erstreckte sich dabei von 90 bis 150 Minuten. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und später in einer zusammenfassenden Darstellung schriftlich fixiert. In 13 Pflegestützpunkten wurden zweite Folgeinterviews geführt und in vier Pflegestützpunkten auch dritte Gespräche. Die Zahl der Interviews pro Pflegestützpunkt hing dabei eng damit zusammen, wann der Pflegestützpunkt eröffnet wurde, wie lange also der Beobachtungszeitraum der wissenschaftlichen Begleitung war.

Die Interviews wurden als qualitative Interviews geführt, wobei dem ersten und dem zweiten Interview jeweils ein Leitfaden zugrunde lag. Die Gespräche wurden offen und prozesshaft geführt und orientierten sich in weiten Teilen an den von den Interviewten als wichtig erachteten Themen und Aspekten. Die Leitfäden finden sich im Anhang (vgl. Lamnek, 1989, 35 ff.).

Interviews als Reflexionsraum

In den Interviews, insb. in den zweiten und dritten Gesprächen, ging es nicht nur um die Gewinnung von Informationen, sondern auch um die (gemeinsame) Reflexion der aktuellen Situation. Deutungen und Erklärungszusammenhänge, die vom IWAK-Projektteam im Laufe des gegenstandsbezogenen Erkenntnisprozesses als bedeutsam angesehen wurden, konnten hier diskutiert und diskursiv validiert werden. Ebenso konnten die Berater/innen der Pflegestützpunkte Themen ansprechen und diskutieren sowie Informationen einholen, die ihnen wichtig erschienen.

Ursprünglich war geplant, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung getrennte Gespräche mit Berater/innen und Lenkungsgruppenmitgliedern zu führen, um in einem geschützten Rahmen eine möglichst offene und auch selbstkritische Reflexion der aktuellen Situation und des eigenen Handelns zu ermöglichen. Die Gespräche hatten ja neben der „Daten“erhebung auch und vor allem die Funktion, einen geschützten Reflexionsraum für die Berater/innen – und die Lenkungsgruppen - zu schaffen. Der Schutz bezog sich auf die Verschwiegenheit der Forscherinnen, welche eine Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse nur in anonymisierter und/oder stark verallgemeinerter Form zugesichert haben.

Die Erfahrungen wissenschaftlichen Arbeitens zeigen, dass Interviews im Setting von Gruppengesprächen dazu führen, dass die beruflichen Rollen und die sozialen Beziehung der Interviewpartner untereinander das Gespräch stark bestimmen und entsprechend die Inhalte und Bewertungen selektiert werden oder auch eine eigene Dynamik erhalten, die Aufschluss über die Beziehungen geben kann. Dies trifft selbstverständlich bereits bei zwei Personen zu, die zusammen arbeiten, wie dies die Berater/innen im Pflegestützpunkt tun. Da im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung die multidisziplinäre Arbeit im Pflegestützpunktteam als Novum von besonderem Interesse war, sollten die Interviews in dieser Kleingruppe stattfinden.

Kontrolleffekte durch das Interviewsetting

Der Steuerungsausschuss und die Lenkungsgruppen haben unmittelbar nach Beginn der wissenschaftlichen Begleitung interveniert und gefordert, dass bei den Gesprächen in den Pflegestützpunkten auch die Lenkungsgruppenmitglieder beteiligt sein können. Dies hatte zur Folge, dass in 17 von 22 Pflegestützpunkten die Gespräche mit den Berater/innen und Mitgliedern der Lenkungsgruppe, also von der Kommune und/oder der Personal entsendenden Pflegekasse gemeinsam stattfanden. Dies hatte einerseits den Vorteil, dass neben der Beraterperspektive auch die Perspektive der Lenkungsgruppe vertreten war. Andererseits war in den Gesprächen aufgrund des hierarchischen Verhältnisses mit weiteren Kontrolleffekten zu rechnen, denn häufig sind die Lenkungsgruppenmitglieder auch die unmittelbaren Vorgesetzten der Berater/innen im Pflegestützpunkt.

Dass diese Kontrolleffekte, die sich auf alle Beteiligten ausgewirkt haben, tatsächlich stattgefunden haben, konnte immer dann festgestellt werden, wenn in einem anderen Setting von Interviewpartner/innen Aspekte angesprochen wurden, die im Gruppeninterview nicht zur Sprache kommen konnten. Diese Kontrolleffekte traten nicht bei allen Pflegestützpunkten zu Tage und waren bei den verschiedenen Pflegestützpunkten unterschiedlich stark ausgeprägt. Sie lassen u.E. Rückschlüsse auf das Ausmaß an Spannungen z.B. innerhalb des Berater/innenteams und/oder zwischen Berater/innen und Lenkungsgruppen zu.

2.2.2 Expertengespräche

Es wurden insb. im Zuge der Entwicklung des Bemessungsverfahrens, des Leitfadens zur Vernetzungsplanung und der Kundenzufriedenheitsbefragung zahlreiche Expertengespräche geführt. Im Folgenden sind einige der Interviewpartner/innen aufgelistet:

Wissenschaftler/innen von Fachhochschulen und Universitäten:

Prof. Michaela Röber, Susan Geideck, FH Frankfurt; Prof. Eckhard Hansen, FH Kassel; Prof. Frank Oswald, Goethe-Universität

Expert/innen von Verbänden:

Frau Veith-Laurig (Hessischer Städtetag), Herr Menne (Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung)

Beschäftigte in Beratungsstellen und Pilot-Pflegestützpunkten:

Frau Jacobi Becker (Rheinland-Pfalz), Frau Dietl (PilotPSP Nürnberg), Frau Gillmann (PilotPSP Gladenbach), Frau Drozdzyński (Beratungsstelle für ältere Menschen, Riedstadt), Herr Wittfeld (PilotPSP Moers)

Expert/innen aus der kommunalen Verwaltung:

Frau Knaup (Stadt Wiesbaden), Frau Cramer (Kreis Groß-Gerau), Frau Schlichting (Kreis Marburg-Biedenkopf)

Expert/innen aus Landesregierungen:

Herr Borosch (NRW), Angelika Tumaschat-Bruhn (Hamburg), Herr Eck (Berlin), Frau Reinhard (Rheinland-Pfalz)

Expert/innen aus dem Ausland:

Herr Starzel (Wien), Herr Hacker (Wien)

Die Ergebnisse der Gespräche wurden jeweils dokumentiert und sind in die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung eingeflossen.

2.2.3 Workshops

Im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung sind insgesamt fünf Workshops durchgeführt worden, die jeweils unterschiedliche Ziele und Zuschnitte hatten. Grundsätzlich sollten alle Workshops der Initiierung des Austausches unter den Pflegestützpunkten dienen. Alle Workshops fanden an der Goethe-Universität Frankfurt/Main auf dem Uni-Campus Westend statt. Die Workshops hatten verschiedene inhaltliche Schwerpunkte.

Workshop 1 (28. September 2010): Auftakt

Zielgruppe: alle Berater/innen der Pflegestützpunkte, die hessischen Altenhilfeplaner/innen, die Mitglieder des Steuerungsausschusses, die Mitglieder der kommunalen Lenkungsgruppen und politische Vertreter/innen des Landes Hessen.

Inhaltliche Ziele: Auftakt der wissenschaftlichen Begleitung, Kennenlernen und Beginn der gemeinsamen Arbeit, Initiierung des Austausches zwischen den Pflegestützpunkten

Programm:

Begrüßung Nicole Benthin, Hessisches Sozialministerium

Aufgaben und Aktivitäten des Steuerungsausschusses Dirk Rost, Hessischer Landkreistag

Bisherige Ergebnisse und weiteres Programm der wissenschaftlichen Begleitung Dr. Angela Joost, IWAK

Ergebnisse der Koordinierung und Begleitung der Pilot-Pflegestützpunkte im Rahmen der „Werkstatt Pflegestützpunkte“, Ralf Tebest, Kuratorium Deutsche Altershilfe

Welche Chancen bieten die Pflegestützpunkte? Statements und Diskussion

Ingrid Bernhammer, Landessenorenvertretung

Daniela Hubloher, Verbraucherzentrale

Dagmar Jung, Liga der freien Wohlfahrtspflege

Ausblick Nicole Benthin, Hessisches Sozialministerium

Für die aktuellen und zukünftigen Mitarbeiter/innen in den hessischen

Pflegestützpunkte: Workshop zum Auftakt der überregionalen Vernetzung der Pflegestützpunkte und Abstimmung des weiteren Vorgehens

Workshop 2 (18. Februar 2011): Vernetzung

Zielgruppe: alle Berater/innen der Pflegestützpunkte, die Mitglieder des Steuerungsausschusses, die Mitglieder der kommunalen Lenkungsgruppen und politische Vertreter/innen des Landes Hessen.

Inhaltliche Ziele: Vorstellung erster Entwürfe und Diskussion der durch das IWAK zu erarbeitenden Instrumente, inhaltlicher Schwerpunkt „regionale Vernetzung“, Austausch zwischen den Pflegestützpunkten

Programm:

Begrüßung und Bericht Dirk Rost, Steuerungsausschuss

Vorstellung des Konzeptes zur Durchführung einer Kundenzufriedenheitsbefragung und des Fragebogens Anke Metzenrath (IWAK)

Vorstellung des Konzeptes zur regionalen Vernetzung der Pflegestützpunkte Dr. Angela Joost (IWAK)

Praxiserfahrungen mit der Initiierung und der Arbeit von Netzwerken auf der Basis des Projekts „Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende“ des BMFSFJ Susan Geideck, Christian Kolbe (Institut für Stadt- und Regionalentwicklung an der Fachhochschule Frankfurt am Main)

Regionale Arbeitsgruppen

Berichte aus den Arbeitsgruppen, weiteres Vorgehen und Ausblick

Workshop 3 (9. Juni 2011): Osteuropäische Haushaltshilfen, Vernetzung

Zielgruppe: alle Berater/innen der Pflegestützpunkte, die Mitglieder des Steuerungsausschusses, die Mitglieder der kommunalen Lenkungsgruppen und politische Vertreter/innen des Landes Hessen.

Inhaltliche Ziele: Vorstellung und Diskussion von Zwischenergebnissen der Interviewauswertung und der Testergebnisse der durch das IWAK zu erarbeitenden Instrumente, inhaltlicher Schwerpunkt „Europäische Haushaltshilfen – Hintergrundinformationen für den Umgang in der Beratungssituation“, Etablierung von Vernetzungsstrukturen zwischen den Pflegestützpunkten, Austausch zwischen den Pflegestützpunkten.

Programm:

Begrüßung Dirk Rost, Steuerungsausschuss

Erste Ergebnisse der Auswertung der Interviews mit den Pflegestützpunkten Dr. Angela Joost, IWAK

Ergebnisse des Tests der Kundenzufriedenheitsbefragung und weiteres Vorgehen Anke Metzenrath, IWAK

Ergebnisse des Tests des Instrumentes zur Vernetzungsplanung und weiteres Vorgehen Dr. Angela Joost, IWAK

Ergebnisse der Evaluation der Pflegestützpunkte in Hamburg Dr. Hanneli Döhner, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Osteuropäische Haushaltshilfen und Pflegehelfer/innen, Kurzreferate:

Gudrun Matusch, Juristin im Referat Gesundheit und Pflege der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Werner Tigges, Vorsitzender des Bundesverbands der Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen und Seniorenbetreuung in der 24 Stunden Betreuung

Vorlage für eine Strukturierung der Pflegestützpunkte in regionalen Arbeitsgruppen Dirk Rost, Steuerungsausschuss

Arbeit in den regionalen Arbeitsgruppen

Berichte aus den Arbeitsgruppen, weiteres Vorgehen und Ausblick

Workshop 4 (15. September 2011): Personalführung im Pflegestützpunkt

Zielgruppe: die Mitglieder des Steuerungsausschusses, die Mitglieder der kommunalen Lenkungsgruppen und politische Vertreter/innen des Landes Hessen.

Inhaltliche Ziele: Vorstellung und Diskussion der durch das IWAK erarbeiteten Instrumente Kundenzufriedenheitsbefragung, Leitfaden zur regionalen Vernetzungsplanung, sowie des Entwurfs der Handlungsempfehlungen, inhaltlicher Schwerpunkt „Personalführung und interne Kommunikation im Pflegestützpunkt“, Austausch zwischen den Lenkungsgruppen der Pflegestützpunkte.

Programm:

Begrüßung

Teamentwicklung in Pflegestützpunkten Dr. Wilfried Kerntke (Inmedio Offenbach)

Ergebnisse des Tests der Kundenzufriedenheitsbefragung, endgültiger Fragebogen, Auswertungstool Anke Metzenrath, IWAK

Entwurf der Handlungsempfehlungen Dr. Angela Joost, IWAK

Austausch der Lenkungsgruppenmitglieder und des Steuerungs-ausschusses zum Entwurf der Handlungsempfehlungen in Kleingruppen

Berichte der Gruppen und Diskussion des Entwurfs

Weiteres Vorgehen und Ausblick

Workshop 5 (13. Dezember 2011): Abschluss und gemeinsame Auswertung

Zielgruppe: alle Berater/innen der Pflegestützpunkte, die Mitglieder des Steuerungsausschusses, die Mitglieder der kommunalen Lenkungsgruppen und politische Vertreter/innen des Landes Hessen.

Inhaltliche Ziele: Präsentation und Diskussion der vom IWAK entwickelten Instrumente und der Handlungsempfehlungen, Ad-Hoc-Befragung zum aktuellen Stand der Entwicklung der Pflegestützpunkte, Auswertung und Diskussion der Ergebnisse, Bedeutung der Pflegestützpunkte für Klienten und regionale Versorgungsstruktur, Perspektiven für den weiteren strukturierten Austausch der Pflegestützpunkte.

Programm:

Begrüßung Nicole Benthin, Hessisches Sozialministerium

Selbsteinschätzung: Wo stehen die hessischen Pflegestützpunkte jetzt?

Ergebnisse der Gesamtauswertung der wissenschaftlichen Begleitung,

Kundenzufriedenheitsbefragung – Materialien und Auswertungstool, Präsentation der Handlungsempfehlungen Dr. Angela Joost, Anke Metzenrath, IWAK

Wie wirken Pflegestützpunkte nach außen? Statements von Kooperationspartnern und Klienten

Hannah und Dennis Sanders, Wiesbaden, Klienten

Sabine Gatz, Haus Dammwald: Standort Pflegebegleiter im Hochtaunuskreis

Gemeinsames Diskutieren der Ergebnisse der Selbsteinschätzungen

Weiteres Vorgehen Michael Hofmeister, Steuerungsausschuss

Schlusswort Nicole Benthin, Hessisches Sozialministerium

2.2.4 Austausch mit dem Steuerungsausschuss

Die wissenschaftliche Begleitung hat im Jahr 2010 an sechs und 2011 an acht Arbeitstreffen des Steuerungsausschusses teilgenommen.

Bei diesen Treffen kam es zunächst zu grundsätzlichen Klärungen bezüglich des Vorgehens der wissenschaftlichen Begleitung. So wurde beschlossen, dass bei allen Interviews und Workshops grundsätzlich Berater/innen und Lenkungsgruppenmitglieder der Pflegestützpunkte beteiligt sein sollen. Ursprünglich war geplant, Interviews mit Berater/innen und Lenkungsgruppenmitgliedern jeweils getrennt durchzuführen. Auch wurde das Arbeitsprogramm der wissenschaftlichen Begleitung mit dem Steuerungsausschuss inhaltlich abgestimmt. Hier kann es in Bezug auf das Thema Qualitätssicherung zu einer Programmänderung. War ursprünglich geplant, dass die wissenschaftliche Begleitung ein Instrument zur Qualitätssicherung erarbeitet und hierdurch den Steuerungsausschuss bei seiner Aufgabe, die Qualitätssicherung zu gewährleisten, unterstützt, so wurde dies durch den Steuerungsausschuss dahingehend modifiziert, dass eine Kundenzufriedenheitsbefragung konzipiert, getestet und den Pflegestützpunkten als Instrument zur Verfügung gestellt werden sollte.

Mit dem Steuerungsausschuss wurden zudem die Instrumente des Bemessungsverfahrens, der Kundenzufriedenheitsbefragung und der Leitfaden zur regionalen Vernetzungsplanung intensiv diskutiert sowie die Handlungsempfehlungen und die Planungen für die Workshops abgestimmt.

Schließlich wurden im Steuerungsausschuss Ergebnisse der Interviewauswertungen in anonymisierter Form vorgestellt und Handlungserfordernisse aufgezeigt.

2.2.5 Weitere Gremien der Rückkopplung und Information

Insgesamt drei Mal stellte die Wissenschaftliche Begleitung Zwischenergebnisse im Landespflegeausschuss vor und dort zur Diskussion (23.7.2010, 22.6.2011, 11.10.2011).

Das Programm der wissenschaftlichen Begleitung wurde dem Arbeitskreis der hessischen Altenhilfeplaner/innen sowie dem Sozialausschuss des Hessischen Landkreistags vorgestellt.

2.2.6 Vernetzung mit den anderen wissenschaftlichen Begleitprojekten in Deutschland

Im November 2010 lud die saarländische Landesregierung, namentlich Armin Lang, Leiter der Landesvertretung des VdAK von Saarland und Rheinland-Pfalz, in Berlin zu einem ersten Treffen der wissenschaftlichen Begleitforschungen zum Thema Pflegestützpunkte ein. Hier wurden Zwischenergebnisse aus verschiedenen Bundesländern vorgestellt und die aktuelle Situation sowie allgemeine Perspektiven diskutiert.

Im November 2011 fand in Berlin das 1. Deutsche Pflegeberatungsforum statt, das ebenfalls von Armin Lang vom VdAK, Landesvertretung Saarland und Rheinland-Pfalz initiiert wurde. Neben Berichten der wissenschaftlichen Begleitforschungen aus Hessen und aus weiteren Bundesländern wurden Statements von verschiedenen Akteure und Kostenträgern abgegeben.

3. Entwicklung eines regionalisierten Bemessungsverfahrens

3.1 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 für Beratung gemäß den §§ 7a (Pflegeberatung) und 92c SGB XI sowie der Allgemeinverfügung zur Einrichtung der Pflegestützpunkte in Hessen vom 08.12.2008 zu entwickeln.

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 ebenfalls Pflegestützpunkte aufgebaut haben, einbezogen. Als dritte Quelle fanden Analysen regionaler Beratungsstrukturen in verschiedenen Bundesländern Verwendung. Diese zeichneten sich durch ähnliche Aufgabenzuschnitte wie die hessischen Pflegestützpunkte aus.

Basierend 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, das bislang zu zwei Zeitpunkten (Juni 2010 und Dezember 2011) durchgerechnet wurde.

Das Verfahren bildet den aktuellen Stand der Beratungserfahrungen und der wissenschaftlichen Forschung ab.

Im Folgenden wird zunächst der Prozess der partizipativen Entwicklung des Bemessungsverfahrens in seinen einzelnen Schritten vorgestellt. Anschließend wird das Bemessungsverfahren mit seinen Definitionen, Grundannahmen und einzelnen Rechenoperationen beschrieben. Ein weiterer Teil widmet sich den Auswirkungen des demografischen Wandels, wie sie sich in den Ergebnissen des Bemessungsverfahrens 2010 und 2011 niederschlagen und einem Vorschlag zur weiteren Verbesserung des Bemessungsverfahrens.

3.2 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.

3.2.1 Feldstudien und Rechercheergebnisse

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.

Zugrundegelegtes Verständnis der 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 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 3.2.2, ab Seite 28 wird dieser Aspekt weiter ausgeführt.

Bedarfsgerechtigkeit

Das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit muss ebenfalls zunächst inhaltlich näher bestimmt werden, um qualitativ erfassen 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 Berater/innen, 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 und viele Pflegestützpunkte auch sind, 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 die 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.

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 regional vorhandene Beratungsstrukturen für ältere Menschen, die Personalbemessung für Pflegeberatung bei den Pflegekassen und auf weitere sozialplanerische Themenfelder wie etwa die medizinische und psycho-therapeutische 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 (vgl. BMG, 2000). 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 (Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung) zusammen mit Hubert Cremer und Jochen Hoehn für den Kreis Offenbach entwickelt. 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 der Eltern betroffenen Minderjährigen, von minderjährigen Kindern von Alleinerziehenden oder von Minderjährigen arbeitsloser Eltern (vgl. Menne, 2001; Menne, o.J.).

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.

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 mit einem spezifischen Beratungs- und Aufgabenprofil bilden, 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, sollten 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 werden.

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 hessische 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 Jahre von 18,4 Prozent (vgl. Stat. Landesamt, 2009) einen Anhaltswert von 22.000 bis 32.600 Einwohner pro Vollzeitäquivalent an Beratung (vgl. Kreis Groß-Gerau, 2007). 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 sowie Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit einbezogen sind. Die Erfahrungen und Einschätzungen der interviewten Berater/innen bewegten 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.

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 Kopfzahlen 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-Prozent-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. In der weiteren Entwicklung des Bemessungsverfahrens wurde der Anhaltswert zunächst auf 1 VZÄ auf 25.000 Einwohner hochgesetzt und schließlich ein Korridor für den Grundbedarf von 1 VZÄ zwischen 25.000 und 40.000 Einwohner festgelegt.

3.2.2 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 und Relevanz 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.

Tabelle 2: Einflussfaktoren, die den Grundbedarf bestimmen

Mögliche Kriterien	Regionalisierte Daten vorhanden?	Bewertung des Einflussfaktors im Hinblick auf die Nutzung für das Bemessungsverfahren
Regionale Einflussfaktoren		
Bevölkerungsgröße (Einwohnerzahl)	ja	+ Bildet die ganze Bevölkerung ab. Das Beratungsangebot von Pflegestützpunkten richtet sich an Pflegebedürftige aller Altersgruppen
Bevölkerung ab 65 Jahren	ja	+ Bildet die Bevölkerungsgruppe ab, aus welcher der größte Teil der potenziellen Klienten von Pflegestützpunkten stammt. - Beschränkt die Berechnung des Grundbedarfs nur auf eine Teilgruppe der Bevölkerung und klammert andere Klientengruppen aus.
Zielgruppenspezifische Einflussfaktoren		
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 Pflegestützpunkten ab. - beinhaltet auch stationär Versorgte, die voraussichtlich weniger Beratung nachfragen. Berücksichtigt nicht Klienten, die (noch) keine Pflegestufe haben.
Demenzranke 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)

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Mögliche Kriterien	Regionalisierte Daten vorhanden?	Bewertung des Einflussfaktors im Hinblick auf die Nutzung für das Bemessungsverfahren
Siedlungsstrukturelle Einflussfaktoren		
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

Quelle: Eigene Zusammenstellung

3.2.3 Test des Bemessungsverfahrens

Basierend auf den Ergebnissen der Recherchen und Feldstudien sowie den Diskussionen und Anregungen im Steuerungsausschuss wurde ein erster Entwurf für ein Bemessungsverfahren entwickelt. Es fand ein Test des Verfahrens in sieben Testregionen statt. 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 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.

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. Zudem wurden in den Evaluationsgesprächen mögliche Einflusskriterien diskutiert, die in anderen Zusammenhängen oder im Steuerungsausschuss angesprochen wurde.

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.

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.

Der weitere Entwicklungsprozess des Bemessungsverfahrens bestand in einer sukzessiven Optimierung der einzelnen Komponenten und in der kommunikativen Validierung des Bemessungsverfahrens mit den Mitgliedern des Steuerungsausschusses. 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.

3.3 Regionalisiertes Bemessungsverfahren für wohnortnahe und bedarfsgerechte Beratung

3.3.1 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 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 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 Zeithorizonte 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.

3.3.2 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, 7a-Beratung) 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. (siehe auch S. 23)

3.3.3 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 Ausbauschnitt bedarfsgerecht und wohnortnah einrichten (siehe auch S. 25).

Tabelle 3: 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

Quelle: Eigene Zusammenstellung

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 und in Abstimmung mit dem Steuerungsausschuss 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.

3.3.4 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.

Tabelle 4: Übersicht über die Komponenten zur Ermittlung des regionalen Bedarfs an wohnortnaher und bedarfsgerechter Beratung

Modell	Bevölkerungsbezogener Grundbedarf	Hilfe- sowie pflegebedürftigkeitsbezogener 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>

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Um schließlich zu beurteilen, ob es in der Kommune einen ungedeckten Beratungsbedarf entsprechend des Bemessungsverfahrens gibt, muss zunächst eine Bestandsaufnahme des Ist-Zustands, also des vorhandenen Beratungsangebotes durch kommunale Beratungsstellen und Beratungsangebote der Pflegekassen, in der Gebietskörperschaft durchgeführt werden. Dies ist nur durch die Akteure vor Ort leistbar. Anschließend erfolgt ein Abgleich mit dem Ergebnissen des Bemessungsverfahrens für die Kommune. Hieraus lässt sich schließen, ob das Angebot grundsätzlich den Bedarf nach Beratung deckt und wie groß ggf. die Lücke ist, die durch Pflegestützpunkte oder andere Beratungseinrichtungen geschlossen werden soll.

3.3.5 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 an Beratungspersonal pro Landkreis/kreisfreier Stadt

Berechnung:

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

Hilfe- sowie pflegebedürftigkeitsbezogene Veränderung des Beratungsbedarfs

Für die Errechnung des zielgruppenspezifischen Veränderungsbedarfs wurden ein hilfe- und pflegebedürftigkeitsbezogenen Veränderungsbedarf gewählt, für den zwei Kriterien kombiniert wurden:

- 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 Klient/innen stellen dürften.
- b) Hilfebedürftige, die (noch) keiner Pflegestufe zugeordnet sind, aber im Alltag Unterstützung für ein Leben in der eigenen Häuslichkeit benötigen, gehören ebenfalls

zur originären Klient/innengruppe für das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte. In der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)“ (vgl. Schneekloth/Wahl, 2005) wurden die Anteile der Hilfebedürftigen an verschiedenen Altersgruppen der Gesamtbevölkerung errechnet. Mit diesem Schlüssel 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.

Ziel:

Ermittlung des spezifischen Bedarfs an Beratungsvollzeitäquivalenten für Regionen mit verschiedenen 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)“ (vgl. Schneekloth/Wahl, 2005) 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 2010 (vgl. van den Busch, 2007) mit ihren kleinräumigen Altersgruppenabstufungen genutzt.

Tabelle 5: 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: Schneekloth/Wahl 2005, S. 68 und eigene Berechnungen

Zur Berechnung der Zahl der Hilfebedürftigen für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt wird für jede Altersgruppe die absolute Zahl der Personen der jeweiligen Altersgruppe³ 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 (Berechnung 2010) und vom 31. Dezember 2009 (Berechnung 2011) des Hessischen statistischen Landesamtes. 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.

³ Bevölkerungsstatistik der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Stichtag 31.12.2008, für die Berechnung 2010, Stichtag 31.12.2010.

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 hilfe- und pflegebedürftigkeitsbezogenen 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 hilfe- und pflegebedürftigkeitsbezogener 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.

Siedlungs- und infrastrukturell bezogene Veränderung des Beratungsbedarfs

Der **siedlungs- und infrastrukturelle Veränderungsbedarf** bezieht sich auf den grundlegenden 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. Diese Überlegungen wurden von den Gesprächspartner/innen in den Testregionen⁴ durchweg geteilt. 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 drei und zehn Prozent Mehrbedarf für die ländlichen Regionen genannt. Für die Endfassung des Bemessungsverfahrens wurden deshalb die siedlungsstrukturellen (Bevölkerungsdichte) und infrastrukturellen (Ausbau ÖPNV) Veränderungskomponenten zu einer Komponente zusammengefasst und ein pauschaler Mehrbedarf für Landkreise gegenüber Städten von fünf Prozent gewählt.

⁴ 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.

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:

Der Grundbedarf für Beratungspersonal wird für die Landkreise zur Sicherstellung der Wohnortnähe um jeweils 5 Prozent erhöht. Für die kreisfreien Städte findet keine Erhöhung statt.

3.3.6 Zusammenführung der Komponenten im Bemessungsverfahren

Im Bemessungsverfahren werden die drei oben beschriebenen Beratungskomponenten zusammengeführt.

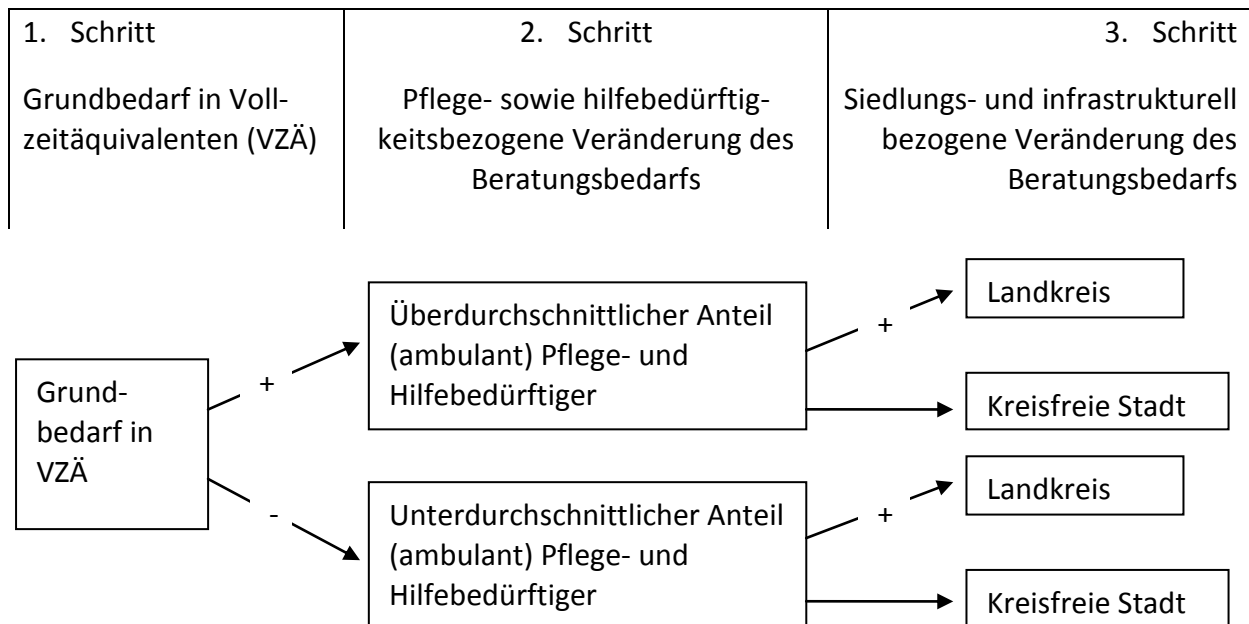
Grundlage bildet dabei der bevölkerungsbezogene Anhaltswert, wonach für einen Korridor von 25.000 bis 40.000 Einwohner ein Beratungsbedarf von einem Vollzeitäquivalent angegeben wird. Bei der Anwendung des Bemessungsverfahrens für Kreise und kreisfreie Städte wird zunächst die Zahl der Vollzeitäquivalente 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 Beratungsbedarf reduziert. Gegenüber den kreisfreien Städten wird für die Landkreise ein pauschaler Mehrbedarf von fünf Prozent geltend

gemacht. Damit werden die spezifischen Siedlungs- und infrastrukturellen Bedingungen berücksichtigt.

Die einzelnen Rechenschritte werden in der folgenden Weise miteinander verknüpft:

Abbildung 2: Verknüpfung der Komponenten im Bemessungsverfahren



3.3.7 Ergebnisse des regionalisierten Bemessungsverfahrens für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte

Das Bemessungsverfahren ist zu zwei Zeitpunkten mit den jeweils aktuellen Daten durchgerechnet worden:

Berechnung 2010: im Juni 2010 auf der Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes vom 30.09.2009 und der Regionaldaten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder und der Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes vom 31.12.2007.

Berechnung 2011: im Dezember 2011 auf der Grundlage der Bevölkerungsstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes vom 31.12.2010 und der Regionaldaten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder vom 31.12.2010 und der Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes vom 31.12.2009.

Im Folgenden findet sich die Tabelle mit den einzelnen Rechenschritten und den Ergebnissen des Bemessungsverfahrens mit Stand Dezember 2011.

Es ist zu beachten, dass durch die Nutzung des Korridors für den Anhaltswert für jede Rechenoperation auch ein Ergebniskorridor resultiert, dessen beide Eckpunkte (für 1 VZÄ : 25.000 und für 1 VZÄ : 40.000) in der Tabelle fett gedruckt sind. Abhängig davon, mit

welchem Wert aus dem Korridor des Anhaltswertes gerechnet wird, ergibt sich ein Ergebnis im Rahmen des Ergebniskorridors.

Bezogen auf die Hilfe- und Pflegebedürftigen ergibt die Berechnung 2011 folgende Personalschlüssel:

- 1 VZÄ Beratungspersonal auf 1.715 Hilfe- und Pflegebedürftige in den kreisfreien Städten,
- 1 VZÄ Beratungspersonal auf 1.633 Hilfe- und Pflegebedürftige in den Landkreisen,
- 1 VZÄ Beratungspersonal auf 1648 Hilfe- und Pflegebedürftige für Hessen im Durchschnitt.

Der Unterschied zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen resultiert aus dem fünfprozentigen siedlungs- und infrastrukturellen Mehrbedarf in den Landkreisen.

Tabelle 6: Berechnung des regionalisierten Personalbedarfs für Beratung gemäß §§ 7a und 92c SGB XI und der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 08.12.2008

VZÄ=Vollzeitäquivalente Stand: Dezember 2011		Kriterium Bedarfsgerechtigkeit										Kriterium Wohnortnähe	
		1. Grundbedarf				2. Pflege- sowie hilfebedürftigkeitsbezogener Veränderungsbedarf				3. Siedlungs- und infrastruktureller Veränderungsbedarf			
Kreise	Bevölkerung (1)	Anhaltswert unterer Wert	Anhaltswert oberer Wert	Benötigte VZÄ (1:25.000)	Benötigte VZÄ (1:40.000)	Anteil Hilfe- und Pflegebedürftige (ambulant) an Bevölkerung in % (2)	Veränderungsfaktor gegenüber hess. Durchschnitt in %	Benötigte VZÄ (1:25.000)	Benötigte VZÄ (1:40.000)	Mehrbedarfsfaktor	Benötigte VZÄ (1:25.000)	Benötigte VZÄ (1:40.000)	
Darmstadt, Wissenschaftsst.	144.402	25.000	40.000	5,8	3,6	6,07	-11,56	5,1	3,2	1	5,1	3,2	
Frankfurt am Main, Stadt	679.664	25.000	40.000	27,2	17,0	5,94	-13,45	23,5	14,7	1	23,5	14,7	
Offenbach am Main, Stadt	120.435	25.000	40.000	4,8	3,0	6,15	-10,41	4,3	2,7	1	4,3	2,7	
Wiesbaden, Landeshauptstadt	277.797	25.000	40.000	11,1	6,9	6,21	-9,45	10,1	6,3	1	10,1	6,3	
LK Bergstraße	262.650	25.000	40.000	10,5	6,6	7,13	3,91	10,9	6,8	1,05	11,5	7,2	
Darmstadt-Dieburg	289.199	25.000	40.000	11,6	7,2	6,13	-10,57	10,3	6,5	1,05	10,9	6,8	
LK Groß-Gerau	254.887	25.000	40.000	10,2	6,4	6,27	-8,53	9,3	5,8	1,05	9,8	6,1	
Hochtaunuskreis	227.425	25.000	40.000	9,1	5,7	6,78	-1,14	9,0	5,6	1,05	9,4	5,9	
Main-Kinzig-Kreis	407.234	25.000	40.000	16,3	10,2	6,86	0,01	16,3	10,2	1,05	17,1	10,7	
Main-Taunus-Kreis	227.398	25.000	40.000	9,1	5,7	6,27	-8,57	8,3	5,2	1,05	8,7	5,5	
Odenwaldkreis	97.032	25.000	40.000	3,9	2,4	7,12	3,73	4,0	2,5	1,05	4,2	2,6	
LK Offenbach	338.061	25.000	40.000	13,5	8,5	6,40	-6,74	12,6	7,9	1,05	13,2	8,3	
Rheingau-	183.125	25.000	40.000	7,3	4,6	6,56	-4,41	7,0	4,4	1,05	7,4	4,6	

Taunus-Kreis													
Wetteraukreis	298.521	25.000	40.000	11,9	7,5	6,81	-0,67	11,9	7,4	1,05	12,5	7,8	
LK Gießen	256.473	25.000	40.000	10,3	6,4	6,72	-2,01	10,1	6,3	1,05	10,6	6,6	
Lahn-Dill-Kreis	253.553	25.000	40.000	10,1	6,3	7,37	7,49	10,9	6,8	1,05	11,4	7,2	
LK Limburg-Weilburg	170.714	25.000	40.000	6,8	4,3	7,27	6,02	7,2	4,5	1,05	7,6	4,8	
LK Marburg-Biedenkopf	251.080	25.000	40.000	10,0	6,3	6,94	1,14	10,2	6,3	1,05	10,7	6,7	
Vogelsbergkreis	109.451	25.000	40.000	4,4	2,7	8,53	24,36	5,4	3,4	1,05	5,7	3,6	
Kassel, Stadt	195.530	25.000	40.000	7,8	4,9	7,61	10,88	8,7	5,4	1	8,7	5,4	
Fulda	217.255	25.000	40.000	8,7	5,4	7,34	6,93	9,3	5,8	1,05	9,8	6,1	
LK Hersfeld-Rotenburg	122.233	25.000	40.000	4,9	3,1	8,79	28,19	6,3	3,9	1,05	6,6	4,1	
LK Kassel	236.986	25.000	40.000	9,5	5,9	7,82	14,02	10,8	6,8	1,05	11,3	7,1	
Schwalm-Eder-Kreis	182.622	25.000	40.000	7,3	4,6	8,21	19,62	8,7	5,5	1,05	9,2	5,7	
LK Waldeck-Frankenberg	161.871	25.000	40.000	6,5	4,0	7,41	8	7,0	4,4	1,05	7,3	4,6	
Werra-Meißner-Kreis	103.750	25.000	40.000	4,2	2,6	9,11	32,83	5,5	3,4	1,05	5,8	3,6	
Land Hessen	6.063.683	25.000	40.000	242,5	151,7	6,86		242,8	151,7		252,3	157,7	

(1) Bevölkerungsstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes
31.12.2010

(2) Regionaldaten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder,
31.12.2009 (Pflegestatistik) und 31.12.2010 (Altersstrukturdaten)

3.4 Güte des Verfahrens und Perspektiven zur Weiterentwicklung

3.4.1 Erfahrungen aus den Pflegestützpunkten zur Prüfung der Güte des Bemessungsverfahrens

Eine methodisch und wissenschaftlich exakte Überprüfung der Güte des Bemessungsverfahrens ist aufgrund zahlreicher intervenierender Variablen bislang nicht möglich. Variablen mit nicht quantifizierbaren Einflüssen auf die Nachfrage und Auslastung von Pflegestützpunkten sind etwa:

- unterschiedliche kommunale Versorgungssysteme,
- ungleiche kommunale und überregionale Informationsangebote von verschiedenen Akteuren,
- unterschiedlich ausgeprägte kommunal vorhandene Beratungsstruktur.
- Individuelle Informationsbedürfnis der potenziellen Klient/innen,
- unterschiedliche qualifikatorische und persönliche Ressourcen der Berater/innen,
- verschieden stark ausgeprägte Vernetzung mit anderen Akteuren auf der Einzelfallebene (Care-Management) und in Bezug auf die strukturelle Vernetzung,
- regional unterschiedliche Profile der Pflegestützpunkte.

So lässt sich nicht ein fester Schlüssel im Sinne von „pro Berater/innen mit einer Vollzeitstelle können pro Monat X Klient/innen bedient werden“ entwickeln. Vielmehr kann zurzeit nur mit einem System von Indikatoren gearbeitet werden, um zu erfassen, wie stark ein Pflegestützpunkt bislang ausgelastet ist, wie sich die im dynamischen Aufbau befindliche Nachfrage weiter entwickeln wird und ob die Personalausstattung ausreichend ist oder nicht.

Indikatoren dafür, dass die Personalkapazitäten des Pflegestützpunktes nicht mehr ausreichen und/oder die Arbeitsprozesse einer Optimierung des Ressourceneinsatzes bedürfen, um die Nachfrage zu befriedigen, können sein

- eine längerfristige Zurückstellung von Vernetzungsaktivitäten zugunsten der Beratungstätigkeit sowie
- eine deutliche Zurückhaltung bei der Öffentlichkeitsarbeit, um keine zusätzliche Nachfrage zu generieren.

Zudem wurden in den Interviews, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung regelmäßig mit allen Pflegestützpunkten geführt wurden, die quantitative und qualitative Auslastung besprochen. Am Abschlussworkshop wurde zudem eine Selbsteinschätzung zum Auslastungsgrad erfragt. (Details siehe Kapitel 6.5 ab Seite 123)

Bei Bewertung aller dieser Auskünfte, Selbsteinschätzungen und Daten zeigt sich, dass die Mindestkapazität an Personal, die im Bemessungsverfahren bei einem Korridor von 1 VZÄ: 25.000 bzw. 40.000 Einwohner errechnet wird, die absolute Untergrenze an notwendigem Personal darstellt.

3.4.2 Abbildung des demografischen Wandels im Bemessungsverfahren

Zwischen den beiden Berechnungszeitpunkten Juni 2010 und Dezember 2011 liegen 1,5 Jahre. Die den Berechnungen zugrunde liegenden Zahlen der statistischen Ämter beziehen sich auf unterschiedliche Stichtage davor, die auf Seite 41 aufgezeigt sind. Im Folgenden sollen die Veränderungen und damit die Dynamik in der demografischen Entwicklung auf kommunaler Ebene und die Unterschiede in den Kommunen anhand des Datenmaterials aufgezeigt werden.

Tabelle 7: Veränderung der Bevölkerung in den hessischen Kommunen zwischen den Berechnungen 2010 und 2011

Kreise	Bevölkerung Berechnung 2010 (30.09.2009)	Bevölkerung Berechnung 2011 (31.12.2010)	Veränderung Berechnung 2010 zu 2011 in Köpfen	Veränderung Berechnungen 2010 und 2011 in %
Darmstadt, Wissenschaftsst.	143.159	144.402	1.243	0,87
Frankfurt am Main, St.	669.992	679.664	9.672	1,44
Offenbach am Main, St.	119.455	120.435	980	0,82
Wiesbaden, Landeshauptst.	277.797	277.797	0	0,00
Bergstraße	263.119	262.650	-469	-0,18
Darmstadt-Dieburg	289.040	289.199	159	0,06
Groß-Gerau	253.502	254.887	1.385	0,55
Hochtaunuskreis	226.333	227.425	1.092	0,48
Main-Kinzig-Kreis	407.182	407.234	52	0,01
Main-Taunus-Kreis	226.641	227.398	757	0,33
Odenwaldkreis	97.688	97.032	-656	-0,67
Offenbach	337.134	338.061	927	0,27
Rheingau-Taunus-Kreis	183.486	183.125	-361	-0,20
Wetteraukreis	298.521	298.521	0	0,00
Gießen	254.918	256.473	1.555	0,61
Lahn-Dill-Kreis	255.438	253.553	-1.885	-0,74
Limburg-Weilburg	171.999	170.714	-1.285	-0,75
Marburg-Biedenkopf	250.851	251.080	229	0,09
Vogelsbergkreis	111.456	109.451	-2.005	-1,80
Kassel, documenta-St.	193.950	195.530	1.580	0,81
Fulda	217.844	217.255	-589	-0,27
Hersfeld-Rotenburg	123.113	122.233	-880	-0,71
Kassel	238.344	236.986	-1.358	-0,57
Schwalm-Eder-Kreis	184.139	182.622	-1.517	-0,82
Waldeck-Frankenberg	163.645	161.871	-1.774	-1,08
Werra-Meißner-Kreis	104.937	103.750	-1.187	-1,13
Land H e s s e n	6.063.683	6.069.348	5.665	0,09

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen

Zunächst wird die Veränderung in der Bevölkerungsstatistik betrachtet. In der obigen Tabelle zeigt sich eine deutliche Spreizung zwischen ländlichen Kreisen einerseits, die eine zum Teil deutliche Bevölkerungsabnahme aufweisen, und Städten und zentrumsnahen Landkreisen, die zum Teil eine deutliche Bevölkerungszunahme verzeichnen.

In der folgenden Tabelle sind die Veränderungen in Bezug auf die Anteile der Hilfe- und (ambulant versorgten) Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung der Kommunen aufgezeigt. Hier offenbaren sich deutliche Unterschiede in den verschiedenen Kommunen.

Tabelle 8: Veränderung der Anteile der Hilfe- und ambulant versorgten Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung der Kommunen zwischen den Berechnungen 2010 und 2011

Kreise	Anteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen (ambulant) an der Bevölkerung in % 2010	Anteil der Hilfe- und Pflegebedürftige (ambulant) an der Bevölkerung in % 2011	Steigerung von 2010 bis 2011 in Prozentpunkten
Darmstadt, Wissenschaftsst.	5,60	6,07	0,47
Frankfurt am Main, St.	5,54	5,94	0,40
Offenbach am Main, St.	5,74	6,15	0,41
Wiesbaden, Landeshauptst.	5,56	6,21	0,65
Bergstraße	6,37	7,13	0,76
Darmstadt-Dieburg	5,55	6,13	0,58
Groß-Gerau	5,49	6,27	0,78
Hochtaunuskreis	6,14	6,78	0,64
Main-Kinzig-Kreis	6,21	6,86	0,65
Main-Taunus-Kreis	5,78	6,27	0,49
Odenwaldkreis	6,52	7,12	0,60
Offenbach	5,78	6,40	0,62
Rheingau-Taunus-Kreis	5,76	6,56	0,80
Wetteraukreis	6,30	6,81	0,51
Gießen	6,14	6,72	0,58
Lahn-Dill-Kreis	6,77	7,37	0,60
Limburg-Weilburg	6,53	7,27	0,74
Marburg-Biedenkopf	6,20	6,94	0,74
Vogelsbergkreis	7,48	8,53	1,05
Kassel, documenta-St.	7,10	7,61	0,51
Fulda	6,60	7,34	0,74
Hersfeld-Rotenburg	8,19	8,79	0,60
Kassel	7,21	7,82	0,61
Schwalm-Eder-Kreis	7,45	8,21	0,76
Waldeck-Frankenberg	6,98	7,41	0,43
Werra-Meißner-Kreis	8,40	9,11	0,71
Land H e s s e n	6,26	6,86	0,60

Quellen: Eigene Berechnungen basierend auf Regionaldaten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie der Pflegestatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes.

Die obige Tabelle zeigt, dass die Anteile der Hilfe- und Pflegebedürftigen innerhalb von 18 Monaten in allen hessischen Kommunen zunehmen. Der Anteil nimmt aber im Vogelsbergkreis um mehr als einen Prozentpunkt zu. Dies ist die höchste Steigerung, und der Vogelsbergkreis wird damit der hessische Landkreis mit dem zweithöchsten Anteil an Hilfe- und Pflegebedürftigen hinter dem Landkreis Hersfeld-Rotenburg. Frankfurt hat mit einer Zunahme von 0,4 Prozentpunkten die niedrigste Steigerungsrate.

Schließlich wirken sich die demografischen Veränderungen auf die Berechnung des Personalbedarfs für Beratung gemäß §§ 7a und 92c SGB XI und der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 08.12.2008 aus. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Berechnungen 2010 und 2011 und die Veränderung der Vollzeitäquivalente für Personal.

Tabelle 9: Personalbedarf für Beratung laut Berechnung 2010 und 2011

Kreise	Benötigte VZÄ Korridor 1: 40.000 - 1:25.000 2010	Benötigte VZÄ Korridor 1: 40.000 - 1:25.000 2011	Veränderung zwischen den Berechnungen 2010 und 2011 in VZÄ
Darmstadt, Wissenschaftsst.	3,2 - 5,1	3,2 - 5,1	0
Frankfurt am Main, St.	14,8 - 23,7	14,7 - 23,5	-0,1 / -0,2
Offenbach am Main, St.	2,7 - 4,4	2,7 - 4,3	0 / -0,1
Wiesbaden, Landeshauptst.	6,2 - 9,9	6,3 - 10,1	+0,1 / +0,2
Bergstraße	7 - 11,2	7,2 - 11,5	+0,2 / +0,3
Darmstadt-Dieburg	6,7 - 10,8	6,8 - 10,9	+0,1 / +0,1
Groß-Gerau	5,8 - 9,3	6,1 - 9,8	+0,3 / +0,5
Hochtaunuskreis	5,8 - 9,3	5,9 - 9,4	+0,1 / +0,1
Main-Kinzig-Kreis	10,6 - 17	10,7 - 17,1	+0,1 / +0,1
Main-Taunus-Kreis	5,5 - 8,8	5,5 - 8,7	0 / -0,1
Odenwaldkreis	2,7 - 4,3	2,6 - 4,2	-0,1 / -0,1
Offenbach	8,2 - 13,1	8,3 - 13,2	+0,1 / +0,1
Rheingau-Taunus-Kreis	4,4 - 7,1	4,6 - 7,4	+0,2 / +0,3
Wetteraukreis	7,9 - 12,6	7,8 - 12,5	-0,1 / -0,1
Gießen	6,6 - 10,5	6,6 - 10,6	0 / +0,1
Lahn-Dill-Kreis	7,2 - 11,6	7,2 - 11,4	0 / -0,2
Limburg-Weilburg	4,7 - 7,5	4,8 - 7,6	+0,1 / +0,1
Marburg-Biedenkopf	6,5 - 10,4	6,7 - 10,7	+0,2 / +0,3
Vogelsbergkreis	3,5 - 5,6	3,6 - 5,7	+0,1 / +0,1
Kassel, documenta-St.	5,5 - 8,8	5,4 - 8,7	-0,1 / -0,1
Fulda	6 - 9,6	6,1 - 9,8	+0,1 / +0,2
Hersfeld-Rotenburg	4,2 - 6,8	4,1 - 6,6	-0,1 / -0,2
Kassel	7,2 - 11,5	7,1 - 11,3	-0,1 / -0,2
Schwalm-Eder-Kreis	5,8 - 9,2	5,7 - 9,2	-0,1 / 0
Waldeck-Frankenberg	4,8 - 7,7	4,6 - 7,3	-0,2 / -0,4
Werra-Meißner-Kreis	3,7 - 5,9	3,6 - 5,8	-0,1 / -0,1
Land H e s s e n	157,4 - 251,8	157,7 - 252,3	+ 0,3 / + 0,5

Quelle: Eigene Berechnungen

3.4.3 Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung des Bemessungsverfahrens

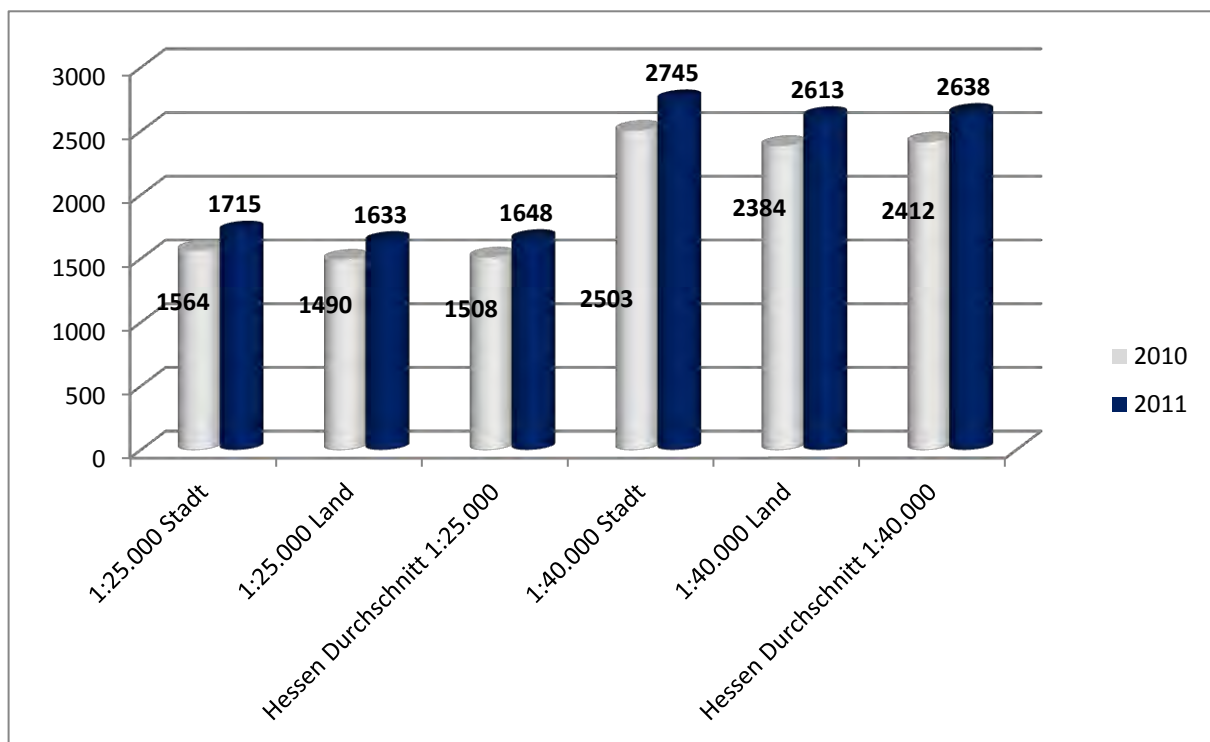
Wie aus Tabelle 9 (oben) zu sehen ist, schlägt sich eine generelle Steigerung der Anteile der Hilfe- und Pflegedürftigen an der Bevölkerung, wie sie zwischen 2010 und 2011 erfolgt ist und aufgrund des demografischen Wandels weiter fortschreiten wird, im Bemessungsverfahren nicht in einem Mehrbedarf an Beratungspersonal nieder.

Die kommunalen Anteile der Hilfe- und Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung gehen in die Berechnung des Personalbedarfs bislang nicht mit ihren absoluten Steigerungen ein, sondern nur in Abweichung zum Hessischen Durchschnittswert. Hierdurch werden kommunale Unterschiede in den Bedarfzahlen abgebildet, und deshalb können in einzelnen Kommunen wie z.B. Frankfurt die Bedarfe sinken, obwohl der Anteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen hier um 0,4 Prozent und die Gesamtbevölkerung um 1,44 Prozent gestiegen ist. Folglich müsste auch der Personalbedarf an Beratung steigen.

Im bisherigen Bemessungsverfahren verschlechtert sich also mit einem durchschnittlich steigenden Anteil an Hilfe- und Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung der Schlüssel zwischen Beratungspersonal und potenziellen Beratungssuchenden.

Die folgende Tabelle zeigt diesen Zusammenhang anhand der Zahlen des Bemessungsverfahrens.

Abbildung 3: Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen pro Vollzeitäquivalent Beratung bei den Berechnungen 2010 und 2011



Quelle: Eigene Berechnungen

Die Berechnungen zeigen, dass auf der Ebene der potenziellen Nutzer/innen der Beratungsangebote und der Klient/innen eine Steigerung des Anteils der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Hessen um durchschnittlich 0,6 Prozent zwischen 2010 und 2011 eine

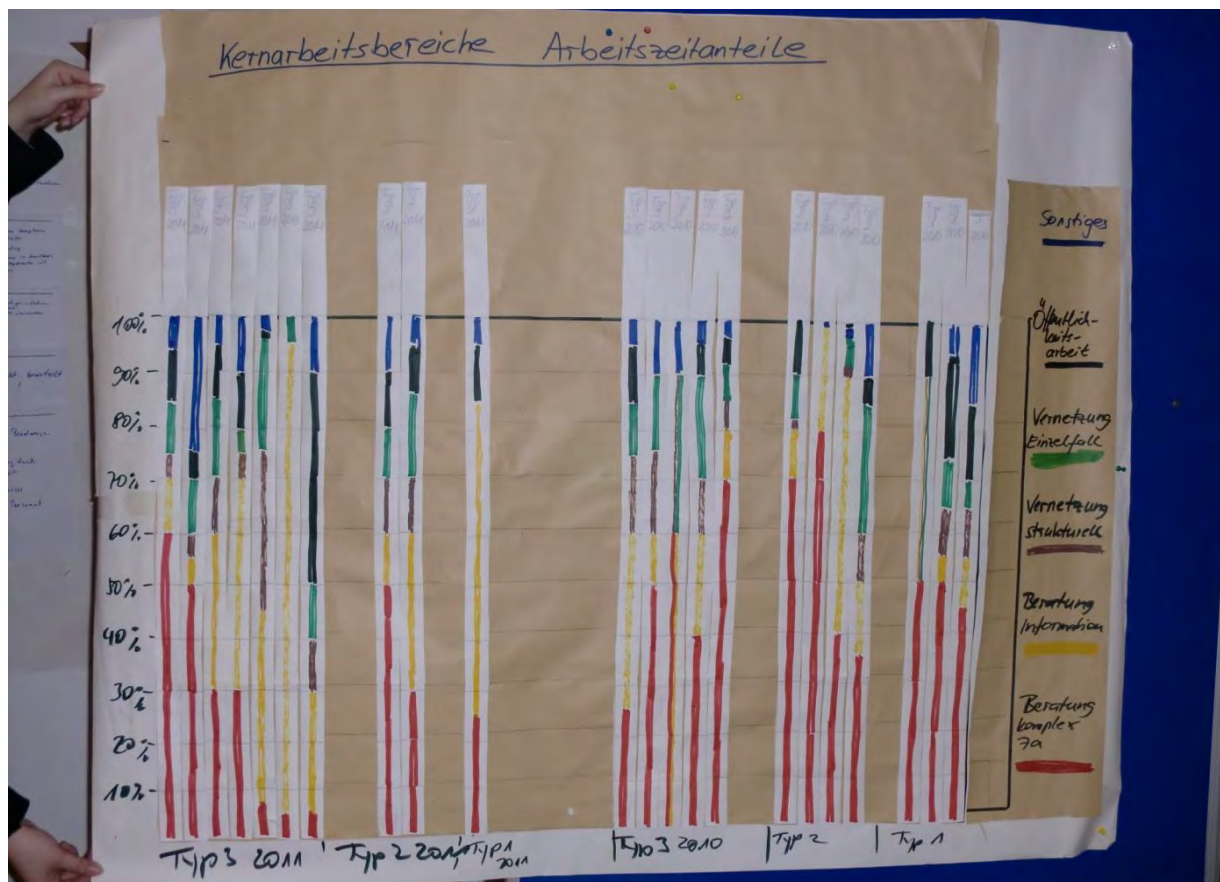
Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Berater/innen und Klient/innen um ca. 9,5 Prozent bedeutet.

Dies trifft aber nur dann zu, wenn die gesamte Personalkapazität in persönliche Beratungsleistung umgesetzt wird. Dann würde der Arbeitsaufwand proportional zum Klient/innenaufkommen ansteigen.

Der hier in Rede stehende Personalbedarf für „Beratung“, wie er im Grundbedarf über den Korridor 1: 25.000 bis 1:40.000 festgelegt ist, impliziert auch einen Personalanteil für Care-Management und strukturelle Vernetzungsarbeit. Hier ergeben sich Synergie- und Rationalisierungseffekte. Beratung im hier verstandenen Sinn umfasst also ebenfalls Care-Management und strukturelle Vernetzungsarbeit, die nicht proportional zum Klient/innenaufkommen ansteigt. Insofern müsste die Steigerungsrate des Anteils der Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht in Summe in die Personalbedarfsberechnung für Beratung einfließen.

Einen Anhaltspunkt für die Arbeitszeitanteile, welche die persönlichen Beratungstätigkeiten im Verhältnis zu anderen Kernarbeitsbereichen in Pflegestützpunkten einnehmen, bieten die Ergebnisse der Selbsteinschätzung der Pflegestützpunkte, die anlässlich des Abschlussworkshops am 13. Dezember 2011 erfragt wurde.

Abbildung 4: Arbeitszeitanteile für die Kernarbeitsbereiche – Selbsteinschätzung der PSP 13.12.2011



Quelle: Selbsteinschätzung der Pflegestützpunkte beim IWAK-Workshop der wissenschaftlichen Begleitung am 13. Dezember 2011

Die Abbildung 4 zeigt, dass ca. 50 – 70 Prozent der Arbeitszeit der Pflegestützpunkte für persönliche Beratungstätigkeiten (rot und gelb) aufgewendet werden. Hierbei ist zu beachten, dass eine zunehmende Nachfrage nach Beratung dazu führt, dass die anderen Kernarbeitsbereiche eher zurückgestellt werden und deshalb der relative Anteil der Beratungsarbeit zunimmt. Dies gilt auch im umgekehrten Zusammenhang und erklärt u.a. die großen Unterschiede in den Arbeitszeitverteilungen der einzelnen Pflegestützpunkte.

Dies bedeutet, dass bei einer hohen Auslastung durch Beratungsanfragen bereits ein hoher Anteil der Arbeitszeit für Beratung aufgewandt wird. Entsprechend wird eine weitere Steigerung der Nachfrage, ob nun durch eine Zunahme der potenziellen Klientel aufgrund demografischer Entwicklungen oder einer offensiven Öffentlichkeitsarbeit sich deutlich in einem steigenden Personalbedarf ausdrücken. Unterschied ist allerdings, dass ein Pflegestützpunkt die Nachfrage durch eine Drosselung der Öffentlichkeitsarbeit regulieren kann, was im Fall der Demografie-bedingten Zunahme von Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht gelingen kann.

Ein wichtiger Ansatzpunkt für eine Weiterentwicklung des Bemessungsverfahrens ist deshalb, dass die Anteile der Hilfe- und Pflegebedürftigen nicht nur relativ zum hessischen Durchschnitt berücksichtigt werden, sondern auch einen absoluten steigernden Effekt auf die Personalbedarfszahlen haben. Die 0,6 Prozent des steigenden Anteils an Hilfe- und Pflegebedürftigen in Hessen bedeuten schließlich eine Vergrößerung der potenziellen Nachfragegruppe, also der Klient/innen, die im Pflegestützpunkt oder in einer anderen Beratungsstelle eine Beratung nachsuchen, um ca. 9,5 Prozent.

Wenn angenommen wird, dass im Durchschnitt ca. 60 Prozent der Arbeitszeit in Pflegestützpunkten in die direkte Arbeit mit Klient/innen fließen, dann kann die Steigerungsrate auf 60 Prozent der errechneten VZÄ bezogen werden. So kann also der durchschnittliche Steigerungswert der absoluten Zahlen der Hilfe- und Pflegebedürftigen für Hessen zwischen 2010 und 2011 von 9,5 Prozentpunkten pauschal auf 60 Prozent der errechneten Personalbedarfswerte der einzelnen Kommunen angewandt werden und diese um ebendiesen Wert von 9,5 Prozent erhöhen. Auf diese Weise würden die Hilfe- und Pflegebedürftigen als Zielgruppe der Beratungsstellen doppelt im Bemessungsverfahren berücksichtigt: Einmal zur Abbildung der regionalen Unterschiede durch den Veränderungsfaktoren und zum Zweiten durch die Berücksichtigung der durchschnittlichen Steigerungsrate.

4. Qualitätssicherung in den Pflegestützpunkten – Von Qualitätsstandards zur Messung der Kundenzufriedenheit

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Thema Qualitätssicherung aus Arbeitspaket zwei. Beschrieben wird zunächst, warum im Projektverlauf eine Auftragsänderung der wissenschaftlichen Begleitung erfolgte und basierend auf ersten Überlegungen zu Qualitätsstandards ein Konzept zur Erfassung der Kundenzufriedenheit in hessischen Pflegestützpunkten entwickelt und erprobt wurde. Im Anschluss werden grundsätzliche Annahmen zum Thema Qualität dargelegt, die sowohl Grundlage der Qualitätsstandards als auch der Kundenzufriedenheitskonzeption waren. Darauf aufbauend erfolgt die Vorstellung der Qualitätsstandards und ihres Entwicklungsprozesses, bis die Arbeit daran beendet wurde. Diesen Ausführungen schließt sich die Vorstellung des Konzeptes der Kundenzufriedenheitsbefragung an.

4.1 Von Qualitätsstandards zur Kundenzufriedenheit – Hintergrund der Auftragsänderung der wissenschaftlichen Begleitung

Zu den Aufgaben des Steuerungsausschuss der hessischen Pflegestützpunkte gehört nach § 10 Rahmenvertrag über die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen (Stand: 15.04.2009) die Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung. Um den Steuerungsausschuss bei dieser Aufgabe zu unterstützen, war es Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung, in Zusammenarbeit mit dem Steuerungsausschuss und den Pflegestützpunkten Qualitätsstandards für die Arbeit in den Stützpunkten zu entwickeln. Die ersten von der wissenschaftlichen Begleitung vorgelegten Entwürfe wurden im November 2010 mit dem Steuerungsausschuss diskutiert. Einhellige Meinung des Steuerungsausschuss war, die Standards seien bereits über Rahmenvertrag, Stützpunktverträge und die Arbeitsverträge mit den Mitarbeiter/innen geregelt und würden entsprechend umgesetzt. Ein weiterführender Diskussionsprozess zu den Qualitätsstandards mit den Pflegestützpunkten selbst wurde vom Steuerungsausschuss als nicht notwendig erachtet. Für die Fortführung der Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung am Thema Qualitätssicherung wurde zwischen dem Steuerungsausschuss, dem Auftraggeber der wissenschaftlichen Begleitung (Hessisches Sozialministerium) und IWAK vereinbart, dass die wissenschaftliche Begleitung in Zusammenarbeit mit dem Steuerungsausschuss und den Pflegestützpunkten ein Konzept für die Erfassung der Kundenzufriedenheit in den Pflegestützpunkten entwickeln und erproben sollte. Ausschlaggebend für den Beschluss war, dass der Aspekt der Kundenzufriedenheit im Qualitätsdiskurs ein wichtiger sei und für deren Erfassung von Seiten des Steuerungsausschusses noch keine Konzepte vorlägen. So wurde ab November 2010 auf der Grundlage den bisherigen Arbeiten zu den Qualitätsstandards das Konzept der Kundenzufriedenheitsbefragung erarbeitet. Insbesondere die Grundannahmen zum Qualitätsbegriff, welche den Standards zugrunde lagen, dienten der konzeptionellen und inhaltlichen Ausgestaltung der Befragungskonzeption. Aufgrund seiner Bedeutung für die Qualitätsstandards und die Kundenzufriedenheitsbefragung (= KuZu-Befragung), werden die qualitätsbezogenen Grundannahmen im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

Zunächst muss dafür geklärt werden, welche Art von „Produkt“ die Pflegestützpunkte erzeugen, da dies Einfluss auf das Qualitätsverständnis bzw. auf die Auswahl eines geeigneten Ansatzes hat.

4.2 Grundannahmen zum Phänomen Qualität

Für die Beschäftigung mit Qualitätssicherung ist es entscheidend, welche Grundannahmen zum Thema Qualität zugrunde gelegt werden. Zunächst muss dafür geklärt werden, welche Art von „Produkt“ die Pflegestützpunkte erzeugen, da dies Einfluss auf das Qualitätsverständnis bzw. auf die Auswahl eines geeigneten Ansatzes hat.

4.2.1 Beratung als Dienstleistung

Bei der Betrachtung der Arbeitsbereiche der Pflegestützpunkte wird schnell klar, dass der Bereich der Beratung dominierend ist. Vernetzungsaktivitäten auf der Ebene einzelner Leistungserbringer sind hierfür eine Grundlage, um gut beraten zu können, d. h. den Ratsuchenden geeignete Informationen und Ansprechpartnern zur Verfügung stellen oder im Einzelfall steuernd in den Versorgungsverlauf eingreifen zu können, indem ein Versorgungsarrangement aus bekannten Versorgungsdienstleistern zusammengestellt wird.

Beratung ist eine (soziale) Dienstleistung, wobei Dienstleistungen definiert werden als:

„...selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (...). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses kombiniert (...). Die Faktorkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Menschen oder deren Objekten – nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen.“ (Bruhn, 2008, S. 24).

Dienstleistungen weisen dabei charakteristische Merkmale auf, die sie von materiellen Gütern unterscheiden und die Einfluss auf ihre Qualität bzw. ihre Qualitätssicherung haben. Diese Merkmale sind im Einzelnen (vgl. Bruhn, 2008, S. 20ff.; Böckelmann, 2003, S. 23f.):

Immaterialität: Die Kernleistung (z. B. die Beratung) ist nicht greifbar. Dennoch besitzen sie auch einen Sachleistungsanteil, da z. B. Dokumentationssysteme oder die Büroausstattung vorhanden sein müssen.

Intangibilität: Die Intangibilität steht mit der Immaterialität einer Dienstleistung im Zusammenhang. Gemeint ist, dass die Qualität einer Dienstleistung vor ihrer Erstellung nicht sinnlich wahrgenommen werden kann. Man weiß z. B. vor Beginn einer Beratung deren Ergebnis oder Wirkung nicht.

Unteilbarkeit: Die Produktion und die Konsumation einer Dienstleistung erfolgt gleichzeitig (Uno-actu-Prinzip).

Vergänglichkeit: Da eine Dienstleistung bei ihrer Produktion auch gleichzeitig konsumiert wird, ist sie nicht lagerbar.

Standortgebundenheit: Eine Dienstleistung ist i. d. R. nicht transportierbar, sondern muss am Ort des Dienstleistungserbringers oder des Kunden erbracht werden.

Integration des externen Faktors: Hiermit ist die Integration des externen Kunden gemeint (zu unterscheiden von internen Kunden, also Mitarbeiter/innen und Kollegen/innen, die an der Leistungserbringung, wenn auch nur indirekt, beteiligt sind). Diese Integration macht einen direkten Kontakt von Leistungserbringer und Kunde erforderlich. „Direkter Kontakt“

kann auch relativ verstanden werden. Wenn ein Ratsuchender z. B. auf eine Informationsdatenbank der Pflegestützpunkte zugreift, steht er nicht im persönlichen Kontakt mit einem Berater, sondern mit einem Ausführungsinstrument. Dennoch muss der Ratsuchende die Benutzeroberfläche der Datenbank nutzen, um die gewünschte Information zu erhalten.

Individualität: Jede Dienstleistung wird für jeden Kunden neu erbracht, sodass der jeweilige Leistungsumfang und die Qualität variieren können. Dabei ist nicht nur das Verhalten des Leistungserbringers situativ unterschiedlich, sondern auch das des Kunden. Insbesondere dieses Merkmal von Dienstleistung verlangt den Leistungserbringern hohe soziale Kompetenzen ab. Allerdings ist die Individualität auf Seiten des Beraters einzugrenzen. Natürlich muss er sich auf den jeweiligen Ratsuchenden individuell einstellen, die fachlichen Standards und zu erwerbende Inhalte müssen aber für alle gleich sein, damit es nicht zu Benachteiligungen kommt (s. dazu auch weiter unten in diesem Kapitel).

Die Merkmale von Dienstleistungen lassen vermuten, dass sich die Gewährleistung und Erfassung einer gleichbleibenden Qualität schwieriger gestaltet als bei der Qualität eines gegenständlichen Gutes. Beispielsweise lässt sich der Leistungserstellungsprozess aufgrund der Individualität und der notwendigen Beteiligung der externen Kunden nur begrenzt standardisieren. Zudem ist die Leistung an sich nicht greifbar und damit schwieriger im Hinblick auf ihre Qualität zu bewerten. Aufbauend auf diesen Überlegungen gilt es nun in einem nächsten Schritt, das Konstrukt „Qualität“ begrifflich einzugrenzen.

4.2.2 Konkretisierungen zum Thema Qualität – Definition, Perspektiven, Dimensionen

Die anerkannteste Definition von Qualität versteht diese als

„...die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (DIN EN ISO 8402; zit. n. Bruhn, 2008, S. 34).

Eine „Einheit“ kann dabei auch eine Dienstleistung darstellen, so dass diese Definition als Definition für Dienstleistungsqualität übernommen werden kann.

Aus der Qualitätsdefinition geht hervor, dass zunächst nicht festgelegt ist, welche Merkmale einer Einheit dabei welche Erfordernisse erfüllen sollen, denn Qualität zeichnet sich durch Mehrdimensionalität aus („Gesamtheit von Merkmalen...“). Es muss immer definiert werden, auf welche Merkmale einer Einheit sich eine Qualitätseinschätzung bezieht. Zudem wird Qualität i. d. R. von unterschiedlichen Personen definiert und damit von unterschiedlichen Werthaltungen und Festlegungen geprägt.

Diese Perspektivunterschiede werden in der Literatur mit einer Systematisierung von „Qualitätsbegriffen“ beschrieben.

Üblicherweise werden fünf Qualitätsbegriffe unterschieden (vgl. Bruhn, 2008, S. 34f.):

1. Produktbezogener Qualitätsbegriff: Die Qualität wird als die Summe vorhandener messbarer Eigenschaften eines Produktes verstanden. Die Kriterien sollen dabei möglichst objektiv sein, d. h. unabhängig von einer Personengruppe. Insbesondere im Dienstleistungsbereich sind objektive Merkmale aufgrund der Charakteristika einer

Dienstleistung (z. B. Immaterialität, Intangibilität, Individualität) schwerer festzulegen als in anderen Bereichen.

2. Herstellerorientierter Qualitätsbegriff: Der Leistungsersteller definiert für ihn relevante Qualitätsaspekte und hierfür Qualitätsvorgaben selbst, i. d. R. in Form von Standards. Dabei kann es sich um objektive und subjektive Maßstäbe handeln.
3. Kundenbezogener Qualitätsbegriff: Hierbei geht es darum, wie der direkte Kunde für ihn relevante Dienstleistungseigenschaften subjektiv wahrnimmt. Qualität wird dabei mit Qualitätswahrnehmung gleichgesetzt, was als durchaus kritisch zu bewerten ist, da Ratsuchende in der Regel die Fachlichkeit einer Leistung nicht beurteilen können.
4. Wertorientierter Qualitätsbegriff: Hierbei kommt es zu einem Preis-Leistungs-Bewertungsprozess durch den Kunden.
5. Absoluter Qualitätsbegriff: Hierbei wird davon ausgegangen, dass Qualität als ein Maß für die Güte eines Produktes oder einer Leistung in verschiedene Klassen (z.B. die Beratung ist ‚gut‘, ‚mittel‘ oder ‚schlecht‘) kategorisiert werden kann. Aufgrund der Absolutheit lässt sich Qualität mit diesem Qualitätsbegriff schwerlich operationalisieren und damit messen.

Vor dem Hintergrund der Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung sind der hersteller- und kundenbezogene Qualitätsbegriff besonders wichtig. Der herstellerorientierte Qualitätsbegriff ist dabei im Kontext der Entwicklung von Qualitätsstandards bedeutsam, da in den Standards neben den Vorstellungen des Steuerungsausschusses sowie sonstige gestaltende Rahmenbedingungen (Stützpunktverträge, Arbeitsverträge), insbesondere die Vorstellungen der Pflegestützpunkte (Berater/innen und Lenkungsgruppen) zum Thema Qualität Eingang finden.

Der kundenbezogene Qualitätsbegriff findet im Kontext der Entwicklung eines Konzeptes zur Kundenzufriedenheitsbefragung seine Anwendung, da hierdurch dieser Qualitätsbegriff operationalisiert wird.

Da in der Praxis nie alle relevante Qualitätsaspekte über objektive Produkteigenschaften abzubilden sind, scheint der produktbezogene Qualitätsbegriff nicht brauchbar. Der absolute Qualitätsbegriff bildet das andere Extrem. Aufgrund seiner Vagheit ist er für die Qualitätsmessung nicht geeignet.

Zu konkreten Merkmalen von Beratungsqualität finden sich Ausführungen in den Abschnitten zu den Qualitätsstandards und zur Kundenzufriedenheitsbefragung. An dieser Stelle gilt es übergreifende Qualitätsdimensionen zu definieren, die sowohl für die Konzeption der Qualitätsstandards als auch der KuZu-Befragung relevant waren. Qualitätsdimensionen sind dabei zu verstehen als Aggregationen unterschiedlicher Qualitätsmerkmale zu einem abstrakten Konstrukt oder auch Merkmalscluster. Sie bieten also Hinweise, in welchen groben Feldern Merkmale liegen können, welche die Beratungsqualität beeinflussen; sie dienen sozusagen als Reflexionsraster.

In der Qualitätsdiskussion stammt das wohl am meisten rezipierte Modell möglicher Dimensionen von Dienstleistungsqualität von Avedis Donabedian (z. B. 1980). Er unterscheidet grundsätzlich die Bereiche „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ als branchen- und dienstleistungsübergreifende Qualitätsdimensionen, wobei er ein lineares Verhältnis der einzelnen Dimensionen untereinander postuliert, d. h. gute Strukturen führen zu guten Prozessen die wiederum zu guten Ergebnissen führen. Die Dimensionen lassen sich wie folgt

beschreiben (vgl. Böckelmann, 2003, S. 52ff.; Dietzfelbinger, 1998, S. 146ff.; Bruhn, 2008, S. 50f.).

Die Strukturqualität (auch Potentialqualität genannt) bezieht sich auf relativ konstante Charakteristika der leistungserbringenden Organisation. Diese bedingen die Qualität der erbrachten Leistung schon vor ihrer Entstehung. Unter Strukturqualität fallen beispielsweise die Bereiche Personal (Qualifikation, Anzahl, Motivation), materielle und technische Ausstattung (z. B. ausreichend Räume, PC's, Dokumentationsmaterialien), Zugangsmerkmale wie Öffnungszeiten, aber auch die Ausgestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation im Hinblick auf die zu erbringende Leistung.

Im Rahmen der Prozessqualität geht es um die Einschätzung des Prozesses bei der konkreten Leistungserstellung, wobei dieser durch die Strukturen von Anbieter und Kunde determiniert werden. Allerdings trägt der Anbieter die Verantwortung für ein fachlich korrektes Vorgehen und nicht der Kunde (vgl. Haid-Loh, 1998, S. 150ff): Es geht auch darum, inwieweit festgelegte Verfahrensverläufe tatsächlich umgesetzt werden und so zur Qualitätssicherung beitragen (z. B. der konkrete Ablauf eines Beratungsgesprächs, womit Ablauf die strukturellen als auch inhaltlichen Determinanten umfasst).

Die dritte Dimension nach Donabedian ist die Ergebnisqualität. Sie umfasst die Resultate bzw. Wirkungen, die mit den Leistungen einer Organisation erzielt werden. Es können zwei Formen der Ergebnisqualität unterschieden werden. Die prozessuale Ergebnisqualität wird direkt am Ende des Dienstleistungsprozesses gemessen (Output). Die Folgequalität umfasst die Wirkungen, die u. U. erst einige Zeit nach der Beendigung der Leistungserstellung sichtbar werden bzw. eintreten und dauerhaft sind, also die nachhaltigen Wirkungen der Leistung (Outcome) (vgl. Donabedian, 1980; zit. n. Böckelmann, 2003, S. 56; Wendt, 2008, S. 86).

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich zusammenfassen, dass Beratung eine (soziale) Dienstleistung ist, wobei sich Dienstleistungen durch charakteristische Merkmale (wie z. B. Immaterialität, Intangibilität oder Integration des externen Faktors) von sachlichen Gütern unterscheiden lassen, wobei anzunehmen ist, dass sich diese Merkmale erschwerend auf eine Sicherung der Qualität auswirken könnten. Dienstleistungsqualität wird dabei verstanden als die Gesamtheit von Merkmalen/Merkmalswerten einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. Im Grunde geht es also um einen Soll-Ist-Abgleich auf der Ebene der Merkmale mit ihren definierten Erfordernissen. Für die Definition der Merkmale und Erfordernisse sind sowohl die Perspektiven der Leistungsersteller als auch der Kunden von besonderer Relevanz. Merkmale können auf den Dimensionen „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ liegen.

Nach der Vorstellung der Grundannahmen zum Thema Qualität, finden sich im kommenden Abschnitt die Ausführungen zur Entwicklung der Qualitätsstandards für die hessischen Pflegestützpunkte, welche bis zum November 2010 durch die wissenschaftliche Begleitung stattfand.

4.3 Qualitätsstandards für Pflegestützpunkte

Im Kontext der Entwicklung von Qualitätsstandards ist zu erwähnen, dass Qualitätsstandards immer im Kontext eines, die gesamte Organisation umfassenden, Qualitätsmanagementsystems zu sehen sind. Qualitätsstandards dienen in diesem Gesamtkonzept der Qualitätssicherung in Bezug auf die zentralen Leistungsprozesse. Unter zentralen Leistungsprozessen sind die Aktivitäten der Pflegestützpunkte zu verstehen, die die Erfüllung der ihnen zugewiesenen Aufgaben darstellen (z. B. Durchführen von Beratungsgesprächen, Vernetzung mit Versorgungsakteuren forcieren).

Weitere, die Qualität der Leistung eines Pflegestützpunktes determinierende Faktoren auf den Qualitätsdimensionen „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ wie bspw. die Führungsqualität, das Vorhalten bestimmter Materialien und technischer Infrastruktur, die Auswahl, Motivation oder Fortbildung der Mitarbeiter, die originäre Entwicklung und Weiterentwicklung der Leistungsprozesse des Stützpunktes usw. sind durch ein systematisches Qualitätskonzept oder Qualitätsmanagementsystem sicherzustellen. Eine besondere Stellung nimmt dabei die Entwicklung eines gemeinschaftlichen Verständnisses von Qualität innerhalb eines Pflegestützpunktes ein. Dafür sprechen mehrere Gründe (vgl. beispielhaft dazu: Eversheim et al., 2000; Bobzien et al., 1996; Böckelmann, 2003, S. 117ff.):

- Die ideologisch-fachliche Fundierung der Berater/innen und Lenkungsgruppenmitglieder weist einen stark handlungsleitenden Charakter auf und das jenseits von Qualitätsstandards.
- Die Pflegestützpunkte sind i. d. R. multiprofessionell besetzt. Jede Profession weist dabei ihr jeweils eigenes Verständnis von Qualität auf. Die Differenzen können zu Missverständnissen zwischen Kolleg/innen, (Rollen-)Konflikten oder, in Bezug auf die Arbeit in den Pflegestützpunkten, zu unzweckmäßigen Handlungen führen.
- Idealerweise sind die Mitarbeiter/innen in die Entwicklung der Qualitätsstandards einzubinden, was im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung auch so geplant war. Damit soll der spätere Einsatz der Qualitätsstandards sowie deren Praktikabilität und Umfassenheit sichergestellt werden. Grundlage dieses Entwicklungsprozesses ist ein gemeinsames Verständnis von Qualität und von den Werten und Zielen, nach denen die tägliche Arbeit ausgerichtet wird.

Im Rahmen der ersten Interviews befragte die wissenschaftliche Begleitung rund zwei Drittel der Pflegestützpunkte auch zum Themenfeld Qualitätsstandards/Qualitätsverständnis (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Ausschnitt aus dem Interviewleitfaden für die ersten Interviews mit den hessischen Pflegestützpunkten

Themenfeld Qualitätsstandard – Entwicklung
1. Was verstehen Sie unter einem Qualitätsstandard?
2. Haben Sie in Ihrer bisherigen Arbeit mit Qualitätsstandards gearbeitet?
3. Haben Sie einen Nutzen darin gesehen? (Begründung)
4. Gibt es in Ihrem Pflegestützpunkt ein gemeinsames Qualitätsverständnis/ein Leitbild, dass gelebt wird?
5. Gibt es bereits Qualitätsstandards?
6. Wenn ja , in welchen Bereichen?
7. Wer war an deren Entwicklung beteiligt? Konnten sich die Mitarbeiter mit ihrer professionellen Perspektive in die Entwicklung der Standards einbringen?
8. Welche Struktur weisen die Qualitätsstandards auf?
9. Sind aus Ihrer Sicht im Standard die relevanten Punkte erfasst? Wenn nein, welche finden Sie ergänzungswürdig?
10. Sind in weiteren Bereichen Standards geplant?
11. Wenn nein , für welche Bereiche/Prozesse würden Sie die Entwicklung eines Qualitätsstandards als sinnvoll erachten?
12. Gibt es Ihrer Meinung nach eine bestimmte Struktur, die der Qualitätsstandard aufweisen sollte (evtl. durch Vorerfahrungen)?
13. Wie sehen Sie Ihre eigene Rolle bei der Entwicklung?
14. Was sind Förder- und was Hemmfaktoren für die Entwicklung und Implementierung von Qualitätsstandards? (aus bisherigen Erfahrung, Wünsche)

Ziel war es zu eruieren, ob es ein gemeinsames Qualitätsverständnis unter den Berater/innen und den Mitgliedern der Lenkungsgruppen bzw. ob es formalisierte Strukturen (z. B. Teamsitzungen) gab, in denen dieser Punkt bewusst aufgegriffen und im Team diskutiert wurde. Weiter sollten Vorstellungen, Meinungen und Erfahrungen zu Qualitätsstandards systematisch erfasst und ggf. in die Entwicklung der Qualitätsstandards für die Pflegestützpunkte einfließen.

Im Rahmen der Interviews wurde klar, dass sich die meisten Pflegestützpunkte mit dem Thema „Qualität“ nicht bewusst und umfassend auseinandersetzten. Vereinzelt gab es nach einigen Monaten Laufzeit punktuelle Ansätze, Struktur- und Prozessmerkmale von Qualität gemeinsam zu definieren wie bspw. den Zeitraum festzulegen, bis ein erfolgloser telefonischer Kontaktaufnahmeversuch eines/einer Klienten/innen erwidert werden sollte, die Anpassung der Pflegestützpunkte-Öffnungszeiten an die Bedarfslagen der Klienten/innen

oder die Entwicklung eines gemeinschaftlichen „Aufnahmebogens“. Diese Merkmale sind unbestritten wichtig für die Qualität der Arbeit eines Pflegestützpunktes. Die systematische Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses durch die Reflexion der jeweiligen unterschiedlichen professionsspezifischen Vorstellungen im Stützpunktteam fand jedoch nicht statt, obwohl genau diese Vorstellungen im Beratungsprozess handlungswirksam werden. Und es können Unterschiede angenommen werden, da die kommunalen Mitarbeiter/innen häufig aus dem sozialarbeiterischen Kontext und die Kassenmitarbeiter/innen häufig aus dem Verwaltungskontext stammen.

Die prioritäre Etablierung einer funktionstüchtigen Arbeitsorganisation in den ersten Monaten nach der Eröffnung wurde zumeist als Begründung dafür angegeben, warum das Thema Qualität bis dato in den Pflegestützpunkten keine (wesentliche) Rolle spielte. Aus dem engen Feldkontakt der wissenschaftlichen Begleitung mit den Pflegestützpunkten lässt sich aber konstatieren, dass auch bis heute in den wenigsten Stützpunkten ein umfassender Reflexionsprozess hierzu stattgefunden hat.

Eine partizipative Entwicklung der Qualitätsstandards und eine damit immer wieder nötige Auseinandersetzung der Pflegestützpunkt-Teams mit den individuellen Qualitätsvorstellungen hätte diesen Entwicklungsprozess in den Stützpunkten initiieren und moderieren sollen. Aufgrund der Auftragsänderung kam es hierzu aber nicht.

Es lässt sich festhalten, dass Qualitätsstandards ein wichtiger Baustein zur Sicherung der Qualität der Leistung eines Pflegestützpunktes sein können. Sie alleine gewähren diese aber nicht.

Für die Entwicklung von Qualitätsstandards ist wichtig, dass die Pflegestützpunkte zwei übergeordnete Leistungsbereiche aufweisen: zum einen das Feld der Vernetzung mit allen dazugehörigen Einzelaktivitäten, zum zweiten der Bereich der Beratungsleistungen. Die Beratungsleistungen lassen sich in vier unterschiedliche Beratungstypen differenzieren:

- Sondierungsgespräch/Erstkontakt
- Einzelinformation/Auskunft
- Beratung im Pflegestützpunkt
- Zugehende Beratung⁵ (in Anlehnung an Michell-Auli et al., 2009, S. 40ff.).

Für die beiden übergeordneten Leistungsbereiche wurden Vorschläge für Qualitätsstandards erarbeitet. Diese wurden in Teilen abstrakt gehalten, um ausreichend Flexibilität für die Bedarfe im jeweiligen Pflegestützpunkt bieten zu können.

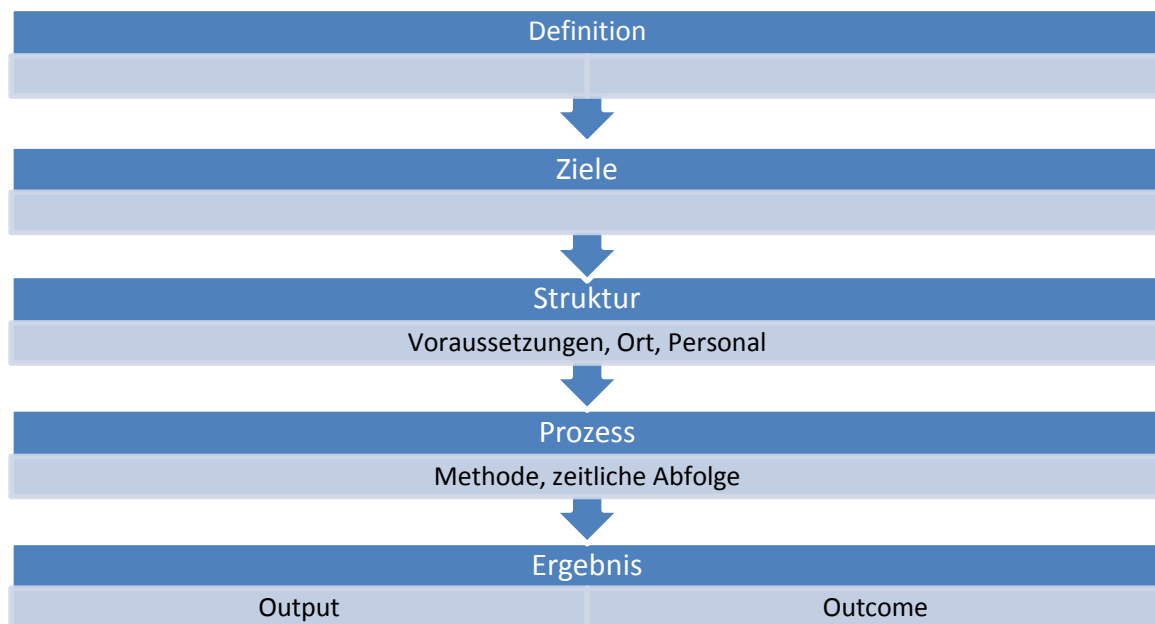
In einem ersten Schritt beinhalten die kommenden Ausführungen die Vorstellung der gewählten Formalstruktur der Standards, worauf sich die Präsentation der Qualitätsstandards für die Bereiche Beratung und Vernetzung anschließen.

⁵ Die 7a-Beratung mit seinen Unterschritten gehört prinzipiell ebenfalls zu den Beratungsleistungen des Pflegestützpunktes. Da für sie das Vorgehen aber vordefiniert ist, erfolgt in diesem Kontext keine Entwicklung eines separaten Qualitätsstandards.

4.3.1 Formalstruktur der Qualitätsstandards

In den Ausführungen zum Qualitätsverständnis wurden bereits die Qualitätsdimensionen „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ nach Donabedian als mögliche Merkmalscluster von Qualität benannt. Diese Dimensionen flossen auch in die Qualitätsstandards als Grobstrukturierung ein. Darüber hinaus mussten die konkreten Standards aber noch weitere Bestandteile aufweisen.

Abbildung 6: Formalstruktur eines Qualitätsstandards



Quelle: eigene Darstellung

Insbesondere musste der vorgestellten dreischrittigen Dimensionierung eine Definition der Tätigkeit, auf welche sich der Qualitätsstandard bezieht sowie eine Definition der mit dem Kernprozess zu erbringenden Ziele⁶ vorangestellt werden, damit der Gegenstand des Qualitätsstandards deutlich werden kann. Damit folgte der vorgeschlagene Aufbau Mennemann, der im Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“ (vgl. Mennemann, 2009, S. 101) ortsunabhängige Qualitätsstandards entwickelte. Er empfiehlt weiterhin eine Differenzierung der Strukturdimension nach Voraussetzungen, Ort und Personal, und der Prozessdimension nach Methode und zeitlicher Abfolge von einzelnen Tätigkeiten (vgl. ebd.). Ob sich diese Differenzierung auch für die Pflegestützpunkte eignet, hätte mit den Pflegestützpunkten eruiert werden müssen. Die Formalstruktur der Qualitätsstandards für die hessischen Pflegestützpunkte kann Abbildung 6 entnommen werden.

⁶ Die Ziele sind anhand der SMART-Formel zu formulieren (vgl. Mennemann, 2009, S. 102):

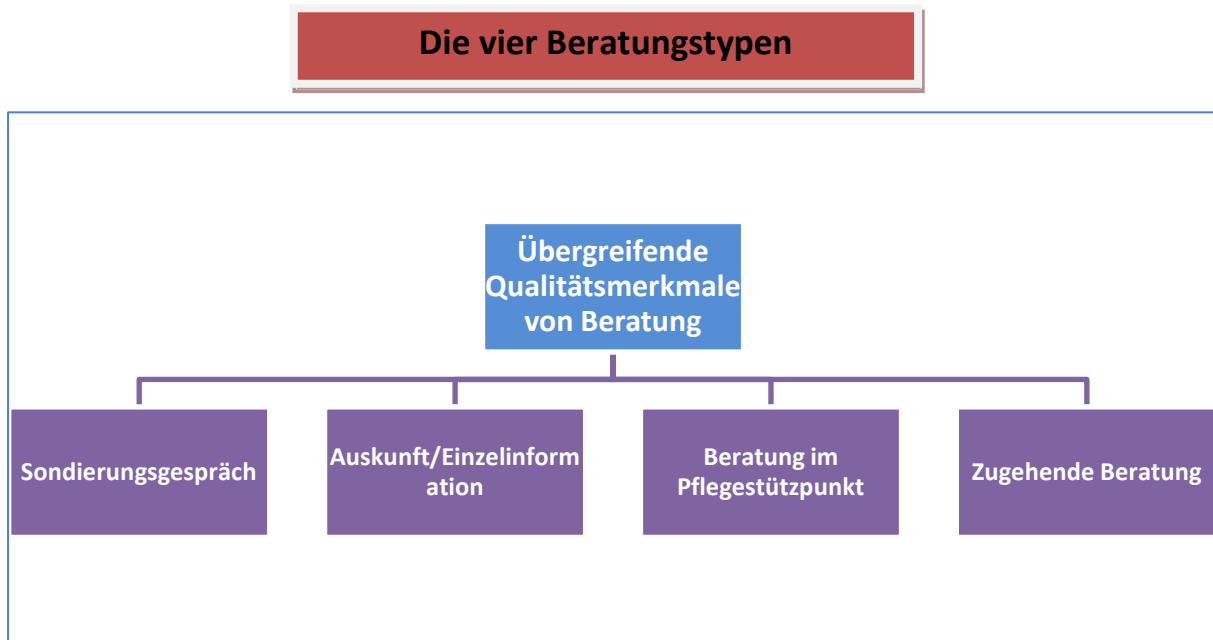
- S** = Spezifisch, klar und eindeutig definiert
- M** = Messbar, möglichst anhand definierter Indikatoren
- A** = Akzeptabel, motivierend
- R** = Realistisch, erreichbar
- T** = Terminiert, zeitlich begrenzt

Auf Basis einer Literaturrecherche, der Ergebnisse der Interviews mit den Pflegestützpunkten sowie der Einarbeitung relevanter Faktoren aus dem Hessischen Rahmenvertrag und den Stützpunktverträgen wurden die ersten Entwürfe der Qualitätsstandards erstellt. Die Qualitätsstandards für die vier Beratungstypen finden sich im kommenden Abschnitt.

4.3.2 Vorschläge für Qualitätsstandards der Beratungsleistungen der Pflegestützpunkte

Zunächst werden übergreifende Qualitätsmerkmale von Beratung dargestellt, die für alle Beratungstypen gelten. Die übergreifenden Merkmale können als Ergänzung zum jeweils spezifischen Qualitätsstandard gesehen werden.

Abbildung 7: Die vier Beratungstypen der Pflegestützpunkte



Danach folgen die Qualitätsstandards für die Beratungstypen „Sondierungsgespräch“, „Auskunft“ und „Beratung im Pflegestützpunkt“ bzw. „zugehende Beratung“ (s. Abbildung 7).

Bei der Anwendung der Qualitätsstandards gilt es zu beachten, dass die Differenzierung der Beratungsleistungen der Pflegestützpunkte in die vier Beratungstypen eine idealtypische ist. Im Arbeitsalltag der Pflegestützpunkte kann es durchaus geschehen, dass innerhalb einer Gesprächssituation unterschiedliche Beratungstypen Anwendung finden (z. B. im Sondierungsgespräch werden Informationen weitergegeben).

Qualitätsstandard übergreifende Merkmale von Beratung

Die übergreifenden Qualitätsmerkmale beziehen sich auf Struktur- und Ergebnismerkmale.

Auf der Ebene der Strukturmerkmale finden sich die übergreifenden Merkmale insbesondere auf den Ebenen „Voraussetzungen“ und „Ort“. Die gemeinsamen Ergebnismerkmale umfassen sowohl Output- als auch Outcomekriterien. Begonnen wird mit der Darstellung der Strukturmerkmale.

Strukturmerkmale

Voraussetzungen

- Die Kontaktdaten wie bspw. Sprechzeiten und Telefonnummern/Faxnummer, E-Mailadresse sind öffentlich bekannt.
- Die Öffnungszeiten sind kundenfreundlich gestaltet (ggf. auch in den Abendstunden/an Samstagen für Betroffene, die Berufstätig sind).
- Der Arbeitsplatz im Pflegestützpunkt umfasst ein Telefon (mit Anrufbeantworter)/Fax und einen PC, der Zugang zum Internet, zur Informationsdatenbank (soweit vorhanden) und zum elektronischen Dokumentationssystem (soweit vorhanden) aufweist.
- Der Pflegestützpunkt ist gut erreichbar und ist barrierefrei gestaltet. Grundsätzlich wird auch zugehende Beratung angeboten.
- Beim Terminmanagement wird auf eine zügige Vergabe von Beratungsterminen, ausreichend Zeit für die Beratungsgespräche und auf Pünktlichkeit geachtet.
- Die Besetzung des Pflegestützpunkts während der Öffnungszeiten und die Übernahme des Telefondienstes, zur Freistellung der anderen Mitarbeiter für Beratung, sind klar geregelt.
- Wegen der Fallkenntnis und der erarbeiteten vertrauensvollen Beziehung sollte ein Betroffener über einen gleichbleibenden Ansprechpartner verfügen.

Ort

Das Gespräch sollte in einer ruhigen, angenehmen, vertrauensfördernden Atmosphäre stattfinden. Entsprechende Merkmale einer solchen Umgebung sind beispielsweise: Ruhe, Störungsfreiheit, unerwünschte Dritte können nicht mithören, bequeme Sitzgelegenheiten, Sauberkeit des Raumes und der Möbel, Vorhandensein von Getränken.

Ergebnismerkmale

Outputkriterien (gelten nicht für Sondierungsgespräche)

Aus der Dokumentation jedes Beratungsgespräches müssen sich folgende Merkmale herausfiltern lassen: nachgefragte Beratungsthemen, Anzahl und Dauer der Beratungsgespräche und die Pflegestufe sowie ob es sich um einen pflegenden Angehörigen oder um den Pflegebedürftigen selbst handelt, der die Leistung in Anspruch nimmt.

Outcomekriterien

Kundenbezogen

- Die allgemeine Kundenzufriedenheit mit dem Pflegestützpunkt als Institution ist gut (z. B. messbar mittels der Instrumente SERVQUAL, ARCHSECRET).
- Der Betroffene fühlt sich gut beraten.
- Vorhandene Informationslücken sind geschlossen.
- Die Betroffenen konnten vorhandene Probleme dank der Beratung selbst lösen.
- Die Versorgungsgestaltung ist bedürfnisgerecht.
- Die Häusliche Versorgung ist gesichert.
- Die Angehörigen sind entlastet.
- Evtl. komplexere Problemlagen werden bearbeitet, auch wenn sie nicht der primäre Anlass für die Kontaktaufnahme waren.
- Die Unabhängigkeit, Neutralität und Umfassendheit der Beratung ist sichergestellt.

Mitarbeiterbezogen

- Der Berater ist mit seiner Leistung zufrieden. Fachliche Standards konnten eingehalten werden (insbesondere Unabhängigkeit der Beratung).

Nach der Darstellung der übergreifenden Qualitätsmerkmale findet sich im kommenden Unterkapitel der Qualitätsstandard für ein Sondierungsgespräch.

Qualitätsstandard Sondierungsgespräch/Erstkontakt

Definition

- Das Sondierungsgespräch dient im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme der Eruiierung, welche Leistung des Pflegestützpunkts benötigt wird.
- Dazu klärt der Berater/die Beraterin den Grund für die Kontaktaufnahme und erfasst mittels eines Screening-Bogens, welche Leistung des Pflegestützpunktes zur Klärung des Problems des Ratsuchenden nötig ist. Insbesondere die Klärung, ob eine simple Auskunft oder doch eine allgemeine oder §7a-Beratung nötig sein werden, ist an dieser Stelle durchzuführen. Weiter gilt es, psychosoziale Krisen, Verwahrlosung oder Überforderungssituationen frühzeitig zu erkennen, um eine Eskalation der Versorgungssituation zu vermeiden. Im Rahmen der Prävention sollten komplexe Problemlagen auch dann erkannt werden, wenn sie nicht primärer Auslöser für die Kontaktaufnahme waren.

Ziel

Das Sondierungsgespräch dient der Fallklärung und stellt sicher, dass der Betroffene vom Pflegestützpunkt die Beratungs- und Unterstützungsleistung erhält, die er benötigt.

Strukturmerkmale (zusätzlich zu den übergreifenden Qualitätsmerkmalen)

Voraussetzung

- Der Zugriff auf den Terminkalender ist vorhanden.
- Es ist ein (geprüftes) Screeninginstrument vorhanden.

Ort

Im Pflegestützpunkt (i. d. R.), der Häuslichkeit des Ratsuchenden oder dort, wo sich der Ratsuchende aktuell befindet (z. B. Krankenhaus, Reha-Einrichtung usw.).

Personal

Die Beraterinnen sollten in der Beratung von Pflegebedürftigen /ihren Angehörigen erfahren sein. Beratungsmethodische Kenntnisse sind aufgrund der zugehörigen Profession oder aufgrund von Weiterbildungen vorhanden). Ggf. ist pflegespezifisches Wissen zu Themenfeldern wie bspw. Wundmanagement, Demenz usw. für die Durchführung der Beratungen notwendig und daher sinnvoll.

Prozessmerkmale

Methode

- Das Sondierungsgespräch findet entweder im persönlichen Gespräch oder im Rahmen eines Telefonates statt. Prinzipiell sind auch Anfragen über E-Mail durchführbar. Zur Erfassung des Problems des Anfragenden ist ein persönliches Gespräch oder Telefonat zielführender und daher anzustreben.
- Es werden insbesondere Gesprächsmethoden mit lösung-, oder ressourcenorientierten Perspektiven eingesetzt.
- Ein Screeningbogen zur Filterung von allgemeinen Beratungs-, oder 7a-Beratungsfällen ist vorhanden.
- Das Screening-Instrument sollte neben den soziodemografischen Daten auch Kriterien aufweisen, die die Einschätzung des Beratungsbedarfes erlauben⁷.

Zeitliche Abfolge

- Es sollte eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre hergestellt werden (ist Gesprächsgrundlage).
- Der/die Berater/in lässt sich das/die Problem(e)/Frage(n) schildern.
- Der/die Berater/in stellt sicher, dass Probleme /Fragen korrekt verstanden werde), z. B: durch Paraphrasieren.
- Das Screening-Instrument wird eingesetzt und ggf. relevante Zusatzinformationen werden eingeholt.
- Ist eine Auskunft nötig/erwünscht: s. Qualitätsstandard „Auskunft“.
- Ist eine allgemeine Beratung nötig s. Qualitätsstandard „Allgemeine Beratung“
- Ist eine Krisensituation erkennbar, werden die entsprechenden Stellen sofort informiert.

⁷ Beispielhafte Kriterien finden sich im Anhang.

Ergebnismerkmale (zusätzlich zu den übergreifenden Qualitätsmerkmalen)

Outputkriterien

- Das Screening Instrument wurde ausgefüllt.
- Die für die Probleme/Fragen des Ratsuchenden nötigen Leistungen des Pflegestützpunkts sind eingeleitet. Wird eine Auskunft nicht umgehend erteilt, ist geregelt, wann und durch wen diese erfolgt und welche Informationen benötigt werden.
- Eine ggf. vorliegende krisenhafte Situation wurde erkannt und relevante Notfallmaßnahmen eingeleitet (psychosozialer Krisendienst, Sozialamt verständigt).

Outcomekriterien

s. übergreifende Qualitätsmerkmale

Nach dem Qualitätsstandard „Sondierungsgespräch/Erstkontakt“ finden sich im kommenden Abschnitt qualitätsbezogene Ausführungen für die Gesprächssituation „Auskunft/Einzelinformation“.

Qualitätsstandard Auskunft/Einzelinformation

Definition

- Unter einer Einzelinformation wird die gezielte Vermittlung von Informationen zu einem definierten Problem/zu einer definierten Frage verstanden.
- Im Rahmen der Einzelinformation werden die Fragen der Ratsuchenden rund um das Thema Pflege/Wohnen mit Pflegebedürftigkeit beantwortet. Dafür ist eine ausführliche Situationsaufnahme nicht erforderlich. Benötigt der Ratsuchende Hilfe bei der Situationsbewältigung, ist eine Beratung oder die Einleitung einer 7a-Beratung ratsam.

Ziele

Die Frage des/der Ratsuchenden wird beantwortet. Er/Sie wird hierfür mit Informationen/Kontakthinweisen versorgt und kann darauf aufbauend selbst tätig werden.

Strukturmerkmale (zusätzlich zu den übergreifenden Qualitätsmerkmalen)

Voraussetzung

- Liegt keine elektronische Informationsdatenbank vor, sind die vorhandenen schriftlichen Informationen so gelagert und organisiert, dass jederzeit auf sie zugegriffen werden kann.
- Es ist sichergestellt, dass die weiterzugebenden Informationen auf dem aktuellen Stand sind.
- Kommt keine elektronische Dokumentation zum Einsatz, liegen die handschriftlich auszufüllenden Formulare vor.
- Der Zugriff auf den Terminkalender ist vorhanden.

Ort

Im Pflegestützpunkt, der Häuslichkeit des Ratsuchenden oder dort, wo sich der Ratsuchende aktuell befindet (z. B. Krankenhaus, Reha-Einrichtung usw.).

Personal

Die Berater/innen sollten in der Beratung von Pflegebedürftigen /ihren Angehörigen erfahren sein. Beratungsmethodische Kenntnisse sind aufgrund der zugehörigen Profession oder aufgrund von Weiterbildungen vorhanden. Ggf. ist pflegespezifisches Wissen zu Themenfeldern wie bspw. Wundmanagement, Demenz usw. für die Durchführung der Einzelinformation/Auskunft notwendig und daher sinnvoll.

Prozessmerkmale

Methode

- Die Auskunft findet entweder im persönlichen *Gespräch* oder im Rahmen eines Telefonates statt. Prinzipiell sind auch Anfragen über E-Mail durchführbar. Zur Erfassung des Problems/der Frage des Anfragenden ist ein persönliches Gespräch oder Telefonat zielführender und daher anzustreben. Benötigte Informationsmaterialien werden postalisch oder elektronisch versandt oder im persönlichen Gespräch übergeben.
- Es werden insbesondere Gesprächsmethoden mit lösungs-, oder ressourcenorientierten Perspektiven eingesetzt.

Zeitliche Abfolge

- Es sollte eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre hergestellt werden (ist Gesprächsgrundlage).
- Der/die Beraterin lässt sich die Probleme/Fragen schildern.
- Der/die Beraterin stellt sicher, dass die Probleme/Fragen korrekt verstanden werden, z. B: durch Paraphrasieren.
- Liegen die benötigten Informationen vor, werden sie an den Ratsuchenden übermittelt (postalisch, im Gespräch, elektronisch).
- Liegen die benötigten Informationen nicht vor, werden Vereinbarungen getroffen, sie zeitnah in Erfahrung zu bringen und an den Ratsuchenden weiter vermittelt (postalisch, im Gespräch, elektronisch).

Ergebnismerkmale (zusätzlich zu den übergreifenden Qualitätsmerkmalen)

Outputkriterien

- Der Ratsuchende ist entsprechend der Ausgangssituation zielgerichtet, umfassend und ausreichend informiert worden.
- Der Informationsbedarf wurde dokumentiert.
- Die weitergegebenen Informationen wurden dokumentiert.
- Unabhängigkeit und Umfassendheit der Informationsvergabe ist sichergestellt.

Outcomekriterien

s. übergreifende Qualitätsmerkmale

Nach diesen Ausführungen zum Qualitätsstandard „Auskunft/Einzelinformation“ folgt im nächsten Unterkapitel der Qualitätsstandard für ein Beratungsgespräch im Pflegestützpunkt bzw. für die zugehende Beratung.

Qualitätsstandard Allgemeines Beratungsgespräch: Beratung im Pflegestützpunkt und zugehende Beratung

Im Sinne einer erhöhten Praktikabilität wurden die beiden Qualitätsstandards „Beratung im Pflegestützpunkt“ und „zugehende Beratung“ aufgrund ihres hohen Anteils deckungsgleicher Aussagen zu einem Qualitätsstandard integriert. Soweit nicht anders vermerkt, gelten die Ausführungen dieses Qualitätsstandards für beide Beratungstypen.

Definition

- Beratung ist eine formalisierte, zielgerichtete Kommunikation zwischen mindestens zwei Personen die i. d. R. problemlösungsorientiert ausgerichtet ist.
- Im Rahmen der Beratung, die günstigstenfalls persönlich stattfindet, sollte die Situation des Pflegebedürftigen und seines Umfeldes erfasst, das vorliegende Problem und vorhandenen Ressourcen identifiziert und entsprechende Lösungsmöglichkeiten gemeinsam erarbeitet werden. Die Beratung sollte freiwillig stattfinden.

Ziele

Oberziel:

Primäres Ziel der Beratung ist die Sicherung und bedarfsgerechte Ausgestaltung der (insbesondere) häuslichen Versorgungssituation.

Unterziel:

Dafür gilt es die **Ursachen** der Kontaktaufnahme/das Problem des Betroffenen und ggf. seines Unterstützungssystems sowie vorhandene Ressourcen zu **identifizieren** und mit ihnen gemeinsam adäquate Lösungen zu erarbeiten. Dabei sind die Selbststeuerungsfähigkeiten der Betroffenen und ihrer sozialen Netzwerke zu befördern, um eine möglichst selbständige Versorgungsgestaltung zu ermöglichen. Darüber hinaus sollen über eine frühzeitige Information/Beratung **krisehaften Situationen** in der häuslichen Versorgung sowie eine **Überlastung** der pflegenden Angehörigen/des Unterstützungssystems präventiv begegnet werden.

Strukturmerkmale (zusätzlich zu den übergreifenden Qualitätsmerkmalen)

Voraussetzung

- Geeignetes Assessmentinstrument zur Situationsaufnahme vorhanden (Oberkategorien sollten sein: physische, psychische (kognitiv, emotional, spirituell) und soziale Dimension, jeweils mit Problem und vorhandenen Ressourcen. Eine weitere Ausdifferenzierung kann sich bspw. an den ADL's (s. beispielhaft im hessischen Versorgungsplan) orientieren.
- Aktuelles Informationsmaterial vorhanden (inkl. Zugriff auf Datenbank, Broschüren).

Nur zugehende Beratung:

- Auto vorhanden (inkl. Atlas oder Navigationssystem). Wenn über ein Handy die Erreichbarkeit des Beraters/der Beraterin während der Autofahrt gesichert sein soll,

muss das Auto über eine Freisprechanlage verfügen.

- Ggf. Handy für Erreichbarkeit während der Fahrtzeiten.
- Ggf. Laptop für die unmittelbare Einspeisung der erhobenen Informationen in das Dokumentationssystem und Zugriff auf die Informationsdatenbank.

Ort

- Beratung findet im Pflegestützpunkt statt,
- Bei zugehender Beratung findet Beratung in der Häuslichkeit des Ratsuchenden oder dort, wo er sich gerade aufhält (z. B. Klinik), statt.

Personal

- Die Berater/Beraterinnen sind qualifiziert nach den Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008 oder nach den Richtlinien der DGCC für Case Manager oder weisen eine sonstige Vorqualifizierung auf, die für die Beratungstätigkeit befähigt.
- Dazu verfügen sie zusätzlich über beratungsmethodisches Wissen (insbesondere unterschiedliche Beratungskonzepte)
- Ggf. verfügen sie über pflegespezifisches Wissen zu Themenfeldern wie bspw. Wundmanagement, Demenz usw..

Prozessmerkmale

Methode

- Die Beratung im Rahmen der zugehenden Beratung findet im persönlichen Gespräch statt.
- Bei Beratung im Pflegestützpunkt kann die Beratung entweder im persönlichen Gespräch oder im Rahmen eines Telefonates stattfinden.
- Zur Situationsaufnahme und ggf. zur Erfassung zusätzlich benötigter Informationen kommen geeignete Assessmentinstrumente zum Einsatz.
- Es werden der Problemlage entsprechende Beratungskonzepte eingesetzt (z. B. lösungsorientierte, problemorientierte oder ressourcenorientierte Beratung). Grundsätzlich sollte die Beratung aber Empowerment-orientiert ausgelegt sein.
- Benötigte Informationsmaterialien werden postalisch oder elektronisch versandt oder im persönlichen Gespräch übergeben.

Zeitliche Abfolge

Gesprächsverlauf:

1. Es sollte eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre hergestellt werden (ist Gesprächsgrundlage).
2. Der Anlass für das Gespräch/den Besuch wird wiederholt und der geplante Gesprächsverlauf vorgestellt.
3. Über eine mehrperspektivische Situationsaufnahme erfolgt die Herausarbeitung des Problems/der Probleme und der Ressourcen, an deren Ende ein Abgleich der Problemwahrnehmung steht.

Auf dieser Grundlage erfolgen die gemeinsamen Schritte:

4. Feststellen des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs – Priorisierung
5. Herausarbeiten von konkreten Zielen.
6. Herausarbeiten von Lösungsansätzen.
7. Wenn der/die Beraterin einzelne Aktivitäten (z. B. Kontaktaufnahme mit der Pflegekasse) übernimmt, wird ggf. ein Hilfeplan erstellt.
8. Sind weitere Informationen (postalisch, elektronisch) zu übermitteln, werden Vereinbarungen darüber getroffen, welche Informationen, wann und von wem weiterzuleiten sind.
9. Die Tätigkeiten werden durchgeführt.
10. Ggf. erfolgt die Vereinbarung eines erneuten Termins zur Evaluation und ggf. Anpassung der erarbeiteten Planung.
11. Ggf. findet nach 4 Wochen eine nachgehende Befragung im Sinne einer Evaluation des erarbeiteten Hilfeplans/der bis dahin durchgeführten Aktivitäten statt.

Nur zugehende Beratung:

Vorbereitung unmittelbar vor dem Termin:

- Soweit vorhanden sollte der Laptop mit den aktualisierten elektr. Dokumentationsmaterialien für externe Beratungen mitgeführt werden.
- Ansonsten sind die papierbasierten Ausführungen zu nutzen und die Daten anschließend in das System einzuspeisen (Stammblatt, Assessment für Situationsaufnahme usw.).
- Weitere Materialien, die nicht zu vergessen sind:
 - Schreibwerkzeug (Papier, Stift(e)),
 - Visitenkarten,
 - Terminkalender,
 - Voraussichtlich benötigte Antragsformulare/Informationsmaterialien (aus Dokumentation des Erstgesprächs ersichtlich),
 - Datenschutzerklärung,
 - Informationsmaterial über Pflegestützpunkt.
- Beim Verlassen des Pflegestützpunktes sind die Kolleg/innen über die Abwesenheit sowie über den Zielort der zugehenden Beratung zu informieren.
- Ggf. ist die Erreichbarkeit des Beraters/der Beraterin sicherzustellen (Rufumleitung).
- Der Pflegestützpunkt muss während der Abwesenheit des Beraters/der Beraterin besetzt bzw. erreichbar sein.

Ergebnismerkmale (zusätzlich zu den übergreifenden Qualitätsmerkmalen)

Outputkriterien

- Der Ratsuchende ist entsprechend der Ausgangssituation zielgerichtet, umfassend und ausreichend beraten worden.
- Für die Schritte 3 - 8 des zeitlichen Vorgehens liegen elektronisch oder handschriftlich dokumentierte Informationen vor.
- Soweit erstellt: Der Hilfeplan liegt in unterzeichneter Form vor (von Ratsuchendem und Berater unterzeichnet).

Outcomekriterien

s. übergreifende Qualitätsmerkmale

Nach der Vorstellung der Qualitätsstandards für die einzelnen Beratungstypen innerhalb der Pflegestützpunkte schließen sich im kommenden Kapitel die Ausführungen zu den Qualitätsstandards im Leistungsbereich „Vernetzung“ der Pflegestützpunkte an.

4.3.3 Vorschlag für Qualitätsstandards der Vernetzungsaktivitäten der Pflegestützpunkte

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Qualitätsstandards für den Leistungsbereich der „Vernetzung“ der Pflegestützpunkte. Aufgrund der Komplexität der Vernetzungsfunktionen und der Individualität der Situation eines jeden einzelnen Pflegestützpunkts im Hinblick auf bereits erfolgte und noch notwendige Vernetzungsaktivitäten ist der Standard in seinen Aussagen so flexibel ausgestaltet, dass sich jeder Pflegestützpunkt darin wieder finden kann.

Grundsätzlich wäre für jede einzelne Funktion (s. nächster Absatz) die Entwicklung eines Qualitätsstandards nötig. Im Sinne einer erhöhten Praktikabilität wurden diese drei Qualitätsstandards aufgrund ihres hohen Anteils deckungsgleicher Aussagen zu einem Qualitätsstandard integriert. Soweit nicht anders vermerkt, gelten die Ausführungen dieses Qualitätsstandards für alle drei Funktionen von Vernetzung.

Im vorliegenden Qualitätsstandard für den Leistungsbereich „Vernetzung“ der Pflegestützpunkte gilt zu beachten, dass gemäß der Logik des von IWAK erarbeiteten Leitfadens zur Erarbeitung eines Vernetzungskonzeptes (siehe Kapitel 5 in diesem Bericht) drei Funktionen von Vernetzung unterschieden werden können.

Diese sind im Einzelnen:

- a) Information über das Angebot des Pflegestützpunkts – Marketing.
Es ist davon auszugehen dass insb. in der Aufbauphase eines Pflegestützpunkts viele Beratungssuchende und ihre Angehörigen das Angebot des Pflegestützpunkts noch

nicht kennen und sich deshalb bei Beratungsbedarfen nicht sofort an die richtige Stelle wenden. Deshalb ist es notwendig, dass sich der Pflegestützpunkt mit seinem Angebot möglichst breit bekannt macht. Dies kann vom Auslegen von Flyern an Stellen, die von potenziellen Klienten/innen des Pflegestützpunkts aufgesucht werden, über die Information von Multiplikatoren bis hin zur der medialen Öffentlichkeitsarbeit reichen.

- a) Eine Übersicht über Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister sowie Kooperation mit diesen auf der Einzelfallebene.

Eine umfassende Kenntnis der regionalen Anbieter von gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten sowie der Aktivitäten des bürgerschaftlichen Engagements in diesen Bereichen ist eine wichtige Grundlage für eine fundierte Beratung und die Vermittlung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung. Von einer Aufstellung der regionalen Anbieter von Hilfs- und Unterstützungsangeboten mit Kontaktdaten und Angebotsprofilen in einer Datenbank, über persönliche Kontaktaufnahme, Absprachen über Kooperationen und Koordination bis hin zu Verträgen über Kooperationen kann Vernetzung hier vom Pflegestützpunkt betrieben werden.

- b) Systemische Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems.

Eine regionale bedarfsgerechte und wohnortnahe Beratungs- und Versorgungsstruktur für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige erfordert ein abgestimmtes und koordiniertes Dienstleistungsangebot. Pflegestützpunkte sollen die Vernetzungen der regionalen Akteure koordinieren, Versorgungslücken identifizieren und die regionalen Strukturen weiter entwickeln. Da sie für diese Aufgabe über keine Rechtsmittel verfügen, sind sie auf die Kooperationsbereitschaft der regionalen Akteure angewiesen und benötigen von diesen das Mandat, eine entsprechende Koordinierung durchzuführen. Die systemischen Aktivitäten der Pflegestützpunkte können von der Mitarbeit in bestehenden regionalen Vernetzungsstrukturen von Dienstleistungsanbietern über die Initiierung und Koordinierung von sektorenübergreifenden Vernetzungen regionaler Akteure bis hin zur Mitarbeit in der regionalen Strukturplanung gehen.

Folgende übergeordneten Qualitätsmerkmale lassen sich für alle drei Funktionen von Vernetzung festhalten.

Definition

Der Begriff „Vernetzung“ wird im Folgenden in seiner allgemeinsten Form als Verbindung zwischen Akteuren verstanden. In seiner schwächsten Form ist dies „Wissen voneinander“ und steigert sich in der Intensität bis hin zu Formen der langfristigen Zusammenarbeit und Abstimmung verschiedener Akteure.

Ziele

- Die Präsenz des Pflegestützpunkts im öffentlichen Raum ist hoch. Dies ist notwendig damit:
 - die Öffentlichkeit und insbesondere Ratsuchende und potentielle Netzwerkpartner das Angebot des Pflegestützpunkts kennen und wissen, wie sie Zugang zu ihm finden.
 - sich der Pflegestützpunkt als Institution über die Außendarstellung legitimiert und
 - das Selbstbewusstsein der Mitarbeiter als wichtige Player im Versorgungsgeschehen steigt.
- Eine Übersicht über Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister liegt vor und wird fortlaufend aktualisiert. Kooperationen mit den Dienstleistern auf der Einzelfallebene mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgungsgestaltung liegen vor.
- Systemische Koordination und Kooperation der Akteure des regionalen Versorgungssystems wird durchgeführt, um:
 - Versorgungslücken identifizieren zu können.
 - Schnittstellenmanagement und damit eine bedarfsgerechtere Gestaltung der Versorgungsstrukturen durch z. B. einrichtungs-, professions- und trägerübergreifender Schnittstelleninstrument durchführen zu können.

Strukturmerkmale

Voraussetzung

- Feste Räume (Adresse), Telefon, PC, Internet, Email-Adresse.
- Ein ruhiger ungestörter Arbeitsplatz für Recherche- und Kontaktierungsaktivitäten ist vorhanden.
- Informationsmaterialien mit Hinweisen über das eigene Leistungsangebot und Visitenkarten sind vorhanden.
- Im Rahmen der Arbeitszeitregelung werden die Zeit- und Mitarbeiterressourcen für die Vernetzungsaktivitäten berücksichtigt.

Ort

Im Pflegestützpunkt, an öffentlichen Plätzen, bei Kooperationspartnern, in den Medien.

Personal

Mitarbeiter des Pflegestützpunkts.

Prozessmerkmale

Methode

Im jeweiligen Funktionsbereich wird ein Vernetzungskonzept erstellt. Dafür bietet sich folgendes Vorgehen an (ausführlich dazu s. Vernetzungskonzept in Kapitel 5):

Schritt 1: Analyse des Ist-Zustands,

Schritt 2: Prioritätenliste erstellen,

Schritt 3: Vernetzungsaktivitäten planen und Zuständigkeiten klären,

Schritt 5: Vernetzungskonzept fixieren,

Schritt 6: Vernetzungskonzept regelmäßig reflektieren und anpassen.

Zeitliche Abfolge

s. Methode

Ergebnismerkmale

Outputkriterien

Ein Vernetzungskonzept im jeweiligen Funktionsbereich ist erstellt, die einzelnen Konzeptschritte sind abgearbeitet, die Zielerreichung ist kontrolliert und die Aktualität des Konzeptes wird fortlaufend reflektiert (bspw. 1 x jährlich)

Outcomekriterien

Der Pflegestützpunkt mit seinem Leistungsspektrum ist der breiten Öffentlichkeit und den Netzwerkpartnern bekannt.

Nachdem die Arbeit an den Qualitätsstandards im November 2010 beendet wurde, können die vorgestellten Ausführungen zwar nur als vorläufig angesehen werden. Gleichwohl sind hier grundlegende Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität generiert worden, die in die Handlungsempfehlungen Eingang gefunden haben.

Das nachfolgende Kapitel beinhaltet die Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes für eine Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte.

4.4 Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes zur Erfassung der Kundenzufriedenheit

Dieses Kapitel befasst sich zunächst mit einer Einordnung der Kundenzufriedenheit in den Qualitätsdiskurs, worauf sich die Beschreibung der Entwicklung des Fragebogens anschließt. Darauf folgt die Darstellung des Vorgehens während der Erprobungsphase. Die Ergebnisse aus der Testphase der Kundenzufriedenheit sowie ein Ausblick über die zukünftige Nutzung der Kundenzufriedenheitsbefragung in den hessischen Pflegestützpunkten schließen sich diesen Ausführungen an.

4.4.1 Einordnung von Kundenzufriedenheit im Qualitätsdiskurs

Wie in Kapitel vier bereits beschrieben, ist das Ergebnis der Beurteilung der Qualität einer Dienstleistung von der Perspektive desjenigen abhängig, der diese Beurteilung durchführt (also bspw. Klienten/innen oder Vorgesetzte). Mit der Methode der Kundenzufriedenheitsbefragung findet demnach eine Operationalisierung der Kundenperspektive auf die Dienstleistung bzw. die Operationalisierung der Zufriedenheit mit einer Dienstleistung statt. Aufgrund der Mehrperspektivität von Qualität gilt es dringend zu betonen, dass **Kundenzufriedenheit nicht gleich Dienstleistungsqualität ist**. Von Relevanz wäre bspw. auch, wie Vorgesetzte oder die Berater/innen selbst die erbrachten Dienstleistungen einschätzen, denn die Messung der Kundenzufriedenheit schließt die Bewertung der Fachlichkeit einer Leistung nicht mit ein, da Kunden in der Regel nicht beurteilen können, ob eine Beratung vollständig oder fachlich korrekt durchgeführt wurde.

Nichts desto trotz ist die Kundenperspektive bedeutsam, und es gilt zu überlegen, welche Methode aus dem Spektrum der Evaluationsmöglichkeiten von Dienstleistungsqualität zielführend ist. Nach Prüfung der Literatur wurde ein subjektiver merkmalsorientierter multiattributiver Ansatz zur Erfassung der Beratungsqualität ausgewählt. Diese Ansätze greifen die Sicht einzelner Kunden zur Dienstleistung auf und zielen dabei auf eine Einstellungs- oder eine Zufriedenheitsmessung. Der Grad der Zufriedenheit richtet sich in der Regel danach, ob oder wie weit die Erwartungen des Kunden an eine Dienstleistung erfüllt werden (Soll-Ist-Abgleich oder auch Confirm-Disconfirm-Paradigm (vgl. Bruhn, 2008, S. 137ff.)). Voraussetzung für die Anwendung dieser Methode ist die Kenntnis der Kundenanforderungen (vgl. beispielhaft dazu: Bruhn, 2008, S. 136; Eversheim, 2000, S. 152f.). Die Literatur gibt Auskunft über kundenbezogene Merkmale einer guten Beratungsqualität. Damit konnte diese Voraussetzung als erfüllt angesehen werden.

In Abstimmung mit dem Steuerungsausschuss wurde beschlossen, eine schriftliche Befragung durchzuführen. Der Hauptgrund dafür lag in methodischen Überlegungen. Langfristig sollte ein Vorgehen entwickelt und getestet werden, welches später von den Pflegestützpunkten selbst erfolgreich durchgeführt werden kann. Prinzipiell wären auch Interviews möglich gewesen. Die Wahrscheinlichkeit aber, dass ggf. unzufriedene Klienten/innen dies offen in einem Interview mit dem Pflegestützpunkt formulieren würden, ist als gering einzustufen. Daher fiel die Entscheidung auf eine schriftliche Befragung.

Nach dieser grundsätzlichen Einordnung der Methode Kundenzufriedenheitsbefragung als Evaluationsinstrument von Dienstleistungsqualität finden sich im kommenden Kapitel die Ausführungen zur Konstruktion des Fragebogens.

4.4.2 Erkenntnisinteresse in Bezug auf die Kundenzufriedenheitsbefragung

Zu Beginn der Fragebogenentwicklung stellte sich die Frage, was aus Kundenperspektive relevante Merkmale von Beratungsqualität sind und welche Informationen die Pflegestützpunkte benötigen, um ihre Arbeit noch besser an die Bedarfe der Klienten/innen anpassen zu können. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Leitfragen für die Konstruktion des Fragebogens:

- Welche Leistungsmerkmale der Pflegestützpunkte sind bedeutsam oder unbedeutsam für die Klienten/innen?
- Welche Erwartungen an die Ausgestaltung dieser Leistungsmerkmale der Pflegestützpunkte liegen bei den Klienten/innen vor?
- Wie bewerten die Klienten/innen die unterschiedlichen Leistungsmerkmale der Pflegestützpunkte?
- Welche konkreten Verbesserungsvorschläge gibt es von Seiten der Klienten/innen?
- Welche Wirkungen hatte der Besuch im Pflegestützpunkt bzw. die dort erhaltenen Informationen und Unterstützungsleistungen auf die Situation der Klienten/innen?
- Wurden die Beratungsinhalte umgesetzt?
- Waren die erhaltenen Informationen für die Gestaltung der Versorgungssituation bzw. zur Lösung des Problems oder Anliegens hilfreich? (Relevanz)

Auf Basis einer Literaturrecherche zum Thema Beratungsqualität aus Kundenperspektive wurde der erste Entwurf des Fragebogens erarbeitet. Über mehrere Rückkopplungsschleifen mit dem Steuerungsausschuss und den Pflegestützpunkten sowie aufgrund von Erkenntnissen aus der Testphase erfuhr der Fragebogen im Laufe der Zeit leichte Veränderungen. Der nachfolgende Abschnitt beinhaltet die Inhalte des Fragebogens der endgültigen Version.

4.4.3 Fragebogen zur Kundenzufriedenheitsbefragung

Als Ausgangspunkt der Überlegungen wurde das Instrument SERVQUAL herangezogen. SERVQUAL ist ein Instrument zur Erhebung der Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich und wurde von Parasuraman, Zeithaml und Berry (beispielhaft: 1988) entwickelt. Das SERVQUAL definiert auf fünf Dimensionen 22 Items von Dienstleistungsqualität aus Kundenperspektive (vgl. Bruhn, 2008, S. 143ff.; Esslinger, 2009, S. 282ff.). Die fünf Dimensionen sind im Einzelnen:

- Leistungskompetenz (Wissen des Beraters, Höflichkeit, Vertrauenswürdigkeit des Beraters),
- Zuverlässigkeit (Stärkung der klientenbezogenen Handlungs- und Problemlösungsfähigkeit),

- Reaktionsfähigkeit (adäquate Informationen und Unterstützungsleistungen zur schnelleren Orientierung im Versorgungsgeschehen),
- Einfühlungsvermögen (Gewilltheit, sich individuell um jede Person zu kümmern),
- Annehmlichkeit der Beratungsumgebung (vgl. ebd.).

Esslinger modifizierte in 2009 SERVQUAL im Rahmen der Evaluation einer psychosozialen Beratungsstelle für ältere Bürger in Nürnberg, wobei diese Beratungsstelle ein sehr ähnliches Aufgabenprofil wie die Pflegestützpunkte hat. Sie identifizierte durch eine Faktorenanalyse 14 Items, welche für die Bewertung der Beratungsqualität von Relevanz sind. Diese Items sind im Einzelnen:

- „Beraterin ist freundlich.
- Beraterin wirkt auf mich kompetent.
- Beraterin hat meinen Bedarf erkannt.
- Beraterin kann mir mit ihrem Wissen weiter helfen.
- Beraterin beantwortet mir meine Fragen verständlich.
- Die erhaltenen Informationen sind eine gute Orientierungshilfe.
- Ich empfinde die Atmosphäre des Beratungsgesprächs als angenehm.
- Das Gespräch tut mir gut.
- Die erhaltenen Informationen erleichtern mir meine Entscheidung.
- Die Beratung ist für mein Anliegen nützlich.
- Ich empfinde das Gespräch als persönlich.
- Man nennt mir passende Stellen bzw. Einrichtungen.
- Die Beratung hat mich in meinem Handeln bestärkt / Ich weiß nach der Beratung, was ich tun kann.“ (Esslinger, 2009, S. 286)

Da es sich hier um Beratungsqualitätsmerkmale einer Beratungsstelle mit ähnlichem Profil wie die Pflegestützpunkte aus Kundensicht handelte, wurden diese 14 Items als inhaltliche Grundlage für die Konstruktion des Fragebogens für die hessischen Pflegestützpunkte gewählt und die Items aufgrund der konkreten Anforderungen aus dem SGB XI an die Pflegestützpunkte, wie z. B. Wohnortnähe, Barrierefreiheit, Angebot der zugehenden Beratung, modifiziert und entsprechend ausformuliert (s. unten).

Neben diesen inhaltlichen Informationen war es für die Interpretation der Ergebnisse zu den inhaltlichen Fragen nötig, auch allgemeine Informationen von den potentiellen Befragungsteilnehmer/innen zu erhalten.

Somit lässt sich der Fragebogen in zwei Bereiche untergliedern. Zum einen gibt es den allgemeinen Teil. Dieser beinhaltet die folgenden Aspekte:

- Wer hat die Beratung in Anspruch genommen (Angehörige/r oder Pflegebedürftige/r)?
- Welchem Geschlecht gehört der Ratsuchende an?
- Welche Beratungsform wurde in Anspruch genommen? (inkl. offener Frage zu den Beratungsthemen)
- Wo fand die Beratung statt?
- Wie viele Kontakte gab es mit dem Pflegestützpunkt?

Diese Fragen dienen dazu, die Nutzergruppe der Pflegestützpunkte im Hinblick auf ihre Rolle im Versorgungsgeschehen, ihr Geschlecht, ihren Beratungsbedarf und ihrer Mobilität hin zu beschreiben. So kann eruiert werden, welcher Benutzertypus welche Bedarfslage aufweist und somit den Pflegestützpunkten die Möglichkeit bieten, ggf. Anpassungen an ihrem Leistungsprofil vornehmen zu können.

Der Abschnitt mit den inhaltlichen Fragen ist in vier Unterkategorien unterteilt.

Der erste Fragenkomplex erhebt die Zufriedenheit der Klienten/innen mit Strukturmerkmalen der Pflegestützpunkte und der Berater/innen. Die insgesamt sieben Fragen beinhalten folgende Aspekte:

1. Räumliche Erreichbarkeit, Wohnortnähe,
2. Erreichbarkeit durch Öffnungszeiten und Zugangswege (Telefon, Mail, pers. Gespräch),
3. Möglichkeit der häuslichen Beratung,
4. Schnelligkeit der Terminvergabe,
5. Fachkundigkeit und Kompetenz des Beraters/der Beraterin,
6. Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre,
7. Freundlichkeit des Beraters/der Beraterin.

Der Grad der Zufriedenheit wird über eine vierstufige-Skala und die Möglichkeit, ein Item als nicht relevant einordnen zu können, erhoben (s. Abbildung 8).

Abbildung 8: Fragebatterie Zufriedenheit mit Strukturmerkmalen

Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit des Pflegestützpunktes im Hinblick auf die folgenden Aspekte?

Bitte setzen Sie ein Kreuz pro Zeile.

	zufrieden	eher zufrieden	eher nicht zufrieden	nicht zufrieden	trifft für mich nicht zu
Räumliche Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes telefonisch, per Email, persönlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Möglichkeit, dass die Berater auch zu Hause beraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnelligkeit der Terminvergabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachkundigkeit und Kompetenz der Beraterin/ des Beraters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit der Beraterin/ des Beraters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Es war auch Ziel zu untersuchen, ob es eine Rangfolge in den Strukturmerkmalen hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für die Kundenzufriedenheit gibt. Erkenntnisse dazu böten den Pflegestützpunkten die Möglichkeit, ihre Arbeit konkreter an den Kundenanforderungen auszurichten.

Die Kunden werden zu diesem Zwecke gebeten, aus den sechs Merkmalen zur Strukturqualität (die zwei Items zur Erreichbarkeit wurden zusammengefasst) die drei Merkmale anzukreuzen, die sie für sich als am bedeutsamsten einschätzen (s. Abbildung 9).

Abbildung 9: Bedeutsamkeit von Strukturmerkmalen

Welche Aspekte der Arbeit des Pflegestützpunktes sind Ihnen besonders wichtig?

Bitte kreuzen Sie innerhalb der nachfolgenden Auswahl die für Sie wichtigsten **DREI** Merkmale an.

Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes telefonisch, per Email, persönlich	<input type="radio"/>
Die Möglichkeit, dass die Berater auch zu mir/ dem Pflegebedürftigen nach Hause kommen	<input type="radio"/>
Schnelligkeit der Terminvergabe	<input type="radio"/>
Fachkundigkeit und Kompetenz der Beraterin/ des Beraters	<input type="radio"/>
Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre	<input type="radio"/>
Freundlichkeit der Beraterin/ des Beraters	<input type="radio"/>

Im dritten Fragekomplex werden die konkrete Beratungssituation und die Wirkung der Beratung auf die Versorgungssituation aufgegriffen. Hier geht es also um die Prozess- und Ergebnisqualität der geleisteten Beratung. Über acht Items und eine vierstufige Likert-Skala werden die Klienten/innen gebeten, ihren Grad an Zustimmung zu Aussagesätzen zu definieren (s. Abbildung 10).

Abbildung 10: Beurteilung der Beratungssituation und ihrer Wirkungen

Beurteilen Sie bitte nachfolgende Aussagen.				
Bitte setzen Sie ein Kreuz pro Zeile.				
	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Die Beraterin/ der Berater ist auf meine individuelle Situation eingegangen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/ der Berater hat mein besonderes Problem erkannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es standen für die Beratungen genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Beratungen fanden in einer vertrauensvollen Atmosphäre statt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich kompetent beraten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die vermittelten Informationen waren für mich passend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Beratungen helfen mir dabei, die Versorgung im Weiteren selbständig zu organisieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Beratungen durch den Pflegestützpunkt waren neutral und umfassend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der vierte und letzte inhaltliche Abschnitt beinhaltet die offenen Fragen. Sie lauten im Einzelnen:

1. Was kann noch besser gemacht werden?
2. Alles in Allem: Fühlten Sie sich gut beraten? Bitte begründen Sie kurz Ihre Meinung?
3. Platz für weitere Kommentare und Anregungen

Es sollen konkrete Verbesserungsvorschläge der Klienten/innen im Hinblick auf ihre Erwartungen an den Pflegestützpunkt eruiert werden. Daneben soll eine abschließende globale Einschätzung zur Zufriedenheit erhoben werden, da im Rahmen der Erhebung der Zufriedenheit mit bestimmten Merkmalen nur diese fokussiert werden, was nicht unbedingt einen Schluss auf Zufriedenheit mit der Arbeit des Pflegestützpunkts insgesamt zulässt. Abschließend erhalten die Klienten/innen die Gelegenheit, weitere Kommentare oder Anregungen für den jeweiligen Pflegestützpunkt festzuhalten und damit auch Aspekte zu benennen, die im Fragebogen bisher nicht thematisiert wurden.

4.4.4 Entwicklung und Erprobung des Vorgehens

Wie im vorangegangenen Kapitel schon erwähnt, sollte ein Konzept für eine schriftliche Befragung entwickelt werden. Nach Rücksprache mit dem Steuerungsausschuss wurde

entschieden, drei Pflegestützpunkte mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen (Stadt-Land, Laufzeit), als Piloten auszuwählen, um zu eruieren, ob es aufgrund der unterschiedlichen Merkmale zu unterschiedlichen Ergebnissen in der Befragung kommt, also Unterschiede in den Bedarfslagen der Klienten/innen vorhanden sind. An der Testphase nahmen die Pflegestützpunkte Main-Taunus-Kreis, Offenbach Stadt und Marburg-Biedenkopf teil.

Da zu diesem Zeitpunkt noch nicht klar war, ob die Kundenzufriedenheitsbefragung flächendeckend in Hessen eingeführt werden sollte, wollte der Steuerungsausschuss die Belastung der Berater/innen möglichst gering halten und formulierte daher das Anliegen, die Auswertung durch die wissenschaftliche Begleitung durchführen zu lassen. So konnte die Auswertung durch die Pflegestützpunkte im Rahmen der Testphase nicht erprobt werden.

Die Vorbereitung der Testphase startete im März 2011 durch die Auswahl der drei Pflegestützpunkte. Von der Befragung ausgeschlossen werden sollten diejenigen Klienten/innen, die nur eine einfache Informationsanfrage an die Pflegestützpunkte hatten, da dieser Personenkreis nur einen sehr begrenzten Einblick in die Arbeit der Pflegestützpunkte erhalten hat und somit diese Arbeit auch nicht beurteilen kann. Weiter wurde der Zeitpunkt der Verteilung der Fragebögen auf spätestens eine Woche nach Befragungsende über den postalischen Versand der Fragebögen festgelegt. Eine direkte Übergabe des Fragebogens von den Berater/innen an die Klienten/innen erschien methodisch aufgrund der Gefahr der Beeinflussung nicht sinnvoll. Die Klienten/innen sollten im Laufe des Beratungsgesprächs über die Kundenbefragung informiert werden. Um anschließend die Teilnahmemotivation der Klienten/innen zu erhöhen, sollte dem Fragebogen ein Anschreiben eines lokal bekannten politischen Funktionsträgers (z. B. Landrat/Landrätin, Sozialdezernent/in) beigefügt werden. Die wissenschaftliche Begleitung entwickelte hierfür eine Vorlage (s. Anhang).

Weitere Details zum Vorgehen können der Vorgehensbeschreibung im Anhang entnommen werden. Diese Vorgehensbeschreibung ging Mitte März 2011 den Pflegestützpunkten zu und wurde mit ihnen ausführlich als Vorbereitung für die Testphase telefonisch besprochen.

Der konkrete Befragungsstart war am 01.04.2011. Ursprünglich erstreckte sich der Erhebungszeitraum bis Mitte Mai. Da zu diesem Zeitpunkt aber u.a. aufgrund der Osterferien noch nicht genug Rücklauf vorhanden war, erfolgte eine Verlängerung des Erhebungszeitraums bis Ende Juni.

Nach der Auswertung der Ergebnisse stellte die wissenschaftliche Begleitung im Juli/August 2011 jedem Pflegestützpunkte seine individuellen Ergebnisse vor, führte eine diesbezügliche mündliche Validierung durch und holte ein Feedback zur Testphase (Vorgehen, Fragebogen) ein. In dieser Zeit wurden die zusammengefassten Ergebnisse aller drei Pflegestützpunkte sowie die Ergebnisse aus dem Feedback dem Steuerungsausschuss präsentiert. Damit kam die Testphase zu ihrem offiziellen Ende.

4.4.5 Ergebnisse Testphase

Dieses Unterkapitel beinhaltet die Ergebnisse aus der Testphase der schriftlichen Kundenzufriedenheitsbefragung sowie die Ergebnisse im Hinblick auf das methodische Vorgehen und seine Durchführbarkeit.

Ergebnisse der schriftlichen Befragung

An dieser Stelle werden die Befragungsergebnisse der drei Pflegestützpunkte insgesamt dargestellt, um die Anonymität der einzelnen Pflegestützpunkte zu wahren.

Es wurden von den Pflegestützpunkten insgesamt 82 Fragebögen verschickt. Von diesen gingen 47 im IWAK ein. Somit kann ein Rücklauf von **53,31 Prozent** konstatiert werden. Die an dieser Stelle vorgestellten Ergebnisse sind nicht repräsentativ für alle Pflegestützpunkte in Hessen.

Ergebnisse zu den allgemeinen Fragen

Frage 1: Wer hat die Beratung in Anspruch genommen?

Tabelle 10: Wer hat die Beratung in Anspruch genommen?

	Anzahl	Anzahl in %
Angehörige/r	35	74,47%
Pflegebedürftige/r	9	19,15%
andere	3	6,38%
Gesamtergebnis	47	100,00%

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Rund drei Viertel der Antwortenden waren Angehörige. Die Pflegebedürftigen waren mit rund 20 Prozent deutlich weniger stark vertreten. Diese Verteilung schränkt die Aussagekraft über die Einschätzungen der Pflegebedürftigen selbst ein.

Frage 2: Welche Beratungstypen wurden in Anspruch genommen?

Wie die folgenden Übersichten zeigen, nutzten die Befragten zu rund 70 Prozent die Möglichkeit einer ausführlichen Beratung. Ein Viertel nahm dagegen eine 7a-Beratung in Anspruch bzw. war dies zur Sicherstellung der Versorgung notwendig.

Tabelle 11: Welche Beratungstypen wurden in Anspruch genommen?

	Anzahl	Anzahl in %
ausführliche Beratung	33	70,21%
7a-Beratung	13	27,66%
keine Angabe	1	2,13%
Gesamtergebnis	47	100,00%

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

In diesem Kontext ist es interessant zu schauen, welcher Personenkreis nun welchen Beratungstypus nutzte. Konkrete Ergebnisse dazu beinhaltet die nachfolgende Zwischenauswertung.

Welcher Personenkreis nutzt welchen Beratungstypus?

Tabelle 12: Personenkreis und Beratungstypus - Ergebnis in absoluten Zahlen

Personen	Ausführliche Beratung	7a-Beratung	Keine Angabe	Gesamtergebnis
Angehörige/r	25	9	1	35
Pflegebedürftige/r	6	3		9
andere	2	1		3
Gesamtergebnis	33	13	1	47

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Tabelle 13: Personenkreis und Beratungstypus - Ergebnis in Prozent

Personen	Ausführliche Beratung	7a-Beratung	Keine Angabe	Gesamtergebnis
Angehörige/r	71,43%	25,71%	2,86%	100,00%
Pflegebedürftige/r	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%
andere	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%
Gesamtergebnis	70,21%	27,66%	2,13%	100,00%

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Aufgrund des hohen Anteils der Angehörigen an der Gesamtanzahl der Befragten kann nur die Verteilung bei den Angehörigen näher betrachtet werden. Die geringe Anzahl der Pflegebedürftigen und der anderen Teilnehmer kann an dieser Stelle zu einem verzerrten Bild für diese Gruppen führen.

Für die Angehörigen ließ sich eine überwiegende Nutzung einer ausführlichen Beratung erkennen. Eine 7a-Beratung war insgesamt nur bei rund 25 Prozent der befragten Angehörigen zur Stabilisierung der Versorgung notwendig.

Wie in Kapitel 4.4.3 erwähnt, wurde im Rahmen der Frage nach der Art des in Anspruch genommenen Beratungstypus auch offen erfragt, welche Beratungsthemen nachgefragt wurden. Aufgrund der Heterogenität bezüglich der Detailliertheit der Aussagen kann lediglich eine grobe Klassifizierung der Schwerpunkte der geleisteten Beratung erfolgen. Diese waren:

- Antragstellung: Pflegeeinstufung, Schwerbehindertenausweis, GEZ-Befreiung,
- Informationen über Entlastungsangebote: Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, nächtliche Betreuung,
- Allgemeine Informationen zu Möglichkeiten der Versorgungsgestaltung.

Frage 3: Wie fand die Beratung statt?

Ein Drittel der Beratungsgespräche fand im Rahmen einer aufsuchenden Beratung in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen/der Angehörigen statt. Der überwiegende Anteil an Beratungsgesprächen (51,06 Prozent) fand aber im Pflegestützpunkt selbst statt. Weitere zehn Prozent der Teilnehmer nahmen eine telefonische Beratung in Anspruch.

Tabelle 14: Wie fand die Beratung statt?

	Anzahl	Anzahl in %
persönliches Gespräch im Pflegestützpunkt	24	51,06%
Pers. Gespräch b. d. Pflegebedürftigem/dem Angehörigen zu Hause	17	36,17%
telefonisch	5	10,64%
Keine Angabe	1	2,13%
Gesamtergebnis	47	100,00%

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Frage 4: Wie oft hatten die Befragten mit dem Pflegestützpunkt Kontakt?

Nachfolgende Übersicht zeigt, dass die Mehrheit der Befragten bis zu drei Kontakte mit den Pflegestützpunkt hatte, bis der Beratungsprozess zu einem (vorläufigen) Ende kam. Rund ein Drittel benötigte eine höhere Kontaktanzahl mit den Pflegestützpunkten um dies zu erreichen.

Tabelle 15: Wie oft hatten die Befragten mit dem Pflegestützpunkt Kontakt?

	Anzahl	Anzahl in %
bis 3 Kontakte	29	61,70%
mehr als 3 Kontakte	16	34,04%
keine Angabe	2	4,26%
Gesamtergebnis	47	100,00%

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Diese Anzahl steht mit der Anzahl an 7a-Beratungsfällen im Einklang, für die häufig eine höhere Kontaktdichte zu konstatieren ist, wie anschließende Zwischenauswertungen belegen.

Zwischenauswertung: Beratungstypus in Abhängigkeit der Kontaktdichte

Tabelle 16: Zwischenauswertung: Beratungstypus in Abhängigkeit der Kontaktdichte, Ergebnis in absoluten Zahlen

Kontakte	Ausführliche Beratung	7a-Beratung	Keine Angabe	Gesamt
bis 3 Kontakte	28		1	29
mehr als 3 Kontakte	5	11		16
keine Angabe		2		2
Gesamtergebnis	33	13	1	47

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Tabelle 17: Zwischenauswertung: Beratungstypus in Abhängigkeit der Kontaktdichte, Ergebnis in Prozent

Kontakte	Ausführliche Beratung	7a-Beratung	Keine Angabe	Gesamt
bis 3 Kontakte	96,55%	0,00%	3,45%	100,00%
mehr als 3 Kontakte	31,25%	68,75%	0,00%	100,00%
keine Angabe	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Gesamtergebnis	70,21%	27,66%	2,13%	100,00%

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Bei denjenigen Fällen, die bis drei Kontakte mit den Pflegestützpunkten hatten, nahmen rund 96 Prozent der Teilnehmer eine ausführliche Beratung in Anspruch. Im Kontext der Beratungsfälle mit mehr als drei Kontakten ändern sich die Verhältnisse. Dort sind es lediglich 31,25 Prozent, die eine ausführliche Beratung nutzen und 68,75 Prozent, deren Situation eine 7a-Beratung erforderte.

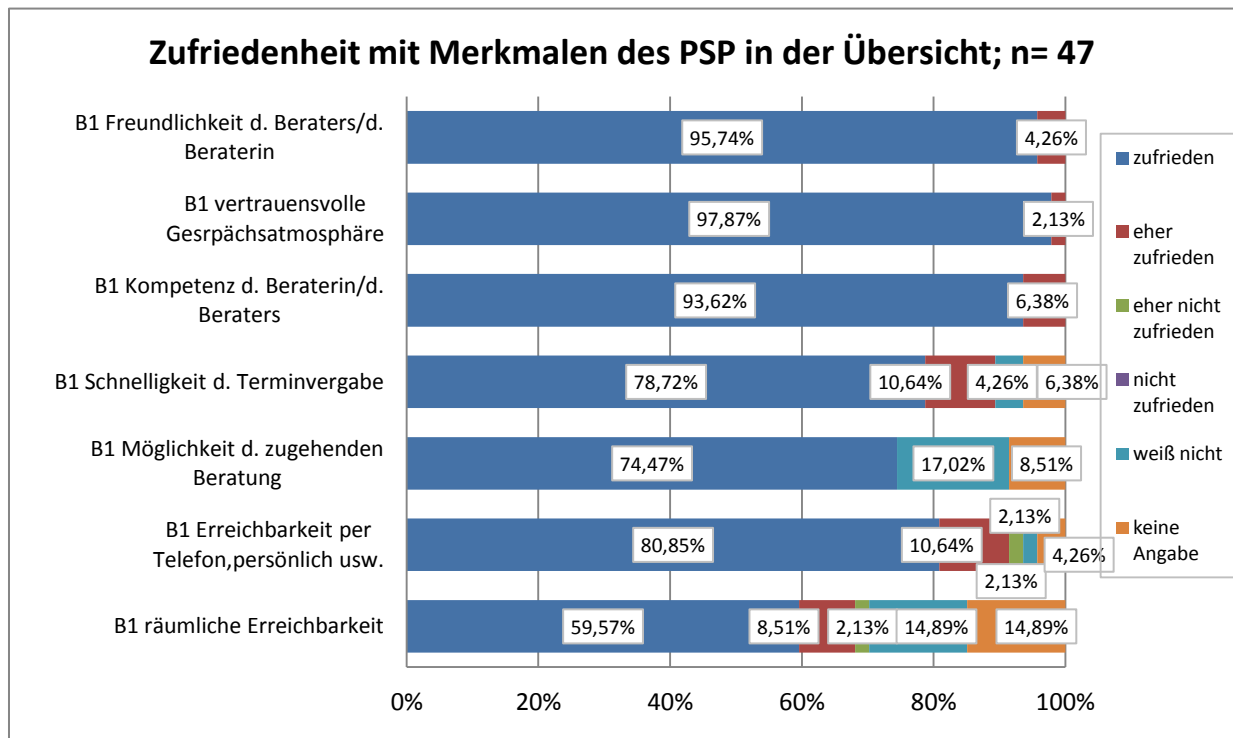
Ergebnisse zu den inhaltlichen Fragen

Dieser Abschnitt folgt in der Ergebnisvorstellung dem Aufbau des Fragebogens. Zunächst wird die Frage nach der Zufriedenheit der Klienten/innen mit Strukturmerkmalen der Pflegestützpunkte vorgestellt, worauf sich die Ergebnisse zur Bewertung der Bedeutsamkeit dieser Merkmale anschließt. Die Ergebnisse zu Merkmalen der konkreten Beratungssituation (Prozess-, Ergebnisqualität) schließen sich diesen Ausführungen an. Abschließend finden sich Eindrücke aus den offenen Fragen am Schluss des Fragebogens.

Frage nach der Zufriedenheit mit ausgewählten Merkmalen des Pflegestützpunktes

Insgesamt zeigte sich ein Bild der hohen Zufriedenheit mit der Arbeit der Pflegestützpunkte. Die vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre, die Freundlichkeit sowie die Kompetenz der Berater/innen wurden von den Befragten am positivsten beurteilt (jeweils rund 95 Prozent Zufriedenen). Danach folgte der Aspekt der generellen Erreichbarkeit per Telefon usw. mit rund 80 Prozent Zufriedenen und rund elf Prozent eher Zufriedenen. Die Schnelligkeit der Terminvergabe lag mit 78,72 Prozent Zufriedenen, 10,64 Prozent eher Zufriedenen und rund 13 Prozent „Nichtwissenden“/keine Angaben auf Platz fünf der Bewertungsrangliste.

Tabelle 18: Zufriedenheit mit Merkmalen des Pflegestützpunktes



Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

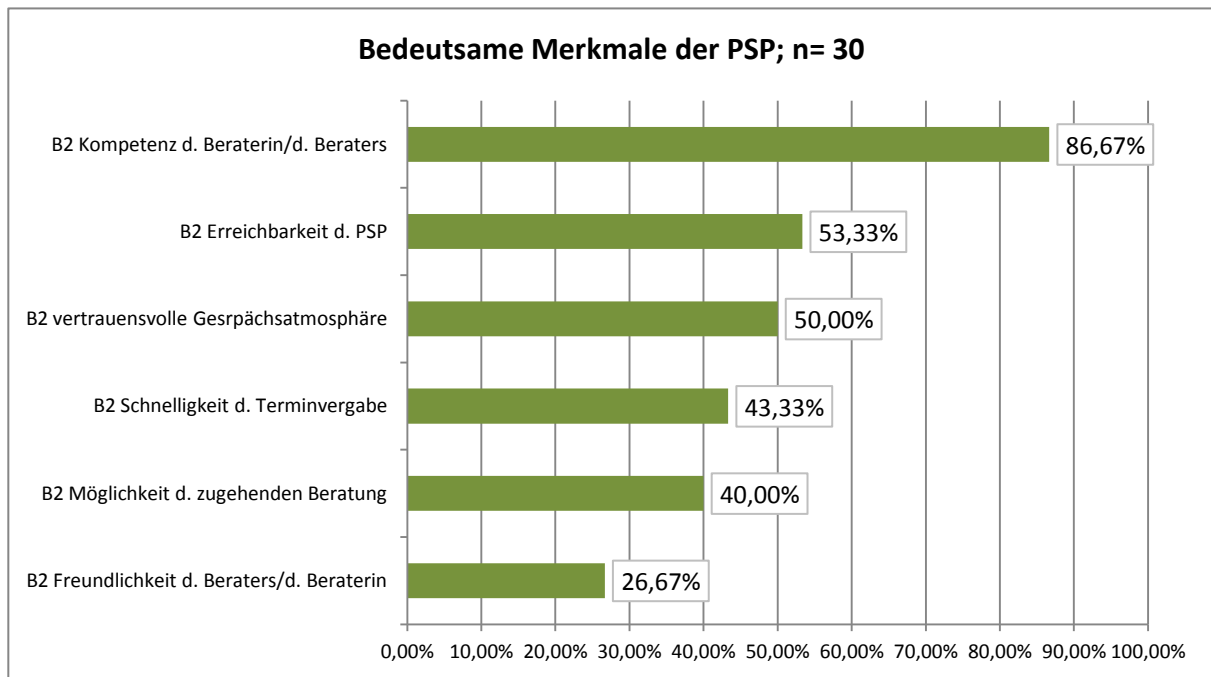
Danach folgt der Aspekt „räumliche Erreichbarkeit“ mit rund 75 Prozent Zufriedenen und rund 25 Prozent Antworten, die in die Kategorien „weiß nicht“ und „keine Angaben“ fallen. Das Merkmal der räumlichen Erreichbarkeit bildet den Abschluss mit rund 60 Prozent Zufriedenen und zehn Prozent eher Zufriedenen. Der Anteil an Antworten aus den Kategorien „weiß nicht“ und „keine Angaben“ umfasste insgesamt rund 32 Prozent. Dieser hohe Prozentsatz führte zu einer Anpassung des Fragebogens durch die Aufnahme einer zusätzlichen Antwortkategorie, die es den Klienten/innen ermöglicht, ein für sie nicht relevantes Merkmal als solches zu kennzeichnen.

Frage nach der Bedeutsamkeit ausgewählter Merkmale des Pflegestützpunktes für die Befragten

Gefragt nach Merkmalen, die den Ratsuchenden an den Pflegestützpunkten besonders wichtig sind, ergeben sich die Ergebnisse der nachfolgenden Grafik.

Am bedeutsamsten wurde mit rund 87 Prozent eine hohe fachliche Kompetenz der Berater/innen eingeschätzt, was nicht weiter verwunderlich ist. Danach folgen mit einigem Abstand eine gute Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes (53,33 Prozent) sowie eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre während der Beratung (50,0 Prozent). Eines der wesentlichen Merkmale der Leistungen der Pflegestützpunkte, das Angebot der zugehenden Beratung, wird von rund 40 Prozent der Befragten als besonders wichtiges Merkmal gewertet.

Tabelle 19: Bedeutsame Merkmale der Pflegestützpunkte



Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Diese eher geringe Bedeutsamkeit überrascht. Eine Erklärung könnte sein, dass die meisten Befragungsteilnehmer Angehörige waren, die in der Regel noch mobiler als die Pflegebedürftigen selbst und daher auf die zugehende Beratung weniger angewiesen sind.

Als am wenigsten Bedeutsam wurde das freundliche Beratungspersonal bewertet.

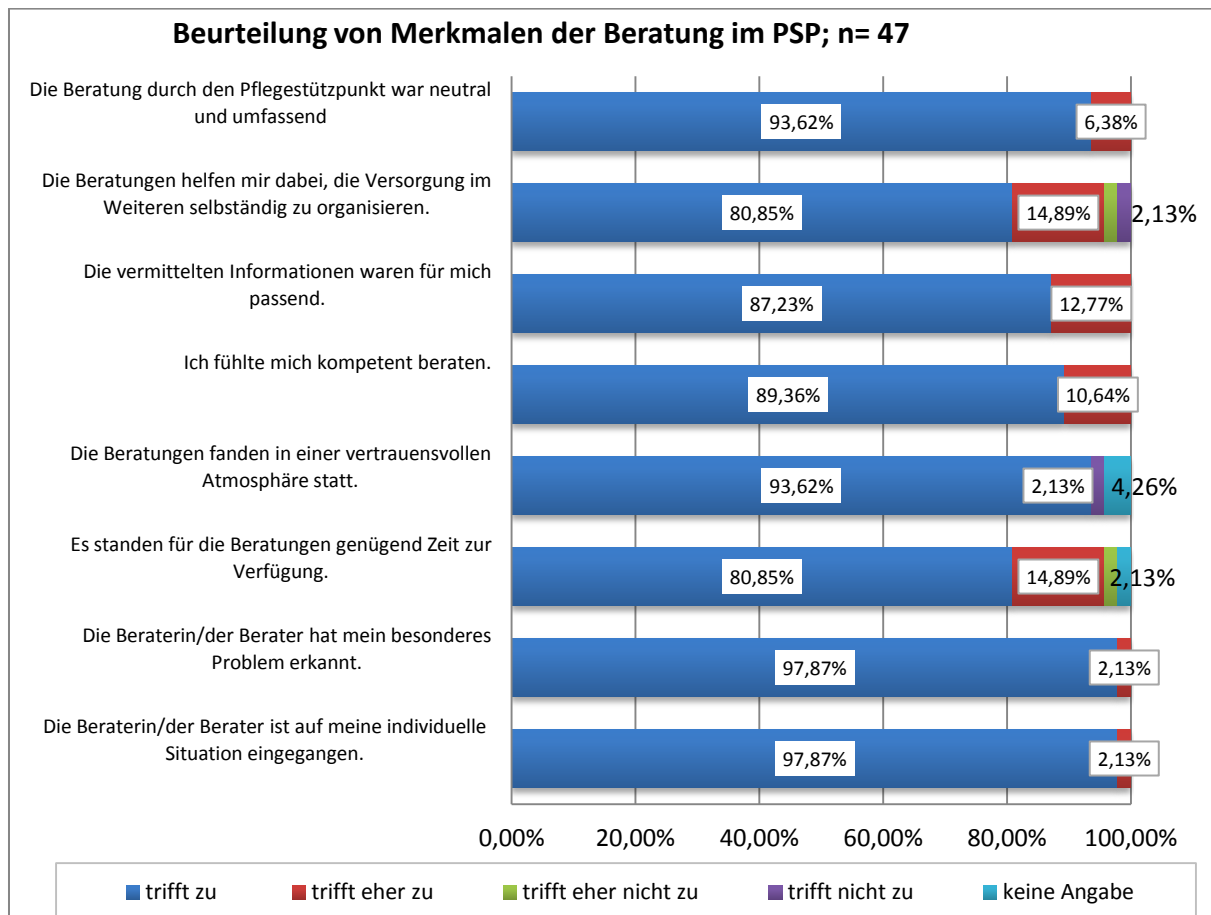
Frage nach der Einschätzung zu Merkmalen der Pflegestützpunkt-Beratung durch die Ratsuchenden

Insgesamt fanden sich auch im Hinblick auf die konkrete Beratungssituation ausgeprägt positive Einschätzungen durch die Probanden.

Wie Tabelle 20 zeigt, gaben rund 98 Prozent der Probanden an, ihr spezielles Problem wurde von den Beratern/innen erkannt und ihre individuelle Situation berücksichtigt. Eine ähnlich hohe positive Beurteilung erlangten die Fragen, ob die Beratung durch den Pflegestützpunkt neutral und umfassend und die Gesprächsatmosphäre vertrauensvoll gewesen sei mit rund 94 Prozent voller Zustimmung.

Am „kritischsten“ wird die Frage beurteilt, ob die Beratungen halfen, die Versorgung im Weiteren selbständig zu organisieren. Hier gaben zwar auch rund 81 Prozent der Befragten an, dies träfe für sie zu, aber 15 Prozent konstatieren, bei ihnen träfe dies „nur“ eher zu.

Tabelle 20: Beurteilung von Merkmalen der Beratung im Pflegestützpunkt



Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Zentrale Ergebnisse aus den offenen Fragen

Die Antworten auf die erste offene Frage („Was kann im Pflegestützpunkt noch besser gemacht werden?“) ergeben in der Gesamtschau keine stützpunktübergreifenden Anregungen. Wenn eine Anregung benannt wurde, was nur in rund einem Viertel aller Fragebögen der Fall war, war diese stützpunktspezifisch.

Anders sah die Situation im Bereich der globalen Zufriedenheitseinschätzung („Alles in Allem: Fühlten Sie sich gut beraten?“) aus. Zunächst einmal haben rund 90 Prozent der Probanden diese Frage beantwortet. Einhellige Meinung war stützpunktübergreifend, die Berater seien sehr freundlich, zuvorkommend und höchst kompetent. Die Menschen fühlten sich gut aufgehoben und gut informiert.

Im Rahmen von Frage drei (“Platz für weitere Kommentare und Anregungen“) bedankten sich die Probanden in der Regel für die erhaltene Beratung und äußern ihre positive Meinung über die Einrichtung der Pflegestützpunkte und dass Sie sich bei den Berater/innen sehr gut aufgehoben gefühlt haben.

Zusammenfassung

Folgenden zentralen Erkenntnisse lassen sich aus den Ergebnissen der Kundenzufriedenheitsbefragung ableiten.

Die meisten Probanden waren Angehörige, die zumeist eine ausführliche Beratung und keine 7a-Beratung wünschten. Die Beratung fand in der Hälfte der Fälle im Pflegestützpunkt und in einem Drittel der Fälle in der Häuslichkeit der Klienten/innen statt. Zudem beschränkte sich bei zwei Dritteln der Teilnehmer die Kontakthäufigkeit mit dem Pflegestützpunkt auf unter drei Kontakte. Relevante Beratungsthemen waren insbesondere die Themenfelder Antragsstellung, Entlastungsangebote und allgemeine Informationen zu Versorgungsmöglichkeiten.

Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit einzelnen Merkmalen der Pflegestützpunkte konnte eine sehr positive Einschätzung der Probanden konstatiert werden. Als am bedeutsamsten wird die Kompetenz eines Beraters/einer Beraterin eingeschätzt, am wenigsten bedeutsam ihre/seine Freundlichkeit. Mit Blick auf die konkrete Beratungssituation und deren Prozess-, Ergebnisqualität zeichneten die Antworten der Teilnehmer ein durchweg positives Bild. Stützpunktübergreifend lassen sich anhand der Antworten auf die offenen Fragen keine grundsätzlichen Anpassungsnotwendigkeiten der Pflegestützpunkte an nicht erfüllte Bedarfe der Klienten/innen erkennen. Vielmehr spiegelte sich das positive Bild aus den vorausgegangenen Antworten zur Zufriedenheit mit bestimmten Merkmalen und zu Merkmalen der Beratungssituation auch an dieser Stelle wieder.

Ergebnisse zum methodischen Vorgehen

Im Rahmen der Ergebnispräsentation der stützpunktspezifischen Befragungsergebnisse erfolgte auch die Einholung eines Feedbacks zum Vorgehen in der Testphase. Insgesamt wurden keine Probleme oder Änderungswünsche von Seiten der Berater/innen beschrieben. Auf Rückfrage stellte sich jedoch heraus, dass es trotz schriftlicher Vorgehensbeschreibung und vorbereitender Gespräche Unterschiede in den Vorgehensweisen der Pflegestützpunkte gab. Diese Unterschiede könnten die in Teilen erheblich abweichende Anzahl an versandten Fragebögen je Pflegestützpunkt und der entsprechenden Rückläufe erklären, die sich in der Auswertung zeigten.

Die zwei zentralen Unterschiede bezogen sich zum einen auf die Information der Ratsuchenden während der Beratung über die Kundenzufriedenheitsbefragung und den Hinweis, dass sie in den nächsten Tagen hierzu einen Fragebogen erhalten würden. Ein Pflegestützpunkt informierte seine Klienten/innen nicht, was bei den Klienten/innen bei Eintreffen des Fragebogens zum Teil zu Unsicherheit über den Zweck des Fragebogens geführt haben könnte. Es folgten im günstigsten Fall ein Anruf beim Pflegestützpunkt mit der Nachfrage nach Sinn und Zweck des Fragebogens. Im ungünstigsten Fall nahmen potentielle Proband/innen nicht teil, weil Sie nicht informiert waren.

Die zweite Abweichung vom geplanten Vorgehen stellte die Selektion möglicher Proband/innen durch die Pflegestützpunkte dar. Der ursprüngliche Plan war, dass alle

Klienten/innen, die mehr als eine bloße Auskunft als Beratungsleistung in Anspruch nahmen, in die Befragung einbezogen werden sollten. Als Auswahlgründe wurden angegeben:

- kognitive Einschränkung der Klient/innen,
- mangelnde Deutschkenntnisse,
- unpassende Situation.

Die Gründe sind einerseits nachvollziehbar, allerdings schien der Grad der Selektion von Pflegestützpunkt zu Pflegestützpunkt unterschiedlich stark ausgeprägt, was natürlich zu einer unterschiedlich hohen Anzahl an versandten Fragebögen und damit auch zu unterschiedlichen Rückläufen führte.

Sollte die Kundenzufriedenheitsbefragung später zur vergleichenden Evaluation der Pflegestützpunkte eingesetzt werden, müssen die Einschlusskriterien für potentielle Probanden für alle Pflegestützpunkte klar definiert und umsetzbar sein. Ansonsten kommt es zu Verzerrungen in den Ergebnissen.

4.4.6 Verstetigungsplanung

Im Dezember 2011 sprach der Steuerungsausschuss die Empfehlung an die Pflegestützpunkte aus, die Kundenzufriedenheitsbefragung freiwillig nutzen zu können. Damit dies für die Pflegestützpunkte möglichst einfach geschehen kann, erstellte die wissenschaftliche Begleitung ein Auswertungstool sowie eine Kurzanleitung für seine Nutzung. Das Auswertungstool ist im Grunde eine Excel-Datei die mit Funktionen so programmiert wurde, dass nach der Dateneingabe alle Rechenschritte automatisiert ablaufen. In Ergänzung zu den Auswertungen, die im vorherigen Kapitel vorgestellt wurden, beinhaltet das Auswertungstool auch Programmierungen für Kreuztabellen. Diese beinhalten Kombinationsauswertungen von allgemeinen und inhaltlichen Fragen. So können Fragen wie bspw. „Ist die Zufriedenheit mit der Beratung vom Geschlecht des Ratsuchenden abhängig?“ gerechnet werden. Zu den Ergebnissen jeder Frage gibt es eine Tabelle mit absoluten und eine Tabelle mit relativen Häufigkeiten sowie ein vorprogrammiertes Diagramm. Zusätzlich erstellte die wissenschaftliche Begleitung noch ein kurzes Auswertungsmanual für die Pflegestützpunkte, in dem das Vorgehen und der Umgang mit dem Auswertungstool beschrieben werden.

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung der wissenschaftlichen Begleitung erhielt jeder Pflegestützpunkt ein „KuZu-Starterpaket“. Dieses Paket enthielt die Vorlage für das Anschreiben des Fragebogens, den Vorgehensplan, 100 ausgedruckte Fragebögen, auf CD den Fragebogen als PDF für den Nachdruck, das Excel-Auswertungstool sowie eine Kurzanleitung für das Auswertungstool.

5. Vernetzung der Pflegestützpunkte

Eine Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung bestand darin, die Pflegestützpunkte bei ihrer Aufgabe zur regionalen Vernetzung zu unterstützen. Im Folgenden sollen zunächst die rechtlichen Regelungen und damit die Aufgaben, welche der Terminus „regionale Vernetzung“ umfasst, umrissen werden.

5.1 Gesetzliche Aufgaben der Vernetzung der Pflegestützpunkte:

Die Pflegestützpunkte haben neben der Aufgabe, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu informieren und zu beraten, als zweiten Schwerpunkt verschiedene Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben. Diese sind folgendermaßen gesetzlich bestimmt:

Elftes Sozialgesetzbuch, § 7a Abs. 1:

„Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere, (...) einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen, (...).

Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen.“

Elftes Sozialgesetzbuch, § 92c:

„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.

Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. (...)

Die Träger

sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,

haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,

sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,

können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,

sollen im Hinblick auf Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit den Trägern der Arbeitsförderung nach dem dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem zweiten Buch zusammenarbeiten.“

Hessische Allgemeinverfügung vom 8.12.2008:

„Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist die Einrichtung von Pflegestützpunkten erforderlich, um vorhandene Angebote der Beratung und Hilfe für ältere und für pflegebedürftige Menschen zu bündeln, zu koordinieren und weiterzuentwickeln sowie neue Angebote in bisher unzureichend oder gar nicht versorgten Regionen zu schaffen und diese Angebote insgesamt an vergleichbaren Standards auszurichten. (...)

Die auf der Grundlage dieser Allgemeinverfügung eingerichteten Pflegestützpunkte haben neben ihren gesetzlichen Aufgaben nach § 92 c 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.“

Rahmenvertrag Hessen (§ 4):

„Vernetzung

Pflegestützpunkte initiieren und fördern die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsangebote.

Förderung der Koordination

Pflegestützpunkte leisten einen Beitrag zur Abstimmung und Koordinierung der für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote.

(...)

Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement

Pflegestützpunkte

binden in ihre Arbeit Selbsthilfegruppen ein,

begleiten und fördern das Engagement von Angehörigen und Freiwilligen und stärken damit die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Pflege.

Einbindung von kirchlichen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen

Kirchen, gesellschaftliche Träger und Organisationen sollen ihre Angebote und Unterstützungsleistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen im Pflegestützpunkt bekannt machen.“

Die Gesetze und Verordnungen beinhalten eine Vielzahl verschiedener Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben, die für die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung entsprechend ihrer Funktionen für die Pflegestützpunktarbeit folgendermaßen systematisiert wurden:

Vernetzung der Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister auf der Einzelfallebene. Das Ziel dieser Vernetzung für die Pflegestützpunkte besteht darin, dass sie Transparenz über Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister erhalten, diese pflegen und Kooperationen mit den regionalen Dienstleistern auf der Einzelfallebene eingehen. Konkret können diese Vernetzungsaktivitäten z.B. im Erstellen einer Datenbank, in persönlicher Kontaktaufnahme oder in Absprachen für das Vorgehen im Einzelfall umgesetzt werden.

Systemische Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems. Ziele sind, die Vernetzung von aufeinander abgestimmten Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsangeboten sowie planende und koordinierende Aufgaben beim Aufbau von regionalen Netzwerken und beim bedarfsorientierten weiteren Ausbau der Angebote. Diese systemische Vernetzung kann z.B. durch die Mitarbeit in bestehenden Vernetzungsstrukturen, die Initiierung und Koordinierung von Vernetzungen regionaler Akteure (z.B. zum Thema Demenz, palliative Versorgung etc.) und die Mitarbeit in der regionalen Strukturplanung erfolgen.

Öffentlichkeitsarbeit und Marketing. Dies ist ein dritter Bereich der regionalen Vernetzung, der in dieser Form in den Gesetzen nicht explizit genannt wird, aber gleichwohl von grundlegender Bedeutung für die Arbeit jedes Pflegestützpunktes ist. Ziel ist die Verbreitung von Informationen über das Angebot des Pflegestützpunktes. Dies kann z.B. durch die direkte Information potenzieller Kunden und deren Angehöriger geschehen, durch die gezielte Information von Multiplikatoren, die Verbreitung von Info- und Werbematerial, durch Veranstaltungen oder Medienarbeit geschehen.

5.2 Funktionale Vernetzungsformen

Im Folgenden werden die einzelnen Vernetzungsformen, spezifische Anforderungen an die Pflegestützpunkte sowie Erfahrungen der Pflegestützpunkte im Umgang mit den Vernetzungsformen genauer vorgestellt. Da im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung keine Evaluation der Vernetzungsarbeit vorgenommen wurde, wurden die Erfahrungen der Pflegestützpunkte nicht systematisch erfasst und ausgewertet, sondern waren vielmehr beständig als Themen in den Interviews und bei den Workshops präsent.

5.2.1 Vernetzung und Koordinierung der Angebote und Leistungsspektren der regionalen Anbieter auf der Einzelfallebene

Um Beratungen im Pflegestützpunkt qualitativ hochwertig und effizient durchführen zu können, ist eine profunde Feldkenntnis über die regionalen Anbieter von gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote notwendig. Neben den Kontaktdaten sind Informationen über die differenzierten Leistungsangebote und –profile ebenso sinnvoll wie Kenntnisse über Quantität und Qualität von aktuellen freien Kapazitäten. Sind diese Informationen vorhanden, so können Berater/innen den Ratsuchenden

- die im regionalen Versorgungssystem am besten passenden Angebote vermitteln,
- Angebote vermitteln, bei denen auch freie Kapazitäten vorhanden sind,
- ohne Zeitverlust für lange Recherchen den Beratungsprozess schnell und effizient gestalten.

Damit hat die Informationsdichte eine unmittelbare Auswirkung auf die Qualität und die Effizienz der Arbeit. Gleichzeitig ist die Wissensgenerierung zeitaufwändig.

Die Erfahrung der hessischen Pflegestützpunkte zeigt, dass insbesondere in der Phase direkt nach der Eröffnung eines Pflegestützpunktes, solange die Zahl der Ratsuchenden noch klein war, diese Vernetzungstätigkeit intensiv und systematisch betrieben werden konnte. Nahmen die Beratungsanfragen zu, verlagerten sich die Vernetzungsaktivitäten vielfach von einer proaktiven Kontaktaufnahme im Vorfeld des Beratungsgeschehens auf eine Kontaktaufnahme im Zuge eines konkreten Beratungsgeschehens.

Es können vier Wege der Kontaktaufnahme mit den Leistungsanbietern unterschieden werden:

- Proaktive Kontaktaufnahme durch den Pflegestützpunkt und Austausch im Vorfeld konkreter Beratungskontexte,
- Proaktive Kontaktaufnahme durch den Leistungsanbieter und andere Kooperationspartner wie z.B. ambulante Dienste, Demenznetzwerke etc. vor einer konkreten Zusammenarbeit.
- Kontaktaufnahme durch den Pflegestützpunkt im Zuge eines konkreten Beratungsgeschehens.

- Kontaktaufnahme durch Leistungsanbieter und andere Kooperationspartner im Zuge einer konkreten Zusammenarbeit.

Alle hessischen Pflegestützpunkte haben sich zum Ziel gesetzt, ein möglichst umfassendes Wissen über die regionalen Leistungsanbieter, zu denen neben professionellen Anbietern auch ehrenamtliche Angebote gezählt werden, zu akkumulieren. Allerdings sind die Voraussetzungen für die Pflegestützpunkte sehr unterschiedlich, je nachdem, ob sie

(1) mit ihrer Institution an bereits bestehende Beratungsstellen anschließen und/oder erfahrene Berater/innen aus bereits langjährig bestehenden Beratungsstellen in den Pflegestützpunkt wechseln, die ihr Wissen um die regionalen Versorgungsstrukturen mitbringen, oder ob

(2) ein in der Region nicht erfahrenes Team eine völlig neue Beratungsinfrastruktur aufbaut.

Im ersteren Fall kann meist durch langjährige Kooperationen mit den Leistungsanbietern auf einen großen Erfahrungsfundus und damit ein breites Wissen zurückgegriffen werden. Hier ergibt sich vor allem die Notwendigkeit, den Berater/innen der Pflegekassen, die in allen Pflegestützpunkten neu angefangen haben, dieses Wissen zu erschließen. Im zweiten Fall liegen keine direkten Erfahrungen mit Leistungsanbietern vor. In manchen Kommunen wurde bereits im Vorfeld durch den/die Altenhilfeplaner/in entsprechende Informationen zusammengetragen und systematisiert, womöglich auch zu einer Informationsbroschüre verarbeitet. Hier ergeben sich zwei Notwendigkeiten: Erstens müssen diese Informationen und Daten ständig aktualisiert und weiter vervollständigt werden und zweitens gilt es, die Leistungsanbieter auch persönlich kennenzulernen, um den Pflegestützpunkt mit seiner Arbeit vorzustellen und sich über das Angebotsportfolio der Leistungsanbieter genauer zu informieren.

Die meisten Pflegestützpunkte sammeln und systematisieren Informationen in Datenbanken. Zum Teil sind solche Datenbanken zu regionalen Hilfs- und Unterstützungsangeboten in den Sozialverwaltungen der Kommunen, bei bestehenden kommunalen Beratungs- und Koordinierungsstellen oder bei den Pflegekassen bereits vorhanden. Es handelt sich allerdings oft um Adressenlisten mit Kontaktdaten, die einmal erstellt, aber in der Folge nicht regelmäßig gepflegt und aktualisiert wurden. Die meisten Pflegestützpunkte arbeiten zurzeit (Januar 2012) noch dezentral und mit uneinheitlichen Systemen, die auf den vorgefundenen Strukturen aufbauen und sukzessive ausgebaut und vervollständigt werden. Mit der weitergehenden Inbetriebnahme der Syncase-Dokumentationssoftware kann auch der Aufbau einer Leistungsanbieterdatenbank in das System integriert werden. Bis zum Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung war hier aber noch keine endgültige Systematik beschlossen und entsprechend war die technische Umsetzung noch nicht vollständig ausgereift.⁸

Grundsätzlich bieten Aufbau und Pflege einer Leistungsanbieterdatenbank die Notwendigkeit und Chance, mit den regionalen Akteuren in Kontakt zu treten, sich gegenseitig kennenzulernen und die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen. Insbesondere für kleinere Anbieter im regionalen Umfeld, bürgerschaftlich Engagierte und Vereine ist hierfür das persönliche Kennenlernen sehr wichtig. Vielen Pflegestützpunkten haben deshalb nach der Eröffnung Besuche bei ambulanten Diensten,

⁸ Michell-Auli et al. (2009, 70 ff.) haben Anregungen für die Systematisierung einer Datenbank erarbeitet.

stationären Einrichtungen und anderen wichtigen Leistungsanbietern durchgeführt mit dem Ziel, sich kennenzulernen und eine Basis für die künftige Zusammenarbeit zu legen.

Kennenlernen, Informationen sammeln und Vernetzung mit den Leistungserbringern kann auch über eine Beteiligung an Arbeitsgruppen und Gremien, in denen die Leistungserbringer und deren Verbände sich organisieren, stattfinden. Zudem kann der Pflegestützpunkt selbst Gespräche mit einzelnen oder mehreren Leistungserbringern initiieren und dort Möglichkeiten von Kooperationen besprechen.

Wie schon in den Pilot-Pflegestützpunkten haben die hessischen Pflegestützpunkte auch in Bezug auf das bürgerschaftliche Engagement in der Regel zunächst die regional vorhandenen Angebote erfasst und entsprechende Informationen an Ratsuchende weitergeben. Für die bürgerschaftlich Engagierten ergibt sich daraus der Vorteil, dass der Pflegestützpunkt über das ehrenamtliche Angebot informiert und Betroffene direkt an die Initiativen vermittelt.

5.2.2 Systemische Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems

Nach dem Auftrag der Gesetzgeber sollen Pflegestützpunkte die Angebote der Leistungsanbieter aufeinander abstimmen und das regionale Versorgungssystem bedarfsgerecht weiterentwickeln. Beide Aufträge erfordern längerfristig angelegte Vernetzungsprozesse, die dazu führen, dass die verschiedenen Akteure nicht nur zusammenarbeiten, sondern sich in ihrem Handeln und in ihren Angeboten so in das Versorgungssystem einbringen, dass das Gesamtsystem sich produktiv weiterentwickelt. Hierfür müssen sie ggf. bereit sein, bezüglich ihrer Produktpalette, der Formen von Kooperationen oder des Schnittstellenmanagements Änderungen ihrer bisherigen Vorgehensweise vorzunehmen.

Diese Koordination und Kooperation verschiedener Akteure und Akteursgruppen durch eine systemische Vernetzung hat letztlich zum Ziel, die Grundlagen für die Beratungsarbeit so zu verbessern, dass alle Ratsuchenden und Pflegebedürftigen in optimaler Weise bedarfsgerecht und wohnortnah versorgt werden und länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können.

Diese systemische Vernetzung wurde für einen anderen Dienstleistungsbereich, nämlich für die Unterstützungsstrukturen für Alleinerziehende, mit dem Konzept der so genannten Produktionsnetzwerke konkretisiert (vgl. Reis et al., 2010)⁹. Dieses Konzept ist unseres Erachtens gut auf den Kontext der Pflegestützpunkte zu übertragen. In Produktionsnetzwerken werden in Abstimmungsprozessen gemeinsam Produkte entwickelt, die das Zusammenarbeiten im Hinblick auf ein gemeinsames Ziel erleichtern oder verbessern. Dies kann z.B. ein Instrument für die Überleitung einer Klientin von einem Akteur zum nächsten sein, es kann eine Absprache über den Umgang mit Dringlichkeitsfällen oder eine gemeinsame öffentliche Kampagne betreffen. Ein Pflegestützpunkt kann als zentraler Akteur ein solches Produktionsnetzwerk initiieren.

⁹ Bericht aus dem Projekt „Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehenden im SGB II“, Fachtagung am 29.11.2010, Institut für Stadt- und Regionalentwicklung, FH-Frankfurt

Im Folgenden wird ein grober Fahrplan für den Aufbau eines Produktionsnetzwerkes vorgestellt, um zu veranschaulichen, was mit einem Produktionsnetzwerk gemeint ist (vgl. auch Schubert 2005).

Produktionsnetzwerk – mögliches Vorgehen

Übersicht über Akteure erstellen: Eruiere, welche Akteure und Akteursgruppen in der Region im relevanten Handlungsfeld „Pflege, Betreuung, ärztliche Versorgung, hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Beratung, Angehörigenbetreuung, Selbsthilfe, Ehrenamt etc.“ aktiv sind.

Sondierungsgruppe zusammenstellen: Auswahl von Akteuren für ein erstes Sondierungstreffen vornehmen, nicht mehr als 5 – 10 interessierte Personen verschiedener Akteursgruppen, ggf. Multiplikatoren, Funktionsträger.

Sondierungstreffen: Erstes Ziel wäre das Eruiere, ob es in der Region einen Bedarf für ein Produktionsnetzwerk gibt. Ein Indikator hierfür wäre, ob es lokale Diskurs oder öffentliche Debatten gibt, welche Handlungsnotwendigkeiten erkennen lassen. Fehlen solche Diskurse und funktioniert das Zusammenspiel, die Koordination und die Kooperation der Akteure gut, dann wird auch kein Produktionsnetzwerk benötigt. Wird ein Bedarf konstatiert, so hat die Sondierungsgruppe die Aufgaben,

- die Zielgruppe der am Netzwerk beteiligten Akteure zu bestimmen,
- erste Ziele zu identifizieren. Ziele beziehen sich auf bestimmte Wirkungen, die durch die Netzwerkarbeit erreicht werden sollen.
- zu bestimmen, wer das Netzwerk und seinen Aufbau managt, wer entsprechende personelle und weiteren Ressourcen hierfür zur Verfügung stellt.

Netzwerkausweitung: Eine Ausweitung erfolgt auf weitere Akteure, die im Hinblick auf die Zielerreichung wichtig scheinen. Grundlegende Anforderungen an die beteiligten Akteure/Organisationen sind:

- Offenheit,
- Kooperationsbereitschaft,
- Konfliktfähigkeit,
- Veränderungsbewusstsein und -bereitschaft,
- Beteiligung sowohl der Leitungsebene als auch der operativen Ebene,
- umfasst ein Netzwerk viele Akteure, evtl. Einrichtung eines Steuerungsgremiums.

Grundsätze für die Koordination/Moderation der Arbeit im Netzwerk: Haltung der Netzwerkkoordination/-moderation:

- Wertschätzung für alle Akteure,
- Sensibilität für die Eigenlogiken der Akteure,

- Unterschiede und verschiedene Sichtweisen herausarbeiten statt harmonisieren.
- Konflikte werden nicht wegmoderiert sondern produktiv genutzt für die Profilierung der Akteure, um die unterschiedlichen Interessen deutlich zu machen.
- Schonender Umgang mit den Ressourcen der Beteiligten:
- Das Netzwerk wird nur aktiv, wenn ein Problem identifiziert wird, für das Lösungen erarbeitet werden müssen,
- Treffen nur mit Personen, die auch für die Bearbeitung des Problems notwendig sind (Teilnetzwerke),
- gute Vorbereitung, ausgearbeitetes Programm und gute Moderation der Treffen.

Kommunikation im Netzwerk:

- Transparenz innerhalb des Netzwerks über Informationsvermittlung und Protokolle,
- absolute Vertraulichkeit bei den Treffen, wenn es das Thema erfordert und/oder die Akteure dies wünschen,
- Verbindlichkeit der Absprachen,
- Neutralität der Moderation, evtl. externe Vergabe der Koordinations- und Moderationsaufgabe.
- Neutralität des Ortes (Öffentliche Räume, Hochschule etc.)

Dieser beispielhaft skizzierte Ablauf macht deutlich, dass Produktionsnetzwerke längerfristig angelegte, anspruchsvolle Vernetzungsprojekte sind, die systematisch betrieben werden müssen, Initiatoren benötigen und einen guten Rückhalt bei den Akteuren erfordern. Zudem benötigen insb. die Initiatoren zeitliche Ressourcen, um die Netzwerke zu betreiben und weiterzuentwickeln.

Die meisten Kooperationen zwischen Pflegestützpunkten und anderen Akteuren basieren dagegen nicht auf solchermaßen systematisierten Abstimmungsprozessen, sondern auf persönlichen Kontakten und vertraglich nicht geregelten Absprachen, wie Erfahrungen aus den Pilot-Pflegestützpunkten (vgl. Michell-Auli et al., 2009, S. 73) und den hessischen Pflegestützpunkten zeigen. Dies erweist sich in der Praxis als unkompliziert, da es unbürokratisch ist, und es scheint oft gut zu funktionieren. Bei vertraglichen Regelungen mit Akteuren des Versorgungssystems, die den Pflegestützpunkt betreffen, ist es aufgrund der Trägerstruktur sowohl auf kommunaler Seite als auch auf Seite der Pflegekassen unter Umständen notwendig, mehrere übergeordnete Hierarchiestufen in den Vertragsentwicklungsprozess einzubeziehen, was komplexe Abstimmungsprozesse erfordert. Zudem erweisen sich vertragliche Regelungen als weniger flexibel. Dies und möglicherweise auch fehlendes Fachwissen und mangelnde Ressourcen mögen dafür verantwortlich sein, dass eine systematische Vernetzung und Entwicklung der Versorgungsstruktur z.B. entsprechend der skizzierten Produktionsnetzwerke bei den hessischen Pflegestützpunkten bislang nicht stattgefunden hat.

Im Sommer 2011 hat das IWAK eine Vernetzungsfortbildung für die Berater/innen der hessischen Pflegestützpunkte initiiert, die von Tina Hobusch (FH Frankfurt, Projekt „Unterstützungsstrukturen für Alleinerziehende“) durchgeführt wurde. Bei dieser Fortbildung wurde das Fachwissen zur Initiierung und Moderation eines solchen Produktionsnetzwerkes an die beteiligten Pflegestützpunktmitarbeiter/innen vermittelt.

Die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und die systemische Vernetzung des Pflegestützpunktes mit bürgerschaftlichem Engagement ist dem Gesetzgeber ein besonderes Anliegen. Das Bundesfamilienministerium honorierte ein entsprechendes Engagement der Pflegestützpunkte mit zusätzlichen 5.000 Euro als mögliche Aufstockung der Anschubfinanzierung bis zum 30.06.2011. Allerdings hat keiner der hessischen Pflegestützpunkte diese Mittel in Anspruch nehmen können. Es gab von einzelnen Pflegestützpunkten Ansätze zu einer systemischen Vernetzung mit bürgerschaftlichen Initiativen. Der Pflegestützpunkt des Hochtaunuskreises wollte z.B. eine Tagung für Gruppen des bürgerschaftlichen Engagements veranstalten mit dem Ziel, dass sich die Gruppen vorstellen, austauschen und Synergien und mögliche Kooperationen initiieren können. Fehlende Nachfrage der bürgerschaftlich Engagierten und terminliche Probleme führten dazu, dieses Vorhaben zunächst aufzuschieben. Möglichkeiten der Vernetzung mit bürgerschaftlichem Engagement zeigt z.B. der Pilot-Pflegestützpunkt Hamburg, der seine Räume z.B. für Info-Veranstaltungen, Gruppentreffen oder Sprechstunden der bürgerschaftlich Engagierten zur Verfügung stellt und damit die Struktur direkt fördert (vgl. Michell-Auli et al., 2010, S. 118f.). Auch können bürgerschaftlich Engagierte vom Pflegestützpunkt über Themen wie Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Medizin und rechtliche Regelungen informiert. Eine direkte Form der Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements kann z.B. auch im Betrieb einer Ehrenamtsbörse, der Schulung von Seniorenbegleitern gemeinsam mit Bildungseinrichtungen oder Verbänden etc. bestehen (vgl. Michell-Auli et al., 2009, S. 73f.). Alle diese Beispiele verdeutlichen, dass die vernetzenden Aktivitäten der Pflegestützpunkte mit bürgerschaftlichen Initiativen eine längerfristige Planung und einen zeitlichen Vorlauf benötigen, der bei den hessischen Pflegestützpunkten bis zum 30.06.2011 nicht ausreichend gegeben war.

5.2.3 Öffentlichkeitsarbeit und Marketing

Öffentlichkeitsarbeit und Marketing wird unter Vernetzung gefasst, weil hierfür mit unterschiedlichen Akteuren Kontakt aufgenommen werden muss. Zudem können alle anderen Vernetzungsformen generell auch die Funktionen der Öffentlichkeitsarbeit und des Marketing umfassen. Es lassen sich grundsätzlich verschiedene Strategien unterscheiden:

- Pressearbeit,
- Informationsverbreitung über Multiplikatoren,
- Kooperation mit anderen Akteuren des regionalen Versorgungssystems,
- Durchführung von eigenen Veranstaltungen und Mitwirkung an öffentlichen und Fachveranstaltungen.

Das Ziel ist immer die Verbreitung von Informationen darüber, dass es eine Beratungsstelle namens Pflegestützpunkt gibt, an welche Zielgruppe sich das Angebot des Pflegestützpunktes richtet, welches Angebot der Pflegestützpunkt für die Zielgruppe bereit hält,

möglicherweise, welches besondere Profil der Pflegestützpunkt im Vergleich zu anderen Beratungsstellen aufweist und natürlich wie der Pflegestützpunkt erreicht werden kann, also die Verbreitung der Kontaktdaten sowie Öffnungs- und Sprechstundenzeiten.

Öffentlichkeitsarbeit ist insbesondere in der ersten Zeit nach der Eröffnung die Voraussetzung dafür, dass Ratsuchende den Weg in den Pflegestützpunkt finden. Aber auch bei bereits etablierten Pflegestützpunkten muss aufgrund der Struktur der Zielgruppe kontinuierlich Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. Die meisten Menschen setzen sich erst mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit bei sich selbst oder bei Angehörigen mit dieser Thematik auseinander und verfügen vorher über keine oder nur sehr geringe Kenntnisse über die infrastrukturellen Angebote für Beratung. Aus diesem Grund muss diese „nachwachsende“ Klientel der Ratsuchenden immer aufs Neue über das Angebot informiert werden, bleibt Öffentlichkeitsarbeit und Marketing eine Daueraufgabe der Pflegestützpunkte.

Für die Pflegestützpunkte in Hessen wurden – ähnlich wie auch in anderen Bundesländern – als grundlegende Materialien und Werkzeuge für die Öffentlichkeitsarbeit durch den Steuerungsausschuss zentral für alle Pflegestützpunkte ein Logo und eine Vorlage für einen Flyer erstellt. Der Prozess insbesondere der Erstellung einer Vorlage für einen einheitlichen Flyer hat sich bis ins Jahr 2011 hingezogen. Dies bedeutete, dass die vorher eröffneten Pflegestützpunkte in Eigenregie Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit erstellt und verbreitet haben, oft unsicher darüber, welche Befugnis sie dazu haben. Zum Teil hat deshalb bei den „frühen“ Pflegestützpunkten eine systematische Öffentlichkeitsarbeit zunächst stockend begonnen.

Im Folgenden werden einige der Strategien der Öffentlichkeitsarbeit vor dem Hintergrund der Erfahrungen der hessischen Pflegestützpunkte diskutiert.

Eröffnungsfeier

Öffentlichkeitswirksamer Auftakt war bei allen Pflegestützpunkten eine öffentliche Eröffnungsfeierlichkeit mit zahlreichen geladenen Gästen, oft Bürgermeister/in und/oder Sozialdezernat/in, den Verantwortlichen der beteiligten Pflegekasse und natürlich der örtlichen Presse, die über diese Feier mit einer umfassenden Information über den Pflegestützpunkt berichtet hat. Diese Eröffnungsfeiern haben bei einem Teil der Pflegestützpunkte direkt mit der Aufnahme der Arbeit durch das Berater/innenteam stattgefunden. Bei ca. der Hälfte der Pflegestützpunkte gab es die offizielle Eröffnungsfeier erst einige Wochen oder sogar wenige Monate später. Diese spätere offizielle Eröffnung hatte unterschiedliche Gründe. Zum einen sollte insbesondere in Pflegestützpunkten, die eine neue Struktur aufgebaut haben und bei denen das Berater/innenteam nicht bereits in der Region verankert und bekannt war, zunächst eine Orientierungs- und Einarbeitungsphase vorgeschaltet werden, bevor initiiert durch die öffentliche Berichterstattung eine größere Nachfrage nach Beratung generiert wurde. Zum anderen gab es an manchen Standorten Probleme mit den Räumlichkeiten, die nicht rechtzeitig bezogen werden konnten. Für alle Pflegestützpunkte gilt aber, dass die Berichterstattung über die Eröffnung zu einer beträchtlichen Nachfragemwelle geführt hat. Gleichzeitig wurden durch die Veranstaltung und die Berichterstattung wichtige Netzwerkpartner angesprochen und zu einer ersten Kontaktaufnahme eingeladen.

Pressearbeit

Pressearbeit wurde von den Pflegestützpunkten als ein besonders wirksames Mittel der Öffentlichkeitsarbeit genannt. Allerdings muss nach der Eröffnungsfeier die Initiative zu einer weiteren Berichterstattung in der Regel vom Pflegestützpunkt selbst ausgehen. Anlässe hierfür können besondere Aktionen wie z.B. ein Netzwerktreffen mit anderen regionalen Akteuren sein, das einjährige Bestehen, eine Veröffentlichung der ersten Nutzerstatistiken oder eine Teilnahme an einer öffentlichen Veranstaltung wie etwa einer Dienstleistungsmesse oder ähnlichem. Immer bedeutet eine Presseberichterstattung, dass sehr viele Menschen zugleich Informationen über den Pflegestützpunkt erhalten und im Bedarfsfall darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie dort Unterstützung und Beratung erhalten. Die Pflegestützpunkte bemerken nach einer Berichterstattung regelmäßig einen großen Zuwachs an Nachfrage nach Beratung. In der Aufbauphase ist dieses Mittel der Öffentlichkeitsarbeit deshalb hoch wirksam. Bei einem etablierten Pflegestützpunkt, der bereits eine seiner Kapazität entsprechende Nachfrage verzeichnen kann, kann ein solcher Nachfragezuwachs zu Personalengpässen und Wartezeiten für die Klient/innen führen. Aus diesem Grund ist Öffentlichkeitsarbeit insbesondere auch in Form von Pressearbeit auch eine Form zur Regulation der Nachfrage nach Beratung.

Informationsverbreitung über Multiplikatoren und Kooperation mit anderen Akteuren des regionalen Versorgungssystems

Eine wichtige Form der Öffentlichkeitsarbeit läuft über Multiplikatoren wie z.B. Ärzte, Apotheken, Sanitätshäuser, Selbsthilfegruppen, Gemeindeverwaltung, Kirchengemeinden etc., die alle häufig in Kontakt mit der potenziellen Klientel der Pflegestützpunkte kommen. Ziel ist, diese Multiplikatoren möglichst umfassen über die Arbeit und die Angebote von Pflegestützpunkten zu informieren und dort Informationsmaterialien (Flyer) zu hinterlegen. Hier gibt es viele verschiedene Initiativen von Pflegestützpunkten, die von der gezielten Schulung von Multiplikatoren¹⁰ über Besuche, Anschreiben, Einladungen in den Pflegestützpunkt oder das Hinterlegen von Flyern, „wenn man gerade in der Gegend ist“ reichen. Diese Kontakte zu Multiplikatoren eröffnen meistens die Möglichkeit, neben der Öffentlichkeitsarbeit auch andere Aspekte von Vernetzungs- und Kooperationsoptionen anzugehen. So kann z.B. im Kontakt mit Hausärzten, die nach übereinstimmenden Aussagen der Berater/innen mit zu den am schwierigsten zu erreichenden Multiplikatoren zählen, besprochen werden, wie eine konkrete Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt aussehen kann, die auch den Hausärzten hilft.

Durchführung von eigenen Veranstaltungen und Mitwirkung an öffentlichen und Fachveranstaltungen

Der Pflegestützpunkt kann über eigene Veranstaltungen verschiedene Aspekte der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit kombinieren und damit positive Effekte kumulieren. So kann ein öffentlicher Informationsabend z.B. über Demenz durch eine Ankündigung in der Presse und eine spätere Berichterstattung die Öffentlichkeit informieren, durch die Einbindung einer Selbsthilfegruppe kann eine strukturelle Vernetzung betrieben werden, und die teilnehmenden Fachgäste und das interessierte Publikum können vor Ort über das

¹⁰ Der Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf hat z.B. in vielen Gemeinden des Landkreises Mitarbeiter/innen der Verwaltungen darin geschult, Ratsuchende gezielt über das Angebot des Pflegestützpunktes zu informieren und an den Pflegestützpunkt weiterzuleiten.

Angebot des Pflegestützpunkte informiert werden. Eine Teilnahme an Veranstaltungen wie Gesundheitstage, Dienstleistungsmesse oder ähnlichem sichert ein großes Publikum, das allerdings möglicherweise weniger genau der Zielgruppe des Pflegestützpunktes entspricht.

5.3 Erarbeitung eines Leitfadens zur regionalen Vernetzungsplanung

Der Auftrag der wissenschaftlichen Begleitung bezog sich auf die Unterstützung des Steuerungsausschusses bei der Erarbeitung eines Konzeptes für die regionale Vernetzung der Pflegestützpunkte. Es wurde im Laufe der Arbeit schnell deutlich, dass der Stand der Vernetzungsarbeit bei den Pflegestützpunkten sehr unterschiedlich ist und von mehreren Faktoren abhängt. Prinzipiell lassen sich drei Typen von Pflegestützpunkten unterscheiden:

Typ 1: Pflegestützpunkt als Folgeinstitution vorhandener kommunaler Beratungsstellen (neun Pflegestützpunkte)

Haben die kommunalen Berater/innen bereits vor ihrer Tätigkeit im Pflegestützpunkt in einer kommunalen Beratungsstelle im Landkreis/der kreisfreien Stadt gearbeitet und haben sie sich hierüber bereits als Person vernetzt, so fließt dieses ganze Vernetzungswissen und die Kontakte unmittelbar in die Pflegestützpunktarbeit ein. In neun von 22 Pflegestützpunkten (Wetteraukreis, Landkreis Fulda, Werra-Meißner-Kreis, Landkreis Hersfeld-Rotenburg, Darmstadt-Dieburg, Stadt Darmstadt, Stadt Kassel, Landkreis Marburg-Biedenkopf und Landkreis Gießen) arbeiten solchermaßen erfahrene und im Feld meist langjährig eingeführte Berater/innen. Bezogen auf Köpfe trifft dies sogar für die Hälfte der insgesamt 30 Berater/innen in hessischen Pflegestützpunkten zu. Vernetzungsanforderungen betreffen dann vor allem erstens das Bekanntmachen des/der Berater/in der Pflegekasse im Feld und zweitens die die Verbreitung der Information, dass zwar die Dienststelle (von der kommunalen Beratungsstelle oder BeKo zum Pflegestützpunkt), aber nur unwesentlich die Aufgaben und Zuständigkeiten gewechselt haben. In sechs Pflegestützpunkten (Werra-Meißner-Kreis, Hersfeld-Rotenburg, Darmstadt-Dieburg, Stadt Kassel, Marburg-Biedenkopf und Gießen) arbeiten kommunale Berater/innen mit einer Teilzeitstelle im Pflegestützpunkt und mit einer weiteren Teilzeitstelle in einer kommunalen Beratungsstelle für ältere Menschen. Die Erfahrung zeigt, dass dies zu hohen Synergien für den Pflegestützpunkt in Bezug auf die Vernetzungsarbeit führt, da einerseits die bestehenden Kontakte der Berater/innen direkt in der Pflegestützpunktarbeit genutzt werden können und andererseits bei jeder Form der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit der kommunalen Beratungsstelle oder des Pflegestützpunktes auch gleichzeitig die andere Beratungsstelle mit repräsentiert werden kann.

Typ 2: Pflegestützpunkt als Pionier (sechs Pflegestützpunkte)

Ganz anders stellt sich die Situation dar, wenn ein Beratungsteam einen Pflegestützpunkt aufbaut und bislang nicht in diesem Bereich und/oder auch nicht in der Kommune gearbeitet hat. Dies trifft für die Pflegestützpunkte des Landkreises Limburg-Weilburg, Schwalm-Eder-Kreis, Rheingau-Taunus-Kreis, Hochtaunuskreis, Vogelsbergkreis und Main-Kinzig-Kreis zu. Hier beginnt die Vernetzungsarbeit am Nullpunkt und es müssen die Kontakte grundständig

aufgebaut werden. In den meisten der Pflegestützpunkte haben die Vorgesetzten der kommunalen Berater/innen und Lenkungsgruppenmitglieder mit viel Engagement und ihrem Feldwissen den jeweiligen Pflegestützpunkt bei ersten Vernetzungsaktivitäten unterstützt. Die Erfahrungen zeigen, dass ein Pflegestützpunkt mindestens ein halbes Jahr benötigt, bis eine Orientierung im Versorgungssystem vorhanden ist, die für eine routinierte Beratung erforderlichen Informationen zusammengetragen und die notwendigen Kontakte aufgebaut sind.

Typ 3: Pflegestützpunkt als komplementäre Struktur (sieben Pflegestützpunkte)

In einigen Kommunen (Offenbach¹¹, Frankfurt, Wiesbaden, Groß-Gerau, Kreis Bergstraße, Landkreis Kassel, Main-Taunus-Kreis) gab es bei der Eröffnung des Pflegestützpunktes bereits eine etablierte kommunale Beratungsinfrastruktur für die Zielgruppe der älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen. Hier wurde der Pflegestützpunkt mit neuem Personal als zusätzliche Beratungsstelle gegründet, die komplementär das vorhandene Angebot erweitern soll. Hier findet sich eine Mischform von Typ 1 und Typ 2. Es gibt bereits durch die etablierten Beratungsstellen gute Vernetzungsstrukturen bei den regionalen Akteuren. Der Pflegestützpunkt, sein Personal und sein Beratungsangebot sind aber bislang nicht bekannt und nicht in die Vernetzung eingebunden. Hier ergibt sich die Notwendigkeit einerseits eine intensive Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und andererseits insbesondere mit den etablierten Beratungsstellen eine Kooperationsbeziehungen einzugehen.

¹¹ In Offenbach wurde die kommunale Beratungsstelle nach der Pensionierung des Mitarbeiters nicht wieder besetzt und die Stelle inzwischen umgewidmet.

Abbildung 11: Einbettung des Pflegestützpunktes in die vorhandene Beratungsinfrastruktur



Gelb = Typ 1

Hellrot = Typ 2

Hellblau = Typ 3

Grau = keine Pflegestützpunkte vorhanden

Die Pflegestützpunkte befinden also sich entsprechend ihrer unterschiedlichen Einbettungsstrukturen und Historien auf verschiedenen Entwicklungsstufen bezüglich der regionalen Vernetzung und verfügen über sehr heterogene Voraussetzungen und Ressourcen. Dem entsprechend kann es nicht ein homogenes Konzept für die regionale Vernetzung der Pflegestützpunkte geben, mit welchem diese zu ihrem Nutzen arbeiten sollen. Es wurde deshalb in Abstimmung von IWAK und Steuerungsausschuss beschlossen, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung einen Leitfaden zu entwickeln, der den Pflegestützpunkten eine Reflexion ihres jeweils aktuellen Vernetzungsstatus‘ ermöglicht und ihnen eine Struktur und Arbeitshilfe für die systematische Weiterplanung ihrer regionalen Vernetzungsaktivitäten bietet.

5.3.1 Entwicklung des Leitfadens

Im Folgenden wird zunächst die Systematik und das Vorgehen in der Entwicklung des Leitfadens vorgestellt. Die einzelnen Zwischenschritte der Entwicklung werden dabei nicht einzeln ausgeführt, da am Leitfaden von seinem ersten Entwurf bis zur endgültigen Fassung nur noch geringe Modifikationen vorgenommen wurden. In Kapitel 5.3.2 Aufbau des Leitfadens wird der Aufbau des endgültigen Leitfadens vorgestellt.

Die Erarbeitung des ersten Entwurfs des Leitfadens basierte auf den Erfahrungen der Pflegestützpunkte, die bei den Interviews im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eruiert wurden, und auf den Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte (vgl. Michell-Auli et al., 2009 und 2010).

Diese erste Fassung wurde zunächst mit dem Steuerungsausschuss und beim 2. Workshop auch mit den Pflegestützpunktteams ausführlich diskutiert und abgestimmt.

Im Frühjahr 2011 wurde der Leitfaden in drei Pflegestützpunkten, die nach dem Prinzip der maximalen Kontrastierung ausgewählt wurden, getestet. Dies waren die Pflegestützpunkte

- Landkreis Groß-Gerau – zentrumsnaher Landkreis, Südhessen, Pflegestützpunkt Typ 1,
- Schwalm-Eder-Kreis - ländlicher, zentrumsferner Kreis, Nordhessen, Pflegestützpunkt Typ 2,
- Stadt Wiesbaden – zentrale, städtische Lage, Mittelhessen, Pflegestützpunkt Typ 3.

In den Test im Landkreis Groß-Gerau wurden die vorhandenen kommunalen Beratungsstellen des Kreises einbezogen. Der Test bestand darin, dass das Berater/innenteam der Pflegestützpunkte (und in Groß-Gerau zudem auch mehrere Teams von kommunalen Beratungsstellen) im Beisein der IWAK-Mitarbeiterin den Leitfaden selbständig bearbeitete, die IWAK-Mitarbeiterin den Prozess der Bearbeitung beobachtete und ggf. Erklärungen abgab, falls der Leitfaden nicht selbsterklärend war. Im Anschluss daran fand ein Reflexionsgespräch mit den Berater/innen des Pflegestützpunktes über die Verständlichkeit, Funktionalität und den Praxisnutzen des Leitfadens sowie zu Verbesserungsmöglichkeiten statt.

Die Tests hatten zur Folge, dass der Leitfaden in seiner Grundkonzeption nicht weiter verändert, allerdings einzelne Kategorien ergänzt und modifiziert und Aufgabenstellungen weiter expliziert wurden. Die Tests haben gezeigt, dass die Bearbeitung des Leitfadens im Berater/innenteam ohne Pausen ca. vier Stunde in Anspruch nimmt. Zudem wurde deutlich,

dass die Bearbeitung des Leitfadens eine intensive Kommunikation über Vernetzungserfahrungen, Kontakte, Pläne und Vorstellungen initiiert und systematisch anleitet, die von allen Pflegestützpunktberater/innen als sehr fruchtbar beurteilt wurde. Dies galt auch für die meisten der Berater/innen der kommunalen Beratungsstellen im Landkreis Groß-Gerau, die zum großen Teil seit vielen Jahren in diesem Bereich tätig sind und bereits über etablierte Vernetzungsstrukturen verfügen. Über die systematische Beschäftigung mit der Thematik wurden zum Teil neue Perspektiven und neue Akteure ins Blickfeld gerückt.

Der aufgrund der Testergebnisse überarbeitete Leitfaden wurde mit dem Steuerungsausschuss und beim 3. Workshop im Juni 2011 mit den Pflegestützpunktteams rückgekoppelt. Anschließend wurde die endgültige Fassung des Leitfadens fertig gestellt. Im Folgenden wird der Aufbau des Leitfadens mit seinen methodischen Implikationen vorgestellt.

5.3.2 Aufbau des Leitfadens

Der Leitfaden zur Planung eines Konzeptes zur regionalen Vernetzung hat zum Ziel, den Pflegestützpunkten ein Instrument zur systematischen Vernetzungsplanung an die Hand zu geben. Hierbei werden die verschiedenen Vernetzungsfunktionen

- Öffentlichkeitsarbeit und Marketing,
- Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister auf der Einzelfallebene,
- systemische Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems,

die in Kapitel 5.2 Funktionale Vernetzungsformen bereits beschrieben wurden, in verschiedenen Reflexionsprozessen bearbeitet. Das Instrument des Leitfadens findet sich im Anhang.

Der Leitfaden umfasst verschiedene Stufen der Reflexion und Planung:

1. Gemeinsames Verständnis klären: Funktionen von Vernetzungen für den Pflegestützpunkt

Der Leitfaden soll von den Pflegestützpunktmitarbeiter/innen gemeinsam bearbeitet werden. Damit klar ist, über welche Vorgänge und Aktivitäten mit welchen Begriffen geredet wird, ist es zunächst notwendig, ein gemeinsames Verständnis von Vernetzungsdimensionen zu generieren. Aus diesem Grund soll zunächst das Team die drei Dimensionen der Vernetzung diskutieren mit der folgenden Aufgabe:

Bitte verständigen Sie sich auf ein gemeinsames Verständnis der Begrifflichkeiten und nennen Sie einige Aktivitäten, die Sie bezüglich der einzelnen Vernetzungsfunktion bereits durchgeführt haben. Tun Sie dies bitte nur exemplarisch mit maximal 4 Stichworten.

Es wird davon ausgegangen, dass die Bearbeitung der Frage es erfordert, ein gemeinsames Verständnis der Vernetzungsfunktionen zu haben oder in einem Verständigungsprozess zu initiieren. Dieser Arbeitsschritt soll in die gemeinsame Kommunikation der Thematik einführen und gewissermaßen ein Warming-up für den Prozess darstellen.

2. Zeitrahmen für die Vernetzungsplanung festlegen

Da das Ziel des Leitfadens ist, dass das Pflegestützpunktteam einen Fahrplan für zukünftige Vernetzungsaktivitäten erstellt, soll sich das Team darauf verständigen, für welchen Zeitraum die Planung vorgenommen werden soll. Zur Auswahl stehen 3, 6, 9 oder 12 Monate. Die Arbeitsaufgabe lautet:

Bitte entscheiden Sie gemeinsam, für welchen Zeitraum Sie mit der Bearbeitung des Handlungsleitfadens Vernetzungsaktivitäten für Ihren Pflegestützpunkt planen möchten. Der Planungszeitraum bezieht sich auf die Durchführung der geplanten Aktivitäten.

Alle weiteren planenden Arbeitsschritte beziehen sich immer auf den hier gewählten Zeitraum.

3. Kontaktanalyse mittels einer Checkliste durchführen

Die folgenden Schritte drei und vier dienen dazu, zunächst ausführlich über möglichst viele und unterschiedliche potenzielle Vernetzungspartner im Team nachzudenken, sie zu diskutieren und im Hinblick auf ihre Relevanz für die Pflegestützpunktarbeit zu bewerten. Durch das breite Angebot kommt es nicht zu einer Vorselektion der bereits bekannten Kontaktpartner, und „Blinde Flecken“ in der bisherigen Vernetzungsarbeit können erkannt werden. In einem Prozess der sukzessiven Verdichtung und zum Schluss einer Priorisierung in Schritt 4 werden sie wie mit einem Trichter qualitativ im Hinblick auf ihre Bedeutung für die weitere Vernetzungsarbeit selektiert. Am Ende des Prozesses kristallisieren sich Vernetzungspartner und Ziele für die weitere Planung heraus, die tatsächlich eine hohe Relevanz für die weitere Vernetzungsarbeit des Pflegestützpunktes für den gewählten Zeitraum haben.

Grundlage des dritten Arbeitsschrittes ist eine Tabelle (Checkliste) mit möglichen Akteuren aus verschiedenen Bereichen, in welche zu jedem Akteur die Kontaktintensität und die Ziele eingetragen werden sollen.

Die Bereiche sind

- staatlicher, kommunaler Sektor mit den Akteuren der Gemeinden, Kommunen, des Landes Hessen etc.,
- marktlicher Sektor mit den vielfältigen kommerziellen Angeboten ,der Leistungsanbieter,
- Dritter Sektor insb. mit den Angeboten des bürgerschaftlichen Engagements,
- andere Pflegestützpunkte.

Der folgende Auszug aus der Tabelle zeigt den Aufbau.

Tabelle 21: Auszug aus der Checkliste

Partner	Vernetzungsaktivitäten	
	Ist	Soll
Staatlicher, kommunaler Sektor		
Sozialhilfeträger		
Kommunale Altenhilfeplanung		
Wohnberatung		
BeKos, Beratungsstellen für ältere Menschen, Service- und Leitstellen		
Fachstellen Demenz		
Behindertenbeauftragte		
Bürgerbüro		
.....		

Quelle: Leitfaden zur regionalen Vernetzungsplanung, IWAK 2011

Die Arbeitsanweisung hierzu lautet:

Die gemeinsame Bearbeitung der Checkliste ist ein Informationsaustausch über bisher geleistete Vernetzungsarbeiten und damit eine Reflexion der bisherigen Vernetzungsaktivitäten und Kontakte. Zudem sollen für einzelne Akteure Vernetzungsziele benannt werden.

Lesen Sie vor dem gemeinsamen Ausfüllen der Checkliste bitte die Liste der Kürzel zum Ausfüllen genau durch.

Die Checkliste kann nicht ganz genau alle Kontaktpartner Ihrer Region benennen und erschöpfend sein. Konkretisieren oder ergänzen Sie deshalb bitte bei Bedarf Ihre regionalen Kontaktpartner in der Checkliste.

Im ersten Schritt soll also vom Team reflektiert werden, mit welchen Akteuren es bereits Kontakte mit welcher Intensität gibt. Es gibt verschiedene Kürzel, welche die Kontaktintensität und –ziele wiedergeben. Für die Charakterisierung der vorhandenen Kontakte sind die Kategorien:

- Akteur gibt es im Kreis/in der Stadt nicht
- es ist nicht bekannt, ob es den Akteur im Kreis/in der Stadt gibt
- es gibt Akteur / Kontaktdaten sind vorhanden, bislang hat aber kein persönlicher Kontakt stattgefunden
- persönlicher Kontakt ist vorhanden, es gibt aber keine konkrete Zusammenarbeit
- in Einzelfällen findet Zusammenarbeit statt

- Zusammenarbeit ist intensiv

Zudem soll überlegt werden, ob Kontakt und wenn ja, mit welcher Zielsetzung der Kontakt erhalten oder aufgebaut werden soll. Die Kategorien hierfür sind:

- Akteur ist aktuell nicht relevant für den Pflegestützpunkt,
- Kontaktdaten sollen erhoben werden, (KD)
- persönlicher Kontakt soll aufgenommen werden, Pflegestützpunkt sich vorstellen, Infomaterial hinterlassen, (Kontakt)
- Zusammenarbeit soll aufgebaut oder intensiviert werden, (Vernetz)
- vorhandene Kooperationsstrukturen sollen weiter gepflegt werden.

Es hat sich bei den Tests gezeigt, dass die gemeinsame Bearbeitung dieser Aufgabe bei weitem die längste Zeit beansprucht und als ein intensiver Informations- und Erfahrungsaustausch erlebt wird. Da jeder Akteur für sich betrachtet und diskutiert wird, ergeben sich zahlreiche Fragen, z.B. ob bereits Kontakt besteht, wer diesen Kontakt hat, welche Erfahrungen es mit dem Akteur gibt, welche Inhalte behandelt wurden, bei welchen Anlässen es zu Kontakten kam, welche Planungen es schon konkret gibt etc.

Da es in Pflegestützpunkten zu mehr oder weniger weit reichenden Arbeitsteilungen kommt, gibt es sehr viel Vernetzungswissen, über das einzelne Berater/innen nur für sich verfügen, etwa, weil es bisher keine Gelegenheit oder keinen Anlass zum Informationstransfer gab. In der Bearbeitung des Leitfadens eröffnet sich die Möglichkeit, ausführlich und systematisch die Kontakte zu einzelnen Akteuren zu besprechen und diesbezüglich Informationen auszutauschen. In diesem Prozess entstanden bei den Tests viele Ideen zu weiter reichenden oder gemeinsamen Initiativen und zu möglichen Synergien.

Zugleich wird hier ein gemeinsames systematisches Nachdenken über die Relevanz jedes einzelnen Akteurs für die Arbeit des Pflegestützpunktes möglich. Nach der Frage, welche Kontakte und Kooperationen bereits bestehen und wie die diesbezüglichen Erfahrungen sind, wird im Team zu jedem Akteur reflektiert, in welchem Maß ein Kontakt bzw. Kooperationen mit diesen Akteuren als sinnvoll für den Pflegestützpunkt und die Erfüllung seiner Aufgaben erscheinen und damit, welches Vernetzungsziel angestrebt wird.

4. Prioritätenliste erstellen

Der nächste Punkt leitet einen Prozess zur Konkretisierung der Vernetzungsplanung ein. Die Kontaktpartner sollen nun in einem ersten Schritt nach den angestrebten Zielen sortiert werden.

Die Arbeitsanweisung lautet:

Gehen Sie bitte die Checkliste der Kontaktanalyse durch und übertragen Sie die Vernetzungspartner, bei denen in der Soll-Spalte die Vernetzungsziele **KD**, **Kontakt** oder **Vernetz** steht, in die unten stehende Liste nach Vernetzungszielen.

In die folgende Tabelle (Auszug) sollen dann entsprechend die Vernetzungspartner übertragen werden.

Tabelle 22: Auszug aus der Tabelle „Vernetzungspartner, bei denen Vernetzungsaktivitäten erforderlich sind“

KD = Kontaktdaten erheben	Kontakt = Kontakt aufnehmen, Pflegestützpunkt vorstellen, Infomaterial hinterlassen	Vernetz = Zusammenarbeit aufbauen oder intensivieren

Quelle: Leitfaden zur regionalen Vernetzungsplanung, IWAK 2011

Hintergrundüberlegung dieses methodischen Zwischenschritts ist, dass es bei den konkreten Vernetzungsaktivitäten Synergien geben kann, wenn Kontaktpartner mit denselben Kontaktzielen gemeinsam gesehen werden. So kann z.B. eine Informationsveranstaltung mehrere der Zielgruppen betreffen oder ein Fragebogen zur Datenerhebung kann im Hinblick auf mehrere Zielgruppen formuliert werden.

Im zweiten Schritt werden nun die Kontaktpartner für jede Spalte nach ihrer Bedeutung für die Arbeit des Pflegestützpunktes priorisiert. Dies geschieht wiederum mittels der Tabelle „Prioritätenliste“, die fünf Zeilen mit einer Gewichtung von 1 bis 5 für die Kontaktpartner vorsieht. Die Arbeitsanweisung lautet:

Bestimmen Sie aus der vorstehenden Liste jeweils die 5 wichtigsten Vernetzungspartner für Ihre weitere Vernetzungsarbeit und ordnen Sie die Partner nach der Wichtigkeit, von 1 = wichtigster Partner bis 5 = aktuell weniger wichtiger Vernetzungspartner.

Bei Bedarf kann die Liste erweitert werden.

Tabelle 23: Prioritätenliste aus dem Leitfaden zur Vernetzungsplanung

	KD	Kontakt	Vernetz
1			
2			
3			
4			
5			

Quelle: Leitfaden zur regionalen Vernetzungsplanung, IWAK 2011

Am Ende dieses Prozesses verdichten sich die anvisierten Vernetzungspartner für die kommenden Aktivitäten.

In den Tests hat sich gezeigt, dass hier durch die Trichterform des Prozesses von einer Diskussion möglichst vieler verschiedener Vernetzungspartner, die alle mit der gleichen Aufmerksamkeit betrachtet werden, über die Verdichtung bis hin zur Prioritätenliste auch Kontaktpartner in den Blick geraten, die vorher nicht im Fokus der Aufmerksamkeit standen.

5. Vernetzungsaktivitäten planen

Im nächsten Schritt sollen nun für einen oder mehrere der priorisierten Vernetzungspartner konkrete Vernetzungsaktivitäten geplant werden. Diese Planung umfasst das Nachdenken darüber, um welche Vernetzungsfunktion es sich handeln soll (Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung auf der Einzelfallebene, systemische Vernetzung), welche Ziele genau angestrebt werden, wie die Aktivität genau aussehen soll, wer sie durchführt und für welchen Schritt verantwortlich ist und schließlich, bis wann diese Aktivität umgesetzt werden soll. Als Hilfe für die Planung ist im Leitfaden eine Tabelle zum Ausfüllen vorhanden. Bei komplexeren Planungen kann die Planung aber selbstverständlich auch in einem anderen Format protokolliert werden.

Die Arbeitsanweisung lautet hier:

Für die Kontaktaufnahme und Vernetzung mit den in den Prioritätenlisten oben aufgeführten Akteuren sollen Sie nun konkrete Ideen für die Umsetzung sammeln, diskutieren und Zeitfenster und Zuständigkeiten für die Umsetzung der Aktivitäten planen.

Bitte beachten Sie die jeweils benötigten zeitlichen Ressourcen der Berater/innen, die entsprechend eingeplant werden müssen.

Füllen Sie für jede Vernetzungsaktivität bitte eine Tabelle aus und planen Sie bereits möglichst detailliert. Kopieren Sie hierfür ggf. weitere Blätter mit der Blankotabelle.

Vernetzungsaktivitäten können, müssen aber nicht mehrere Vernetzungsfunktionen (Kopfzeile der Tabelle) umfassen.

Ziel ist, dass die Zuständigen für die einzelnen vereinbarten Vernetzungsaktivitäten Verantwortung übernehmen und insb. der Zeitrahmen ihnen eine Orientierung für die Durchführung der Vernetzungsaktivitäten angibt. Die Erfahrungen mit den Pflegestützpunkten in Hessen zeigen, dass bei zunehmenden Beratungsanfragen die Vernetzungsaufgaben leicht aus dem Fokus der Aufmerksamkeit geraten können und Aktivitäten immer wieder verschoben werden. Die schriftliche Fixierung der Planungen mit Zuständigkeiten und Zeithorizonten soll den Pflegestützpunktteams eine Selbstkontrolle und Reflexion über ihre Planungen und die Modalitäten der Durchführung ermöglichen. Wenn z.B. geplante Aktivitäten immer wieder verschoben werden, so sollten die Ursachen diskutiert und über Veränderungsnotwendigkeiten nachgedacht werden.

6. Überarbeitungszyklus festlegen

Im letzten Schritt soll sich das Pflegestützpunktteam auf einen Zyklus für die Überprüfung und Modifizierung des Vernetzungskonzeptes verständigen und vor allem einen konkreten Termin für eine erneute Bearbeitung des Leitfadens vereinbaren.

Die Arbeitsanweisung hierfür lautet:

Das Vernetzungskonzept und die einzelnen Vernetzungsaktivitäten, die das Berater/innenteam für einen Pflegestützpunkt erarbeitet hat, entstehen in einer spezifischen Situation und für einen festgelegten Zeitraum. Deshalb sollte das Konzept in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst werden. Die Fortschritte und Ergebnisse der Vernetzungsaktivitäten sollten kritisch auf ihre Funktionalität für die weitere Arbeit unter möglicherweise geänderten Umständen geprüft werden und weitergehende Vernetzungsaktivitäten geplant werden.

Eine solche Revision der Vernetzungsaktivitäten und -planungen kann z.B. einmal jährlich zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgesehen werden (Sommerpause oder Jahresende) oder auch öfter erfolgen. Nehmen Sie die Planung des 'Überprüfungszyklus' zusammen mit der Planung des Vernetzungskonzeptes selbst vor.

Bitte beachten Sie, dass eine Überprüfung und Überarbeitung des Konzeptes im gesamten Team auch tatsächlich regelmäßig durchgeführt wird.

Der neue Termin soll im Leitfaden und natürlich in den Terminkalendern der Berater/innen notiert werden. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass eine erneute vertiefte Behandlung des Themas „Vernetzung“ unter erneuter Zuhilfenahme des Leitfadens stattfinden kann und eine systematische Fortentwicklung der Vernetzungsarbeit erfolgt.

Der vollständige Leitfaden findet sich im Anhang.

5.4 Vernetzung der hessischen Pflegestützpunkte untereinander

Eine Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung bezog sich auf die Vernetzung der Pflegestützpunkte untereinander mit dem Ziel, dass diese sich in Bezug auf ihre Erfahrungen und gemeinsame Fragestellungen austauschen und koordinieren können.

Dieser Austausch wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung insbesondere durch die gemeinsamen Workshops initiiert. Bei diesen Workshops waren alle Pflegestützpunktberater/innen, die Lenkungsgruppenmitglieder sowie der Steuerungsausschuss beteiligt. Einzige Ausnahme war der vierte Workshop, an dem die Berater/innen der Pflegestützpunkte nicht teilgenommen haben.

Parallel dazu haben die Pflegestützpunkte des Rhein-Main-Gebietes Anfang des Jahres 2011 begonnen, sich als Regionalgruppe Rhein-Main in Abständen von ein bis zwei Monaten zu treffen und damit einen eigeninitiierten regelmäßigen Austausch zwischen den Berater/innen der Pflegestützpunkte zu führen.

Der Steuerungsausschuss hat im Frühjahr 2011 eine Struktur für regionale Austauschtreffen für alle Pflegestützpunkte erarbeitet und diese beim dritten Workshop am 5. Juni 2011 den Pflegestützpunkten vorgestellt. Dieser Struktur sieht folgende Austausch- und Vernetzungstreffen vor:

- Die Pflegestützpunkte werden sich in drei Regionalgruppen (Süd, Mitte, Nord) untereinander vernetzen und mehrmals jährlich treffen. Bis zum Jahresende 2011 haben für alle Regionalgruppen Auftakttreffen stattgefunden. Der Steuerungsausschuss hatte jeweils hierzu eingeladen. Für jede Regionalgruppe wurden drei Vertreter/innen des Steuerungsausschusses als Kontaktpersonen bestimmt.
- Der Steuerungsausschuss wird zudem mindestens einmal jährlich alle Berater/innen der Pflegestützpunkte sowie die Lenkungsgruppenmitglieder zu einem gemeinsamen Austauschtreffen einladen.
- Der Steuerungsausschuss wird einmal jährlich die Lenkungsgruppen zu einem eigenen Austauschtreffen einladen.

6. Analyse der internen Arbeitsorganisation und Kooperation in den Pflegestützpunkten

Die Untersuchung der internen Arbeitsbeziehungen der Pflegestützpunkte und ihrer Akteure wurde erst im Sommer 2010 als Arbeitsaufgabe in den Aufgabenkatalog der wissenschaftlichen Begleitung aufgenommen, nachdem die Entwicklung eines Dokumentationssystems, die ursprünglich in der wissenschaftlichen Begleitung erfolgen sollte, an einen kommerziellen Anbieter vergeben wurde.

Die hessischen Pflegestützpunkte zeichnen sich dadurch aus, dass sie alle mit gemischten Berater/innenteams aus entsendeten Berater/innen der Kommune und der Pflegekasse besetzt sind. Die Berater/innen in einem Pflegestützpunkt haben jeweils unterschiedliche Vorgesetzte, eigene institutionelle Anbindungen, vermutlich unterschiedliche Berufskulturen und Beratungsverständnisse. Die strukturellen Besonderheiten der multidisziplinären Teams in den Pflegestützpunkten werfen Fragen nach Auswirkungen dieser Struktur auf die Zusammenarbeit im Pflegestützpunkt auf. Wirkt sich die multidisziplinäre Zusammensetzung produktiv und inspirierend auf die Arbeit aus oder resultieren aus unterschiedlichen Institutionellen Berufskulturen spezifische Konfliktpotenziale?

In diesem Kapitel werden die Arbeitsbeziehungen, die interne Arbeitsorganisation und die Kooperationen innerhalb der Pflegestützpunktteams, aber auch zwischen den Lenkungsgruppen, dem Steuerungsausschuss und den Pflegestützpunkten, die sich alle multiinstitutionell zusammensetzen, beleuchtet.

6.1 Methodisches Vorgehen

Die Analyse der Arbeitsorganisation und Kooperation in den Pflegestützpunkten basiert auf den Interviews, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung mit den Pflegestützpunkten durchgeführt worden sind (nähere Informationen zu den Interviews unter Kapitel 2.2.1 Interviews mit den Pflegestützpunkten).

Die sukzessive Auswertung der Interviews sowie die Einbeziehung weiterer Informationsquellen wie Gespräche im Rahmen der Workshops, im Steuerungsausschuss etc. führte zur Hypothesenbildung bezüglich relevanter Zusammenhänge und Dynamiken in Bezug auf die Arbeitsorganisation und Kooperationen in den Pflegestützpunkten. Im weiteren Verlauf der Arbeit wurden diese Hypothesen entsprechend der Methode der gegenstandsbezogenen Theoriebildung der Grounded Theory¹² beständig geprüft, modifiziert, spezifiziert und einer Validierung im Rahmen verschiedener Rückkopplungssettings unterzogen. So wurden Einzelbefunde immer wieder in den Workshops den Pflegestützpunkten vorgestellt und mit dem Steuerungsausschuss diskutiert. Auch wurden einzelne Hypothesen in späteren Interviews mit Pflegestützpunkten thematisiert und diskutiert. Auf Grund dieses Vorgehens sind die folgenden Befunde, die zum großen Teil auch die Basis der Handlungsempfehlungen bilden, empirisch validiert.

¹² Das Vorgehen war angelehnt an die Forschungssystematik der Grounded Theory. Vgl. Glaser, Barney G./ Strauss, Anselm L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern.

6.2 Personalrekrutierung durch die Träger

Die Träger des jeweiligen Pflegestützpunktes, also die Kommune und die Personal entsendende Pflegekasse, entscheiden im Vorfeld der Öffnung des Pflegestützpunktes jeweils für sich, welches Personal im Pflegestützpunkt eingesetzt werden soll.

Im Stützpunktvertrag ist festgelegt, mit welchem Stellenumfang Personal beschäftigt werden soll, weiteres ist jedoch nicht geregelt. Welche Vor-Qualifikation als erforderlich angesehen wird und welche beruflichen Erfahrungen vorhanden sein sollen, bleibt den einzelnen Trägern überlassen. Entsprechend haben sich in den verschiedenen Kommunen und Pflegekassen unterschiedliche Verfahrensweisen für die Bereitstellung des Personals ergeben. Es gibt die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes für die Berater/innen der Pflegekassen, dass diese eine Qualifizierung zum/zur Pflegeberater/in absolvieren.

Auf kommunaler Seite wurden von 28 Berater/innen sechs Personen neu eingestellt, also auf dem freien Arbeitsmarkt rekrutiert. 15 Berater/innen haben zuvor bereits in einer Beratungsstelle der Kommune mit einer ähnlichen Aufgabenstellung gearbeitet. Hier war von den Kommunen explizit vorgesehen, dass Personal aus der bestehenden Beratungsstelle in den Pflegestützpunkt wechselt. Sieben weitere Berater/innen waren zuvor bereits in der Verwaltung der Kommune beschäftigt, aber nicht im Bereich der Beratung für ältere Menschen. Sie haben sich auf interne Ausschreibungen für die Stelle beworben. In den Pflegestützpunkten Limburg-Weilburg sowie Bergstraße waren die kommunalen Beraterstellen Ende 2011 vorübergehend nicht besetzt. In beiden Fällen liefen die Ausschreibungen, und die Stellen wurden zwischenzeitlich kommissarisch von den in der Kommune für den Bereich Altenhilfe zuständigen Verwaltungsangestellten ausgefüllt.

Auf Seiten der Pflegekassen wurden von 26 Berater/innen sechs Personen neu eingestellt, während 20 bereits vorher in verschiedenen Bereichen der Pflege- und Krankenkassen beschäftigt waren.

6.3 Qualifikation und Auswahl des Personals für ein Pflegestützpunktteam

Das Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz setzt vielfältige Qualifikationen im Berater/innenteam voraus. Kompetenzen in der Pflegeberatung, aber auch in der Beratung der anderen Sozialgesetzbücher, Kenntnis der regionalen Infrastrukturen und der Akteure, Kommunikations- und Beratungskompetenzen sowie Vernetzungskompetenzen. Je nach qualifikatorischem Hintergrund und vorgängigen Berufserfahrungen sind in Pflegestützpunktteams diese Kompetenzen in unterschiedlichen Kombinationen vertreten. So verfügen Sozialversicherungsfachangestellte in der Regel über hervorragende Kenntnisse der Leistungen der Kranken- und Pflegekassen (SGB V und SGB XI), haben aber in der Ausbildung zum/zur Pflegeberater/in oft nur einen eher cursorischen Überblick über die Leistungen der anderen Sozialgesetzbücher erhalten. Berater/innen, die bereits langjährig in der Seniorenberatung gearbeitet haben, sind von ihrem qualifikatorischen Hintergrund her oft Sozialarbeiter/innen, verfügen über Beratungskompetenzen und kennen sich in der Regel sehr gut mit allen Themen der Sozialberatung für ältere Menschen aus. Sie haben meist auch Pflegeberatungen und Case-Management durchgeführt, sind also auch für diese Beratungen sehr gut qualifiziert.

Auch andere qualifikatorische Hintergründe können für die Arbeit im Pflegestützpunkt sehr geeignet sein, wie etwa eine pflegerische Ausbildung, ein pflegewissenschaftliches oder ein pädagogisches Studium. Entscheidend sind hier zusätzliche Qualifikationen und Berufserfahrungen, die für die spezifischen Anforderungen der Arbeit im Pflegestützpunkt genutzt werden können. In Pflegestützpunkten, in denen Mitarbeiter/innen mit einer pflegerischen Ausbildung beschäftigt sind, wird betont, dass dieser fachliche Hintergrund als sehr hilfreich angesehen wird, um die Versorgungssituation in der Häuslichkeit der Klienten adäquat beurteilen zu können.

Die Qualifikationen in den Pflegestützpunkten verteilen sich wie folgt:

Tabelle 24: Qualifikation der Berater/innen

Qualifikation	Berater/innen Kommune, ohne die kommissarischen Vertretungen N = 28	Berater/innen Pflegekassen N = 26
Sozialversicherungsfachangestellte und Krankenkassenfachwirt		15
Sozialarbeiter	10	
Sozialpädagogen	7	
Verwaltungsfachkraft	3	
Pflegefachausbildung	5	9
andere	4	2

Es zeigt sich, dass insbesondere für die Aufbauarbeit eines Pflegestützpunktes, die begleitet ist von vielen Gestaltungserfordernissen in Bezug auf die Arbeitsorganisation und die Zusammenarbeit in einem neuen Team, die eigenständig oder in enger Zusammenarbeit mit der Lenkungsgruppe bewältigt werden müssen, Lebens- und Berufserfahrungen sowie eine gefestigte Persönlichkeitsstruktur und die Fähigkeit zu konstruktiver Kooperation eine große Bedeutung haben. Initiative und Kreativität sind in der Aufbauphase aber auch später wichtige Kompetenzen.

Bezüglich der Geschlechtsverteilung finden sich unter den Berater/innen den Kommunen 25 Frauen und fünf Männer, wobei eine Beraterin und ein Berater diese Funktion nur vorübergehend kommissarisch inne haben. Bei den Pflegekassen sind es je 13 Frauen und 13 Männer.

Das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte wird - wie auch andere soziale Beratungsangebote - von Menschen mit mangelnden oder fehlenden Deutschkenntnissen kaum angenommen. Ein Schlüssel, um diese Klientel auch erreichen zu können, kann die Beschäftigung von Berater/innen mit Migrationshintergrund sein. In den hessischen Pflegestützpunkten gibt es in der Stadt Offenbach eine Beraterin der Pflegekasse und in Darmstadt-Dieburg eine kommunale Berater/innen mit türkischen Wurzeln und entsprechenden Sprachkenntnissen. Dieser Hintergrund und die Sprachkenntnisse werden von beiden Beraterinnen auch gezielt eingesetzt, um ausländischen Klient/innen das

Angebot des Pflegestützpunktes nahe zu bringen. Die diesbezüglichen Erfahrungen sind bereits sehr positiv.

Damit im Pflegestützpunkt tatsächlich alle Beratungserfordernisse abgedeckt werden können und damit den Klienten Beratung aus einer Hand geboten werden kann, ist ein breites qualifikatorisches Spektrum im Pflegestützpunkt erforderlich. Es sollten möglichst alle qualifikatorischen Anforderungen abgedeckt werden, also sowohl SGB V und XI als auch die anderen Sozialgesetzbücher und die Vernetzungskompetenzen. Es hat sich gezeigt, dass in einem engagierten Team qualifikatorische Lücken durch eine enge Zusammenarbeit mit der jeweiligen kommunalen Fachabteilung und eigenständige Recherche und selbstorganisierte Weiterbildungen kompensiert werden können. Das Vorhandensein von Kommunikations- und Beratungskompetenzen ist allerdings eine Grundvoraussetzung für die Arbeit im Pflegestützpunkt.

Die Kenntnis der Akteure des regionalen Versorgungssystems kann im Laufe der Arbeit erworben werden. Von großem Vorteil erweist es sich allerdings, wenn im Pflegestützpunkt Personen beschäftigt sind, die sich bereits im Feld auskennen und die ihrerseits in der Region bekannt sind. Es erleichtert die Vernetzungsarbeit sehr, wenn bereits Kontakte, bestehende Kooperationen und vor allem vertrauensvolle Beziehungen zu den regionalen Akteuren vorhanden sind. Pflegestützpunktteams, die insgesamt ortsfremd sind und den Pflegestützpunkt neu aufbauen, wie dies für gut die Hälfte der 22 Pflegestützpunkte in Hessen gilt, sind gegenüber eingearbeitetem und etabliertem Personal bezüglich der Vernetzungsaktivitäten schätzungsweise ein Jahr im Hintertreffen. Auch ist das Verhältnis von neuem Personal in den Pflegestützpunkten zu bestehenden kommunalen Beratungseinrichtungen häufig zunächst schwierig, weil vielfach Ängste vor Konkurrenz und möglicher Verdrängung bei den kommunalen Beratungsstellen vorhanden sind. Eine offene und vertrauensvolle Kommunikation und dann auch Kooperation benötigt oft einen längeren Vorlauf.

Die Auswahl des Personals sollte in Bezug auf die Qualifikation idealerweise im Vorfeld im Lenkungsgremium abgestimmt werden, um tatsächlich alle qualifikatorischen Erfordernisse abzudecken. Tatsächlich ist dies bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte in Hessen nach unserer Erkenntnis in keinem Fall geschehen. Gründe hierfür können sein, dass Personalentscheidungen autonome Handlungsfelder der entsendenden Stellen, also der Kommune und der Pflegekasse sind, und die Zusammenarbeit zwischen Kommune und Pflegekasse in dieser frühen Phase der Kooperation noch nicht so weit entwickelt war, dass es hier zu gemeinsamen Beratungen gekommen wäre. Bei den meisten der Pflegestützpunkte haben die Lenkungsgruppen erst mit oder sogar nach der Eröffnung des Pflegestützpunktes mit der gemeinsamen „Lenkungs“Arbeit begonnen, so dass hier frühe praxisorientierte Abstimmungen nicht stattgefunden haben.

6.4 Beschäftigungsstruktur

In 18 der 22 Pflegestützpunkte ist an Personalausstattung für die Berater/innenstelle der Pflegekasse und der Kommune jeweils ein Vollzeitäquivalent vorgesehen. In Darmstadt-Dieburg hat die Kommune den Pflegestützpunkt mit einem zusätzlichen Vollzeitäquivalent an Beratungspersonal ausgestattet, so dass hier insgesamt drei Vollzeitäquivalente an Arbeitszeit dem Pflegestützpunkt zur Verfügung stehen. Im Landkreis Kassel sind jeweils 0,75

Vollzeitäquivalente und im Kreis Bergstraße und im Hochtaunuskreis wurden zunächst pro Träger nur 0,5 Vollzeitäquivalente besetzt, die bei zunehmendem Bedarf - zumindest im Hochtaunuskreis - aufgestockt werden sollen.

In 13 Pflegestützpunkten wurden die Stellen von beiden Trägern als volle Stellen bzw. jeweils mit nur einer Person besetzt. In den anderen Pflegestützpunkten finden sich unterschiedliche Arrangements von gesplitteten Stellen. In sechs Pflegestützpunkten sind nur die kommunale Stelle und in zwei Pflegestützpunkten nur die Pflegekassenstelle auf in der Regel zwei Personen mit jeweils 50 Prozent-Stellenanteilen aufgeteilt. Im Pflegestützpunkt Groß-Gerau waren beide Vollzeitäquivalente gesplittet. Hier teilten sich zwei Personen die kommunale Stelle und sogar vier Personen die Kassenstelle, so dass das Berater/innenteam sechs Personen umfasste¹³.

Die Besetzung einer Stelle mit mehreren Personen hat sich in der Praxis oft als problematisch erwiesen. Denn je mehr Personal sich die zwei Stellen-Vollzeitäquivalente teilen, umso schwieriger wird das koordinierte Handeln im Pflegestützpunkt. Der Informationsaustausch benötigt mehr Zeit und ist schwieriger zu organisieren, je kürzer gemeinsame Arbeitszeiten und Überschneidungszeiten ausfallen. Wissenstransfer, Austausch aber auch gegenseitige Unterstützung werden so erschwert. Dies bedeutet, dass es durch Splitting tendenziell eine geringere Transparenz und Informationsdurchdringung im Pflegestützpunkt gibt. Auch können sich die Berater/innen in komplexeren Beratungsprozessen weniger gut vertreten und koordinierte Vernetzungsarbeit wird erschwert.

Gleichzeitige Beschäftigung in zwei Beratungsstellen

Für die Personalverantwortlichen gab es unterschiedliche Gründe, Stellen zu teilen und auf mehrere Personen zu verteilen. In den Landkreisen Gießen, Marburg-Biedenkopf, Hersfeld-Rotenburg, im Werra-Meißner-Kreis und in der Stadt Kassel wurde ein Teil des Personals einer bereits bestehenden kommunalen Beratungsstelle in den Pflegestützpunkt überführt. Dies geschah, in dem nur ein Teil der Arbeitszeit in den Pflegestützpunkt verlegt wurde. Die Beraterinnen, in diesen Fällen nur Frauen, sind also mit 50 Prozent, in einem Fall 25 Prozent, im Pflegestützpunkt und mit der restlichen Arbeitszeit in der anderen kommunalen Beratungsstelle beschäftigt.

Als großen Vorteil für dieses Arrangement benennen die betroffenen Beraterinnen die Kontinuität ihrer Arbeit. Die meisten sehen keinen grundlegenden Unterschied zwischen der Arbeit im Pflegestützpunkt und ihrer Arbeit in der kommunalen Beratungsstelle. Sie können ihre Erfahrungen und regionalen Akteurs- und Feldkenntnisse nutzen und ihre Arbeit durch die Zusammenarbeit mit dem/der Kolleg/in der Pflegekasse thematisch ausweiten. Kontinuität heißt auch, dass die meisten der kommunalen Berater/innen auch für den Pflegestützpunkt ausführliche Beratungen und 7a-Beratung durchführen, sofern ein thematischer Schwerpunkt auf SGB XII liegt. Durch die Personalüberschneidung ist eine optimale Kommunikation zwischen der kommunalen Beratungsstelle und dem Pflegestützpunkt gewährleistet und es ergeben sich zahlreiche Synergien insb. im Bereich der Vernetzung aber auch bei der Vertretung der Stellen im Krankheits- oder Urlaubsfall.

¹³ Ab Frühjahr 2012 sollte die Stelle der Pflegekasse aber nur noch mit einer Person in Vollzeit besetzt werden.

Als problematisch wurde in Einzelfällen von Berater/innen angesprochen, dass die Außendarstellung des Pflegestützpunktes schwierig ist, da ein nahezu identisches Beratungsangebot unter zwei Labeln angeboten wird. Wo die Beratungsstellen sich auch noch räumlich in unmittelbarer Nachbarschaft befinden, wie dies im Landkreis Gießen, im Werra-Meißner-Kreis und bei der Stadt Kassel der Fall ist, dort scheinen Pflegestützpunkt und kommunale Beratungsstelle in der Arbeit, der Organisation und für die Öffentlichkeit und Netzwerkpartner nahezu zu verschmelzen. Dennoch gibt es unterschiedliche Telefonnummern und dieselbe Beraterin meldet sich je nach Tageszeit im Namen unterschiedlicher Beratungsstellen mit verschiedenen Telefonnummern. Diese, zum Teil Verwirrung stiftende Situation täglich zu managen, erfordert von den Beraterinnen viel Konzentration und Disziplin. Zudem gehören sie formal zwei Teams an, müssen also Informationstransfer, Austausch und Abstimmung in zwei Teams gewährleisten, was Zeit und Kraft bindet. Es gibt hier pragmatische Vorgehensweisen, z.B. in engen Zeitabständen Arbeitstreffen mit Pflegestützpunkt und kommunaler Beratungsstelle gemeinsam durchzuführen und wichtige Entscheidungen bspw. bezüglich der Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam zu koordinieren.

Für solche Konstellationen hat die Begleitforschung der Pflegestützpunkte in Hamburg ein Konfliktpotenzial festgestellt, das zu Widerstandsstrategien der Berater/innen führen kann: so kann es zu einer problematischen Koexistenz zwischen kommunaler Beratungsstelle und Pflegestützpunkt kommen, wenn die Berater/innen zwar formell mit einem Teil ihrer Arbeitszeit zum Pflegestützpunkt gehören, sich aber nicht mit dem Pflegestützpunkt identifizieren, ihn als unnötigen Eingriff in bisherige Strukturen ablehnen und ihn boykottieren, z.B. indem die Beratungsfälle nicht im Dokumentationssystem des Pflegestützpunktes sondern der Beratungsstelle erfasst werden. (vgl. Döhner et al., 2011, 84ff)

Bei den Pflegestützpunkten in Hessen haben wir in Rahmen der Interviews und Recherchen die Widerstandsstrategie nicht unmittelbar beobachten können, was nicht heißt, dass nicht mancherorts in ähnlicher Weise gehandelt werden könnte. Ein Anhaltspunkt hierfür ist, dass z.B. in einem Pflegestützpunkt, in dem Personalstellen mit der Seniorenberatung geteilt werden, der Pflegeberater der Pflegekasse bislang kaum in das Team mit einbezogen wurde, nicht in die Verteilung von Beratungsanfragen einbezogen wurde und dadurch tendenziell leer gelaufen ist, obwohl der Pflegestützpunkt/die Beratungsstelle an sich stark nachgefragt wird. Die kommunalen Berater/innen sehen keinen Unterschied zwischen ihrer Aufgabe in der Beratungsstelle und im Pflegestützpunkt, machen weiter alles alleine und signalisieren, dass sie den/die Berater/in der Pflegekasse nicht brauchen.

Gleichzeitige Beschäftigung im Pflegestützpunkt und in der Geschäftsstelle der Pflegekasse

In den Landkreisen Limburg-Weilburg und Kassel sind jeweils zwei Beraterinnen der Pflegekasse mit 0,5 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Pflegestützpunkt und mit weiteren 0,5 VZÄ in der Geschäftsstelle der Pflegekasse beschäftigt. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf war die Kassenstelle bis Sommer 2011 geteilt, wurde dann aber mit einer Person besetzt. Im Hochtaunuskreis ist das verfügbare 0,5 VZÄ mit einer Person besetzt, die mit weiteren 0,5 VZÄ in der Geschäftsstelle der Pflegekasse arbeiten. Dieses Aufteilen einer ganzen Stelle auf zwei Arbeitsorte wird von den meisten der Berater/innen als sehr zeit- und kraftaufwändig beschrieben, da in zwei Teams gearbeitet wird, die nicht miteinander in Verbindung stehen und zum Teil unterschiedliche Zeitlogiken aufweisen. Es gibt differenzierte Arbeitsaufgaben,

unterschiedliche Anforderungen auch an die Qualifikation und zwei zum Teil viele Kilometer entfernte Arbeitsorte. Urlaubsplanungen, Terminabsprachen etc. müssen jeweils mit beiden Teams koordiniert werden, Überstunden dürfen nicht zulasten des jeweils anderen Teams gehen, die Flexibilität ist dadurch oft stark eingeschränkt. Zwar wird auf Kassenseite von Verantwortlichen vielfach argumentiert, dass die geteilten Stellen die Flexibilität erhöhen und insbesondere die Vertretungsfrage leichter lösen lassen. Aufgrund der Verpflichtungen in der Pflegekasse selbst stellt sich dies für die Betroffenen aber oft anders dar. Zudem können diese äußeren Rahmenbedingungen negative Auswirkungen auf die Arbeit des Pflegestützpunktes haben, wenn es z.B. schwierig ist, gemeinsame Termine mit allen zu organisieren, um Absprachen zu treffen und längerfristige Planungen vorzunehmen etc.

Unter anderem aufgrund der skizzierten Schwierigkeiten wurde im Pflegestützpunkt des Landkreises Marburg-Biedenkopf die zunächst geteilte Stelle später durch eine Person besetzt. Auch im Landkreis Groß-Gerau, in dem sich seit der Eröffnung im Februar 2010 vier Personen von der Pflegekasse im Pflegestützpunkt eine Vollzeitstelle teilen und dies quasi neben ihrer vollen Stelle in der Pflegekasse tun, was zu einer starken Arbeitsverdichtung führt, ist zum Jahresbeginn 2012 geplant, die Stelle mit nur noch einer Person zu besetzen. Ende 2011 wurde eine entsprechende interne Ausschreibung durchgeführt.

Eine andere, für die Arbeit des Pflegestützpunktes wichtige Thematik ist die Einbindung des/der Kassenberater/in die Arbeit der Pflegekasse. So gibt es bei einem Teil der Pflegestützpunkte die mehr oder weniger deutliche Forderung der Pflegekasse an ihre entsendeten Pflegeberater/innen, in ihrer Arbeitszeit im Pflegestützpunkt auch Beratungsfälle zu übernehmen und zu bearbeiten, die nicht zur Pflegestützpunktarbeit gehören. Zum Teil gelingt es den Berater/innen, diese Forderungen zurückzuweisen, wenn deutlich gemacht werden kann, dass die Pflegestützpunktarbeit die Stelle voll auslastet. Zum Teil gelingt dies aber auch nicht, da Arbeitsanweisungen des Arbeitgebers nicht ohne negative Konsequenzen zurückgewiesen werden können und eine anderweitige Verständigung nicht möglich scheint. Der negative Effekt für den Pflegestützpunkt besteht darin, dass ein Teil der Arbeitszeit des Beraters bzw. der Beraterin – im extremsten Fall bis zu 40 Prozent – dem Pflegestützpunkt nicht zur Verfügung steht. Der Verweis der Personalverantwortlichen auf eine mangelnde Auslastung des/der Pflegeberater/in im Pflegestützpunkt bezieht sich häufig nur auf Pflegeberatung im engeren Sinn, also Hausbesuche und die damit zusammenhängenden Arbeitsanforderungen. Wenn nur wenige 7a-Beratungsfälle aufschlagen wird angenommen, der/die Berater/in sei nicht ausgelastet. Im Pflegestützpunkt fallen aber weitere wichtige Arbeiten an, die vom Team gemeinsam bewältigt werden müssen, wie z.B. Öffentlichkeitsarbeit oder Hintergrundrecherche zu wichtigen Themen. Diesen Aufgaben kann sich der/die Pflegeberater/in nur widmen, wenn er/sie hierfür Zeitkontingente zur Verfügung hat. Insbesondere Öffentlichkeitsarbeit hat im Aufbauprozess, aber auch bei etablierten Pflegestützpunkten einen großen Einfluss darauf, Nachfrage und damit neue Klienten zu generieren. Insofern können zusätzliche Arbeitsaufträge aus Pflegekassen und die damit verbundene Bindung von Arbeitszeit die Entwicklung des Pflegestützpunktes behindern.

Der Vollständigkeit halber soll noch darauf hingewiesen werden, dass in den Pflegestützpunkten der Städte Kassel und Offenbach sowie im Werra-Meißner-Kreis die Stellen der Pflegekasse bislang nur mit 80 Prozent besetzt sind, obwohl 100 Prozent vorgesehen sind. Im Werra-Meißner-Kreis und der Stadt Kassel sind Aufstockungen auf 100

Prozent bei steigender Auslastung wohl angedacht oder möglich, bei der Stadt Offenbach gibt es hierzu keine Informationen.

Das Thema der geteilten Stellen und der Anbindung an die Pflegekassen wird bei den Berater/innen durchaus ambivalent beurteilt. Zum einen wird zum Teil über ein mangelndes Interesse der Entsendekassen an der Arbeit im Pflegestützpunkt geklagt. Die Anbindung an die Pflegekasse scheint sich aufzulösen, der/die Pflegeberater/in fühlt sich abgeschnitten von den Entwicklungen in der Pflegekasse. Hier gibt es Unsicherheiten bei einigen Pflegeberater/innen, die mit ihrer ganzen Arbeitszeit im Pflegestützpunkt arbeiten, was passiert, falls der Pflegestützpunkt nicht dauerhaft bestehen sollte. Als Angestellte der Pflegekassen würden sie wieder dorthin zurück kehren. Vor diesem Hintergrund werden eine Einbindung ins Informationsnetz der Kasse, regelmäßige Besuche und entsprechende Fortbildungen, die qualifikatorisch auf dem neuesten Stand halten, begrüßt. Gleichzeitig schätzen viele der Pflegeberater/innen die Unabhängigkeit und Selbständigkeit der Arbeitssituation im Pflegestützpunkt, die, wie oft betont wurde, ein stärker klientenorientiertes Arbeiten ermöglicht als dies in der Arbeitssituation bei der Pflegekasse möglich wäre.

Zusammenfassend sprechen viele Faktoren dafür, Stellen in den Pflegestützpunkten als volle Stellen und mit jeweils einer Person zu besetzen:

- Der Informationsaustausch ist sehr viel leichter und Ressourcen schonender zu bewerkstelligen und in den Alltag zu integrieren als bei geteilten Stellen.
- Wenn ein guter Informationsaustausch stattfindet, ist unproblematisch eine gegenseitige kurzfristige Vertretung möglich, wie die Erfahrungen zeigen. Bei längeren Vertretungen werden nur die unmittelbaren Sprechstundenzeiten durch die Träger mit Vertretungspersonal bestückt. Die angelaufene Beratungsarbeit muss in dringenden Fällen von dem/der anderen Berater/in mitgemacht werden, was umso besser geht, je weitreichender die Informationsdichte im Pflegestützpunkt ist.
- Urlaubszeiten können bei zwei Personen leichter koordiniert werden als bei mehr Personen.
- Bei Vollzeitstellen kann eher eine personelle Kontinuität bei der Bearbeitung von Fall-Management-Fälle sowie komplexen Beratungen sichergestellt werden.
- Bei Teilzeitstellen sind die Berater/innen meist mit dem anderen Stellenanteil ebenfalls bei der Kommune bzw. Pflegekasse angestellt. Dies führt bei hoher Arbeitsdichte zu häufigen (Loyalitäts-)Konflikten, welche Stelle nun bevorzugt bearbeitet wird, wo z.B. Überstunden/Vertretungen gemacht werden.
- Wird insbesondere von kommunalen Berater/innen in Teilzeit parallel in einer kommunalen Beratungsstelle und im Pflegestützpunkt gearbeitet, so kann es neben Synergien auch zu Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Aufgabenprofile kommen. Hieraus können Rollenkonflikte der Berater/innen, aber auch Teamkonflikte und/oder Konflikte mit dem Lenkungsgremium resultieren.

6.5 Quantitative personelle Ausstattung

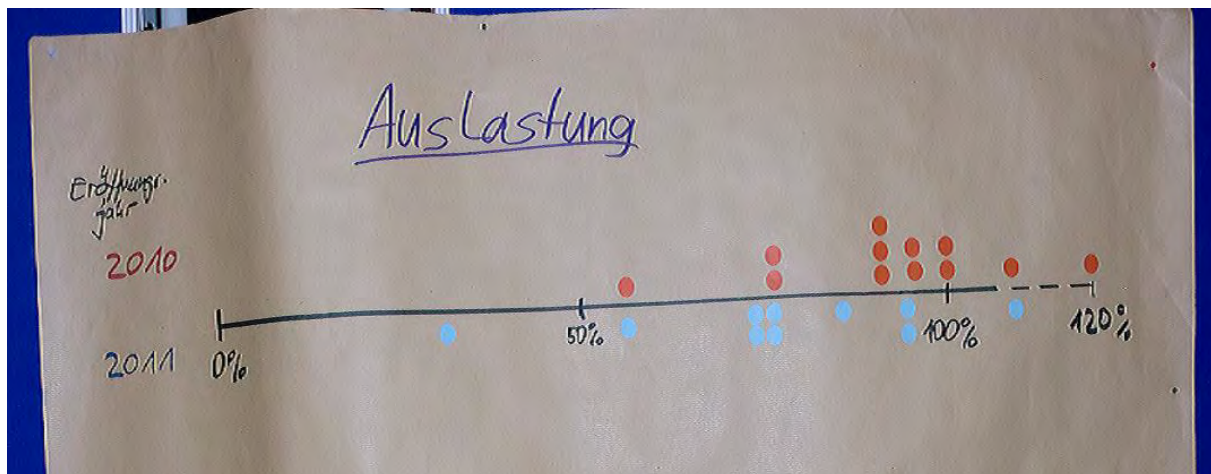
Das 2010 vom IWAK entwickelte Bemessungsverfahren für den Bedarf nach Beratungspersonal in den hessischen Kommunen hat sich grundlegend als treffsicher erwiesen. Da die Nachfrage nach Beratung, die beim Pflegestützpunkt aufschlägt, sehr stark mit der Information über das Leistungsangebot des Pflegestützpunktes und mit der Öffentlichkeitsarbeit korrespondiert, dauert es nach der Eröffnung mindestens zwölf Monate, bis sich das Angebot im öffentlichen Bewusstsein etabliert hat, die wichtigen Multiplikatoren und öffentlichen Akteure über das Angebot des Pflegestützpunktes informiert sind und entsprechend diese Informationen an beratungssuchende Menschen weitergegeben werden können. Selbst wenn dieser Zustand der Bekanntheit in der (Fach-)Öffentlichkeit der Kommune vorhanden ist, so wird die Nachfrage bei aktiver Öffentlichkeitsarbeit weiter steigen. Insofern ist es schwer festzustellen, wann der regionale Beratungsbedarf befriedigt ist, also keine weitere Nachfrage generiert werden kann und es keinen vorhandenen Beratungsbedarf mehr gibt, der aufgrund mangelnder Information nicht zu Nachfrage werden kann.

Als Ergebnis der bisherigen Begleitung der hessischen Pflegestützpunkte lässt sich feststellen, dass in Landkreisen und kreisfreien Städten mit einem gemäß des Bemessungsverfahrens bislang nicht bedarfsdeckenden Beratungspersonalangebot nach der Etablierungsphase des Pflegestützpunktes relativ schnell ein Auslastungsgrad erreicht wird, der dazu führt, dass die Vernetzungsaufgaben zugunsten der unmittelbaren kundenorientierten Beratungsaufgaben zurückgestellt werden müssen. Die Berater/innen in den Pflegestützpunkten sehen die Beratung als ihre vordringliche Aufgabe. Wenn das vorhandene Personal nicht mehr ausreicht, um sowohl Beratung wie auch Vernetzung in einem ausgewogenen Verhältnis zu betreiben, dann wird die Vernetzungsaktivität verringert, um den Beratungsbedarf befriedigen zu können. Auch werden Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit nicht weiter betrieben, weil die so generierte zusätzliche Nachfrage nicht bedient werden könnte. Hält ein solcher Zustand über längere Zeit an und nimmt sogar noch an Dynamik zu, so zeigt dies deutlich eine personelle Unterbesetzung des Pflegestützpunktes im Verhältnis zum regionalen Beratungsbedarf an. Im Rahmen der Interviews haben drei Pflegestützpunkte bereits darauf hingewiesen, dass sie an der Auslastungsgrenze agieren, also Vernetzungsaufgaben und Öffentlichkeitsarbeit bereits zurückgestellt werden müssen, da die Beratungstätigkeiten auch die Arbeitszeit des/der kommunalen Berater/in weitgehend einnimmt.

Bei einer Ad-hoc-Befragung im Rahmen der Abschlussveranstaltung der wissenschaftlichen Begleitung der Pflegestützpunkte in Hessen am 13. Dezember 2011 haben die Pflegestützpunkte sich folgendermaßen selbst verortet:

Während für neun Pflegestützpunkte das Thema Auslastung bislang keine Relevanz hat, sie haben ihre aktuelle Auslastung auf der Skala zwischen 30 und 75 Prozent einschätzt, sehen sich insgesamt zehn Pflegestützpunkte als nahe an der Auslastungsgrenze, die mit 100 Prozent markiert ist. Sie haben ihre Auslastung mit zwischen 80 und 100 Prozent eingeschätzt. Drei Pflegestützpunkte sehen die 100 Prozent-Marke bereits überschritten.

Abbildung 12: Aktuelle Auslastung der Pflegestützpunkte im Dezember 2011 - Selbsteinschätzung



Quelle: Selbsteinschätzung der Pflegestützpunkte, IWAK-Workshop am 13.12.2011

In Landkreisen und kreisfreien Städten, die mit der bereits vorhandenen Beratungsinfrastruktur und dem Pflegestützpunkt über eine gemäß des Bemessungsverfahrens sehr gute personelle Ausstattung ihrer kommunalen Beratungsinfrastruktur verfügen, wie dies für Wiesbaden, Frankfurt, Groß-Gerau, den Main-Taunus-Kreis, Darmstadt, Hersfeld-Rotenburg und den Landkreis Kassel zutrifft, sehen sich die Pflegestützpunkte vor andere Aufgaben gestellt. Hier können sie verstärkt koordinierende und strukturentwickelnde Aufgaben in der bereits bestehenden Struktur übernehmen, Versorgungslücken identifizieren, gestaltend in Gremien mitarbeiten und/oder die Beratungsbedarfe von Personengruppen bedienen, die durch das Raster der vorhandenen Beratungsinfrastruktur fallen. Die zusätzlichen Kapazitäten der Pflegestützpunkte finden entsprechend ihrem Auftrag auch in einer bereits gut ausgebauten Struktur „Blinde Flecke“ und Aktivitätsbereiche, um die vorhandene Struktur weiter zu verbessern. Dies deutet darauf hin, dass es ein Zuviel an Beratungskapazität in Bezug auf Pflege- und Sozialberatung kaum gibt. Die im Bemessungsverfahren berechneten Mindestkapazitäten an Beratungspersonal stellen nach den jetzigen Erkenntnissen die absolute Untergrenze des Bedarfs dar. Möglicherweise sind sie noch zu niedrig gegriffen.

In der folgenden Abbildung sind für die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte die vorhandenen Kapazitäten an Beratungsstellen in Vollzeitäquivalenten (Personal in Pflegestützpunkten plus weitere kommunale Beratungsstellen für ältere und/oder pflegebedürftige Menschen) im Verhältnis zum 2011 berechneten Mindestbedarf bei einer Anhaltzahl von 1 VZÄ für 40.000 Personen Bevölkerung (oberster Wert des Korridors) aufgezeigt (siehe Kapitel 3.3.7, Seite 41 ff.).

Abbildung 13: Vorhandene Personalkapazitäten für Beratung im Sinne der §§ 7a und 92c SGB XI im Verhältnis zum im Bemessungsverfahren 2011 errechneten Mindestbedarf (Anhaltzahl 40.000)



Hellrot = weniger als 50 % des errechneten Mindestbedarfs ist vorhanden

Hellgelb = zwischen 50 und 100 % des errechneten Mindestbedarfs ist vorhanden

Hellblau = mehr als 100% des errechneten Mindestbedarfs ist vorhanden

Grau = keine Pflegestützpunkte vorhanden

Einige Pflegestützpunkte können anteilig auf eine Verwaltungskraft zurückgreifen und erleben dies als eine erhebliche Entlastung in ihrem Arbeitsalltag. Die Einstellung einer Verwaltungskraft kann im Fall einer Überlastung des Beratungspersonals im Pflegestützpunkt ein verhältnismäßig kostengünstiger Weg für Kommunen und Pflegekassen sein, um den Berater/innen zusätzliche Zeitkontingente für die Beratungs- und Vernetzungsarbeit zu eröffnen.

6.6 Teamentwicklung

Viele der Berater/innen in den Pflegestützpunkten verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Berufserfahrungen über eine hohe soziale Kompetenz und Erfahrungen in der Zusammenarbeit in Teams. Dies führt dazu, dass sich in den meisten Pflegestützpunkten die Kolleg/innen von der Kommune und der Pflegekasse, die sich vor der gemeinsamen Arbeit im Pflegestützpunkt nicht kannten, in einem gleichberechtigten Kommunikationsprozess als neues Arbeitsteam zusammenfinden und eine konstruktive Zusammenarbeit aufbauen können.

Persönliche und strukturelle Gründe können aber auch dazu führen, dass eine Teamentwicklung nicht stattfindet, erschwert wird oder einzelne Berater/innen sich nicht gleichberechtigt und gleichwertig im Team fühlen.

Neben persönlichen Unverträglichkeiten, die in der Praxis eher selten sind und bei den Pflegestützpunkten in Hessen nur in einem Fall offenkundig wurden, finden sich in der Konstruktion der Pflegestützpunkte Strukturmerkmale, die eine Teamentwicklung erschweren können. In vielen Pflegestützpunkten werden von kommunaler Seite Berater/innen im Pflegestützpunkt eingesetzt, die bereits viele Jahre Erfahrungen im Bereich der Seniorenberatung oder ähnlicher sozialer Beratungen haben, sich in der Region gut auskennen und bereits gut vernetzt sind. Solchermaßen qualifiziertes Personal ermöglicht es einem Pflegestützpunkt, quasi aus dem Stand mit der qualifizierten Beratungsarbeit zu beginnen und erspart in der Einzelfallberatung viele Monate der Aufbauarbeit.

Für die etablierte Berater/innen, die über viele Jahre in diesem Bereich selbständig gearbeitet und möglicherweise Beratungsstrukturen selbst aufgebaut haben, kann der Wechsel in den Pflegestützpunkt unter Umständen konfliktträchtige Veränderung der Beschäftigungssituation mit sich bringen:

- Von vertraglicher Seite her ist zwischen Pflegekasse und Kommune meist vereinbart, dass die Pflegeberatung durch den/die Pflegekassenberater/in durchgeführt wird und das Care-Management durch den/die kommunale Berater/in. Die kommunalen Berater/innen, die oft jahrelang selbst Pflegeberatungen erfolgreich durchgeführt haben und dies als einen sehr wichtigen und zufriedenstellenden Teil ihrer Arbeit betrachten, fühlen sich durch diese Regelung disqualifiziert und beschnitten. Vernetzungsarbeit sehen sie als selbstverständlichen Bestandteil ihrer Arbeit, aber nicht als alleinigen Inhalt. In der Praxis kann dies zu Irritationen gegenüber dem/der Kassenberater/in führen. In dem meisten Fällen führen diese kommunalen Berater/innen nach kurzer Orientierungsphase auch weiterhin Einzelfallberatung durch, oft in Kooperation mit den Pflegekassenberater/innen. Wo insbesondere durch die Lenkungsgruppe auf einer strikten Aufgabentrennung bestanden wird, kann sich der Konflikt auf das Verhältnis der Berater/innen übertragen.

- Ein Teil der Kassenberater/innen in den Pflegestützpunkten sind von ihren entsendenden Pflegekassen angehalten, zusätzlich zu den Pflegeberatungen im Pflegestützpunkt auch noch Pflegeberatungen in Form von Hausbesuchen durchzuführen, die von Versicherten der Entsendekasse in der Region bei der Kasse angefragt werden. Damit entfällt dann ein Teil der Hausbesuche und damit der Arbeitszeit auf pflegestützpunktfremde Arbeit. Es findet ein Zugriff von außen auf die Arbeitsorganisation und die Arbeitskapazität der Pflegestützpunktberater/innen statt. Dies birgt Konfliktpotenzial auf der Ebene der Berater/innen insbesondere, wenn diese Vorgänge nicht transparent im Pflegestützpunktteam kommuniziert werden (können).
- Berater/innen, die bereits langjährig in der Seniorenberatung beschäftigt waren, können es weiterhin als ihre Aufgabe ansehen, Beratungen auch in Fällen durchzuführen, für die nicht im eigentlichen Sinn der Pflegestützpunkt zuständig ist wie z.B. reine Sozialberatungen ohne Bezug zu Pflegebedürftigkeit. Dies kann zu Konflikten im Berater/innenteam aber auch im erweiterten Team mit dem Lenkungsgremium oder innerhalb des Lenkungsgremiums führen.
- Berater/innen, die bereits langjährig in der Beratung oder sogar in einer Seniorenberatung gearbeitet haben, diese aufgebaut haben, sowohl fachlich hoch kompetent, sehr gut vernetzt und sehr erfahren sind und bislang weitgehend selbständig gearbeitet haben, finden sich im Pflegestützpunkt in einer deutlich reglementierteren Struktur wieder. Steuerungsausschuss und Lenkungsgruppen sind hierarchisch übergeordnet und weisungsbefugt. Direktive Eingriffe in die Arbeit des Pflegestützpunktes durch die übergeordneten Stellen können von den meist hoch motivierten Berater/innen als eine starke Einengung und fachliche Beschneidung empfunden werden und zu Frustrationen führen. Dies kann zu Konflikten innerhalb des Teams oder zwischen Berater/in und Lenkungsgruppe führen. Durch die hierarchische Struktur zwischen Berater/innen und Lenkungsmitgliedern, die in der Regel die Vorgesetzten der Berater/innen sind, ist eine Konfliktbearbeitung sehr schwierig und Berater/innen können ggf. die Exit-Strategie als einzigen Ausweg aus der Situation sehen. Damit droht der Pflegestützpunkt allerdings auch wertvolle personelle Ressourcen und kumulierte Erfahrungen zu verlieren.
- Das Konstrukt des Pflegestützpunktes als einer multidisziplinären und kooperativ strukturierten Beratungsstelle wird explizit abgelehnt oder de facto unterlaufen. In mindestens zwei Pflegestützpunkten findet sich die Situation, dass ein/e Berater/in eine kommunale Seniorenberatungsstelle selbständig aufgebaut und betrieben hat und nun in Umwandlung zu einem Pflegestützpunkt einen Kollegen/eine Kollegin von der Pflegekasse an die Seite bekommen hat. Diese werden in die Beratungsarbeit bislang nicht eingebunden sondern bekommen nur dann Fälle, wenn ein Ratsuchender explizit ihre Telefonnummer wählt oder explizit nach dem/der Kassenberater/in fragt. Die Folge ist, dass die kommunalen Berater/innen eine große Fülle an Anfragen zu bearbeiten haben, während der/die Kassenkolleg/in eher leer läuft. In manchen der Pflegestützpunkte mag dies der Aufbausituation geschuldet sein und nach besserem Kennenlernen und einer Teamentwicklung in eine konstruktive Kooperation münden. In anderen findet sich aber ein mehr oder

weniger offener Widerstand des/der kommunalen Berater/in, die „eigene“ Beratungsstelle mit einer weiteren Person zu „teilen“.¹⁴

Grundsätzlich sind Supervision oder Coaching als Reflexionsinstrumente für das Berater/innenteam und die einzelnen Berater/innen geeignete Instrumente, um die Zusammenarbeit im Team weiter zu entwickeln und Konflikte, die nicht durch interne Gespräche geklärt werden können, zu bearbeiten.

Im Pflegestützpunkt des Landkreises Marburg-Biedenkopf erhält das Berater/innenteam eine regelmäßige Team-Supervision. Für den Pflegestützpunkt der Stadt Kassel gibt es ein Gruppen-Coaching für die Teamfindung. Die anderen Pflegestützpunkte haben solche Instrumente zur Unterstützung und Qualitätssicherung bislang nicht eingesetzt, obwohl viele Pflegestützpunktteams dies für sinnvoll und wichtig erachten. Als Haupthinderungsgrund wird durchweg die Finanzierungsfrage genannt. Da die Finanzierung paritätisch zwischen Pflegekasse und Kommune geteilt werden müsste und die Verhandlungen im Vorfeld der Eröffnung der Pflegestützpunkte durchweg als anstrengend empfunden wurden, scheuen hier viele der Verantwortlichen offenbar einen erneuten Vorstoß.

Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch gibt es für die Pflegeberater/innen der Pflegekassen zum Teil kassenintern mit Kolleg/innen, die ebenfalls die Pflegeberaterausbildung absolviert haben. Dieser Austausch wird von den Pflegestützpunktmitarbeiter/innen dann als sinnvoll für ihre Arbeit erachtet, wenn ihre spezifische Situation im Pflegestützpunkt Berücksichtigung findet. Bei der AOK, die über einen großen Pool an Pflegeberater/innen und einen zuständigen Leiter für die Pflegeberater/innen verfügt, finden regelmäßige Austausch- und Informationstreffen statt. Die Pflegeberater/innen aus den Pflegestützpunkten haben im Rahmen dieser Treffen inzwischen auch ein Zeitfenster für den exklusiven Austausch untereinander etabliert, der als wichtige Austauschplattform genutzt wird. Hier können auch Erfahrungen der Teamsituationen reflektiert werden. In erster Linie sind diese Treffen aber für den fachlichen Austausch vorgesehen.

6.7 Interne Arbeitsteilung im Pflegestützpunktteam bezüglich Beratung und regionaler Vernetzung

In den Stützpunktverträgen der hessischen Pflegestützpunkte, die zwischen der jeweiligen Kommune und der den Stützpunkt tragenden Pflegekasse auf der Basis eines Mustervertrags ausgehandelt wurden, ist in der Regel eine interne Arbeitsteilung zwischen Kassen- und kommunalen Mitarbeitern entlang der Trennlinie 7a-Beratung und Care-Management vorgesehen: Die Kassenmitarbeiter/innen sind für die 7a-Beratung und die allgemeine Beratung zuständig und die kommunalen Berater/innen für die regionale Vernetzung sowie die allgemeine Beratung.

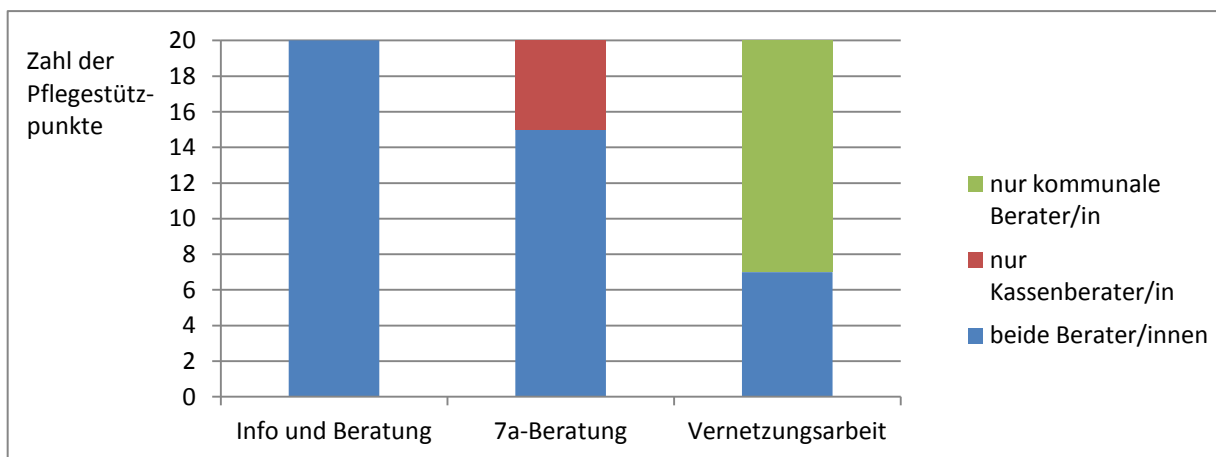
In der Praxis der Arbeit der meisten Pflegestützpunkte haben sich nach kurzer Zeit statt einer klaren Aufgabenteilung individuelle, pragmatische Arbeitsteilungen ergeben, die gekennzeichnet sind durch mehr oder weniger weite Überschneidungsfelder bei den Aufgaben. Diese pragmatischen Arbeitsteilungslösungen resultiert aus verschiedenen Erfahrungen:

¹⁴ Diese Widerstandsstrategie findet sich auch bei Pflegestützpunkten in Hamburg (vgl. . s. Döhner et al., 2011, 84 ff)

- Die spezifische Qualifikationsverteilung im Pflegestützpunktteam erfordert oft, dass auch die kommunalen Pflegestützpunktmitarbeiter/innen Pflegeberatungen übernehmen, vornehmlich, wenn es sich um Beratungen über Sozialgesetzbücher handelt, die nicht SGB V und XI betreffen. In der Pflegeberaterausbildung der Pflegekassenberater/innen kommen diese anderen Sozialgesetzbücher mit ihren spezifischen Leistungen oft zu kurz, so dass hier keine fundierte Beratung geleistet werden kann. Gleichzeitig verfügen viele der kommunalen Berater/innen über ein sehr gutes Fachwissen und langjährige Erfahrungen in diesen Beratungsinhalten. Bei Beratungsanfragen übernimmt in diesem Konstellationen der-/diejenige Berater/inne die Federführung des Falles, dessen Fachkenntnisse stärker im Fall nachgefragt werden.
- Wenn in der Aufbauzeit und während der berufsbegleitenden Ausbildung zum/zur Pflegeberater/in aufgrund ausgedehnter Schulungszeiten wenig Arbeitskapazität für den Pflegestützpunkt zur Verfügung steht oder wenn in einem Pflegestützpunkt die Nachfrage nach Beratung zunimmt, kann die Beratungsarbeit nicht mehr nur durch den/die Pflegekassenberater/in hinreichend erfüllt werden. Die Menge des Beratungsbedarfs erfordert, dass auch die/der kommunale Berater/in hier in der Beratung verstärkt mitarbeitet.
- Kommunale Berater/innen, die bereits früher Seniorenberatungen und de facto auch Pflegeberatungen durchgeführt haben, wollen sich diesen Aufgabenbereich nicht entziehen lassen und machen deshalb in Abstimmung mit dem/der Kassenberater/in weiterhin Pflegeberatungen.
- Wenn in einem Pflegestützpunkt das gesamte Personal neu in die Arbeit einsteigt, besteht bei den Berater/innen meist der Wunsch, sich in ihren Arbeitsweisen zunächst kennenzulernen und abzustimmen. Hierfür werden in der Anfangsphase viele Aktivitäten gemeinsam durchgeführt wie etwa gemeinsame Hausbesuche und Beratungsgespräche bei Klienten, gemeinsame Vernetzungsaktivitäten und Vorstellungen bei anderen Akteuren vor Ort. Die mit steigender Nachfrage notwendige und praktizierte Arbeitsteilung entwickelt sich häufig aus diesen gemeinsamen Erfahrungen, bei denen deutlich wird, wer welche Kompetenzen hat und wie eine konstruktive Zusammenarbeit und auch Arbeitsteilung stattfinden kann.
- Care-Management ist eine wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte Beratung, bei der die in der Region vorhandenen Leistungsangebote zu einem, dem individuellen Bedarf angepassten Versorgungsnetz verknüpft werden. Aus diesem Grund muss der/die Pflegekassenberater/in in Vernetzungsaktivitäten einbezogen werden und hat auch in der Regel ein Interesse an einer Beteiligung und Weiterentwicklung der regionalen Vernetzung.

In der Praxis stellte sich die Arbeitsteilung, die sich in den Pflegestützpunkten im ersten halben Jahr im Pflegestützpunkt ergeben hat folgendermaßen dar:

Abbildung 14: Verteilung der internen Zuständigkeiten im Pflegestützpunktteam¹⁵



Quelle: Eigene Darstellung der inhaltlichen Auswertung der Interviews mit den hessischen Pflegestützpunkten

Es fällt auf, dass die Aufgabe der 7a-Beratung insgesamt sehr viel häufiger von beiden Berater/innen wahrgenommen wird, als dies bei der Vernetzung der Fall ist, wobei hier die reine Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Verbreitung von Informationen über den Pflegestützpunkt nicht unter Vernetzungsarbeit subsumiert ist. Das heißt, dass vielfach die kommunalen Berater/innen für die Vernetzungsarbeit weitgehend alleine zuständig sind und gleichzeitig auch 7a-Beratung und allgemeine Beratung mit bedienen. Dies bestätigt den Eindruck, dass die Pflegestützpunkte die Beratungstätigkeit in den Mittelpunkt ihrer Aktivitäten stellen und bei Bedarf alle verfügbaren Ressourcen hier einbringen, während die Vernetzungsaktivitäten vielfach als exklusive Aufgabe der kommunalen Berater/innen gesehen werden.

6.8 Zusammenarbeit von Lenkungsgremium und Berater/innen

Das Lenkungsgremium ist für den Aufbau des Pflegestützpunktes wichtig, weil schon in der Planung grundlegende Richtungsentscheidungen gefällt werden. Es geht um Fragen wie:

- Wo und wie soll der Pflegestützpunkt institutionell und räumlich angesiedelt werden?
- Wie wird das Personal für den Pflegestützpunkt ausgewählt und welcher Qualifikationsmix wird angestrebt?
- Welche Aufgabenschwerpunkte soll der Pflegestützpunkt ggf. im Rahmen der vorhandenen Infrastruktur übernehmen?

In der Planung eines Pflegestützpunktes ist eine intensive Zusammenarbeit der Kommune, der Pflegekasse und des Lenkungsgremiums mit den jeweiligen Verantwortlichen notwendig, um zu einer konsistenten Vorstellung dessen zu kommen, was der Pflegestützpunkt sein soll. Es zeigt sich, dass eine intensive Zusammenarbeit zur Vorbereitung der Gründung in vielen

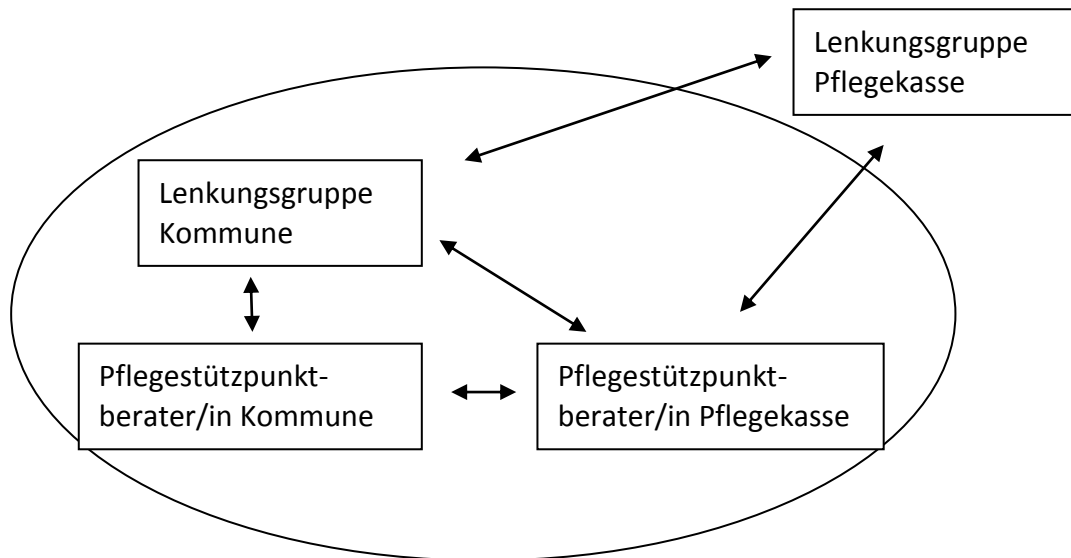
¹⁵ Die Pflegestützpunkte der Landkreise Bergstraße und Limburg-Weilburg sind hier nicht berücksichtigt, weil zum Zeitpunkt der Interviews die kommunale Berater/innenstellen nicht besetzt waren und deshalb über eine interne Arbeitsteilung keine Aussage getroffen werden konnte.

Pflegestützpunkten nicht oder kaum stattgefunden hat. So wurde etwa die Qualifikation des einzusetzenden Personals nach unserer Kenntnis in keinem einzigen Pflegestützpunkt im Vorfeld explizit abgestimmt. Über die Aufgabenschwerpunkte und strukturelle Einbettung in vorhandene Strukturen gab es ebenfalls in der Mehrzahl der Pflegestützpunkte keine dezidierten Vorstellungen, die von den Trägern gemeinsam entwickelt worden wären. In der überwiegenden Zahl wurden die Pflegestützpunkte erst einmal von zwei Trägern eingerichtet und dann abgewartet, welche Handlungs- und Entscheidungserfordernisse zu Tage treten würden.

Ein häufig genannter Punkt, der Absprachen erforderte, war die Frage der Räumlichkeiten. Für die Suche war in der Regel die Kommune zuständig. Von Seite der Pflegekasse gab es meist die Erwartung, dass für die Pflegeberater/innen der Kasse ein eigener und abgeschlossener Arbeitsraum zur Verfügung stehen sollte. Die Räume mussten zudem verkehrsgünstig gelegen und barrierefrei sein. Einige Eröffnungen von Pflegestützpunkten wurden aufgrund fehlender passender Räumlichkeiten oder der Notwendigkeit baulicher Anpassung verzögert.

In der Aufbauphase des Pflegestützpunktes ergeben sich für die Berater/innen zahlreiche Fragen zu rechtlichen, formalen und organisatorischen Details, die durch das Lenkungs-gremium geklärt werden können und sollen, sowie viele Ansatzpunkte für die Lenkungsgruppenmitglieder, um bei der Vernetzung des Pflegestützpunktes unterstützend tätig werden zu können. In der Praxis ist es häufig so, dass es regelmäßige Besprechungen der Pflegestützpunktberater/innen mit dem kommunalen Teil des Lenkungs-gremiums gibt. Dies liegt daran, dass die Pflegestützpunkte in der Regel bei den Kommunen und meist auch räumlich in den Kommunalverwaltungen und Sozialämtern angesiedelt sind. Das Lenkungsgruppenmitglied der Pflegekasse wird üblicherweise über Sitzungen, Entscheidungen etc. informiert, ist aber nicht an gemeinsamen Besprechungen beteiligt. In vielen Pflegestützpunkten gibt es – von den Interviewterminen der wissenschaftlichen Begleitung abgesehen, bei denen zum Teil Berater/innen und beide Lenkungsgruppenmitglieder anwesend waren – kaum Besprechungen in diesem erweiterten Setting. Die Lenkungsgruppenmitglieder der Pflegekassen kommunizieren häufig nur bilateral mit den kassenseitigen Pflegestützpunktberater/innen und mit dem kommunalen Lenkungsgruppenmitglied. Diese Struktur kann unter Umständen bei den Pflegekassenmitarbeiter/innen im Pflegestützpunkt zu dem Eindruck führen, eigentlich eher bei der Kommune beschäftigt zu sein. In den Pflegestützpunkten wird dies allerdings nicht als problematisch angesehen.

Abbildung 15: Kommunikationsstruktur in vielen der Pflegestützpunkten



Wie an dem Schaubild zu sehen ist, gibt es in vielen Pflegestützpunkten eine strukturelle Kommunikationslücke zwischen den Berater/innen der Kommune und dem Lenkungsgruppenmitglied der Pflegekasse. Oft interessieren sich die Lenkungsgruppenmitglieder der Kasse für die allgemeinen Abläufe im Pflegestützpunkt eher weniger, solange ihr/e Mitarbeiter/in die vorgesehene Arbeit macht und die großen Linien gemäß der Absprachen im Pflegestützpunkt eingehalten werden. Der Pflegestützpunkt wird in manchen Fällen wie eine Abspaltung der Kasse behandelt, in die möglichst wenig Energie der Pflegekasse einfließen soll. Die Folge hiervon ist einerseits, dass Pflegestützpunkt und Kommune eine große Freiheit haben, den Pflegestützpunkt und seine Arbeit auszugestalten. Die Pflegekasse bringt sich so aber auch um die Möglichkeit, diese besondere Struktur der integrierten Beratungs- und Vernetzungsarbeit mit zu gestalten.

Möglicherweise drückt sich hier eine Haltung aus, wie sie Röber und Hämel (2011) beschreiben, dass nämlich (manche) Pflegekassen ein Beratungsverständnis haben, das sich alleine auf die Beratung zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung bezieht und nicht auf darüber hinaus gehende Hilfen anderer Gesetzbücher. Das spezielle Profil der Pflegestützpunkte besteht gerade in dieser integrierten Beratungsleistung von SGB XI, V, aber auch XII und weiterer Gesetzbücher. Ein nur gering ausgeprägtes Interesse an dieser umfassenden Konzeption der Pflegestützpunkte, in deren Zentrum der Klient/die Klientin steht, könnte die Zurückhaltung mancher Pflegekassen bei der Gestaltung der Pflegestützpunkte erklären. Röber und Hämel beschreiben diesbezüglich unterschiedliche Vorstellungen bei Kommunen und Pflegekassen als ein zentrales Strukturproblem beim Aufbau von Pflegestützpunkten in Hessen (Röber u. Hämel, 2011, 144f).

Auf der Ebene der Berater/innen konnten im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung solche strukturellen Unterschiede zwischen den Berater/innen der Kommune und der Pflegekasse übrigens nicht gefunden werden. In den Interviews in den Pflegestützpunkten wurde die Frage, ob es unterschiedliche Organisationskulturen aus den Entsende-

organisationen gibt und ob dies Auswirkung auf die Zusammenarbeit im Pflegestützpunkt hat, in allen Interviews verneint.

In Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Lenkungsgruppe und Berater/innen wünschen sich einige Pflegestützpunktteams eine bessere Unterstützung durch die Lenkungsgruppe im Hinblick auf den Steuerungsausschuss. Dies betrifft sowohl die Kommunikation vom Pflegestützpunktteam in Richtung Steuerungsausschuss z.B. bei der Weitergabe von Anregungen für die weitere Ausgestaltung etwa des Dokumentationssystems als auch den Informationsfluss vom Steuerungsausschusses zu den Pflegestützpunkten. Die Lenkungsgruppen werden hier an einer wichtigen Schnittstelle gesehen, die von ihnen auch ausgefüllt werden sollte. In einigen Pflegestützpunkten ist inzwischen der/die kommunale Berater/in offiziell Stellvertreter/in des kommunalen Lenkungsgruppenmitglieds und damit in alle Informationsflüsse zwischen Steuerungsausschuss und Lenkungsgruppen eingebunden. Dies verbessert die Informationsflüsse und die Transparenz für die Berater/innen der Pflegestützpunkte erheblich.

Andere Pflegestützpunkte wiederum wünschen sich mehr Eigenständigkeit in der Ausgestaltung der Arbeit und weniger unmittelbare Beteiligung von Lenkungsgruppenmitgliedern in alltäglichen Vollzügen. Auch in diesem Punkt zeigt sich also die Vielfalt in der Ausgestaltung der Organisation rund um die Pflegestützpunkte.

7. Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für den Aufbau und Betrieb von Pflegestützpunkten

Die Erkenntnisse aus allen Arbeitspaketen der wissenschaftlichen Begleitung sind in die Erarbeitung der Handlungsempfehlungen eingeflossen. In einem mehrstufigen Verfahren wurden die Handlungsempfehlungen mit dem Steuerungsausschuss und den Lenkungsgruppen rückgekoppelt und abgestimmt. Es handelt sich bei den Handlungsempfehlungen entsprechend um aus der Praxis gewonnene Erkenntnisse, die zu zentralen Fragestellungen und Themen zusammengeführt wurden.

Die Auswahl der Themen, für welche Handlungsempfehlungen erarbeitet wurden, orientierte sich an den Interessen der möglichen Nutzer/innen, also die Lenkungsgruppen, die mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten vor Ort beauftragt sind, sowie an die Beraterinnen und Berater und den Steuerungsausschuss. Potenzielle Nutzer/innen können aber auch Akteure aus anderen Bundesländern sowie aus anderen Feldern der sozialen Arbeit sein, die dezentrale Beratungsinfrastrukturen auf- oder ausbauen sollen, da viele der Erkenntnisse aus der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen auf andere regionale und inhaltliche Kontexte übertragen werden können.

Zudem sollen die Handlungsempfehlungen für bereits bestehende Pflegestützpunkte als Reflexionsinstrument im laufenden Betrieb dienen.

Im Folgenden werden nach einigen allgemeine Überlegungen zu den spezifischen Rahmenbedingungen für die Erarbeitung der Handlungsempfehlungen, die einzelnen Handlungsempfehlungen aufgeführt.

Die Handlungsempfehlungen sind elektronisch sowie als Druckversion über das Hessische Sozialministerium und über das IWAK zu beziehen.

7.1 Einleitung

Die Einführung der Pflegestützpunkte in Hessen und ihre Etablierung in den Kreisen und kreisfreien Städten geschieht unter sehr unterschiedlichen Bedingungen. Dies hängt im Wesentlichen damit zusammen, ob und welche Beratungsinfrastruktur mit einem ähnlichen Profil bereits vor der Einführung der Pflegestützpunkte vorhanden sind und wie der Pflegestützpunkt die vorhandene kommunale Infrastruktur verändert bzw. in sie eingepasst wird.

Eine Reihe von hessischen Kommunen hat ab Ende der 1990er Jahre kommunale Beratungsstellen für die Zielgruppe der älteren Menschen aufgebaut. Zum Teil geschah dies zusammen mit anderen Trägern und/oder mit finanzieller Unterstützung durch den Europäischen Sozialfonds. Das Netz an Beratungsstellen wurde in den Kommunen inzwischen unterschiedlich dicht ausgebaut: Während einige Landkreise und kreisfreie Städte über ein dichtes Netz an Beratungsstellen verfügen, ist es in anderen nur bei eine einzigen Beratungsstelle geblieben. Wieder andere Kommunen haben zwischenzeitlich die Beratungsstellen wieder geschlossen und ein weiterer Teil der Kommunen hat bislang keine kommunale Beratungsinfrastruktur für pflegebedürftige Menschen betrieben. Damit korrespondierend gestaltete sich der Implementierungsprozess in den Kommunen unterschiedlich. In den Kommunen mit bereits guter kommunaler Beratungsinfrastruktur sind die Pflegestützpunkte als zusätzliches Beratungsangebot installiert worden, die nun

Lücken im bisherigen Beratungsangebot füllen, z.B. spezielle Zielgruppen oder bisher vernachlässigte Regionen abdecken. Sie führen zu einer weiteren Optimierung des Systems. Andere Kommunen, die in geringerem Ausmaß bereits über eigene Beratungsstellen verfügten, haben diese Beratungsstellen in Form des Personals zum Teil oder in Gänze in den Pflegestützpunkt überführt. Hier bauen die Pflegestützpunkte auf einer bereits eingeführten Struktur mit routiniertem Personal auf, die Pflegekasse kommt als Träger und Personal der Pflegekasse als Beraterin oder Berater hinzu. Zum Teil ergibt sich daraus ein Nebeneinander von kommunaler Beratungsstelle und Pflegestützpunkt mit manchmal gemeinsamem Personal und ähnlichen Aufgabenprofilen. In der dritten Gruppe der Kommunen, die bislang keine Beratungsstellen für Pflegebedürftige betrieben haben, ergibt sich mit der Eröffnung des Pflegestützpunktes die Notwendigkeit einer grundlegenden Einrichtung von Strukturen in Bezug auf Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung mit Akteuren und Aufbau der Beratungsarbeit.

Die aufgezeigten Varianten bedingen spezifische Dynamiken im Aufbau der Pflegestützpunkte, die auf unterschiedlichen Ebenen zu Steuerungsanforderungen und Klärungsbedarfen führen.

Es kann für Hessen deshalb nicht *ein* „Rezept“ für den Aufbau der Pflegestützpunkte geben. Im Aufbauprozess wurde zunächst zwischen Kommune und Pflegekasse für jeden Pflegestützpunkt ein Stützpunktvertrag erarbeitet. Auf dessen Grundlage wurden die Lenkungsgruppen, die jeweils aus einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter der Kommune und der beauftragten Pflegekasse bestehen, eingesetzt. Die Lenkungsgruppen sind mit dem Aufbau und ordnungsgemäßen Betrieb des Pflegestützpunktes beauftragt. Schon im Vorfeld der Einrichtung des Pflegestützpunktes gibt es viele Abstimmungserfordernisse, durch welche die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Pflegestützpunktes und die Arbeit der Beraterinnen und Berater bestimmt werden. In der Aufbauphase und im Betrieb des Pflegestützpunktes sind die Lenkungsgruppen deshalb gefordert - oft gemeinsam mit dem Beratungspersonal im Pflegestützpunkt - Entscheidungen zu treffen und den Pflegestützpunkt und die Arbeit praktisch zu gestalten. Die folgenden Handlungsempfehlungen beziehen die Perspektiven der unterschiedlichen Akteure und Erfordernisse ein.

7.2 Empfehlungen zum strukturellen Aufbau des Pflegestützpunktes

Die Arbeit eines Pflegestützpunktes wird in vielfacher Weise geprägt von den strukturellen Bedingungen, die sich z.B. auf den Ort der Beratungsstelle, das Personal und die strukturelle Einbindung in der Kommune beziehen. Diese Strukturen beeinflussen wichtige Prozesse der alltäglichen Arbeit, etwa die Kommunikation und Kooperation der Beraterinnen und Berater untereinander, die Erreichbarkeit und den niedrigschwelligen Zugang für die Ratsuchenden und die enge Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Beratungsangeboten. Bereits bei der Planung eines Pflegestützpunktes können hier wichtige Weichen gestellt werden, aber auch im laufenden Betrieb können gegebenenfalls strukturelle Veränderungen die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Beratung und Vernetzung weiter verbessern.

7.2.1 Räumliche Ansiedlung des Pflegestützpunktes

Für die Auswahl der Stützpunkträumlichkeiten empfiehlt sich aufgrund einer höheren Akzeptanz durch die Ratsuchenden die Auswahl von Gebäuden, in denen bereits andere Service- und Beratungseinrichtungen aus dem Sozial- und/oder Gesundheitsbereich untergebracht sind.

Vorteilhaft für die Beraterinnen und Berater ist eine Lage in der Kreis- bzw. Stadtverwaltung, da hier kurze Wege die Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen und Beratungseinrichtungen erleichtern.

Eine zentrale geografische Lage und eine gute Erreichbarkeit der Räume im Gebäude vermindern Beschwerlichkeiten für die Ratsuchenden. Dies gilt es bei der Raumauswahl so weit als möglich zu berücksichtigen.

Barrierefreiheit sowie eine gute Anbindung mit dem ÖPNV sollten selbstverständlich sein.

7.2.2. Beratungsräume

Für einen erleichterten Informationsaustausch zwischen den Beraterinnen und Beratern der Kommune und der Pflegekasse bewähren sich in der Praxis Büroräume, die in unmittelbarer Nachbarschaft liegen und idealerweise über eine direkte Verbindungstür verfügen. Hierbei ist auf eine ausreichende Schalldämmung zu achten, so dass bei Bedarf in den einzelnen Räumen die Vertraulichkeit des Beratungsgesprächs und der Datenschutz gewahrt werden können.

7.2.3 Qualifikation und Auswahl des Personals für ein Pflegestützpunktteam

Im Kontext der Stellenbesetzung im Pflegestützpunkt und bei Neueinstellungen ist es ratsam, dass sich das Lenkungsgruppenteam vorab über die notwendigen Qualifikationsanforderungen der Arbeit im Pflegestützpunkt verständigt und diese bei der Auswahl des Beratungspersonals berücksichtigt. Dies schafft die Voraussetzung dafür, dass alle notwendigen Kompetenzen durch einen Qualifikationsmix abgedeckt werden können¹⁶. Wichtige Aspekte für die Auswahl des Personals sind neben der fachlichen Ausbildung auch die Motivation und Lernbereitschaft sowie vorhandene Berufserfahrungen.

7.2.4 Beschäftigungsstruktur

Die multidisziplinäre Arbeit im Pflegestützpunkt mit seinen komplexen Beratungs- und Vernetzungsanforderungen macht eine intensive Kommunikation und eine zum Teil gemeinsame Wahrnehmung von Aufgaben der Beraterinnen und Berater von Kommune und Kasse insbesondere in der Aufbauphase des Pflegestützpunktes notwendig.

In der Praxis hat sich als besonders funktional erwiesen, wenn Personalstellen in den Pflegestützpunkten als nicht geteilte Stellen organisiert sind, d.h. wenn von kommunaler und

¹⁶ Vgl. auch die Empfehlung des Beirats des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Köln, S. 134.

von Kassenseite jeweils nur eine Person angestellt ist. Der Informationsfluss sowie die gemeinsame Bearbeitung und notwendige Steuerung des Versorgungsverlaufs von Ratsuchenden ist zwischen zwei Personen wesentlich einfacher zu gewährleisten als mit mehreren Personen, die zudem abwechselnd arbeiten.

Aus diesen Gründen empfiehlt sich ebenfalls, dass die Beraterinnen und Berater mit mindestens einer Zweidrittelstelle beschäftigt sind. Die sich dadurch ergebenden Überschneidungen der Arbeitszeit erleichtern die konkrete Beratungsarbeit und schaffen Raum für notwendige Informationstransfers sowie Austausch- und Abstimmungsprozesse zwischen den Beraterinnen und Beratern. Sie erleichtern auch die gemeinsame Wahrnehmung von Terminen, ohne dass Büroöffnungszeiten gekürzt werden müssen. Hierdurch kann ressourcenschonend gearbeitet werden und eine optimale Kommunikation und Zusammenarbeit der Beraterinnen und Berater erfolgen.

Gesplittete Stellen mit zwei 50-Prozent-Anteilen können sich dann bewähren, wenn es genügend Überschneidungen bei den Arbeitszeiten der Beraterinnen und Berater im Team gibt, um die notwendige Kommunikation und den Austausch zu gewährleisten.

Es empfiehlt sich zudem für den Vertretungsfall von Seiten der Kommune und der Kasse jeweils Personal vorzusehen, das auch über wichtige Entscheidungsprozesse informiert wird, um eine Kontinuität der Arbeit im Vertretungsfall zu gewährleisten. Ob gesplittete Stellen die Situation im Vertretungsfall erleichtern, hängt wesentlich mit der Beschäftigungssituation und damit der Einsatzfähigkeit der Teilzeitbeschäftigten zusammen. Sind die Beschäftigten mit weiteren Stellenanteilen an einem anderen Arbeitsplatz gebunden, so kann Vertretung nur gewährleistet werden, wenn es hier eine ausreichende Flexibilität bezüglich der Arbeitszeiten gibt.

7.2.5 Dokumentationssystem

Die Praxis zeigt, dass ein bereits zu Beginn der Arbeit eines Pflegestützpunktes vorhandenes geprüftes und bewährtes Dokumentationssystem die Versorgungs- und Hilfeplanung sowie die Leistungserbringung und Evaluation erleichtert. Eine zeitnahe Schulung im Gebrauch des Dokumentationssystems ist dafür allerdings notwendig¹⁷.

7.2.6 Strukturelle Ansiedlung

In einigen Regionen gibt es bereits eine Infrastruktur, welche eine unabhängige Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen anbietet. Wenn die vorhandene Infrastruktur erhalten bleibt, diese also nicht im Pflegestützpunkt aufgeht, und wenn Doppelstrukturen vermieden werden sollen, dann ist in der Regel der Pflegestützpunkt nicht als Konkurrenz der vorhandenen Beratungsangebote, sondern als ergänzende Struktur angesiedelt. Dies kann heißen, dass der Pflegestützpunkt z.B. thematische Lücken, bisher nicht abgedeckte Zielgruppen oder bislang nicht ausreichend versorgte Regionen schwerpunktmäßig bedienen kann. Es empfiehlt sich, bereits im Vorfeld der Eröffnung des Pflegestützpunktes im Lenkungsgremium Vorstellungen zu möglichen und gewünschten Aufgaben und

¹⁷ Ebd.

Zuständigkeiten des Pflegestützpunktes und zur Einbettung in die vorhandene Infrastruktur zu entwickeln.

Es empfiehlt sich zudem, die bestehenden Beratungsstellen frühzeitig über die geplante strukturelle Ansiedlung des Pflegestützpunktes im Beratungs- und Versorgungssystem zu informieren, um Ängsten und Befürchtungen entgegenzutreten. Es hat sich gezeigt, dass mangelnde Informationen bei den schon bestehenden Beratungsstellen vorhandene Konkurrenz- und Verdrängungsbefürchtungen verstärken können und dass dies in der Anfangsphase zu Abgrenzungsbestrebungen gegenüber dem Pflegestützpunkt führen kann. Die wichtige Zusammenarbeit des Pflegestützpunktes mit anderen vorhandenen unabhängigen Beratungsstrukturen kann hierdurch erheblich erschwert werden.

7.3 Empfehlungen zur allgemeinen Organisation der Pflegestützpunktarbeit

In der Aufbauphase eines Pflegestützpunktes sind eine Vielzahl von Aufgaben zu erfüllen und Abläufe zu organisieren, die hier nicht im Einzelnen in einer bestimmten Form normiert werden sollen und können. Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf grundlegende Abstimmungsprozesse, die helfen, die Arbeit im Pflegestützpunkt zu strukturieren und Orientierung zu schaffen.

7.3.1 Zusammenarbeit von Lenkungsgruppe und Beraterinnen und Beratern

Für die Zusammenarbeit von Lenkungsgruppe und Beratungspersonal ist es ratsam, eine Balance in der Intensität der Kommunikation zu finden, die es ermöglicht,

- den notwendigen Steuerungsaufgaben der Lenkungsgruppe und den Unterstützungsbedürfnissen des Pflegestützpunktes nachzukommen,
- gleichzeitig die für den Aufbau und Betrieb des Pflegestützpunktes notwendige Selbständigkeit und Kreativität der Beraterinnen und Berater nicht einzuengen und
- zudem die allseitigen zeitlich restriktiven Rahmenbedingungen zu beachten.

Eine zeitnahe Weitergabe von wichtigen Informationen sollte selbstverständlich sein.

7.3.2 Auftragsklärung

Insbesondere in der Aufbauphase aber auch später sollte in regelmäßigen Abständen reflektiert werden, welche konkreten Aufgaben sich für den Pflegestützpunkt aus dem gesetzlichen Auftrag ergeben, wie diese am besten erfüllt werden können und wo die Grenzen des Auftrags des Pflegestützpunktes liegen. Dabei sollte neben Beratung und Vernetzung auch die Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements berücksichtigt werden.

Eine ggf. spezifische Profilbildung und Spezialisierung des Pflegestützpunktes in der regionalen Beratungsinfrastruktur sollte ebenfalls gemeinsam von Lenkungsgruppe und Beratungspersonal expliziert werden.

Auch empfiehlt es sich zu reflektieren, welche Rolle dem Pflegestützpunkt in der Kommune und für die Pflegekasse zukommt, welche Aufgaben und Funktionen er wahrnimmt und ob diese Aufgaben und Funktionen dem gesetzlichen Auftrag der Pflegestützpunkte entsprechen. Beratungspersonal und Lenkungsgruppe sollten in regelmäßigen Abständen überprüfen, ob die Aufgaben und Funktionen, die der Pflegestützpunkt wahrnimmt, dem gesetzlichen Auftrag und dem Selbstverständnis des Pflegestützpunktes entsprechen.

Funktionsänderungsprozesse und Anforderungen, die nicht den Aufgaben des Pflegestützpunktes entsprechen, sollten thematisiert und nach Lösungen gesucht werden.

7.3.3 Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement

Lenkungsgruppe und Beraterinnen und Berater sollten zu Beginn der Arbeit eines Pflegestützpunktes gemeinsam darüber reflektieren,

- was unter einer „guten“ Qualität der Arbeit des Pflegestützpunktes verstanden wird,
- wie diese Vorstellungen umgesetzt werden können und
- wie deren Erfolg gemessen werden kann¹⁸. Dies kann zum Beispiel auch mithilfe des vom IWAK entwickelten Instruments zur Kundenzufriedenheitsbefragung erfolgen.

Grundlegende Leitlinien und Standards können durch die Lenkungsgruppen jeweils für den einzelnen Pflegestützpunkt entwickelt werden.

Um die Transparenz aber auch die Verbindlichkeit zu erhöhen, empfiehlt sich eine Dokumentation der Überlegungen und Handlungen. Regelmäßige Reflexionsgespräche können helfen, frühzeitig unerwünschten Entwicklungen entgegen zu treten.

In der Aufbauzeit kann ein fachkundiges Coaching eine zügige und effiziente Einrichtung und Etablierung des Pflegestützpunktes sowie die Einführung qualitätssichernder Strukturen unterstützen.

Im laufenden Betrieb kann eine regelmäßige Supervision in der Einzelfallarbeit, bei der Zusammenarbeit im Team und bei notwendigen Klärungsprozessen die Arbeit des Beratungsteams unterstützen, damit Qualität sichern und effizientes Arbeiten dauerhaft ermöglichen.

7.4 Empfehlungen zur Arbeitsorganisation in Pflegestützpunkten

Pflegestützpunkte haben eine Vielzahl von unterschiedlichen Aufgaben zu erfüllen. Neben der Bearbeitung von Informations- und Beratungsanfragen sowie Case-Management beinhalten diese vor allem in der Aufbauphase auch die Vernetzungsarbeit innerhalb der Region, innerhalb der Institutionen und zwischen den Pflegestützpunkten. Die folgenden Empfehlungen betreffen diese Aufgaben und sollen Pflegestützpunkte dabei unterstützen, ihre Arbeit effizient organisieren zu können.

¹⁸ Ebd.

7.4.1 Öffentlichkeitsarbeit

In der Aufbauphase ist eine zentrale Aufgabe des Pflegestützpunktes die öffentliche Verbreitung von Informationen über die neue Beratungsstelle und das spezifische Beratungsangebot. Hierzu sollte der Pflegestützpunkt jede Möglichkeit nutzen, da in der ersten Zeit fast ausschließlich Öffentlichkeitsarbeit Nachfrage nach Beratung generiert. Erst mit laufender Vernetzungsarbeit, die auch zum Ziel hat, dass Multiplikatoren potenzielle Klientinnen und Klienten auf das Angebot des Pflegestützpunktes hinweisen, und einer zunehmenden „Mund zu Mund-Propaganda“ von zufriedenen Ratsuchenden des Pflegestützpunktes wird die Nachfrage zum Selbstläufer werden. Wirklich etabliert ist der Pflegestützpunkt erst, wenn die Zuständigkeit des Pflegestützpunktes zum Thema Pflegebedürftigkeit allgemein bekannt ist, d.h. die Menschen mit einem Beratungsbedarf selbstverständlich den Pflegestützpunkt als die zuständige Anlaufstelle betrachten.

Viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen interessieren sich für das Thema Pflege erst mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und sind gar nicht oder nicht ausreichend über das Angebot der Pflegestützpunkte informiert. Kontinuierliche und längerfristig angelegte Öffentlichkeitsarbeit z.B. über Multiplikatoren und Medienpräsenz ist deshalb erforderlich, um die immer neuen Ratsuchenden erreichen zu können.

Als wichtiges Mittel der Öffentlichkeitsarbeit erweist sich die fortgesetzte Presseberichterstattung in den lokalen Medien, die sich meist unmittelbar in einer gesteigerten Beratungsnachfrage niederschlägt. Die wohl effektivste Form ist ein Artikel über den Pflegestützpunkt in der lokalen Presse z.B. über die Eröffnung, Tage der offenen Tür, die laufende Arbeit oder ein Vernetzungstreffen. Eine wichtige Funktion hat in der Regel die kommunale Pressestelle des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt, über die Artikel an die Medien weitergegeben werden, sowie die Pressestellen der Kassen. Die Lenkungsgruppenmitglieder aus Kommune und Kasse sollten in Absprache mit den Beraterinnen und Beratern die Öffentlichkeitsarbeit des Pflegestützpunktes offensiv unterstützen.

7.4.2 Regionale Vernetzung/Care Management

Zur Arbeit des Pflegestützpunktes gehört zwingend auch das Care-Management sowie, insbesondere in bislang eher infrastrukturschwachen Regionen und gemeinsam mit den zuständigen kommunalen Stellen der Altenhilfeplanung, die Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur zur Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Der vom IWAK entwickelte Leitfaden zur Entwicklung eines regionalen Vernetzungskonzeptes kann bei der Vernetzungsplanung eingesetzt werden.

Lenkungsgruppe und Beraterinnen und Berater gemeinsam sollten regelmäßig und explizit reflektieren, ob für die Vernetzungsaktivitäten genügend Ressourcen im Pflegestützpunkt zur Verfügung stehen und ggf. nach Wegen suchen, für diese Aufgaben genügend Ressourcen im Pflegestützpunkt verfügbar zu machen.

7.4.3 Kooperation mit anderen Beratungsstellen, die ähnliche Portfolios aufweisen

Das Kennenlernen und der Aufbau von Kooperationsbeziehungen zwischen bestehenden Beratungseinrichtungen und dem Pflegestützpunkt ist ein gemeinsames Anliegen von Kommune und Pflegekasse. Er sollte unterstützt werden durch die Initiierung und Durchführung eines oder ggf. mehrerer Vernetzungstreffen. Als sinnhaft hat sich dabei eine Federführung durch die Kommune erwiesen, da diese in der Regel auch für die anderen Beratungsstellen die Verantwortung inne hat. Die Lenkungsgruppe sollte diesen Prozess anstoßen.

7.4.4 Überregionaler Austausch der Pflegestützpunkte

Überregionale Austauschtreffen der Pflegestützpunkte haben sich als wichtig für formale Austausch- und Abstimmungsprozesse sowie für den informellen Austausch, zur Ermöglichung unkomplizierter Hilfestellung und als Informationsbörse erwiesen.

Überregionale Treffen können auf verschiedenen Ebenen stattfinden.

Auf der Ebene der Lenkungsgruppen und des Steuerungsausschusses können bei überregionalen Treffen neben dem Erfahrungsaustausch auch grundlegende Fragen diskutiert und Entscheidungen getroffen werden, welche die Pflegestützpunkte betreffen und von der Seite der unmittelbar betroffenen Lenkungsgruppenmitglieder beurteilt werden sollen.

Auf der Ebene der Lenkungsgruppen und des Beratungspersonals dienen Treffen dem Erfahrungsaustausch über die Organisation und den Betrieb, über Personaleinsatz, Aufgabenverteilung und weitere Fragen der Strukturierung und der Organisation der Beratungsstelle. Es können hier auch gemeinsame, überregionale Strategien z.B. der Öffentlichkeitsarbeit, der Entwicklung gemeinsamer Materialien (wie etwa fremdsprachige Informationsbroschüren) oder der Vernetzung besprochen und geplant werden.

Auf der Ebene der Beraterinnen und Berater können bei Treffen Erfahrungen der alltäglichen Arbeit ausgetauscht und gemeinsame überregionale Aktivitäten geplant werden. Ein Praxisaustausch kann z.B. über Vernetzungsstrategien oder Dokumentationsfragen stattfinden. Strukturell ähnlich eingebettete Pflegestützpunkte können sich über ihre spezifischen Herausforderungen und Lösungsansätze beraten.

Die überregionalen Austauschtreffen sind am Bedarf auszurichten und auf der Ebene der Beraterinnen und Berater möglicherweise häufiger anzusetzen als auf der Ebene der Lenkungsgruppen.

Neben face-to-face-Treffen kann eine Web-basierte Plattform die Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen den Pflegestützpunkten wirkungsvoll unterstützen. Eine solche virtuelle Plattform kann z.B. als interner Bereich an die offizielle Pflegestützpunktseite des Bundeslandes angegliedert werden.

7.4.5 Kapazitätsgrenzen und Ausbau des Pflegestützpunktes

Es gibt kein „objektives“ Kriterium, z.B. im Sinne einer maximalen Fallzahl pro Beratungskraft, mit dem sich die Auslastung eines Pflegestützpunktes bestimmen lassen könnte, da sich Pflegestützpunkte in unterschiedlichen kommunalen Kontexten und Etablierungsstadien mit differenzierten Aufgabenprofilen konfrontiert sehen und deshalb z.B. sehr unterschiedliche Anteile an Beratungs- und Vernetzungsarbeit haben können. Auch gibt es unterschiedliche Klientenprofile, abhängig u.a. davon, ob es vor der Eröffnung des Pflegestützpunktes bereits Beratungsinfrastruktur in der Kommune gab oder nicht und ob diese weiterbesteht.

Indikatoren dafür, dass die Personalkapazitäten des Pflegestützpunktes nicht mehr ausreichen und/oder die Arbeitsprozesse einer Optimierung des Ressourceneinsatzes bedürfen, um die Nachfrage zu befriedigen, können sein

- eine längerfristige Zurückstellung von Vernetzungsaktivitäten zugunsten der Beratungstätigkeit sowie
- eine deutliche Zurückhaltung bei der Öffentlichkeitsarbeit, um keine zusätzliche Nachfrage zu generieren.

Die Lenkungsgruppe sollte sensibel für diese Prozesse sein, da im ersten Fall die gesetzlichen Aufgaben des Pflegestützpunktes nicht mehr voll erfüllt werden können und im zweiten Fall kein flächendeckendes bedarfsgerechtes Beratungsangebot zur Verfügung gestellt werden kann, d.h. ein Teil der Nachfrage nicht befriedigt werden kann. Ein Anhaltspunkt für eine Mindestpersonalausstattung für den Landkreis/die kreisfreie Stadt für eine unabhängige Beratung für Pflegebedürftige und deren Angehörige entsprechend der Aufgaben von Pflegestützpunkten wurde im regionalisierten Bemessungsverfahren des IWAK ermittelt.¹⁹

Da in der Regel keine Personalaufstockung möglich ist, gilt es alle Möglichkeiten der Prozessoptimierung im Pflegestützpunkt zu nutzen, um die Beratungs- und Vernetzungstätigkeiten möglichst effizient ausführen zu können und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Beratungsleistung und Vernetzungsaktivität zu gewährleisten. Dies kann z.B. folgende Bereiche betreffen:

- Verbesserung der Kooperation mit anderen Akteuren,
- Entlastung des Beratungspersonals durch eine (anteilige) Verwaltungskraft oder Schreibkraft,
- Konzentration auf die Kernaufgaben des Pflegestützpunktes z.B. indem ggf. andere Akteure, die den Service des Pflegestützpunktes nutzen, um sich selbst Entlastung zu verschaffen, zurückgewiesen werden.

Die Lenkungsgruppe ist letztlich dafür verantwortlich, dass der Pflegestützpunkt das gesamte Aufgabenspektrum abdecken kann. Die Bürgerinnen und Bürger haben einen Rechtsanspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die auch der Pflegestützpunkt sicherzustellen hat. Neben der Beratung müssen auch das Care-Management, d.h. die

¹⁹ Siehe Kapitel 3 dieses Berichtes.

regionale Vernetzung und die regionale Strukturentwicklung bearbeitet werden und hierfür ausreichende Ressourcen im Pflegestützpunkt verfügbar sein.²⁰

Die Beraterinnen und Berater sollten regelmäßig auch mit der Lenkungsgruppe reflektieren, ob die Nachfrage nach Beratung befriedigt werden kann, ohne dass die regionalen Vernetzungsaktivitäten dauerhaft vernachlässigt werden müssen. Ggf. muss mit der Lenkungsgruppe überlegt werden, wie mit einem andauernden Nachfrageüberhang umgegangen werden kann, ohne dass das Care-Management und die Vernetzungsaufgaben einer dauerhaften Einschränkung unterliegen.

²⁰ Vgl. auch die Empfehlung des Beirats des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ in Michell-Auli et al. 2010, S. 134.

Anhang

Interviewleitfaden für den jeweils 1. Besuch in den Pflegestützpunkten

Stand August.2011

Allgemeine Information

1. Geschichte des PSP: Umstände der Gründung, Vorgeschichte
2. Strukturelle Ansiedlung im regionalen Versorgungssystem
3. Wie ist der Versorgungsauftrag des PSP definiert? Gibt es ein spezielles Profil?
4. Wie wird die aktuelle Situation beurteilt? Wo steht der PSP jetzt?
5. Zugang
 - Zugang barrierefrei?
 - Öffnungszeiten
 - Zugangswege (personal (Komm- und Zugehstruktur?, Telefon, Internet)

Mitarbeiter

1. Anzahl
2. Qualifikation
3. Verteilung der Arbeitsaufgaben im Team?
4. Sind bisher Qualifizierungsbedarfe sichtbar geworden? (Wenn ja, welche?)

Themenfeld Qualitätsstandard

1. Wurde oder wird in Ihrem Pflegestützpunkt ein gemeinsames Qualitätsverständnis/ein Leitbild entwickelt?
2. Gibt es bereits Qualitätsstandards?
3. Welches sind aus Ihrer Sicht wichtige Qualitätsaspekte für die Arbeit im PSP, über die sich das Berater/innenteam und oder die regionale Lenkungs-gremium verständigen sollte?

Themenfeld Vernetzungsplanung

1. Wie setzen sie bisher den gesetzlichen Vernetzungsauftrag um? (Planungs-, Koordinierungsaufgabe beim Netzwerkaufbau, bedarfsorientierter weiterer Ausbau von Hilfe- und Unterstützungsleistungen)
 - konkrete Maßnahmen und Inhalte
 - Vernetzungspartner (bestehende Beratungs- und Koordinierungsstellen, Ärzte, ambulante Dienste, Ehrenamt usw.)
 - Einzelfallebene oder Systemebene

2. Gibt es ein systematisches Vernetzungskonzept? Wie wurde es erstellt und welche Inhalte hat es?
3. Welches weitere Vorgehen ist in diesem Bereich geplant oder würden Sie für sinnvoll halten?
 - konkrete Maßnahmen und Inhalte
 - Vernetzungspartner (bestehende Beratungs- und Koordinierungsstellen, Ärzte, ambulante Dienste, Ehrenamt usw.)
 - Einzelfallebene oder Systemebene
4. Konnten bisher Versorgungslücken identifiziert werden?

Resümierende Fragen zur Entwicklung des PSP

1. Welche Entwicklungsziele haben Sie für den PSP für das kommende halbe Jahr?
2. Welche Schritte hin zu diesen Zielen wurden schon durchgeführt?
3. Welche konkreten Arbeitsschritte sind für das nächste halbe Jahr geplant, um diese Ziele zu erreichen?
4. Was beschäftigt Sie zurzeit am stärksten?
5. Welche Informationsbedarfe gibt es?
6. Welche Qualifizierungs- und Fortbildungsbedarfe der PSP-Mitarbeiter/innen gibt es?
7. Sonstiges

Interviewleitfaden für den jeweils 2. Besuch in den Pflegestützpunkten

Stand Februar 2011

Allgemeine Information

Was sind die aus Ihrer Sicht wichtigsten Veränderungen/Entwicklungen im Pflegestützpunkt im letzten halben Jahr?

- Personell
- Thematisch (Schwerpunktsetzung)
- Organisatorisch
- In der Zusammenarbeit mit den schon vorhandenen kommunalen Beratungsstrukturen (Bekos)

Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team

Wie hat sich die Zusammenarbeit/Arbeitsteilung innerhalb des Pflegestützpunkteteams entwickelt?

- Arbeitsteilung bzgl. Case- und Care-Management?
- Austausch, Schnittstellenmanagement?
- Was läuft in der Zusammenarbeit gut, was kann noch verbessert werden?
- Auf welchen Feldern kann die Arbeit des Teams strukturell noch verbessert werden (z.B. Urlaubsregelungen, Qualifikationszuschnitte, Aufgabenzuschnitte etc.)?

Qualifizierung

Welche Bedarfe für weitere Qualifizierungen gibt es bei den Berater/innen?

Regionale Vernetzung

Gibt es systematische Vernetzungskonzepte und wie sehen sie aus?

Wie ist der Vernetzungsauftrag bislang umgesetzt worden?

- Bezgl. Übersicht und Transparenz über Angebote für das Case-Management (Durchdringungsgrad und Informationstiefe, Pflege und Aktualisierung der Daten)
- Systemische Vernetzung und Koordination für das Care-Management (Partner, Themen, Einflussmöglichkeit des PSP, Reichweite und Verbindlichkeit von Entscheidungen)

Welche Erfolge sind bisher erreicht worden?

Welche Notwendigkeiten werden für die weiteren Vernetzungsaktivitäten gesehen?

Welche eigenen und anderen Ressourcen stehen dem PSP hierfür zur Verfügung?

Welche Unterstützung benötigte der PSP darüber hinaus?

Wer kann den PSP dabei unterstützen?

Wie kann der PSP sich diese Unterstützung sichern?

Welche Faktoren haben sich bisher als fördernd und hemmend für die Vernetzungsarbeit des PSP erwiesen? Z.B.

- Rahmenbedingungen (gesetzlich, regional, Definitions-, Entscheidungsmacht)
- Gemeinsamer Verständnisrahmen der unterschiedlichen Akteure vorhanden?
- Akzeptanz des Pflegestützpunkts als neues Strukturelement innerhalb des Versorgungssystems?

Konnten bisher Versorgungslücken identifiziert werden?

Wie konnte der PSP hier koordinierend/ gestaltend tätig werden?

Kundenzufriedenheitsbefragung

Wie kann eine schriftliche Befragung vom PSP am besten organisiert werden?

- Information der Klienten
- Verschicken der Fragebögen
- Auswertung der Rückläufe

Resümierende Fragen

Welche weiteren Entwicklungsziele haben Sie für den PSP für die nächsten 6 Monate?

Was beschäftigt Sie zurzeit am stärksten?

Was brauchen Sie von der WB?

Welche Informationsbedarfe gibt es?

Welche Qualifizierungs- und Fortbildungsbedarfe der PSP-Mitarbeiter/innen gibt es?

Welche Themen sollten beim nächsten überregionalen Workshop der PSP angesprochen, diskutiert werden?

Sonstiges

Triggerkriterien für die Fallauswahl

Triggerkriterien für eine Beratungsstelle für die Fallauswahl zur Einschätzung des Beratungsbedarfes (entsprechen in Teilen auch den Triggerkriterien für Pflegebedürftigkeit) (vgl. Mennemann et al., 2007, S. 20, Anhang III.3 Teil B)

Zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei fehlender Pflegebezugsperson,
Überforderung des Pflegebedürftigen oder der Pflegebezugsperson mit der Situation,
Bewegungseinschränkungen, die die Selbständigkeit beeinflussen oder Pflege erschweren,
Sturzgefahr,
Antragsstellung/Eingruppierung/Widerspruch (bei Pflegekasse oder anderen Kostenträgern).

Vorlage für das Begleitschreiben des Fragebogens zur Kundenzufriedenheitsbefragung

Inhaltliche Vorlage für das Begleitschreiben, das dem Fragebogen zur Kundenzufriedenheitsbefragung beigelegt wird.

Das Schreiben sollte auf einen offiziellen Briefkopf des Absenders (z.B. Landkreis oder kreisfreie Stadt)

Sehr geehrte Damen und Herren,

es freut mich sehr, dass Sie das Beratungsangebot des Pflegestützpunktes XY in Anspruch genommen haben. Der Pflegestützpunkte wurde von unserem Landkreis in Kooperation mit den Pflegekassen geschaffen, um Sie bei allen Fragen rund um die Pflege kompetent und neutral zu beraten und zu unterstützen.

Gerade in der Aufbauphase ist es wichtig, von Ihnen als Nutzerin oder Nutzer des Pflegestützpunktes zu erfahren, wie zufrieden Sie mit dem Pflegestützpunkt sind und was Ihnen an einem derartigen Angebot besonders wichtig ist. Nur mit Ihrer Mitwirkung können wir den Pflegestützpunkt weiter entwickeln und noch besser an die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer anpassen.

Ich bitte Sie daher, möglichst bald den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und ihn im ebenfalls beiliegenden Freiumschlag an XXXX zu schicken.

Ihre Antwort ist anonym. Bitte schreiben Sie deshalb keinen Absender auf den Umschlag.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Vorgehensbeschreibung Kundenzufriedenheitsbefragung

Empfehlung zum Vorgehen vor und während der Kundenzufriedenheitsbefragung

Vorbemerkung

Die Testphase der Kundenzufriedenheitsbefragung hat gezeigt, dass der Erhebungszeitraum der Befragung, also die Zeit in der Fragebögen an die Klientinnen und Klienten versandt werden, mindestens 3 Monate betragen sollte. Dies ist wichtig, um genug Rücklauf (mind. 20 Fragebögen) für aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Wenn Sie einen durchschnittlichen Rücklauf von 50 Prozent annehmen und mind. 20 Fragebögen von den Klientinnen und Klienten erhalten wollen, müssen Sie ca. 40 Fragebögen verschicken.

Procedere im Pflegestützpunkt:

Vorbereitung im Pflegestützpunkt:

Das Begleitschreiben zum Fragebogen liegt auf offiziellem Briefpapier des Absenders (z. B. des Landkreises) und mit Unterschrift des/der Landrats/Landrätin, Sozialdezernent/in oder eines/einer ähnlichen Funktionsträger/in vor.

Die Fragebögen werden auf der Rückseite mit dem **Stempel des Pflegestützpunktes** versehen.

Legen Sie dem Brief mit dem Fragebogen einen **frankierten Rückumschlag** (normale Briefumschlagsgröße ist ausreichend) bei. Dies ist wichtig, um den Rücklauf zu erhöhen. **Versehen Sie den Rückumschlag mit der entsprechenden Empfängeradresse (z.B. die Adresse des Pflegestützpunktes).**

In jeden Umschlag (Größe A3 oder A4) an die Klientinnen und Klienten kommen ein

- Freiumschlag,
- ein Begleitschreiben sowie
- ein Fragebogen.

Infos zum Fragebogennachdruck:

Druckformat: A3, farbiger Duplexdruck, Papierstärke 120g

Verteilung der Fragebögen:

Alle Kunden mit einer Beratungsanfrage (nicht nur eine bloße telefonische Informationsanfrage) **werden im Laufe der Beratung darauf aufmerksam gemacht, dass sie**

nach Ablauf der Beratung einen Fragebogen für die Kundenbefragung zugeschickt bekommen. Dieses Vorgehen hat sich in den Testphase als äußerst förderlich für den Rücklauf herausgestellt. Sind die Klientinnen und Klienten nicht informiert, sind sie verunsichert, denn sie wollen den Beraterinnen und Beratern nicht in den Rücken fallen. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich daher, dass sie bei fehlender Vorinformation den Fragebogen nicht ausfüllen.

Im Pflegestützpunkt müssen **die Adressdaten der Klientinnen und Klienten, i.d.R. die Angehörigen**, erfragt und aufgeschrieben werden. An diese Adressen werden anschließend die Fragebögen verschickt.

Wird die Kundenzufriedenheitsbefragung durchgeführt, erhält **jeder Kunde** mit einem komplexeren Beratungsfall nach Abschluss der Beratung **spätestens nach einer Woche** einen Fragebogenumschlag zugeschickt. Wann eine Beratung abgeschlossen ist, beurteilt der/die PSP-Berater/in. Wird durch die Berater/innen des PSP eine Vorauswahl der zu befragenden Klientinnen und Klienten vorgenommen, sind die Ergebnisse der Kundenzufriedenheitsbefragung nicht mehr aussagekräftig.

Der PSP schreibt auf, an welchem Tag wie viele Fragebögen verschickt wurden.

Auswertung der Ergebnisse:

Die Dateneingabe und Auswertung der Ergebnisse kann über das von der wissenschaftlichen Begleitung entwickelte Auswertungstool erfolgen.

Leitfaden zur Erarbeitung eines regionalen Vernetzungskonzeptes für den Pflegestützpunkt

Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen, Frankfurt/Main, Juni 2011



Leitfaden zur Erarbeitung eines Vernetzungskonzeptes für den Pflegestützpunkt

Pflegestützpunkt: _____

Datum der Bearbeitung: _____

Wer ist an der Erarbeitung beteiligt? _____

Inhalt des Leitfadens:

Hinweise zur Bearbeitung des Leitfadens

1. Gemeinsames Verständnis klären: Funktionen von Vernetzungen für den Pflegestützpunkt
2. Zeitrahmen für die Vernetzungsplanung festlegen
3. Kontaktanalyse mittels einer Checkliste durchführen
4. Prioritätenliste erstellen
5. Vernetzungsaktivitäten planen
6. Überarbeitungszyklus festlegen

Hinweise zur Bearbeitung des Leitfadens

Die regionale Vernetzung ist eine grundlegende Aufgabe des Pflegestützpunktes und eine notwendige Voraussetzung, um die Beratung im Einzelfall mit einer hohen Qualität ausführen zu können. Damit betrifft das Thema regionale Vernetzung das gesamte Team des Pflegestützpunktes. Regionale Vernetzung umfasst neben der Information der Öffentlichkeit, möglicher Kooperationspartner und potenzieller Kunden auch die konkrete Zusammenarbeit mit allen für die Beratungstätigkeit wichtigen Akteuren und Kooperationen in den Strukturen der regionalen Planung.

Eine so umfassende Aufgabe bedarf insbesondere in der Aufbau- und Anfangsphase des Pflegestützpunktes einer sorgfältigen Planung. Dieser Leitfaden soll das Team des Pflegestützpunktes bei einer systematischen Planung der regionalen Vernetzung unterstützen.

Grundsätzliches zur Durchführung: Dieser Leitfaden sollte vom gesamten Team des Pflegestützpunktes gemeinsam bearbeitet werden.

Zeitaufwand: Für das sorgfältige Durcharbeiten des Leitfadens von der Reflexion der bereits bestehenden Vernetzungskontakte bis zur Planung konkreter weiterer Vernetzungsaktivitäten sind mindestens 4 Stunden plus Pausen einzuplanen. Es empfiehlt sich, einen Arbeitstag hierfür zu reservieren, um sich dieser Aufgabe mit genügend Ruhe und Aufmerksamkeit widmen zu können.

Vorgehen:

- Bitte fertigen Sie für jede/n Mitarbeiter/in des Pflegestützpunktes eine Kopie des Leitfadens an. Das Blatt Seite 13 für die Ausarbeitung konkreter Vernetzungsaktivitäten benötigen Sie unter Umständen in einer größeren Zahl.
- Bitte lesen Sie zunächst jeweils aufmerksam die Hinweise zur Bearbeitung durch und bearbeiten Sie dann zusammen den entsprechenden Arbeitsschritt.
- Es genügt, wenn eine/r aus dem Team die Ergebnisse aufschreibt.
- Der Handlungsleitfaden kann nicht alle möglichen Akteure und Situationen erfassen. Deshalb sollte der Leitfaden von Ihnen als Arbeitspapier gehandhabt werden, das vom Stützpunktteam je nach Bedarf und regionaler Situation angepasst werden kann.
- Die Planung der Vernetzungsaktivitäten bezieht sich auf einen vom Pflegestützpunktteam zu bestimmenden Zeitrahmen. Das bedeutet, dass Sie am Ende der Bearbeitung des Leitfadens einen Termin für das nächste Vernetzungsplanungstreffen festlegen. Heben Sie hierfür den ausgefüllten Leitfaden und insb. die Unterlagen über die geplanten Vernetzungsaktivitäten auf.

1. **Gemeinsames Verständnis klären: Funktionen von Vernetzungen für den Pflegestützpunkt**

Bitte verständigen Sie sich auf ein gemeinsames Verständnis der Begrifflichkeiten und nennen Sie einige Aktivitäten, die Sie bezüglich der einzelnen Vernetzungsfunktion bereits durchgeführt haben. Tun Sie dies bitte nur exemplarisch mit maximal 4 Stichworten.

a) Öffentlichkeitsarbeit und Marketing

Ziel: Verbreitung von Informationen über das Angebot des Pflegestützpunktes

z.B. Information potenzieller Kunden und deren Angehöriger, Information von Multiplikatoren, Verbreitung von Info- und Werbematerial, Veranstaltungen, Medienarbeit etc.

Was im Pflegestützpunkt hierzu bereits getan wurde (exemplarisch max. 4 Stichpunkte):

b) Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister auf der Einzelfallebene

Ziele: - Transparenz über Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister erhalten und pflegen,

- Kooperationen mit den regionalen Dienstleistern auf der Einzelfallebene

z.B. Erstellen einer Datenbank, persönliche Kontaktaufnahme, Absprachen für das Vorgehen im Einzelfall

Was im Pflegestützpunkt hierzu bereits getan wurde (exemplarisch max. 4 Stichpunkte):

c) Systemische Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems

Ziele: - Vernetzung von aufeinander abgestimmten Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsangeboten,

- Planende und koordinierende Aufgaben beim Aufbau von regionalen Netzwerken und beim bedarfsorientierten weiteren Ausbau der Angebote

z.B. Mitarbeit in bestehenden Vernetzungsstrukturen, Initiierung und Koordinierung von Vernetzungen regionaler Akteure (z.B. zum Thema Demenz, palliative Versorgung etc.), Mitarbeit in der regionalen Strukturplanung

Was im Pflegestützpunkt hierzu bereits getan wurde (exemplarisch max. 4 Stichpunkte):

2. Zeitrahmen für die Vernetzungsplanung festlegen

Bitte entscheiden Sie gemeinsam, für welchen Zeitraum Sie mit der Bearbeitung des Handlungsleitfadens Vernetzungsaktivitäten für Ihren Pflegestützpunkt planen möchten. Der Planungszeitraum bezieht sich auf die Durchführung der geplanten Aktivitäten.

Die im Folgenden vorgenommene Vernetzungsplanung sowie deren Umsetzung sollen sich beziehen auf die kommenden

- 3 Monate**
- 6 Monate**
- 9 Monate**
- 12 Monate** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

3. Kontaktanalyse mittels einer Checkliste durchführen

Die gemeinsame Bearbeitung der Checkliste ist ein Informationsaustausch über bisher geleistete Vernetzungsarbeiten und damit eine Reflexion der bisherigen Vernetzungs-aktivitäten und Kontakte. Zudem sollen für einzelne Akteure Vernetzungsziele benannt werden.

Lesen Sie vor dem gemeinsamen Ausfüllen der Checkliste bitte die Liste der Kürzel zum Ausfüllen genau durch.

Die Checkliste kann nicht ganz genau alle Kontaktpartner Ihrer Region benennen und erschöpfend sein. Konkretisieren oder ergänzen Sie deshalb bitte bei Bedarf Ihre regionalen Kontaktpartner in der Checkliste.

Kürzel zum Ausfüllen:

Ist: Aktueller Stand der Vernetzung		
X	=	Akteur gibt es im Kreis/in der Stadt nicht
X ?	=	es ist nicht bekannt, ob es den Akteur im Kreis/in der Stadt gibt
kK kein	=	es gibt Akteur / Kontaktdaten sind vorhanden, bislang hat aber persönlicher Kontakt stattgefunden
Bek	=	persönlicher Kontakt ist vorhanden, es gibt aber keine konkrete Zusammenarbeit
Einzel	=	in Einzelfällen findet Zusammenarbeit statt
int	=	Zusammenarbeit ist intensiv

Soll: Vernetzungsziele für die nächsten 3, 6, 9 oder 12 Monate		
-	=	Akteur ist aktuell nicht relevant für den Pflegestützpunkt
KD	=	Kontaktdaten sollen erhoben werden
Kontakt	=	persönlicher Kontakt soll aufgenommen werden, Pflegestützpunkt

sich vorstellen, Infomaterial hinterlassen		
Vernetz = Zusammenarbeit soll aufgebaut oder intensiviert werden		
Status quo = vorhandene Kooperationsstrukturen sollen weiter gepflegt werden		
Partner	Vernetzungsaktivitäten	
	Ist	Soll
Staatlicher, kommunaler Sektor		
Sozialhilfeträger		
Kommunale Altenhilfeplanung		
Wohnberatung		
BeKos, Beratungsstellen für ältere Menschen, Service- und Leitstellen		
Fachstellen Demenz		
Behindertenbeauftragte		
Bürgerbüro		
Seniorenbüros		
Koordinationsstelle Behindertenarbeit, Behindertenkoordinator		
Gesundheitsamt		
Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen		
Patientenberatungsstellen		
MDK		
Psychosozialer Dienst der Kommunen		

Ggf. weitere Akteure:		
Partner	Vernetzungsaktivitäten	
	Ist	Soll
Marktlicher Sektor		
Einzelpflegepersonen nach § 77 SGB XI		
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen		
Ambulante Pflegedienste		
stationäre Pflegeeinrichtungen		
Krankenhäuser – Sozialdienst/ Überleitungsmanagement		
Reha – Sozialdienst/ Überleitungsmanagement		
Anbieter von Fachberatung, Betreuung, Assistenz für (jüngere) Behinderte		
Alzheimer Gesellschaft		
Gerontopsychiatrische Ambulanz		
Niedrigschwellige Hilfen, z.B. Essen auf Rädern, Besuchsdienste etc.		
Hausärzte		
Fachkliniken		
Niedergelassene (Fach-)Ärzte		
Medien (lokale Zeitungen, Radio)		

Apotheken		
Physiotherapeuten/Ergotherapeuten		
Partner	Vernetzungsaktivitäten	
	Ist	Soll
Ernährungsberater		
Psychologen		
medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V		
Anbieter von Hausnotrufsystemen		
Fahrdienste		
Sanitätshäuser		
Haushaltshilfen		
Anbieter von Alltagshilfen: Gartenpflege, Wäschereidienst, Fensterputzer etc.		
Anbieter von Freizeitangeboten (z.B. Ausflüge)		
Ggf. weitere Akteure:		
Anbieter von Bringdiensten, Lebensmittel, mobile Händler etc.		
Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsdienstleistungen für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (§45b)		
Vermittlungsagenturen für 24-Stunden-Betreuung		
Ggf. weitere Akteure:		

Partner	Vernetzungsaktivitäten	
	Ist	Soll
„Dritter“ Sektor		
Betreuungsvereine		
Angehörigen-Gesprächskreise		
Vereine und Verbände der Alten- und Behindertenarbeit		
Kirchengemeinden		
Andere Religions- und Glaubensgemeinschaften		
Seniorenbeirat		
Ehrenamt: Nachbarschaftshilfen		
Freiwilligenagenturen		
Selbsthilfegruppen		
weitere Akteure des bürgerschaftlichen Engagements		
Lebenshilfe		
Landfrauen		
Ggf. weitere Akteure:		

Pflegestützpunkte		
Pflegestützpunkte in benachbarten Kommunen		
Pflegestützpunkte hessenweit		

4. Prioritätenliste erstellen

Gehen Sie bitte die Checkliste der Kontaktanalyse durch und übertragen Sie die Vernetzungspartner, bei denen in der Soll-Spalte die Vernetzungsziele **KD**, **Kontakt** oder **Vernetz** steht, in die unten stehende Liste nach Vernetzungszielen.

Vernetzungspartner, bei denen Vernetzungsaktivitäten erforderlich sind:

KD = Kontaktdaten erheben	Kontakt = Kontakt aufnehmen, Pflegestützpunkt vorstellen, Infomaterial hinterlassen	Vernetz = Zusammenarbeit aufbauen oder intensivieren

Bestimmen Sie aus der vorstehenden Liste jeweils die 5 wichtigsten Vernetzungspartner für Ihre weitere Vernetzungsarbeit und ordnen Sie die Partner nach der Wichtigkeit, von 1 = wichtigster Partner bis 5 = aktuell weniger wichtiger Vernetzungspartner.

Bei Bedarf kann die Liste erweitert werden.

Prioritätenliste

	KD	Kontakt	Vernetz
1			
2			
3			
4			
5			

5. Vernetzungsaktivitäten planen

Für die Kontaktaufnahme und Vernetzung mit den in den Prioritätenlisten oben aufgeführten Akteuren sollen Sie nun konkrete Ideen für die Umsetzung sammeln, diskutieren und Zeitfenster und Zuständigkeiten für die Umsetzung der Aktivitäten planen.

Bitte beachten Sie die jeweils benötigten zeitlichen Ressourcen der Berater/innen, die entsprechend eingeplant werden müssen.

Füllen Sie für jede Vernetzungsaktivität bitte eine Tabelle aus und planen Sie bereits möglichst detailliert. Kopieren Sie hierfür ggf. weitere Blätter mit der Blankotabelle.

Vernetzungsaktivitäten können, müssen aber nicht mehrere Vernetzungsfunktionen (Kopfzeile der Tabelle) umfassen.

Beispiel für das Ausfüllen der Tabelle zu einer Vernetzungsaktivität:

	Öffentlichkeitsarbeit Marketing	& Vernetzung Dienstleister Einzelfallebene	Systemische Vernetzung
Partner	Alle ambulanten Dienste der Region		
Bisheriger Kontakt Bisherige Intensität, durch wen, welche Anlässe	Einzelne ambulante Dienste bereits durch Beratungstätigkeit bekannt, punktuelle Kontakte. Mit vielen Diensten insb. im ländlichen Raum noch kein Kontakt.		
Ziel der Vernetzungs- aktivität	Bekanntmachen des Angebots des PSP bei allen Diensten	Erhebung ambulanter Dienste und ihrer Leistungsangebote	
Geplante Aktivität	Geschäftsführer der Dienste in PSP zu Infonachmittag einladen, wer nicht kommen kann, wird später telefonisch und/ oder persönlich kontak- tiert, dort Flyer verteilen	Kontaktdaten und Angebotsspektren per Fragebogen bei Infonachmittag erheben	
Wer ist zuständig, Wer macht es?	Adressenrecherche, Einladung: Herr B. Organisation: Frau S.	Erarbeitung Fragebogen: Frau S.	
Bis wann wird es umgesetzt?	Einladung in 4 Wochen (Dezember 2010), Infonachmittag in 3 Monaten (Februar 2011)		

Pflegestützpunkt: _____

—

Vernetzungsaktivität Nr. _____ Datum: _____

	Öffentlichkeitsarbeit & Marketing	Vernetzung Dienstleister Einzelfallebene	Systemische Vernetzung
Partner			
Bisheriger Kontakt Bisherige Intensität, durch wen, welche Anlässe			
Ziel der Vernetzungsaktivität			
Geplante Aktivität			
Wer ist zuständig, wer macht es?			
Bis wann wird es umgesetzt?			

6. Überarbeitungszyklus festlegen

Das Vernetzungskonzept und die einzelnen Vernetzungsaktivitäten, die das Berater/innenteam für einen Pflegestützpunkt erarbeitet hat, entstehen in einer spezifischen Situation und für einen festgelegten Zeitraum. Deshalb sollte das Konzept in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst werden. Die Fortschritte und Ergebnisse der Vernetzungsaktivitäten sollten kritisch auf ihre Funktionalität für die weitere Arbeit unter möglicherweise geänderten Umständen geprüft werden und weitergehende Vernetzungsaktivitäten geplant werden.

Eine solche Revision der Vernetzungsaktivitäten und -planungen kann z.B. einmal jährlich zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgesehen werden (Sommerpause oder Jahresende) oder auch öfter erfolgen. Nehmen Sie die Planung des 'Überprüfungszyklus' zusammen mit der Planung des Vernetzungskonzeptes selbst vor.

Bitte beachten Sie, dass eine Überprüfung und Überarbeitung des Konzeptes im gesamten Team auch tatsächlich regelmäßig durchgeführt wird.

Dauer des Zyklus bis zur Überprüfung und Weiterentwicklung des

Vernetzungskonzeptes: _____ **Monate**

Termin für das nächste Treffen des Pflegestützpunktteams zum aktuellen Stand der Vernetzung und zur Planung der weiteren Vernetzungsaktivitäten:

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Literatur

Bobzien, Monika; Stark, Wolfgang u. Straus, Florian (1996): Qualitätsmanagement, Alling, Sandmann

Böckelmann, Christine (2003): Qualitätsmanagement/Konzepte und ihre Anwendung in psychosozialen Beratungsstellen, Heidelberg u. Kröning, Asanger Verlag

Bruhn, Manfred (2008): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen/Grundlagen, Konzepte, Methoden, 7. überarbeitete und erweiterte Auflage, Heidelberg, Springer

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

Corsten, Hans (2001): Dienstleistungsmanagement, 4.bearbeitete u. erweiterte Auflage, München u. Wien, R. Oldenburg Verlag

Cramer, Ulrike/Spohr, Peter (2008): Beratungslandschaft (Hilfe zur Pflege) aus Sicht der Sozialversicherungsträger. Groß-Gerau

Dietzfelbinger, Maria (1998): Überlegungen zur Strukturqualität; in: Dietzfelbinger, Maria u. Haid-Loh, Achim (Hrsg.): Qualitätsentwicklung – Eine Option für Güte, Berlin, EZI-Eigenverlag, S. 146-149

Dietzfelbinger, Maria u. Haid-Loh, Achim (1998): Qualitätsentwicklung – Eine Option für Güte, Berlin, EZI-Eigenverlag

Döhner, Hanneli/Gerlach, Anja/Köpke, Sascha/Lüdecke, Daniel (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Herausgegeben von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg, Hamburg

Donabedian, Avedis (1980): The definition of quality and approaches to its assessment, Vol. 1, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press

Esslinger, A. S. (2009): Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter, Wiesbaden, Gabler Verlag

Eversheim, Walter; Bullinger, Hans-Jörg; Kamiske, Gerd F.; Luczak, Holger u. Niemann, Heidrun (2000): Qualitätsmanagement für Dienstleister/Grundlagen – Selbstanalyse – Umsetzungshilfen; in: Eversheim, Walter (Hrsg.), Berlin u. a., Springer

Glaser, Barney G./ Strauss, Anselm L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern.

Haid-Loh, Achim (1998): Prozessqualität in Beratungsstellen; in: Dietzfelbinger, Maria u. Haid-Loh, Achim (Hrsg.): Qualitätsentwicklung – Eine Option für Güte, Berlin, EZI-

Eigenverlag, S. 150-159

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

Lamnek, Siegfried (1989): Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. München

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, 23.7.2011

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

Mennemann, Hugo (2009): Die Umsetzung von Case Management – Standards am Beispiel von Pflege- und Wohnberatung (Pflegestützpunkte); in: Löcherbach, Peter (2009): Standards und Fachlichkeit im Case Management, Heidelberg u. a., Economica Verlag; S. 97-124

Michell-Auli, Peter; Strunk-Richter, Gerlinde u. Tebest, Ralf (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte/Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten, 2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009, Köln

Michell-Auli, Peter/ Strunk-Richter, Gerlinde/ Tebest, Ralf (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Köln

Rahmenvertrag 2009: Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden vom 1.5.2009

Reis, Claus/ Geideck, Susan/ Hobusch, Tina/ Kolbe, Christian/ Wende, Lutz (2010): Produktionsnetzwerke und Dienstleistungsketten. Neue Ansätze nachhaltiger Unterstützungsstrukturen für Alleinerziehende. http://www.alleinerziehende-bmas.de/tl_files/nwhfa_downloads/publikationen/Produktionsnetzwerke%20und%20Dienstleistungsketten_Reis_BMFSFJ_2010.pdf

Röber, Michaela/Hämel, Kerstin (2011): Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen. In: Pflege und Gesellschaft, 16. Jg Heft 2, S. 138 - 153

Schneekloth, Ulrich/ Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), www.bmfsfj.de, 28.8.2011

Schubert, Herbert (2005): Das Management von Akteursnetzwerken im Sozialraum. In: Bauer, Petra/ Otto, Ulrich (Hrsg.) (2005): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten Band II. Tübingen.

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

Wendt, Wolf Rainer (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen/Eine Einführung, 4. Auflage, Freiburg, Lambertus