Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen

Angela Joost
Anke Metzenrath
Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen

Erstellt im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration

Frankfurt am Main, März 2012

Dr. Angela Joost
Anke Metzenrath

Kontaktdaten:

Dr. Angela Joost
Tel.: 069-798 23646
EMail: Joost@soz.uni-frankfurt.de

Anke Metzenrath,
Tel.: 069-798 25458,
Email: A.Metzenrath@em.uni-frankfurt.de

IWAK
Senckenberanlage 31
60325 Frankfurt/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 Personallektatierung 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 Pflegestützpunkteam 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 Pflegestützpunkteam ........................................ 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: Zeiträum 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 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 ........................................................................................................... 132
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 (Anhaltszahl 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

5
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 2011 ....................... 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


Es gab mehrere Arbeitsaufgaben der wissenschaftlichen Begleitung, die sich auf verschiedene Dimensionen der Entwicklung von Pflegestützpunkten bezogen: 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.


Wir möchten an dieser Stelle den Kolleg/innen aus dem IWAK-Team danken, die uns im Laufe der Projektarbeit immer wieder unterstützt haben. Wir danken der 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


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

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**

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

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 Pflegewiederentwicklungsgesetzes, 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.


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


- Zweifel an der Sinnhaftigkeit von Pflegestützpunkten von einigen Kommunen insb. wenn in der Kommune bereits eine funktionierende Beratungsinfrastructurei vorhanden und etabliert war.
- Unklarheit über den Willen und das Vermögen bei einigen Kommunen, den Aufbau und Betrieb eines Pflegestützpunktes zu finanzieren.
- Partiell 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 Pflegestützpunktertrakte vor Ort.
- Schwierigkeiten, geeignete Räume für den Pflegestützpunkt zu finden.

Wenng 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 Pflegestützpunkte

Januar: Main-Kinzig-Kreis
Februar: Landkreis Kassel
         Vogelsbergkreis
März: Stadt Frankfurt
Mai:   Hochtaunuskreis
         LK Darmstadt-Dieburg
Juni:  LK Limburg-Weilburg
         Kreis Bergstraße
         Werra-Meißner-Kreis
         LK Hersfeld-Rotenburg
         Stadt Kassel.
Abbildung 1: Zeitraum der Eröffnung der Pflegestützpunkte

Schwarz = Eröffnung zwischen Januar und Juni 2010
Mittelgrau = Eröffnung zwischen Juli und Dezember 2010
hellgrau = Eröffnung zwischen Januar und Juni 2011
weiß = Bis Januar 2012 keine Pflegestützpunkte vorhanden
2. Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen


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.


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

2.2 Methodisches Vorgehen, Kommunikation und Vernetzung


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.


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 sollten ja neben der „Daten“-erhebung auch und vor allem einen geschützten Reflexionsraum für die Berater/innen – und die Lenkungsgruppen - 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 Arbeitszeig 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 Pflegestützpunkteam als Novum von besonderem Interesse war, sollten die Interviews in dieser Kleingruppe stattfinden.

**Kontroleffekte durch das Interviewsetting**


**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 (Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)

Beschäftigte in Beratungsstellen und Pilot-Pflegestützpunkten:
Frau Jacobi Becker (Rheinland-Pfalz), Frau Dietl (PilotPSP Nürnberg), Frau Gillmann (PilotPSP Gladenbach), Frau Drozdzynski (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 Tumuschat-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 Zuschüsse 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**


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, Landesseniorenvertretung  
Daniela Hubloher, Verbraucherzentrale  
Dagmar Jung, Liga der freien Wohlfahrtspflege

**Ausblick** Nicole Benthin, Hessisches Sozialministerium

Für die aktuellen und zukünftigen Mitarbeiter/innen in den hessischen Pflegestützpunkten: Workshop zum Auftakt der überregionalen Vernetzung der Pflegestützpunkte und Abstimmung des weiteren Vorgehens

**Workshop 2 (18. Februar 2011): Vernetzung**


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


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


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


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


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


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.

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.


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.


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.


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

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 ermitteln, Personalbedarfs. Der Personalbedarf selbst wird hierdurch insofern beeinflusst, als Wohnortnähe in ländlichen Strukturen mit einer dünnen Siedlungsichte und einem nur schlecht ausgebauten ÖPNV eine stärker ausgeprägte Zugeh-Stuktur 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.


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.


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 Bevölkerungs(gruppe) festgelegt und hierüber der Grundbedarf bestimmt.

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 Ausbauschritt 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.


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.


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.

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


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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mögliche Kriterien</th>
<th>Regionalisierte Daten vorhanden?</th>
<th>Bewertung des Einflussfaktors im Hinblick auf die Nutzung für das Bemessungsverfahren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Regionale Einflussfaktoren</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bevölkerungsgröße (Einwohnerzahl)</td>
<td>ja</td>
<td>+ Bildet die ganze Bevölkerung ab. Das Beratungsangebot von Pflegestützpunkten richtet sich an Pflegebedürftige aller Altersgruppen</td>
</tr>
<tr>
<td>Bevölkerung ab 65 Jahren</td>
<td>ja</td>
<td>+ Bildet die Bevölkerungsgruppe ab, aus welcher der größte Teil der potenziellen Klienten von Pflegestützpunkten stammt.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- Beschränkt die Berechnung des Grundbedarfs nur auf eine Teilgruppe der Bevölkerung und klammert andere Klientengruppen aus.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zielgruppenspezifische Einflussfaktoren</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bevölkerung ab 65 Jahren</td>
<td>ja</td>
<td>+ Bildet die größte Gruppe der potenziellen Nutzer ab.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- Beschränkt die Berechnung des Grundbedarfs nur auf die Gruppe der älteren Menschen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegebedürftige der Pflegestufen 1 – 3</td>
<td>ja</td>
<td>+ Bildet einen großen Teil der tatsächlichen Klientel von Pflegestützpunkten ab.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- beinhaltet auch stationär Versorgte, die voraussichtlich weniger Beratung nachfragen. Berücksichtigt nicht Klienten, die (noch) keine Pflegestufe haben.</td>
</tr>
<tr>
<td>Demenzkrank Bevölkerung, Pflegestufe 0</td>
<td>Nein (noch nicht)</td>
<td>+ wichtige Gruppe der potenziellen Nutzer von Pflegestützpunkten</td>
</tr>
<tr>
<td>Alleine lebende Menschen über 65 Jahren</td>
<td>nein</td>
<td>+ möglicher Indikator für weniger stark ausgeprägte soziale/familiäre Netzwerke und einen erhöhten Beratungsbedarf.</td>
</tr>
<tr>
<td>Einkommens- und Bildungssituation der Bevölkerung</td>
<td>ja</td>
<td>- Zusammenhang mit einer Veränderung der Nachfrage nach Beratung nicht eindeutig in der Richtung (Mehrbedarf oder Minderbedarf)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite
### Mögliche Kriterien

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regionalisierte Daten vorhanden?</th>
<th>Bewertung des Einflussfaktors im Hinblick auf die Nutzung für das Bemessungsverfahren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Siedlungsstrukturelle Einflussfaktoren</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bevölkerungsdichte (Einwohner/qkm)</td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Siedlungsstrukturelle Raumtypen</td>
<td>ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Quelle:** Eigene Zusammenstellung

### 3.2.3 Test des Bemessungsverfahrens


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 wurden.


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 eingeflossen.


### 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.


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,


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.


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.

32
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


Die derzeit verfügbare Datenlage liefert verschiedene Anhaltswerte aus anderen Bundesländern, die Pflegestützpunkte bereits im ersten Ausbauschritt bedarfsgerecht und wohnortnah einrichten (siehe auch S. 25).

Tabelle 3: Anhaltswerte zum wohnortnahen und bedarfsgerechten Aufbau von Pflegestützpunkten

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

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.

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

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

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 verschiedenen 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.


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)


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

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

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


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


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

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

---

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

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

Berechnung des 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 =

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

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

Siedlungs- und infrastrukturell bezogene Veränderung des Beratungsbedarfs


\[\text{Die an den Evaluationsgesprächen beteiligten Expert/innen waren u. a. kommunale Altenplaner/innen, Beschäftigte in Beratungsstellen und Mitarbeiter/innen von Pflegekassen.}\]
Ziel:

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

Annahmen:


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, wenn 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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Grundbedarf in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)</td>
<td>Pflege- sowie hilfebedürftigkeitsbezogene Veränderung des Beratungsbedarfs</td>
<td>Siedlungs- und infrastrukturell bezogene Veränderung des Beratungsbedarfs</td>
</tr>
<tr>
<td>Grundbedarf in VZÄ</td>
<td>+ Überdurchschnittlicher Anteil (ambulant) Pflege- und Hilfebedürftiger</td>
<td>+ Landkreis</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Unterdurchschnittlicher Anteil (ambulant) Pflege- und Hilfebedürftiger</td>
<td>+ Kreisfreie Stadt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>+ Landkreis</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- Kreisfreie Stadt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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:


Im Folgenden findet sich die aktuellere 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 fünf-prozentigen 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kreise</th>
<th>Bevölkerung (1)</th>
<th>Anhaltswert unterer Wert</th>
<th>Anhaltswert oberer Wert</th>
<th>Benötigte VZÄ (1:25.000)</th>
<th>Benötigte VZÄ (1:40.000)</th>
<th>Anteil Hilfe- und Pflegebedürftige (ambulant) an Bevölkerung in % (2)</th>
<th>Veränderungsfaktor gegenüber hess. Durchschnitt in %</th>
<th>Benötigte VZÄ (1:25.000)</th>
<th>Benötigte VZÄ (1:40.000)</th>
<th>Mehrbedarfsfaktor</th>
<th>Benötigte VZÄ (1:25.000)</th>
<th>Benötigte VZÄ (1:40.000)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Darmstadt, Wissenschaftsst.</td>
<td>144.402</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>5,8</td>
<td>3,6</td>
<td>6,07</td>
<td>-11,56</td>
<td>5,1</td>
<td>3,2</td>
<td>1</td>
<td>5,1</td>
<td>3,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Frankfurt am Main, Stadt</td>
<td>679.664</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>27,2</td>
<td>17,0</td>
<td>5,94</td>
<td>-13,45</td>
<td>23,5</td>
<td>14,7</td>
<td>1</td>
<td>23,5</td>
<td>14,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Offenbach am Main, Stadt</td>
<td>120.435</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>4,8</td>
<td>3,0</td>
<td>6,15</td>
<td>-10,41</td>
<td>4,3</td>
<td>2,7</td>
<td>1</td>
<td>4,3</td>
<td>2,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Wiesbaden, Landeshauptstadt</td>
<td>277.797</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>11,1</td>
<td>6,9</td>
<td>6,21</td>
<td>-9,45</td>
<td>10,1</td>
<td>6,3</td>
<td>1</td>
<td>10,1</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>LK Bergstraße</td>
<td>262.650</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>10,5</td>
<td>6,6</td>
<td>7,13</td>
<td>3,91</td>
<td>10,9</td>
<td>6,8</td>
<td>1,05</td>
<td>11,5</td>
<td>7,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Darmstadt-Dieburg</td>
<td>289.199</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>11,6</td>
<td>7,2</td>
<td>6,13</td>
<td>-10,57</td>
<td>10,3</td>
<td>6,5</td>
<td>1,05</td>
<td>10,9</td>
<td>6,8</td>
</tr>
<tr>
<td>LK Groß-Gerau</td>
<td>254.887</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>10,2</td>
<td>6,4</td>
<td>6,27</td>
<td>-8,53</td>
<td>9,3</td>
<td>5,8</td>
<td>1,05</td>
<td>9,8</td>
<td>6,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hochtaunuskreis</td>
<td>227.425</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>9,1</td>
<td>5,7</td>
<td>6,78</td>
<td>-1,14</td>
<td>9,0</td>
<td>5,6</td>
<td>1,05</td>
<td>9,4</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Main-Kinzigkreis</td>
<td>407.234</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>16,3</td>
<td>10,2</td>
<td>6,86</td>
<td>0,01</td>
<td>16,3</td>
<td>10,2</td>
<td>1,05</td>
<td>17,1</td>
<td>10,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Main-Taunuskreis</td>
<td>227.398</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>9,1</td>
<td>5,7</td>
<td>6,27</td>
<td>-8,57</td>
<td>8,3</td>
<td>5,2</td>
<td>1,05</td>
<td>8,7</td>
<td>5,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Odenwaldkreis</td>
<td>97.032</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>3,9</td>
<td>2,4</td>
<td>7,12</td>
<td>3,73</td>
<td>4,0</td>
<td>2,5</td>
<td>1,05</td>
<td>4,2</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>LK Offenbach</td>
<td>338.061</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>13,5</td>
<td>8,5</td>
<td>6,40</td>
<td>-6,74</td>
<td>12,6</td>
<td>7,9</td>
<td>1,05</td>
<td>13,2</td>
<td>8,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheingau</td>
<td>183.125</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>7,3</td>
<td>4,6</td>
<td>6,56</td>
<td>-4,41</td>
<td>7,0</td>
<td>4,4</td>
<td>1,05</td>
<td>7,4</td>
<td>4,6</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>----------------</td>
<td>------</td>
<td>----------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Taunus-Kreis</td>
<td>298.521</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>12.5</td>
<td>7.8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wetteraukreis</td>
<td>256.473</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>10.6</td>
<td>6.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lahn-Dill-Kreis</td>
<td>253.553</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>11.4</td>
<td>7.2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LK Limburg-Weilburg</td>
<td>170.714</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>11.9</td>
<td>7.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LK Marburg-Biedenkopf</td>
<td>251.080</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>10.7</td>
<td>6.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vogelsbergkreis</td>
<td>109.451</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>5.7</td>
<td>3.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kassel, Stadt</td>
<td>195.530</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>8.7</td>
<td>5.4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fulda</td>
<td>217.255</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>9.8</td>
<td>6.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LK Hersfeld-Rotenburg</td>
<td>122.233</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>6.6</td>
<td>4.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LK Kassel</td>
<td>236.986</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>11.3</td>
<td>7.1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schwalm-Ederkreis</td>
<td>182.622</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>9.2</td>
<td>5.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LK Waldeck-Frankenberg</td>
<td>161.871</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>7.3</td>
<td>4.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Werra-Meißnerkreis</td>
<td>103.750</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>5.8</td>
<td>3.6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Land Hessen</td>
<td>6.063.683</td>
<td>25.000</td>
<td>25.000</td>
<td>40.000</td>
<td>252.3</td>
<td>157.7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

(1) Bevölkerungsstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes
31.12.2010

(2) Regionaldaten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder,
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 Beratungsstrukturen,
- individuelle Informationsbedürfnisse der potenziellen Klient/innen,
- unterschiedliche qualifikatorische und persönliche Ressourcen der Berater/innen,
- verschieden stark ausgeprägte Vernetzung mit anderen Akteuren auf der Einzelfall- 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

Das Bemessungsverfahren wurde zu zwei Zeitpunkten durchgerechnet. Zwischen den beiden Berechnungszeitpunkten Juni 2010 und Dezember 2011 liegen 1,5 Jahre. Im Folgenden werden die Veränderungen zwischen den beiden Zeitpunkten und damit die Dynamik in der demografischen Entwicklung auf kommunaler Ebene und die Unterschiede in den Kommunen anhand des Datenmaterials aufgezeigt. (Stichtage der zugrunde liegenden Daten siehe Seite 41)

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

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

Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen
In der obigen Tabelle wird die Veränderung in der Bevölkerungsstatistik betrachtet. Es zeigt sich eine deutliche Spreizung zwischen ländlichen Kreisen einerseits, die eine zum Teil deutliche Bevölkerungsabnahme (Maximum = rot) aufweisen, und Städten und zentrumsnahen Landkreisen, die zum Teil eine deutliche Bevölkerungszunahme (Maximum = grün) verzeichnen.

In der folgenden Tabelle sind die Veränderungen in Bezug auf die Anteile der Hilfe- und (ambulant versorgten) Pflegebedürftigen an der Gesamtbewölkerung der Kommunen dargestellt. Es zeigen sich deutliche Unterschiede in den verschiedenen Kommunen.

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

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

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


Tabelle 9: Personalbedarf für Beratung laut Berechnung 2010 und 2011

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

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 Pflegebedürftigen 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 Bedarfszahlen 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

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**

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 Beratungsaufgaben 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 aufgewendet 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. Der Unterschied ist allerdings, dass ein Pflegestützpunkt die Nachfrage durch eine Drosselung der Öffentlichkeitsarbeit regulieren kann, was im Fall der demografiebedingten 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 Prozентpunkten 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


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


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 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 Versorgungsrangement aus bekannten Versorgungsdienstleistern zusammengestellt wird.

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


- **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.


- **Unteilbarkeit**: Die Produktion und der Konsum 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 einzuschränken. Natürlich muss er sich auf den jeweiligen Ratsuchenden individuell einstellen, die fachlichen Standards und zu eruierende Inhalte müssen aber für alle gleich sein, damit es nicht zu Benachteiligungen kommt (s. dazu auch weiter unten in diesem Kapitel).


### 4.2.2 Konkretisierungen zum Thema Qualität – Definition, Perspektiven, Dimensionen

Die anerkannteste Definition von Qualität versteht diese als


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


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. Immateriellität, Intangibilität, Individualität) schwerer festzulegen als in anderen Bereichen.


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.


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 sonstigen gestaltenden 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 relevanten 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 Kundenzufriedenheitsbefragung 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 so zusagen als Reflexionsraster.

In der Qualitätssdiskussion 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 postulierte, d. h. gute Strukturen führen zu guten Prozessen die wiederum zu guten Ergebnissen führen. Die Dimensionen lassen sich wie folgt...

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.


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).


- Die ideologisch-fachliche Fundierung der Berater/innen und Lenkungsgruppenmitglieder weist einen stark handlungsleitenden Charakter auf und das jenseits von Qualitätsstandards.
- 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 Umfassensicht 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

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

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.

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.


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 Pflegestützpunkts. Da für sie das Vorgehen aber vordefiniert ist, erfolgt in diesem Kontext keine Entwicklung eines separaten Qualitätsstandards.
4.3.1 Formalstruktur der Qualitätsstandards


**Abbildung 6: Formalstruktur eines Qualitätsstandards**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Definition</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ziele</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Struktur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Voraussetzungen, Ort, Personal</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prozess</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Methode, zeitliche Abfolge</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ergebnis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Output</td>
</tr>
<tr>
<td>Outcome</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Quelle: eigene Darstellung**


---


- **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 (Entwurf)

Die übergreifenden Qualitätsmerkmale beziehen sich auf Struktur- und Ergebnismerkmale.


**Strukturmerkmale**

**Voraussetzungen**

- Die Kontaktdaten des Pflegestützpunktes 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 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**

Ergebnismerkmale

Outputkriterien (gelten nicht für Sondierungsgespräche)

Aus der Dokumentation jedes Beratungsgespräches müssen sich folgende Merkmale herausfiltern lassen:

- die Pflegestufe,
- ob es sich um einen pflegenden Angehörigen oder um den Pflegebedürftigen selbst handelt, der die Leistung in Anspruch nimmt,
- nachgefragte Beratungsthemen,
- Anzahl und Dauer der Beratungsgespräche.

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/die Beraterin ist mit seiner/ihrer 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 (Entwurf)**

**Definition**

- Das Sondierungsgespräch dient im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme der Eruierung, 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.), in der Häuslichkeit des Ratsuchenden oder dort, wo sich der Ratsuchende aktuell befindet (z. B. Krankenhaus, Reha-Einrichtung usw.).
**Personal**


**Prozessmerkmale**

**Methode**

- Es werden insbesondere Gesprächsmethoden mit lösung- oder ressourcenorienorientierten 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 „Sondierungs gespräch/Erstkontakt“ finden sich im kommenden Abschnitt qualitätsbezogene Ausführungen für die Gesprächssituation „Auskunft/Einzelinformation“.

Qualitätsstandard Auskunft/Einzelinformation (Entwurf)

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

**Personal**


**Prozessmerkmale**

**Methode**

- 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/die 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 (Entwurf)

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 vorhandene 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:

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 oder sie 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 auf Empowerment orientiert 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.
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.

Nur zugehende Beratung:

Vorbereitung unmittelbar vor dem Termin:

- Soweit vorhanden sollte der Laptop mit den aktualisierten elektronischen 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 Entwürfe für 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

b) Erstellung einer Übersicht über Angebote und Leistungsspektren der regionalen Dienstleister sowie Kooperation mit diesen auf der Einzelfallebene.


c) Systemische Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems.


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.
- 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/innen 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


4.4.1 Einordnung von Kundenzufriedenheit im Qualitätsdiskurs


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 Fragebogenaufstellung 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 nicht bedeutsam 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)


4.4.3 Fragebogen zur Kundenzufriedenheitsbefragung


- Leistungskompetenz (Wissen, Höflichkeit, Vertrauenswürdigkeit des Beraters/der Beraterin),
- 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 hatte. 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 ihre 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).
Es war auch Ziel zu untersuchen, ob es eine Rangfolge in den Strukturnamen 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 Zweck in der folgenden Frage 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).
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).
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.


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


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.


Ergebnisse zu den allgemeinen Fragen

Frage 1: Wer hat die Beratung in Anspruch genommen?

Tabelle 10: Wer hat die Beratung in Anspruch genommen?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Anzahl</th>
<th>Anzahl in %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Angehörige/r</td>
<td>35</td>
<td>74,47%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegebedürftige/r</td>
<td>9</td>
<td>19,15%</td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>3</td>
<td>6,38%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamtergebnis</strong></td>
<td><strong>47</strong></td>
<td><strong>100,00%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011


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?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Anzahl</th>
<th>Anzahl in %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ausführliche Beratung</td>
<td>33</td>
<td>70,21%</td>
</tr>
<tr>
<td>7a-Beratung</td>
<td>13</td>
<td>27,66%</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Angabe</td>
<td>1</td>
<td>2,13%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamtergebnis</strong></td>
<td><strong>47</strong></td>
<td><strong>100,00%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Personen</th>
<th>Ausführliche Beratung</th>
<th>7a-Beratung</th>
<th>Keine Angabe</th>
<th>Gesamtergebnis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Angehörige/r</td>
<td>25</td>
<td>9</td>
<td>1</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegebedürftige/r</td>
<td>6</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtergebnis</td>
<td>33</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>47</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Tabelle 13: Personenkreis und Beratungstypus - Ergebnis in Prozent

<table>
<thead>
<tr>
<th>Personen</th>
<th>Ausführliche Beratung</th>
<th>7a-Beratung</th>
<th>Keine Angabe</th>
<th>Gesamtergebnis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Angehörige/r</td>
<td>71,43%</td>
<td>25,71%</td>
<td>2,86%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegebedürftige/r</td>
<td>66,67%</td>
<td>33,33%</td>
<td>0,00%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>66,67%</td>
<td>33,33%</td>
<td>0,00%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtergebnis</td>
<td>70,21%</td>
<td>27,66%</td>
<td>2,13%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011


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 Detailiertheit 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 Versorgungsanstaltung.
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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl</th>
<th>Anzahl in %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>persönliches Gespräch im Pflegestützpunkt</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>telefonisch</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Angabe</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtergebnis</td>
<td>47</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

Frase 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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl</th>
<th>Anzahl in %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bis 3 Kontakte</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>mehr als 3 Kontakte</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Angabe</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtergebnis</td>
<td>47</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontakte</th>
<th>Ausführliche Beratung</th>
<th>7a-Beratung</th>
<th>Keine Angabe</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bis 3 Kontakte</td>
<td>28</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>mehr als 3 Kontakte</td>
<td>5</td>
<td>11</td>
<td></td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Angabe</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtergebnis</td>
<td>33</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>47</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontakte</th>
<th>Ausführliche Beratung</th>
<th>7a-Beratung</th>
<th>Keine Angabe</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bis 3 Kontakte</td>
<td>96,55%</td>
<td>0,00%</td>
<td>3,45%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>mehr als 3 Kontakte</td>
<td>31,25%</td>
<td>68,75%</td>
<td>0,00%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>keine Angabe</td>
<td>0,00%</td>
<td>100,00%</td>
<td>0,00%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtergebnis</td>
<td>70,21%</td>
<td>27,66%</td>
<td>2,13%</td>
<td>100,00%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Frage nach der Zufriedenheit mit ausgewählten Merkmalen des Pflegestützpunktes


Tabelle 18: Zufriedenheit mit Merkmalen des Pflegestützpunktes

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>Zufrieden</th>
<th>Eher zufrieden</th>
<th>Eher nicht zufrieden</th>
<th>Nicht zufrieden</th>
<th>Weiß nicht</th>
<th>Keine Angabe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>B1 Freundlichkeit d. Beraters/d. Beraterin</td>
<td>95,74%</td>
<td>4,26%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B1 vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre</td>
<td>97,87%</td>
<td>2,13%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B1 Kompetenz d. Beraterin/d. Beraters</td>
<td>93,62%</td>
<td>6,38%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B1 Schnelligkeit d. Terminvergabe</td>
<td>78,72%</td>
<td>10,64%</td>
<td>4,26%</td>
<td>6,38%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B1 Möglichkeit d. zugehenden Beratung</td>
<td>74,47%</td>
<td>17,02%</td>
<td>8,51%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B1 Erreichbarkeit per Telefon,persönlich usw.</td>
<td>80,85%</td>
<td>10,64%</td>
<td>4,26%</td>
<td>2,13%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B1 räumliche Erreichbarkeit</td>
<td>59,57%</td>
<td>8,51%</td>
<td>2,13%</td>
<td>14,89%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte 2011


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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>Prozent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kompetenz d. Berater/innen</td>
<td>86,67%</td>
</tr>
<tr>
<td>Erreichbarkeit d. PSP</td>
<td>53,33%</td>
</tr>
<tr>
<td>vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre</td>
<td>50,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Schnelligkeit d. Terminvergabe</td>
<td>43,33%</td>
</tr>
<tr>
<td>Möglichkeit d. zugehenden Beratung</td>
<td>40,00%</td>
</tr>
<tr>
<td>Freundlichkeit d. Berater/innen</td>
<td>26,67%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 die Freundlichkeit des 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 halbieren, die Versorgungen im Weiteren selbständig zu organisieren. Hier gaben zwar auch rund 81 Prozent der Befragten an, dies träge für sie zu, aber 15 Prozent konstatieren, bei ihnen träge dies „nur“ eher zu.

Tabelle 20: Beurteilung von Merkmalen der Beratung im Pflegestützpunkt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Merkmal</th>
<th>trifft zu</th>
<th>trifft eher zu</th>
<th>trifft eher nicht zu</th>
<th>trifft nicht zu</th>
<th>keine Angabe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Die Beratung durch den Pflegestützpunkt war neutral und umfassend</td>
<td>93,62%</td>
<td>6,38%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Beratungen helfen mir dabei, die Versorgung im Weiteren selbständig zu organisieren</td>
<td>80,85%</td>
<td>14,89%</td>
<td>2,13%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die vermittelten Informationen waren für mich passend</td>
<td>87,23%</td>
<td>12,77%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühlte mich kompetent beraten</td>
<td>89,36%</td>
<td>10,64%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Beratungen fanden in einer vertrauensvollen Atmosphäre statt</td>
<td>93,62%</td>
<td>2,13%</td>
<td>4,26%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Es standen für die Beratungen genügend Zeit zur Verfügung</td>
<td>80,85%</td>
<td>14,89%</td>
<td>2,13%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Beraterin/der Berater hat mein besonderes Problem erkannt.</td>
<td>97,87%</td>
<td>2,13%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Beraterin/der Berater ist auf meine individuelle Situation eingegangen.</td>
<td>97,87%</td>
<td>2,13%</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

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.


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**


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 folgte 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. Die beteiligten Pflegestützpunkte nannten die folgenden Gründe, warum Klient/innen nicht in die Befragung bezogen wurden:

- 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 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 Koordinierungsauflagen. 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, (...).


_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,


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,
begeilen 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:


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.


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.


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. Viele 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.


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


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 bedarfs- und wohnortnah versorgt werden und länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können.


---

9 Bericht aus dem Projekt „Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Alleinerziehende 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:** Eruiieren, 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 Eruiieren, ob es in der Region einen Bedarf für ein Produktionsnetzwerk gibt. Ein Indikator hierfür wäre, ob es lokale Diskurse 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,
- wenn ein Netzwerk viele Akteure umfasst, 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 wegomoderiert 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.

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.


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.


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

Eröffnungsfeier

Pressearbeit


Informationsverbreitung über Multiplikatoren und Kooperation mit anderen Akteuren des regionalen Versorgungssystems


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

Angebot des Pflegestützpunktes 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 unterschieden:

**Typ 1: Pflegestützpunkt als Pionier (sechs Pflegestützpunkte)**


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 2: Pflegestützpunkt als Folgeinstitution vorhandener kommunaler Beratungsstellen (neun Pflegestützpunkte)**


**Typ 3: Pflegestützpunkt als komplementäre Struktur (sieben Pflegestützpunkte)**

In einigen Kommunen (Offenbach\(^{11}\), 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 Kooperationsbeziehung 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

Schwarz = Typ 3
Mittelgrau = Typ 2
hellgrau = Typ 1
weiß = 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 Vernetzungstatus 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 Pflegestützpunkteam 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.


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,


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 Leistungsspektrum 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 Vernetzungsfunktionen 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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Partner</th>
<th>Vernetzungsaktivitäten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Ist</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Staatlicher, kommunaler Sektor</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sozialhilfeträger</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunale Altenhilfeplanung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnberatung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BeKos, Beratungsstellen für ältere</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Menschen, Service- und Leitstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachstellen Demenz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Behindertenbeauftragte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bürgerbüro</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.........................................</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: Leitfaden zur regionalen Vernetzungsplanung, IWAK 2011

Die Arbeitsanweisung hierzu lautet:


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, (Vernetzung)
- 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 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.


### 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. |

110
Tabelle 22: Auszug aus der Tabelle „Vernetzungspartner, bei denen Vernetzungsaktivitäten erforderlich sind“

<table>
<thead>
<tr>
<th>KD = Kontaktdaten erheben</th>
<th>Kontakt = Kontakt aufnehmen, Pflegestützpunkt vorstellen, Infomaterial hinterlassen</th>
<th>Vernetz = Zusammenarbeit aufbauen oder intensivieren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>KD</th>
<th>Kontakt</th>
<th>Vernetz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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 benötigen 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.


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/innen-team 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.


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

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 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 Pflegestützpunkterater/innen, die Lenkungsgruppenmitglieder sowie der Steuerungsausschuss beteiligt. Einzige Ausnahme war der vierte Workshop, an dem die Berater/innen der Pflegestützpunkte nicht teilgenommen haben.


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. Diese Struktur sieht folgende Austausch- und Vernetzungs treffen vor:

- 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.


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. führten 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 Theory 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.

---

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 Vorqualifikation 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. Der GKV-Spitzenverbandes empfiehlt allerdings, dass die Berater/innen der Pflegekassen die Qualifizierung zum/zur Pflegeberater/in absolvieren.


6.3 Qualifikation und Auswahl des Personals für ein Pflegestützpunktteam

Auch andere qualifizatorische 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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Qualifikation</th>
<th>Berater/innen Kommune, ohne die kommissarischen Vertretungen N = 28</th>
<th>Berater/innen Pflegekassen N = 26</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sozialversicherungsfachangestellte/r und Krankenkassenfachwirt/in</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sozialarbeiter/in</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sozialpädagogen/in</td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verwaltungsfachkraft</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegefachkraft</td>
<td>5, 9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>andere</td>
<td>4, 2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.


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 Klient/innen 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, durch eigenständige Recherche und selbstorganisierte Weiterbildungen kompensiert werden können. Das Vorhandensein von Kommunikations- und Beratungskompetenzen ist allerdings eine Grundvoraussetzung für die Arbeit im Pflegestützpunkt.


6.4 Beschäftigungsstruktur

In 18 der 22 Pflegestützpunkte ist an Personalausstattung für die Berater/innen 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 umfasste\(^\text{13}\).


**Gleichzeitige Beschäftigung in zwei Beratungsstellen**


\(^{13}\) Ab Frühjahr 2012 sollte die Stelle der Pflegekasse mit nur noch einer Person in Vollzeit besetzt werden.

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 Koeexistenz zwischen kommunaler Beratungsstelle und Pflegestützpunkt kommen, wenn die Berater/innen zwar formal 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)


**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 arbeitet. 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.


Eine andere, für die Arbeit des Pflegestützpunktes wichtige Thematik ist die Einbindung des/der Kassenberater/in 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/iner 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 Hintergrundforschung zu wichtigen Themen. Diesen Aufgaben kann sich der/die Pflegeberater/iner 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 Klient/innen 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.


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 integriert 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.
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 unmittelbar 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 als 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 einschätzen, 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.

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 Anhaltszahl 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 (Anhaltszahl 40.000)

Mittelgrau = zwischen 50 und 100 % des errechneten Mindestbedarfs ist vorhanden
hellgrau = weniger als 50 % des errechneten Mindestbedarfs ist vorhanden
weiß = mehr als 100% des errechneten Mindestbedarfs ist vorhanden
Schwarz = 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


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:


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.


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


**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 resultieren aus verschiedenen Erfahrungen:

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

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 Beratung nicht mehr durch die Pflegekassenberater/innen 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.


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


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 festgestellt 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.


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 Auswahl der Themen, für welche Handlungsempfehlungen erarbeitet wurden, orientierte sich an den Interessen der möglichen Nutzer/innen, also der Lenkungsgruppen, die mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten vor Ort beauftragt sind, sowie der Beraterinnen und Berater und des Steuerungsausschusses. 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 allgemeinen 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.


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


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 Büorräume, 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


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

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.


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 gewähr.

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 notwendig\(^\text{17}\).

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

\(^{17}\text{Ebd.}\)
Zuständigkeiten des Pflegestützpunktes und zur Einbettung in die vorhandene Infrastruktur zu entwickeln.


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 Lenkungsgremium 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 wahrmimmt, 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 kann\(^{18}\). 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


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.

Lenkungsguppe 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


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.


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

7.4.5 Kapazitätsgrenzen und Ausbau des Pflegestützpunktes


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.  

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.

---

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 (persönlich (Komm- und Zughstruktur), Telefon, Internet)

Mitarbeiter/innen
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 Lenkungsgremium verständigen sollte?

Themenfeld Vernetzungsplanung
1. Wie setzten 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. Fall- 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 Fall-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 Klient/innen
- 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 Beratungsbedarifes (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 Pflegebezugs person, Überforderung des Pflegebedürftigen oder der Pflegebezugs person 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 Pflegestützpunkt 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/Landrägin, Sozialdezernent/in oder eines/einer ähnlichen Funktionsträger/in vor.

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


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 120 g

Verteilung der Fragebögen:

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

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.


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. Überarbeitszyklus 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.


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):

__________________________________________________________________________
__________________________________________________________________________

155
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
- [x] 12 Monate (Zutreffendes bitte ankreuzen)
3. Kontaktanalyse mittels einer Checkliste durchführen


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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kürzel</th>
<th>Bedeutung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>X</td>
<td>Akteur gibt es im Kreis/in der Stadt nicht</td>
</tr>
<tr>
<td>X ?</td>
<td>es ist nicht bekannt, ob es den Akteur im Kreis/in der Stadt gibt</td>
</tr>
<tr>
<td>kK</td>
<td>es gibt Akteur / Kontaktdaten sind vorhanden, bislang hat aber persönlicher Kontakt stattgefunden</td>
</tr>
<tr>
<td>kein</td>
<td>persönlicher Kontakt ist vorhanden, es gibt aber keine konkrete Zusammenarbeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Bek</td>
<td>persönlich Kontakt findet Zusammenarbeit statt</td>
</tr>
<tr>
<td>Einzel</td>
<td>in Einzelfällen findet Zusammenarbeit statt</td>
</tr>
<tr>
<td>int</td>
<td>Zusammenarbeit ist intensiv</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Soll: Vernetzungsziele für die nächsten 3, 6, 9 oder 12 Monate

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kürzel</th>
<th>Bedeutung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>-</td>
<td>Akteur ist aktuell nicht relevant für den Pflegestützpunkt</td>
</tr>
<tr>
<td>KD</td>
<td>Kontaktdaten sollen erhoben werden</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontakt</td>
<td>persönlicher Kontakt soll aufgenommen werden, Pflegestützpunkt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
sich vorstellen, Infomaterial hinterlassen

Vernetz = Zusammenarbeit soll aufgebaut oder intensiviert werden

Status quo = vorhandene Kooperationsstrukturen sollen weiter gepflegt werden

<table>
<thead>
<tr>
<th>Partner</th>
<th>Vernetzungsaktivitäten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Ist</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Staatlicher, kommunaler Sektor</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sozialhilfeträger</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunale Altenhilfeplanung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wohnberatung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BeKos, Beratungsstellen für ältere Menschen, Service- und Leitstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachstellen Demenz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Behindertenbeauftragte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bürgerbüro</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Seniorenbüros</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Koordinationsstelle Behindertenarbeit, Behindertenkoordinator</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitsamt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Patientenberatungsstellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MDK</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychosozialer Dienst der Kommunen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Ggf. weitere Akteure:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Partner</th>
<th>Vernetzungsaktivitäten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Ist</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Marktlicher Sektor</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einzelpflegepersonen nach § 77 SGB XI</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Teilstationäre Pflegeeinrichtungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Pflegedienste</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre Pflegeeinrichtungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhäuser – Sozialdienst/ Überleitungsmanagement</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Reha – Sozialdienst/ Überleitungsmanagement</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anbieter von Fachberatung, Betreuung, Assistenz für (jüngere) Behinderte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alzheimer Gesellschaft</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gerontopsychiatrische Ambulanz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niedrigschwellige Hilfen, z.B. Essen auf Rädern, Besuchsdienste etc.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hausärzte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fachkliniken</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niedergelassene (Fach-)Ärzte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Medien (lokale Zeitungen, Radio)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>Vernetzungsaktivitäten</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ist</td>
</tr>
<tr>
<td>Apotheken</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Physiotherapeuten/Ergotherapeuten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Partner</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ernährungsberater</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychologen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anbieter von Hausnotrufsystemen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fahrdienste</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sanitätshäuser</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haushaltshilfen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anbieter von Alltagshilfen: Gartenpflege, Wäschereidienst, Fensterputzer etc.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anbieter von Freizeitangeboten (z.B. Ausflüge)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ggf. weitere Akteure:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anbieter von Bringdiensten, Lebensmittel, mobile Händler etc.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsdienstleistungen für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (§45b)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vermittlungsagenturen für 24-Stunden-Betreuung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ggf. weitere Akteure:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>Vernetzungsaktivitäten</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ist</td>
</tr>
<tr>
<td>„Dritter“ Sektor</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Betreuungsvereine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Angehörigen-Gesprächskreise</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vereine und Verbände der Alten- und Behindertenarbeit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kirchengemeinden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Religions- und Glaubensgemeinschaften</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Seniorenbeirat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ehrenamt: Nachbarschaftshilfen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freiwilligenagenturen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsthilfegruppen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>weitere Akteure des bürgerschaftlichen Engagements</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lebenshilfe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landfrauen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ggf. weitere Akteure:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegestützpunkte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegestützpunkte in benachbarten Kommunen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegestützpunkte hessenweit</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>KD = Kontaktdaten erheben</th>
<th>Kontakt = Kontakt aufnehmen, Pflegestützpunkt vorstellen, Infomaterial hinterlassen</th>
<th>Vernetz = Zusammenarbeit aufbauen oder intensivieren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>KD</th>
<th>Kontakt</th>
<th>Vernetz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 benötigen zeitlichen Ressourcen der Berater/innen, die entsprechend eingepflegt 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Partner</th>
<th>Öffentlichkeitsarbeit &amp; Marketing</th>
<th>Vernetzung Dienstleister Einzelfallebene</th>
<th>Systemische Vernetzung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>Alle ambulanten Dienste der Region</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bisheriger Kontakt</td>
<td>Einzelne ambulante Dienste bereits durch Beratungstätigkeit bekannt, punktuelle Kontakte. Mit vielen Diensten insb. im ländlichen Raum noch kein Kontakt.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ziel der Vernetzungsaktivität</td>
<td>Bekanntmachen des Angebots des PSP bei allen Diensten</td>
<td>Erhebung ambulanter Dienste und ihrer Leistungsangebote</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geplante Aktivität</td>
<td>Geschäftsführer der Dienste in PSP zu Infonachmittag einladen, wer nicht kommen kann, wird später telefonisch und/ oder persönlich kontaktiert, dort Flyer verteilen</td>
<td>Kontaktdate und Angebotsspektren per Fragebogen bei Infonachmittag erheben</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bis wann wird es umgesetzt?</td>
<td>Einladung in 4 Wochen (Dezember 2010), Infonachmittag in 3 Monaten (Februar 2011)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>Öffentlichkeitsarbeit &amp; Marketing</td>
<td>Vernetzung Dienstleister Einzelfallebene</td>
<td>Systemische Vernetzung</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>---------------------------------------</td>
<td>-----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Bisheriger Kontakt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bisherige Intensität, durch wen, welche Anlässe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ziel der Vernetzungsaktivität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geplante Aktivität</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wer ist zuständig, wer macht es?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bis wann wird es umgesetzt?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
6. Überarbeitungszyklus festlegen

Das Vernetzungskonzept und die einzelnen Vernetzungsaktivitäten, die das Berater/innen- team 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 Vernetzungs- aktivitäten sollten kritisch auf ihre Funktionalität für die weitere Arbeit unter möglicherweise geänderten Umständen geprüft werden und weitergehende Vernetzungsaktivitäten geplant werden.


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


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


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


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

**IWAK Forschungsberichte**

Nr. 8  Qualität der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen am Beispiel der Hilfsmittelversorgung durch die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen  
Anke Metzenrath, Kerstin Hagmann, Angela Joost (2014)

Nr. 7  Regionale Wettbewerbsfähigkeit der Metropolregionen FrankfurtRheinMain und Stuttgart im Vergleich  

Nr. 6  Ressourcen und Potenziale in Hessens Betrieben  
Oliver Nüchter, Christa Larsen (2013)

Nr. 5  Aus- und Weiterbildungsbedarfe und -praxis in hessischen Migranteneinrichtungen  
Vera Neisen, Christa Larsen (2013)

Nr. 4  Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen  
Angela Joost, Anke Metzenrath (2012)

Nr. 3  Wirtschaft und ökonomische Bildung  

Nr. 2  Funktionalität von Subventions- und Förderinstrumenten zur Versorgungssicherung von Personen in Privathaushalten  
Christa Larsen, Sigrid Rand (2012)

Nr. 1  Berufliche Weiterbildung von Teilzeitarbeitern  
Oliver Nüchter, Alfons Schmid (2011)

**IWAK Reporte**

IWAK-Betriebsbefragung im Herbst 2013
Standortfaktoren und Wettbewerbsfähigkeit der Region Rhein-Main aus betrieblicher Sicht.  
Oliver Nüchter, Alfons Schmid (2014)

IWAK-Betriebsbefragung im Herbst 2013
Beschäftigungsprognose 2014/2015 für die Region Rhein-Main  
Oliver Nüchter, Alfons Schmid (2014)

IAB-Betriebspanel Report Hessen 2012
Arbeitszeitregelungen und Angebote zum Gesundheitsschutz: Betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit  
Oliver Nüchter, Christa Larsen (2013)

IAB-Betriebspanel Report Hessen 2012
Frauenbeschäftigung und Chancengleichheit in Hessen  
Oliver Nüchter, Christa Larsen (2013)

Weitere IWAK Veröffentlichungen unter www.iwak-frankfurt.de.
Auftraggeber

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden
Germany
Tel.: +49 (0) 611 817 0
Fax: +49 (0) 611 80 93 99
www.hessen.de
info@hsm.hessen.de

IWAK
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur
Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main
Senckenberganlage 31
60325 Frankfurt am Main
Germany
Tel.: +49 (0) 69 798 23855
Fax: +49 (0) 69 798 28233
www.iwak-frankfurt.de
iwak@uni-frankfurt.de